

"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 9ª, ordinaria, celebrada en lunes 2 de mayo de 2016.

SUMARIO.

En cumplimiento del Mandato, se recibe al Superintendente de Seguridad Social y a la Intendente de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se abre la sesión a las 13:30 horas.

ASISTENCIA

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten la diputada señora Marcela Hernando y los diputados señores Ramón Barros, Patricio Melero, Roberto Poblete, Jorge Sabag y Leopoldo Pérez.

Concurren como invitados el Superintendente de Seguridad Social, señor Claudio Reyes Barrientos, y la Intendente de Seguridad y Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana Cornejo.

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

ACTAS

El acta de la sesión 7ª, ordinaria, se da por aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 8ª, ordinaria, queda a disposición de las señoras y señores diputados.

CUENTA

1.- Oficio N° 22.931 del señor Superintendente de Seguridad Social mediante el cual da respuesta a oficio N° 22 de esta Comisión e

informa respecto de profesionales de la salud que prestan servicios en las mutualidades y en el Sector Público. A DISPOSICIÓN DE LAS SEÑORAS Y SEÑORES DIPUTADOS.

2.- Oficio N° 22.932 del señor Superintendente de Seguridad Social mediante el cual da respuesta a oficio N° 28 de esta Comisión e informa sobre 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. A DISPOSICIÓN DE LAS SEÑORAS Y SEÑORES DIPUTADOS.

3.- Oficio N° 22.933 del señor Superintendente de Seguridad Social mediante el cual da respuesta a oficio N° 27 de esta Comisión mediante el cual se adjunta copia de planes de implementación de las mutualidades y administraciones delegadas, en cumplimiento a lo dispuesto en la Circular N° 3167.

4.- Oficio N° 22934 del señor Superintendente de Seguridad Social mediante el cual da respuesta a oficio N° 24 de esta Comisión sobre número de los accidentes laborales reportados versus los rechazados como tales, tanto por el ISL como por el sistema de mutuales, durante 2014 y 2015. A DISPOSICIÓN DE LAS SEÑORAS Y SEÑORES DIPUTADOS.

5.- Oficio N° 22935 del señor Superintendente de Seguridad Social mediante el cual da respuesta a oficios N°s 15, 21 y 23 de esta Comisión, relativos exención de pago de cotizaciones; estructura societarias de las mutualidades; gastos en marketing, e ingresos brutos de las mismas. A DISPOSICIÓN DE LAS SEÑORAS Y SEÑORES DIPUTADOS.

6.- Reemplazo del diputado Germán Becker por el señor Leopoldo Pérez. SE AUTORIZÓ EL REEMPLAZO.

ACUERDOS

Invitar nuevamente a la próxima sesión a al Superintendente de Seguridad Social y a la Intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo, a objeto que continúen con su exposición y den respuesta a las consultas pendientes.

ORDEN DEL DÍA

En cumplimiento del Mandato, se recibe al Superintendente de Seguridad Social y a la Intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo.

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 15:00 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 9ª, celebrada en lunes 02 de mayo de 2016,
de 13.30 a 15.00 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten la diputada señora Marcela Hernando y los diputados señores Ramón Barros, Patricio Melero, Roberto Poblete, Jorge Sabag y Leopoldo Pérez.

Concurren como invitados la intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana Cornejo y el superintendente de Seguridad Social, señor Claudio Reyes Barrientos.

TEXTO DEL DEBATE

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 7ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 8ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

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

Tiene la palabra el diputado señor Roberto Poblete.

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, ¿tendremos acceso a los oficios mencionados en la Cuenta? ¿Serán enviados por correo electrónico?

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Sí, señor diputado.

El señor **POBLETE**.- Lo ideal es que esos documentos se incluyan en la carpeta.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- No hay problema.

Aprovechando la presencia del superintendente me referiré sobre una carta que acabamos de recibir de don Omar González, presidente de la organización Trabajadores Unidos Contra el Asbesto (TUCA), en la que lamentablemente nos informa que le suspendieron los medicamentos.

Si hay una organización que nos complicó y nos preocupó en términos de enfermedades laborales es esta.

Hay que devolver los derechos al trabajador o a lo menos, se debe cumplir con lo que a la Superintendencia y a la Mutual les corresponde.

Como antecedente, les comento que el señor Omar González presentó un recurso de protección contra las mutuales de seguridad y lo ganó en la Corte de Apelaciones de Concepción.

En consecuencia, solicito formalmente que la Superintendencia se haga cargo de este caso, para que la persona en cuestión empiece nuevamente a recibir sus medicamentos.

Tiene la palabra la intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana.

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Señora Presidenta, el caso del señor Omar González ha sido analizado largamente por la Superintendencia, desde enero de 2015, fecha en la presentó por primera vez su reclamo.

La Superintendencia ha emitido sucesivos oficios sobre el caso. Los más importantes son el que restituyó su derecho a recibir tratamiento durante 2015 y el que estableció que padece un episodio agudo de origen laboral, lo cual permitió que siguiera con tratamiento.

Efectivamente, el 24 de febrero de 2016, el señor Omar González presentó un recurso de protección en la Corte de Apelaciones de Concepción; la Corte ordenó no innovar, por lo que nuevamente recibió sus medicamentos.

Nosotros nos enteramos la semana pasada de que el señor González había desistido del proceso, por lo que esta semana esperamos emitir nuestro dictamen relacionado con el tema, pues mientras se encontraba judicializado no nos podíamos pronunciar.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- La persona no puede esperar para recibir sus medicamentos. Entiendo que aquí hay representantes de las mutuales, por lo que les rogaría que lo antes posible se le vuelvan a entregar sus medicamentos, porque además le corresponden.

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Señora Presidenta, en marzo médicos de la Superintendencia realizaron al señor González un peritaje durante tres horas, antecedente que servirá como elemento para fundar nuestro oficio. Obviamente, elaboraremos a la brevedad ese oficio, en el que incluiremos el tema de los medicamentos.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- El oficio lo entiendo como una formalidad, pero hoy hay que entregar esos medicamentos lo antes posible, cuyo trámite que no puede esperar, porque va a significar, también, el deterioro de su salud.

Por lo tanto, quiero solicitar al superintendente de Seguridad Social que ojalá el señor Omar González pueda recibir los medicamentos que necesita lo antes posible.

Tiene la palabra el diputado Poblete.

El señor **POBLETE**.- Si fuera posible, que los reciba hoy.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Así es.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, vamos a comunicarnos directamente con el gerente de la mutual.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿Cuál es la mutual?

El señor **REYES**.- La Mutual de Seguridad, de la Cámara Chilena de la Construcción.

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, respecto de este caso puntual, me gustaría que solicitáramos copia de la sentencia de la Corte de Concepción, para sumar ese antecedente a nuestra carpeta.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Así se hará, señor diputado.

Esta sesión tiene por objeto recibir al superintendente de Seguridad Social, señor Claudio Reyes Barrientos, y a la intendenta de Seguridad y Salud del Trabajo, señora Pamela Gana.

Tiene la palabra el señor superintendente.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, además de la intendenta de Seguridad de Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana, me acompaña la fiscal de la Superintendencia de Seguridad Social, señora Erica Díaz, y otros funcionarios, con el objeto de estar atentos a las preguntas específicas que aquí se puedan plantear.

