



ACTUALIZA PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO, TRAYECTO, TERRENO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2476 22.12.2016

**VALPARAÍSO,
VISTO:**

Lo dispuesto en D.F.L. N° 29 del Ministerio de Hacienda que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley N° 18.834/89; Ley N° 19.891 de 2003 que crea Consejo Nacional de la Cultura y las Artes; Ley N° 19.345 que dispone aplicación de Ley N° 16.744 de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales; Decreto Supremo N° 54 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social sobre constitución y funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad; Resolución Exenta N° 5440/2010 del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes que actualiza procedimiento de actuación en caso de ocurrencia de accidente de trabajo, trayecto, o terreno del CNCA año 2010-2011; y Decreto Exento N° 231 del Ministerio de Hacienda que aprueba Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) para el Sistema de Higiene y Seguridad.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 16.744 de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y el Decreto Supremo N° 54 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establecen como función de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad el asesorar e instruir la correcta utilización de instrumentos para la protección de los funcionarios/as, y vigilar el cumplimiento de las medidas de protección de prevención, higiene y seguridad dentro de la organización.

Que en virtud de las instrucciones y lineamientos impartidos por la Superintendencia de Seguridad Social, y en Decreto Exento N° 231 del Ministerio de Hacienda que aprueba Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) para el Sistema de Higiene y Seguridad, el Encargado/a del sistema ha presentado la actualización del "Procedimiento de Actuación en caso de ocurrencia de accidente de trabajo, trayecto o terreno del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes".

Que es necesario formalizar dicho procedimiento a través del presente acto administrativo.

RESUELVO:

ARTÍCULO ÚNICO: APRUÉBESE Y DIFÚNDASE mediante los mecanismos institucionales correspondientes a todos/as los/as funcionarios/as y trabajadores/as del Servicio, el siguiente "Procedimiento de Actuación frente a Ocurrencia de Accidente de Trabajo, Trayecto, Terreno y Enfermedades Profesionales del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Año 2016" y los Anexos correspondientes:

**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO,
TRAYECTO, TERRENO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES**

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVO GENERAL

3. ALCANCE

4. MARCO LEGAL

5. MARCO CONCEPTUAL

6. PROCEDIMIENTOS Y RESPONSABILIDADES

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1 NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR

7.2 PROCURAR ATENCIÓN MÉDICA DEL ACCIDENTADO

7.3 DENUNCIA ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR

7.4 PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO FATALES O GRAVES

7.5 MEDIDAS INMEDIATAS, INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL ACCIDENTE

7.6 MEDIDAS CORRECTIVAS, SU IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

7.7 REGISTRO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

7.8 RECLAMOS Y PLAZOS

ANEXO I "QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO".

ANEXO II "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO"

ANEXO III "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL"

ANEXO IV: CIRCULAR N° 2.345 DE FECHA 10.01.2007 QUE IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES IMPUESTAS A LAS EMPRESAS POR LOS INCISOS CUARTO Y QUINTO DEL ARTÍCULO 76 DE LA LEY N° 16.744, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 20.123.

ANEXO V_1 "FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO"

ANEXO V_2 "FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES"

ANEXO VI "REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES".

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales aportes de la Ley N° 16.744/1968, que estableció el "Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales" se encuentra particularmente orientado a la prevención de riesgos profesionales; sin embargo cuando ocurre un accidente de trabajo, sea o no por falla de prevención, se debe disponer de un procedimiento para la denuncia del siniestro y la atención médica inmediata del funcionario/a. En este sentido, el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes establece a través del presente documento, un marco de actuación y directrices concretas de modo de contar con un sistema eficaz e informado que garantice la oportuna atención frente a la ocurrencia de un accidente laboral.

Además, se establece quienes deben hacerse cargo de tomar las medidas que se requieran una vez ocurrido el accidente, realizar la investigación del siniestro, de la implementación de acciones correctivas y el control de su cumplimiento, según corresponda.

Se debe tener presente que las causas que originan un accidente del trabajo, deben ser administradas, de modo de tomar medidas para eliminar su origen o tomar las medidas correctivas.

Por último, señalar que la actualización de este Procedimiento se enmarca en el Programa de Trabajo del Plan Anual de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de trabajo del Servicio para el presente año 2016, logrando un avance cualitativo en materia de mejoramiento de su gestión. Para su validación y puesta en marcha se ha utilizado la metodología proporcionada por la Superintendencia de Seguridad Social, (SUSESO) contraparte experta del PMG en esta línea.

2. OBJETIVO GENERAL

Entregar a los funcionarios/as las indicaciones necesarias para actuar correcta y oportunamente en caso de ocurrencia de un accidente, ya sea de trabajo o trayecto. Aquí se podrá encontrar definiciones, responsables y pasos a seguir en caso de sufrir un accidente dentro de las dependencias institucionales, en terreno o en el trayecto a su lugar de trabajo.

3. ALCANCE

El presente manual tiene alcance nacional, es decir, aplica para accidentes de trabajo, de trayecto y de terreno que puedan ocurrir tanto en el Nivel Central como en las Direcciones Regionales, indistintamente de la calidad jurídica del contrato de las personas afectadas.

4. MARCO LEGAL

- Ley N° 16.744 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- DFL N° 1 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Código del Trabajo.
- Ley N° 19.345 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que Dispone Aplicación de la Ley N° 16.744 sobre Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales
- Decreto Supremo N° 101 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que aprueba Reglamento para la Aplicación de la Ley N° 16.744, que establece Normas sobre Accidentes del trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Decreto Supremo N° 40 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que aprueba Reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales.
- Decreto Supremo N° 54 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que aprueba Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.
- Pauta para la elaboración de procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de Accidentes de Trabajo, Superintendencia de Seguridad Social 2016.
- Guía Metodológica, Superintendencia de Seguridad Social 2013.

5. MARCO CONCEPTUAL

Definiciones de los Conceptos más utilizados para el conocimiento de los funcionarios, así como algunas de las siglas más utilizadas.

ACCIDENTE DEL TRABAJO FATAL: (art. 76, Ley N° 16.744) aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o durante su traslado a un centro asistencial.

ACCIDENTE DEL TRABAJO GRAVE: (art. 76, Ley N° 16.744) cualquier Accidente del Trabajo que:

- Obligue a realizar maniobras de resucitación, u
- Obligue a realizar maniobras de rescate, u
- Occurra por caída de altura de más de 2 mts., o
- Provoque, en forma inmediata, la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo, o
- Involucre un número tal de trabajadores que afecte el desarrollo normal de la faena afectada.

ACCIDENTE DEL TRABAJO: Toda lesión que un trabajador sufra a causa o con ocasión de su trabajo, y que le produzca incapacidad puede ser temporal o permanente (art., 5º, Ley N° 16.744).

ACCIDENTE DEL TRAYECTO: Son aquellos accidentes ocurridos al trabajador en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y lugar de trabajo. Asimismo, lo son aquellos que ocurren en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores (art. 5º, ley N° 16.744).

ACHS: Asociación Chilena de Seguridad.

COMERE: Comisión Médica de Reclamos.

COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

DIAT: Denuncia Individual de accidente del trabajo (art. 71 del D.S. N° 101, de 1969, del MINITRAB).

DIEP: Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.

FAENAS AFECTADAS: aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la faena en su conjunto, dependiendo de las características y origen del siniestro, y en la cual, de no adoptar la empresa medidas correctivas inmediatas, se pone en riesgo la seguridad de otros trabajadores.

INCIDENTE: Son aquellos accidentes ocurridos al trabajador que no generan días de ausencia al trabajo.

SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social.

TRABAJADORES PROTEGIDOS POR EL SEGURO LABORAL: Funcionarios de planta, contrata o con contrato por Código del Trabajo.

6. PROCEDIMIENTOS Y RESPONSABILIDADES.

1. En primera instancia el Funcionario/a Accidentado/a, que es quien sufre el accidente de trabajo, trayecto o enfermedad profesional.

2. En segunda instancia, el Servicio ha designado responsables para la ejecución de este procedimiento en cada Dirección Regional y Nivel Central, siendo a nivel regional los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad y Comités Regionales de Salud Ocupacional y a Nivel Central el Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad.

Dentro de las funciones asociadas al presente procedimiento de las que actualmente se responsabilizan los **Comités Paritarios y Comités de Salud Ocupacional** se encuentran las siguientes:

- Recibir la notificación del accidentado;
- Gestionar la atención médica oportuna del accidentado;
- Efectuar la Denuncia DIAT o DIEP;
- Efectuar investigación de accidente de trabajo y enfermedades profesionales;
- Proponer medidas correctivas, su implementación y seguimiento;
- Derivar Información al Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas.

Dentro de las funciones asociadas al presente procedimiento de las que actualmente se responsabiliza el **Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad**, se encuentran las siguientes:

- Recibir notificaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con alcance nacional;
- Llevar el Registro Nacional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- Reportar Programa de Mejoramiento en Gestión PMG de Higiene y Seguridad.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

El Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto, tiene como propósito que todos los funcionarios del CNCA sepan cómo actuar en caso de que ocurra o que les ocurra un accidente laboral, ya sea en el lugar de trabajo o en el trayecto directo entre su trabajo y su habitación o viceversa, o hacia trabajos con otro empleador.

A continuación se presentan y especifican las acciones que debe ejecutar el trabajador/a en caso de accidente, considerando las distintas circunstancias que pueden ocurrir. Existen algunas consideraciones que pueden ocurrir. Existen algunas consideraciones que el trabajador/a debe tener presente a la hora de solicitar atención si sufre de algún accidente de trabajo.

Hay que tener presente que solo en caso de urgencia se puede trasladar al trabajador/a al centro asistencial más cercano al lugar de ocurrencia del accidente. Caso de Urgencia: Se entiende que un caso de urgencia cuando la condición de salud o cuadro clínico implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para el trabajador, de no mediar atención médica inmediata (Decreto Supremo N° 73)

¿QUÉ SE DEBE HACER CUANDO SE PRODUCE UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

1. Prestar los primeros auxilios al funcionario/a accidentado/a y preocuparse de que tenga la asistencia médica necesaria en forma oportuna;
2. Denunciar y dejar constancia de la ocurrencia del accidente;
3. Posteriormente, corresponde, de ser necesario, tomar las medidas inmediatas para eliminar o controlar los riesgos presentes, efectuar la investigación del siniestro, establecer las causas que lo originaron, señalar las medidas para eliminar o controlar los factores de riesgo de esas causas y verificar luego su cumplimiento.

7.1 NOTIFICACIÓN AL CNCA

¿CUÁL ES EL MOMENTO EN QUE SE NOTIFICA AL CNCA DEL ACCIDENTE?

A) Si el accidente ocurre en el lugar de trabajo

Inmediatamente luego de ocurrido el accidente, el trabajador/a accidentado debe informar este hecho a su Jefatura Directa o a algún compañero/a de trabajo.

B) Si el accidente ocurre fuera del lugar de trabajo

Si el accidente ocurre fuera del lugar de trabajo (en el trayecto directo desde o hacia su domicilio, o realizando actividades laborales fuera del lugar de trabajo, en la vía pública o en otra actividad), se deben distinguir dos situaciones:

a.- Si el trabajador/a queda en condiciones de comunicarse:

- Si el accidente ocurre dentro de la jornada laboral, el/la trabajador/a debe notificar a un compañero de trabajo o su Jefatura Directa inmediatamente ocurrido el accidente.
- Si el accidente ocurre fuera de la jornada laboral, debe esperar el día siguiente para informarle a las partes anteriormente mencionadas.

b.- Si el trabajador/a queda inconsciente o no puede comunicarse deberán actuar sus familiares directos o sus compañeros de trabajo informando al Servicio según la hora de ocurrencia del accidente a la Jefatura Directa, y en el caso de ser fuera de horario de atención esperar el día hábil siguiente para informarle.

7.2 PROCURAR ATENCIÓN MÉDICA DEL ACCIDENTADO

¿QUÉ PASA SI EL ACCIDENTE REQUIERE EL ENVÍO DE UNA AMBULANCIA?

Cuando la condición de salud del trabajador/a sea de carácter urgente, el traslado a un centro de atención debe ser inmediato, para ello se deberá solicitar una ambulancia rápidamente al número **1404 "SERVICIO DE URGENCIA AMBULANCIA ACHS"** desde cualquier región del país.

¿QUIÉN ES EL ENCARGADO DE DECIDIR QUÉ SE DEBE HACER, CÓMO SE DEBE REALIZAR, CÓMO SE REALIZARÁ EL TRASLADO DEL ACCIDENTADO Y DARÁ LAS INSTRUCCIONES QUE CORRESPONDA?

El Comité Paritario y/o Comité de Salud Ocupacional a cargo de la dependencia entregará las orientaciones sobre qué se debe hacer, cómo se realizará el traslado del accidentado y dará las instrucciones que correspondan, como por ejemplo si el traslado se hará en vehículo del servicio o ambulancia, locomoción colectiva, y si el afectado irá solo acompañado, entre otros aspectos.

¿A QUÉ CENTRO ASISTENCIAL DEBE SER ENVIADO O CONCURRIR EL TRABAJADOR ACCIDENTADO PARA SU ATENCIÓN MÉDICA?

Para el caso de trabajadores/as contratados en calidad de *planta, contrata y código del trabajo*, el centro asistencial al cual debe concurrir el trabajador/a accidentado para su atención médica es a los establecimientos del Organismo Administrador al que se encuentra adherido o afiliado el CNCA, que en este caso son todos los centros asistenciales o clínicas en convenio de la ACHS.

Solo en caso de urgencia se puede trasladar al trabajador al centro asistencial más cercano al lugar de ocurrencia del accidente.

Para el caso de trabajadores/as contratados en calidad de *honorarios que cotizan seguro de accidente o enfermedad profesional*, el centro asistencial al cual debe concurrir el trabajador/a accidentado para su atención médica es a los establecimientos del Organismo Administrador con que el trabajador/a tenga convenio.

Para el caso de trabajadores/as contratados en calidad de *honorarios que NO cotizan seguro de accidente o enfermedad profesional*, el centro asistencial al cual debe concurrir el trabajador/a accidentado para su atención médica es al establecimiento de salud más cercano al lugar del accidente (en caso de urgencia), o al establecimiento de salud que el trabajador/a decida.

Para mayor información respecto a centros asistenciales de la Asociación Chilena de Seguridad, Clínicas en convenio, Hospitales, y sus respectivas direcciones y horarios de atención, dirigirse a **ANEXO I "QUÉ HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO"**.

¿QUÉ PASA SI EL ACCIDENTE OCURRE FUERA DEL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL CNCA?

El trabajador/a que se encuentre trabajando para el CNCA fuera del horario de funcionamiento del Servicio, debe acudir al centro de atención del Organismo Administrador o clínica en convenio más cercano al lugar del accidente, donde debe identificar su calidad de funcionario del CNCA y afiliado a la Mutual correspondiente. Posteriormente, deberá dar aviso a la institución de lo ocurrido.

