

"COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA ENCARGADA DE CONOCER Y ANALIZAR LOS ACTOS EJECUTADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR OTROS ORGANISMOS PÚBLICOS QUE SE VINCULEN CON EL EVENTUAL PERJUICIO FISCAL GENERADO A PARTIR DEL RECHAZO DE LAS DENUNCIAS INDIVIDUALES DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES POR PARTE DE LAS MUTUALIDADES"

363ª LEGISLATURA

Acta de la sesión 7ª, ordinaria, celebrada en lunes 4 de abril de 2016.

SUMARIO.

Se continúa con la exposición de los investigadores del Servicio de Asesoría Técnica de la Biblioteca del Congreso Nacional.

Se abre la sesión a las 13:31 horas.

ASISTENCIA

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten la diputada señora Marcela Hernando y los diputados señores Claudio Arriagada, Ramón Barros, Germán Becker, Roberto Poblete, Patricio Melero, Felipe de Mussy y Jorge Sabag.

Concurren como invitados las señoras Irina Aguayo y Paola Álvarez y el señor James Wilkins, investigadores del servicio de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional.

Actúa como Secretario el abogado señor Mario Rebolledo Coddou y como abogado ayudante el señor Mauricio Vicencio Bustamante.

ACTAS

El acta de la sesión 5ª, ordinaria, se da por aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 6ª, ordinaria, queda a disposición de las señoras y señores diputados.

CUENTA

1.- Oficio de la señora Gerente de Asuntos Corporativos de la Asociación Chilena de Seguridad mediante el cual solicita ser recibidos por la

Comisión con la finalidad de contribuir con información y análisis a su cometido. SE TOMÓ CONOCIMIENTO.

ACUERDOS

1.- Oficiar a la Superintendencia de Seguridad Social a objeto que remita copia de los "Planes de Implementación" de los organismos administradores del seguro social de la ley N° 16.744, a que hace referencia el apartado V Vigencia, de la circular 3167, de 27 de octubre de 2015.

2.- Oficiar a la Superintendencia de Seguridad Social a objeto que informe respecto del número de casos de enfermedades profesionales denunciadas durante los últimos cinco años, desagregadas por año y organismo administrador del seguro social de la ley N° 16.744, a la que adscribe el denunciante.

Asimismo, la Comisión acordó solicitarle informe respecto del número de casos de enfermedades profesionales calificadas como tales por la Superintendencia de Seguridad Social, durante los últimos cinco años, desagregadas por año y organismo administrador del seguro social de la ley N° 16.744, a la que adscribe el denunciante.

Finalmente, acordó solicitar informe de las causales de rechazo de calificación de enfermedad profesional, durante los últimos cinco años, desagregadas por año y organismo administrador del seguro social de la ley N° 16.744, a la que adscribe el denunciante.

3.- Invitar a médicos que se desempeñen o se hayan desempeñado en los distintos escenarios que involucran el circuito objeto del estudio de la Comisión. Hacer llegar datos por correo electrónico de la Secretaría.

4.- Prorrogar el término de la sesión por 10 minutos.

ORDEN DEL DÍA

Se continúa con la exposición de los investigadores del Servicio de Asesoría Técnica de la Biblioteca del Congreso Nacional, pero en esta sesión se agrega un examen de la circular N° 3167 de la SUSESO.

El desarrollo en extenso del debate se encuentra en el archivo de audio digital, según lo dispuesto en el inciso primero del artículo 256 del Reglamento de la Cámara de Diputados y en el acta taquigráfica que se adjunta al final de este documento.

- Se levanta la sesión a las 15:03 horas

MARIO REBOLLEDO CODDOU,
Secretario de la Comisión.

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE ACTOS EJECUTADOS POR
LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR OTROS
ORGANISMOS PÚBLICOS CON EVENTUAL PERJUICIO FISCAL
GENERADO A PARTIR DEL RECHAZO DE DENUNCIAS DE ACCIDENTES
DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES POR MUTUALIDADES**

Sesión 7ª, celebrada en lunes 4 de abril de 2016,
de 13.31 a 15.03 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten la diputada señora Marcela Hernando y los diputados señores Claudio Arriagada, Ramón Barros, Germán Becker, Roberto Poblete, Patricio Melero, Felipe de Mussy y Jorge Sabag.

Concurren como invitados las señoras Irina Aguayo y Paola Álvarez y el señor James Wilkins, investigadores del servicio de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **BARROS** (Presidente accidental).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 6ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario va a dar lectura a la Cuenta.

*-El señor **REBOLLEDO** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

El señor **BARROS** (Presidente accidental).- Señores diputados, al final de la sesión adoptaremos los acuerdos respecto de los futuros invitados.

La sesión tiene por objeto escuchar las exposiciones de los expertos de la Biblioteca del Congreso Nacional referidas al objeto y procedimiento de la circular N°3167 de 27 de octubre, sobre institucionalidad destinada a la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y tasas de accidentabilidad y rechazo de la Comere.

Están invitados los abogados señora Paola Álvarez y el señor James Wilkins, y la economista señora Irina Aguayo.

Tiene la palabra la señora Paola Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ** (doña Paola).- Señor Presidente, como asesores, la idea es dar una visión general de los tres temas y al final de cada presentación recoger las consultas.

Uno de los encomendados por la comisión es revisar los principales aspectos de una circular que salió en 2015, la N°3167, de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene como objetivo dar un protocolo de carácter general, normas mínimas que se deben cumplir en el procedimiento para la evaluación de enfermedades profesionales. El protocolo es de carácter obligatorio para los organismos administradores, vale decir, las mutuales, el Instituto de Seguridad Laboral y empresas que tengan administración delegada.

Cabe destacar que uno de los capítulos de la circular, la número 1, nos da la fundamentación de la circular, es decir, por qué se dicta. Eso parece interesante y atingente a lo que es el objetivo de la comisión investigadora, que dice relación con que el sistema de seguridad y de salud en el trabajo, que es un departamento que está dentro de la Superintendencia de Seguridad Social, tiene todo el análisis estadístico de todas las denuncias y resoluciones de todos los organismos administradores. Ellos hicieron un análisis de la información y determinaron, respecto de las enfermedades profesionales, que del total de las enfermedades denunciadas por los trabajadores de origen profesional, un porcentaje menor es calificado como enfermedad laboral. La circular no entrega cifras, solamente el párrafo señalando cuál es el fundamento de la dictación.

Además, detectaron que existen diferencias en los procesos de evaluación de los organismos administradores.

Debemos recordar que cada organismo administrador, por ejemplo, en el caso de una mutual, puede establecer los comités de evaluación, esto es, se puede tener uno o más, uno en cada región. Son autónomos para determinarlo, como también su competencia territorial, sin perjuicio de que

exista más de un comité a nivel nacional, debe existir un responsable de la mutual ante la Suseso.

Ahora bien, qué contiene la circular. Como dije, fue dictada a fines de 2015 y empieza a regir ahora, en marzo de 2016; por lo tanto, poco podemos saber de su efectividad.

¿Qué contiene eso? Un protocolo de carácter general y obligatorio para todos los organismos administradores, vale decir, mutuales e ISL y aquellas empresas que tienen administración delegada. ¿Respecto de qué? Respeto del procedimiento que se debe seguir para la evaluación de una enfermedad denunciada como de origen profesional, y dos protocolos específicos. ¿Para qué patologías? Esqueléticas y de salud mental.

Si hacemos un recuerdo de la exposición última, en esta se señalaba que estas eran las más comunes y esa es la razón por la cual se dan estos dos protocolos, que también aparecen en la circular: la vigencia obligatoria, la calificación de las patologías denunciadas a partir de marzo de 2016, es decir, recién están siendo puestas en efectividad.

Ahora, este protocolo general es bien técnico, así que voy a remitirme de manera general. Estas son todas las actividades que se deben realizar en esta evaluación de una enfermedad denunciada como profesional.