Para entender el contexto del problema, quiero mencionar, en primer lugar, que la Superintendencia de Seguridad Social es un organismo autónomo, el que pronto cumplirá 89 años desde su creación, cuya finalidad es la supervigilancia y la fiscalización de los regímenes de seguridad social, entre los que se cuentan el de seguridad y salud en el trabajo.

La Suseso se relaciona con la Presidenta de Chile a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Concretamente, la labor de la Superintendencia de Seguridad Social en salud ocupacional se inscribe en el marco que establece la ley N° 16.744, que establece el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Hago hincapié en el concepto de seguro social, porque creo que allí se basa parte importante de cómo se genera el manejo de este beneficio en torno a la salud ocupacional.

Es un seguro obligatorio, en ese sentido equivale a un tributo, puesto que lo pagan los empleadores, de carácter integral, ya que contempla las prestaciones médicas, económicas y preventivas.

Las facultades generales de fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social implican que es la autoridad técnica de control de las instituciones de previsión sometidas a su fiscalización, entre ellas los administradores del seguro laboral, conocidos como mutualidades. Estas facultades las entendemos como plenas a partir de la ley N° 16.395, que recién fue dictada en 14 de octubre de 2013, de tal manera que hay una separación, si se quiere, en las facultades de la Superintendencia de antes de ese año y con posterioridad a esa fecha, y eso comprende los aspectos médicos, sociales, financieros, actuariales, jurídicos y administrativos, y estamos facultados para impartir instrucciones que son obligatorias.

Nuestro rol, de acuerdo con lo que establece nuestra ley, es por un lado regular e interpretar leyes, decretos y circulares, que es nuestra normativa.

Además, debemos fiscalizar y sancionar, a través del funcionamiento de las instituciones, en este caso las mutualidades, los organismos administradores de la ley N° 16.744, resolver las presentaciones y apelaciones de los interesados, a través de dictámenes que se refieren a las prestaciones preventivas, médicas y económicas, y divulgar los principios de seguridad social y hacemos capacitación a través de seminarios, charlas, boletines e investigaciones.

La seguridad social en salud en Chile tiene dos tipos de seguros sociales, por una parte un seguro de salud común, que lo paga el trabajador de su salario, y un seguro social de salud laboral, que es de cargo del empleador, y ambos contemplan el otorgamiento de prestaciones preventivas, médicas y económicas. Cuando hablamos de prestaciones preventivas en el caso de la seguridad laboral estamos hablando de exámenes preocupacionales y de capacitación y asistencia técnica a las empresas que son afiliadas a los organismos administradores.

Hablamos de prestaciones médicas cuando ya ha ocurrido un siniestro y, por lo tanto, un accidentado o un enfermo acceden a prestaciones de carácter médico.

Por último, las prestaciones de carácter económicas debemos entenderlas básicamente como pensiones que se producen cuando hay un accidente o una invalidez, que puede ser parcial o total.

Lo que está cubierto son las enfermedades profesionales, es decir, aquellos que son a causa o con ocasión del trabajo -hago mención a eso porque es parte importante de la problemática que se genera- y los accidentes de trayecto.

¿Quiénes administran ese seguro? Hay administradores públicos y privados. Los públicos son el Instituto de Seguridad Laboral, ISL, los servicios de salud y las seremis de salud.

Por el lado privado, los organismos administradores son las mutualidades de empleadores y las empresas de

administración delegada, como Codelco y la Universidad Católica.

¿Quiénes están cubiertos? Los trabajadores dependientes, a través de la cotización de sus empleadores, los funcionarios públicos, los dirigentes gremiales, los trabajadores independientes incluidos en la ley respectiva y los estudiantes durante su período de práctica profesional.

Desde hace tiempo a esta parte, del orden del 70 por ciento de la fuerza laboral está cubierta por el seguro social de la ley N° 16.744. Eso, en términos porcentuales, se ha mantenido relativamente parejo. No obstante, en términos absolutos, ha aumentado, porque la fuerza laboral ha incrementado el número de trabajadores cubiertos. En 2015, el número de trabajadores protegidos por esa ley llegó a 5,6 millones, de los cuales probablemente el 30 por ciento está compuesto por trabajadores por cuenta propia, independientes, que no están obligados a cotizar, en cuyo caso la labor que hacemos es básicamente la de difundir las bondades de la ley para acogerse a ese derecho.

La cobertura es bastante parecida en relación con la forma en que se distribuyen las fuerzas de trabajo: muy concentrada, en servicios y comercio. A continuación se encuentra la actividad de la construcción, y en menor medida, con apenas el uno por ciento, la cobertura en minería y electricidad.

El 40 por ciento de las mujeres y el 60 por ciento de los hombres acceden a la cobertura. Hay una concentración en la Región Metropolitana, pero allí también hay un efecto distorsionador, porque muchas casas matrices tienen su domicilio en esa región, en circunstancias de que no necesariamente es allí donde se produce la faena o el trabajo.

El financiamiento del empleador tiene dos componentes: una cotización básica, que se estableció en la ley respectiva en 0.9 por ciento, a lo que se debe agregar 0,05, porcentaje adicional establecido en 1998, con motivo de la crisis asiática, a lo cual se le agrega una cotización diferenciada, que parte inicialmente con un concepto de riesgo presunto -por sector económico-, pero que con el tiempo, dependiendo de la historia de

siniestralidad, se transforma en un riesgo efectivo por empresa.

Esta ley tiene características propias de un sistema de seguridad social: contempla un concepto de solidaridad, puesto que todos los empleadores concurren con un aporte económico; de universalidad, ya que hay un alto porcentaje de trabajadores protegidos; de integralidad, ya que hay protección integral, preventiva y curativa, y tiene concepto de unidad ante la ley, porque todos son trabajadores, sin distinciones de ningún tipo, de manera que todos están protegidos.

Sin embargo, si bien en la práctica esto es un seguro - y aquí quiero entrar un poco en la materia-, puesto que es un seguro social, está concebido filosóficamente como un seguro, es decir, busca reparar siniestros. En ese sentido, genera conductas de los que podemos denominar agentes económicos en función de una filosofía de seguro privado.

Los organismos administradores buscan reducir el costo de administración del seguro, que tiene un precio fijo basado en la ley, y, por otro lado, los asegurados -las empresas- tratan de reducir el costo de la prima, la que se calcula en función de la siniestralidad y se fija bianualmente, por la vía eventualmente de esconder, subnotificar o subdeclarar, como queramos llamarlo, los siniestros que pudieran afectar el precio de la prima.

A nuestro juicio, el problema del subsidio cruzado, entre salud común y salud laboral, se genera fundamental, aunque no exclusivamente, en lo que se denomina subdeclaración u ocultamiento por parte de la empresa, porque produce como efecto el incremento del costo de la prima del seguro. Este es un tema recurrente; no es exclusivamente nuestro; está presente en todas las legislaciones de salud ocupacional del mundo. La subnotificación es un problema para todos y lo queremos abordar.

El 2015 las mutualidades y en el Instituto de Seguridad Laboral recibieron poco más de 514.000 denuncias por accidentes de trabajo, número que ha permanecido relativamente estable en el tiempo, tanto en términos absolutos como porcentuales. Estamos en torno a 9 por

ciento del total de los trabajadores protegidos que denuncian algún tipo de accidente del trabajo.

Quiero hacer un paréntesis. Hemos entregado a la secretaria de la Comisión un *pendrive* que contiene todas las estadísticas e información de carácter normativo a las que vamos a hacer referencia en esta exposición.

La tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo, en 2015, alcanzó el 3,7 por ciento, valor que ha descendido en los últimos diez años. No obstante, se debe mencionar que la disminución de 2015 no es uniforme en el país, pues la única región que disminuyó la tasa de accidentabilidad fue la Metropolitana. Esto no necesariamente significa que se ha reducido la accidentabilidad, sino que parece estar asociado a la desaceleración económica, porque al cambiar las personas de actividad económica traspasan la accidentabilidad de una región a otra, y en la Región Metropolitana hay una alta concentración del sector servicios, que es el que presenta la menor tasa de accidentabilidad.

Además, en este caso no se incorporan los denominados accidentes de trayecto, es decir, los que ocurren en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo, y esos han aumentado, lo que genera una situación bastante compleja pues como esos accidentes ocurren teóricamente fuera del ámbito de la empresa no se consideran en la medición de la siniestralidad. Es una situación que debe ser abordada.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Superintendente, ¿en el *pendrive* está la información acerca de las regiones?

El señor **REYES**.- Sí.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- La mayoría de los presentes somos de regiones, por lo que queremos saber lo que está pasando en ellas.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, tenemos esa información en nuestro boletín y, además, está desagregada por regiones.

El señor **POBLETE**.- ¿Y está desagregada por provincias?

El señor **REYES**.- Todavía no, pero vamos a sacar ese informe más adelante.

Esta información de estadísticas de Seguridad Social fue presentada el viernes pasado en la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), como parte del día internacional del trabajo, así que es información muy fresca.

Desde el punto de vista de las denuncias de enfermedades profesionales, el año pasado el sistema, incluido el ISL, recibió aproximadamente 37.720 denuncias, valor que también ha permanecido relativamente estable, aunque ha mostrado una leve disminución en el último tiempo.

El señor **POBLETE**.- ¿Puede repetir el número de denuncias?

El señor **REYES**.- Fueron 37.720 denuncias por enfermedades en 2015, y 515.000 por accidentes. En algún momento podemos conversar sobre las enfermedades, porque este dato de las enfermedades es relativamente universal. El nivel de denunciabilidad es bajo en el caso de las enfermedades.

En el caso de los accidentes que se presentan en el sistema como denunciados, que corresponde a la columna de la izquierda de la lámina, el 80 por ciento de ellos es calificado como laboral y el 20 por ciento como común, por los organismos administradores. En el caso de las enfermedades, el 23 por ciento es calificada como laboral y el 77 por ciento como común.

Hago mención de esto porque la discusión entre lo común y lo laboral se concentra en las enfermedades, que es donde se presenta esta disparidad, porque en el caso de los accidentes un 20 por ciento es relativamente normal.

También quiero mencionar que en el caso de lo declarado por la directora de Fonasa, cuando habló de denuncias, mencionó una cantidad mayor de casos, pero nosotros tenemos que hacer una separación, y después las estadísticas lo van a demostrar, porque hay enfermedades o accidentes que generan días perdidos, que a veces son esos los que se consideran para las estadísticas, pese a que hay otras enfermedades y accidentes que no generan días perdidos.

Por lo tanto, hay que comparar cosas similares, porque de lo contrario se puede producir un resultado distinto. La directora de Fonasa hacía referencia a los casos de enfermedades sin días perdidos, y nosotros estamos

haciendo, exclusivamente, mención a los que generan días perdidos.

Lo que quería mencionar con este cuadro, y por eso hemos apuntado hacia allá nuestra acción fiscalizadora, es que nuestro juicio se concentra en las enfermedades, donde está la mayor cantidad de denuncias calificadas como de carácter común.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿En los días perdidos estamos hablando de licencias médicas?

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, licencias médicas que en el caso de la salud ocupacional se llaman técnicamente ordenes de reposo.

De los 37.720 casos que se calificaron en 2015, 29.000 fueron calificados de carácter común y los otros 8.600 como de carácter laboral. De esos, aproximadamente 11 o 12 por ciento llega como reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Adelanto un comentario, porque es una materia de nuestra preocupación, una especie de Espada de Damocles, pero que tenemos que atender porque es nuestro rol, y es que muchos reclamos no se producen por dos razones. Primero, porque hay un importante nivel de desconocimiento de la existencia y del rol de la Superintendencia; segundo, porque hay un gran número de personas que no creen en el resultado de un reclamo; por lo tanto, no reclaman.

Nuestra tarea, con la unidad de educación que hemos montado, es difundir el conocimiento de estos derechos, con los inconvenientes que ello nos genera por la demanda adicional de recursos y de atenciones en esos casos.

Como ustedes saben, la Superintendencia actúa como última instancia en los reclamos interpuestos frente a los organismos administradores, por lo cual, cuando estos reclamos llegan a nuestro conocimiento tienen un importante número de días acumulados de conflicto entre el organismo administrador y la comisión médica de reclamo. Por cierto, nosotros tratamos de resolverlos en el menor plazo posible, pero esto no siempre es fácil.

Del total de reclamos presentados el 2015, el 34 por ciento fueron revertidos por la Superintendencia. Dicho de otra manera, el 34 por ciento de los casos que las

mutualidades habían definido como de causa común, fue calificado en definitiva como de origen laboral.

Haciendo un ejercicio, si se aplica esta reversión al porcentaje de casos que se presentan, el 23 por ciento que originalmente se calificó como de origen laboral, se transforma en un 26 por ciento. Ahora, si la totalidad de los casos presentados como común fuera objeto de reclamo, es decir, que se ejerciera totalmente el derecho, con este 34 por ciento llegaríamos a revertir casi el 50 por ciento de los casos. Ese sería el tope máximo, si todos reclamaran y siguiéramos aplicando la misma tasa de reversión, de lo que se transformaría de común a laboral. Creo que es importante, porque no es que todo lo común se vaya a transformar en laboral, sino que el tope máximo. , Aplicando que todos reclamen y la tasa de reversión que tenemos, llegaríamos a un 50 por ciento.

Ahora, las razones de reclamación, desde el punto de vista de las afecciones, se concentran en situaciones de carácter músculo-esquelético: tendinitis, artrosis, etcétera.

Con fuerte nivel de crecimiento están las patologías de carácter mental. Después, hay otras patologías, como las dermatológicas, etcétera, y por el hecho de que estas dos patologías, músculo-esqueléticas y salud mental, son las que han provocado el mayor nivel de controversia y discusión, a partir del 1 de marzo de este año hemos hecho obligatoria la aplicación de protocolos de calificación de enfermedades profesionales músculo-esqueléticas y enfermedades mentales para todos los organismos administradores, que la están poniendo en vigencia.

Parte importante de los casos que se reclaman, incluso cuando los llevamos, tienen que ver con la calificación de las enfermedades profesionales, con el cálculo de beneficios, con la calificación de accidentes de trayecto -ya hicimos aclaraciones desde el punto de vista normativo- y con la aplicación del artículo 77 bis y el mecanismo de compensación entre salud común y salud laboral.

En cuanto a qué estamos haciendo para fiscalizar a las mutuales, una de nuestras labores tiene que ver con la regulación. El cuadro que se proyecta enumera las

regulaciones que se han emitido, en carácter de circular, por parte de la Superintendencia desde 2005.

El equipo directivo de la Superintendencia asumió en noviembre de 2014. La fiscal, en 2015.

Como pueden ver, si el promedio de 2005 a 2014 fueron catorce circulares, en 2015 se emitieron veinticuatro. Básicamente, tienden a resolver algo que hemos puesto como parte del eje estratégico de la Superintendencia: la generación de certidumbre en quienes acceden a este beneficio.