¿QUÉ DEBE HACER EL TRABAJADOR/A SI EN EL CENTRO ASISTENCIAL CORRESPONDIENTE AL ORGANISMO ADMINISTRADOR NO QUIEREN OTORGARLE ATENCIÓN MÉDICA O SOLICITAN ANTECEDENTES?

En el caso de que en el Centro Asistencial correspondiente al organismo administrador o clínica en convenio no se otorgue la atención médica solicitada o se requieran mayores antecedentes, el trabajador/a deberá contactar al Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad o al Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité de Salud Ocupacional respectivo para solicitar orientación al respecto.

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN?

Al momento de presentarse el trabajador/a accidentado en el organismo administrador para ser atendido, debe presentar la siguiente documentación:

- Denuncia Individual de Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional (DIAT o DIEP)¹;
- Carnet de Identidad del trabajador/a.

Cabe destacar, que el primer obligado a elaborar y presentar la DIAT es el empleador. Solo en subsidio puede hacerlo el Comité Paritario (art. 71 letra c del D.S. N° 101/68 del Ministerio del Trabajo, MINTRAB).

En el caso de *accidentes de trayecto*, estos documentos se deben complementar con registros y medios de prueba, los cuales pueden ser parte policial, constancia a carabineros, declaración del trabajador debidamente circunstanciada, declaración de testigos u otros medios de prueba igualmente fehacientes. Estos antecedentes se indican en la DIAT.

¿QUÉ DOCUMENTOS DEBE ENTREGÁRSELE AL TRABAJADOR/A UNA VEZ QUE ES ATENDIDO EN EL CENTRO ASISTENCIAL?

Una vez atendido el trabajador/a en el Organismo Administrador correspondiente, en el centro asistencial le entregará un "Certificado de Atención y Reposo" o "Certificado de Alta Laboral" de acuerdo sea el caso.

A) ¿Qué debe hacer el trabajador/a cuando se le entrega un Certificado de Alta Laboral?

El funcionario/a debe reintegrarse a su trabajo el día que se señala en el Certificado de Alta Laboral y deberá entregar dicho certificado al Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas (si es que el trabajador/a se desempeña en el nivel central), o al Coordinador/a Regional de Administración respectivo (si es que el trabajador/a se desempeña en una Dirección Regional).

B) ¿Qué debe hacer el trabajador cuando se le otorga un reposo médico a través de un Certificado de Atención y Reposo?

El trabajador/a deberá hacerla llegar dicho documento a la institución, a través de terceros (familiares, compañeros de trabajo, u otra persona), al igual como procedería en el caso de una licencia médica. En el caso de los trabajadores/as que se desempeñan en el nivel central la entrega deberá ser al Departamento de Administración y Finanzas, y en el caso de los trabajadores/as que se desempeñan en Direcciones Regionales la entrega deberá ser al Coordinador/a Regional de Administración respectivo.

¹ ANEXO II "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO" (DIAT)
ANEXO III "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL" (DIEP)

7.3 DENUNCIA ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR

¿QUIÉN DEBE DENUNCIAR EL ACCIDENTE? Y ¿CÓMO SE DEBE EFECTUAR LA DENUNCIA?

El Consejo Nacional de la Cultura y las Artes al momento de tomar conocimiento del accidente deberá efectuar la denuncia del accidente al Organismo Administrador respectivo, en el formulario Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT)², puesto que el primer obligado a elaborar y presentar la DIAT es el empleador y sólo en subsidio el Comité Paritario. La denuncia deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo no superior a 24 horas de conocido el accidente.

Quien debe elaborar la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) es el Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad o el Comité Paritario o Comité de Salud Ocupacional respectivo, en su defecto también la podrá realizar el accidentado, compañero/a de trabajo o cualquier persona que tenga conocimiento de los hechos.

A) ¿Dónde se debe presentar la denuncia?

Ante el Organismo Administrador al que se encuentra adherido o afiliado el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, en este caso la Asociación Chilena de Seguridad. Es importante que al momento de la entrega de la DIAT se mantenga una copia a modo de registro del Servicio.

El trabajador/a accidentado debería habitualmente concurrir a atenderse con la DIAT, sin embargo, cuando la gravedad de la lesión que presenta le impide esperar que ésta sea confeccionada, podrá concurrir a atenderse sin ésta.

B) ¿Qué se debe hacer en caso de ocurrido un Accidente de Trayecto?

Se deben seguir los mismos pasos señalados para el caso de un Accidente del Trabajo.

C) ¿Qué instancia en el Servicio debe mantener el archivo de las DIAT o DIEP?

El Comité Paritario o Comité de Salud Ocupacional deberá mantener registro de las Denuncias Individuales de Accidente del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y enviar una copia al Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad.

7.4 PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO FATALES O GRAVES

¿CÓMO SE DEBE PROCEDER EN CASO DE OCURRIR UN ACCIDENTE DE TRABAJO CALIFICADO COMO FATAL O GRAVE?

Cuando ocurra un accidente de trabajo fatal o grave, el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes deberá cumplir con lo estipulado en Ley N° 16.744, Art. 76 que señala lo siguiente:

*“Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos precedentes, en caso de accidentes del trabajo fatales y graves, el empleador deberá **informar inmediatamente a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud que corresponda**, acerca de la ocurrencia de cualquiera de estos hechos. Corresponderá*

² ANEXO II “FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO” (DIAT)

a la Superintendencia de Seguridad Social impartir las instrucciones sobre la forma en que deberá cumplirse esta obligación.

*En estos mismos casos el empleador deberá **suspender de forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores la evacuación del lugar de trabajo.** La reanudación de faenas sólo podrá efectuarse cuando, previa fiscalización del organismo fiscalizador, se verifique que se han subsanado las deficiencias constatadas”.*

El detalle del procedimiento por el que el Servicio se debe normar en estos casos lo dictamina la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en **ANEXO IV: CIRCULAR N° 2.345 DE FECHA 10.01.2007 QUE IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES IMPUESTAS A LAS EMPRESAS POR LOS INCISOS CUARTO Y QUINTO DEL ARTÍCULO 76 DE LA LEY N° 16.744, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 20.123.**

7.5 MEDIDAS INMEDIATAS, INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

¿QUIÉN DEBERÁ HACERSE RESPONSABLE DE TOMAR LAS MEDIDAS INMEDIATAMENTE OCURRIDO EL ACCIDENTE?

Posterior a la ocurrencia del accidente de trabajo y al aviso de notificación por parte del Organismo Administrador al empleador, el Encargado/a Nacional de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales informará mediante correo electrónico a los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad y Comités de Salud Ocupacional para que procedan a la investigación de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Cabe señalar que corresponde al CNCA implementar las medidas correctivas, para lo cual los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad y Comités de Salud Ocupacional pueden brindar asesoría.

7.5.1 INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y DE INCIDENTES

Para que no vuelva a suceder un accidente del trabajo de características iguales o similares al ocurrido, se deben conocer las causas que lo originaron y tomar las medidas necesarias para eliminar y/o controlar dichas causas, que pueden generar un accidente de igual magnitud o con consecuencias más graves, es decir, es necesario efectuar la investigación del accidente y su análisis, lo antes posible.

A) ¿Quién o Quiénes serán los responsables de efectuar la investigación del accidente?

Los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad y Comités de Salud Ocupacional son los responsables de efectuar las investigaciones de accidente o enfermedades profesionales.

B) ¿Cuál es el plazo para realizar la investigación del accidente?

El Encargado/a Nacional de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales tiene plazo de 24 hrs. de recibo el aviso de notificación por parte del Organismo Administrador para informar a los Comités para que procedan a la investigación.