En primer lugar, ¿qué pasa con una atención de urgencia? Comienza con un proceso de iniciación. Después el protocolo nos dice qué pasa con una atención de urgencia, qué es una evaluación clínica, qué es una evaluación de condiciones del trabajo, qué es un cambio de puesto de trabajo o readecuación, qué pasa en la derivación al sistema de salud, la resolución de calificación o recalificación, qué es un comité de calificaciones, de qué estamos hablando en la readecuación laboral y la incorporación a programas de vigilancia epidemiológica.

Este es el proceso, vale decir, todas las actividades que se deben seguir en este protocolo de carácter obligatorio, tanto de carácter general como específico. Dentro del carácter específico están las enfermedades esqueléticas y mentales.

El protocolo general. ¿Cómo se inicia el proceso de evaluación? Se inicia con una denuncia individual a través de un formulario que se llama DIEP, el cual es completado cuando el trabajador se presenta ante una mutual o en un servicio de salud a hacer una denuncia. Esta denuncia puede ser hecha por el propio trabajador, el empleador, el derechohabiente -si la persona fallece-; el médico tratante, el comité paritario o cualquier otra persona que esté en conocimiento.

Hace una denuncia de que existen sospechas o la calificación de una enfermedad profesional. También es posible que este proceso se inicie respecto de un trabajador que ha sido sometido a un programa de vigilancia por una mutual o por un organismo administrador y se detecte que efectivamente hay sospecha de una enfermedad profesional, y se inicia este proceso, o en su defecto, en caso de denunciado como un accidente del trabajo, se den cuenta de que las patologías provienen de una enfermedad profesional. Estos son los tres casos como se da inicio a esta calificación.

Atención de emergencia

¿Qué pasa en un caso de emergencia? Un trabajador es derivado a un hospital de la mutual o a un hospital público por una emergencia. Cualquier organismo administrador no debe calificarlo, sino que el paciente debe ser atendido, porque estamos frente a una situación de urgencia, hasta su estabilización.

¿Cuándo se entiende que un paciente está de emergencia o está estabilizado? Esto aparece en un reglamento del régimen de prestación de salud, en el DFL N° 1 de Salud, que es la ley propiamente tal y después hay reglamentos que regulan.

No se puede calificar la enfermedad, porque se inicia el proceso, pues la persona tiene que ser estabilizada.

Ahora empieza el proceso propiamente tal, vale decir, cuando interviene un médico. Esta evaluación clínica tiene que hacerla un médico, quien establece el protocolo y debe cumplir ciertos requisitos. Los requisitos de este médico, quien va a ser el primero que va a dar un diagnóstico que será enviado al Comité, son tener un curso de a lo menos cuarenta horas sobre aspectos generales de la ley, así como conceptos de salud

ocupacional, y en el evento de que estemos frente a algunas enfermedades con protocolos específicos, es decir, en el caso de que fueran enfermedades mentales, en ese caso, como también veremos, tienen que ser siquiátras o sicólogos, etcétera.

Este profesional es el encargado de hacer un diagnóstico médico y, además, debe ordenar la evaluación de las condiciones del trabajo del trabajador.

¿Qué significa esto de la evaluación de las condiciones del trabajo? Significa que se tiene que ver en terreno cuál es el ambiente donde trabaja. El estudio del puesto de trabajo son observaciones en terreno de las condiciones ambientales en que se desempeña el trabajador en relación con los riesgos que implica la actividad.

Respecto de las evaluaciones de riesgo, van a ser mediciones cuantitativas y cualitativas de esos riesgos que son propios de la empresa, y la historia ocupacional, que es otra evaluación, que es la historia tanto clínica como de las actividades que ha desempeñado el trabajador. Porque puede ser que esta enfermedad profesional devengue de un trabajo anterior, que tiene hace diez años. Entonces, es un registro cronológico de los cargos desempeñados por el trabajador, quiénes han sido sus empleadores, las fechas, todo esto queda registrado en una historia ocupacional, como se le llama técnicamente.

Ahora, esta primera evaluación que hace este médico, que decíamos que debía tener ciertos requisitos, se va a ir al Comité de Calificación de Enfermedades Profesionales, que está formado por, a lo menos, tres profesionales, dos de los cuales van a tener que ser médicos, y uno de esos médicos debe tener la calidad de médico del trabajo. La calidad de médico del trabajo también está definida en la circular. No entro en detalles porque es una larga descripción.

¿Qué hace este Comité? Calificar y lo hace en relación con la evaluación del puesto del trabajo, a los diagnósticos que le hizo el médico y a su historia clínica, porque va a tener todos los exámenes que le ha mandado tomar. También este Comité puede citar al trabajador para repetir los exámenes si tiene dudas.

Aquí, está lo que les comentaba. Cada organismo administrador va a definir el número de comités, la

organización territorial que se dé, la periodicidad de sus reuniones, entre otras materias, sin perjuicio de que cuando exista más de un comité, y lo más probable es que sea así a nivel regional, tiene que haber un responsable frente a la Superintendencia de Seguridad Social.

La resolución

El comité tiene que emitir un dictamen, el cual es denominado Resolución de Calificación o Recalificación, cuando cambian las condiciones. Este pronunciamiento obviamente es un dictamen por escrito e impreso, el cual debe ser notificado tanto al empleador como al trabajador, y este informe no es solo es la resolución con la decisión, sino que debe venir acompañado de un informe que contenga los fundamentos de la calificación.

Cuando termina la circular está llena de anexos. Todos estos anexos, por ejemplo, el anexo PGE3 corresponde al detalle del informe que tiene que ir con todos los documentos que deben acompañar la resolución.

Traje impresa la circular para que ustedes puedan ver que en la parte de atrás, en los anexos, está todo: lo que tiene que hacer el Comité, lo que tiene que rellenar el médico. Sale todo en detalle, la idea es que esté homogeneizado. Lo saqué de internet.

¿Qué pasa cuando la enfermedad no es calificada como enfermedad profesional por el Comité? En ese caso, el empleado debe ser derivado al régimen de salud común, y ahí está Fonasa o, en su defecto, la Isapre. Se le debe notificar y se le debe entregar la carpeta con todos los documentos, es decir, la resolución más el informe completo. Asimismo, se le debe informar si esta enfermedad está dentro del GES, es decir, dentro de las enfermedades que están dentro de las garantías de salud.

A *contrario sensu*, si el trabajador es evaluado con una enfermedad profesional y esa es la resolución, obviamente que ese trabajador tiene que ser cambiado de puesto de trabajo, lo que debe ser asumido como tal por el protocolo, y en ese caso se señala que el organismo administrador debe prescribir medidas -salen todos los plazos en la circular- dentro de diez días hábiles si es que no hubiera medidas para esa enfermedad profesional. ¿Para qué? Para cambiarlo de puesto de trabajo y se le da un plazo al empleador para su cumplimiento.

En caso de incumplimiento, tenemos que irnos a las reglas generales del estatuto, que en el caso de las mutuales se establecen sanciones para sus empleadores socios de la mutual.

Además, en el tema de la prevención existen muchos organismos que están interactuando en la fiscalización: servicios de salud, Inspección del Trabajo, mutuales, Suceso. Son funciones que muchas veces se contraponen.

Posteriormente, la incorporación de programas epidemiológicos. Son programas de vigilancia. Para ciertas enfermedades más comunes existen programas, y en el evento de que no lo haya el organismo administrador debe crear uno. La idea es que se disminuyan los riesgos de la enfermedad que se provocó en esa actividad. Este es un protocolo de carácter general en el que se detallan muchos requisitos respecto de los médicos, de los anexos; de cómo se debe completar en el evento de si un trabajador no se presentó y qué se debe poner, por ejemplo, no se presenta, no se evalúa.

La idea que hay detrás, a mi juicio, es homogeneizar a todos los que llevan a cabo el proceso de evaluación. No es que no existieran antes. Existían otros protocolos de la Suseso, pero creo que ha habido un mejoramiento en la calidad de los estándares. Esa es mi opinión personal de por qué se dicta una si ya existía otra. Además, hay que tomar en cuenta la parte introductoria de la circular.