Las circulares más relevantes tienen que ver con la información a los afiliados, accidentes de trayecto y utilización de los recursos vinculados a la prevención a que están obligados los organismos administradores.

Ya mencioné los protocolos de calificación de origen de enfermedades profesionales. En el pendrive que proporcioné están las veinticuatro circulares emitidas, y algunas que se han emitido durante este año, que dan a conocer los elementos relevantes que buscan disminuir el subsidio cruzado y generar certidumbre entre los afiliados.

Básicamente, la información al afiliado apunta a resolver los problemas de diagnóstico, establecer los procedimientos de ingreso de las denuncias, informar al trabajador que si su caso es calificado como común, puede optar a continuar recibiendo las prestaciones de la mutual, pero hay asociado un copago.

Hay un mural informativo instalado en todos los lugares de atención de los organismos administradores, en el cual se informa en qué consiste el seguro, quiénes están protegidos, cómo acceder, qué hacer cuando se denuncia un accidente del trabajo o una enfermedad profesional; cómo denunciar, el formulario que debe ser llenado, qué prestaciones están cubiertas, dónde reclamar, los números de contacto de la Superintendencia, la página web y dónde acudir en caso de reclamo respecto de la atención recibida. Hay indicaciones sobre folletería, sobre capacitación del personal que atiende al público y, en general, sobre hacer uso del reclamo, que es una labor por realizar, porque hay poco conocimiento de ese derecho.

También hay una circular que establece los criterios permanentes de prevención y metas 2016.

Todos los años la Superintendencia establece los recursos que los organismos administradores deben destinar a prevención. Históricamente, ha sido en torno a 14 por ciento, pero en 2016 lo hemos subido al 15 por ciento de la totalidad de ingresos. Estamos hablando de más de 126.000 millones de pesos -180 millones de dólares- en actividades de prevención. Pero no solamente eso, sino que precisamos en qué podía gastarse para que esto fuera mucho más homogéneo y tuviera un efecto más importante.

Establecimos que esto tiene que ver con la asistencia técnica a ciertos organismos que apoyan la capacitación y las funciones de seguridad y salud en el trabajo, como son los comités paritarios, la asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de salud, la asistencia y asesoría en autodiagnóstico a empresas - sobre todo a las más pequeñas- en evaluación de riesgo y aspectos legales básicos, de tal manera que es obligatorio gastar todos los años ese porcentaje.

Además, aclaramos una circular sobre accidentes de trayecto, que tiene el sentido de identificar el medio de prueba, sobre todo por dificultades cuando el medio de prueba se hacía recaer sobre la declaración del médico del organismo administrador que tomaba la declaración del accidentado.

Aclaramos algunos casos que no son interrupción de trayecto, lo cual tiene una fuerte medida de género, pues en el caso de los accidentes de trayecto fundamentalmente hay una mayor incidencia en mujeres, ya que ellas están obligadas a hacer un trayecto más amplio, por razones que tienen que ver con hacerse cargo de la familia, ir a buscar al niño al colegio o hacer las compras, y eso las expone mayor tiempo, lo cual tiene una mayor incidencia en estos accidentes. Por lo tanto, muchas veces había una discriminación porque se consideraba que eso era una interrupción del trayecto, en circunstancias de que era una cuestión necesaria de hacer, para concurrir al trabajo o al salir de él.

Lo mismo respecto de los documentos a tener en vista para calificar el origen de esa situación de trayecto.

Aquí puede haber una situación de los fines de semana, con los partidos de baby fútbol, cuando una lesión el lunes se declara como accidente laboral, no siéndolo. Esa cuestión también es importante resolverla.

Por cierto, está el tema de los protocolos de calificación. Aquí hay una situación que quiero recalcar, porque de alguna manera apunta al meollo del tema. Cuando la discusión es de calificación de una enfermedad, esto establece los procedimientos de calificación básicos y mínimos que se deben hacer, tanto en el momento en que se denuncia una enfermedad como de los médicos, de los puestos de trabajo y las acciones preventivas que deben adoptarse.

Además, marcó una forma distinta de hacer regulación. Los protocolos se construyeron durante casi un año, con participación de los organismos administradores, de la CUT, de universidades, de especialistas. Posteriormente, fueron elaborados por los profesionales de la Superintendencia y puestos a consulta pública, como son puestas todas las circulares de la Superintendencia. Por lo tanto, hay una participación previa de quienes están siendo regulados y de quienes van a ser beneficiados por los protocolos en la elaboración de los mismos.

Para el 2016 tenemos prevista más regulación, con un programa anual de fiscalización.

Ahora me voy a referir a la modificación del artículo 77 bis de la ley, que es el que regula las relaciones de este subsidio cruzado.

Tenemos en consulta una circular de transparencia, que quiere hacer visibles los contratos y los precios de transferencia entre las mutuales, sus filiales, las relaciones contractuales y los conflictos de interés que puedan existir al interior de los organismos administradores.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Un poco tarde.

El señor **REYES**.- Nuevamente hago mención a que nosotros, solo a partir del 13 de octubre de 2013, tenemos facultades para ello. Pero antes de eso hay otras circulares al respecto. Quiero decir también que frente a esto, la reacción de los organismos administradores ha sido bastante dura, en el sentido de que tenemos informes

en derecho de importantes constitucionalistas de la plaza que señalan que estamos incurriendo en una inconstitucionalidad al dictar esta normativa. En consecuencia, nos queda por delante vencer todavía este tema.

Tenemos una circular sobre políticas comerciales, reclamaciones y normativas de gestión. Estos son mejoramientos de circulares que existían. Algunas no es que no existieran, pero fueron mejoradas. Por ejemplo, el caso de la información de programas de vigilancia y que tiene que ver con reportar las infracciones ante la Dirección del Trabajo y con las buenas prácticas en gobiernos corporativos, cuestión que está prevista para fines de este año.

Ahora, desde el punto de vista de las fiscalizaciones, hay también una serie histórica de las que se hicieron desde el año 2005 hasta 2015, y podemos ver que, entre 2014 y 2015, las fiscalizaciones triplican el promedio de las que se hicieron en años anteriores. En 2015, estas fiscalizaciones equivalen a más de 210 cometidos.

Y esos informes y fiscalizaciones se han ido distribuyendo en forma proporcional al tamaño de los organismos administradores, concentrados en la ACHS, seguidos por la Mutual de Seguridad, el Instituto de Seguridad del Trabajo y el ISL.

Esto no necesariamente fue así en el pasado. Ustedes pueden ver que en 2005 la mayor cantidad de fiscalizaciones se hicieron en el ISL, y la ACHS y la Mutual de Seguridad llevaban pocas fiscalizaciones. Sin embargo, como pueden ver, en el 2015 esa proporción se revierte de manera fundamental.

Las fiscalizaciones tienen que ver con materias como las siguientes. Estamos revisando en forma acuciosa la atención médica, con altas prematuras e inmediatas, porque en estos casos nuevamente se ve afectado el número de días perdidos y el efecto sobre las primas. También estamos revisando los policlínicos de empresas, los policlínicos de faenas. Y cuando hablamos de policlínicos de faenas, no estamos hablando de pequeñas o medianas empresas, sino de grandes empresas, en las que se dan altas prematuras, procesos de traslados de pacientes,

estudio de puestos laborales, particularmente en el ámbito de riesgos psicolaborales.