En tanto, los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad y Comités de Salud Ocupacional tienen plazo máximo de un mes para realizar dicha investigación, asesorar al CNCA para que éste implemente las acciones correctivas y realizar el seguimiento a estas acciones.

C) ¿Qué debe contener el Informe de Investigación de Accidentes Trabajo y Enfermedades Profesionales?

*“La investigación de accidente de trabajo y enfermedad profesional es la acción que permite conocer las causas que originaron el accidente. La investigación busca tener respuesta a la pregunta **¿Por qué ocurrió?**, ya que ello permitirá establecer e implantar las medidas correctivas para evitar que vuelva a suceder un accidente de similares características.”³*

Entre las materias que se debe contener en la investigación, se citan las siguientes:

- Descripción de lo ocurrido;
- Fecha y hora en que se ha producido;
- Declaración de las personas que han intervenido en la situación y/o testigos;
- Causas del accidente;
- Medidas correctivas; entre otras materias.

La información contenida en la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se debe registrar en el **ANEXO V “FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES”**.

³ Fuente: Pauta para la elaboración de procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de Accidentes de Trabajo, Superintendencia de Seguridad Social 2016.

7.6 MEDIDAS CORRECTIVAS, SU IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

Producto de la investigación del accidente y su análisis se determinarán las causas que originaron el accidente. Para cada una de estas causas el Servicio deberá establecer las medidas correctivas para controlar o eliminar los factores de riesgo presentes en el lugar donde ocurrió el accidente.

A) ¿Quién o quiénes serán los responsables de implementar las medidas correctivas?

Corresponde al CNCA implementar las medidas correctivas, considerando las responsabilidades o funciones específicas de las partes, según indicado en la tabla n° 1.

B) ¿Quién o quiénes serán los responsables de verificar el cumplimiento de acciones correctivas?

Corresponde al Encargado/a Nacional de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales realizar el seguimiento al cumplimiento de las medidas correctivas, en conjunto al Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité de Salud Ocupacional correspondiente.

En la siguiente tabla n° 1 se especifican las responsabilidades de las partes involucradas en la implementación y el seguimiento a las medidas correctivas:

Tabla n° 1
Responsabilidades en la Implementación de medidas correctivas

| Quién | Responsabilidad |
|--|--|
| Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité de Salud Ocupacional | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar Accidente o Enfermedad Profesional determinando causas. • Elaborar Informe de Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesional proponiendo medidas correctivas. • Asesorar a autoridad en la implementación de medidas correctivas. • Realizar seguimiento a la implementación de medidas correctivas propuestas. |
| Encargado/a Nacional de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales | <ul style="list-style-type: none"> • Informar a autoridad del contenido de Informe de Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesional, a través del Informe de cumplimiento del PMG del Sistema de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, SHYSMAT. • Coordinar con las distintas jefaturas y/o Director/a Regional, según corresponda, la implementación de medidas correctivas. • Realizar seguimiento a la implementación de medidas correctivas a nivel nacional. |
| Jefatura Departamento de Administración y Finanzas | <ul style="list-style-type: none"> • Autorizar o Rechazar de manera fundada, la implementación de medidas correctivas, cuando éstas son de su competencia. • Brindar asistencia para asegurar la correcta y oportuna implementación de medidas correctivas. |
| Subdirector/a / Ministro/a Presidente | <ul style="list-style-type: none"> • Autorizar o Rechazar de manera fundada, la implementación de medidas correctivas, cuando éstas son de su competencia. |
| Director/a de Dirección Regional | <ul style="list-style-type: none"> • Autorizar o Rechazar de manera fundada, la implementación de medidas correctivas, cuando éstas son de su competencia. • Brindar asistencia para asegurar la correcta y oportuna implementación de medidas correctivas, cuando éstas son de su competencia. |

7.7 REGISTRO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

El Servicio deberá mantener el registro de todos los accidentes de trabajo, trayecto y enfermedades profesionales, de las causas determinadas en la investigación y de las acciones correctivas programadas y/o realizadas para evitar la repetición de siniestros de similares características.

El registro de los accidentes permitirá establecer y mantener estadísticas de los accidentes ocurridos (Tasa de Accidentabilidad). Dicho registro lo consolida mensualmente el Encargado/a Nacional de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales, y se encuentra a disposición del Servicio, así como de los Comités Paritarios y Comités de Salud Ocupacional respectivos.

El formato para el presente registro es el exigido por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) y se adjunta en **ANEXO VI "REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES"**.

7.8 RECLAMOS Y PLAZOS

A) ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador no es atendido?

En caso de que el trabajador/a no sea atendido por el Organismo Administrador, puede interponer un reclamo a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

En caso de necesitar orientación sobre el procedimiento de apelación, podrá dirigirse a su Comité Paritario y/o Comité de Salud Ocupacional respectivo, así como también al Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad.

B) ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador es dado de alta prematuramente, es decir, antes de que esté recuperado, y el organismo administrador rehúsa seguir atendéndolo?

En caso de que el trabajador/a no sea atendido o es dado de alta prematuramente por el Organismo Administrador, puede interponer un reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

En caso de necesitar orientación sobre el procedimiento de apelación, podrá dirigirse al Comité Paritario y/o Comité de Salud Ocupacional respectivo, así como también al Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad.

C) ¿Ante quién se puede reclamar cuando el/la trabajador/a o el CNCA no están de acuerdo con la calificación de origen (común o laboral) de un accidente realizada por el Organismo Administrador?

En caso de que el trabajador/a o el CNCA no se encuentre de acuerdo con la calificación de origen (común o laboral) otorgado por el Organismo Administrador, el/la funcionario/a deberá apelar a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

El plazo para interponer esta apelación a la Superintendencia es de 90 días una vez recibida la notificación. En caso de necesitar orientación sobre el procedimiento de apelación, podrá dirigirse al Comité Paritario y/o Comité de Salud Ocupacional respectivo, así como también al Encargado/a Nacional de Higiene y Seguridad.

D) ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador o el empleador no están de acuerdo con el grado de incapacidad permanente dictaminado?

Frente a esta situación, en una primera instancia corresponde interponer un reclamo ante la Comisión Médica de Reclamos (COMERE) en un plazo de 90 días, contados desde la notificación del Organismo

Administrador. Y en última instancia puede apelarse en la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), ello en un plazo de 30 días hábiles que se contabilizarán a partir de la entrega de la notificación de la COMERE.

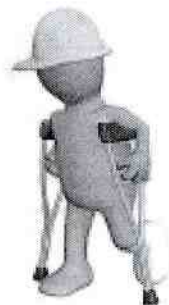
ANEXOS

ANEXO I "QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO"

Consejo Nacional
de la Cultura
y las Artes

Funcionarias/os planta, contrata
y Código del Trabajo

QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO



EL 53% DE LOS ACCIDENTES SUCEDIDOS EN EL CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES CORRESPONDE A ACCIDENTES DE TRABAJO O ACCIDENTE DE TRAYECTO.
¿SABES EN QUÉ CONSISTE UN ACCIDENTE DE TRABAJO/TRAYECTO, O QUÉ HACER SI TE OCURRE UNO?
A CONTINUACIÓN, PODRÁS INFORMARTE SOBRE LOS PASOS QUE DEBES SEGUIR SI TE SUCEDE ESTOS TIPOS DE ACCIDENTES EN UN DÍA LABORAL.

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

La ley 16.744 define como accidentes del trabajo a cualquier lesión que sufra una persona a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Estos pueden ocurrir durante la jornada laboral, en actividades recreativas, de capacitación e incluso en un caso de la empresa, sólo si éste requiere de asistencia obligatoria.

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?

La ley 16.744 define al accidente ocurrido en el trayecto directo (tanto de ida como de regreso) entre la habitación y el lugar de trabajo.

¿QUÉ DE BEBE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO?

1. Después de ocurrido un accidente de trabajo o trayecto y si no requieres una ambulancia, dirígete al centro de atención ACHS más cercano a tu lugar de trabajo (o Centro Asistencial en convenio con el CNCA) y relatar el accidente. Sólo en caso de situaciones de urgencia, puede acudir a un centro asistencial de la Red de Atención Primaria (SAPU).
2. En el caso de que sea un accidente grave y que no tengas como movilizarte, puedes solicitar una ambulancia, llama o pídele a un tercero que se comuniquen con URGENCIA AMBULANCIA (ACHS) 1404 o al 800 800 1404 y para RED DE URGENCIA SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS 131 desde cualquier punto del país.
3. Cuando te atiendan en la ACHS, debes presentar la Cédula de Identidad y completar la Declaración Individual de Accidente (la DIAT es una declaración que entregas al momento de ser atendido y en ella señalas las condiciones del accidente). Si cuentas con antecedentes complementarios, como contrato de trabajo, exámenes, certificados médicos, entre otros, acompáñalos a la denuncia. Posterior a tu atención, el empleador enviará una nueva DIAT con los detalles de lo sucedido).
4. Dentro de las prestaciones médicas que podrás recibir, se citan: atención médica, quirúrgica y dental; hospitalización si fuese necesario; medicamentos y productos farmacéuticos; prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación; rehabilitación física y readaptación profesional; gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.
5. Si posterior a la atención te indican reposo médico, se te entregará una licencia médica o una orden de reposo, la que debes hacer llegar al Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas. En caso de quienes se atiendan en el Servicio de Atención Primaria se extenderá licencia médica, la cual deben enviar al Departamento de Administración y Finanzas / Unidad de Remuneraciones.
6. Es tu responsabilidad cumplir las indicaciones médicas que te entreguen, y reintegrarte al trabajo en la fecha que indica en el certificado de alta laboral o la licencia médica. El certificado de alta médica, emitido por la ACHS debes entregarlo al Departamento de Administración y Finanzas / Unidad de Remuneraciones.

DIRECCIÓN DE CLÍNICAS Y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN REGIÓN.

SI NECESITAS ORIENTACIÓN O COLABORACIÓN, PUEDES DIRIGIRTE AL ENCARGADO NACIONAL DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO, CLAUDIA.LEE@CULTURA.GOB.CL O AL COMITÉ PARITARIO O COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL DE TU REGIÓN.

Consejo Nacional
de la Cultura
y las Artes

| CLÍNICAS MODELO ICR (CLÍNICAS REGIONALES) ACR (ADMINISTRADO LA CLÍNICAS REGIONALES) | Ciudad | Clínicas | Asistencia Primaria | Dirección |
|--|--------------|-----------------------------|---|--|
| | Arica | | Hospital DR. Juan Noel Cervani | Calle dieciocho de Septiembre N° 1000, Arica. |
| | Iquique | | Hospital Regional Ernesto Torres Calderón | Calle Hincos de la Concepción N° 502. |
| | Antofagasta | Clínica La Portada | Hospital Regional DR. Leonardo Ozmán | Avda. Argentina N° 1562. |
| | Atacama | Clínica Atacama | Hospital Regional San José del Carmen | Calle Los Cameros N° 1320 Copiapó. |
| | La Serena | Clínica Elga | Hospital San Juan De Dios | Av. José Manuel Balmaceda N° 915, La Serena. |
| | Valparaíso | Clínica Valparaíso S.A. | Hospital Carlos Van Buren | San Ignacio N° 725, Valparaíso. |
| | Santiago | Clínica Los Coihues | Hospital de Urgencias Asistencia Pública. (Punta Central) | Avda. Portugal N°134, Santiago. |
| | Rancagua | Clínica Integral | Hospital Regional Rancagua | Liberador Bernardo O'Higgins N° 611, Rancagua. |
| | Curicó | Clínica Curicó | Hospital Regional De Talca | Calle Uno Norte N°1990, Talca. |
| | Talca | Clínica Lirioy | Hospital DR Guillermo Grant Benavente | Calle San Martín N°1436, Concepción. |
| | Chilón | Clínica Chillán | Hospital Herminia Martín | Francisco Ramírez N° 10, Población Kennedy. |
| | Los Ángeles | C. Los Andes de Los Angeles | Hospital Hernán Henríquez Aravena | Marcel Monti N° 115, Temuco. |
| | Concepción | Hospital Clínico del Sur | Hospital de Puerto Montt. | Los Amosos 63, Puerto Montt. |
| | Temuco | Hospital Clínico U Mayor | Hospital Base Valdivia | Barras N° 1003, Valdivia. |
| | Puerto Montt | Clínica Puerto Montt | Hospital Regional de Puerto Aysén | Eleuterio Ramírez N° 1035, Aysén. |
| | Magallanes | Clínica Magallanes S.A. | Hospital Dr. Lautaro Navarro Avana | Avda. Platenens N°1365, Punta Arenas. |

Si tienes dudas sobre la Sede ACHS o Red de Atención Primaria más cercana a tu lugar de trabajo, puedes informarte en el siguiente link: <http://www.achs.cl/webapp/010004/main.html?carform=index>

SOBRE LA CALIFICACIÓN DE ORIGEN

- Una vez que el funcionario/a es atendido, la ACHS comienza el proceso de calificación de origen del accidente para determinar si es laboral o común. Para esto, el ACHS podrá realizar exámenes médicos, investigación del accidente, declaración jurada de testigos, entre otros.
- El proceso termina cuando ACHS emite una carta con de calificación del origen del accidente, en la que determina si la dolencia padecida por el funcionario/a es o no de origen laboral, y por consecuencia si corresponde o no cobertura.
- En el caso de que el funcionario/a no se encuentre de acuerdo con la resolución emitida por la ACHS, puede presentar reclamaciones y/o apelaciones ante la Comisión Médica de Reclamos (COMERE) y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).



¿QUIÉNES TIENEN COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES?

En el CNCA se encuentran protegidas por el seguro contra riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las siguientes personas:

- Todos los trabajadores/as dependientes contratados bajo del Código del Trabajo (trabajadores de BAFONA y Orquesta de Cámara de Chile).
- Los funcionarios/as públicos contratados en calidad jurídica de planta y contrato.

SI NECESITAS ORIENTACIÓN O COLABORACIÓN, PUEDES DIRIGIRTE AL ENCARGADO NACIONAL DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO, CLAUDIA.LEE@CULTURA.GOB.CL O AL COMITÉ PARITARIO O COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL DE TU REGIÓN.

Consejo Nacional
de la Cultura
y las Artes

Persona a honorarios

QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO



¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

La ley 16.744 define como accidente del trabajo, cualquier lesión que sufra una persona a causa o con ocasión del trabajo, que le produzca incapacidad o muerte. Estos pueden ocurrir durante la jornada laboral, en actividades gremiales, de capacitación e incluso en un paseo de la empresa, solo si este requiere de asistencia obligatoria.

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?

La ley 16.744 define al accidente ocurrido en el trayecto directo (tanto de ida como de regreso), entre la habitación y el lugar de trabajo.

VA A DEPENDER SI COTIZA SEGURO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL:

1. Trabajador(as) *honorarios que cotizan seguro de accidente o enfermedad profesional*: el centro asistencial al cual debe concurrir o debe ser trasladado el trabajador(a) accidentado para su atención médica, es el establecimiento del Organismo Administrador con que tenga convenio (ACHS, IST, ISL o Mutual)
2. Trabajador(as) *honorarios que NO cotizan seguro de accidente o enfermedad profesional*, el centro asistencial al cual debe concurrir o ser trasladado al trabajador(a) accidentado(a) para su atención médica es al establecimiento de salud pública más cercano al lugar del accidente (en caso de urgencia), o al establecimiento de salud que el trabajador(a) decida.

En caso de tratarse de un accidente grave y que el trabajador(a) no tenga posibilidad de movilización, debe solicitar una ambulancia a la RED DE URGENCIA del Servicio De Atención Primaria De Urgencias 131 desde cualquier punto del país.

Si posterior a la atención se indica reposo médico, se extenderá una licencia médica, la que debe ser entregada a la Unidad de Remuneraciones del Departamento de Administración y Finanzas o al Coordinador(a) Regional de Administración en caso de regiones.

¿Cómo puede el trabajador independiente acceder a las prestaciones del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales?

- Debe registrarse en una Mutual de Empleadores o en el Instituto de Seguridad Laboral.
- Haber cotizado en el mes antecedente a aquel en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad profesional, o haber pagado, al menos, seis cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos doce meses anteriores a los mencionados siniestros, sea que aquellas se hayan realizado en virtud de su calidad de trabajador independiente o dependiente.

SI NECESITAS ORIENTACIÓN O COLABORACIÓN, PUEDES DIRIGIRTE A LA ENCARGADA NACIONAL DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO, CLAUDIA.LEE@CULTURA.GOB.CL AL COMITÉ PARITARIO O COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL DE TU REGIÓN.

- En caso que el trabajador se afilie por primera vez, en calidad de independiente, a este Seguro Social, para acceder a las prestaciones del mismo, bastará con que haya cotizado durante el mes en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad profesional, siempre que este o esta tenga lugar dentro de los tres primeros meses posteriores al registro.

Mayor información: <https://www.previsiionsocial.gob.cl/spa/prorroga-cotizacion-previsional-trabajadores-independientes/>

ACCIONES POSTERIORES AL ACCIDENTE

En caso el accidente fuese informado al Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas, a través del Servicio de Bienestar se realizan las siguientes acciones:




- A. Tomar contacto con trabajador(a), en caso este no fuera posible, activar contacto con redes primarias (familiares) a fin de conocer estado de salud y acciones que sean necesarias gestionar. En esta instancia se establece el contacto con un(a) familiar que sirva de canal de información.
- B. En caso de ser necesario establecer contacto con redes secundarias (compañeros de trabajo) para recopilar más antecedentes, se realizará de acuerdo a lo informado por trabajador(a), si eso no fuera posible, quien indique la contraparte del Servicio de Bienestar en regiones.
- C. En caso de trabajadores con estado de conciencia que permita autonomía en la toma de decisiones, se consultará la pertinencia de realizar acciones con red terciaria (instituciones públicas y/o privadas), con las cuales se pueda mejorar la calidad de vida de trabajador.
- D. En caso de trabajadores que no posea sus facultades cognitivas, se consultará con quien haya sido designado el tutor del trabajador la acción con redes terciarias.
- E. En los casos C y D la gestión de ayuda se debe gestionar a través de Informe Social que se emite desde el Servicio de Bienestar. Para la elaboración del referido se hará la recopilación de antecedentes, entrevistas y - si es factible- visita domiciliaria.


Los antecedentes que debe contener el Informe Social son:

- i. Identificación del usuario, lo que implica sus antecedentes personales y antecedentes laborales (nombre completo, nacionalidad, calidad jurídica, grado, correo personal, entre otros).
 - ii. Motivo de evaluación.
 - iii. Descripción de situación socioeconómica, familiar y de salud.
 - iv. Opinión profesional: se indican los ejes de trabajo, segurancias y propuesta de asignación económica.
 - v. Seguimiento de caso, se indica la frecuencia y vía de seguimiento acordado con trabajador(a) o red primaria.
- F. Seguimiento de caso hasta que no se requieran más acciones desde el Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas en ayuda a la calidad de vida y bienestar laboral de trabajador.

SI NECESITAS ORIENTACIÓN O COLABORACIÓN, PUEDES DIRIGIRTE A LA ENCARGADA NACIONAL DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO, CLAUDIA.LEE@CULTURA.GOB.CL AL COMITÉ PARITARIO O COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL DE TU REGIÓN.

ANEXO II "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO" (DIAT)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Folio: _____

Código del Caso Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Actividad Económica Hombres Mujeres Pública Privada

N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Tipo de Empresa Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Sexo Edad Fecha de Nacimiento

Nacionalidad Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Categoría Ocupacional Tipo de Ingreso:

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente Hora del Accidente Hora de Ingreso al Trabajo Hora de Salida del Trabajo

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna

Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.).

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual: ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente (Arts. 78 - Ley) Tipo de Accidente:

Si es accidente de Trayecto, responda:

Medio de Prueba Detalle del Medio de Prueba

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Número de Teléfono Clasificación del Denunciante (Ley 18.744):

Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 10.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT (día-mes-año).
- Folio de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 10.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a ninguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.




C. DATOS DEL ACCIDENTE


26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una x el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indicar el nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco.
36. Señale si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual? Marque con una x el casillero que corresponda, sí o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una x si corresponde a un accidente calificado como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art. 70 de la Ley 10.744), si no está dentro de la definición en la respectiva circular, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una x si es un accidente del Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una x el tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una x el Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (ej. nombre del testigo).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

40. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
42. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 10.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

ANEXO III "FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL"
(DIEP)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Folio: _____

Código del Caso
Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombres

Mujeres

Pública

Privada

Actividad Económica N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal

Contratista

Subcontratista

De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

Tipo de Empresa

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombre

Mujer

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

Sexo Edad Fecha de Nacimiento

Nacionalidad Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleador

Trabajador Dependiente

Trabajador Independiente

Familiar no Remunerado

Trabajador Voluntario

Tipo de Ingreso:

Categoría Ocupacional

C. Datos de la Enfermedad

Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Días

Meses

Años

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? Parte del cuerpo afectada

Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

D. Identificación del Denunciante

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):

Empleador

Trabajador/a

Familiar

Médico Tratante

Comité Paritario

Empresa Usaria

Otro

Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIEP

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIEP (día-mes-año).
- Folio de la DIEP: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a enfermo/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a enfermo/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se enfermó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.

C. DATOS DE LA ENFERMEDAD

26. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: Autoexplicativo.
27. ¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: Responda la pregunta anotando, en el recuadro, el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas, y marque con una x en el casillero que corresponda.
28. ¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda, Sí o No.
29. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
30. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
31. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
32. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo, Sí o No.
33. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
34. ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?: Anote número de días o meses o años, y marque con una x lo que corresponda (días o meses o años).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

35. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
36. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
37. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
38. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a enfermo/a, un familiar del trabajador/a enfermo/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a enfermo/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
39. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

**ANEXO IV: CIRCULAR N° 2.345 DE FECHA 10.01.2007 QUE IMPARTE INSTRUCCIONES
RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES IMPUESTAS A LAS EMPRESAS POR LOS INCISOS
CUARTO Y QUINTO DEL ARTÍCULO 76 DE LA LEY N° 16.744, EN VIRTUD DE LO
ESTABLECIDO EN LA LEY N° 20.123.**

CIRCULAR N° 2.345

SANTIAGO, 10 ENE. 2007

**IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES IMPUESTAS A LAS EMPRESAS POR LOS
INCISOS CUARTO Y QUINTO DEL ARTÍCULO 76 DE LA LEY N° 16.744, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO
EN LA LEY N° 20.123.**

I ANTECEDENTES

1. 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 grave o fatal, el empleador deberá cumplir con las siguientes obligaciones:
 - 1.1. Suspender en forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
 - 1.2. Informar inmediatamente de lo ocurrido a la Inspección del Trabajo (Inspección) y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi) que corresponda.
2. Para los efectos de las obligaciones antes señaladas, se entenderá por:
 - a) Accidente del trabajo fatal, aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o durante su traslado a un centro asistencial.
 - b) Accidente del trabajo grave, cualquier accidente del trabajo que:
 - Obligue a realizar maniobras de reanimación, u
 - Obligue a realizar maniobras de rescate, u
 - Ocurre por caída de altura, de más de 2 mts., o
 - Provoque, en forma inmediata, la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo, o
 - Involucre un número tal de trabajadores que afecte el desarrollo normal de la faena afectada.

El listado de accidentes del trabajo graves será revisado por la Superintendencia de Seguridad Social periódicamente, lo que permitirá efectuar los ajustes que se estimen necesarios.

- c) Faenas afectadas, aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la faena en su conjunto, dependiendo de las características y origen del siniestro, y en la cual, de no adoptar la empresa medidas correctivas inmediatas, se pone en peligro la vida o salud de otros trabajadores.

II PROCEDIMIENTO

1. Cuando ocurra un accidente del trabajo fatal o grave en los términos antes señalados, el empleador deberá suspender en forma inmediata las faenas afectadas y además, de ser necesario, deberá evacuar dichas faenas, cuando en éstas exista la posibilidad que ocurra un nuevo accidente de similares características.

El ingreso a estas áreas, para enfrentar y controlar el o los riesgo(s) presente(s), sólo deberá efectuarse con personal debidamente entrenado y equipado.

2. El empleador deberá informar inmediatamente de ocurrido cualquier accidente del trabajo fatal o grave, tanto a la Inspección como a la Seremi que corresponda al domicilio en que éste ocurrió.
3. En caso de tratarse de un accidente del trabajo fatal o grave que le ocurra a un trabajador de una empresa de servicios transitorios, la empresa usuaria deberá cumplir las obligaciones señaladas en los puntos 1 y 2 anteriores.
4. El empleador deberá efectuar la denuncia a:

- a) La respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud, por vía telefónica o correo electrónico o FAX o personalmente.

La nómina de direcciones, teléfonos, direcciones de correo electrónico y FAX que deberán ser utilizados para la notificación a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, se adjunta en el Anexo II.

- b) La respectiva Inspección del Trabajo, por vía telefónica o FAX o personalmente.
La nómina de direcciones, teléfonos y FAX que deberán ser utilizados para la notificación a las Inspecciones del Trabajo, se adjunta en el Anexo III.

Las nóminas señaladas se encontrarán disponibles en las páginas web de las siguientes entidades:

- Superintendencia de Seguridad Social: www.suseso.cl
- Dirección del Trabajo: www.direcciondeltrabajo.cl
- Ministerio de Salud: www.minsal.cl

5. En aquellos casos en que la empresa no cuente con los medios antes señalados para cumplir con su obligación de informar a la Inspección y Seremi respectiva, se entenderá que cumple con dicha obligación al informar a la entidad fiscalizadora que sea competente en relación con la actividad que desarrolla, cuando dicha entidad cuente con algún otro medio de comunicación (Directemar, Sernageomin, entre otras).

Las entidades fiscalizadoras que reciban esta información deberán transmitirla directamente a la Inspección y la Seremi que corresponda, de manera de dar curso al procedimiento regular.

6. El empleador deberá entregar, al menos, la siguiente información acerca del accidente: Datos de la empresa, dirección de ocurrencia del accidente, y el tipo de accidente (fatal o grave) y descripción de lo ocurrido.

En aquellos casos que la notificación se realice vía correo electrónico o fax, se deberá utilizar el formulario que se acompaña en Anexo I. No se debe informar accidentados graves y fallecidos en un mismo formulario.

7. El empleador podrá requerir el levantamiento de la suspensión de las faenas informando a la Inspección y a la Seremi que corresponda, por las mismas vías señaladas en el punto 4. anterior, cuando haya subsanado las causas que originaron el accidente.

8. La reanudación de faenas sólo podrá ser autorizada por la entidad fiscalizadora que corresponda, Inspección del Trabajo o Secretaría Regional Ministerial de Salud.

Dicha autorización deberá constar por escrito, sea en papel o medio digital, debiendo mantenerse copia de ella en la respectiva faena.

9. Frente al incumplimiento de las obligaciones señaladas en los puntos 1 y 2 anteriores, las empresas infractoras serán sancionadas con la multa a que se refiere el inciso final del artículo 76 de la Ley N° 16.744.

10. El procedimiento anterior, no modifica ni reemplaza la obligación del empleador de denunciar el accidente en el formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), ante el respectivo organismo administrador, así como tampoco lo exime de la obligación de adoptar todas las medidas que sean necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de todos los trabajadores, frente a la ocurrencia de cualquier accidente del trabajo.

III ROL DE LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744

Los organismos administradores de la Ley N° 16.744, Mutualidades e Instituto de Normalización Previsional, deberán:

1. Difundir las presentes instrucciones entre sus empresas adheridas o afiliadas.
2. Otorgar asistencia técnica a las empresas en que haya ocurrido un accidente del trabajo fatal o grave, en cuanto éstos les sean denunciados.

INSTRUCCIONES GENERALES

Las presentes instrucciones serán obligatorias a contar del 14 de enero de 2007.

Se deberá dar la mayor difusión a las presentes instrucciones para que las empresas e instituciones que deban cumplirlas conozcan el texto íntegro de la presente Circular.

ANEXO V_1 "FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO"

| ACHS | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--|---|-----------------|--|
| FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO | | | | | | |
| 1. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE | | | | | | |
| Apellido Paterno: | | | Apellido Materno: | | | |
| Nombres: | | | | | | |
| Profesión/Oficio: | Cargo: | Edad: | Sexo | F | M | |
| Años de antigüedad en el cargo: | Fecha Accidente: | | | | Hora Accidente: | |
| Región: | Local, sucursal o faena: | Área: | | | | |
| Ubicación exacta del accidente: | | | | | | |
| Nombre y Cargo de Jefatura Directa: | | | | | | |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE | | | | | | |
| Actividad que realizaba (tarea): <small>(labor que se estaba ejecutando al momento del evento, por ejemplo: Descarga de cajas)</small> | | | | | | |
| Lugar específico: <small>(área de trabajo, dirección, nombre de calle)</small> | | | | | | |
| Evento: <small>(tipo de accidente, por ejemplo: caída, golpe, contacto eléctrico, colisión, etc.)</small> | | | | | | |
| Consecuencia y parte del cuerpo lesionada: <small>(tipo de lesión, herida, golpe, quemadura, etc.)</small> | | | | | | |
| 3. ANÁLISIS DE PELIGROS Y CAUSA DEL ACCIDENTE | | | | | | |
| Acción Insegura <small>(Qué hizo o dejó de hacer el trabajador, u otra persona que contribuyó directamente al accidente)</small> | | | Condición Insegura <small>(Qué cosa en el ambiente, herramienta, estructuras, protecciones, etc. contribuyó al accidente)</small> | | | |
| | | | | | | |

ACHS



Causas
(Explicación del origen de los peligros descritos)

| |
|--|
| |
|--|

4 – ACCIONES PARA EVITAR REPETICIÓN DEL ACCIDENTE

Describe las acciones para eliminar los peligros y causas indicadas en la sección anterior. Todas las variables que explican el evento deben ser abordadas.

Las acciones descritas deben ser registrables, por ejemplo: Actualizar matriz de identificación de peligros, modificar reglamento o procedimiento, capacitación a los trabajadores, generar un plan de mejora, etc.

| Acción de Mejora | Responsable (nombre completo) | Plazo máximo |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5 – TESTIGOS

| | |
|------|--------|
| Sr.: | Cargo: |
| Sr.: | Cargo: |

ACHS

6 – INFORME

| | |
|------------------------|--------|
| Elaborado por: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |
| Revisado/Aprobado por: | |
| Nombre: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |

7 – COMENTARIOS DEL COMITÉ PARITARIO HIGIENE Y SEGURIDAD

Area for comments from the Parity Committee on Hygiene and Safety.

8 – ANEXOS (Fotografías, procedimientos, declaraciones, etc.)

ANEXO V_2 "FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

| 1- ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Apellido Paterno: | | | Apellido Materno: | | |
| Nombres: | | | | | |
| Profesión/Oficio: | | Cargo: | | Edad: | Sexo F M |
| Años de antigüedad en el cargo: | | Fecha en que comenzó a sentir los primero síntomas: | | Fecha de primera presentación en ACHS: | Quién lo atendió en la ACHS por primera vez: |
| Región: | | Sucursal que fue atendido: | | Área: | |
| Primeros síntomas: | | | | | |
| Nombre y Cargo de Jefatura Directa: | | | | | |
| 2- DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD: | | | | | |
| | | | | | |
| Síntomas actuales y tratamiento : | | | | | |
| Evento: (tipo de enfermedad, marque solo uno). | Enfermedad profesional de origen psicológico | | Enfermedad profesional de otros orígenes. | | |
| | Diagnóstico establecido por ACHS | | | | |
| Consecuencias y/o parte del cuerpo lesionada: | | | | | |

3- ANÁLISIS DE PELIGROS Y CAUSA DEL ACCIDENTE

Acción Insegura

(Qué hizo o dejó de hacer el trabajador, u otra persona que contribuyó directamente en la enfermedad):

Condición Insegura

(Qué cosa en el ambiente, herramienta, estructuras, protecciones, etc. contribuyó en la enfermedad)

| |
|---|
| Operar equipos sin autorización |
| Operar a velocidades inseguras |
| Poner fuera de servicio, u omitir dispositivos de seguridad |
| Usar equipos defectuosos |
| Instalar / almacenar la carga en forma incorrecta |
| Ubicarse o adoptar postura incorrecta |
| Trabajar en equipos energizados o en movimientos |
| Hacer bromas, asustar. |
| No usar equipos de protección personal |
| Usar incorrectamente el equipo de protección personal |
| Usar incorrectamente, equipos, herramientas, maquinas, etc. |
| Levantar o cargar en forma incorrecta |
| Usar vestimenta inadecuada o en forma incorrecta |
| Usar herramientas o equipos defectuosos (conscientemente) |
| Distracción/No prestar atención a las condiciones del lugar |
| Decisión inapropiada o falta de juicio |
| No usar procedimiento, manual, est. etc. |
| Trabajar bajo condiciones de: cansancio/enfermedad/sueño |
| Tratar de ganar tiempo o ahorrar tiempo |
| No planificar el trabajo |
| Otro (especificar) |

| |
|---|
| Falta o fortificación inadecuada |
| Congestión y espacio libre insuficiente |
| Falta de adecuados sistemas de advertencia |
| Orden o almacenamiento defectuoso |
| Iluminación deficiente |
| Superficie de trabajo o tránsito inadecuada |
| Equipo protección personal o vestimenta inadecuada |
| Condiciones ambientales, inadecuadas (polvo, gases, humo, etc.) |
| Falta o deficiencia de equipos, herramientas o materiales |
| Deficiencia o falta de barreras o protecciones |
| Falla de equipos, maquinaria o componentes de ellos |
| Instalaciones deficientes |
| Programación o planificación insuficiente del trabajo |
| Equipo no usado / uso omitido |
| Programa de disponibilidad del equipo no adecuado |
| Especificaciones técnicas deficientes o inadecuadas |
| Programa de mantención inadecuado o inexistente |
| Equipo no proporcionado en el diseño/construcción |
| Desgaste del equipo o herramienta por uso normal |
| Equipo no adecuado proporcionado en el diseño |
| Sustitución no autorizada del material o equipo dañado |
| Prolongación excesiva de la vida útil del elemento |
| Superficie de tránsito inadecuada/irregular/desnivel |
| Otro (especificar) |

Causas

(Explicación del origen de los peligros descritos)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4 – ACCIONES PARA EVITAR REPETICIÓN DEL ACCIDENTE

| Acción de Mejora | Responsable (nombre completo) | Plazo máximo |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5 – TESTIGOS

| | |
|------|--------|
| Sr.: | Cargo: |
| Sr.: | Cargo: |

| 6 – INFORME | |
|---|--------|
| Elaborado por: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |
| Revisado/Aprobado por: | |
| Nombre: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |
| 7 – COMENTARIOS DEL COMITÉ QUE REALICE INVESTIGACIÓN: | |
| | |

| 8 – ANEXOS (Fotografías, procedimientos, declaraciones, etc.) |
|---|
|---|

ANEXO VI "REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES".

SISTEMA HIGIENE Y SEGURIDAD

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

➤ REGISTRO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

| N° | Tipo de Evento* | Fecha de ocurrencia | Fecha de investigación | Descripción | Causas determinadas en la investigación | Días Perdidos | Medidas de corrección | Fecha de implementación de medida correctiva |
|----|-----------------|---------------------|------------------------|-------------|---|---------------|-----------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

(*) Accidente del Trabajo, de Trayecto, Incidente o Enfermedad Profesional.

Nota: incidente corresponde a un accidente sin días perdidos, y no se considera para el cálculo de la tasa de accidentabilidad, ni la de siniestralidad. Sin embargo, la importancia de analizarlos es que si se establecen sus causas y se corrigen o eliminan, se evita la ocurrencia de un nuevo evento que puede tener una consecuencia más grave.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,



ERNESTO OTTONE RAMÍREZ
MINISTRO PRESIDENTE
CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES



DISTRIBUCIÓN:

Distribución a Nivel Central:

Departamento de Administración y Finanzas
Departamento de Ciudadanía Cultural
Departamento de Comunicaciones
Departamento de Educación y Formación en Artes y Cultura
Departamento de Estudios
Departamento de Fomento de las Artes e Industrias Creativas
Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas
Departamento de Patrimonio Cultural
Departamento de Planificación y Presupuesto
Departamento de Pueblos Originarios
Departamento Jurídico
Gabinete Ministro Presidente
Gabinete Subdirección Nacional
Sección Tecnologías de Información
Secretaría Administrativa y Documental
Subdirección Nacional
Unidad de Auditoría Interna
Unidad de Infraestructura

Distribución a Nivel Regional:

Dirección Regional Arica y Parinacota
Dirección Regional Tarapacá
Dirección Regional Antofagasta
Dirección Regional Atacama
Dirección Regional Coquimbo
Dirección Regional Valparaíso
Dirección Regional Metropolitana
Dirección Regional O'Higgins
Dirección Regional Maule
Dirección Regional Biobío
Dirección Regional Araucanía
Dirección Regional Los Ríos
Dirección Los Lagos
Dirección Regional Aysén
Dirección Magallanes