Protocolos específicos para patologías esquelética y de salud mental. Son las enfermedades profesionales más recurrentes. Por eso son específicas.

Protocolo de calificación de patologías músculo-esqueléticas. En este caso se va a definiciones operacionales y al listado de patologías. Se trata de las extremidades superiores solamente. Hay un cuadro que dice qué segmento; dedos, muñecas, codo, hombro; la patología, el código que deben poner, etcétera. Es una tabla con especificaciones.

Aspectos particulares del proceso de calificación.

Médico que califica. Debe cumplir requisitos generales de Circular: 40 horas como médico; además, debe contar con un curso de 40 horas sobre trastorno músculo-esquelético. Se trata de la primera persona que hace el informe clínico.

Equipo evaluador. Debe solicitar antecedentes sobre la vigilancia de salud; si estaba la empresa bajo un protocolo de vigilancia para trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastorno músculo esquelético de extremidades; requerir a la empresa los antecedentes de vigilancia de los factores de riesgo, si no lo ha hecho el organismo administrador.

Exámenes obligatorios. Están detallados en el Anexo PME2 los exámenes obligatorios para este tipo de patología como enfermedad profesional.

Evaluaciones de las condiciones de trabajo. También son de carácter especial, porque no cualquier profesional puede hacer la evaluación de las condiciones de trabajo de este tipo de enfermedad. Entonces, dice que debe ser realizado por un terapeuta ocupacional, un kinesiólogo u otro profesional con formación en ergonomía.

Comité de calificación. Está compuesto por tres personas; dos de ellas tienen que ser médicos. Se establece una obligación adicional: uno de ellos debe ser médico del trabajo. Es la definición que da la circular. El segundo debe ser fisiatra o traumatólogo. Se recomienda, pero no es obligatorio, presencia de terapeutas ocupacionales, kinesiólogos u otros profesionales con formación en ergonomía.

Cambio de puesto de trabajo. Se debe cumplir con norma técnica -que ya existe- de identificación y evaluación de factores de riesgo asociados a trastornos músculo-esqueléticos.

Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica. Se sigue el Caso Centinela. En algunos protocolos de vigilancia específicos, como el de los trabajadores con factores de riesgo músculo-esquelético, mental, y otros, el caso Centinela se refiere a que cuando detectan el caso de una enfermedad profesional lo van siguiendo. Según observé en otras resoluciones, se hace un seguimiento respecto de la primera vez y si es recurrente. Por eso se llama caso Centinela, como el caso orientador de esa enfermedad.

Después tenemos el protocolo de calificación de patología mental. Definiciones operacionales. Patología de salud mental causada por una enfermedad profesional o de un accidente del trabajo. En este caso siempre debe

ser causa directa. Es una situación distinta; se exige accidente del trabajo o enfermedad profesional. Patologías a las que se aplica: trastornos de adaptación, reacciones al estrés, trastornos de estrés postraumático, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de ansiedad, episodio depresivo y trastorno de somatización.

Todo eso tiene que ser causa directa, ya sea de la actividad que realice en el trabajo o del accidente de trabajo que se haya producido.

Aspectos particulares del proceso de calificación. Obligatoriamente, realización de evaluaciones médicas y psicológicas por médicos con determinadas especialidades.

Composición del comité de calificación. También determina que el primero deber ser un médico del trabajo y el segundo un siquiatra. Se recomiendan sicólogos clínicos, laborales, terapeutas ocupacionales u otros profesionales vinculados a la salud mental.

Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo. Se deben privilegiar las medidas que tengan por finalidad modificar las condiciones de riesgo causantes de la enfermedad profesional. Al trabajador se le calificó, pero la idea es que estos casos de vigilancia no se vuelvan a provocar en otros trabajadores.

El objetivo de mi presentación es de carácter general. Todavía no se puede hacer una evaluación, porque recién este primer mes los organismos administradores van a estar obligados.

La circular se dictó en 2015, pero a partir del 1 de marzo de 2016 los organismos administradores están obligados a tener operativo este protocolo, mutuales y el ISL en su caso.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el diputado señor Roberto Poblete.

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, por su intermedio agradezco la presentación de la señora Paula Álvarez, pues me pareció muy lúcida. Nos encontramos frente a este nuevo protocolo que empezará a operar ahora y que abarca bastantes espacios donde tenemos dudas; además, donde han apuntado la mayoría de los reclamos que estamos recibiendo en esta Comisión.

La pregunta es si este protocolo viene a llenar un vacío, si no había protocolo, o como diríamos en buen chileno, nos estamos poniendo el parche antes de la herida.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, por su intermedio, agradezco profundamente la exposición de la Biblioteca del Congreso Nacional.

Como dice el diputado, justo ahora se inicia este proceso, que es una expresión de cambio muy profundo. Se establece un protocolo para todo; se establece una suerte de historial médico de las personas mientras estén en la vida laboral.

La pregunta que surge es quién fiscaliza este proceso, porque hay una serie de nuevas normas con médicos expertos en trabajo. Se habla de hacer un seguimiento. A mí, que provengo del mundo rural, me cuesta pensar que ante cualquier accidente del trabajo o enfermedad laboral van a hacer un seguimiento, porque los seguimientos prácticamente no los hace nadie en ninguna actividad. Por ejemplo, me cuesta mentalmente estructurarme de tal suerte de decir que ante la eventualidad de una enfermedad alguna persona va a fiscalizar el puesto de trabajo.

Probablemente, se trata de preguntas que tendremos que formular a la superintendencia la próxima semana, porque el protocolo nuevo es un avance importante respecto de las dudas que muchos tenemos sobre lo que se estaba haciendo en cuanto a enfermedades profesionales.

Sin embargo, me cuesta creer que esto es solo una declaración de intenciones, pues debe ir acompañado de una serie de medidas de orden práctico para efectos de que funcione para todos y no solamente en los sectores urbanos.

Agradezco la exposición, ya que ilustra muy bien la línea que pretendemos construir en esta comisión.

He dicho.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Jorge Sabag.

El señor **SABAG**.- Señora Presidenta, también agradezco la presentación.

Me gustaría saber sobre el cambio de protocolo, que entiendo será mucho más estricto para justificar o no una enfermedad profesional, en el sentido de que el protocolo vigente hasta antes del 1 de marzo pudo haberse prestado para algún tipo de arbitrariedad.

En la misma línea del diputado que me antecedió en el uso de la palabra, para denegar una solicitud de enfermedad profesional, ¿cuáles son los cambios más relevantes?

Entiendo que habrá que entregar más información, pero quiero saber si con este protocolo se termina o no la arbitrariedad. ¿Con este protocolo se llenará el vacío que, a mi juicio, el anterior dejaba respecto de la arbitrariedad?

He dicho.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señora Presidenta, aunque sea reiterativo, quiero agradecer el trabajo realizado por los representantes de la Biblioteca.

No debemos olvidar que esta investigación tiene como origen el gasto en que sigue incurriendo el Estado para los casos donde las mutuales se desprendieron de la responsabilidad, por distintas razones, ya sean de carácter técnico u otro. Esa es la razón de esta instancia.

Una persona se libera de la mutual por distintas razones y argumentos que están dentro de las prerrogativas que tenía, supuestamente, pero el Estado sigue gastando en esas personas, o vuelve a gastar cuando la persona dejó de tener una relación laboral y sufre una enfermedad que tuvo su origen en dicha actividad, pero que se manifestó después. Por ejemplo, hemos escuchado el testimonio de trabajadores que sufren de silicosis.

Se señala que este protocolo se va a basar de acuerdo con el Reglamento de Régimen de Prestaciones de Salud, y me gustaría saber si esto se refiere, por ejemplo, a los diagnósticos de las clínicas particulares que hacen que las personas permanezcan mucho tiempo en tratamiento.