Hay fiscalización en regiones, particularmente en Iquique, Talcahuano, Punta Arenas y Viña del Mar. Y no es porque no queramos fiscalizar en otras partes, sino porque vamos a mostrar nuestras capacidades en materia de agencias regionales. Estamos revisando los temas de gobiernos corporativos, de empresas relacionadas, de gastos por auspicio, estados financieros. En el *pendrive* que les hemos proporcionado, hay un detalle de esas fiscalizaciones de 2015.

En 2016, esto continúa con los protocolos. Por cierto, el cumplimiento de la norma; estos casos de enfermedades con altas inmediatas; difusión; cumplimiento de las nuevas circulares de accidentes de trayecto; el reporte de investigación de accidentes fatales.

Tenemos un programa conjunto con la Dirección del Trabajo. El año pasado fiscalizamos 44 empresas; este año serán 200. También tenemos un programa conjunto, particularmente para los policlínicos de altura y algunos protocolos de vigilancia en los temas de hipoacusia y músculo-esquelético, con la Secretaría Regional Ministerial de Salud para ir revisando, en forma conjunta, en un trabajo intersectorial que hemos acometido como tarea prioritaria desde el punto de vista de la Superintendencia de Seguridad Social.

La fiscalización nos entrega una herramienta, que es la multa. Si ustedes ven la lámina, en el año 2005 se aplicó una multa por 86.000 pesos, y pueden ver los resultados que han ocurrido en 2015.

Por cierto, no es nuestro objetivo generar, y tampoco los generamos, esos ingresos que van en beneficio fiscal: las multas. Pero es la herramienta que se nos entrega, porque más que un castigo pecuniario, esta tiene un efecto reputacional. Y esto tiene que ver también con la calidad de los gobiernos corporativos. Cada multa es un hecho relevante, y tiene que notificarse e informarse, lo que ha significado, como digo, un cambio importante en la manera de accionar de la Superintendencia de Seguridad Social.

Quiero recordar que nosotros no tenemos facultades para fiscalizar a las empresas. Nosotros fiscalizamos a los

organismos administradores y, a través de ellos, llegamos a las empresas. Lo que sí hemos estado haciendo es este trabajo intersectorial con la Dirección del Trabajo y la Secretaría Regional Ministerial de Salud, y el efecto punitivo que tienen los organismos mutuales para aplicar a una empresa que se salga, subdeclare, etcétera, son aumentar la tasa de cotización. Pero la verdad es que en ese punto hay un conflicto de interés, porque esas acciones son débiles y, de alguna manera, inexistentes.

Déjenme hablar sobre este tema, porque creo que es la materia sobre la que esta comisión está mirando y que tiene que ver con el subsidio cruzado; es decir, ¿por qué se atienden cosas laborales en lo común y, lo común, en lo laboral? Está claro que es porque hay distintas calidades de prestaciones entre lo común y lo laboral, lo que explica el bajo porcentaje de calificación de enfermedades como laborales, la subnotificación. Sin embargo, hay que mencionar que hay sistemas de recuperación de estos recursos, que a veces no se utilizan en la forma debida; básicamente, lo que mencionaba sobre el artículo 77 bis y los sistemas de pesquisa de los servicios de salud.

El 77 bis es un artículo contenido en la ley N° 16.774, que dispone que un trabajador que tenga reposo médico o le haya sido rechazada la licencia puede concurrir al organismo de régimen previsional al que esté afiliado, el cual está obligado a atenderlo. Ahora, si ello no ocurre, tiene la posibilidad de apelar a la Superintendencia de Seguridad Social. Sin embargo, esto no opera de la forma que uno pensaría que debiera operar.

El procedimiento es el siguiente, y está en este cuadro. Si el primer interviniente, sea organismo administrador o institución de salud común, rechaza, el segundo interviniente -si es común, una institución de salud común y, si es laboral, una institución de salud ocupacional- tiene que otorgar las prestaciones y generar el cobro hacia el otro organismo.

La Superintendencia de Seguridad Social es la entidad que dirige en el caso de una reclamación. Sin embargo, y quiero llamar la atención sobre este cuadro, si tomamos como ejemplo el primer semestre del año 2015, este mecanismo del 77 bis, entre isapres y mutuales, las

isapres le cobraron cerca de 332 millones de pesos a las mutuales, y las mutuales, a su vez, por la derivación de casos de carácter común hacia las isapres, cobraron casi 331 millones de pesos. O sea, empataron en costos.

Por su parte, los servicios de salud le cobraron 9 millones de pesos a las mutuales, y las mutuales les cobraron 977 millones de pesos a los servicios de salud. Y aquí hay una gran asimetría en el uso del mecanismo de cobranza, porque este mecanismo, que está pensado para compensar este subsidio cruzado, por una parte, no lo cobra el servicio de salud, pero tampoco paga lo que le cobran. Es decir, estos 976 millones no han sido pagados.

Como les dije, nosotros, dentro del ámbito de lo que podemos, porque no podemos cambiar la ley, pero sí podemos hacer algunas interpretaciones, vamos a hacer algunos cambios a la normativa del 77 bis, con lo cual esperamos que esto se agilice, aunque no resuelve del todo el problema. Básicamente, se trata de algunas normativas de carácter administrativo que faciliten esta cobranza. Sin embargo, la real solución del problema está en establecer mecanismos de pesquisa en los casos de salud laboral que son atendidos por las Compin. Los sistemas de pesquisas son aquellos que permiten reconocer algo laboral cuando se nos están presentando como de carácter común. O sea, hay casos extremos, como los de silicosis, que son presentados como de salud común; ahí no hay ninguna manera de equivocarse.

En ese caso, el servicio puede hacer uso de este mecanismo, lo que se hace en algunos servicios. Tenemos el caso de Valdivia, que funciona; pero no en todos pasa lo mismo. La verdad es que esto debiera estar establecido como meta de cumplimiento, y ahora que los directores de establecimientos hospitalarios están siendo contratados por la Alta Dirección Pública debiera estar establecido en sus propias metas de desempeño.

¿Qué cambios proponemos?...

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Señor superintendente, propongo que dejemos hasta aquí su presentación, para pasar a formular preguntas en relación a lo ya expuesto. Las propuestas que continúan las veremos después.

Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, quiero preguntar sobre el cuadro de los procesos sancionatorios. Hay una parte que no logro entender, que es cuando la Superintendencia empiezan a tener determinadas facultades -el superintendente nos señaló que las tenían- y que las inicia en el 2014. Se lo consulto, porque en la presentación hacen un salto muy abrupto. Nos dan cifras de 2005, pero nada publican de 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010. ¿Por qué se saltaron todo ese periodo de la secuencia? Toman premeditadamente el gobierno del Presidente Piñera: 2011, 2012 y 2013, y después se saltan. Entonces, queda la sensación que en un gobierno se ha multado mucho; en otro, se multó poco. Se hace un salto muy grande al 2015; y no tenemos cifras de los otros años. Es un cuadro un poco curioso en cuanto a las cifras que se mencionan. Me gustaría que explicara por qué ese enorme salto, desde 2005 a 2011.

En segundo lugar, ¿cuándo se empieza a expresar esa nueva facultad? Además, quiero saber si ella tiene impacto en las cifras de este cuadro y en otros que ha mencionado. Por ejemplo, el de la serie histórica de fiscalizaciones. También hay un cambio muy abrupto en el periodo 2013 a 2014, que es un cuadro anterior, en que las fiscalizaciones sobre las mutuales, de 9 a 30, suben a 37. Quiero saber si eso obedece a un cambio de facultades o a un cambio de políticas. ¿Qué explica esto?

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

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, mi pregunta es sobre la distribución de las afecciones denunciadas como enfermedades profesionales. El superintendente se refirió a la creación de protocolos; entiendo que hay protocolos obligatorios. Entonces, quiero saber cuándo se crearon, cómo se crearon y desde cuándo están funcionando; en definitiva, en qué consisten.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señora Presidenta, mi pregunta al superintendente tiene que ver con los protocolos. A lo mejor allí vamos a encontrar la respuesta. Él hizo referencia a los subsidios cruzados y mencionó algunas causas. Creo que alguna de ellas, a

parte de la subnotificación y todo aquello, son las apelaciones que se interponen en la Seremi de Salud y en los Compín. De ahí quiero saber cómo es el tema, porque me llegan muchos reclamos de trabajadores, cuyas apelaciones son evaluadas después por la Compín y lo que uno observa es que no se hace una evaluación médica, sino que es una evaluación de papeles. Entonces, lo que concluyó la mutual suele ser ratificado. De ahí mi preocupación cuando ustedes dicen que solo el 34 por ciento de los diagnósticos son "revertidos" para decir que es un accidente laboral o que es una enfermedad profesional.

Desde ese punto de vista no entiendo cómo eso se produce y si corresponde que la Compín evalúe papeles y no vuelva a someter al trabajador a una evaluación médica.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Con relación a lo que está planteando la diputada Marcela Hernando del 34 por ciento. En primer lugar, sin duda tenemos una complicación gravísima de estos 29 mil casos, porque no hay, de parte de la Superintendencia ni de las mutuales, la preocupación de informar de sus derechos a los trabajadores. O sea, decir: "Usted, tiene derecho a ir a la Superintendencia a interponer una denuncia o un reclamo". Y de la misma forma la Superintendencia tampoco vela para que los trabajadores tengan esa información a la que tienen derecho.

También me gustaría saber del procedimiento, porque comparto absolutamente lo que plantea la diputada Hernando, que solo se trata de una visación de papeles. Lo dije en un minuto que incluso era un "copy paste" de lo que plantean las administradoras, lo que le llega al usuario. Y es más, son revisados por los fiscales que son abogados, que ninguno es médico. ¿Cuáles son las características de esa reclamación?

Ojo, son 1.142 casos en los que ustedes dicen: sí. Entonces, qué pasa con esta diferencia, en que estas personas después de pasar todo el filtro de las administradoras vienen a parar a ustedes. ¿Por qué se les dice que no? Primero, el procedimiento y el porqué se les dice que no a estos casos.

También quiero saber de cuánta plata es el seguro que manejan las administradoras; saber cuánta plata es la que ellos manejan anualmente. ¿Cuánto es lo que usan estas administradoras en términos de las enfermedades, sean accidentes de trabajo o enfermedades profesionales? ¿Cuánto están usando en prevención y qué tipo de prevención es? Lo consulto, porque hoy nos dicen: "Bueno, nosotros estamos haciendo esta determinada acción o esta otra". Pero no necesariamente eso significa disminuir los accidentes o una mejor atención. Por último, ¿qué pasa con la reinversión? Queremos saber, porque no todo se va en prevención. Usted está hablando de subir de 14 a 15. Pero ¿a dónde se va el resto de los recursos? También quiero saber si han hecho algún estudio de todas las empresas relacionadas y si hay cruzamiento de estas empresas relacionadas con relación a los dueños. Lo pregunto porque, a lo mejor, podría haber un cruzamiento entre los dueños y estas empresas relacionadas, o entre quienes hacen de administradores y estas empresas relacionadas.

Ahora, respecto del peritaje. En el proceso de reclamación existe la posibilidad de tener un peritaje. Al respecto, ¿cuál es el nivel de utilización de ese peritaje y quién lo realiza? Quiero saber si los médicos que hacen el peritaje también tienen alguna relación con las mutuales.

Ahora, me llama la atención, porque si revisamos el cuadro que planteó el diputado Melero, significa que estamos en una situación espectacular. Es decir, este nivel de fiscalización y de multas revela que estamos en el mejor de los mundos. Incluso, según el cuadro, esta Comisión Investigadora no tendría ningún sentido -aunque lo hemos hecho notoriamente bien, porque en 2010 hubo 10 y en 2014 hubo 1-, porque, como dije, estamos en una situación espectacular, puesto que se deduce que el nivel de dificultad es mínimo.

Hay que asumir una autocrítica respecto de lo que se está haciendo en fiscalización. Es tremendo el nivel de reclamos que existe por cómo actúa la superintendencia; incluso, yo estoy dentro del porcentaje que no cree en la superintendencia. Imagínense, una diputada de la República no cree en la propia institucionalidad.

Me he hecho clienta habitual de la superintendencia. Cuando acompaño a la gente, nos atienden en una gran mesa y nos dicen que llevemos los papeles correspondientes, pero nunca está el médico. La gente reclama por el peritaje, pero no es una opción, que debería ser permanente en la superintendencia. No son capaces de dirimir, de saber qué ocurre, etcétera. A mí me atienden los abogados -que no los quiero- y, más encima, debo someterme a un sistema de salud por un abogado.

Francamente, es una falta de respeto para las personas, pues ni siquiera las examinan. Sin embargo, prefiero una superintendencia que no puede, que no es capaz, a que le dé el favor a una administradora.

Quiero ir a la primera página de la presentación, donde dice que el espíritu de cómo funciona esto es igual al de una aseguradora -agradezco la honestidad, pues esto va a ser parte de las conclusiones que voy a proponer-. Lo que se acaba de plantear es vital, es decir, una cosa es el espíritu de la ley por la cual se creó y otra es lo que se dice respecto de cómo está funcionando. Después, cada uno maximiza.

Por eso, me gustaría que el señor superintendente de Seguridad Social se explye más al respecto.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, en relación a la pregunta del diputado Melero, la verdad es que no hay ninguna intencionalidad en el cuadro, las cifras de sanciones entre 2005 y 2010 son similares a las de 2005. Incluso, hay una historia de censuras más que de multas en el período previo a 2010.

Ahora bien, en octubre de 2013 se promulgó la ley N° 16.395, que amplía nuestras facultades, incluyendo algunos elementos que hoy no están, por eso hay nuevas normas. No teníamos las facultades para dictar esa regulación, llámese, básicamente, transparencia, gobierno corporativo. Había normas básicas, pero muchas materias no estaban reguladas.

La intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana, que viene del área de fiscalización de pensiones, siempre me ha dicho que se sorprende del bajo nivel de regulación que tiene esta industria -pronta a cumplir 89 años- en relación con otras reguladas del país.

Al respecto, hemos emitido estas regulaciones con el propósito de evitar lagunas que muchas veces dejaban la decisión en manos de los propios organismos administradores y sus directorios.

El señor **MELERO**.- Perdón, pero me gustaría saber si la aprobación de la ley de octubre de 2013 tuvo algún impacto que podría explicar, en parte, el aumento de fiscalizaciones de 2014 y 2015.

El señor **REYES**.- Así es, lo tuvo.

El otro impacto es que la propia ley creó la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Antes era un todo y, de alguna manera, una serie de materias que no eran fiscalizadas ni sancionadas comienzan a ser investigadas.

Varias de las sanciones tienen que ver con falta de información sobre hechos relevantes hacia la superintendencia.