¿Este protocolo va a tener algunas orientaciones técnicas igual a las clínicas privadas? ¿Se refiere al sistema público de salud? El protocolo debe estar tomado

del Régimen de Prestaciones de Salud. Por tanto, ¿qué es el Régimen de Prestaciones de Salud?

Además, ¿cuándo tiene una contraparte el trabajador? Porque, con todo el respeto de la profesión médica, de todas maneras un diagnóstico médico es discutible. Se puede recurrir, si cuenta con los recursos, a una segunda o tercera consulta.

Entonces, ¿cuál es la contraparte del trabajador ante una calificación distinta de estos comités? ¿A quién recurre?

¿La Suseso hace suya la definición del comité porque está integrado por dos médicos, uno laboralista y un siquiátra, en el caso de las enfermedades mentales?

Si se han rechazado las licencias médicas y los tratamientos con una mutual, ¿a quién recurre el trabajador como segunda opinión profesional?

He dicho.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Quiero felicitarlos por la presentación, ya que fue muy buena para aclarar en dónde estamos y qué es lo que viene.

En la línea de lo que plantearon los diputados Sabag y Poblete, me gustaría que nos dieran a conocer cuál es la diferencia entre la circular anterior y esta. En el fondo, quiero saber qué ha aprendido la institucionalidad para decir que hoy quiere mejorar un proceso y que tal es el salto para ello. La idea es caracterizar cuatro o cinco puntos para conocer la diferencia.

En cuanto a lo que planteó el diputado Arriagada, nuestra focalización, en términos de qué ocurre con las enfermedades profesionales que se desechan, desde el punto de vista de las mutuales y de la superintendencia, y que van al sistema público, como dato hay una cantidad de rechazos impresionantes, por lo que me gustaría que nos determinaran dónde van esos rechazos, porque sabemos lo que ocurre con lo que entra en el sistema de las mutuales.

¿Qué pasa con las rechazadas? ¿Dónde se van? ¿El trabajador queda permanentemente con esa patología? ¿Van al sistema público y vuelven? La idea es saber qué pasa con esos rechazos.

En cuanto al cambio de puesto de trabajo, me parece muy interesante lo que tiene que ver con el estudio epidemiológico de la empresa y de los puestos de trabajo, porque eso va a arrojar que cualquier trabajador que ocupe ese puesto, con determinada cantidad de años, le va a ocurrir lo mismo. Creo que es altamente predecible lo que le va a suceder a un trabajador en determinada labor durante algunos años.

Otra interrogante es qué pasa con el trabajador al cambiar de empleo y pierde las condiciones laborales que tenía originalmente, como bonos, etcétera. ¿Está contemplado en alguna parte que ese trabajador siga con las condiciones que tenía o puede bajar su remuneración?

En nuestro informe debemos hacer propuestas desde el punto de vista epidemiológico, por lo que sería bueno que nos ilustren respecto de cómo se explica el modelo utilizado para estudiar cada uno de los casos.

En esto no hay que inventar nada nuevo, porque se sabe por qué ocurren las patologías, pero quiero saber si vamos a utilizar un modelo predictivo en base a los factores que hoy tenemos más claros.

Tiene la palabra la señora Paola Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ** (doña Paola).- Señora Presidenta, voy a reunir varias consultas, ya que algunas se repitieron.

Respecto de la circular, no tengo datos. Mi compañera se va a referir a aspectos específicos del estudio.

La circular en la parte introductoria dice, específicamente, que el motivo de la dictación de esta nueva circular es que un gran porcentaje de las enfermedades denunciadas como profesionales, en un menor grado son calificadas como laborales. Es un hecho cierto que está en la circular que bajé de internet y que dejé a disposición de la Secretaría.

Respecto de dónde sacaron los datos, son de un departamento de la Suseso, pues los organismos administradores tienen la obligación de entregar ciertos datos para su análisis. Ellos analizaron esos datos y esa fue la causa, más la disparidad de resultados que les dio, porque los procesos eran dispares. Esto se producía porque cada organismo administrador podía tener uno o dos comités -pueden ser regionales-, que son los que van a

calificar definitivamente. No puedo entregar datos, porque la circular no los tiene.

Efectivamente, existió una circular anterior. No obstante, no he realizado el trabajo de comparar qué aspectos comprendía la circular anterior en relación con la presente, pero puedo enviar dicha información.

Ahora, no existieron circulares específicas para enfermedades musculoesqueléticas ni mentales. Y ¿por qué se tomaron esas patologías? Porque los datos dieron cuenta de que el mayor porcentaje de enfermedades que son rechazadas son mentales y musculoesqueléticas, es decir, son las patologías más comunes que el trabajador denuncia.

¿Qué pasa cuando el comité rechaza la calificación? Opera un procedimiento que, recordemos, en enero visualizamos en un diagrama. El proceso dependerá si el rechazo es de la mutual o del Instituto de Seguridad Laboral. Si el rechazo corresponde a la mutual, el afiliado podrá apelar nuevamente a la Comisión Médica de la ley N° 16.744 y lo que ella resuelva podrá ser apelable ante la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso).

También, cabe recordar el artículo 77 bis que usted comentó en nuestras primeras conversaciones. El trabajador que no es calificado con una enfermedad profesional no queda sin recursos, porque dicha norma establece que, sin perjuicio de las reclamaciones y las apelaciones, el trabajador recibirá las prestaciones de su seguro de salud, es decir, de Fonasa o de la Isapre, mientras se cursan todas las apelaciones hasta llegar a la última instancia, o sea, la entidad que tiene la última palabra: Suseso. Se trata de un expediente que va pasando. El trabajador concurre al hospital de la mutual y el médico le dice: "Sí, puede ser.". El expediente, con los exámenes, se envía al comité que dicta una resolución en la que establece que no se trata de una enfermedad profesional, sino común. Tras dicha resolución, se abren todos los recursos o apelaciones a los que tiene derecho el trabajador, quien podrá reclamar ante la Comisión Médica de reclamos de la ley N° 16.744, instancia que analiza aspectos médicos y, si son situaciones de hecho,

puede directamente apelar a la Suseso, la cual tiene la última palabra.

Respecto de la Suseso, ¿existe otro recurso? Solo el recurso administrativo de reconsideración, en el mismo recurso.

Aquel es el procedimiento.

Ahora, la persona declarada víctima de una enfermedad profesional debe enfrentar otro proceso relacionado con el grado de invalidez, pues dependiendo del grado de invalidez recibirá una prestación; cabe considerar que este un seguro. Se debe determinar, caso a caso, si le corresponderá lo mismo que recibía antes o no; dependiendo del grado de invalidez hay pensiones o un monto completo, lo cual se establece en detalle.

Me quedó pendiente revisar qué se incorporó como nuevo, si hay detalle.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).-
¿Alguna otra consulta o duda?

Tiene la palabra la señora Irina Aguayo.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Señora Presidenta, buenas tardes.

Trataremos de responder algunas dudas que quedaron pendientes la semana pasada, fundamentalmente, sobre las estadísticas de reclamos.

Principalmente, la información estadística se basa en el análisis que realizamos de lo que nos proporcionó la Secretaría y, además, de los antecedentes que obtuvimos de las páginas de internet correspondientes. Es decir, toda la información es institucional y oficial.

Básicamente, nos centraremos en cuatro puntos: calificaciones, enfermedades profesionales -con un poco más de detalle-, reclamaciones y dictámenes.

En cuanto a las calificaciones de los casos denunciados en las mutuales, obtuvimos información sobre las denuncias individuales de accidentes del trabajo de todo el 2014, gracias al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (Sisesat), que es la base de datos oficial. Asimismo, obtuvimos datos respecto de enero a septiembre del 2015, pues la información proporcionada por Sisesat llega a octubre del 2015.

En la presentación, se observa que se presentaron 485.000 denuncias el 2014 y, entre enero y septiembre del

2015, se presentaron 260.000 denuncias y, en términos de números absolutos, parecen bastante menos denuncias. Sin embargo, si se analiza la calificación, las denuncias vinculadas con lo laboral, en ambos casos, son mayoritarias, es decir, las personas mayoritariamente presentan denuncias de accidentes del trabajo, más que de origen común.

Entre enero a septiembre del 2015, el porcentaje de denuncias de accidentes del trabajo por causas laborales fue de 80,3 por ciento, en tanto solo el 19,7 por ciento fue por origen común. De enero a diciembre del 2014 ese porcentaje se mantiene exactamente igual, es decir, las denuncias por enfermedades de origen laboral siguen siendo 80,3 por ciento.

En el mismo periodo, las denuncias individuales de enfermedades profesionales son un poco menor que las por accidentes de trabajo. No obstante, en términos porcentuales, en 2014 el 24,7 por ciento de las enfermedades profesionales son de origen o denunciadas como de origen laboral y el 75,3 por ciento son de origen común.

En el 2015, a pesar de que el periodo es un poquito más corto -va de enero a septiembre-, las enfermedades laborales corresponden a 19,6 por ciento. Probablemente, si tuviéramos el año completo, esa diferencia sería más o menos la misma. Y las enfermedades de origen común corresponden a 80,4 por ciento.

A continuación, nos vamos a centrar en las enfermedades profesionales.

Según la Unidad de Medicina del Trabajo de la Suseso, el mayor número de reclamos que reciben son por disconformidad de los trabajadores con la calificación de origen de la enfermedad profesional. Por ejemplo, el origen de la enfermedad se califica de común, pese a que el trabajador afirma que el origen laboral y, aparentemente, podrían serlo. En consecuencia, las calificaciones de las enfermedades profesionales son la principal causa de reclamo.

En la presente lámina se muestra la distribución de las denuncias de enfermedades profesionales por tipo de patología. Como señaló Paola Álvarez, y como lo muestra el gráfico, el 66 por ciento corresponden a enfermedades

musculoesqueléticas y el 21 por ciento a siquiátricas; estas son las enfermedades denunciadas el 2014.

El siguiente gráfico muestra, para las mismas enfermedades, el porcentaje de casos calificados como profesionales y como de origen común. En la última barra, se observa que el 88 por ciento de las patologías musculoesqueléticas son calificadas como enfermedades no profesionales y solo el 12 por ciento de ellas son calificadas como enfermedad profesional. En la penúltima barra, se obtiene un resultado similar, pues el 21 por ciento de las enfermedades siquiátricas son calificadas como profesionales, mientras la mayoría, es decir, el 79 por ciento de ellas, son calificadas como enfermedades no profesionales. Las demás enfermedades con porcentajes importantes son las broncopulmonares, las dermatológicas y las otorrinolaringológicas.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿Tienen los números enteros o los porcentajes?

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Tenemos las psiquiátricas y las músculo-esqueléticas. Las demás no las tenemos acá.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Sería interesante que las pudieran entregar. Para sacar el porcentaje tienen que haber tenido la cifra completa.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- La Suseso la muestra en porcentajes.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Los porcentajes son bien engañosos, porque las dermatológicas tal vez son pocas y son las que califican más.

El señor **PAULSEN**.- Y cuál es el impacto participativo en cada una de las cantidades.

-Hablan varias personas a la vez.

El señor **PAULSEN**.- ¿Y cuáles son las de mayor habitualidad?

-Hablan varias personas a la vez.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Esas serían las más interesantes.

-Hablan varias personas a la vez.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Puede continuar, señora Aguayo.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Señora Presidenta, para aclarar, puedo decir que la anterior, es decir, la que

está puesta ahí, son las denunciadas, que no son las efectivamente calificadas, porque hay una diferencia.

-Hablan varias personas a la vez.

El señor **PAULSEN**.- Si se toman las denuncias totales, más las de la última página, donde salen las que se asignan o no se asignan, las de barritas, con la anterior, que son los porcentajes de cada una, ahí tenemos los datos que necesitamos, que es el separado por cada una de las enfermedades.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Podrían ser diferentes. Podrían ser números distintos: las denunciados versus los efectivamente calificadas, porque puedo denunciar, pero pueden no ser calificadas.

Ahora, lo que podemos hacer, es solicitar a la Suseso la información en números, porque coincido en que, si se habla en porcentajes, hay una cifra que se esconde, y que puede ser un poco engañosa. Podemos tratar de buscar la información.

El señor **MELERO**.- Nuestra expositora hace la diferencia entre calificadas y denunciadas. Me pregunto cómo podría ocurrir que una enfermedad denunciada, sea laboral o común, no califique. Como siempre será una u otra, ¿hay un grupo que queda fuera de todo? ¿Cómo hace el sesgo de una enfermedad calificada respecto de una denunciada?

La señora **ÁLVAREZ** (doña Paola).- Señora Presidenta, como vimos en el protocolo anterior, cuando una denuncia, se somete a un proceso de calificación, que debe terminar en una resolución: si es enfermedad profesional o es enfermedad común. Igualmente, en el anexo, que podemos ver, y que recién se aplica, el primer médico le hace un diagnóstico clínico a la persona y le pide hacerse exámenes. Después, todo eso pasa al comité, el que puede citar a esa persona para nuevos exámenes. Si el trabajador no va, el proceso queda, en la práctica, cerrado, pero ni como enfermedad profesional o enfermedad común, sino que le ponen otro código de resultado, que pueden ser tres o cuatro. Ahí salen detallados.

Ahora, nosotros la revisamos la carpeta y la información no estaba tan desagregada.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Es decir, si no es calificado, todo se informa igual a la Suseso.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Así es.

Respecto de las reclamaciones, el número de reclamaciones ingresadas durante 2014 está por materia de reclamación. Se puede observar allí que la mayor cantidad de reclamaciones son las patologías profesionales, con 3.049; siguen los accidentes del trabajo y las de calificación de accidentes del trayecto.

Acá se ve mucho más claro. Está en un gráfico de "torta". Se puede ver que las calificaciones profesionales corresponden a 37 por ciento aproximadamente del total; seguido de 22,6, de accidentes del trabajo, y un 20,3 de accidentes de trayecto.

En cuanto al número de reclamaciones ingresadas en el período enero-agosto 2015, que era la información disponible, la situación se repite, más o menos, similar, siendo la calificación de patologías profesionales la que presenta mayor número de reclamaciones. Le siguen -ahí está el gráfico de "torta"- las calificaciones con ocasión de accidentes del trabajo y, posteriormente, las de accidentes de trayecto.

Este gráfico está completo. Comprende todo el período de enero de 2014 a agosto de 2015, y lo único que pretende es mostrar un poco la tendencia. Se puede ver que la calificación de las patologías profesionales sigue una tendencia creciente en el tiempo, en tanto algo similar ocurre, pero en un nivel más bajo, con las calificaciones de accidentes del trabajo, que son las azules, en tanto las otras dos, es decir, las de trayecto y las del artículo 77 bis, son bastante más erráticas. No llevan una tendencia bien clara.

Respecto de los dictámenes de la Suseso, o del número de resoluciones emitidas por la Suseso, en 2014 y 2015 se pueden observar acá la cantidad de apelaciones que fueron aceptadas, que fueron rechazadas, o que se encontraban en otra situación.

El gráfico que sigue, y que muestra los porcentajes, da cuenta de que, en el caso de la calificación de accidentes de trayecto, los dictámenes aceptados llegan a 60 por ciento. No ocurre lo mismo con los accidentes del trabajo, ni con las patologías de carácter profesional, que son mayoritariamente rechazados.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- No sé si mi pregunta la podrán responder los profesionales de la Dirección de Bibliotecas -me temo que no- o alguien de la Suseso. La pregunta es si la circular nueva, la 31-67, de 2015, está teniendo algún efecto en el tipo de denuncia, en las reclamaciones y en los accidentes. Entiendo que la circular se hizo con ese efecto: establecer un protocolo, homogenizar criterios, enfrentar las diferencias que se producían entre las sedes regionales y las sedes centrales. Es muy interesante, aunque tenemos información hasta septiembre de 2015.

El señor **BARROS**.- Comenzó a regir el 1 de marzo de 2016, o sea, tiene un mes de vigencia.

El señor **MELERO**.- Se dictó en 2015, pero entró en vigencia el 1 de marzo. Va a ser interesante de seguir.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Jorge Sabag.

El señor **SABAG**.- En el caso de rechazos por enfermedades profesionales y por accidentes del trabajo, ¿la única instancia es una reconsideración?

La señora **ÁLVAREZ** (doña Paola).- Señora Presidenta, efectivamente, la normativa establece la última instancia en la superintendencia, ya que es el organismo fiscalizador que está por encima de todos los organismos administradores. Al respecto, solo cabe el recurso de reconsideración de carácter administrativo.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Con el señor Secretario, revisamos lo relativo al plan de implementación para llegar a la nueva circular. Si tienen alguna información sobre los planes de implementación, esperamos conversar con la Suseso y también con las mutuales, porque de acuerdo con lo que plantea la nueva circular es bastante exigente desde el punto de vista profesional.

Me llama la atención y me alegra que podamos estandarizar y tener profesionales acorde con la calificación, ya que usualmente eran los médicos generales quienes calificaban o rechazaban ciertas patologías.

Ahora bien, tenemos información de lo que entra a la Suseso, pero no cuántos casos quedan sin reclamar. Si, por ejemplo, entras con una enfermedad profesional, vas por una arista, pero, ojo, es bastante bajo el porcentaje que ingresa. Sin embargo, me preocupa lo que sucede con el que no entra, que es el que nos interesa, porque ahí están los 91 mil millones que plantea la doctora Vega. Ahora, como son atendidos por Fonasa o por las isapres, no continúan con el sistema de reclamos porque, al final, al trabajador solo le interesa mejorarse. Entonces, la preocupación es: ¿quién lo mejora? ¿Quién lo debería mejorar?

Me preocupa quienes interponen una denuncia, pero - repito- qué pasa con aquellos que no son calificados, especialmente, con ese porcentaje que no va a la Suseso, pero que de todas formas son atendidos por Fonasa o por las isapres. No sé si podemos armar ese número en base a diferencias, es decir, a lo que entra al sistema, lo que se divide entre aceptado y no, lo que llega y lo que sale de la Suseso, por lo que ahí también habría un número que no es atendido.

¿Qué sucede con eso? ¿Vuelve a Fonasa? ¿Vuelve a la isapre?

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Señora Presidenta, estoy absolutamente de acuerdo con usted. Hemos tenido muchas dificultades, porque la cantidad de reclamaciones o de denuncias que entran a la mutual no aparecen en las páginas oficiales, a las que tenemos acceso, como para seguir un camino. Teniendo los datos de la mutual, del Compin, de la Comere o de la Suseso, como última instancia de reclamación, podríamos sacar la diferencia. Sin embargo, hemos tenido grandes dificultades para contar con esa información. Si logramos tenerla, podríamos empalmar como para sacar, al menos, porcentajes más o menos estimativos que tengan algún sentido.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Respecto de las causales de rechazo, las personas dicen que al final no existe un análisis -también me incluyo-. Esta debería ser la exigencia para las mutuales, para las entidades administradoras, pero no tenemos la exigencia para la Suseso, es decir, el 2.0. Solo es una copia de lo que dicen las mutuales. ¡He recibido respuestas de la

Suseso exactamente iguales a las de las mutuales, hasta con las mismas faltas de ortografía!

¿Qué causal da la Suseso para estos rechazos? Sé que es pedir mucho, pero se podría comparar el rechazo de las mutuales con el de la Suseso, además del circuito en el que entra. Es decir, ¿qué tipo de médicos y de exigencias tenemos, y cuánto tiempo se demora la superintendencia? Por lo demás, creo que hay un tremendo cuestionamiento a la Suseso respecto de cómo está funcionando.

Ahora bien, me parece extraordinario que se le exija a las mutuales, el protocolo me parece muy bueno, ojalá que se pueda practicar. Sin embargo, si es lo ocurre, la reconsideración a la Suseso, ¿qué tipo de sucesos tendremos? O sea, si tenemos protocolo o no, ¿qué tipo de exigencias y de médicos tendremos en la superintendencia para hacer de contraparte con la administradora?

Tiene la palabra el diputado Roberto Poblete.

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, de hecho, lo más cuestionado por la gente que hace sus reclamos, no son precisamente las mutuales, porque entienden que es un negocio y que lo van a defender a como dé lugar, sino que es en ese espacio en que debiera sentirse más protegido el trabajador. Hemos escuchado denuncias de que, incluso, los médicos estarían cooptados, porque han sido funcionarios de estas administradoras.

Entonces, tenemos un problema en la Suseso que no sé por dónde lo vamos a intervenir. Sería interesante que los amigos de la Biblioteca del Congreso Nacional, que han hecho un trabajo espectacular, pudieran aportarnos más datos al respecto: qué información hay, de dónde vienen, cuántos son y cómo funciona.

Muchas gracias.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Ofrezco la palabra.

-Hablan varios diputados a la vez.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Aparece el accidente de trayecto y es el más reconocido, con un 60 por ciento de los porcentajes de resolución. Es el que tiene menos rechazo, solo se rechaza en un 35,8 por ciento la calificación de accidentes de trayecto. Tal vez, porque son los más obvios.

Tiene la palabra la señora Irina Aguayo.

La señora **AGUAYO** (doña Irina).- Efectivamente es el que tiene menor rechazo y mayor aceptación, porque el accidente de trayecto corresponde a aquel causado por el choque de un bus, de un micro, el volcamiento de un camión, etcétera. Es más fácil de pesquisar y más difícil de rechazar.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el señor James Wilkins.

El señor **WILKINS**.- Señora Presidenta, esta presentación es un poco más corta y tiene por objeto describir el marco regulatorio de los comités paritarios. Esa fue la pregunta que se le hizo al personal de la Biblioteca y que, en virtud de lo acordado en la sesión pasada, se amplió a entidades equivalentes en la legislación comparada, cómo actúa el comité paritario dentro de la institucionalidad de prevención pero a nivel de empresa.

La metodología que hicimos para comparar la legislación nacional y los países de legislación extranjera se basó en el análisis de tres países europeos, porque históricamente su siniestralidad es la de menor tasa. Además, se consideró a tres países que fueran miembros de la OECD, como lo solicitó la comisión.

Asimismo, se revisaron países europeos que tienen modelos distintos, de manera de compararlos con Chile.

Lo primero que debemos tener en consideración al analizar la institucionalidad en materia de prevención en Chile es que es una red muy compleja. Está compuesta por organismos privados, públicos, integrada por trabajadores, empleadores, y tienen funciones relacionadas entre sí.

Esa red, algo compleja, se replica en todos los países analizados, no solo en los tres a los que nos vamos a referir. Si, por ejemplo, se revisan otros países de América, veremos que la red de la institucionalidad en materia de prevención es amplia y reconoce múltiples actores.

En Chile, a nivel de empresa, la prevención descansa principalmente en dos organismos: los comités paritarios de higiene y seguridad, y, en algunos casos, en los departamentos de prevención de riesgos.

Sin embargo, hay que tener presente que la principal obligación en materia de seguridad y prevención la tiene el empleador. El Código del Trabajo obliga al empleador a velar por la seguridad y salud de sus trabajadores, informándoles los riesgos y tomando todas las medidas para evitarlos. Por lo tanto, el principal ente para velar por la prevención, la protección de la salud y la seguridad es precisamente el empleador. Luego vienen las instituciones de participación.

En nuestro país, el comité paritario es obligatorio para industrias o faenas con más de 25 trabajadores. Es decir, una empresa puede tener más de un comité paritario si tiene más de una industria o faena. Por ejemplo, si una empresa constructora tiene una faena en Iquique y otra en la Quinta Región, con más de 25 trabajadores, está obligada a tener un comité paritario en cada una de ellas.

La integración del comité paritario es mixta, tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, un presidente y un secretario.

Las principales funciones -lo que vamos a comparar con las legislaciones extranjeras- son asesorar e instruir a los trabajadores para la correcta utilización de los instrumentos de protección, participar en la generación o conductas de acciones de seguridad, fijar las medidas de seguridad, vigilar el cumplimiento de las medidas de prevención e investigar las causas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Lo fundamental, lo que le da relevancia al comité paritario, es vigilar el cumplimiento de estas medidas, y puede llegar a participar de su aplicación, pero luego de ser aprobadas por el comité paritario y ratificadas por la mutual, son vinculantes para el empleador. Ahora bien, el incumplimiento del empleador respecto de esas medidas es sancionado conforme a las normas del Código Sanitario.

Otro elemento que vamos a analizar es el fuero de los miembros del comité paritario y los permisos.

En general, el fuero lo tiene un solo miembro del comité. No lo dice el reglamento, pero la Dirección del Trabajo ha señalado que ese miembro es uno de los representantes de los trabajadores.

Otra institución destinada a la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, a nivel de empresa, es el departamento de prevención de riesgos. Es un departamento del empleador, de la empresa, no tiene representante de los trabajadores y es obligatorio en empresas mineras, industriales y comerciales que ocupen más de cien trabajadores. A diferencia del caso anterior, debe estar dirigido por un experto profesional, un prevencionista en riesgos que, por derecho propio, forma parte del comité paritario, con derecho a voz.

Las funciones son planificar, organizar, ejecutar, supervisar y promover acciones permanentes para evitar accidentes del trabajo; controlar los riesgos en el ambiente de trabajo, ejecutar acciones educativas, etcétera.

Al igual que en el comité paritario el elemento más importante es que las medidas tomadas por el departamento de prevención de riesgos, ratificadas por el organismo administrador, mutual o instituto de seguridad laboral, son vinculantes para el empleador.

Tal como señalé, para hacer la comparación con la legislación extranjera se tomaron tres países europeos pertenecientes a la OECD y que por pertenecer a la comunidad europea tienen una normativa reglamentaria común. La directiva 89, de 1989, la N° 391 de la comisión europea que tiene, a mi juicio, dos obligaciones que dicen relación con la protección y la prevención a nivel de empresas. Una de ellas es la obligación de los empleadores de designar a uno o varios trabajadores para ocuparse de actividades de protección y prevención, equivalente en nuestro país a lo que hace el departamento de riesgos. Segundo, la obligación de los empleadores de consultar a los trabajadores y a sus representantes y permitir su participación en el marco de todas las cuestiones que afectan a la seguridad. Estamos en el ámbito de los comités paritarios.

Vamos a revisar la legislación de los tres países europeos en base a distintas variables. La primera es de qué entidades hablamos a nivel de empresa en cada uno de ellos.

En Bélgica, por ejemplo, existen los comités de prevención y protección del trabajo, en virtud de una ley de 1996. Es bueno tener en cuenta la fecha, porque fue en 1996 cuando la comisión europea hizo un llamado general a los países para que ajustaran su legislación o sus políticas internas para cumplir con todos los parámetros de seguridad que estaba pidiendo, que estaban en la directiva 89 y no se habían cumplido.

Entonces, en 1996, Bélgica modifica su legislación e incorpora los comités para la prevención y protección del trabajo. Sus características las vamos a ver más adelante.

En el Reino Unido, la base de su institucionalidad, a nivel de empresa, es de 1974, y son los delegados sindicales para la seguridad, los comités de seguridad que se forman cuando dos delegados sindicales lo solicitan para ciertas faenas y los delegados de trabajadores que no están sindicalizados en términos generales.

El Reino Unido es el país más desformalizado en materia de institucionalidad intraempresa para la prevención de riesgos. Al final voy a explicar una conclusión que es para pensar.

España tiene los delegados en prevención para empresas con menos de 30 trabajadores y los comités de salud y seguridad para empresas de más de 50 trabajadores.

Otro punto es la obligatoriedad de contar con alguna institución a nivel de empresa destinada a la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

En Bélgica solo es obligatoria si una empresa tiene 50 trabajadores o más. Es necesario tener en cuenta que no se trata de una industria o faena como en Chile, hablamos de que una empresa con 50 trabajadores o más, independiente de si es industria o faena, está obligada a tener un comité de prevención y protección.

Sin embargo, reglamentariamente el gobierno podría determinar que para ciertos trabajos o industrias se debe contar con un comité de prevención o protección no obstante se tengan menos de 50 trabajadores. Por ejemplo, en la industria minera.

En el Reino Unido no hay obligatoriedad. La posibilidad de designar delegados de seguridad corresponde a los

sindicatos que determinan si es necesario, de lo contrario, no lo nombran.

Producto del llamado de la comisión europea, en 1996, el Reino Unido modificó esa forma y permitió que las personas que no pertenecieran a sindicatos o en aquellas empresas que habiendo sindicatos no se hubiera nombrado delegado de seguridad, los trabajadores pudieran organizarse, fuera del sindicato, y pedir el nombramiento de un delegado de seguridad.

En España, los delegados de prevención son en empresas con más de 30 trabajadores. En la imagen aparece un cuadro relacionado con el número de trabajadores y la cantidad de delegados de prevención. Los comités de seguridad y salud son mixtos, igual que en Chile y Bélgica, formados por trabajadores y empleadores, y obligatorio en empresas que tengan más de 50 trabajadores.

En Bélgica esas entidades están integradas por trabajadores y empleadores, entre 2 y 25 trabajadores y 2 y 25 empleadores, pero en ningún caso los representantes del empleador podrán ser más que los representantes de los trabajadores, al igual que en Chile.

En el Reino Unido los delegados sindicales son designados por el sindicato y los delegados de los trabajadores son elegidos por votación.

En caso de que los trabajadores utilicen esa facultad de nombrar un delegado de seguridad, independientemente de los sindicatos, lo hacen por votación.

En España, los delegados de prevención operan en las empresas que tienen entre 30 y 49 trabajadores. Son delegados de personal. En los comités de seguridad y salud participan delegados de personal y representantes del empleador en igual número, es decir, de uno a ocho, dependiendo del número de trabajadores de la empresa.

A continuación expondré las atribuciones que tienen dichas entidades, lo que a mi juicio es el aspecto más relevante. En términos generales, todos los comités, tanto en Bélgica como en Reino Unido y España, tienen facultades para fijar medidas de seguridad, participar en acciones de seguridad, visitar las faenas o las industrias, incluso inspeccionar la documentación del empleador relacionada con seguridad. Al igual que en

Chile, tienen facultades para investigar accidentes y causas de las enfermedades profesionales; eso es común.

Bélgica se aparta un poco de la norma, ya que tiene facultades que se pueden considerar un poco más de intromisión. Los comités tienen la facultad de participar en la definición del presupuesto anual destinado a prevención y en la selección de los servicios externos destinados a prevención. Se contrata a una empresa externa destinada a prevención y los comités de prevención y protección de Bélgica participan en la toma de esas decisiones.

En cuanto a las garantías que tienen los miembros de esas entidades, en Bélgica el trabajo para el comité se realiza dentro del horario laboral y se incluye dentro de las funciones que tienen derecho a remuneración. Lo mismo ocurre en Reino Unido y España, pero en estos últimos casos -esto es relevante- se agrega que también se considera como trabajado el tiempo que los delegados o miembros de los comités invierten en actividades de capacitación en seguridad y prevención.

Otro tema importante, de acuerdo con las encuestas de la agencia española de seguridad y salud en el trabajo, es que dentro de los tres países analizados el que tiene menos siniestralidad es Bélgica. Diría que está en el primer cuarto.

Para definir el impacto que tiene el trabajo de los comités o de los delegados de personal al interior de las empresas existen estadísticas referidas a la labor de prevención de accidentes llevada a cabo por los trabajadores de esas empresas. No individualiza comités o delegados, sino a trabajadores de las empresas.

Reino Unido, que es el país con una estructura más desformalizada, se sitúa en tercer lugar, después de Suiza. Es extraño, porque el país con más facultades es Bélgica y tiene bajo índice de siniestralidad, pero al analizar las causales y las formas de evitar los accidentes a nivel de empresas, no se sitúa entre las primeras, sino que está Reino Unido, que tiene un sistema más desformalizado.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, consulto por su intermedio al señor Wilkins. ¿Por qué se incluyó en la exposición solo a esos tres países? ¿Tenemos algo respecto de Latinoamérica?

El señor **WILKINS**.- Por su intermedio, señora Presidenta. Eso se debe a que nos solicitaron incluir países de la OCDE y como nos pedían un estándar alto tratamos de basarnos en los países europeos que históricamente han tenido más baja siniestralidad. Ese fue el motivo.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Agregó que hicimos esa solicitud para comparar la información con la exposición que hizo previamente en esta comisión la directora de Fonasa, doctora Jeanette Vega, en relación con los porcentajes de accidentes y enfermedades laborales. En esa exposición también se hizo una base de comparación con países de la OCDE.

Tiene la palabra el diputado señor Jorge Sabag.

El señor **SABAG**.- Señora Presidenta, ya que en Chile estamos muy lejos de ese estándar europeo, pregunto cómo participan los trabajadores chilenos a través de los comités paritarios y cuáles son sus facultades para influir en ese ámbito.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Roberto Poblete.

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, en la parte de la exposición referida a las atribuciones de los comités de España, se menciona conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.

En Chile tenemos algo parecido, pero que no es igual. En consecuencia, consulto si es posible hacer una comparación de ambos puntos.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señora Presidenta, en la sesión pasada asistimos a una exposición sobre la cantidad de recursos destinados a capacitación, a la formación de los comités paritarios y la normativa que los rige en esos países.

Mi impresión es que en Chile se le da poca importancia a este tema en el ámbito municipal, y en la selección de personas para integrar esos comités siempre se opera por descarte. Desconozco quién capacita a esas personas para que puedan no solo vigilar, sino que además exigir que se cumplan ciertas exigencias que son importantísimas por parte de los empleadores.

En la Cámara de Diputados existen situaciones que me sorprenden. Me preocupé de averiguar cuántas personas cumplen la función de transmitir las intervenciones mediante lenguaje de señas en la Cámara de Diputados y el número de personas que hace ese trabajo es muy reducido. Es impresionante que en la Cámara de Diputados haya muy pocas personas cumpliendo esa labor.

También me he preocupado de observar a las personas que escriben en las comisiones, no siempre, pero sí cuando se ponen latosas y sesionan hasta las tres de la mañana. Me he preocupado también de verificar el tiempo que tarda la Cámara de Diputados en relevarlos de ese trabajo. Considero que es un horario altísimo y a veces no los cambian, porque veo que son las mismas personas. Ahora que estamos en estas famosas comisiones investigadoras - yo participo en tres-, además de las comisiones normales, me doy cuenta de que la rotación de personas se asemeja a la de las "camas calientes" de Lota: no solo nos quedamos en la misma sala, sino que además trabajan las mismas personas; ni siquiera se levantan para continuar en la comisión que sigue.

Eso da cuenta de que la gente que forma parte de los comités paritarios en la propia Cámara de Diputados, en representación de los trabajadores, o no están capacitados o no tienen voz o no sé qué pasa, pero ya que estamos en esto expongo los ejemplos que conozco.

En el ámbito municipal -fui alcalde muchos años-, nunca tuvimos un equipo potente que se parara ante el alcalde y los concejales y enumeraran los problemas pendientes, como el riesgo de incendios debido a la antigüedad de los cables u otros. En los pasillos de algunas salas de almuerzo de la Cámara de Diputados he visto desfilar gente con bandejas y no existen recubrimientos antideslizantes.

Expongo esto porque será importante saber en qué invierten las mutuales esa suma tan cuantiosa de dinero, si alguna vez se ha hecho una evaluación permanente y sistemática de las personas que conforman los comités paritarios, porque todas están sujetas a un reglamento. Tampoco sé qué grado de injerencia tienen los trabajadores en la conformación de ese reglamento.

He dicho.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Sería muy interesante revisar los dos modelos, para encontrar la forma de potenciar este sistema de comités paritarios y de hacer una suerte de fiscalización permanente a través de los propios trabajadores. Me pareció muy interesante el sistema imperante en Inglaterra, porque no es rígido, pero para eso deben existir trabajadores capacitados y con conocimiento.

Tuve una experiencia diferente a la del diputado Arriagada. Fui directora y participé en un comité paritario en que los trabajadores eran tremendamente exigentes. Creo que eso marca la diferencia, cuando el trabajador de verdad se posiciona en su función y exige que se hagan determinadas obras, se interioriza en los procesos de la empresa, en los presupuestos de inversión y de capacitación, etcétera. Creo que es algo muy interesante.

Tiene la palabra el señor James Wilkins.

El señor **WILKINS**.- Señora Presidenta, respecto de la forma de participación de los trabajadores. Generalmente se realizan elecciones para nombrar a los representantes de los trabajadores; a su vez, el empleador nombra a los suyos. Todos ellos -en igual proporción, tres y tres- forman el comité paritario, que nombra un presidente y un secretario. Ese presidente goza de fuero como representante del comité.

Respecto de lo que señaló el diputado Poblete, sobre investigar las causas de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales. Es cierto que esta función se agota ahí, en investigar las causas y no proponer, basados en esas consecuencias, algunas medidas.

Lo que sucede es que el reglamento tiene separada esas dos atribuciones, porque la atribución siguiente, después de investigar las causas, es indicar aquellas medidas

necesarias. Entonces, uno podría decir que esa indicación, de esas medidas, se va a basar, precisamente, en las conclusiones que sacó luego de determinar las causas de un accidente o de una enfermedad profesional.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Para la próxima sesión corresponde invitar al Instituto de Seguridad Laboral, porque las mutuales ya estuvieron acá. Asimismo, quieren asistir algunos médicos para dar su testimonio en relación con su experiencia en las mutuales.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, ¿quiénes son?

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Son médicos que trabajaron en las mutuales y que me solicitaron ser recibidos en esta comisión. Recuerda que cuando conversamos respecto de los usuarios íbamos a evaluar recibir médicos que trabajaron en las mutuales que quisieran dar su testimonio. Lo mismo con administración delegada, por ejemplo, Codelco, como señaló el presidente. Con ello tendríamos toda la gama de administradoras de seguros.

¿Les parece?

Para la sesión subsiguiente invitaremos a la Superintendencia de Seguridad Social.

Tiene la palabra el diputado Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, por lo general, en la Corporación recibimos instituciones o corporaciones, porque en materia de médicos pueden venir 10 que sean muy favorables al sistema, y otros 10, que sean muy contrarios al sistema. Por ello, quisiera saber los nombres de los médicos y su historial, porque puede ser muy tendencioso al momento que empecemos abrir esa puerta.

Por lo tanto, solicito conocer con anticipación quiénes son los médicos que han solicitado presentarse, conocer su historia, para ver si realmente van a constituir un aporte; de lo contrario, habría que abrir la oportunidad para que vengan otros. Por eso pregunto formalmente quiénes son los médicos que han solicitado venir y cuál es su historial.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Diputado Melero, a través de Secretaría le haremos llegar el listado a usted y a todos los miembros de la comisión.

Ahora bien, si ustedes tienen a algún profesional que quieran invitar, también lo pueden incluir en la lista.

Pidieron venir a la comisión y ese fue el acuerdo que adoptamos al momento de recibir a las organizaciones.

¿Habría acuerdo para invitar a los médicos en cuestión?

Acordado.

Además, se enviarán los antecedentes sobre el particular a los señores diputados.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 15.03 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Jefe Taquígrafos Comisiones.