El señor **MELERO**.- Es para que no quede la idea de que hubo laxitud u obsecuencia en los años anteriores a 2013, sino más bien nuevas atribuciones a partir de ese año. También, para la historia del informe.

El señor **REYES**.- Respecto de las enfermedades calificadas por los protocolos, me gustaría que la señora intendenta pueda hacer uso de la palabra, ya que tiene los aspectos técnicos específicos.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra la intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo, señora Pamela Gana.

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Señora Presidenta, en el caso de protocolos, nuestro diagnóstico inicial fue que existía un gran vacío regulatorio: no había un proceso único, transparente, que fuera aplicado por las distintas mutualidades. Incluso, dentro de la misma mutualidad podía ser aplicado el proceso de forma distinta, de acuerdo a la región.

Por lo tanto, durante los últimos meses de 2014 se llevaron a cabo mesas de trabajo donde participaron distintos profesionales médicos, tanto de la superintendencia como de las mutualidades; de la CUT, de la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, etcétera. Se focalizaron en establecer protocolos de estudios de calificación en cuanto a enfermedades osteomusculares de

extremidades superiores y mentales, porque -como lo demostró el superintendente- son las de mayor incidencia dentro de las denuncias.

De esas mesas -para decirlo de forma simple- se resolvió que si un trabajador tiene un diagnóstico o una afección -que le duele equis parte del cuerpo-, se debe realizar ciertos exámenes. Para todos los casos denunciados los trabajadores deben practicarse exámenes. Además, se determinó una estructura de estudios de puestos de trabajo que también fueron establecidas para las enfermedades osteomusculares y mentales.

En el caso de las mentales, que es un tema complejo y en crecimiento, se estableció claramente que no solo se debe entrevistar al trabajador, sino también a sus pares y a su jefe directo.

Por ello, el resultado de esas mesas pasó a trabajo de la superintendencia para establecer el proceso completo, lo cual incluye determinar plazos definidos. Ahora, se dijo que todavía no se ven los efectos, pero el proceso de revisar los exámenes y los estudios de puestos de trabajo toma un tiempo. Estamos en plena etapa de implementación de fiscalización del protocolo. Esperamos contar con algunos resultados dentro del presente mes.

Por lo tanto, con este protocolo vamos a tener un proceso único, y lo más importante es que todos los casos de denuncia de enfermedades -entiéndase los cerca de 40.000 casos que habló el superintendente, que se denuncia anualmente- van a pasar con todos los antecedentes a un comité interno de la mutualidad, no externo, porque la ley establece que ellos son los que califican -juez y parte, como dijo el superintendente-, pero ahora dentro de este comité, que no existía antes de esta circular.

Además, exigimos que los integrantes de ese comité fueran profesionales capacitados, médicos con instrucción en medicina del trabajo. En Chile no existe la especialidad como tal, pero sí establecimos que deben contar con cierta capacitación. Asimismo, con plazo establecido, como dije.

Por último, debe haber conexión en lo relacionado con prevención, en el sentido de que al ser detectado un

trabajador con enfermedad profesional, inmediatamente la mutualidad debe tener un accionar dentro de la empresa.

Por lo tanto, creemos que esta nueva circular va a significar un cambio. No sabemos cuánto, pero ese 20 por ciento debería tender a subir.

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

El señor **POBLETE**.- Señora Presidenta, solo para aclarar, en términos de evaluación, al establecer este protocolo, esta especie de rúbrica por sectores, ¿cabe la posibilidad de que la evaluación se lleve a cabo por personal no idóneo, fuera del comité?

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Con la nueva normativa no va a ser así.

Los 40.000 casos de denuncia de enfermedades van a pasar por comité, presidido por un médico especializado.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, respecto de las demás consultas, hay que mencionar que tenemos el rol dirimente de situaciones conflictivas no solo en materia de salud laboral, sino también en materia de salud común, que son varios miles de casos más que los otros. En ambos tenemos de por medio la situación de que estas primeras reclamaciones se hacen ante las Compín y nosotros dependemos en gran medida de la calidad del trabajo de ellas, de la celeridad y de la calidad del mismo. Muchas veces los exámenes que se realizan tienen que ver, eventualmente, con los análisis que ha hecho la Compín para ratificar que esto es común, produciéndose el reclamo o el rechazo correspondiente.

Se presenta ahí una situación compleja. Las Compín carecen de recursos y nosotros también, y quiero agregar eso a mi declaración inicial.

Cuando asumí como superintendente dije que teníamos una gran dificultad: que pese a nuestros 89 años de existencia los análisis y encuestas que hemos hecho señalan que solo un 25 por ciento de la población conoce o ha escuchado hablar de la Suseso, pero cuando les preguntan qué es lo que hace, ese 25 por ciento se reduce al 15 por ciento porque nos confunden con otra superintendencia. Y cuando le preguntamos a ese 15 por ciento qué opinión tiene respecto de la superintendencia,

dijeron que era mala, que es lo que estamos tratando de revertir.

Cuando presentamos nuestras iniciativas presupuestarias, el diputado Melero nos consultó cuánto nos estábamos demorando en promedio para resolver un caso de la ley. Mi respuesta fue que demoramos 120 días, pero parte de ello tiene que ver con un proyecto de digitalización de un proceso que es altamente manual y en papel. De tal manera que muchas veces obligamos a los organismos administradores a realizar reevaluaciones -don Omar conoce de la situación en forma directa-, pero eso es insuficiente para cubrir la totalidad de los casos que recibimos y, por lo tanto, el acceso a peritaje es relativamente limitado, es exigible por las personas, pero nuevamente en esta filosofía de seguro, el costo del seguro y el costo de la administración de este es una materia que está siempre presente en los organismos administradores, y nuestra fiscalización apunta a que esas cosas se ofrezcan, se digan y se publiquen.

Por eso están las publicaciones que hicimos en los establecimientos hospitalarios, pero, como dije, nuestra capacidad de fiscalización es la única arma que tenemos para ver que esto se cumpla, y parte de ello tiene que ver con nuestras propuestas.

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Respecto de lo que mencionó la diputada acerca de las Compín, quiero decir que una de las fuentes en que sería necesario seguir avanzando es en tener sistemas de pesquisa en los servicios de salud. Por lo tanto, ahí la relación con las Compín es muy importante, pues si existiera este sistema de pesquisa, esta gran asimetría que mostraba el superintendente en los recursos que se cobran de un lado hacia otro, se tendería a reducir; por tanto, es necesario incluir esos sistemas de pesquisa en los servicios de salud.

El señor **REYES**.- Los ingresos totales del sistema de mutuales, sin considerar el ISL, como organismo estatal, sino más bien las mutualidades, en 2015 ingresaron 715 mil millones de pesos en total entre las cotizaciones y también en parte de la rentabilidad financiera porque mantienen reservas técnicas que operan igual que un seguro porque tienen una reserva que está invertida. De

eso, para prestaciones preventivas el año pasado fueron 119 mil; este año, 2016, tienen que ser 126 mil millones los que deben destinarse a funciones preventivas.

Como dije, estamos hablando de una serie de acciones, de exámenes preocupacionales, capacitación, asistencia técnica, etcétera, dentro de esas funciones preventivas. Lo que estamos haciendo, a través de otra circular, es precisar en qué consiste esto porque en el pasado estas acciones preventivas eran más de *marketing* que de carácter preventivo.

Los gastos de administración, y particularmente los de prestaciones médicas, son los que se llevan la mayor cantidad de esos ingresos, vale decir, 275 mil millones. Hay subsidios e indemnizaciones y, por cierto, nuestra preocupación respecto de los gastos de administración están limitados, ya que no pueden superar el 8 por ciento de los ingresos. Aun así, queremos tener información, por eso se emite una explicación de ello en la circular de transparencia porque, entre otras cosas, apuntamos al control que existe entre las partes relacionadas. En este caso, partes relacionadas con la administración.

Debemos afrontar una cantidad bastante importante de empresas relacionadas, por ejemplo, en el caso de la ACHS, que tiene 45 y la mutual, 42, son entidades que...

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Eso está en una de las respuestas a los oficios.

El señor **REYES**.- Sí, está en una respuesta a los oficios y, por cierto, no solo se trata de ver las estructuras de propiedad. No se trata de estas estructuras porque en ellas no hay conflicto, pero sí en las estructuras de administración: directores, dietas, contratos, remuneraciones, que es nuestra preocupación, porque en esta industria la totalidad de los excedentes debe invertirse en seguridad social, lo cual se refleja en la infraestructura médica que ustedes pueden ver.

Ahora bien, estamos conscientes de nuestras debilidades como institución, por ello queremos hacer un cambio no solo en los procesos sancionatorios, en la regulación y en el plan de modernización que estamos enfrentando como superintendencia.

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

El señor **SABAG**.- Quiero preguntar a nuestro invitado cuál es el presupuesto anual de la Suseso.

Por otra parte, el señor superintendente habló reiteradamente acerca de la calidad y la celeridad de los procedimientos. Creo que esto está relacionado con el presupuesto que tiene la Suseso, pues en la medida en que cuenten con más peritajes o con mayores recursos podrán tener una mayor calidad y celeridad en los recursos porque, como se ha dicho, en promedio, son 120 días que toma resolver un caso.

En otro sentido, me parece que él mencionó que una circular habría considerado algunas opiniones de ciertos juristas que expresaron que sería inconstitucional. ¿Podría referirse a eso?

El señor **REYES**.- El presupuesto anual de la superintendencia es de 12 mil millones de pesos. Son 326 funcionarios, no tenemos presencia en todas las regiones y nuestra presencia en ellas se limita a un funcionario que atiende en un local compartido con el personal de la superintendencia de Pensiones.

Dependemos mucho del trabajo de terceros. La celeridad para responder, en gran medida tiene que ver con una capacidad tecnológica para integrar datos. En este caso, hemos avanzado bastante, hemos podido integrar datos de un par de organismos administradores, pero para integrar datos del sistema de salud y trazabilidad de las personas, el proceso es lento porque se pierde mucho tiempo en la recopilación de datos, en la solicitud de exámenes y en la generación, en algunos casos, de nuevos exámenes.

Respecto de la opinión que se nos dio, debo mencionar que tenemos un plan de regulación. Algunas circulares son bastante incisivas: transparencia, gobierno corporativo, prácticas comerciales. En cuanto a ello, lo que se nos ha entregado hasta el momento -y lo estamos analizando en su profundidad- son informes en derecho que argumentan que no tenemos plenas facultades, aunque entendemos que las tenemos, a raíz de la ley de octubre de 2013, para obtener información que sería absolutamente privativa de los directorios, que estarían montando una especie de coadministración de este tipo de entidades.

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

El señor **SABAG**.- Señora Presidenta, qué bueno que el señor Reyes lo haya mencionado, porque, después, en las conclusiones, podríamos proponer modificar dicho marco regulatorio. Si la Superintendencia de Seguridad Social no tiene las facultades, estamos para solucionarlo.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Las propuestas de la Superintendencia las dejaremos pendientes, porque está por finalizar la sesión y, además, porque queremos invitar a la ministra para chequear el nivel de aceptación del Ejecutivo respecto de dichas propuestas.

Asimismo, quiero solicitar que la Biblioteca del Congreso Nacional examine las circulares, como se hizo en la oportunidad anterior. La comisión cuenta con una asesora de la Biblioteca, quien está al tanto de las modificaciones y, por eso, la idea es que se informe a los integrantes de la comisión qué está pasando con las circulares a las que han hecho mención.

Por otra parte, quiero saber cómo se están oponiendo las mutuales, sobre todo, a la transparencia, lo cual considero grave. ¿Cómo se están oponiendo a las distintas circulares de la normativa? No puede ser que, pese a que han transcurrido más de 80 años, se opongan a que se aplique algo que existe en todo el mundo: transparencia y fiscalización. No me parece y, por tanto, quiero que relate qué está ocurriendo al respecto.

Tiene la palabra el señor Claudio Reyes.

El señor **REYES**.- Señora Presidenta, en la presentación se establecen varias propuestas que, claramente, buscan modificar la ley marco del seguro, la ley N° 16.744 y cabe mencionar que se encuentra en tramitación legislativa un reglamento orgánico de mutualidades, el cual debería regular, en particular, los temas relacionados con los gobiernos corporativos, materia en la cual proponemos realizar algunos cambios.

Asimismo, no quiero dejar de mencionar un tema que se vincula con nuestra ley orgánica y que consideramos que coarta nuestra capacidad fiscalizadora. El artículo 46° de esta ley establece que si bien la Superintendencia puede rechazar un acuerdo de los Consejos de las Cajas de

Previsión; sin embargo, en el inciso segundo del artículo, se precisa que "los Consejos, por los votos de los dos tercios de los consejeros con derecho a voto, podrán insistir el acuerdo observado, en cuyo caso deberá cumplirse.", es decir, ser aceptado.

Como ustedes saben, fiscalizamos las cajas de compensación y, en su momento, ese argumento fue utilizado por La Araucana, pero obviamente el peso de los hechos incidió en que debieron aceptarlo. No obstante, claramente estamos indefensos, pues qué sentido tiene un organismo fiscalizador si mediante la simple mayoría del directorio del fiscalizado, los hechos observados quedan en una declaración.

¿Qué estamos haciendo? Bueno, el mecanismo respecto de las circulares contempla el redactarlas y ponerlas en conocimiento para la opinión de toda la ciudadanía. La oposición viene a través de los mecanismos propios, como la página web.

Básicamente, y digámoslo derechamente, la situación tiene relación con *lobby*. Uno de los problemas del sistema es que la tasa que observaron se fijó en 1967 o 1968 y nunca ha sido revisada. Por lo tanto, hoy los costos del seguro, si se quiere considerando el peso de la regulación, pero también los costos operacionales, fundamentalmente, los médicos, podría afectar la rentabilidad del seguro. Considero que la presión viene por esa línea, es decir, en este caso la regulación, la transparencia o la determinación de quizás algún orden de información sobre precios de transferencia podrían "afectar" la estabilidad del sistema.

Por eso, en el marco de nuestras propuestas, sugerimos que finalmente se realice un estudio que sustente técnicamente esta tasa y que, en consecuencia, se evalúe su permanencia.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Quiero solicitar -a lo mejor está en el *pendrive*- la información sobre cuánto ingresa por concepto de seguro.

La señora **GANÁ** (doña Pamela).- Señora Presidenta, la información se encuentra en el estado financiero y en las respuestas a los oficios.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Probablemente, nuevamente solicitaremos que concurran a

la comisión para aclarar algunas dudas que nos puedan surgir y, al mismo tiempo, para tratar las propuestas, pues nos interesa profundizar en aquello.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

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

-Se levantó la sesión a las 15.00 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones.