

INFORME DE LA "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"

HONORABLE CÁMARA:

Vuestra 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, pasa a informar respecto del estudio realizado en cumplimiento del Mandato otorgado por la H. Sala.

I.- ACUERDO DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS.

En la sesión celebrada 4 de noviembre de 2015, y en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c) de la Constitución Política de la República; 53 de la ley orgánica del Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, prestó su aprobación a la solicitud de 53 señoras y señores diputados, a objeto de crear una Comisión Especial Investigadora sobre 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, con la finalidad de:

1. Conocer los fundamentos de hecho y de derecho de los actos ejecutados por la Superintendencia de Seguridad Social, en el período que media entre el 2005 y el 2015, en relación con:

- Actos administrativos de dicho Servicio emitidos por apelaciones interpuestas contra las resoluciones de calificación de las Mutualidades y de la COMPIN.
- Actos de fiscalización ejecutados por dicho Servicio en relación con los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744.

- Sanciones interpuestas por dicho Servicio a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744.

2. Conocer del eventual perjuicio fiscal sufrido por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como consecuencia del rechazo de las Denuncias Individuales por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de parte de las Mutualidades y de la COMPIN, como también del rechazo de las apelaciones interpuestas contra dichas resoluciones según lo expuesto en la letra a) del numeral 1 anterior.

3. Analizar las acciones de fiscalización señaladas en la letra c) del numeral 1 en relación con los Organismos Administradores del Seguro de la ley 16.744, en especial, las mutuales, respecto al eventual lucro que existiría por las razones anteriormente expuestas, como también derivadas de la creación de sociedades relacionadas, lo que estaría en directa contravención de lo estipulado en el artículo 12 de la ya mencionada ley 16.744.

4. Evaluar otras acciones de fiscalización que puedan emprender los órganos competentes de la Administración del Estado, tales como el Consejo de Defensa del Estado, la Contraloría General de la República, y otros organismos, en relación con los hechos enunciados, en especial el perjuicio fiscal que se podría estar produciendo.

5. Estudiar y analizar el marco normativo de la Superintendencia de Seguridad Social respecto de sus facultades y atribuciones para fiscalizar y sancionar a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744.

6. Presentar en el Informe que emita al efecto, sugerencias de modificación normativa en cuanto a las facultades y atribuciones de los órganos competentes en materia de licencias médicas con causa en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo al mérito de la investigación.

7. Tomar toda otra acción o resolución que sea conducente al esclarecimiento de los hechos señalados en la parte considerativa de esta solicitud, como también de los puntos expresados en el mandato que se le encarga a esta Comisión.

La Comisión deberá rendir su informe en un plazo no superior a ciento veinte días, y para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

La Cámara de Diputados acordó integrar la Comisión Investigadora, con los siguientes señores Diputados:

- - Miguel Ángel Alvarado
- - Claudio Arriagada
- - Ramón Barros
- - Germán Becker
- - Marcelo Chávez
- - Daniella Cicardini
- - Felipe De Mussy
- - Patricio Melero
- - Daniel Núñez
- - José Pérez
- - Roberto Poblete
- - Marcela Sabat
- - Alejandra Sepúlveda

Posteriormente la composición de la Comisión varió con el reemplazo del diputado señor Daniel Núñez por el diputado señor Hugo Gutiérrez, del diputado señor José Pérez por la diputada señora Marcela Hernando, y del diputado señor Marcelo Chávez por el diputado señor Jorge Sabag.

La Comisión se constituyó el 15 de diciembre de 2015 y eligió como su Presidenta, por la unanimidad de sus miembros presentes, a la diputada señora Alejandra Sepúlveda Orbenes, y fijó los días lunes de 13:30 a 15:00 horas de cada semana, para efectuar sus sesiones ordinarias.

II. LABOR DESARROLLADA POR LA COMISIÓN.

Para el cumplimiento de la tarea encomendada por la H. Corporación, la Comisión abordó su tarea sobre la base de un plan de trabajo propuesto por los Diputados miembros de ella. En virtud del mismo, durante su funcionamiento, citó y escuchó a diversos personeros, tanto del ámbito público como del privado, quienes la ilustraron sobre aspectos de hecho, legales, técnicos y administrativos de su objeto.

La Comisión celebró 24 sesiones ordinarias y extraordinarias, además de la sesión constitutiva.

III.- ANTECEDENTES GENERALES.

Los diputados patrocinantes de esta investigación, solicitaron que el trabajo que realice esta Comisión Especial, deberá ejecutarse bajo los siguientes parámetros:

Se acordó invitar a la señora Directora de Fonasa, en su calidad de denunciante de los hechos que motivan su constitución; a las autoridades públicas vinculadas a la materia, especialmente a la señora Ministra del Trabajo y Previsión Social, a la señora Subsecretaria de Previsión Social, al señor Superintendente de Seguridad Social, a la señora Intendente de Salud y Seguridad en el Trabajo, y al señor Director del Instituto de Seguridad Laboral; a los administradores del seguro, esto es al señor Presidente de la Asociación Gremial de Mutuales, y a las administraciones delegadas; y a los usuarios, particulares, sindicatos y multisindicales.

IV.- ANTECEDENTES SOLICITADOS POR LA COMISIÓN.

Éstos se encuentran detallados y reproducidos en anexo al presente informe.

Asimismo, y para el desarrollo de su trabajo recibió la asesoría de expertos de la Biblioteca del Congreso Nacional, quienes se refirieron al marco normativo del sistema del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Paola Álvarez, abogada de la Biblioteca del Congreso Nacional, expuso respecto del marco normativo que rigen a las mutualidades.

Señaló que su exposición consta de tres puntos: primero, dar cuenta del marco jurídico del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en relación con el hecho de que las mutualidades están insertas dentro de este marco jurídico como un organismo administrador.

Segundo, dar cuenta de los organismos que intervienen en la evaluación de las incapacidades laborales temporales y permanentes por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. ¿Por qué? Porque existen varios

organismos administradores, como es el Instituto de Seguridad Laboral, las mutuales y la administración delegada, en que cada uno tiene una evaluación diferente de incapacidades laborales temporales y permanentes.

Tercero, explicar los procedimientos de tramitación de licencia por enfermedad profesional, accidentes del trabajo y accidentes de trayecto, que es lo que tiene más incidencia en la Comisión Investigadora.

Principales normas aplicables

1. La ley N° 16.744, de 1968, seguro social contra riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2. El decreto N° 101, del Ministerio del Trabajo, aprueba el Reglamento para la aplicación de la ley N° 16.744.

3. El decreto N° 109, que es el más importante, del Ministerio del Trabajo, aprueba Reglamento para la calificación y evaluación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

4. Circular N° 2.283, de la Superintendencia de Seguridad Social, sobre instrucciones del Servicio para la aplicación de los decretos N° 101 y N° 109, del Ministerio del Trabajo.

Ahora bien, lo principal, manifestó, es entender qué regula la ley N° 16.744, sobre seguro social contra riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta ley, ¿a quién cubre? A los trabajadores del sector público y privado, a ciertos trabajadores independientes, que por decreto presidencial se ha incorporado a pirquineros, pescadores, taxistas; a estudiantes de establecimientos fiscales o particulares, por accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o de su práctica profesional, y hace dos años se incorporó al personal civil de Famae, Asmar y Enaer, que prestan servicio bajo el Código del Trabajo y están afiliados al decreto ley N° 3.500, de 1980.

Financiamiento del seguro

1. La principal fuente de financiamiento es una cotización de cargo del empleador; se trata de una cotización básica del 0,95 por ciento de las remuneraciones imponibles del trabajador y una cotización diferenciada por actividad y riesgo. Vale decir, hay ciertas actividades catalogadas por un decreto y, por el riesgo que imponen, se establece una cotización adicional al 0,95 por ciento.

Ahora, esas empresas que tienen una cotización adicional por actividad y riesgo, también pueden pedir una rebaja si ellos bajan los índices de accidentes del

trabajo, a través de un procedimiento establecido tanto en la ley como en el decreto o su Reglamento.

2. Otra forma de financiamiento del seguro es por utilidades o rentas de inversión de los fondos de reserva de los organismos administradores.

3. Asimismo, cantidades que reciban por derecho a repetir contra los empleadores.

4. Finalmente, a través de multas que el organismo administrador imponga.

Organismos administradores

El primero es el Instituto de Seguridad Laboral, organismo público, que mediante los servicios de salud y la seremi, entrega prestaciones económicas y médicas a sus afiliados.

Al respecto, el Instituto de Seguridad Laboral tiene que hacer una distinción, según la ley N° 16.744, entre empleado y obrero. Se trata de una ley de 1968, que entrega facultades al Servicio Nacional de Salud y a las cajas, organismos que desaparecieron, se fusionaron y fueron administradas por el Instituto de Normalización Previsional, y con la ley N° 20.255, pasaron a ser parte del Instituto de Seguridad Laboral. Sin embargo, la ley establece que respecto de los obreros, que pertenecían al seguro de los obreros, las prestaciones se tienen que entregar vía Servicio Nacional de Salud, que hoy en día son los servicios de salud a través de la red asistencial; es decir, las postas.

En relación con los empleados, que eran afiliados a las cajas, se permite que el Instituto de Seguridad Laboral haga convenios para que estas prestaciones médicas sean otorgadas por hospitales. Incluso, las mismas mutuales celebran convenios con el Instituto, el que debe hacer una categorización entre empleado y obrero.

Ahora bien, esa distinción solamente existe en materia previsional -en el Código del Trabajo, desapareció-, tal como se señala en un artículo transitorio del Código del Trabajo, en el sentido de que se debe mantener esta distinción en materia de previsión. Entonces, el Instituto de Seguridad Laboral, en sus presentaciones en las comisiones, siempre ha mantenido una crítica por esta distinción por las distintas prestaciones que puede otorgar.

¿Quién es el obrero? Es quien, en su trabajo, ocupa más la fuerza física y el empleado es quien utiliza su parte intelectual.

Por otra parte, otro organismo administrador son las mutualidades, reguladas tanto por la ley N° 16.744 y por el decreto supremo, que es el Estatuto orgánico de las mutualidades. Las mutualidades son

corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, que entregan prestaciones preventivas, médicas y económicas a sus afiliados. Para su constitución, el Presidente de la República debe autorizar su personalidad jurídica.

Las mutualidades son organizaciones de empleadores que deben contener, a lo menos, a 20.000 trabajadores; deben cumplir con ciertos requisitos establecidos en la ley N° 16.744 y piden su personalidad jurídica. El estatuto orgánico de las mutualidades es bastante antiguo y regula las funciones, las reservas, las prestaciones.

Al respecto, hay un proyecto de ley de 2012, presentado en la anterior administración, que modifica completamente este estatuto orgánico de mutualidades. El objetivo es exigir mejores estándares.

Este proyecto se ha iniciado en mensaje, el que estaba referido a la organización de directorio, conflicto de interés, transparencia del funcionamiento respecto de sus afiliados. Quedó en segundo trámite, en 2013, sin movimiento.

Por último, otro organismo administrador dice relación con la administración delegada. La ley N° 16.744 establece que las mismas empresas particulares tomen la administración del seguro y entreguen las prestaciones. Obviamente la ley exige ciertos requisitos mínimos para tener una administración delegada y están bajo la supervisión tanto de la Suseso, Superintendencia de Seguridad Social, como de la Secretaría Regional Ministerial.

Consultada respecto a iniciativas de ley en esta materia señaló que en 2013 la antigua administración presentó un proyecto de ley que reemplaza por completo la ley N° 16.744, la que ha tenido pocas modificaciones desde su promulgación en 1968.

Esa iniciativa establecía un perfeccionamiento de las regulaciones de las prestaciones económicas del seguro; terminaba con la distinción entre obrero y empleado en la institución pública; establecía un nuevo mecanismo de calificación de incapacidades temporales y permanentes, simplificándolo; regulaba de manera importante la prevención de riesgo; sistematizaba la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo, ya que las seremías tienen el tema de la prevención respecto de los trabajadores afiliados al ISL, y las mutuales las tienen otros.

Ese proyecto está en primer trámite en la Comisión de Trabajo de la Cámara de Diputados y el de las mutuales está en segundo trámite en el Senado. Ambos fueron

presentados por la anterior administración, pero quedaron sin analizar desde 2013.

Consultada respecto de la judicialización de los reclamos, señaló que el último recurso es el de apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social. Ahí se termina, salvo que haya un recurso administrativo de reconsideración al superintendente, pero no se puede judicializar. El procedimiento está establecido en la ley.

Concurrió posteriormente con el objeto de exponer respecto del 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.

En esa oportunidad señaló que los principales aspectos de la circular N°3167, de la Superintendencia de Seguridad Social, es 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. Se trata de un protocolo de carácter obligatorio para los organismos administradores, vale decir, las mutuales, el Instituto de Seguridad Laboral y empresas que tengan administración delegada.

Cabe destacar, recalcó, 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.

Recordó 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, subrayó, qué contiene la circular. 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 se hace 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.

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 psicólogos, 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.

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.

¿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.

Asistió, además, el señor **James Wilkins**, investigador del servicio de Asesoría Técnica Parlamentaria de la Biblioteca del Congreso Nacional, quien expuso sobre 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.

Señaló que la metodología usada 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, agregó, se revisaron países europeos que tienen modelos distintos, de manera de compararlos con Chile.

Lo primero que se debe 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.

IV.- EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS QUE CONCURRIERON A LA COMISIÓN A ENTREGAR ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA INVESTIGADO.

1. La señora Directora de FONASA, doctora Jeanette Vega Morales -asistió acompañada de la jefa de la Unidad de Licencias Médicas y Subsidio por Incapacidad Laboral, señora Bélgica Bernal-.

Agradeció la invitación señalando que es extraordinariamente importante la oportunidad de compartir algunos de los problemas que Fonasa tiene respecto de la ley N° 16.744, que es bastante antigua, razón por la cual

presenta algunos inconvenientes que se deben solucionar para avanzar a nivel país.

Subrayó que en todo el mundo hay un subdiagnóstico de las enfermedades profesionales. Fundamentalmente, esto tiene distintas razones, pero -a su juicio- la razón principal, es el lapso de tiempo que media entre la exposición a un elemento que sea adverso a la salud, y que se produzca el daño, en general son muchos años. Por ejemplo, la exposición al tabaco, a la silicosis o al trabajo repetitivo. No se producen como las enfermedades agudas que surgen de un día para otro.

La OIT, en 2013, plantea que las enfermedades profesionales son la pandemia silente de la tierra.

Comentó que en Estados Unidos, el CDC -Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades- también ha planteado que el número de casos de enfermedades profesionales informadas en las encuestas y/o estadísticas de los países son, en realidad, solo la punta de iceberg.

A continuación, agregó, surge la primera pregunta, que los tiene un poco complicados desde que estábamos en la Subsecretaría de Salud. ¿Es factible pensar que Chile tenga tasas de enfermedades profesionales menores que en países desarrollados? Efectivamente, se conoce que tienen un muy buen diagnóstico, pero, además, buenos sistemas de prevención y control de estas enfermedades.

Al respecto, mostró dos ejemplos. En la siguiente lámina - utilizó un documento en data show, que se acompaña en anexo a este informe- se hace una comparación entre Chile y Finlandia. Se muestran tres patologías que son ciertamente ocupacionales: la dermatosis, el asma ocupacional y las enfermedades osteomusculares.

Observó, que se puede ver que en el caso de Finlandia la tasa de incidencia, por cien mil trabajadores, es de 34 para dermatosis, de 12 para asma y de 54 para enfermedades osteomusculares. Si se aplican estas tasas a la población que en Chile está cubierta por la ley N° 16.744, deberíamos tener un total, por estas tres enfermedades, de 9.200 casos.

En cambio, cuando se observan los datos, se ve que para el asma ocupacional la Asociación Chilena de Seguridad, entre 1990 y 2006, diagnosticó solo 136 casos. Las otras son tasas anuales. Además, en el número total de casos de enfermedades profesionales en Chile, en 2014, las mutuales declararon en conjunto 4.411. No solo esas tres enfermedades, sino para todas. Entonces, es evidente que existe un subdiagnóstico y la pregunta es por qué.

En primer lugar, a su juicio, porque la población trabajadora tiene un desconocimiento muy importante respecto de los beneficios de la ley N° 16.744.

Además, porque no está incorporada específicamente la salud ocupacional en las mallas curriculares de las profesiones de salud. Ejemplificó señalando que por ejemplo, cuando alguien ha ido al médico, ¿les preguntan en qué trabajan y a qué riesgos creen que están expuestos? Probablemente, nunca. No existe en la cabeza de los doctores el tema de la salud ocupacional.

Luego, agregó, por haber un largo período de latencia entre el tiempo de exposición al riesgo y las manifestaciones clínicas. Existe complejidad para decir que es ocupacional. Por ejemplo, en las enfermedades por movimiento repetitivo, ¿qué porcentaje es ocupacional y qué porcentaje se debe a otras razones, por ejemplo, predisposición genética, etcétera?

Faltan instrumentos estandarizados que faciliten el diagnóstico.

Entonces, subrayó, para hacer el punto del acceso al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en la encuesta nacional que se hizo un poco antes de 2010, se aprecia que en los hombres y en las mujeres que trabajan por cuenta propia la posibilidad de tener acceso a ese seguro es bajísima: 5,4 y 7,8, respectivamente.

Es bastante más alta -todavía tenemos un porcentaje importante de la población que no está asegurada- en los trabajadores dependientes o asalariados: 60 por ciento en hombres y 51,9 por ciento en mujeres. Esos son los porcentajes de la población que está asegurada.

El segundo punto, es cuál es el lugar de atención por el accidente o la enfermedad asociada al trabajo, según situación de empleo.

En el caso de accidentes de trabajadores por cuenta propia es el establecimiento público de salud. También lo es en el caso de los servicios domésticos y de los trabajadores dependientes. O sea, el sector público atiende la mayor cantidad de accidentes y enfermedades del trabajo.

Por cierto, en el caso de trabajadores por cuenta propia, dependientes o asalariado y servicio doméstico uno ve que esto es así para ambos casos: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Incluso, el porcentaje es más alto en algunos casos de accidentes. O sea, los accidentes que en teoría tienen un protocolo claro de derivación a la empresa administradora, mayoritariamente van al sector público.

Por lo tanto, el sector público financia de manera indirecta a beneficiarios de los organismos administradores privados de la ley N° 16.744.

El 74 por ciento de los trabajadores del país que tiene derecho a SIL se encuentra afiliado a Fonasa.

El 84 por ciento de los trabajadores protegidos por el seguro de la ley N° 16.744 pertenece a empresas adheridas a las mutualidades.

Entonces, si el 84 por ciento de los trabajadores está protegido por la ley, la pregunta es por qué el sistema público está atendiendo a esos trabajadores, mayoritariamente en el caso de accidentes y de enfermedades profesionales.

Lo normal es que ese 84 por ciento de trabajadores fueran atendidos por las mutuales en los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Recordó que un equipo que trabaja con Fonasa hizo un estudio en 2013 sobre la prevalencia de pacientes con diagnóstico compatible con silicosis en salas ERA, que son salas de control de enfermedades respiratorias agudas para personas mayores. Por lo tanto, se espera no encontrar aquí enfermedades profesionales, porque en teoría todas están cubiertas por la ley hasta que un trabajador muera.

Aquí uno encuentra una prevalencia, por cada 100 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica expuestos a sílice en control en salas ERA, de 14,1 por ciento. Además, hay una prevalencia de 4,7 por ciento de casos que son compatibles con silicosis.

En los casos de Coquimbo y Atacama, que fundamentalmente son regiones mineras que están expuestas, los porcentajes son brutales. En atacama, el 42,7 por ciento los pacientes que están siendo controlados en salas ERA, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es debido al antecedente de haber estado expuesto a sílice o tiene un caso clínico compatible con sílice.

Entonces, -a su juicio- hay un subsidio cruzado importante y, por cierto, en este momento estamos haciendo un estudio súper serio para cuantificar esa situación con mayor detalle, pero tenemos algunas pequeñas estimaciones previas.

Hace presente que si se aplica el 37 por ciento encontrado en el estudio de Bitrán al Gasto SIL total por licencias médicas en 2014, que se deben a enfermedades ocupacionales por causa osteomuscular y de salud mental, solo en ese punto estaríamos subsidiando alrededor de 90.000 millones.

El problema es que este subdiagnóstico de enfermedades profesionales genera costos para los trabajadores y para Fonasa.

Primero, los trabajadores no acceden a atención especializada, son vistos como si tuviesen cualquier enfermedad común.

Segundo, los trabajadores pierden beneficios sociales, la gratuidad en la atención médica que está garantizada por la ley, los medicamentos y exámenes, se les aplica carencia en las licencias médicas, etcétera. Además, no acceden a medidas correctivas y preventivas frente al riesgo que ha ocasionado el accidente o la enfermedad.

Desde el punto de vista de la red asistencial, aparte del subsidio económico, es decir, recursos que van a subsidiar una ley que no depende de Fonasa como administradores, deben hacerse cargo de un trabajador que viene más enfermo. Por lo tanto, su costo de atención es mayor y va a requerir más tiempo de licencias médicas. Por consiguiente, su costo en licencias médicas también será mayor.

En este momento, en conjunto con la Flacso, se está elaborando la estimación global de la magnitud del subregistro en el sistema actual y la estimación de los costos totales proyectados para el sistema de salud pública, que es el subsidio a las mutuales.

Otros datos que tienen que ver con accidentes del trabajo, pero que importan subsidio al Instituto de Seguridad Laboral y no a las mutuales, porque ellos son los administradores de la ley.

Respondiendo una serie de consultas, relacionadas básicamente al origen del fenómeno, destacó que aquí hay un problema con la propia ley, porque tiene incentivos perversos para los distintos actores, tanto para los empleadores como para los administradores.

En el fondo, la ley está mirada como desde el punto de vista de un seguro para un auto, es decir, la prima está asociada al riesgo, y cuando el riesgo aumenta, la prima para las personas también aumenta.

Lo que ocurre es que la ley indica que si las empresas sobrepasan un porcentaje de su siniestralidad, su aporte aumenta. Por lo tanto, están todos los incentivos puestos. Y, por cierto, también para los empleadores, que son los que forman la empresa, porque no les conviene que suba su tasa de siniestralidad ya que tienen que pagar más. Por lo tanto, el empleador muchas veces prefiere mandar a los trabajadores a una consulta médica y no pasarlos como parte de esta ley.

Para los administradores también están puestos todos los incentivos. Porque resulta que hay una latencia brutal en términos del diagnóstico y el momento en que ocurre la enfermedad.

En el tema de lo preventivo, dado que muchas veces es tan difícil de definir o no hay definiciones claras en la ley de lo que se considera ocupacional y los medios de verificación de lo ocupacional, el incentivo también está puesto en los administradores de la ley para no generar las conductas preventivas.

Es importante mencionar que tenemos una **subnotificación**. En el caso de los accidentes del trabajo, en general el 80 por ciento se notifica y el 20 por ciento no se notifican porque son evidentes. Es difícil que un accidente del trabajo no sea notificado. Sin embargo, en las enfermedades ocupacionales es al revés: se notifican el 20 por ciento y el 80 por ciento no.

Otro tema importante, recalco, es que tenemos poca claridad respecto de cuáles son las funciones de cada uno de los actores. Existen distintos actores, por ejemplo, la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso), la Seremi de Salud, el Fonasa, las mutuales, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), los diferentes servicios de salud, etcétera. De repente, tenemos duplicidad de algunas cosas y cero de otras. Eso es evidente en el ámbito de algunas fiscalizaciones que tienen que ver con los empleadores y el cumplimiento de la ley.

Consideramos que habría que cambiar el artículo 77 bis de la ley N° 16.744. En 1995 el artículo 77 bis reemplazó al artículo 77, con la finalidad de que el trabajador no fuera derivado de un sistema a otro, esto es, de enfermedad profesional al otro sistema. Salió con ese espíritu, pero no fue suficiente.

Para afinar el artículo, en 2005 la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) emitió la circular N° 2.229 con el objetivo de que el trabajador, cuando consultara por alguna enfermedad que le pareciera era resultado del trabajo, en verdad fuera atendido con esa mirada. Tenía por finalidad que en el corto plazo se le dijera si esa enfermedad era del trabajo o si su caso sería estudiado, y por ello se le derivaría a su sistema común.

Sin embargo, en la práctica encontramos que con la aplicación de la circular N° 2.229 los trabajadores se confunden, no entienden bien y creen que va a ser cubierto todo y se quedan en los centros médicos de la mutualidad, y cuando se define que no es una enfermedad laboral, lo derivan al sistema común y nos hacen los cobros.

Entonces, pedimos que haya una modificación a la circular N° 2.229 para que sea más específica y con plazos más acotados.

En este momento están dando un plazo de 30 días para definir si es un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, pero todos sabemos que en un accidente del trabajo se hace una investigación, hay testigos y con toda esa información se define. Por lo tanto, no debiera ser el plazo de 30 días.

En el caso de las enfermedades profesionales, debieran operar protocolos para que se acotaran los tiempos y se dijera, por ejemplo, que para tal enfermedad son 10 días. Pero no pueden estar 30 días con diferentes resonancias y una serie de exámenes médicos, y finalmente el trabajador tiene que efectuar un copago. Entonces, no solo hay un costo para el sistema público de salud, Fonasa, o para las Isapres, sino que también para el trabajador.

Hay que entender que aquí hay una asimetría de la información. Al trabajador no se le puede pedir que tenga la misma capacidad de entender el sistema como lo hace la mutual, independiente de que firme, porque dentro de los requisitos de esa circular está firmar una autorización de atenderse por prestaciones extra ley.

Entonces, cabe preguntarse lo siguiente. ¿Corresponde que las mutualidades atiendan enfermedades comunes cuando debieran abocarse a resolver el tema de las enfermedades profesionales?

Los países desarrollados tienen un subdiagnóstico, y nosotros lo tenemos. Hay una dificultad para identificarlo porque los pacientes, independiente de que como médicos se nos enseña a preguntar en qué trabajan, en la práctica no lo hacemos. Todos sabemos que los médicos atienden entre 5 y 15 minutos.

Por lo tanto, como en Chile el trabajador tiene una alta rotación laboral y va cambiando de un empleo a otro, llegamos tarde. Entonces, el enfoque y el énfasis tienen que ser preventivos. Hay un rol de la ley, del ISL, de las mutuales, para que no nos rebote, pero fundamentalmente para que no recibamos trabajadores dañados.

Finalmente, señaló que han pensado implementar algunas **medidas**.

Primero, introducir en la ley algunos elementos que eviten los incentivos perversos. Por ejemplo, una alternativa podría ser introducir, en el cálculo de la prima, elementos que tengan que ver con la prevención.

Segundo, clarificar quién está a cargo de fiscalizar las empresas. Ojalá, el organismo que fiscaliza sea el responsable, por ejemplo, la Dirección del Trabajo.

Tercero, tener una contraloría única. Hay múltiples contralorías, algunas de las cuales son juez y parte.

Consultada respecto de la definición de enfermedad laboral, señaló que parece estar claro, pero de todas maneras es un problema. Enfermedad laboral es aquella que es imputable directamente a la ocupación. Sin embargo, la pregunta es cómo se puede estar seguro de que eso está imputado directamente a la ocupación, según lo que hemos visto. ¿Cómo lo atribuyo?

En ese aspecto hay avances que en nuestro país nunca se han implementado, en cambio en otros operan desde hace más de 20 años. Por ejemplo, hay listas de enfermedades que se llaman centinelas o trazadoras. Se refiere a enfermedades que, según los estudios que se han hecho a nivel mundial, se sabe que más del 90 por ciento se deben a la exposición ocupacional. Si, por ejemplo, la silicosis no es una enfermedad común; sin embargo, más del 90 por ciento de los casos están asociados a ella.

Entonces, esas listas -como la famosa lista de Rubinstein- y los protocolos asociados nunca los hemos desarrollado, lo cual es una tarea urgente y pendiente. Insisto, hay que desarrollar los protocolos y este listado de enfermedades que sí o sí, a menos que se demuestre lo contrario, son ocupacionales por definición.

Respondiendo consultas relacionadas a sugerencias señaló que se debe seguir avanzando en el desarrollo y protocolo de diagnóstico y tratamiento de enfermedades profesionales; se deben implementar -y aquí hay un tema en la red pública de salud- mejores modelos de pesquisa de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; mejorar la oportunidad de la calidad de las prestaciones, lo cual apunta al tema de los centros especializados.

En segundo lugar, señaló, se deben referir los antecedentes a los organismos administradores de la ley una vez otorgada la primera atención -porque tampoco en el sector público está el conocimiento acabado y, por lo tanto, tampoco derivan al trabajador de vuelta-, ya que si llega un trabajador con un accidente laboral, hay que estabilizarlo y derivarlo inmediatamente, cosa que no ocurre.

Por cierto, hay que garantizar que, independiente del organismo administrador de la ley a la que se encuentre afiliada la empresa, va a acceder a la gratuidad de las prestaciones médicas que requieran en el momento de la atención.

Resaltó que se requiere hacer cambios en la normativa, como la revisión del artículo 77 bis; establecer procedimientos claros de atención médica y cobertura en ámbitos de

competencia entre las distintas instituciones de seguridad social -salud común y laboral- para poner término a la situación actual, de dificultades en el acceso y diagnóstico del tratamiento de los trabajadores.

Por otra parte, se debe modificar la circular N° 2229; fundamentalmente en lo que se refiere a acotar los plazos, tanto para el estudio de calificación de origen laboral como para diferenciarlos; que las mutualidades sean demostrables, es decir, que el peso de la prueba cambie. En el fondo, que las mutuales tengan que demostrar que una enfermedad es de origen común, porque ahora no facturan y nosotros les facturamos de vuelta. Por lo tanto, estamos en un punto ciego: ellos no facturan y nosotros le enviamos de vuelta a todos quienes hemos atendido.

Asimismo, que durante el período de estudio, protocolizado en el organismo que reciba al trabajador, se haga cargo del financiamiento, pues este corresponde a quien lo reciba.

Por otro lado, se necesita cambiar el foco hacia incentivos preventivos como, por ejemplo, sobre las primas, ya que el alza de las tasas de siniestralidad, en la práctica, invitan al ocultamiento de los accidentes del trabajo.

Necesitamos que haya una contraloría médica autónoma para las licencias tipo 5 y 6 en las mutualidades. En la actualidad, las compines son quienes realizan la contraloría médica de estas licencias que corresponden a los afiliados al ISL. Por ello, la necesidad de crear un organismo autónomo e independiente.

Además, se debe revisar la pertinencia de la atención de trabajadores con patología común en los centros médicos de las mutuales, ya que distrae el rol de las mismas que fue claramente explicitado cuando se crearon y, por lo tanto, confunde al trabajador. Si hay atención común y laboral en las mutuales, se produce confusión y dada la asimetría de información entre el trabajador y el prestador, ellos piensan que cuando se atienden en el hospital de la mutual están siempre cubiertos por la ley, lo que, finalmente, conlleva a problemas de acceso financiero.

La señora **Bélgica Bernales** agregó que, efectivamente, este diagnóstico tan catastrófico no es nuevo, y que se comparte desde 2002 o 2003, justamente, llegamos al consenso de que se requería de una institucionalidad al respecto. Una institucionalidad autónoma e independiente que de los lineamientos en torno a lo que es el tema de la salud ocupacional respecto de manejar estadísticas confiables, elaborar protocolos que den cuenta de eso y de salvaguardar una contraloría médica, tanto en la calificación de las patologías en las personas como en la licencia médica, una

vez que emitida, además de todas las medidas preventivas correspondientes.

En ese largo transitar, se han hecho bastantes esfuerzos para que haya un programa de pesquisa de accidentes y enfermedades profesionales en la red asistencial. Sin embargo, la cruda realidad es de que no es una prioridad para el sistema, porque hay otras urgencias. Por consiguiente, en la práctica, no se ha podido concretar más que alguna experiencia exitosa como es el Servicio de Salud de Valdivia y hace algunos años el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

A pesar de los esfuerzos y de haber estado en la Subsecretaría de Salud Pública con un programa de pesquisa nacional de accidentes y enfermedades, no hemos podido tener respuesta en el resto del sector.

Desde Fonasa, nuevamente, se ha tratado de impulsar el programa. Se trabaja con el Departamento de Salud Ocupacional de la División de Políticas Públicas del Ministerio de Salud, además existe un programa y se entregará una propuesta para demostrar lo efectivo que es que existan estos modelos de pesquisas de accidentes y enfermedades profesionales en los servicios de salud. De tal manera que el costo efectivo sea tan alto que tengamos en cada región y en cada servicio un centro de pesquisa de referencia, porque como es complejo no es llegar y definir qué es ocupacional, por lo que debe haber un grado de desarrollo técnico y de permanente seguimiento y acompañamiento de ese proceso a nivel de los distintos servicios.

Reiteró que se trabaja con el Departamento de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud para presentar a la Dirección de Presupuesto este proyecto.

Como Fonasa poseen algunas iniciativas al respecto. Una dice relación con el estudio que nombró la doctora Vega, el cual está a un par de meses de ser iniciado. Pensamos tener respuestas o el informe final en junio. Otra iniciativa que hemos llevado a cabo -que sí nos parece importante- es la difusión de los derechos de los trabajadores. Desde Fonasa, desde hace unos meses, tenemos instalado en nuestro canal corporativo que todo afiliado que compre su bono sepa que existe esta enfermedad o este accidente, y que ante la sospecha se lo diga a su médico para que haga lo que corresponde.

Sin embargo, siente que todas esas iniciativas solo serán posibles si los otros sectores y el resto de nuestro sector salud le dan la misma prioridad.

Con la Superintendencia de Seguridad Social y con algún par de servicios de salud llevan algunos meses trabajando en la modificación de la Circular N° 2229.

Como comentario final, la doctora Vega señaló que la materia de fondo en la discusión llevada a cabo aquí es la misma que se realiza en otros aspectos que tienen que ver con salud, en términos de que más allá de lo que ocurra uno puede considerar la salud de los trabajadores de dos maneras: un costo o una inversión. En eso nos debemos poner de acuerdo, porque si tenemos trabajadores más sanos, tendremos mano de obra más productiva.

En todo caso, los recursos que se utilicen para tal efecto deberán ser pagados de alguna manera, a través de impuestos generales, de copagos directos o de otra forma.

2. Usuarios

Con ocasión del trabajo de vuestra Comisión, y por acuerdo unánime de sus miembros, se recibió en audiencia a particulares y organizaciones de usuarios cuyas intervenciones se acompañan en anexo a este informe.

3. Ernesto Evans, Presidente de la asociación de Mutuales A.G.

En primer término se refirió a la historia del sistema de mutualidades, señalando que son organizaciones bastante particulares; no tienen fines de lucro y sus directorios están organizados de manera paritaria, es decir, igual número de representantes de trabajadores que de empleadores.

Legalmente, nacen en 1968, pero su existencia data de 1950, 1958 y 1966, para ser exactos. Por ello, recordó una frase del entonces Presidente Eduardo Frei Montalva: *Las mutualidades se transformarán en instrumentos magníficos de desarrollo comunitario, permitirán una efectiva participación del pueblo organizado en la dirección de las estructuras administrativas que la sociedad destaca para su protección.*

Quizá, lo más relevante -a su juicio- de esta frase es que ya en esa época el Presidente Frei Montalva destacaba que las mutualidades nacieron organizando las sociedades, es decir, un grupo de trabajadores, empresarios o empleadores preocupados por la salud y la seguridad laboral. En esa época, de cada 100 trabajadores se accidentaban 30, por lo cual le da una cobertura legal a la iniciativa que ya existía.

El conjunto de trabajadores en centrales sindicales y empresarios, empleadores, se unen y bajo el paraguas legal de la ley N° 16.744, dan origen a las mutualidades que, insisto, ya existían.

Asimismo, agregó, el Presidente Frei Montalva dice: serán estructuras que introducirán un elemento humanizador en las relaciones entre el individuo y el organismo destinado a otorgarle sus prestaciones de seguridad social.

Ahora bien, subrayó, ¿dónde nos encontramos en el sistema de mutualidades?

Primero, son organizaciones que cumplimos los principios de la seguridad social en cuanto a universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad-suficiencia y automaticidad de las prestaciones.

Segundo, se mueven en un contexto legal; están intensamente reguladas y fiscalizadas. Regidas por la ley de accidentes del trabajo, que dio origen a un reglamento; pero, además, hay una ley nueva que crea la Superintendencia de Salud y Seguridad Laboral. Tienen un decreto que las organiza, el N° 285, y de esas dos leyes ya se están planteando algunas modificaciones, etcétera.

Entonces, recalcó, si alguien dice que las mutualidades se mandan solas, no es así, pues hay un contexto legal que regula su accionar.

Las mutualidades tienen alrededor de 4,7 millones de trabajadores adheridos y el Instituto de Seguridad Laboral, una especie de administradora de fondos de pensiones estatal, el organismo administrador privado, tiene alrededor de 800.000 trabajadores. Entonces, entre los dos, las mutualidades y el organismo administrador público, suman aproximadamente 5,5 millones de trabajadores adheridos.

Lo importante es que entre todos formamos un sistema de seguridad social en donde las mutualidades de empleadores están inscritas.

Se refirió, además, a algunos de sus atributos:

Es un sistema solidario, es decir, cualquier trabajador, independiente de si trabaja en una transnacional de muchos empleados o en una empresa pequeña, tiene la misma prestación.

Otra cosa importante, a su juicio, es que cualquier empresa, de 1 a 10 trabajadores, de 10 a 25, o de 100 a 1.000, puede estar en una mutualidad y se le va a atender de la misma forma. No existen restricciones; es un sistema totalmente regulado, no tenemos alza unilateral de precios en nuestras prestaciones, y en promedio es, aproximadamente, el 1,6 por ciento del sueldo del trabajador.

Tenemos cobertura nacional, además, ejercen una triple función, distinta de otros seguros.

Lo anterior significa que, además de ser fuertes en prestaciones médicas -que representan cerca del 50 por ciento del gasto de las mutualidades-, hacen prevención de riesgos, es decir, buscan que los trabajadores no tengan accidentes.

Cuando un trabajador tiene una incapacidad, también se le paga un subsidio y eventualmente pensiones y, por lo tanto, tienen una triple función: las prestaciones económicas, que se traducen en el pago de subsidios, pensiones e indemnizaciones; las prestaciones médicas, a través de su red de centros asistenciales; y las prestaciones preventivas. Tienen cerca de un millón y medio de trabajadores capacitados en temas de prevención de riesgos, incluso en forma presencial. Si se compara esa cantidad con el total de 4,7 millones de beneficiarios del sistema, se puede concluir que son bastantes trabajadores capacitados.

Además de las mutualidades, existe el sistema de administración delegada, como en los casos de Codelco y la Universidad Católica, pero los principales organismos son el Instituto de Seguridad del Trabajo, la Asociación Chilena de Seguridad y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción. Además existe un organismo administrador del seguro de tipo público, que es el Instituto de Seguridad Laboral. Entre todos cubren cerca de 5,5 millones de trabajadores.

Lo que distingue a las mutualidades de otras organizaciones de la seguridad del mundo privado es el carácter paritario de sus directores. Los trabajadores y empleadores están representados en el directorio de las mutualidades. Por lo tanto, las decisiones que se toman ahí adquieren más valor, toda vez que garantizan mejores prácticas de gobiernos corporativos y la inclusión de los segmentos beneficiarios y los trabajadores, que son el principal órgano de la toma de decisiones.

Poseen esos tres elementos en nuestras prestaciones. La función de prevención de riesgos incluye programas anuales de capacitación, además de programas de prevención en 140.000 unidades empleadoras. Eso significa entre 6.000 y 10.000 lugares donde hay que llegar con prevención de riesgos. La atención médica y la rehabilitación forman parte de la cobertura que damos en materia de accidentes del trabajo, con atención gratuita hasta la curación completa del trabajador; pagamos licencias o entregamos subsidios desde el primer día en que calificamos al trabajador. La hospitalización, los medicamentos, las prótesis, la rehabilitación física y los gastos de traslado están incluidos en ese seguro, que en

promedio equivale al 1,6 por ciento de la remuneración bruta del trabajador. Las prestaciones económicas cubren las incapacidades temporales y se extienden licencias médicas desde el primer día en que ocurre el accidente, luego de verificar si se trata de una enfermedad o de un accidente. La lámina muestra también las prestaciones por invalidez y los tipos de indemnización, en los casos en que el trabajador queda afectado entre un 15 y un 40 por ciento de sus capacidades, entre un 40 y un 70 por ciento de sus capacidades y entre un 70 por ciento o más, situación en que se da origen a una pensión; y están las prestaciones por supervivencia para las viudas y eventualmente los viudos. Digo "eventualmente" porque es una de las modificaciones que se está pensando incluir en la ley de accidentes del trabajo. Incluso hemos hecho consultas en la superintendencia sobre la posibilidad de cubrir también a los contrayentes de acuerdos de vida en pareja.

Respecto de las cifras que dan cuenta de la dimensión de la cobertura, en materia de subsidios temporales, se destinan aproximadamente 79.000 millones de pesos en 2014 y alrededor de 90.000 millones en 2015. 4,7 millones de días subsidiados y del orden de 280.000 subsidios que se iniciaron por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La cifra de 90.000 millones indica algo, fue la cifra que apareció como subsidios que no estaría cubriendo el sistema de mutualidades. Subrayó que se preguntan de dónde salió esa cifra, si nosotros ya estamos pagando 90.000 millones de pesos. ¿Significa que a lo mejor en el país debería haber 9 millones de días subsidiados? Por eso es importante clarificar el origen de esa información. Cuando hablamos de pensiones nos referimos a cerca de 30.000 pensiones que pagamos en total, lo que representa entre el 15 y el 20 por ciento de nuestros ingresos, 124.000 millones de pesos en prestaciones económicas.

Acotó que realizan 4 millones de atenciones al año. Eso significa aproximadamente 11.000 atenciones diarias. En los estudios de percepción que poseen, el 80 por ciento de los encuestados recomienda el sistema de mutualidades y la atención médica asociada. Reconoció, que pueden cometer errores, puede haber gente que no quede satisfecha con la prestación o con la calificación, pero es el volumen de prestaciones que manejan.

Alrededor del 50 por ciento de los gastos se destina a infraestructura de salud. Cuentan con 5 hospitales de alta complejidad, 21 clínicas y 227 centros de atención. Una de las características que tiene el sistema de mutualidades, por ser corporaciones sin fines de lucro, es que están obligadas

a reinvertir sus excedentes en innovación para la prevención de riesgos e infraestructura médica. Para que quede claro, hace saber, no tienen utilidades; aquí no se reparten acciones ni dividendos a fin de año. Es una situación que todos conocen en el país, por un alza más o menos sostenida de los costos médicos, pero este es el nivel de infraestructura médica que tiene el sistema de mutualidades.

Por ello, aclaró, si alguien dice "las mutualidades tienen ingresos, pero no está claro en qué los invierten", aquí tiene la respuesta; está en la ley, fiscalizado, regulado y establecido. El 85 por ciento de nuestros ingresos se va a los trabajadores, entre prestaciones económicas -ya vimos de qué se trataba, incluso para pagar pensiones-, gastos médicos y programas de prevención de riesgos, en los que estamos subiendo el porcentaje de inversión desde el 14 al 15 por ciento.

Un 9 por ciento se destina a gastos de administración. El sistema de mutualidades tiene contratadas a cerca de 10.000 personas, entre ellas a 1.000 médicos. Los excedentes son reinvertidos en atención médica, en rehabilitación de trabajadores y en prevención de riesgos.

Respecto a que existen problemas con los usuarios, señaló que lo reconoce y que no hay que minimizar ningún testimonio y deben trabajar para que haya satisfacción total.

El Ciedess, que es uno organismo de estudios de la Cámara Chilena de la Construcción, midió el año pasado a los organismos que participan en la seguridad social. Lo primero que se detectó fue que el concepto de seguridad social en Chile no está muy arraigado; más aún, había gente que asociaba seguridad social con Carabineros, es decir, pensaba que seguridad social es seguridad pública. Tenemos un tema como país.

Dicho estudio sobre seguridad social fue hecho por medio de una encuesta que abarcó a cerca de 2.000 personas usuarias del sistema, quienes evaluaron a las mutualidades y los seguros de salud cinco categorías: confianza, expectativa, experiencia, conocimiento y empoderamiento.

Como parte de los resultados, las mutualidades aparecieron con el mayor grado de confianza y con la mejor nota. Evidentemente que debemos trabajar para tener un siete, pero aparecimos como los mejor posicionados.

Actualmente, en 2014, son 4 trabajadores de cada 100, pero no solo eso, incluyendo 140.000 unidades empleadoras, donde el 95 por ciento son empresas con menos de 100 trabajadores. Eso es, a su juicio, un éxito.

Argumentó que hay países que encuentran novedosos distintos sistemas, pero no se pueden comparar los sistemas de países

diferentes. Por ejemplo, en Argentina -que uno podría decir que es un régimen menos liberal que el nuestro- están las ART, empresas privadas que intervienen en la administración del seguro contra accidentes del trabajo, lo mismo en Colombia, pero en Uruguay es un ente estatal. Cada país tiene un sistema distinto, en el nuestro es un gran éxito tener esta tasa de accidentabilidad.

Hizo presente, que hay gente que dice no, pero es que la subnotificación. ¿Qué es eso? La subnotificación es cuando un trabajador llega a un centro asistencial y no lo atienden porque detrás hay un empleador que solicita que, por favor, informen que se trata de un accidente común, para que no le suban la tasa. Al respecto señaló que *"la verdad es que no tenemos ningún estudio concluyente sobre eso, ni siquiera sabemos si existe, sin embargo, sí tenemos certeza que nosotros informamos la tasa de accidentabilidad. Los 800.000 trabajadores del organismo administrador público, lamentablemente, no la informan. Verificar eso es tan fácil como entrar en la página de la Superintendencia de Seguridad Social y ver todos los accidentes informados, que solamente corresponden a las 3 mutualidades, lo único que informa el organismo público de administración del seguro son las muertes, las fatalidades."*

Agregó que los sistemas públicos de salud, los hospitales, no tienen la función de clasificar si es o no un accidente laboral. Mientras eso exista es muy difícil saber dónde está radicada la subnotificación.

Ahora bien, señaló, que tiene entendido -por las actas que miró- que eso lo reconoció la directora del Fonasa, pero, lamentablemente, no es algo de lo que tengamos responsabilidad las mutualidades. Pueden trabajar en conjunto por tener una política pública para evitar que eso ocurra, pero no es responsabilidad de las mutualidades que los hospitales no registren los accidentes laborales, a pesar de que creemos que se debería hacer.

Respecto a que alguien puede señalar que el sistema de mutualidades es para empresas grandes, señaló que eso no es así. Llamó a observar la evolución de la tasa de accidentabilidad entre 2009 y 2014, en empresas de uno a 10 trabajadores, cómo baja del 6,7 al 5,3 por ciento; de 11 a 25 trabajadores baja más todavía y de 26 a 100 trabajadores se mantiene, pero sigue bajando en empresas grandes.

Cuando se habla de tener entre 1.500.000 y 2.000.000 de trabajadores capacitados, eso tiene efecto en la pequeña y mediana empresa. Chile, subrayó, es un país con condiciones óptimas para seguir haciendo prevención de riesgo en empresas pequeñas, porque esa brecha existe, pero es cada vez menor y

lo que debemos hacer son correctos planes preventivos, bien adecuados, bien informados y bien ejecutados para seguir bajando esa brecha.

A fines de 2015, en conjunto con la Superintendencia de Seguridad Social, preguntamos a 650 empresas y a 950 trabajadores sobre la calidad de servicio del sistema de mutualidades. El resultado fue que, seguramente sí y definitivamente sí, en la encuesta, los trabajadores se atenderían en el sistema de mutualidades. Ese es el primer estudio de percepción hecho en conjunto con el sistema de mutualidades. Cabe destacar que cada una tiene distintas percepciones sobre la calidad de servicio. Insistió respecto de que se trata del primer estudio de percepción que hacen las tres mutualidades en conjunto con un organismo de regulación y fiscalización para una mayor validez a la encuesta, elaboramos la muestra en conjunto, las preguntas y eso fue el resultado que nos dio.

Esa es una métrica muy importante porque cuando tienen conflictos con otras entidades de la seguridad social por el precio, esta ha sido la realidad del precio. ¿Con qué se ha compensado? Se comenzó con una tasa de cotización en los 70 de 3,5 por ciento y actualmente de alrededor de 1,6 por ciento en promedio del sueldo del trabajador, que se ha compensado con el ingreso de más empresas y de más trabajadores, y no solo empresas que tienen entre 1 y 10 trabajadores, sino también trabajadores independientes, tenemos alrededor de 30.000, pero quisiéran tener muchos más. También tienen trabajadoras de casa particular porque ellas también pueden estar adheridas a una mutualidad.

Lo que han hecho -señaló- lo llaman la paradoja del éxito, porque como hay menos accidentes y tienen más empresas la tasa de cotización es menor -opera igual que un seguro-, pero tienen cada vez más empresas. Entonces, han avanzado en lo que denominan la "ruta de inclusión" con la dificultad de que deben llegar y hacer prevención de riesgo a unidades empleadoras cada vez más atomizadas.

Subrayó que están en todo el país, cobertura nacional en todos los rubros económicos.

En materia de enfermedad profesional señaló que este seguro cubre dos temas, los accidentes del trabajo, que son aquellos de trayecto y de trabajo. De trayecto, son los accidentes que ocurren cuando se va de la casa al trabajo y cuando regreso del trabajo a la casa, en que el 80 por ciento se producen en la mañana y, por último, los que se producen cuando uno se encuentra en el trabajo. Eso cubre accidentes del trabajo.

También están las enfermedades profesionales. Se clasifica en 80 por ciento los accidentes y el 20 por ciento en enfermedades profesionales.

¿Qué pasa con las enfermedades profesionales? La ley dice que la Enfermedad Profesional es aquella que es causada, de manera directa, por el ejercicio del trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

Para ser considerada como Enfermedad Profesional, debe existir una relación causal directa entre el quehacer laboral y la patología que provoca.

Luego, cuando una persona va a una mutualidad y señala que tiene una Enfermedad Profesional, no es que la tenga, tiene una enfermedad que nosotros, legalmente, estamos obligados a calificar si es o no profesional. Si se hiciera así no más, por ejemplo, una persona se siente mal, tiene estrés, pero que se califique como laboral. O, tiene hongos en los pies o lo que sea su afección, pulmonar o, sobre todo, las enfermedades osteomusculares, pero califiquémosla como enfermedad laboral. No podemos porque la ley dice que se debe establecer una relación causal. Aún así, en 2014, hubo 4.400 enfermedades profesionales y, en 2015, 5.300 enfermedades. Sin embargo, aún es un tema emergente, porque -explicó- las enfermedades osteomusculares, sobre todo de la cintura hacia arriba que afecta muñecas, codos, hombros, etcétera, y las de índole mental, ya ocupan el 80 por ciento de las enfermedades profesionales.

Ejemplificó señalando que por la vida diaria y por el trabajo de oficina, hoy existe una incidencia importante de estas enfermedades profesionales, y no solamente por la calificación de la enfermedad, sino por los días perdidos.

Insistió en un punto, el de establecer este vínculo causal entre la gente que hay en el trabajo y la enfermedad profesional.

Entonces, recalcó, si el día de mañana hay una modificación de esto, tendremos que analizarlo porque cambia radicalmente el sistema.

Respecto de la institucionalidad, agregó, esta existe y existen procesos de calificación. Si llega un paciente y dice que viene por la ley N° 16.744, es decir, por accidente laboral o por enfermedad profesional, hay una primera calificación que determina, si es laboral se le atiende, o si es común. Si es común, tal persona debe ir a su prestador común, sea isapre o Fonasa, y ahí se le determina que su patología es común o laboral. En ese momento se le puede decir que lleve los antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social, la cual dictará si es laboral o común.

Además, resaltó, este proceso, que en la ley está en el artículo 77 bis, opera de una forma relativamente similar cuando la persona llega a Fonasa o a la isapre.

Destacó que lo que observan es que más bien califican en las isapres, y no en los centros de salud públicos es que no los califican. En la isapre sí los califican, por lo que ahí determinan si su patología es atendida por una mutualidad, porque es laboral, o es atendida en el respectivo prestador vinculado a la isapre.

Subrayó que el 86 por ciento de los trabajadores están en el sistema de mutualidades, y si están en porque lo prefieren.

Agregó que cuentan con 141 mil empresas adheridas, cuyo 95 por ciento corresponden a empresas con menos de 100 trabajadores; pagan cerca de 125 mil millones de pesos en prestaciones económicas; tienen la integración de las tres prestaciones; la infraestructura médica a lo largo de todo el país, que no solo es para los trabajadores de la ley de accidentes del trabajo, sino que eventualmente podría servir para cualquier emergencia nacional.

Insistió en que los trabajadores, en las mediciones que han hecho, en un 80 por ciento, los recomendarían. La gente de Adimark dice que el índice de recomendación es un alto índice de satisfacción, y que no es muy común en el mundo de la medicina.

Por lo tanto, acotó, están contentos con la labor realizada. Que esto no significa que no existan problemas, porque todos los sistemas son perfectibles y, por otro lado, tampoco significa -esta es una ley antigua, pero no por serlo es mala- que no haya perfeccionamientos que tengan que hacer; probablemente, en el mundo de la prevención de riesgo, o en materia de calificación.

Sería interesante -a su juicio- escuchar a las otras mutualidades respecto del aporte que están haciendo, porque ellos son los organismos administradores de la ley que día a día están con los pacientes. En ese sentido, nos gustaría estar y participar en cualquier diseño de política pública que el día de mañana signifique más y mejores beneficios para los trabajadores."

Respondiendo a una serie de consultas señaló (en conjunto con quienes le acompañaron) -se reproducen inextensas-:

"Hemos estudiado mucho el sistema. Podríamos haber traído también testimonios de la calle o del trabajo en terreno que hacemos. No somos personas que estemos en la cúpula de cristal, solo viendo los casos buenos.

Sí tenemos certeza, cuando visitamos los hospitales, cuando vemos a los rehabilitados, cuando se ven los casos, que hay

casos buenos. Este no es un sistema en el que la gente esté marchando en la calle para que no haya más mutualidades. Entendemos que hay casos.

Si usted, diputada, me dice que todo es malo, es muy complicado. Porque cuando usted se refiere a la tremenda cifra negra o la caja negra, obviamente, que estamos dispuestos a averiguar, pero no somos entes fiscalizadores de esa caja negra. Ahora, podríamos decir que en tal lugar presumimos que está ocurriendo esto, y cuando hemos tenido esa presunción hemos presentado los casos a la Superintendencia. Nosotros no somos la Dirección del Trabajo, pero reconocemos que podemos hacer más.

Tenemos varias ideas de modificación al proyecto de accidentes del trabajo, que está en primer trámite constitucional. No nos gusta el proyecto que está; lo encontramos poco innovador.

Alguien preguntó sobre los gobiernos corporativos, nosotros hemos hecho cambios, de manera de tener gobiernos corporativos más modernos, con más comités, para que las cosas ocurran como tienen que ocurrir. Estamos absolutamente abiertos, pero no tenemos información agregada de dónde está esa caja negra.

Señora Presidenta, nos vamos a llevar esta inquietud y, si hay casos, queremos solucionarlos. Entendemos que no solo está el problema de las mutualidades; las instancias de reclamación también se demoran su tiempo.

El señor **CUADRA**, agregó, en relación con el caso del trabajador Pedro Martínez Cabeza, que es necesario que se pueda recibir a las mutualidades por separado. Con el caso que la comisión ha puesto sobre la mesa, que es de la ACHS, la inmensa mayoría de los casos complejos llegan vía carta a la gerencia general o a la presidencia. Por lo general, los toma su área, que es el área legal, y no los suelta hasta que ve cómo termina el caso. Recordó el caso de Pedro Martínez Cabezas, dentro de un universo de millones de casos que atienden. Pedro Martínez Cabezas, haciendo una fuerza, cargó mal un refrigerador, quizá porque no tenía los elementos de protección personal adecuados, que es un tema preventivo. Al final se determinó, después de varias evaluaciones médicas, que su patología era de origen común, más allá de la conmovedora situación personal de ese trabajador, nosotros - tal como dijo el señor Evans- estamos obligados a aplicar la ley. La ley dice que enfermedad profesional es la causada directamente por el quehacer laboral del trabajador. Entonces, si esa persona sufrió en ese movimiento un episodio agudo, se trata ese episodio agudo. Pero una vez que termina

eso, no pueden hacerse cargo de la enfermedad degenerativa que él tiene.

Hay casos, en los que se cometen errores, pero otorgan cobertura, las cifras las acaban de ver, y es muy difícil que no se cometan errores.

El señor **MANDIOLA** señaló que efectivamente el sistema tiene problemas, pero no son solo de las mutualidades, sino del sistema de seguridad social en su conjunto. Esta situación que se menciona, respecto de si se calificó bien o mal, es un problema del sistema.

Agregó que hizo una tesis acerca de la materia. Trabajo hace muchos años, más de 40, en el tema de las mutualidades, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. No trabaja en la academia, sino que lo hace como abogado abocado a este asunto y, como tal, le toca recibir absolutamente todos los reclamos que hace la gente en contra de las mutuales, canalizados a través de la Superintendencia de Seguridad Social. No solamente revisa los papeles, sino que también ve a las personas afectadas.

¿Cómo responde la mutualidad cuando llega a la convicción, avalada por un dictamen de la Superintendencia, que la afección no es laboral? Tal como se ha señalado, la persona sufre un pimponeo, porque, subrayó, los sistemas de seguridad social en Chile, tales como AFP, isapres, Fonasa y mutualidades, carecen de puentes que puedan lograr una interrelación entre ellos. Cuando le dicen a una persona que su afección no es laboral, se supone, en la teoría, que de acuerdo con la ley, debería ser atendida de inmediato por la Isapre o viceversa; sin embargo, debe esperar mucho tiempo para obtener la resolución final por parte de la superintendencia, ya que el sistema o el procedimiento, no es bueno.

Es necesario -a su juicio- hacer cambios legislativos en tanto cuanto permitan que los distintos sistemas de seguridad social en materia de salud, conversen entre sí, que las prestaciones sean más o menos uniformes, que no haya este incentivo perverso en que las mutualidades otorgan sus prestaciones en forma absolutamente gratuita, con medicamentos, con prótesis, con aparatos ortopédicos, rehabilitación física, reeducación profesional, mientras que en el sistema de isapres, no. En esta caso hay copagos, deben pagar los medicamentos, etcétera. Entonces, sin duda, nos enfrentamos al problema de la calificación.

Los casos son dramáticos. Generalmente, las personas que caen en una situación de afección siquiátrica se encuentran en gravísimos problemas y el sistema de salud común no lo

cubre, es muy caro. Nosotros lo otorgamos hasta cuando la ley nos permita hacerlo.

Se habla de la subnotificación, de las cajas o platas negras; se habla de que las personas no tienen la cobertura cuando la requieren.

Cualquier persona afectada por un accidente del trabajo o por una enfermedad profesional se puede presentar en una mutualidad, y no requiere de la denuncia del empleador; basta con que él denuncie. Si él no está en condiciones de denunciar, puede hacerlo cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos. Eso lo vemos todos los días. Nunca se le niega la primera atención a una persona. Si la persona no está conforme con nuestra resolución, tiene varias vías de reclamación. Puede ir a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Comere (Comisión Médica de Reclamos), a la Compin. Somos fiscalizados intensa y extensamente por la autoridad, todos los días.

Como reflexión final, cree que este sistema, el de la ley de accidentes del trabajo, incluyendo las mutualidades, es de los mejores del mundo. Señaló que está enamorado de este sistema. Cree que tiene muchas dificultades, muchas cosas que mejorar, pero es un sistema excelente. Todos los principios de la seguridad están incluidos en él. Se financia con una cotización bajísima, de 1,6 por ciento del promedio de las remuneraciones de los trabajadores. Y una de las tasas de accidentabilidad más bajas del mundo.

Invitó a la comisión a que vaya cualquier día, sin aviso previo, a nuestros hospitales, converse con los trabajadores, vaya las salas donde están hospitalizados y observen la atención que reciben. Yo no digo que todo sea bueno, hay muchas cosas que mejorar, pero cuidemos este sistema, porque es de los mejores que tenemos.

Hizo presente que don Ernesto Evans en su exposición se refirió a los principios de la seguridad social que recoge este seguro social. Uno de ellos es la automaticidad de las prestaciones, lo que significa que aunque el empleador no esté pagando las cotizaciones, o esté atrasado un año en estas, el trabajador igual recibe la cobertura.

En los casos de asbestosis, si ha habido algún indicio de que en la empresa haya presencia de algún agente relacionado con el asbesto, se somete al trabajador a programas de vigilancia por mucho tiempo, esté la persona en la empresa o en una mutualidad, cualquiera esta sea, y siempre va a recibir cobertura; por ende, su salud siempre va a estar siendo monitoreada.

La señora **PINO**, señaló que es médico y que se dedica a la salud ocupacional desde 1990. Por lo tanto, aunque no existe formalmente esta especialidad en Chile, es especialista en ello. Subrayó que es un placer trabajar en esto y, al igual que ocurre a muchos médicos que se han dedicado a este tema, no escogieron otra especialidad. Por tanto, el hecho de que la especialidad no esté reconocida en Chile no significa que no haya especialistas, pues se han formado haciendo magísteres, diplomados y con la práctica clínica, a diferencia de lo que ocurre con muchos de los médicos que tienen el cartón de especialistas y que, sin embargo, no han hecho formalmente un posgrado.

Agregó que muchas veces, es muy complejo resolver si una enfermedad profesional es realmente de origen laboral, pues, a diferencia de lo que ocurre con el accidente, exige la relación de causa directa, lo que significa que en el puesto de trabajo tiene que existir el agente de riesgo y una concentración en un período de tiempo suficiente para que se produzca la enfermedad, lo que no ocurre con el accidente. Aunque haya casos dramáticos, es distinto que, por ejemplo, a un panadero que trabaja con la harina de trigo se le manifieste asma y se le realice un análisis o estudio. Se va al puesto de trabajo y se corrobora la presencia de harina de trigo, por lo que se demuestra que esa asma se produce por esta, razón por la que resulta un caso muy fácil de resolver. Casos como esos hay muchos. Sin embargo, también puede ocurrir que una mujer tenga el síndrome del túnel carpiano, que es una lesión de nivel mediano, bilateral, y es un caso dramático, porque va a amanecer todas las mañanas con sus manos adormecidas y adoloridas. Si a ello se suma que tiene una guagua y, por ende, tiene que tomarla en brazos, va a tener dificultades para sostenerla, por lo que podría dejarla caer involuntariamente, o se le va a caer la taza del café o el jarro con jugo, pero si es una profesional administrativa que trabaja en una oficina, no hay un factor de riesgo para que se genere el síndrome de túnel carpiano, a pesar de lo dramático que puede ser el caso clínico o lo que pueda sentir esa trabajadora.

Si bien esos casos pueden llegar a ustedes, como nos llegan a nosotros, estamos obligados a decir que no es laboral, porque en el puesto de trabajo no hay un factor de riesgo que genere un síndrome de túnel carpiano en la trabajadora. No es porque se busque tener menos gastos o acoger a menos enfermos, sino porque la ley no permite gastar plata en patologías de enfermedad común. Cuando por algún error se hace, la Superintendencia reclama y deben dar cuenta de los gastos que hacen.

No es que no quieran o que los médicos cambien su manera de ser cuando trabajan en un lugar o en otro, sino que se deben ajustar a lo que la ley obliga.

Poseen un sistema de apelación interna. Explicó. Tienen centros de atención de Arica a Punta Arenas y en localidades apartadas. Cuando un médico califica erróneamente -porque se puede equivocar- y el trabajador apela, antes de que llegue a la Suseso, tienen un sistema de apelación interna. Ese trabajador presenta el caso internamente y lo revisa la contraloría médica o la fiscalía y, si el caso se debe revertir, se hace. Entonces, lo que era común se califica como laboral.

Les interesa hacer las cosas bien. Acotó que ojalá no hubiésemos tenido que venir a esta Comisión a dar cuenta de nuestra gestión, porque nuestro interés es hacer las cosas bien y acoger lo que corresponde, es decir, tratar al paciente desde el inicio de sus síntomas hasta su rehabilitación, para que vuelva a su puesto de trabajo.

Cuando a un trabajador se le reconoce una enfermedad y sospecha que puede ser laboral, pero ya no trabaja en la empresa, acude a una de las mutuales y si se demuestra que trabajó en una empresa con ese agente de riesgo, por ejemplo, asbesto, se atiende al trabajador, aunque ya no esté trabajando. ¿Por qué? Porque, cuando fue trabajador activo estuvo expuesto al agente de riesgo.

Eso no pasa con todas las patologías, obviamente, porque algunas presentan cuadros agudos y luego desaparecen. Eso ocurre mucho con enfermedades como la neumoconiosis, la silicosis, la asbestosis y otras. Entonces, se miran los registros, y si son capaces de demostrar que efectivamente existía un factor de riesgo, se acoge. Por tanto, esos trabajadores que están con duda sobre el origen de su enfermedad -asbesto- tienen que hacer llegar ese dato, porque lo desconocemos.

El trabajador tiene cinco años de plazo para reclamar ante su organismo administrador por una prestación otorgada por el sistema de salud común y que es laboral.

El señor **CUADRA** señaló que no pueden negar la primera atención, sea enfermedad o accidente.

Por otra parte, agregó que el diputado Barros tiene razón respecto de que puede existir desinformación. Al respecto subrayó que el año pasado la Superintendencia emitió una circular previendo esa situación. En esa circular se estipula se debe entregar al público la información del seguro en todos nuestros centros de atención y en centros asistenciales, con detalles tan valiosos como quién puede

hacer la denuncia. Por ejemplo, si no la hace trabajador, debe hacerla el empleador. Hay que recordar que el primer obligado a resguardar la vida y salud de los trabajadores es el empleador. Nosotros somos un organismo administrador del seguro, somos asesores, pero el primer obligado es el empleador.

Si existe el problema, una salida práctica, a recomendar, es que la denuncia la haga alguien con fuero, sea del Comité Paritario o del Sindicato. La persona, una vez acogida y que, además, tenga montado un muy buen caso en los tribunales laborales, es un problema si el día de mañana es despedida. No creo que muchos empleadores se arriesguen a eso.

Al respecto el señor **EVANS** manifestó que el año pasado hicieron una campaña comunicacional y de difusión de la ley. Y que ese estudio de satisfacción demostró que las pequeñas empresas reciben bien cualquier información sobre la ley de accidentes del trabajo y la reforzaremos este año. Lo pueden consultar al superintendente, de manera de hacer una campaña comunicacional de derechos.

Por otra parte, sobre el tema de la especialidad médica, los nuevos protocolos médicos que rigen desde marzo, requieren una cantidad de médicos del trabajo y no con la especialidad universitaria, con un cumplimiento de horas de especialización, de diplomados, etcétera. De hecho, señaló, cree que son 290 horas de especialización, que es una exigencia bastante fuerte a las mutualidades. Los mismos protocolos establecen un camino; por ejemplo, para la calificación existe un comité, donde a lo menos tres personas deben tener esa especialidad. Por tanto, estamos trabajando ese tema, pues ha sido materia de regulación.

El señor **HAYDEN** manifestó ser traumatólogo de la mutual; que lleva más de 33 años en la organización. Además, ha trabajado en regiones, por lo que sabe que hay áreas negras, pero menos que antes. Lo sabe porque lo ha vivido.

Señaló que cuando existe ese tipo de situaciones no es llegar y decir: "Sabe señor, si no le gusta, vaya y reclame". La idea es buscar una solución. Así todo, hay casos que se escapan y hay que encontrar una solución para que no estén años y años peregrinando buscándola.

Respecto de los médicos, conoce a más de cien que trabajan en la atención de accidentes del trabajo. En verdad -a su juicio- no tienen un doble estándar, es decir, trabajar de una forma en una parte, pero hacen otra.

Agregó que ellos están muy contentos. De hecho, hizo una encuesta a todos los médicos y la principal razón de por qué

están en una mutual es el sentido de su trabajo. Además, aparte de un fin social, lo hacen por la posibilidad de entregar buena medicina, lo cual no se puede en todas partes. Por ejemplo, cuando hay lesiones complejas de pelvis o fracturas complejas de columnas o quemaduras graves, no en cualquier parte cuentan con tecnología. Incluso, ni en clínicas top tienen el nivel de resolución de las nuestras.

Hizo presente que se sintió un poco cuando dijo que los médicos están vendidos al sistema. No es así, no hay incentivos. Los médicos tienen toda la libertad del mundo para rechazar o aceptar casos. No están incentivados para rechazarlos, ya que eso no es parte de sus metas de gestión y logros.

Respecto de las pymes, si bien no es experto en la materia como para entregar detalles, sabe que la forma de llegar a las aproximadamente cien mil pequeñas y medianas empresas es a través de plataformas virtuales y telefónicas, principalmente a través de internet, puesto que hay aplicaciones web muy valoradas en materia de prevención, aparte de los cursos de capacitación que se imparten al respecto. En todo caso, si la comisión lo estima necesario, se comprometen a invitar a expertos en prevención, con el objeto de que den a conocer a cuántas pymes se ha alcanzado.

En consecuencia, no es efectivo que las pymes no sepan nada de prevención, puesto que hemos llevado a cabo grandes esfuerzos para trabajar con ellas.

Concurrió, además, en otra sesión y señaló:

Que en detalle, han seguido lo ocurrido en todas las sesiones, pues en ellas han estado presentes nuestros representantes. Además, la tecnología les ha permitido presenciar las sesiones en línea e, incluso, han rescatado la grabación por Yuotube, a fin de analizar los detalles de cada sesión. Hemos escuchado, quieren aportar y valoran la participación de todos los actores que han concurrido a la comisión: las personas que han expuesto casos, los médicos, las organizaciones de trabajadores y todos quienes han hecho su aporte.

Hoy, los organismos administradores están dirigiendo un sistema que, en términos globales, da cobertura a 5,5 millones de trabajadores, de los cuales 4,7 millones están en las tres mutualidades que represento.

A efecto de las preguntas y de entablar luego una conversación, realizó una breve presentación que se dividirá en dos partes.

En la primera parte, guzo establecer algunas puntualizaciones, puntos de vista sobre algunos juicios vertidos en la comisión que les parecen interesantes, sobre

todo, en orden a las conclusiones a las que arribará la presente instancia.

En la segunda parte, expondrá algunas propuestas que han trabajado -están escritas en la presentación que quedará a disposición de la comisión-, a fin de abrir un diálogo sobre cómo mejorar y modernizar el sistema.

En el marco del planteamiento de algunas presiones, expresó que entienden la percepción que tienen algunas personas que han sido atendidas una, dos o más veces en un organismo administrador y, de pronto, dicho organismo les señala que su lesión no es de carácter laboral y, por lo tanto, no puede seguir otorgándole cobertura. Entienden que genera cierta frustración y malestar.

Al respecto, pueden decir que lo que hacen es aplicar la legislación vigente para la calificación del accidente o de la enfermedad profesional y, cuando se presentan reclamaciones, revertimos esa calificación. Pero si el órgano regulador, en este caso fiscalizador, es decir, la Superintendencia de Seguridad Social, nos dice que la afección no es laboral, no podemos hacer más.

Entienden el malestar y asumen que hay una situación que tienen que atender como sistema; sin embargo, los artículos 27, 29, 30, entre otros, de la ley, establecen las prestaciones que otorgan como seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y la necesidad de realizar el proceso de calificación, el cual, finalmente, se transforma en un protocolo.

Cuando se habla de protocolo, se refieren a un proceso estandarizado que se realiza entre las distintas mutualidades para, ojalá, llegar a la misma conclusión. En dicho proceso intervienen especialistas del mundo de la medicina laboral, porque si bien hoy no existe la medicina laboral como especialidad, hay personas que en las mutualidades, en los hospitales se han ido especializando en el área y, por lo tanto, aplican su criterio para establecer cuándo se trata de una afección común y cuándo de una afección laboral.

Insistió, entienden la existencia de un malestar, pero como organismos administradores del seguro lo que hacen es aplicar la ley de la mejor forma posible y con los mejores criterios científicos y técnicos, porque no pueden hacer otra cosa.

En segundo lugar, se ha dicho que las mutualidades tienen cierta laxitud respecto de los recursos que gestionan. Lo primero que hay que aclarar es que cualquiera sociedad vinculada a una sociedad puede ser fiscalizada por la Superintendencia de Seguridad Social, así sea que una mutualidad tenga el 1 por ciento de esa sociedad. Cuando se generan esas sociedades, básicamente es por hacer mayor

eficiencia industrial. Por ejemplo, un conjunto de químicos farmacéuticos propone a una mutualidad crear un laboratorio, porque tienen la especialidad. Luego, se generan ese laboratorio y la respectiva sociedad que da servicio a la mutualidad y a otros prestadores de salud. Todos los excedentes o utilidades de esa sociedad van finalmente "aguas arriba" a los excedentes de la mutualidad, es decir, caen en la línea de sus ingresos. No hay nada oscuro en esto. La Superintendencia puede fiscalizar -de hecho lo hace- a todas las sociedades vinculadas con una mutualidad. El 85 por ciento de nuestros ingresos -la mayoría o casi todos los ingresos provienen de aproximadamente el 1,7 por ciento de la cotización obligatoria de los trabajadores- va destinado a las prestaciones que benefician a los trabajadores. Gastos médicos, que corresponde aproximadamente al 50 por ciento del gasto; de prestaciones económicas, que son todos los subsidios que pagamos, además de las pensiones, y de la prevención de riesgos, porque integran todas estas prestaciones. Además, tienen la necesidad de reinvertir aproximadamente el 6 por ciento de esos excedentes. Tampoco hay una mayor flexibilidad en esa reinversión, pues la reinversión de esos excedentes también está bastante regulada. Asimismo, durante estos años las mutualidades se han dado estatutos, mecanismos de transparencia, con los cuales se trabaja y establece las normas contra cualquier problema o relación de intereses, es decir, cualquier interés que tenga un director, una publicación de las memorias, etcétera, antes de la circular de la transparencia.

Respecto de dicha circular, las observaciones que hicieron las mutualidades no fue respecto de la transparencia, con la cual están muy a favor, sino sobre algunos criterios. Al respecto, respondieron como sistema de mutualidades a la Superintendencia de Seguridad Social para efectos de perfeccionarlos, y así fue. No se trata de oponerse a la transparencia. Además, los directorios son paritarios y con igual número de representantes de los trabajadores y del mundo empresarial o empleadores. Los directorios de los trabajadores son elegidos por los comités paritarios. De hecho, se puede pensar -y así está consagrado en el decreto supremo N° 285, que figura en el proyecto de ley que hoy está radicado en el Senado- en una fórmula de modernización de aquellos y en una mayor participación de los trabajadores, pero es lo que hoy existe. Creemos que funciona bastante bien, porque una organización fundamental para prevenir riesgos son precisamente los comités paritarios. Se puede pensar en fortalecer dichos comités, en lo cual están de acuerdo, pero no en eliminarlos. Por eso piensan que tienen

valor nuestros directorios representantes del mundo laboral, que son elegidos por los comités paritarios.

Por último, precisó que en las mutualidades no existen cuotas de calificación de patologías ni incentivos asociados a dicha calificación. Actualmente, en el sistema de mutualidades trabajan alrededor de mil médicos. Cree que algo que desprestigia y no contribuye es lanzar el juicio de que los médicos estarían obligados a cumplir cuotas de calificación de enfermedades laborales, porque no es así. Es algo que también va en contra de los aproximadamente mil trabajadores que están en el sistema de mutualidades y sus familias. En su opinión, si hay casos, aquellos deben ser denunciados. Además, si un médico señala que sintió presión en su vida laboral por calificar o no calificar laboralmente, debió haberlo denunciado. Pero no es una situación generalizada, en donde la administración de las mutualidades insta a no calificar como laboral. Eso no es verdad y lamentablemente son juicios que, finalmente, terminan dañando a profesionales que han cumplido bien su tarea, porque ustedes deben reconocer el prestigio y la gran labor que hacen los médicos de las mutualidades en todos los grandes casos de personas quemadas. Tienen casos de quemados por todos conocidos y que fueron atendidos en una mutualidad, como asimismo en los de politraumatizados y en todos los que hoy califican y atienden en el seguro laboral.

Por último, en cuanto al tema de la percepción y la valorización del sistema de mutualidades, hay cinco casos en los distritos que ustedes representan. Personalmente, fui a conversar con algunos colegas de ustedes, pero no los mencionaré, porque no les pedí autorización para contar sus casos en la Comisión. Me refiero a uno de sus colegas de Los Ángeles, el cual me invitó a hacer la prueba. Con su celular abierto, llamó a su oficina distrital para preguntar sobre cuántos reclamos había del sistema de hospitales públicos. La secretaria dijo que muchísimos. Además, consultó sobre cuántos eran de las mutualidades, a lo que ella respondió que ninguno. Reconozco que hay casos y es muy probable que haya imperfecciones que corregir, pero los estudios que tenemos, en particularmente el que se hizo público a través de El Mercurio hace aproximadamente tres semanas, les dan buena calificación. Dicho estudio corresponde a trabajadores atendidos de urgencia. Hicimos llegar esa encuesta, la cual fue realizada por GFK Adimark y la Superintendencia de Seguridad Social. Con ellos planificamos las preguntas, realizamos la encuesta y difundimos los resultados. Evidentemente, tienen cosas que superar, pero el 67 por ciento de los trabajadores calificó con nota entre 6 y 7 la

atención que recibieron. Deben mejorar sobre todo los tiempos de respuesta respecto de los mil trabajadores encuestados a nivel nacional, de los cuales obtuvimos una buena percepción. Lo mismo ocurrió con el estudio de Ciedess respecto de otras instituciones de la seguridad social, que también entregan una buena percepción. Con esto no quiere, señaló, minimizar los casos por ningún motivo, pues cada caso y deficiencia es un tema que hay que atender. Para ponerlo en contexto, hoy realizan alrededor de 4 millones de atenciones al año y calificamos a alrededor de 250 mil personas a lo largo del país. Es cierto que podemos cometer errores, pero no están frente a un sistema que tenga una mala valoración generalizada.

Además, dicho estudio midió la satisfacción neta, que corresponde al número de personas que está a favor y el número de personas que le puso mala nota al sistema de isapres, hospitales públicos y mutualidades. Ustedes pueden ver los resultados. Esto lo dio a entender el señor Max Purcell, quien es gerente general de GFK Adimark y, además, nos entregó este *benchmark*, que no era parte del estudio. Es decir, tenemos mejor satisfacción neta que las atenciones que incluso realizan los prestadores de isapres.

En cuanto a las propuestas sobre el tema de las enfermedades profesionales, de los cinco casos, no sabe cuántos corresponden a accidentes laborales y cuántos son enfermedades profesionales. Es probable que exista un número importante de ese tipo de enfermedades.

Por su parte, en el decreto supremo N° 109 se establece un listado de enfermedades profesionales, agrupadas en agentes biológicos, químicos y físicos. Piensa que el citado decreto debería tener una actualización bastante más periódica -la noticia que tengo es de 2005- respecto de temas emergentes, como, por ejemplo, la edad de jubilación de las personas que hoy siguen trabajando y que son adultos mayores y las enfermedades de músculo esquelético que padecen los adultos mayores que hoy están trabajando.

A modo de ejemplo, en el tema de la mujer o el enfoque de género, en una enfermedad profesional de índole mental, como la neurosis profesional o algunas enfermedades mentales incapacitantes. Tienen la impresión de que debería haber un enfoque de género, porque con la denominada doble o triple presencia, no es lo mismo el caso de una mujer que está pendiente del hogar y que además trabaja, por el grado de estrés que conlleva; sin embargo, no hay en este decreto un enfoque de género. Tampoco lo existe respecto de los agentes biológicos de los trabajadores que vienen de otras

realidades, de otros países, cuyas fichas clínicas ni siquiera tenemos.

Entonces, en relación con las enfermedades profesionales, debería proponerse una actualización permanente respecto del decreto N° 109, que es el que regula las enfermedades profesionales.

En segundo lugar, la proposición es elaborar los informes técnicos financieros en el caso en que ustedes propongan cambios en el modelo actual, para que no se ponga en riesgo el funcionamiento del sistema. Abajo aparece la cantidad de organismos públicos y privados que intervienen en la curación de una persona. Ahí están las mutuales e isapres del mundo privado, que intervienen en la curación de una persona; y del público, el Instituto de Seguridad Laboral, el cual administra los accidentes laborales y las enfermedades comunes.

Respecto de los casos mencionados, cuando alguien entra a un sistema de mutualidad o a un organismo administrador, sea este una mutualidad privada, o el Instituto de Seguridad Laboral, o Codelco o la Universidad Católica, en cuestión, la administración delegada, tiene una, dos o tres atenciones, que corresponden a los casos que han visto. Posteriormente, después del análisis médico, incluso refrendado por la Superintendencia de Seguridad Social, se llega a la conclusión de que su afección no es laboral, sino común, por lo que, esa persona pasa a otro prestador. Entonces, uno se pregunta si no es lógico que aquel individuo, que comenzó con un prestador termine con otro, aun cuando su afección no sea necesariamente laboral. Eso hoy no sucede. Chile tiene un modelo fragmentado. Es decir, el paciente entra por lo un prestador común.

Típicamente, atienden el segmento de la ley que establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Accidente del Trabajo Fonasa, y ocurre que la persona dice que, en vez de ir a un centro médico o a una mutualidad, su alternativa es pasar al sistema público de salud, que en algunos casos puede considerarse como nivelar hacia abajo. Por lo tanto, la persona demanda que el seguro de accidentes laborales preste la atención, porque ahí fue su afección. Es un tema muy complejo y difícil de resolver, por eso parte de la proposición de los estudios técnicos financieros.

Lo que cotiza el trabajador en cada uno de los sistemas; 7 por ciento en el caso de Fonasa y de las isapres; 1,7 por ciento en promedio, porque depende del grado de riesgo de la empresa, en nuestro caso, de la mutualidad. Por lo tanto, si cargan la mata en el número de trabajadores del sistema de la

ley de Accidentes del Trabajo, se podría generar problemas técnicos financieros en las mutualidades, en el Instituto de Seguridad Laboral y en la administración delegada. Si todas las personas que legítimamente tienen una afección laboral, terminan en el sistema común, se genera un perjuicio al sistema de salud común.

Eso hay que verlo bien, y hay que ver cómo funciona y cómo lo han simplificado en otros países. Están conscientes de que hacen bien la calificación, aun cuando pueden cometer errores; sin embargo, la calificación de enfermedades y de accidentes la hacen conforme a la ley y a los criterios técnicos. No obstante, están dando cuenta de que existe un fraccionamiento en el sistema de seguridad social que cubre salud común y laboral, el que tenemos que abordar técnica y financieramente para efectos de ver qué soluciones hay.

Otro tema que se ha abordado tangencialmente es la prevención de riesgo. Lo que ustedes ven ahí es la tasa de accidentabilidad del sistema de mutualidades, desconozco la tasa del Instituto de Seguridad Laboral, que es el organismo público, y tampoco tiene certeza de si tienen tasa de accidentabilidad, la cual, el último año fue de 3,7 por ciento cada cien trabajadores.

Lo que está al otro lado es la evolución de las empresas de 1 a 10 trabajadores, de 11 a 25, de 26 a 100, etcétera. Respecto de la evolución de 2009 a 2014, no es cierto que las Pymes estén entregadas a la voluntad del Señor, ya que también están haciendo un manejo preventivo importante. Hay que decir que el empleador es responsable de mantener los medio ambientes sanos y seguros para el trabajador. Nosotros somos organismos asesores, aunque se les delegue la responsabilidad de dar cuenta de ambientes poco sanos y seguros para el trabajador. Sin embargo, ha habido un gran esfuerzo en bajar la tasa, pero aun así, hay una diferencia de uno o dos puntos entre las tasas de accidentabilidad de las grandes y las pequeñas. Ocurre que cuando viene la evaluación del decreto N° 67 y se grava a una empresa de veinte trabajadores en que hubo un accidente grave, probablemente, esa empresa pase de una tasa del 1,7 por ciento a una del 3. El empleador lo sabe y, probablemente, le diga al trabajador que no se puede arriesgar a pagar 3,5 por ciento todos los meses por sus trabajadores, porque le causaría un perjuicio económico muy grande. Por lo tanto, los mandará o al sistema público o al privado para que atiendan el accidente.

Sostiene que debería modificarse el decreto N° 67 y ver un sistema más escalonado, de manera que si hay un accidente en una empresa pequeña, este no impacte de esa manera en la

tasa, y no solo en la mala práctica, la cual podría motivar al empleador. No hay certeza ni datos respecto de esa mala práctica, pero sí creemos que es injusto y que deberíamos ver la forma de trabajar el decreto N° 67 al respecto.

El artículo 77 bis de la ley de Accidentes del Trabajo establece que si un trabajador llega a una mutualidad o al sistema público de salud con una afección común, el organismo administrador está obligado a prestarle la primera atención. Después, lo deriva a su prestador correspondiente y vice versa. Es decir, si llega a un hospital por una afección laboral, el hospital está obligado a prestarle la primera atención y a derivarlo al organismo administrador de la ley de Accidentes del Trabajo correspondiente.

Si bien el artículo está bien diseñado, cree que falta más voluntad de parte de los actores, como las mutuales, isapres, Fonasa y hospitales públicos, y que ha fallado en algunos aspectos. Hoy hay pagos que sencillamente no se hacen. Entonces, cree que debería haber alguna revisión que podría ser parte de las conclusiones de esta comisión.

Respecto de la prevención de riesgo, está diseñado en el proyecto de ley, sin urgencia, que se encuentra en la Comisión de Trabajo y es la modificación de la ley N° 16.744, sistemas de prevención de riesgos, obligatorio para todas las empresas, mapas de prevención de riesgos, lo apoyamos totalmente.

Respecto de la obligatoriedad de los organismos administradores se les dice que es necesario certificar la denuncia si hay una empresa que tiene condiciones riesgosas, por ejemplo, la mina San José. Creo que sería interesante describir legalmente una normativa que establezca la obligatoriedad de los organismos administradores de denunciar si tienen certeza de que hay condiciones riesgosas para el trabajador. Actualmente, existe, pero es bueno establecerlo expresamente.

Por otra parte, una mayor coordinación pública respecto de la doble dimensión -fiscaliza la Seremi del Trabajo y la Dirección del Trabajo- porque nos cuesta obtener información respecto de las fiscalizaciones y multas que se han cursado a nivel país a los empleadores que tienen malas condiciones de salud y seguridad en el trabajo.

Fortalecer el rol de los comités paritarios y establecer mecanismos de difusión permanentes de este seguro.

Por último, sería interesante conocer de la Dirección del Trabajo datos y cifras respecto de si existe la mala práctica, por sus notificaciones de accidentes laborales. Es decir, que ustedes tengan a la vista, cuántos son y de qué se tratan. Tienen adheridas 160.000 unidades empleadoras, de las

cuales el 90 por ciento tiene menos de 100 trabajadores, y sería interesante saber si la cantidad de notificaciones son muchas o pocas, si hay regiones que tienen más y otras menos.

Lo segundo sería solicitar al Ministerio de Salud que los hospitales públicos hagan un registro, porque me parece, lo digo así porque la directora de Fonasa, Jeanette Vega expresó acá que actualmente los hospitales públicos no califican. Es decir, llega un trabajador con una afección laboral o una enfermedad profesional y no lo califican y, si no lo hacen, tampoco lo derivan al organismo administrador. Puede ser que algunos hospitales lo hagan así, pero nuestra impresión es que en la mayoría de los casos no se hace.

Además, fortalecer el Compin y la Comere, porque nos damos cuenta de que los tiempos de respuestas que tienen la calificación para efecto de los subsidios y las incapacidades laborales son extremadamente largos y eso causa gran malestar a los trabajadores.

Respondiendo una serie de consultas señaló:

"Señora Presidenta, si le parece, voy a partir de atrás contestando sus preguntas, porque hizo varias, y si se me olvida alguna, me dice.

Primero, en relación con las palabras del superintendente respecto de que esto opera como un seguro privado, la verdad es que no sé lo que quiso decir, es la primera vez que escucho eso. De hecho, recién estuvimos juntos en una intervención del Senadis (Servicio Nacional de la Discapacidad) y habló de un seguro social, pero al señalar que operaba como un seguro privado, me imagino que se refería a que opera como un seguro, a que cuando alguien tiene un accidente se le sube la prima, pero nosotros no hablamos de clientes, hablamos de pacientes y de un seguro social, administramos una cotización obligatoria de parte del empleador, somos organismos administradores y los empleadores son solidarios. Eso quiere decir que si una mutual quiebra, depende de la solidaridad del empleador que sobreviva.

Por lo tanto, tenemos todas las condiciones de un seguro social, es universal, es abierto a todos los trabajadores, el paciente puede ser un gerente como un operario y no discrimina por empresas, incluso, estamos abiertos a los independientes, a las trabajadoras de casa particular, a las empresas chicas y grandes. Es decir, tenemos todas las características de un seguro social, tal como lo definen los cinco principios de la seguridad social. Por ello, me extrañó lo que dijo el superintendente y si estaba pensando en otra cosa, no lo sé, pero no lo comparto para nada. ¿Qué quiere que le diga? No lo compartimos y quedamos bastante extrañados, porque si somos organismos fiscalizados donde hay

un superintendente que cree que operamos con lógica de mercado y de seguros, que nos diga. Además, como el mismo lo expuso, ha sido muy proactivo en circulares, cada año tenemos alrededor de treinta o cincuenta.

Por lo tanto, escenario para la regulación de parte de la Superintendencia, hay mucho.

Segundo, el pago a los sindicatos está totalmente regulado en una circular que habla de los convenios entre las mutualidades y las centrales sindicales para efectos de difusión del seguro. Por tanto, si el superintendente aludía a algo, me imagino que es a la circular de prevención de riesgo y no hay nada de raro en ello, ni en decir que las mutualidades pueden establecer convenios absolutamente abiertos y transparentes con las centrales sindicales -lo mismo de lo que se quejaron acá algunas centrales sindicales del sur, respecto de que necesitan mayor difusión de ese seguro-. La circular da cuenta de que se puede hacer, pero en la mesa, lo que nos parece muy bien, muy correcto y muy transparente”.

4.- **Jacob Sandoval**, director nacional del Instituto de Seguridad Laboral.

Realizó una presentación sobre los siguientes puntos: el contexto en que se desarrolla el Instituto de Seguridad Laboral, la relación del mismo con Fonasa, la relación con otros organismos y hechos estilizados que darían origen a algunos desafíos y propuestas los que, en opinión del Instituto de Seguridad Laboral, son importantes en materia de seguridad y salud en el trabajo en Chile.

Contexto del Instituto de Seguridad Laboral.

Subrayó que es muy relevante precisar que se insertan en el marco de la seguridad social, concepto que entienden como la protección que la sociedad proporciona a sus integrantes, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, y riesgos sociales, lo que, de no ser así, ocasionaría la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos, generando pobreza.

Aclaró que ello es una declaración de la OIT que, básicamente, los pone en un marco de acción respecto de los organismos que intervienen en materia de seguridad social. En ese sentido, destacó el hecho de que cuentan con una ley del año 1968, formulada en el contexto de lo que entonces se entendía como seguridad social, que era de carácter universal, la expresión de un pacto social establecido en un marco legal, donde el conjunto de la sociedad establece medidas para evitar privaciones económicas y sociales frente a situaciones que se dan en el trabajo, como los accidentes.

El sentido último de esos mecanismos que el Estado de Chile se ha dado para enfrentar ese tipo de situaciones tiene que ver con la posibilidad cierta de evitar una reducción de los ingresos de las familias.

En ese contexto, el Instituto de Seguridad Laboral está conformado como una entidad pública encargada de administrar el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, establecido en la ley N° 16.744. Su nacimiento, como hoy se le conoce, se debe a la reforma previsional realizada por la Presidenta Michelle Bachelet en su primer mandato, en el año 2008.

Es relevante -a su juicio- el concepto de entidad pública porque, a diferencia de los otros organismos administradores de la ley N° 16.744, este no es un organismo privado, sino que depende de la estructura del Estado y, por lo tanto, tiene un conjunto de mecanismos que están asociados a la administración central del Estado, que en algunos casos constituyen grandes oportunidades y, en otros, tremendas restricciones.

En virtud de ese mandato legal, el Instituto de Seguridad Laboral otorga seguridad y salud laboral a sus afiliados, a través de acciones de prevención destinadas a mejorar la gestión de los riesgos laborales en los lugares de trabajo. También entrega servicios de recuperación de la salud, que se denominan prestaciones médicas, y mitigación económica de los daños derivados de los accidentes y enfermedades del trabajo, que se denominan prestaciones económicas. En consecuencia, los organismos administradores proveen tres servicios: prevención, prestaciones médicas y prestaciones económicas.

En ese contexto, se refirió al dimensionamiento del Instituto de Seguridad Laboral. Desde el punto de vista de las empresas cotizantes tienen del orden de 73 por ciento de todas las empresas cotizantes del sistema. Desde el punto de vista de trabajo, la situación cambia de manera importante. Ese 73 por ciento equivale a cerca de 347.000 empresas o RUT de empleadores que cotizan con el Instituto de Seguridad Laboral.

Desde el punto de vista de trabajadores, representa cerca de un millón de personas. En realidad eran cerca de 890.000 en el año 2015. Al tener cerca de un millón de trabajadores con 347.000 empleadores, en promedio son empresas de entre cuatro y cinco trabajadores. Microempresas y pequeñas empresas, como ámbito de acción del Instituto de Seguridad Laboral.

La suma de trabajadores bordea los 890.000; exactamente son 873.275. La segmentación es la que está establecida allí. El segmento unipersonal o de servicio doméstico es muy

relevante, es el sector de trabajadoras de casa particular, con 178.000 personas.

Los demás segmentos corresponden a empresas unipersonales, con 61.000 personas; empresas que tienen entre 2 y 25 trabajadores, con 420.000 personas; empresas que tienen 26 o más trabajadores, con 212.000 personas. Corresponden a ese rango de empleadores en términos de relación, RUT, empresas y número de trabajadores.

También es relevante el dimensionamiento del Instituto de Seguridad Laboral hacia el año 2014. Tienen 2.907 denuncias realizadas sobre accidentes de trayecto, de las cuales 2.713 han sido calificadas como tales por el Instituto de Seguridad Laboral, es decir, un 93 por ciento.

En materia de accidentes laborales, tienen aproximadamente 10.600 y han calificado como tales del orden del 90 por ciento. En materia de enfermedades profesionales tienen 1.487 denuncias y han calificado como tales 349, con un orden del 23 por ciento.

Respecto de las enfermedades profesionales, señaló que es un tema de debate, pero que es un punto que se está abordando, básicamente, porque vienen preestablecidas, y mientras no se modifique esa estructura seguirán teniendo dinámicas laborales que no dan cuenta respecto de la situación de las enfermedades profesionales en Chile.

Desde el punto de vista del financiamiento del Instituto de Seguridad Laboral, está planteado desde su nacimiento como una entidad que debe autofinanciarse a partir de las cotizaciones de los empleadores.

Tienen alrededor de 80.000 millones de pesos que ingresan producto de cotizaciones, pero como están adscritos a la Ley de Presupuestos, esos recursos entran en esa dinámica de conversaciones y luego se distribuyen.

Si, eventualmente, quisieran disponer recursos para aumentar los niveles de prevención, deben pasar año a año por el proceso de la Ley de Presupuestos, y allí se producen algunas situaciones que son un poco complejas desde el punto de vista de la administración de los riesgos laborales de las entidades, y del mundo que le toca intervenir al Instituto de Seguridad Laboral.

Para hacer el punto de lo difícil que resulta, eventualmente, avanzar en los desafíos que plantea Chile en esa materia, llamó la atención en el subtítulo 30, adquisición de activos financieros, que, en 2015, tuvo alrededor de 1.080 millones de pesos y, en 2016, 2.700 millones de pesos.

El subtítulo 30, inversión en instrumentos financieros, está en la ley porque el Instituto de Seguridad Laboral

administra los fondos de la administración delegada de las entidades de Codelco y de la Universidad Católica -son las únicas empresas de administración delegada-, y como ellas les proveen los fondos para los trabajadores accidentados que atienden en términos de su recuperación o con alguna secuela que requiera de indemnizaciones o pensiones, se hace con cargo a ese subtítulo.

El punto es que teniendo una buena gestión en esos dos años el instituto pasó de 5.000 millones de pesos de aporte estatal -hoy llevan el tercer año en que no necesitan el aporte, por lo tanto, están cumpliendo con la regla de autofinanciamiento- a 1.620 millones adicionales, que no guardan relación con la administración delegada y que del presupuesto de la cotización de los trabajadores pasa a formar parte de los instrumentos financieros.

Por lo tanto, ese dinero pasa a un proceso de inversión y no pueden disponibilizarlo, por ejemplo, para aumentar los niveles de recursos para prevención. Allí hay un tema que -a su juicio- tiene consideraciones de carácter macro, pero la base es que el instituto respecto de esos recursos, que son de los trabajadores y de los empleadores de la seguridad social, pasa por la Ley de Presupuestos; y tienen esas restricciones.

Lo que cuentan en gastos de prevención son subproductos del orden de 7.500 millones de pesos. Insistió, si de alguna manera quisiéran expandirlo en 1.600 millones más, como lo tenían en el subtítulo 30, no pueden, pero es para tener una dimensión de los gastos en la masa crítica que les corresponde atender.

Otro tema muy relevante y una particularidad respecto de un grupo específico de trabajadores, es que el Instituto de Seguridad Laboral realiza funciones de coadministrador, es decir, actúa junto con otra entidad, que es el Ministerio de Salud, y en esa área, en particular, ese público específico son los obreros. Es decir, todos aquellos trabajadores que tienen categoría de obreros -eso es si hoy siguiera existiendo la Caja del Seguro Obrero-, por lo tanto, la forma en que está calificada su labor tendría que estar adscrita a esa caja. Entonces, para esos efectos constituyen obreros.

La ley N° 16.744, en su artículo 9°, establece que aquellos trabajadores que tienen la condición de obreros, esa calificación, deben ser atendidos exclusivamente por los servicios de salud, salvo que puedan determinar de manera activa que no están en condiciones de proveer los servicios. Por esa razón, dado que los obreros deben atenderse en el servicio público de salud, tenemos que hacer entrega por la

vía del subtítulo 24, transferencias por alrededor de 11.000 millones de pesos al ministerio.

Además de las transferencias en materia de administración de los obreros, tienen otros dos tipos de transferencias que deben entregar a otros organismos. Una de ellas es el seguro escolar; en 2015, entregaron 1.200 millones de pesos, todo eso con cargo a las cotizaciones de los trabajadores y, la otra, son los dineros por fondos al tema de rehabilitación en materia de drogas y alcoholismo.

Contexto del Instituto de Seguridad Laboral. Ese es el preludio de una de los temas de interés de la Corporación.

Respecto de la relación con otros organismos, el Instituto de Seguridad Laboral se relaciona con el Ejecutivo a través de la Subsecretaría de Previsión Social, dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Por ser un ente de un organismo administrador que está en el ámbito de la seguridad y la salud del trabajador es un órgano sometido a la regulación de la Superintendencia de Seguridad Social.

Como coadministrador, tenemos una relación con el Ministerio de Salud; sin embargo, la han ampliado a fin de que este se convierta en uno de nuestros proveedores claves. Hay hospitales que están en muy buena condición e infraestructura en el sur y por la vía de convenios buscamos mecanismos para ampliar la red de atención a los trabajadores.

Por lo tanto, han desplegado, en esta gestión por lo menos, una línea de trabajo estratégica con el Ministerio de Salud.

Por otra parte, tienen una relación con Codelco a partir de que ellos son una entidad de administración delegada que debe entregar ese proceso de administración al Instituto de Seguridad Laboral. También con el Instituto de Previsión Social, básicamente, porque actúa como recaudador con todas las instancias de cotización, pero los contratos para los efectos de activar los procesos de recaudación los tiene a cargo el IPS, que tiene contratado para ello a PreviRed.

Por lo tanto, todos los temas vinculados a realizar estudios respecto del público objetivo está intermediado por lo que haga o no el Instituto de Previsión Social en esas materias y el foco que puede tener -dentro de los múltiples que tiene esta institución- es la importancia que le puede dar al Instituto de Seguridad Laboral.

Otras instancias que dicen relación con los chequeos de información de los empleados, afiliados y trabajadores son el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Registro Civil e Identificación y, actualmente, el Ministerio de Desarrollo Social a través del Registro Social de Hogares.

Por el lado de la estructura del manejo y la gestión financiera del servicio, tienen relación con el Ministerio de Hacienda, fundamentalmente, a través de Dipres (Dirección de Presupuestos), como todos los organismos públicos en el país, y también con ChileCompra, a propósito de que la relación con proveedores pasa por la ley de Compras del Estado.

También se relacionan con el Consejo para la Transparencia, toda vez que al ser un organismo del Estado están sometidos a la supervigilancia de la ciudadanía.

Con organismos internacionales también se relacionan; de hecho, abordaron un trabajo con las trabajadoras de casa particular durante 2014 y 2015 de manera preferente con la OIT. Otro organismo bastante especializado en materia de seguridad social y, particularmente, en seguridad laboral, es la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Ahora, en tanto son un organismo del Estado, también están sometidos a la supervigilancia de la Cámara de Diputados; de hecho, en estos dos años de administración han recibido cerca de cuatro oficios de solicitudes de información específica.

La relación con Fonasa es bastante transparente y sencilla, pero no por ello deja de ser un ámbito de preocupación que pueden mejorar. Se relacionan a través de la Compin (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) que actúa, para efectos del Instituto de Seguridad Laboral, como la contraloría médica. Entonces, todos los días llegan las denuncias de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, las califican con un organismo interno que tiene el instituto, pero, finalmente, siempre van a la Compin, quien finalmente es la voz técnica autorizada.

Sin perjuicio de ello y en general, a pesar de que no han tenido grandes desavenencias respecto de los criterios con los que se han calificado las distintas denuncias, hay otras dos instancias: la Comisión Médica de Reclamos (COMERE) y la Superintendencia de Seguridad Social, que es la última instancia para los efectos del reclamo.

Como no son juez y parte, no se genera un mecanismo que posibilite la subnotificación. Lo que se puede ver a través de los porcentajes de calificación de denuncias de accidentes del trabajo, denuncias de enfermedades profesionales y también respecto de los accidentes de trayecto.

A continuación, se referió a los hechos estilizados. Al respecto, es importante recordar que el programa del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet contiene la generación de una política nacional de seguridad y salud en el trabajo. Este inició su proceso a fines de 2014, política que hoy está en manos del consejo de ministros, por lo que esperamos que esta institución lo pueda evacuar prontamente de manera que

la Presidenta pueda entregar la política nacional al conjunto del país el próximo 28 de abril, que es el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Lo relevante para los hechos estilizados es que el proceso de construcción de esa política se realizó a fines de 2014, en donde el mecanismo fue con diálogos tripartitos, cuyo proceso fue asistido por la Organización Internacional del Trabajo.

En las quince regiones se realizaron alrededor de 21 diálogos regionales, con participación de organismos del Estado, entidades empleadoras y de trabajadores. En estas reuniones se hizo un levantamiento y se discutió qué es lo que debiera considerar esta política. En la lámina se pueden observar algunos aspectos que eventualmente les podrían servir como contexto.

De los diálogos llevados a cabo se puede extraer algunas consideraciones.

No hay una cultura de prevención de riesgos laborales y de promoción de la calidad de vida de los trabajadores, tampoco es tema en los medios de comunicación; en la agenda pública, no está incorporado en el currículum escolar y no es relevada en el proceso de formación y capacitación de los trabajadores.

Por otro lado, hay una débil participación y compromiso de los distintos actores del mundo del trabajo. Esto es, empleadores y trabajadores. Existe un insuficiente, débil y, muchas veces, inoportuno sistema de fiscalización.

La norma existente no responde a las necesidades y requerimientos actuales del mundo del trabajo. Falta considerar particularidades regionales. En este punto, hay que recordar que la ley es de 1968.

Falta de recursos, competencias, desarticulación y descoordinación entre las instituciones del Estado preocupadas de la materia.

Existe un insuficiente nivel de apoyo y asistencia técnica en materia de seguridad y salud en el trabajo dirigido a las pymes.

Falta de facultades y del empoderamiento necesario de los comités paritarios de higiene y seguridad para cumplir adecuadamente su rol preventivo.

Bajo nivel de credibilidad tanto respecto de estadísticas como de estudios existentes en la materia.

Estas son algunas de las sistematizaciones de opiniones que salieron a partir de estos diálogos ciudadanos.

Inició su intervención diciendo cuál era el contexto en el que se inserta el Instituto de Seguridad Laboral, en el marco de lo que son los principios de la seguridad social, y uno de

los cuales es la universalidad. Sin embargo, en Chile, debemos recordar que el instituto tiene alrededor de un millón de trabajadores afiliados, donde el resto del sistema privado tiene cuatro millones de trabajadores, no obstante, la masa laboral del país se estima en alrededor de ocho millones y medio. Por lo tanto, tenemos tres millones y medio de trabajadores que en materia de seguridad laboral no están cubiertos como principio de seguridad social.

Otro hecho corresponde al artículo 9° de la Ley N° 16.744, que se refiere a la distinción entre obrero y empleado, donde lo que hay a la base, dada la forma en que hoy está desarrollado el sistema, es un elemento de discriminación injusta respecto de un grupo de trabajadores en el país.

Esto tiene otro efecto. Producto de que para el Ministerio de Salud su primera línea de ataque son las urgencias, no ha sido un elemento central el poder determinar -y es lo que probablemente se ha planteado respecto de Fonasa- la gestión para los efectos de poder determinar efectivamente cuál es la naturaleza de cada caso.

En este punto señaló que las estadísticas no tienen los datos respecto de accidentabilidad de los obreros. Se podría esperar razonablemente que, siendo los obreros calificados con el tipo de trabajo en el que están, sean los sectores laboralmente más vulnerables y, por lo tanto, con mayores niveles de tasa de accidentabilidad en términos comparativos. Entonces, los datos que tenemos en el país tienen ese sesgo, por lo que parece del todo relevante, para hacer políticas públicas, el poder explicitarlo.

Otro elemento importante se refiere al sistema de seguridad y salud en el trabajo. Este actúa como una instancia de mercado, en la cual hay espacios donde existen mecanismos y políticas de comercialización en las instancias que conforman el sistema, pero que no es regulado como tal, no obstante ser un mecanismo de seguridad social, que si bien no debiera tener instancias de lucro, sí hay un punto que es materia de investigación. Por lo tanto, el sistema tiene y funciona como una instancia de mercado, no obstante no estar regulado de esa manera y donde, por ejemplo, no depende de la Fiscalía Nacional Económica, sino solo de la Superintendencia de Seguridad Social.

El hecho de que actúe como mercado se contrapone con los principios de seguridad social. Entonces, más que promover y generar instancias que formalicen un mercado o una industria de la seguridad y de la salud en el trabajo, lo que están promoviendo, como instancia de Gobierno, es que prevalezca la consideración de derechos sociales adscritos a la seguridad social.

Respecto de la situación de políticas comerciales, quiero relatar el caso de un organismo administrador, que tiene vinculación con el Consejo de la Transparencia.

En enero del presente año, recibieron por la vía de Transparencia, la solicitud, por parte de un ciudadano, de toda la base de datos de nuestras empresas, con más de diez trabajadores, que estaban afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral. Nosotros, por ser un organismo del Estado, están obligados a entregar esa información, lo cual hicieron sin ningún problema. Ahora, dentro de estos organismos afiliados, con más de diez trabajadores, está el propio Instituto de Seguridad Laboral, porque el instituto está afiliado a sí mismo en tanto órgano administrador. Por lo tanto, en la lista iban los funcionarios a cargo de estas materias. Dos meses después, recibieron una carta muy amable, por parte de este organismo administrador, invitándonos a cambiarse de organismo administrador, haciendo el punto de que el Instituto de Seguridad Laboral -imagino por desconocimiento- solo atiende a los obreros, por lo que desde ese punto de vista todos los trabajadores tendrían que estar y ser, en el caso que estuvieran afiliados a un Instituto de Seguridad Laboral, atendidos en el servicio de salud.

El tema motivó oficiar al superintendente de Seguridad Social, así como también al director general del Consejo para la Transparencia, y no por algo que tenga que hacer esta institución, sino que les pareció pertinente que pudieran estudiar los alcances de algunas normativas que ahí existen.

Respecto de la institucionalidad pública, existe la imposibilidad de poder tener una gestión algo más flexible respecto de estos recursos que están adscritos a la seguridad social.

Acá existe un contrapunto entre lo que es el autofinanciamiento, que viene de las cotizaciones de los trabajadores, y la Ley de Presupuestos, que además contempla la transferencia, por otros ítems que no necesariamente tienen que ver con los temas de seguridad y de salud en el trabajo, a otros organismos.

Respecto del estatuto orgánico, el Instituto de Seguridad Laboral hoy está regido fundamentalmente por el DFL N° 4, y es producto de la separación que sufrió el ex Instituto Nacional de Previsión, que derivó en dos instancias; el Instituto de Previsión Social y el Instituto de Seguridad Laboral. Por lo tanto, en este sentido, estamos funcionando sobre la base de una estructura que no necesariamente da cuenta de las necesidades que el país tiene en esta materia, particularmente del rol que deben jugar organismos públicos en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Las aspiraciones respecto de esta materia ya han sido declaradas por distintas autoridades de Gobierno, por ejemplo, por la subsecretaria de Previsión Social, señora Julia Urqueta, y la ministra del Trabajo, señora Ximena Rincón, en términos de ir avanzando en una lógica de que el Instituto de Seguridad Laboral se convierta en un administrador integral del seguro para terminar con la mirada de coadministrador, particularmente en lo que respecta los obreros.

En materia de la política nacional de seguridad, de cuál es el estado de situación y de cuáles son los elementos que han fundado lo que está en discusión en el comité de ministros, señaló que le parece importante acotar que es un acuerdo social que busca básicamente resguardar a los trabajadores y a sus familias ante la posibilidad de un empobrecimiento por una situación tan desgraciada como un accidente en el trabajo. Por lo tanto, hay una cierta valoración de lo que significa el trabajo, desde el punto de vista del desarrollo de las sociedades.

La seguridad social expresa el deseo natural de las sociedades de una mayor protección ante los problemas que plantean la vida, la incertidumbre, la enfermedad y el infortunio. Esa es la definición de la OIT.

¿Cuál es el contrapunto? De acuerdo con el estudio del PNUD de 2015, las emociones que priman entre los chilenos, del orden del 39 al 40 por ciento, son la preocupación y la decepción.

Según el mismo estudio, la desigualdad y el abuso de los poderosos aparecen como contenidos importantes de este malestar social.

Otra fuente es que, a pesar de la mejora en las condiciones de vida de la población en los últimos 25 años, existe una creciente sensación de inseguridad social entre las personas: temor a enfermarse, a quedar cesante o a la vejez. Esto no ha cambiado desde el PNUD de 2012.

Entonces, hay una evidente desalineación entre los conceptos acogidos e institucionalizados por el Estado a partir de la seguridad social y la sensación que tiene la población. Ese es el punto que queremos representar.

Algunos estudios muestran cómo se está reaccionando frente a la desalineación que hay entre la sensación de la ciudadanía y los mecanismos que ha establecido el Estado en estas materias y sus declaraciones.

El nuevo escenario socio-político demanda del Estado una mayor presencia para aumentar la seguridad social de la ciudadanía y mejorar la regulación del mercado en temas relativos a derechos sociales. Esa es la base de la discusión

en materia previsional y educacional, lo que se está levantando en materia de salud y lo que probablemente, a propósito de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, se va a expresar prontamente.

También hay una baja en la confianza y credibilidad de actores privados, por casos de colusión -farmacias, pollos, papel, entre otros-, lucro en la educación y creciente desigualdad social. En la diapositiva aparecen los autores de los cuales recogemos esta mirada.

Desde el punto de vista internacional, la Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013, que es de la OISS, señala que la lógica de maximizar beneficios -reducción costos- aumenta los riesgos de la población trabajadora de sufrir un accidente de trabajo, una enfermedad profesional, lo que unido a la vulnerabilidad laboral y la desprotección social menoscaban el disfrute y el desarrollo de los derechos humanos más básicos.

A su juicio, este es un elemento relevante, porque estamos en el año de la productividad. Se está haciendo un conjunto de discusiones importantes respecto de estas materias, hay expresiones en esta línea y parece razonable que todos los actores decisorios tengan en consideración que esos niveles de productividad y mayor eficiencia no pueden ser a costa de la seguridad y de las condiciones de trabajo decentes de los trabajadores del país.

Agregó que debemos avanzar hacia una cultura que previene, controla y reduce los riesgos laborales, implementando una política nacional de seguridad y salud en el trabajo que incorpore activamente a los actores y modernice la institucionalidad. Esa es la expresión concreta y literal de lo que establece el programa de gobierno de la Presidenta, teniendo como elementos constitutivos los que anteriormente señalé.

Las fuentes de esta declaración, con las cuales se ha trabajado en la política nacional, es el Convenio 155 de la OIT, que no ha sido ratificado por Chile. Parte de lo que establece esa política es la propuesta de que se inicien los procesos de ratificación. También está el Convenio 187 de la OIT, que ratificó el país en 2012, sobre el marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo.

Recalcó que el convenio para la OIT, además de definir un marco, es decir, un contexto de política, de declaración de voluntades, establece la mirada tripartita, lo que pudimos implementar a través de los diálogos regionales a lo largo de todo el país.

¿Cómo está construida la política nacional, a partir de la lógica de la OIT? Básicamente, en cuatro etapas.

La primera es la formulación de la política nacional, es decir, una serie de principios con arreglo al marco legislativo nacional o internacional que está establecido, y declaraciones de voluntades y objetivos, que es lo que hoy se está discutiendo en el comité de ministros.

Una vez establecida la política nacional, hay que hacer un levantamiento de perfiles, es decir, ver cuál es la situación de todos los recursos que hay en Chile respecto de la seguridad y la salud en el trabajo y cuáles son las demandas en esta materia, de tal manera de poder establecer las brechas.

Establecida esas brechas, la idea es confeccionar un programa nacional considerando las líneas que deben implementar en esta y otras materias todos los organismos que están involucrados en esta línea.

Ese es el derrotero que sigue la instalación de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, según el formato de la OIT.

¿En qué etapas estamos? La fase I fue a fines de 2015, con talleres con asistencia de la OIT. En la fase II, luego de establecidas las líneas de trabajo y la asesoría, hubo un texto y un programa de trabajo. En la fase III, estaban las mesas de discusión regionales. Hoy estamos en la fase V, pero pasamos en el intertanto por la fase IV, que es la opinión del Consejo Consultivo de Seguridad y Salud en el Trabajo y de actores sociales. Hoy, esos insumos fueron sistematizados y están en poder del comité de ministros.

¿Qué ha sido importante en esta experiencia de poco más de un año y seis meses? La incorporación a un programa de gobierno. Es muy relevante ver los temas de seguridad y salud en el trabajo incorporados al gobierno y, por lo tanto, convertidos en políticas de Estado, lo cual ha sido muy relevado por la Organización Internacional del Trabajo. Ello motivó su apoyo.

Ahora bien, el tripartismo también es muy relevante. De todas maneras necesitamos seguir avanzando en esta línea, por lo menos, se han sentado algunas bases de lo que debería ser el diálogo social en esta línea de trabajo.

Hubo alta participación -tuvimos más de mil personas a lo largo del país, la gran mayoría con representaciones colectivas, tanto de empleadores como de trabajadores- y un debate franco sobre las percepciones de la seguridad y salud en el trabajo, que consideró las falencias operativas del sistema y la poca credibilidad de las estadísticas y los estudios. También estaban sentados a la mesa representantes de organismos gubernamentales, entre ellos los

fiscalizadores, Seremis de Salud, Dirección del Trabajo y la propia Suseso.

La franqueza decía relación con determinar básicamente cuáles han sido las falencias de esos organismos, para efectos de enfrentar estas materias. También la ha habido entre otros organismos, entre dirigentes sindicales y comités paritarios. En alguna región le tocó parar un conato entre representantes de un comité paritario y dirigentes sindicales, porque se presupone que los comités paritarios están sesgados respecto del rol que deben cumplir, en orden a resguardar las condiciones de trabajo decentes de los trabajadores.

Desafíos de los organismos administradores a partir de las siguientes definiciones. Esta es la mirada del Instituto de Seguridad Laboral.

Credibilidad: aparece como fundamental aumentar la confianza de los ciudadanos en las instituciones ligadas a la salud y la seguridad en el trabajo, poniendo en el centro sus derechos por sobre la rentabilidad privada, mejorando temas, como, por ejemplo, la subcalificación y subnotificación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Cobertura: según la serie de trabajo del Instituto Nacional de Estadísticas y datos reportados por la Suseso para el año 2014, la cobertura del seguro asciende a 66,3 por ciento. En este marco, es fundamental aumentar la cobertura del sistema, especialmente, en los sectores marcados por la informalidad y precariedad laboral. Esto apunta a los 3.500.000 de trabajadores que no están cubiertos por el seguro.

En cuanto a la calidad, para los organismos administradores, es relevante mejorar la calidad de los servicios médicos y preventivos que, por ley, entregan, no solo para garantizar la universalidad del seguro, sino también la mejor entrega de estos, con el objeto de mejorar progresivamente en aspectos como la reintegración al ámbito laboral, los tiempos de entrega de los beneficios y la satisfacción con bienes y servicios entregados a nuestros beneficiarios.

Es importante señalar que la Superintendencia de Seguridad Social ha iniciado dentro sus análisis estadísticos un acápite llamado alta temprana. Se define el alta temprana cuando un trabajador accidentado no ha tenido completamente la recuperación y, por lo tanto, es reintegrado a los procesos laborales.

En esta materia la preocupación es que en general no tenemos los datos. Sería interesante iniciar estudios en esta materia: tasa de reinserción laboral de trabajadores accidentados. Presumen que cuando hay tasas de reinserción laboral relativamente bajas tiene un impacto posteriormente

en las pensiones porque los niveles de ingresos quedan reducidos. Por tanto, el Estado, más temprano que tarde, tiene que incorporar un elemento subsidiario respecto de estas materias. Insisto que es una presunción razonable, pero sería interesante disponer de algunos estudios en esta materia.

Cultura preventiva, cultura curativa. Se debe cambiar el enfoque -este es el tema central que plantea el programa de la Presidenta- desde una cultura reactiva a una proactiva que privilegie la prevención por sobre la atenciones curativas. Estudios europeos -los tenemos y la Suseso también los de la Agencia Internacional de Seguridad Social en el trabajo (AISS)- han demostrado que por cada unidad monetaria invertida en prevención se recuperan dos unidades monetarias en materia de prestaciones médicas y económicas, y aumenta los niveles de productividad en promedio un 12 por ciento. Es un tema para el debate que nos parece importante.

La estructura de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene cinco acápites:

I.- Principios de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

II.- Objetivos de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

III.- Ámbitos de acción de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

IV.- Responsabilidades en la ejecución de la Política Nacional de Seguridad y Salud del Trabajo.

V.- Beneficiarios de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.- El **superintendente de Seguridad Social**, señor Claudio Reyes Barrientos.

Comenzó señalando que para entender el contexto del problema, se debe señalar, en primer lugar, que la Superintendencia de Seguridad Social es un organismo autónomo, 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. Hizo hincapié en el concepto de seguro social,

porque cree 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 entienden 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 están facultados para impartir instrucciones que son obligatorias.

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

Además, deben 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 hacer 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 se refiere a prestaciones preventivas en el caso de la seguridad laboral lo hace a exámenes preocupacionales y de capacitación y asistencia técnica a las empresas que son afiliadas a los organismos administradores.

En cambio se habla 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 se deben entender 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 hacen 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, 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 se quiera llamar, los siniestros que pudieran afectar el precio de la prima.

A su 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 de Chile; está presente en todas las legislaciones de salud ocupacional del mundo. La subnotificación es un problema para todos y lo quieren 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.

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.

Esta información de estadísticas de Seguridad Social fue presentada 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.

Fueron 37.720 denuncias por enfermedades en 2015, y 515.000 por accidentes. 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.

Mencionó 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 señaló 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 -a su juicio-, hay que comparar cosas similares, porque de lo contrario se puede producir una

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.

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.

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

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 se siguiera aplicando la misma tasa de reversión, de lo que se transformaría de común a laboral. Cree 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 se llegaría 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, tienen que ver con la calificación de las enfermedades profesionales, con el cálculo de beneficios, con la calificación de accidentes de trayecto y con la aplicación del artículo 77 bis y el mecanismo de compensación entre salud común y salud laboral.

En cuanto a qué se está haciendo para fiscalizar a las mutuales, una de las labores de la Suseso tiene que ver con la regulación.

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

Si el promedio de 2005 a 2014 fueron catorce circulares, en 2015 se emitieron veinticuatro. Básicamente, tienden a resolver algo que han 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.

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 precisa en qué podía gastarse para que esto fuera mucho más homogéneo y tuviera un efecto más importante.

Establecieron 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, emitieron 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.

Aclararon 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 recalco, 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 tienen prevista más regulación, con un programa anual de fiscalización.

En relación a la modificación del artículo 77 bis de la ley, que es el que regula las relaciones de este subsidio cruzado.

Solo a partir del 13 de octubre de 2013, tienen facultades para ello. Pero antes de eso hay otras circulares al respecto. Frente a esto, la reacción de los organismos administradores ha sido bastante dura, en el sentido de que tienen informes en derecho de importantes constitucionalistas de la plaza que señalan que están incurriendo en una inconstitucionalidad al dictar esta normativa. En consecuencia, les queda por delante vencer todavía este tema.

Tienen 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 es posible 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. Están 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 están revisando los policlínicos de empresas, los policlínicos de faenas. Y cuando hablamos de policlínicos de faenas, no están 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.

Tienen un programa conjunto con la Dirección del Trabajo. El año pasado fiscalizaron 44 empresas; este año serán 200. También tienen 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 han acometido como tarea prioritaria desde el punto de vista de la Superintendencia de Seguridad Social.

La fiscalización les entrega una herramienta, que es la multa. Es la herramienta que se les 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.

Recordó que no tienen facultades para fiscalizar a las empresas. Fiscalizan a los organismos administradores y, a través de ellos, llegan a las empresas. Lo que sí han 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.

Respecto a ¿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 que debiera operar.

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, si se toma 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.

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.

6.- Concurrieron, además, el director de **Administración Delegada de la Pontificia Universidad Católica de Chile**, señor Gabriel del Río, acompañado del señor Gustavo Cuadra, subdirector de Gestión y Estudio, y la coordinadora corporativa de las Divisiones con **Administración Delegada de Codelco**, señora Elisa Melo, acompañada del doctor Martín González.

El señor Gabriel del Río señaló que fueron creados en virtud de lo establecido en el artículo 72 de la ley N° 16.744, por medio de una resolución exenta de la Superintendencia de Seguridad Social, de 31 de octubre de 1989, vale decir, llevamos 27 años trabajando como administradores delegados de la ley.

Su presupuesto se regula por un decreto supremo que emite todos los años el Ministerio del Trabajo y Previsión Social. El último que recibieron fue el decreto supremo N° 43, de 2014, pero está por llegar, o debería haber llegado, el nuevo.

Luego, a través de la circular N° 3.100, de 27 de marzo de 2015, la Superintendencia de Seguridad Social les fija un presupuesto para funcionar y administrar. Son fiscalizados por dos entes públicos: la Superintendencia de Seguridad Social y el Ministerio de Salud.

El financiamiento se establece sobre la base de una población asignada de usuarios de 10.394 trabajadores. Ese es el universo de beneficiarios. Varía un poco de año en año, pero la población beneficiaria fluctúa aproximadamente entre

10.000 y 10.500 trabajadores. A través de ellos se genera una renta imponible de 11.671 millones de pesos mensuales, de tal manera que disponen, afectos a la cotización básica del 0,9 por ciento de dicha renta imponible, de 104.859.000 pesos mensuales para funcionar.

De este monto se les exige un aporte al Instituto de Previsión Social equivalente al 50 por ciento, que equivale a 52 millones de pesos mensuales; una cotización extraordinaria del 0,05 por ciento, equivalente a 5.800.000 pesos mensuales, y también financian solidariamente el Seguro Escolar de Accidentes, con un 2 por ciento, lo que equivale a 2.100.000 pesos todos los meses.

De tal manera, que el traspaso mensual al Instituto de Salud Laboral es cercano a 60.455.000 pesos, y el presupuesto con que cuenta la universidad para dar la atención integral considerada en la ley a los 10.530 trabajadores es de 44.403.348 pesos mensuales.

Los trabajadores están distribuidos de la siguiente manera. En la red de salud tienen 5.600 trabajadores; en la Casa Central, 1.500; en el Campus San Joaquín, 2.700; en el Campus Oriente, 353, y en el Campus El Comendador, 234, lo que arroja un total aproximado de 10.500 trabajadores.

Se organizan en doce Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, que funcionan en todos los campus, y seis sindicatos de trabajadores.

Cuentan con servicios médicos, disponibles para toda la administración delegada. El Hospital Clínico de la Universidad Católica, la Clínica de la Universidad Católica, la Clínica San Carlos de Apoquindo, cinco centros médicos de la red de salud UC-Christus y tres centros de salud Familiar, todos en el área metropolitana, pero disponen, también, de un convenio a nivel país con la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción para los trabajadores que por razones académicas o de trabajo u otro cometido estén cumpliendo funciones en alguna región fuera de la Metropolitana.

De acuerdo con nuestro organigrama el rector, señor Ignacio Sánchez, es además el representante legal; luego está la directora del Personal, señora María Rosa Millán; y después el director de Administración Delegada. El que cuenta un *staff* de siete profesionales contratados a honorarios para funcionar en la administración.

Respecto de la materia que ocupa a esta comisión señaló algunas cifras. En 2014 y 2015 la variación en el número de usuarios fue mínima, 10.300 en 2014 y 10.500 en 2015, de los cuales el 33 por ciento de los usuarios de 2014 pertenecían en ese momento a Fonasa. En 2015, el 40 por ciento pertenecía

a Fonasa. El 67 por ciento pertenecía a isapres en 2014 y el 60 por ciento en 2015.

De estas personas han sido atendidas, ya sea por enfermedades profesionales como por accidentes del trabajo, 987 en 2014 y 868 en 2015.

De ellos, 74 usuarios han sido derivados a la salud común, por no corresponder a la cobertura de la ley, lo que equivale a un 7,5 por ciento de los usuarios en 2014, y 83 casos en 2015, con un 9,7 por ciento.

Por enfermedades profesionales, 69 personas en 2014, con 93 por ciento de los derivados, y 80 casos en 2015, con un 96,4 por ciento de los derivados.

Por accidentes del trabajo, solo cinco personas en 2014 y tres en 2015.

Esto quiere decir que mayoritariamente el número de derivados a régimen de salud común han sido por enfermedades profesionales, no así por los accidentes. De estos números, del 2004, 24 pacientes de los 986 fueron Fonasa, y 33 en el 2015.

Las enfermedades profesionales fueron 22 en el 2014 y, en el 2015, 30.

Los accidentes del trabajo fueron dos en 2014, y tres en 2015.

¿Cómo se ha comportado la tasa de accidentabilidad en el tiempo? Hay una reducción progresiva de la tasa de accidentabilidad de la administración delegada desde 4,7 en 2012; 6,1 en 2013; 5,0 en 2014, y 3,0 en 2015.

Eso significó que tuvieron que hacer frente al pago de 8.349 días de subsidios en 2014. En el 2015 fueron subsidiados 6.594 días.

¿Qué promedio de días de reposo tenemos por caso? En 2014 alcanzamos a 8,4 días. En 2015, a 7,6 días.

Tienen un costo unitario de día de subsidio, en 2014, de 20.088 pesos, y en 2015, de 23.237 pesos.

¿Qué ha pasado con las derivaciones al sistema Fonasa?

En 2014, dos trabajadores reclamaron a la Superintendencia de Seguridad Social. A ambos se les rechazó la reclamación.

En 2015, dos trabajadores plantearon un reclamo a la Superintendencia. A uno se le aceptó y a otro se le rechazó.

Respecto de apelaciones que como administración delegada hayan hecho, solo hicieron uso de esta facultad en el 2015 con un caso, el cual fue rechazado.

Sobre la base de estas cifras la administración delegada tiene un presupuesto de funcionamiento de 44.403.348 pesos mensuales.

Cree que hasta el momento pueden financiarse, pero se les vienen encima nuevas responsabilidades que les están complicando un poco nuestra vida financiera.

Simultáneamente, señaló que están muy gratificados con la oportunidad que les da la nueva circular que la Superintendencia Seguridad Social emitió, la cual les saca la responsabilidad unipersonal que tenían hasta marzo de este año, para determinar las enfermedades profesionales y los accidentes, y nos obliga a constituir comités de calificación. Con esto, la calificación de las enfermedades profesionales y los accidentes se tecnifica enormemente, por lo que podrán tener decisiones mucho más colegiadas, lo cual innegablemente les ayuda a hacerlo de mejor manera.

A pesar de que los números son tan pequeños, porque la accidentabilidad y la siniestralidad son bajas, y el número de afiliados es bajo, cree que la constitución de estos comités ha perfeccionado enormemente nuestra tarea.

Por lo tanto, pueden exhibir que la tasa de siniestralidad de la universidad y de la red se ha mantenido estable desde 1989 a la fecha, en 0,95 por ciento de tasa de cotización total. En ningún año hemos tenido la posibilidad de que nos alcen la tasa.

La señora **Elisa Melo** señaló que asiste en representación de Codelco, empresa que ha sido convocada a esta instancia en su condición de organismo administrador del seguro establecido en la ley N° 16.744. Y que la idea es entregar toda la información que pueda ser útil para el trabajo que esta comisión se ha planteado como objetivo.

En primer lugar, voy a entregó algunos antecedentes respecto de la génesis de la administración delegada en Codelco y los requisitos que debe cumplir para mantener tal condición.

En Codelco existe administración delegada porque el decreto ley N° 1.350, en virtud del cual fue creada la Corporación Nacional del Cobre, en 1976, establece en su artículo octavo transitorio que las sociedades colectivas del Estado que pasaran a formar parte de Codelco serían entendidas como administradores o empleadores independientes, sobre la base de lo dispuesto en el párrafo primero, Título VIII de dicha ley, referido a los administradores delegados, en el que se preceptúan los requisitos que deben cumplir.

Lo que hace ese artículo transitorio es mantener la condición de administrador delegado que ya traían o tenían las empresas que pasaban a formar parte de Codelco en ese momento. Por lo tanto, se les mantiene la condición que les había sido dada a través de una resolución exenta emitida por

la Superintendencia con anterioridad a 1976, fecha de creación de Codelco.

Por eso que Codelco, a pesar de tener diez centros de trabajo, incluida la casa matriz y la Vicepresidencia de Proyectos, solo en cuatro divisiones hay administración delegada, que son las divisiones Chuquicamata, Salvador, Andina y El Teniente, las que representan más del 70 por ciento de la dotación propia de la Corporación.

En Chile van quedando cinco administradores delegados, entre los cuales cuatro son las divisiones mencionadas de Codelco.

Para mantener la condición de administrador delegado se les exige tener dos mil trabajadores, un capital de reserva de 7.000 sueldos vitales, realizar actividades permanentes de prevención, otorgar todas las prestaciones que establece la ley y generar pólizas de garantía de fiel cumplimiento de las obligaciones que se les establecen como empresa que administra el seguro para sus propios trabajadores, además de otros requisitos definidos por la ley.

Gestión de la administración delegada en Codelco. Existe una dirección corporativa de la administración delegada que se encarga de coordinar el trabajo de las cuatro divisiones con ese tipo de administración, en el entendido que cada uno de ellos es un órgano administrador independiente.

Lo que hacen en esta estructura es coordinar el trabajo, generar economías de escala, colaborar e intercambiar experiencias, entre otras cosas. Las áreas corporativas dependen de la gerencia de Seguridad y Salud Ocupacional de la Corporación.

Para que estas estructuras puedan funcionar Codelco debe desembolsar un presupuesto anual de aproximadamente 1.100 millones de pesos. Estoy hablando de todas las divisiones, en conjunto con el corporativo, solo para la administración delegada.

En cada una de las divisiones con administración delegada existe una dirección Satep, que cuenta con un director y con personal a cargo, para desempeñar las funciones que les son propias de la administración delegada, con el objeto de otorgar en tiempo y forma las prestaciones que les obliga la ley. Los directores de esas entidades son todos médicos especialistas en salud ocupacional, con más de seis años de experiencia en la materia.

¿Qué prestaciones otorgan? Tienen determinadas particularidades respecto de las mutuales. Por ejemplo, las prestaciones económicas, la administración delegada paga los subsidios y las cotizaciones que se generan de los subsidios

e incapacidades laborales, y paga también indemnizaciones. No paga las pensiones, porque eso lo hace el ISE.

Además, otorgan prestaciones médicas, y se hacen cargo de las atenciones ambulatorias, de las hospitalizaciones, de las atenciones dentales, de los aparatos ortopédicos, de las prótesis, de los traslados de pacientes, etcétera.

En cuanto a las prestaciones preventivas, ven los estudios de puestos de trabajo, los estudios ergonómicos, las evaluaciones de higiene, la asesoría de los comités paritarios y las necesidades de la empresa en general.

Como las estructuras de la administración delegada no son muy grandes, sino más bien reducidas, muchas de esas prestaciones las realizan en colaboración con otras áreas de la empresa. Por ejemplo, las prestaciones económicas las realizamos en colaboración con las áreas de remuneración y de finanzas de cada una de las divisiones.

Como dirección Satep, las prestaciones médicas las gestionan directamente con los prestadores médicos preferenciales.

Respecto de las prestaciones preventivas, en algunos casos contratan el servicio externamente, en otros lo hacen en colaboración con las áreas de salud ocupacional, con las direcciones de seguridad, con las gerencias de recursos humanos o con la entidad que corresponda, según sea el caso.

¿Cuáles son los ingresos y los gastos que tiene la administración delegada? Como el resto del sistema, la administración delegada se financia con cotizaciones, que se cargan de las remuneraciones imponibles, que son de cargo del empleador, que son pagadas por las cotizaciones básicas, la adicional y la extraordinaria.

A diferencia de las mutuales, la administración delegada sí debe aportar para el seguro escolar.

También a diferencia de las mutuales, en la administración delegada la mitad de la cotización base, la mitad de la cotización adicional y toda la cotización extraordinaria se traspasa al ISL, para el pago de pensiones. El saldo que queda es el ingreso de gestión de la administración delegada, con la cual deben otorgar todas las prestaciones que establece la ley. Si existe déficit, este debe ser cubierto con recursos de la empresa, los que pasan a ser de cargo de Codelco.

En la práctica, en Codelco tienen una tasa de cotización adicional diferenciada, proceso que se calcula cada año, según lo establecido en el DS N° 67. Cada división, de acuerdo con su siniestralidad efectiva, tiene una tasa propia, y en función de eso, Codelco, en promedio, tiene un ingreso por concepto de cotizaciones de aproximadamente 8

millones de dólares. De ellos, traspasa un poco más de cuatro millones al ISL, para el pago de pensiones, y con el resto debe gestionar las prestaciones de la ley.

Lo anterior implica un desembolso para Codelco de aproximadamente 175 millones de pesos anuales. Más del 40 por ciento de los gastos que realiza Codelco como administración delegada corresponden a prestaciones médicas.

¿Quién los fiscaliza? La Superintendencia, como administrador general del seguro de la ley. También los fiscalizan los servicios de salud, para todas aquellas actividades que tienen que ver con prevención y con la calidad de las prestaciones curativas que otorgan nuestros centros médicos, así como para todos los temas de higiene y seguridad que realizan las entidades empleadoras.

La Dirección del Trabajo también los fiscaliza en materias más específicas, como las condiciones de trabajo, las instalaciones, las maquinarias, etcétera.

En el caso particular de Codelco, por ser una empresa minera, adicionalmente son objeto de fiscalización por parte del Sernageomin.

Producto de esto, en los dos últimos años -habló de 2014- fueron objeto de nueve fiscalizaciones de distintas entidades, fundamentalmente de la seremi de salud, y muchos de los casos en que fueron fiscalizados iban mandatados por la Superintendencia para fiscalizar o auditar el cumplimiento de determinadas obligaciones legales o de nuevas instrucciones, emanadas de las distintas circulares.

Además, prácticamente casi todos los años, Cochilco fiscaliza las distintas divisiones con administración delegada, ocasiones en las que no solo se fiscaliza la administración delegada, sino también la gestión en general de la empresa en estas materias.

En 2015, se les efectuó cinco fiscalizaciones, y tuvieron más de cincuenta solicitudes de la Superintendencia respecto de los casos que se presentan como apelaciones a ese organismo fiscalizador.

En el caso particular de Codelco, más que apelar el organismo administrador, apelan los trabajadores directamente, y ahí la superintendencia les exige información adicional para evaluar los casos que están apelando.

Asimismo, tuvieron más de 91 solicitudes de la Comere para la evaluación médica de las distintas apelaciones que llegan a esa instancia.

Consultada respecto de la situación de los contratistas y subcontratistas, señaló que todas las empresas subcontratistas o contratistas tienen un organismo administrador, que generalmente es una mutual. Cuando viene

la seremi o las entidades fiscalizadoras, les controlan como organismo administrador de Codelco de los trabajadores propios, independientemente de que Codelco tiene estándares de salud, de seguridad y demás que son para trabajadores propios y contratistas. De hecho, está establecido en las bases de contratación para las distintas empresas que postulan a los diversos contratos. Pero el sistema de la ley establece que se fiscalice a las empresas, y cada una de ellas tiene un organismo administrador.

Respecto del proceso de calificación y apelación que tiene la administración delegada señaló que ahí podrían aportar, porque también tiene que ver con su relación más directa con el trabajo de la superintendencia.

La calificación del origen de una enfermedad o de un accidente del trabajo es de competencia del organismo administrador que corresponda; por lo tanto, ese organismo debe hacer las evaluaciones médico-ocupacionales para determinar si las lesiones sufridas por el trabajador son de origen laboral o no, o hacer la evaluación médico-ocupacional para determinar que esa potencial enfermedad es de origen laboral o no.

El efecto más importante que tiene determinar si un evento es de origen laboral o no, es establecer qué tipo de seguro dará las coberturas y se hará cargo de las distintas prestaciones. Si el evento no es laboral, es Isapre, Fonasa, AFP o IPS. Si es de origen laboral, entran a tallar las prestaciones de las mutuales, el ISL o la administración delegada que corresponda.

En ese sentido, como administradores delegados, tienen que emitir la resolución de calificación de origen, es decir, determinar si un evento es de origen laboral o no; la Compin determina el grado de incapacidad que genera la posible enfermedad profesional; la Comere examina las apelaciones que tienen que ver con materias de orden médico que emiten las resoluciones de la Compin, y la superintendencia examina todas aquellas apelaciones que tienen que ver con origen y calificación de grado de pérdida de capacidad de ganancias.

Antes de la circular N° 3.167 de la superintendencia, habían generado un proceso de calificación similar a lo que establece la circular, fundamentalmente porque el tema de la salud ocupacional, de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales es un tema muy sensible para Codelco, cuestión a la que Codelco ha dado mucha relevancia, y porque es un tema muy importante para los trabajadores y para la dirigencia sindical.

Entonces, en esa materia, para dar transparencia al proceso y tranquilidad a las partes involucradas respecto de cómo se

procedía, habían creado una comisión médica que hacía la evaluación clínica de los distintos casos detectados en las divisiones con administración delegada, se complementaban los estudios de los casos que nos llegaban porque estaban en programa de vigilancia, o porque en el caso de Codelco los trabajadores exigen la evaluación porque vienen de un médico particular o por consulta espontánea. Estas situaciones se analizaban en conjunto con la historia ocupacional del trabajador y se formaba esta comisión médica, que hacía la evaluación clínica para determinar relación origen, lesión o enfermedad profesional. Con eso se emitía la RECA y se informaba al trabajador.

En algunos casos, cuando esta comisión no estaba muy clara, se exigían exámenes adicionales o se llamaba al trabajador a evaluar.

Con la emisión de la circular N° 3.167 se les ordena mucho más y se valida esta comisión que tenían antes, que fue bastante cuestionada por parte de la dirigencia sindical. Incluso, lo plantearon a la superintendencia.

Hoy la circular viene a validar esta forma de funcionar. Para ellos es un gran avance, sobre todo porque estandariza el proceso de calificación que tienen todos los organismos administradores. Por lo tanto, lo hace trazable y fiscalizable bajo las mismas condiciones, bajo los mismos requisitos.

También consideró que es muy valorable, en el sentido que crea un comité de calificación que le da determinadas funciones y con determinadas características profesionales que deben tener sus integrantes, lo que permite hacer una evaluación certera y efectiva de los casos, particularmente referida a los tres protocolos que entrega, esto es, el protocolo de evaluaciones generales, el de enfermedades músculo-esqueléticas y el de patologías de salud mental.

En tal sentido, el bemol son los requisitos que exige la circular para los médicos del trabajo que deben formar parte de esa comisión, porque entienden que la circular fue hecha con una mirada más bien de largo plazo, donde Chile debería tender a tener este tipo de especialistas en el sistema con las mayores y mejores calificaciones, pero que hoy es difícil conseguir en el mercado.

Con la entrada en vigencia de la circular N° 3.167, constituyeron los casos que les llegan a través de los programas de vigilancia que aplican de acuerdo con los distintos protocolos que existen, para sílice, los establecidos en Planesi; Prexor, para ruido, etcétera. Hacemos la evaluación clínica, complementando los exámenes que puedan requerirse después de la evaluación médica,

producto de los exámenes que se hacen por programa de vigilancia; se hacen las evaluaciones de las condiciones de trabajo, tal como señala la circular, es decir, se analiza la historia ocupacional, se hace el estudio en el puesto de trabajo y la evaluación de los riesgos. Todos estos antecedentes se entregan a la comisión calificadora y ella emite su pronunciamiento a través de la resolución de calificación establecida en la ley. Luego, se informa al trabajador. En caso de que sea de origen laboral o no, se informa a la empresa. En caso que sea de origen laboral, se envía a la Compin para que gradúe la capacidad de pérdida de ganancia.

Cuando se emite la RECA y se determina que la patología es de origen común, nosotros estamos obligados a informar a nuestros trabajadores que van a tener que recurrir a su sistema de salud común: Isapre o Fonasa.

En el caso de Codelco, tienen un 5 por ciento, aproximadamente, de trabajadores en Fonasa. La gran mayoría de los trabajadores está en el sistema de isapres.

Cuando es de origen laboral, se envía a la Compin, se incorporan en el plan de vigilancia, si no estaban, o los mantienen en vigilancia periódica, como corresponde. Se hace todo el proceso de reubicación, de rehabilitación o readecuación, de acuerdo con el caso.

También se le informa al trabajador de las instancias de apelación que tiene y, en nuestro caso, Codelco, los trabajadores hacen uso sí o sí de ese derecho. O sea, aunque les den todas las fundamentaciones clínicas y técnicas de por qué su enfermedad puede haber sido considerada como no de origen laboral, los trabajadores siempre apelan.

Hay otros antecedentes que también los vinculan con la Superintendencia, que es el proceso de reclamación. El año pasado tuvieron varias quejas de la dirigencia sindical ante la Superintendencia por el proceso de reclamación. Ellos consideraban que no era justo que a un trabajador que se le había diagnosticado una enfermedad profesional, después apareciera milagrosamente como que se había mejorado, porque se le quitaba esa condición.

Ha costado bastante que los trabajadores entiendan que no se trata que se mejora, sino que pudo haber una evaluación de un falso positivo, que se evaluó la existencia de una enfermedad profesional cuando no lo era. Fundamentalmente, nos pasó con la silicosis, primero, porque como ustedes saben el diagnóstico de silicosis depende en gran medida de la calidad de la radiografía; segundo, de la *expertise* que tenga el lector.

En la gran mayoría de los casos han tenido que tomar radiografía a todos los trabajadores que estaban con esta condición; han comprado nuevos equipos digitales precisamente para mitigar un poco los efectos de una de esas variables que tiene este tema.

Entonces, fueron cuestionados por eso y se les tuvo que explicar a los trabajadores que esta era una obligación legal, porque el seguro es un seguro como cualquier otro y, por lo tanto, tiene que otorgar las prestaciones cuando correspondan, porque eso significa asignar recursos entre seguros que no corresponde.

Apelaron ante la Comisión Médica de Reclamos (Comere) y como instancia última se apela ante la Suseso, que se pronuncia acerca de estas situaciones.

La decisión de apelar, para ellos, es una decisión técnico-médica, que no tiene que ver con políticas de empresa. Porque también se les señaló que en cierto modo Codelco-empresa los estaba obligando a hacer esto y que antes no lo hacían, y la verdad es que la Administración Delegada lo ha hecho siempre, porque es parte de sus obligaciones legales.

En todo caso, aclaró que bajo ninguna circunstancia, cuando a un trabajador se le quita la condición de enfermo profesional, Codelco jamás le ha cobrado las platas que se pueden haber pagado por concepto de indemnizaciones o de otro tipo de prestaciones.

También hay que considerar que Codelco, adicionalmente a los beneficios que otorga la ley, entrega a los enfermos profesionales otros beneficios por concepto de convenio colectivo. O sea, cuando pasa que un trabajador ha recibido ambos beneficios y después se determina que efectivamente no era un enfermo profesional, esos beneficios pasan a pérdida de la empresa, pues se considera que fueron otorgados en las condiciones que se evaluó en ese momento y, por lo tanto, nunca se les pide la restitución de esos montos a los trabajadores; en ningún caso.

Tienen una estadística de los casos que presentan a evaluación de la Compin en un período de cinco años, desde el 2010 al 2015. Se presentaron aproximadamente 1.806 casos. De esos, solo apelaron como organismo administrador de 200 casos, mientras que los trabajadores apelaron 190. En el caso de Codelco, no solo apelan los trabajadores, sino también los trabajadores respaldados por su sindicato.

En el caso de Codelco, también apela el ISL por el tema de las pensiones. Entonces, se enteran cuando les llega la apelación resuelta desde la Superintendencia. O sea, en el caso de los trabajadores de Codelco apela la administración,

puede apelar el trabajador y también está apelando las pensiones el ISL.

7.- Concurrieron, especialmente invitados, los señores Óscar Olivos Madariaga y Alfonso Pastene, presidente y secretario de la **Central Autónoma de Trabajadores**, respectivamente, y los señores Luis Aravena Soto y Juan Pizarro, tesorero y director de la **Unión Nacional de Trabajadores**, respectivamente.

El señor **Alfonso Pastene** señaló que según la Superintendencia, los trabajadores protegidos por ley son 5.594.516, y estos, según el tamaño de empresas: de 1 a 25 trabajadores, 728.680; de 26 a 100, 826.777; de 101 a 499, 1.122.186 trabajadores y trabajadoras; de 500 a 999, 519.225, y de 1.000 o más, 519.225.

Por lo tanto, si se ven estas cifras, donde está la mayor cantidad de trabajadores protegidos por la ley, son en empresas de hasta 500 trabajadores.

Sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, según lo señalado, existían 187.932 casos de accidentes del trabajo; 47.745 casos de accidentes de trayecto; 4.411 casos de enfermedades profesionales: El número de accidentes según tamaño de empresa: de 1 a 25: 36.607; de 26 a 100: 39.371; de 101 a 499: 1.646.443. De 500 a 999: 16.712 y de 1.000 o más: 48.443.

En su última cuenta pública, el subsecretario de Seguridad Social señaló que como promedio el 2016 tendrá 5.877.124 trabajadoras y trabajadores protegidos.

En relación con los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en febrero de 2016 hubo 13.878 accidentes del trabajo; 3.620 de trayectos y 545 enfermedades profesionales.

Del mismo modo afirmó que en 2015 se recibieron 15.979 denuncias por rechazo de la prestación, de las que 13.187 fueron calificadas de origen laboral; 8.434, por accidentes del trabajo; 3.170 por trayecto y 415 por enfermedades profesionales.

La seguridad en el trabajo y las enfermedades ocupacionales, por ser parte de la seguridad social, es y debe contemplarse como un derecho humano; por lo tanto, al Estado en su conjunto le corresponde asegurarlo. Sin embargo, esto no ha sucedido, por cuanto de 183 convenios de la OIT referentes a la seguridad y a la salud en el trabajo solamente Chile ha ratificado 52, a lo que debemos agregar la nula voluntad de los diversos gobiernos por ratificar el Convenio 102 sobre la seguridad social.

La seguridad social ha sido enmarcada bajo el modelo y las reglas del mercado, especialmente lo referido a la salud y previsión, situación que se debe terminar. En concordancia con ello la Central Autónoma de Trabajadores de Chile rechaza el anuncio de la Presidenta de la República para la creación de una AFP estatal.

Durante las 11 sesiones realizadas en el periodo extraordinario a esta Comisión se le plantearon diversos temas: mejorar la información acerca de las calificaciones de los accidentes y enfermedades profesionales, información a los trabajadores, mayor transparencia, fortalecer a la Suseso y otros.

Si bien es cierto son temas importantes, pero no acogen la denuncia de la directora de Fonasa y de personas, algunas de ellas, incluso por interés personal, en el sentido del rechazo de prestaciones, ambas tienen un punto común. El trabajador frente a la contingencia ha tenido que recurrir a su sistema de salud. Por lo tanto, es lo que estaría originando el hecho.

De partida, la elección del organismo al cual recurre el trabajador tiene dos posibles agentes: el trabajador generalmente en los accidentes de trayecto, y el empleador en los accidentes del lugar del trabajo. El primero, lo realiza por una situación de emergencia y no declara la calidad de su accidente o generalmente no se le pregunta, sino que solamente se le atiende, especialmente por desconocimiento. En el caso de los empleadores para evitar un aumento de la prima. Situación que se produce por lo general en la pequeña y mediana empresa a la que debemos sumar la escasa o nula organización de los trabajadores, especialmente en los comités paritarios.

En lo referido a la calificación, la realiza la mutual cuando la contingencia llega a estas, aunque muchas queden en el camino. Organismo al cual se puede apelar, pero se produce el fenómeno de que las mutuales se transformen en juez y parte, y por último tenemos la apelación a la Suseso, cuyo superintendente en su última cuenta indicó que el organismo durante 2015 recibió 15.979 denuncias; 13.187 fueron calificadas como de origen laboral; 8.434 accidentes del trabajo; 3.170 de trayecto y 415 enfermedades profesionales, cifras que estarían desmintiendo lo afirmado por algunos de que existirían un gran número de rechazos.

Sin que sea el tema de esta Comisión debemos tener en cuenta, por ser material de la seguridad social, que durante 2014, de 4,5 millones de licencias presentadas a isapres y a fonasa, 571.661 fueron rechazadas o reducidas. Es decir, dentro del sistema de la seguridad social existe este vicio.

Propuestas. Ratificación por parte del gobierno de los convenios relativo a la salud y seguridad de los trabajadores, en especial el Convenio 102 de la OIT. Ratificar el Convenio 81, relativo a las inspecciones del trabajo. Mayor y mejor fiscalización de manera permanente y no ocasional de los organismos pertinentes. Generalmente, se realiza la fiscalización una vez que se produce el incendio. Declarar la salud laboral y la seguridad en la legislación como un derecho humano. Terminar con la relación empleador-trabajador entre la empresa y las mutuales, y hacer de esta organismo no solamente de asesoría, sino que con carácter fiscalizador. Fomentar la cultura de la prevención y dotar a los comités paritarios de autonomía, y que sus decisiones deben ser vinculantes.

El señor **Olivos** agregó que en función de lo anterior, trabajaron y propusieron a la Asociación Chilena de Seguridad la idea de realizar una capacitación para informar, lo que ha dado un excelente resultado. Han capacitado a más de 2.000 trabajadores que son dirigentes sindicales, a lo largo de todo el país, en seminarios sobre la ley N° 16.744, que es la de accidentes del trabajo, y sobre los comités paritarios y nos han dado cuenta de que la falta de conocimiento de los dirigentes sindicales es increíble. Ellos han escuchado alguna vez hablar del comité paritario, pero no tienen idea de cómo funciona.

Como señaló, se trata de un trabajo de información y de capacitación, realmente interesantes.

Otro de los temas que han trabajado con esa mutual es el de la prevención, porque una cosa es que ocurra el accidente y otra es prevenir. El gran drama que tienen es que el empleador no quiere que aparezca un accidente del trabajo porque la prima sube y la mutual no tiene facultades para obligar a solucionar el problema porque si no el empleador se va a otra mutual. Lamentablemente así es. El sistema es un poco perverso, de negocio.

Entonces, es importante que haya un mecanismo en el que la mutual tenga la facultad de actuar, impidiendo que la empresa, porque le aplicaron sanciones o se vaya a otro lugar, responda. Ocurre que el trabajador se accidenta en la empresa y esta, para no aparecer con accidentes del trabajo, lo manda a la clínica o a un paramédico que tienen ahí y cuando el accidente se produce en el trayecto, generalmente el trabajador no sabe qué hacer y va a la posta. Allí nadie le pregunta, porque tampoco ocurre eso, si tiene algún tipo de seguridad o si está afiliado a una mutual. No.

Entonces, existe falta de información, no solo en los trabajadores, sino en los sistemas de salud. Por lo tanto, es

muy importante que la comisión considere ese punto en su informe para buscar mecanismos que permitan subsanar este importante tema.

Finalmente, la relación entre el mundo del trabajo, a través de los sindicatos, con el empleador y con las mutuales debe ser mucho más fuerte porque es un problema grave que la empresa no quiera preocuparse mucho de que haya un comité paritario porque tiene fuero. Nos cuesta armar los comités paritarios y, por ende, creemos que debe haber mayor sintonía entre los trabajadores y la empresa.

Como central, están trabajando fuertemente en cambiar algunos conceptos antiguos en cuanto a lo que significa la empresa. ¿Qué es la empresa? Para ellos es el capital financiero ligado al capital humano. Esa es la empresa y los trabajadores tienen la idea errada de decir que van a negociar con la empresa. Entonces, no es así. Tú vas a negociar con el capital financiero y cuando esa negociación se realiza, muchos de los temas a tratar se van diluyendo.

El trabajador debe tener seguridad, buenas condiciones laborales, que no haya cables colgando, que no haya fierros aquí, etcétera, ya que hay una relación constante entre las dos partes, que son la empresa y no ese concepto errado de que los trabajadores están por un lado y la empresa o los dueños del capital, por otro. Ese concepto lo están trabajando fuertemente a través de seminarios y cursos para que los trabajadores entiendan cómo funciona la empresa.

El señor **Luis Aravena** de la Unión Nacional de Trabajadores señaló que como organización han hecho el análisis de que las mutuales son importantes, han dejado un legado en el país que no cualquiera puede notar.

Al revisar el detalle de las mutualidades se podrán dar cuenta, agregó, de que ha bajado un montón la tasa de accidentes en las distintas empresas del país. Cuando comenzó a trabajar, la palabra era fábrica; hoy es compañía.

Ahora bien, se alegra cuando va al cine y veo las vías de evacuación; cuando en un transporte público dice: "No fumar". Las mutuales generaron la prevención.

Ellos trabajan con la ACHS y se da cuenta de que las mutuales funcionan. Por ejemplo, cuando un trabajador se quema o se corta un dedo es trasladado inmediatamente a los hospitales de las mutuales, donde recibe una buena atención.

Ahora, cree que se debe mejorar el sistema, porque si se va al detalle, por lo que leyo del documento, se están haciendo algunas acusaciones respecto de que hay empresas relacionadas, de las utilidades, en fin. La verdad, a los dirigentes sindicales a lo mejor les debe preocupar un poco estos temas, pero el hecho concreto del significado de las

mutuales les satisface mucho, porque no les gusta que un trabajador accidentado no sea atendido. Ahí es donde se debe batallar en cuanto a la prevención.

Respecto de los comités paritarios, donde hay comités paritarios las cosas funcionan. Deben saber que si en una fábrica hay un amago de incendio, cuando llegan los bomberos la fábrica ya está en llamas y concurren grupos de bomberos de emergencia, que existen en cada compañía, y las mutuales los forman.

Existe una realidad que exponer, la que es la razón de que les preocupe bastante que de repente se quiera tocar algo que nos liga mucho como trabajadores.

Estuvo mirando estadísticas sobre la materia, pero no conoce mucho al respecto y se confunde. Sin embargo, la idea era obtener elementos para defender en la comisión que las mutuales mejoren, que gran parte del país logre acceder a los comités paritarios y que estos se formen. En ese sentido, cabe mencionar el caso de los mineros que creo que originó todo este debate que permite hoy realizar el presente análisis.

Desde una perspectiva técnica, manifestó que a muchos les preocupa que de repente se quiera hacer algún daño a los organismos contruidos; por el contrario, considero que hay que aportar a esa construcción.

Están completamente de acuerdo con ejercer una mayor fiscalización, porque las personas que deben definir si se trata de un accidente del trabajo, al final, también aplican algunos criterios creados para sus propios fines y, por ello, no definen bien el origen de la enfermedad. Sin embargo, más del 80 por ciento de los accidentes son acogidos por las mutuales.

El señor **Juan Pizarro**, señaló que viene de la Sexta Región, de la comuna de Nancagua y está netamente ligado con la parte agrícola.

Se sorprendió un poco con la declaración de don Oscar Olivos, porque donde trabajo, a pesar de que pertenecemos al sector agrícola y que la empresa podría considerarse pequeña o mediana por la cantidad de trabajadores, hay un comité paritario que funciona. Pero cabe agregar que en la empresa el comité paritario funciona porque existe un sindicato: el sindicato exige que exista el comité paritario. Esas situaciones no debieran conjugarse, pero la verdad es que en esto hay que trabajar juntos.

Respecto de las mutualidades, existen aspectos que deben mejorar, por ejemplo, falta fiscalización para controlar la forma en que funciona el comité paritario. No obstante, al existir un comité paritario las mutualidades deben procurar

su funcionamiento y lo hacen. Por ejemplo, tienen una relación directa con las mutualidades y si quieren capacitación, la solicitan a la mutual a la que pertenece la empresa y esta la otorga.

En muchas ocasiones, el problema es la falta de compromiso de la gente en orden a no querer participar, porque si como comité paritario se hacen exigencias a la empresa, se piensa que dichas exigencias responden a que se es complicado y esa no es la verdad. Lo cierto es que se tiene que luchar por sus derechos dentro del trabajo.

Por lo tanto, lo que se requiere es una mayor fiscalización respecto de cómo funciona el comité paritario y consideramos que no existe un organismo para ese fin. A pesar de que la Dirección del Trabajo tiene facultades en ese sentido, muchas veces no se quiere involucrar.

Hay que ir mejorando todas esas cosas.

Además, les parece importante establecer hasta dónde se puede determinar qué es un accidente del trabajo y qué es una enfermedad común. Muchas veces "uno se presenta con una enfermedad cuyo origen es un accidente del trabajo y en las mutuales dicen: "Es una enfermedad común o congénita, que viene de atrás o es hereditaria.". De hecho, en una oportunidad me dijeron: "Usted tiene una enfermedad hereditaria." y, sin embargo, me había pasado algo en el trabajo. Por ello, ¿qué organismo determina qué es un accidente del trabajo y qué consecuencias tendrá en el futuro? Lo de las mutualidades es una buena arma".

Otro elemento importante de analizar -a su juicio- es qué pasaría si se eliminaran las mutuales. Implicaría una mayor carga para el servicio público y si hoy el servicio público es malo, ¿sería mejor para quienes son sus usuarios? ¿Se mejoraría? Y, como trabajadores, ¿qué perdemos en las mutuales? Nada, porque el trabajador no aporta nada.

Desde su punto de vista, esas son las cosas que hay que analizar y mejorar.

8.- Participaron especialmente invitados los médicos señores Rodrigo Benavides y Andrei Tchernitchin.

El señor **Rodrigo Benavides** señaló que esta invitación se debe a que participó en las comisiones para la creación de la ley, en 1968, y que ha vivido en función de ella.

Comentó que se dedicó a la medicina del trabajo y se preparó en la Universidad de Pittsburgh, en Estados Unidos. Ha vivido en Concepción y dedicado a la medicina del trabajo toda su vida. Fue médico jefe de Enacar (Empresa Nacional del Carbón S.A.) hasta hace dos meses atrás. Estuvo más de

cincuenta años a cargo de la minería del carbón. También fue médico jefe de Huachipato durante treinta y cinco años, entre otros cargos que figuran en su currículum.

Resaltó que, desde el punto de vista de la salud ocupacional, este no es un problema médico. Insistió, que aquí no hay un problema médico, sino económico por un lado y, por otro, se escapa al tema del diagnóstico. Los médicos en Chile, quienes, por lo demás, tienen una muy buena preparación, hacen diagnósticos de enfermedades. Una enfermedad se transforma en ocupacional o en un accidente del trabajo en la medida en que en el ambiente laboral se demuestre su causa. Lamentablemente, con el correr del tiempo, la carga de la prueba se ha dejado caer en manos del trabajador, de tal manera que un médico puede hacer, desde una imagen de radiografía, un diagnóstico que sugiera una lesión pulmonar, pero no será silicosis ni asbestosis ni otra patología pulmonar de tipo profesional si no se demuestra que en el puesto de trabajo existe el riesgo. Si no existe eso, no es beneficiario de la ley de accidentes del trabajo.

Un médico, sin ninguna preparación en medicina del trabajo, puede hacer un diagnóstico de cirrosis hepática, de una enfermedad de la piel o de neurosis, pero no puede decir que la persona es beneficiaria de la ley de accidentes del trabajo y, por lo tanto, va a proponer ese diagnóstico a determinadas entidades, como las mutuales por ejemplo, para que la enfermedad sea calificada como enfermedad profesional. Por lo tanto, el médico solamente llega al punto de hacer un diagnóstico de una patología que en nada se diferencia, salvo excepciones muy especiales, de las enfermedades comunes.

Cuando se trata de discutir una enfermedad profesional, por ejemplo pulmonar o hepática y se quiere avanzar más allá del diagnóstico clínico, no lo puede hacer. No puede hacer una biopsia hepática ni una biopsia pulmonar, por ejemplo, porque no puede invadir al trabajador. El trabajador tendría que certificar que acepta la invasión a su organismo, pero desde el punto de vista general, insistió, un médico no puede invadir a un trabajador para hacer un diagnóstico. La ley tampoco lo pide. Lo único que pide la ley es que el ambiente del trabajo no tenga un riesgo por encima de los límites máximos permitidos. Eso es lo único que se pide cuando se califica una enfermedad.

Todo empezó hace varios siglos atrás, primero por la necesidad de proteger a los trabajadores y de garantizarles prestaciones de salud y pecuniarias; ese es el centro de la ley. El segundo punto, nació por la necesidad de hacer desaparecer los siniestros laborales. La intención de la ley

fue que estos siniestros o ocurrieran, no hubieran accidentes del trabajo y que no existieran enfermos profesionales.

Si ustedes me preguntan qué cambiaría en la ley, creo que hay varias cosas por hacer. La ley es antigua, el mundo alrededor de la ley ha cambiado enormemente desde que se inició la ley. Admira a todas las comisiones de diputados y de senadores que participaron en ello, y a todos los médicos que en ese tiempo llevaron a cabo la ley. El trabajo fue excelente, extraordinario. Es una ley que ha sido modelo en Latinoamérica, incluso para Estados Unidos, según me lo hicieron saber en algunas las reuniones que tuve allá.

Su visión de la ley es que no es mala. Tiene temas que, desde 1968 hasta ahora, han cambiado tanto. Pero, insistió, son muy pocas cosas las que habría que cambiar.

Cambiaría el sistema monopólico de aseguradoras, obviamente, porque hoy día ya no tienen razón de ser. Las mutuales, las aseguradoras o el ISL, como entidades, son las únicas que manejan este sistema. Necesitamos que haya cierta competencia en ese ambiente. Esa es una opinión

En lo personal, agregó, modificaría la fórmula de cálculo de la siniestralidad de las empresas. Esta dependerá del médico y es la única parte donde él realmente influirá en la ley. Ahora bien, la siniestralidad de las empresas se fija por la invalidez, la mortalidad del trabajador y los días de subsidio. Sin embargo, nadie se fija si estas cuentan con un programa de prevención, ¿qué ha hecho el empleador por su empresa? ¿Cuál es y cómo ha mejorado el ambiente? ¿Cuánto invirtió en ella? Lo anterior no se toma en cuenta, pero sí los días de subsidios y de reposo. Estos últimos, como ustedes se podrán imaginar, no los puede manejar nadie.

El año pasado, recordó, una secretaria se accidentó con un corchete en un dedo -en una empresa de excelencia en prevención de riesgo-, lo que le significó a la empresa aumentar su siniestralidad ostensiblemente, ya que la herida se infectó y le provocó una septicemia, razón por la cual la señora cayó en la UCI y estuvo entre 8 y 12 meses hospitalizada. Es más, ¡casi perdió el brazo! Ese año de subsidio influyó en la siniestralidad y obviamente el empleador dijo: "¿cómo un solo accidente que he tenido en tres años ha significado aumentar mi siniestralidad? Ello ocurre en esa fórmula, porque, por ejemplo, si el médico salió de vacaciones o se fue a un congreso y por esa razón cita al trabajador en vez del próximo miércoles para 15 o 20 días más cuando él regrese y lo sigue atendiendo, entonces, esos días pasan a ser días de subsidios y, por lo tanto, se cargan a la empresa. ¡Ello no debiera ser! Y, por lo mismo, debería existir un mecanismo de reconocimiento de lo que los

empleadores hacen por sus trabajadores en las empresas y castigar a los que mantienen el riesgo en el lugar de trabajo.

El tercer punto que revisaría es el obsoleto sistema de compensaciones.

No puede ser que Chile siga con ese nivel de compensaciones para los trabajadores lesionados. No es posible dar una pensión parcial a un trabajador que perdió las dos manos o su brazo que se encuentra desarticulado del hombro, pues esa pensión parcial significa un 35 por ciento de su sueldo. ¡Es algo horroroso! Sencillamente es un sistema basado en un baremo que en estos momentos mide las incapacidades. ¡Ello está atrasadísimo y no puede seguir así! Si ustedes ven a los trabajadores lesionados y lisiados, se darán cuenta de que ellos no pueden vivir con un 35 por ciento de su sueldo. ¡Es un horror!

Por último, le parece imperativo crear un tribunal de garantía de los derechos fundamentales de los trabajadores lesionados, porque esta ley lamentablemente no tiene en ninguna instancia en la cual el trabajador pueda ser citado. ¿Por qué no citan a un trabajador para que pueda ir con su abogado o con su médico a hacer la presentación de su caso para la calificación del accidente o de la enfermedad? Ni siquiera en la Comisión de Invalidez los citan, pues la invalidez se evalúa a través de los escritos que hacen los médicos, la gente que vio al trabajador en el hospital y la forma cómo se produjo el accidente, pero no con su presencia. ¡Ni siquiera se le permite ir con un familiar! He acompañado a mi trabajador a las comisiones, habiendo hecho yo el diagnóstico y visto su incapacidad, sin embargo, no me dejan entrar a las compines, pues sus médicos o los de la Comere me dicen: "No doctor, aquí el único que entra es el trabajador. No puede entrar nadie más.". ¡Eso es absolutamente ridículo! y va en contra de todo derecho constitucional del trabajador. ¡Eso no existe ni en Francia ni en Inglaterra ni en Estados Unidos!, ya que en esos países los trabajadores tienen todas las posibilidades de llevar su defensa, tener libertad de expresión y hasta firmar el acto de evaluación de la incapacidad, lo que para mí es crucial. Podrán cambiar la ley y todos los artículos que quieran, pero mientras no exista ese derecho que tiene el trabajador a defensa, obviamente, nada va a servir.

La ley es genial, el ciclo y la cantidad de accidentes y enfermedades que significaban un costo para el empleador, la transformamos. Los empleadores se organizaron y se crearon los seguros y con ello las aseguradoras -hasta ahora son mutuales de empleadores-. En otras palabras, los empleadores

se juntaron, porque estos accidentes le pueden ocurrir a uno u otro, se aseguraron del costo económico y crearon este sistema de aseguradoras que se mantienen con las cotizaciones que son de cargo patronal -el empleador paga la cotización- y no laboral. Estas cotizaciones se calculan según la siniestralidad de la empresa, de la cual hablábamos antes. Pero, ¿quién evalúa esa siniestralidad en sus empresas? Bueno, lo hace la misma aseguradora. En el caso del ISL, la parte pública, lo hace el Servicio de Salud con el ISL y, en el caso de las mutuales, las mutuales.

La siniestralidad de la empresa que depende fundamentalmente del acto médico es la que gatilla la prevención de riesgos en la misma así como el mejoramiento de los ambientes de trabajo, lo que obviamente va a incidir en una baja de los accidentes y de las enfermedades profesionales; pero si eso no funciona con esa facilidad que aparentemente tiene la ley, que, por lo demás, es tremendamente práctica, entonces ¿qué pasa? En la ley dice que el punto inicial del accidente y de la enfermedad es a causa o con ocasión del trabajo o a causa directa de la gente que está en el puesto de trabajo, pero ¿quién demuestra la relación causal? La tiene que demostrar el trabajador, es decir, la carga de la prueba está en sus manos y él es quien debe presentarla, pues le exigen exámenes médicos, exámenes de retiro, examen preocupacional, el probar que existe el tóxico o sustancia química en el puesto de trabajo; le exigen que demuestre que hay una sobrecarga musculoesquelética, etcétera. Por lo tanto, ¿qué trabajador puede tener un examen médico de retiro? Por ejemplo, en el caso de las sorderas profesionales le exigen al trabajador un audiograma y si no cuenta con el examen de retiro de audiometría, no tiene derecho a nada en la ley.

"Ahora, alguien se accidenta y puede ser cualquiera de nosotros. Les recuerdo, al igual que lo hago con los ejecutivos de las empresas y, a veces, con los estudiantes de la universidad que cuando se encuentran escuchando creen que no se van a accidentar nunca, sin embargo, al salir de aquí se pueden apretar el dedo en la puerta o se pueden caer o torcer un tobillo o chocar en la calle y en ese momento pasan a ser una pelota e inmediatamente empieza el juego que se llama *calvinball*. Este juego consiste, por un lado, en que todos los días cambian las reglas, o sea, nadie puede saber realmente lo que va a pasar mañana. Por otro lado, ese juego acepta todo, es decir, es *full contact*. En el fondo, todo lo que ustedes se puedan imaginar puede ocurrir en ese juego: Se engaña, se miente, se hacen exámenes falsos, se falsifican las respuestas de los pacientes, se hacen declaraciones de la

existencia de riesgos que no existen, o sea, es un juego en el cual todos los que están ahí se engañan, pues no olvidemos que la idea es ganar. Todos tienen negocios y quieren ganar: las mutuales, el ISL, las isapres y Fonasa. Entonces, ocurre que los que tienen arqueros en este juego son fundamentalmente las mutuales, pues cuentan con una fiscalía y con un equipo de abogados enorme; el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), que también tiene excelentes abogados que los defiende y al otro lado casi no hay nadie, solo algunas isapres que hacen algo para defenderse. La mayor parte de la fuerza la tienen las mutuales, porque cuentan con un muy buen cuerpo de abogados que entienden el tema.

¿Qué pasa cuando ocurre un foul y alguien se da cuenta? El trabajador se da cuenta y, dice: "Esto que cuentan de mí, no es verdad. No es verdad que no hay riesgo químico. No es verdad que no hay asbesto." ¿Qué pasa cuando ocurre eso? En ese momento se pide un árbitro omnipotente: la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso), que recibe los reclamos de los jugadores.

Los que juegan en Chile representan una mínima cantidad de comparación a los que realmente tienen problemas, de hecho, debe ser cerca de 1 por ciento; pero nos transformamos en pelota y caemos ahí.

Encontramos que ese gran árbitro omnipotente, decide y califica todo lo que estipula la ley sin ulterior recurso, pues la ley da esa potestad y la Contraloría General de la República no se puede meter. Nosotros hemos estado con el contralor, a lo menos, tres veces. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social no se puede meter o no se quiere meter o, simplemente, no se mete".

Ahora, todas las entidades alrededor de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) no se meten, porque hay poderes parejos. Además, porque las autoridades de otros estamentos no saben o no tienen idea de la ley y, tienen terror a meterse en un tema pantanoso del que no podrán salir bien parados, porque la Suseso sabe de la ley y sabe manejar el asunto.

Prevención de riesgos no tiene ninguna relevancia. La Superintendencia de Seguridad Social, a lo menos, en dos ocasiones, en demanda frente a la Corte de Apelaciones, ha dicho que los estudios de puestos de trabajo y los análisis de ambiente laboral los deben hacer los médicos y no los prevencioncitas de riesgos. Por tanto, de una plumada borró a los prevencioncitas de riesgo del partido. No sirven.

El Ministerio de Salud (Minsal) encargado de hacer todas las directrices, tiene que ver en cómo se estudia una enfermedad profesional o qué enfermedades profesionales hay

que mirar. Hay decenas de circulares del Ministerio de Salud que ordenan y protocolizan este tipo de trabajo. Bueno, ninguna tiene valor para la Suseso. ¡Ni una! Salvo que en un momento dado, las puedan usar; pero no tiene valor en el sentido de que esté obligada a calificar, basándose en lo que el Ministerio de Salud dice.

Esa ha sido una pelea crónica desde hace muchos años entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social. O sea, son dos poderes, pero en este momento lo único que cuenta para la ley es lo que dice la Superintendencia de Seguridad Social.

Argumentó que ese es el juego al que todos estamos sometidos en este momento.

En este juego la pelota es una verdadera reedificación del tema del trabajador. Es decir, el trabajador se transforma en una pelota que carece de información; no sabe del trámite y se le niegan los exámenes. Claramente, no es posible que cuando un trabajador pide sus exámenes para saber por qué, cómo y cuándo lo evaluaron, se los niegan, diciendo: "No señor, no tiene derecho a tener los exámenes". Ese trabajador debe recurrir al Tribunal de Transparencia para obtener esos exámenes, que son de él.

Ese trabajador no tiene derecho a defensa. Como ya expliqué, nadie del sistema público o de las mutuales puede entrar a estas comisiones de evaluación o de calificación de accidentes de trabajo.

No se aceptan las pruebas que presenta el trabajador. De hecho, puede presentar pruebas; estudios de puesto de trabajo, hechas a petición de él por la Seremi de Salud o por la gente del Ministerio de Salud y, la Suseso le dice que no tiene valor frente a los informes técnicos que presentan las mutualidades.

También se les hace responsable de los exámenes médicos, cosa que ya les conté. Ellos deben hacerse los exámenes para obtener los beneficios que estipula la ley, pero la carga de la prueba respecto de la causa al final del accidente y de la enfermedad recae en el trabajador. Si él no lo puede demostrar -cosa que es muy frecuente, en la mayoría de los casos- pierde todos los beneficios del seguro.

Según una encuesta de salud y trabajo en la Región Metropolitana, de cada 100 trabajadores, 14 reconocían haber tenido una enfermedad provocada o agravada por el trabajo, durante su vida laboral. El 62 por ciento de los casos se concentra en quienes tienen un nivel de ingresos menor de 250 mil pesos y en los grupos de 41 años a 60 años de edad. Solo un 20 por ciento de las enfermedades que los trabajadores

vincularon al trabajo fueron reconocidas como enfermedades profesionales. Ese es un hecho.

El total de casos enviados a la Suseso para su calificación, llegaron a 10 mil en 2011. De estos, mil casos eran por enfermedades profesionales.

La curva ascendente de las enfermedades profesionales es increíble. Los accidentes de trabajo también tienen una curva ascendente y los accidentes con ocasión del trabajo también han ido aumentando.

Más del 70 por ciento de las enfermedades profesionales fueron rechazadas como enfermedades profesionales y cayeron en el ámbito de la enfermedad común.

Los accidentes con ocasión de trabajo, se acercan al 65 por ciento.

En los accidentes de trayecto hubo un cambio de criterio en 2009 y, en 2010 y en 2011 subieron casi al 60 por ciento. Hablamos de una cantidad desorbitante de casos rechazados.

¿Por qué pasan a la Suseso estos casos? Cuando se produce la necesidad de calificar un accidente o una enfermedad, se aprovecha el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, que permite a cualquiera de las entidades de salud rechazar la solicitud, si hay dudas respecto de si la enfermedad es laboral o no. No es necesario realizar una investigación, no la necesita. Entonces, el trabajador debe ir a la isapre o a Fonasa y presentarse para que le den subsidio, tratamiento y atención médica.

Si la isapre o Fonasa, entendiendo la ley, quiere reclamar contra el artículo 77 bis, lo debe hacer en la Superintendencia de Seguridad Social. Si no tiene idea de la ley, que es lo habitual, sencillamente se quedan con el trabajador y deben atenderlo, pero pierde todos los beneficios de seguros, para lo cual la ley realmente fue creada.

El número de casos enviados a la Suseso por el artículo 77 bis, en 2011 fueron dos mil y las enfermedades profesionales se mantienen bastante altas con casi dos mil desde 2008 hasta 2011. Hay accidentes con ocasión de trabajo que han ido aumentando y, los accidentes de trabajo-trayecto también han aumentado con quinientos casos.

¿Qué porcentaje de casos rechazó la Superintendencia de Seguridad Social? Enfermedades profesionales 50 por ciento y en el caso de accidentes con ocasión del trabajo y trabajo-trayecto existe un cambio de criterio de la Superintendencia desde 2009, con un aumento de casos rechazados.

Aclaró que son datos entregados por la Superintendencia de Seguridad Social, no nuestros.

El porcentaje de apelaciones de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) acogidas por el servicio de salud, en el sentido de rechazar el accidente de trabajo o enfermedad profesional, versa sobre el 70 por ciento de casos parejos, en estos cinco o cuatro años, se mantuvo en 70 por ciento. O sea, de todas esas enfermedades de las que se pidió efectuar la calificación, porque el trabajador creyó por sí mismo o debido a que un médico le dijo que era una enfermedad profesional, el 70 por ciento fueron calificadas como enfermedades comunes, razón por la que el sistema común establecido por ley, el Fonasa o la isapre, tuvo que hacerse cargo de su atención.

Respecto de la diferencia entre el Instituto de Seguridad Laboral y la Asociación Chilena de Seguridad, en cuanto a la relación entre el número de casos presentados y los que fueron rechazados, el ISL aparece con sesenta casos en el último año, en comparación con los 1.600 casos de la Asociación Chilena de Seguridad. Entonces, ¿qué está pasando con el ISL, que es público? ¿Acaso allí no se presentan para calificación casos reales de accidentes laborales o lo que sucede es que los trabajadores no pueden reclamar? Ese aspecto debe ser tomado en cuenta por la Comisión, porque lo señalado constituye un problema que no se puede aceptar.

El ISL tiene un "segundo arquero", fuera del que tiene con su equipo de abogados: si el trabajador que se accidenta o que tiene una enfermedad profesional no es empleado, debe ser derivado al servicio de salud. La calidad de obrero o empleado en el ISL permite hacer esa separación. De allí que el trabajador accidentado que llega al ISL, que sabe que será enviado al servicio de salud a hacer la fila y a esperar tres o cuatro meses para que lo atiendan, obviamente no tiene ningún interés en reclamar.

Ahora, esa calificación es ilegal, porque todo el mundo sabe que desde hace muchos años no existen diferencia entre los obreros y los empleados en Chile. Esa diferencia no existe en ninguna parte, excepto en el ISL. ¿Quién califica si uno es empleado u obrero? Si mando a un minero para que lo califiquen y lo envían a la Superintendencia de Seguridad Social, ese organismo es el que puede determinar si tiene el carácter de empleado, sobre la base de que desarrollaría mayor trabajo intelectual que un pirquinero, o puede determina que no lo es, y señalar que ese señor es obrero, porque no trabaja mucho con la mente.

Desde ese momento, el ISL se hace cargo de él y lo envía a hacer cola al servicio de salud, entidad en la cual, por así decirlo, se pierde, porque obviamente está sobrecargada de trabajo, ya que tiene otras patologías importantes de las que

hacerse cargo, como los casos atinentes a las áreas de pediatría, obstetricia y oncología, de manera que si llega un accidentado del trabajo, ¿quién le iba a dar pelota? Obviamente, nadie le da pelota. Entonces, sencillamente se pierde, porque puede esperar meses en que lo vuelvan a atender.

Dejo planteada esa inquietud a esta Comisión, porque es un problema que se debe solucionar; no puede seguir así.

Hace algunos años, Bitrán y Asociados elaboró un estudio para la Superintendencia de Isapres, referido a las licencias presentadas en las isapres, para el cual utilizó cinco diagnósticos. Para el año estudiado, el gasto de las isapres en diagnósticos laborales fue de 16.000 millones de pesos. Puede que hay un error en esa cifra, de modo que hay que analizarla con más cuidado, pero en general esa es la cifra anual que refleja el traslado de la gente que tiene los beneficios del seguro de la ley hacia el sistema de enfermedades comunes.

¿Qué es lo que ha pasado? Mi diagnóstico es que la seguridad social en Chile, como en otros países, se ha entregado a la Suseso, a la que se le pidió que tenga dos tipos de funciones: de gobierno y de garantía, y ambas, como es obvio, dependen del gobierno de turno, aspecto del que no se pueden desprender.

En las funciones de gobierno están legitimadas por la representación política que este tiene en el Congreso Nacional. Su rol legal tiene que ver con lo que no se debe hacer. O sea, la función de la Superintendencia es velar que las instituciones previsionales no se salgan de madre: "No puede pasar de acá". "No puede pagar más". "No puede quitar". "Esto es lo que no se debe hacer". La Superintendencia controla y fiscaliza a las instituciones previsionales. Prohíbe y limita. Y eso, aparentemente, lo hace bastante bien.

Pero las funciones de garantía, que están legitimadas por las leyes y por los derechos constitucionales de todos los ciudadanos, tienen que ver con lo que se debe hacer, con lo que es obligatorio para los poderes públicos. La Suseso tiene que velar para que eso realmente se entregue, lo que tiene que recibir al trabajador, lesionado en este caso, y para llevarlo a este punto, tiene que satisfacer los derechos sociales de salud y de previsión. Por ello debe velar la Superintendencia de Seguridad Social, la que tiene que ser un órgano tutelar de los derechos constitucionales de la gente que está con siniestro y en estado de necesidad.

¿Qué es lo que ha pasado? Las funciones de gobierno en materia de fiscalía funciona aparentemente bien, pero los

derechos de las funciones de garantía, de igualdad ante la ley, el derecho a la información, el derecho a la defensa, el derecho al juicio imparcial, el derecho a la expresión, no se está cumpliendo.

¿Qué es lo que se ha producido con eso? Que hay una protección incompleta de toda la gente que tiene la desgracia de haber tenido un accidente del trabajo o padecer de una enfermedad profesional. Hay una cantidad cada vez mayor de accidentes y de enfermedades profesionales que no son reconocidas, porque las estadísticas que se dan son de las que sí lo son, pero el monto de las que no son reconocidas es inconmensurable; tienen un costo social muy alto y hay un recargo de las instituciones de salud común. Lo señalo porque parte del tema que ustedes están viendo dice relación con el costo social, humano y económico que se está produciendo por esa forma de llevar a cabo la ley de Accidentes del Trabajo.

Insisto que eso no es un problema médico; no se enreden con los médicos. Los médicos pueden estar actuando y puede que no haya medicina del trabajo, pero no importa, porque el diagnóstico de enfermedad común o enfermedad laboral no lo hacen los médicos, sino los prevencionistas de riesgo, que son los que estudian el puesto de trabajo que da esa calificación. Por lo tanto, yo no puedo decir si un trabajador padece de silicosis, no puedo hacer nada con él, si el prevencionista de riesgo no me dice si hay o no presencia de sílice en su ambiente de trabajo. Los médicos no tienen nada que ver en el baile, salvo respecto de la tasa de siniestralidad, como les explicaba, de modo que erróneamente los metieron en el juego. Los médicos no entran en el juego, no se enreden con el tema.

El doctor Tchernitchin aquí va a hacer una presentación sobre el asbesto, lo cual obviamente es muy importante, pero el que va a calificar si un trabajador padece de asbestosis no es el médico, porque no es él quien estudia los ambientes de trabajo, el que mide la fibra de asbesto. Si no hay fibra de asbesto o se esta se encuentra dentro de determinados límites máximos permitidos, no habrá calificación de asbestosis, a pesar de que los trabajadores lloren y pataleen; no existirá la calificación de una enfermedad profesional.

Por último, quiero señalar que he planteado aquí en forma resumida se encuentra contenido en un libro que será ser publicado dentro de poco: Salud Ocupacional: De jure, pero no de Facto. Hice un extracto de ese libro, el cual dejaré en poder de la Comisión, porque en él aparecen muchos de los casos de reclamo, están todos los ordinarios de la Superintendencia de Seguridad Social que tienen que ver con

eso, y hay un análisis técnico de la ley de Accidentes del Trabajo.

El señor **Andrei Tchernitchin** se refirió a la contaminación ambiental en Coronel y sus efectos sobre la salud.

Las centrales Bocamina 1 y Bocamina 2, en donde ocurrió un problema de asbesto porque fue retirado de una manera inadecuada a consecuencia de una negligencia absoluta por parte de la empresa, que no se preocupó de que nadie fuera expuesto a él, y ahora se ven las consecuencias.

¿Qué es el asbesto? Son fibras de distinta estructura química. Hay distintas clases de asbesto. Todas son peligrosas. Las fibras son indestructibles, resistentes a ácidos, estables en el ambiente, no se evaporan ni se disuelven en agua; son uno de los mejores aislantes de calor y electricidad; su longitud y resistencia a la tracción permite tejerlo y puede mezclarse con otros materiales: cemento, caucho, plástico, etcétera, para modificar sus propiedades.

La asbestosis pulmonar:

Existen otras patologías por exposición a arsénico.

La exposición crónica al asbesto es acumulativa. La asbestosis pulmonar, cada vez aparecen más fibras, que al principio se notan poco y después dificultan la respiración. Se interponen entre el vaso sanguíneo y el alveolo y dificultan el paso del oxígeno; o sea, anoxia de los tejidos.

Efectos diferidos en el tiempo:

Cáncer bronco-pulmonar, mesotelioma y otros tumores cancerosos.

El mesotelioma solamente es producido por asbesto. No hay otra causa.

Si una persona es fumadora, pero además tiene asbestosis, la Organización Mundial de la Salud define como causa el asbesto.

Otro síntoma es el hipocratismo digital.

Así se ven las fibras de asbesto, procesadas con un colorante, dentro del tejido pulmonar y con luz ultravioleta, en el cual tiene una fluorescencia. Pero se pueden identificar muy fácil al microscopio.

Riesgo de cáncer por asbesto:

La crocidolita es peor y la amosita es menor al crisotilo, pero también produce cáncer. En algún momento la empresa canadiense que lo traía a Chile decía que el crisotilo era más bueno. En realidad, es un poquito menos malo, pero es malo y peligroso.

Las fibras de asbesto en otros materiales también causan daño: asbesto cemento, tejidos que tengan asbesto, etcétera.

Cuando el material se trabaja: el pulido, se hacen perforaciones o se muele, se desprenden grandes cantidades de fibras de asbesto, que es lo que pasó en Coronel. En las demoliciones, el asbesto cemento también libera fibras; la extracción de planchas de asbesto también libera fibras.

Hay un procedimiento especial para extraer las planchas para que no contaminen mucho.

Cuando en Berlín quisieron reabrir el Congreso, el antiguo Parlamento estuvo clausurado tres años, porque estuvieron esperando a que la densidad de fibras de asbesto disminuyera.

Además, se ha distribuido asbesto carcinomas en el estómago, esófago, colon y laringe probablemente a raíz de asbesto en el agua. También hay diversas neoplasias malignas linfoides y el mesotelioma peritoneal.

¿Qué es el mesotelioma? Es el cáncer de una membrana sedosa; son dos membranas muy finas con líquido entremedio.

Tenemos esas membranas -mesotelio- en el pulmón, por eso se puede mover dentro del tórax; alrededor del corazón y del tubo digestivo, es decir, desde el estómago hasta el final del tubo digestivo.

El hipocratismo digital, que también se llama "dedo en palillo de tambor", se produce cuando está avanzado y se genera por falta de oxígeno.

Ahora, qué encontraron en los niños, en Coronel. Y aquí quiero mostrar que, además de asbesto, hay otros problemas que derivan no solo de la empresa Bocamina, sino de otras también. Hay que verlas en conjunto.

El seremi entregó datos sobre metales encontrados en niños y dijeron cuántos niños tenían problemas de un total de 285. Pero se ve una desprolijidad en los datos, entregados al lote.

Decía por litro de sangre. Pero esto se mide en orina, no en sangre. O sea, ya es un informe mal hecho. Les da lo mismo. En todo caso, hay toda esta cantidad de niños que tiene niveles superiores a los considerados como inocuos.

Aquí, da los datos de arsénico en orina, cuánto había; mercurio en orina; cadmio en orina; níquel en orina. Pero el níquel se encuentra principalmente en el petcoke, en muy altas concentraciones.

Por lo tanto, cuando se usa petcoke en combustibles, ¿cuál es la huella digital? Encontrar níquel y vanadio, y además emite plomo, dioxinas, furanos, policloros y fenilos. Pero si encuentro níquel o vanadio en concentraciones más altas, significa que fue usado el petcoke.

Hicimos varios diagnósticos, pero no nos creyeron. Sin embargo, al final multaron a las empresas, porque usaban petcoke en forma clandestina.

Entonces, si encontramos bastante níquel, es muy probable - casi el 99 por ciento- que se ha estado usando petcoke como combustible.

Plomo: no encontraron plomo. Muestro esta diapositiva por una desprolijidad.

Aquí hay un listado de las empresas que emiten más material particulado, como la termoeléctrica Central Coronel.

Y aquí hay un estudio por volumen de material particulado: cuánta emisión, qué material particulado, las empresas localizadas en la zona, volumen de material particulado 2.5.

Aquí está el número de casos por lugar.

Aquí se ve el arsénico y dónde están los casos de arsénico.

Pero lo más interesante es Bocamina. Se muestra el número de casos por colegio, que depende del tamaño del círculo. Todos están cerca de las emisiones. Aquí está Bocamina causando el efecto.

Ahora, ¿qué falta estudiar? Hidrocarburos policíclicos aromáticos, dioxinas, furanos, policloros y fenilos, y además morbi-mortalidad por barrios urbanos. Por ejemplo, estudiar por cuadras, incluso, cáncer -qué clase de tumor hay-, abortos espontáneos, embarazos tubáricos, malformaciones fetales y patologías pulmonares.

Se debe incluir los casos de Concepción, porque hay muchos que tenían, casi seguramente, asbestosis, y como no había broncopulmonar, los mandaron a Concepción. Entonces, no están incluidos en las estadísticas de Coronel.

Ahora, respecto de los embarazos tubáricos y abortos espontáneos, hay zonas, un par de cuadras, donde hay muchos de esos casos. Eso hay que investigar. Una vez que se detectan donde hay, se puede encontrar la causa. Pero para encontrarla hay que hacer el estudio.

Malformaciones fetales, cada compuesto produce su tipo de malformación. Hay que estudiarla.

Y las preguntas más importantes: Sobró asbesto, ¿dónde se ha guardado el asbesto? ¿Dónde guardan los residuos de la combustión, las cenizas? ¿Dónde se han guardado los aceites de enfriamiento? Porque se usa el policloro bifenilo, que son tremendamente carcinógenos. Bueno, y eso hay que ver dónde. Si se enterraron en alguna parte, esto va a ir filtrando las napas, y estas, por supuesto, van a ser absorbidas por las raíces de las plantas que ustedes consumen. Va a entrar al agua potable. Las hortalizas que tienen policlorobifenilos pueden llegar a Santiago y los habitantes de Santiago comerán PCB traídos desde el sur, desde Coronel.

Esos son los estudios que hay que realizar y algunas de estas preguntas están casi contestadas, pero tiene que haber

una respuesta oficial, que sea creíble y jurídicamente válida para actuar en consecuencia.

En esta lámina les muestro, desde un lugar alto, en que se puede ver el puerto, la Central Bocamina, y de repente aparece una nube misteriosa de humo. Al parecer, era día sábado cuando sacamos la foto y, por lo tanto, no hay nadie fiscalizando.

Después, en esta lámina aparece nuevamente esa nube de humo. ¿Y cómo se explica? Porque salió de esa chimenea. Entonces, esa es la pregunta. Eso es lo que hay que investigar cuando pasan esas cosas. Probablemente viene con gran cantidad de dioxina, porque si se quemó en forma incompleta, pero a altas temperaturas, entonces tenemos humo saturado y una serie de otros compuestos que son peligrosos.

Y ahora lo más importante: efectos en salud.

Los efectos diferidos, por exposición aguda o crónica perinatal, son mutaciones, cáncer, daño orgánico (asbestosis), malformaciones fetales e *imprinting*.

Vamos a analizar solo alguno de estos efectos: el cáncer.

Aquí hay un concepto muy importante: cada compuesto químico produce un tipo de cáncer. El asbesto produce principalmente cáncer de pulmón, que es originado en los bronquios, es broncogénico, y mesotelioma. El bronceno produce leucemia mieloide. Hay otros compuestos químicos, por ejemplo el níquel que produce cáncer en los senos nasales y en el pulmón; cromo y cadmio, también van a producir sus propios cánceres; por lo tanto, el análisis de los tipos de cáncer que se encuentran, puede facilitar el diagnóstico de lo que hay que buscar.

Ahora, con respecto a la relación entre el arsénico y el cáncer, voy a mostrar lo siguiente:

La norma para arsénico en agua es 10 microgramos por metro cúbico, que hoy se cumple en Antofagasta. Del año 50 al 57, teníamos 100 microgramos; del año 58 al 70, teníamos casi 900 microgramos; pusieron una planta de abatimiento y bajó a 100 microgramos, y así ha ido bajando hasta normalizarse.

¿Cuáles son las consecuencias? Cáncer. Donde no hay arsénico, ni en el agua ni en el aire, tenemos menos de 10 fallecimientos por cáncer pulmonar por 100.000 habitantes al año, y menos de 1,5 por cáncer de la vejiga.

En Antofagasta, en vez de menos de 10, tenemos 36 muertes por cáncer pulmonar al año por 100.000 habitantes, y de vejiga, en vez de menos de 1,5, tenemos 10,6. El cáncer de la vejiga es exclusivo del arsénico y de un compuesto químico que no se encuentra frecuentemente en la naturaleza. Por lo tanto, el arsénico da el diagnóstico, el que también se encuentra en otros productos.

Veamos, por ejemplo, qué pasa en Santiago. Santiago sur: 11 casos. Aquí no hay arsénico y prácticamente no hay cáncer, está en el límite. Santiago norte: un poquito más. Santiago occidente: donde hay más esmog y, sin embargo, hay menos casos de cáncer pulmonar, que es producido por el esmog, y poco cáncer de la vejiga. En Santiago centro aumenta a más del doble: 20 casos, la mitad de Antofagasta, y esto sube un poquitito; por lo tanto, en Santiago centro es principalmente por el smog. No es en Santiago occidente es en Santiago centro. Y aquí un poco. Vamos a ver por qué. Santiago oriente: aumentó un poco más todavía: 21 casos; pero el cáncer a la vejiga aumentó a 3,7 casos. O sea, claramente en Santiago oriente hay arsénico. ¿Y de dónde viene el arsénico? Porque en el agua no hay. Resulta que está la fundición Caletones y entonces el humo se va por la precordillera hacia el norte.

En algún momento hice la denuncia, que salió por la prensa, y la Conama en esa época trabajó con algunos científicos que llegaron de Suecia, investigaron la presencia de emisiones, y de estas midieron azufre y después hicieron las modelaciones.

En esa ocasión les pregunté por qué no estudiaban el arsénico y me respondieron que no estaba normado y que no podían modelar lo que no estaba normado, y solo midieron azufre. Pero para el caso da lo mismo, porque supongo que si hay una chimenea y sale humo, no va a salir el arsénico por un lado y el azufre por otro, lo cual significa que esto es producido por arsénico en el aire. Bueno, aquí en el norte también tenemos efectos del arsénico; en el sur no se nota tanto. Esta lámina es sobre mortalidad entre los años 50 y 93, y es un trabajo de Rivara y Corey.

Pero aquí hay otro caso interesante: en la Región de Antofagasta había mucha mortalidad por cáncer. Aquí no las clasificaron, pero a un seremi del gobierno pasado, se le ocurrió dar a conocer el cáncer por comunas, y apareció una sorpresa: en Tocopilla hay mucho más cáncer pulmonar que en el resto. No hay más arsénico que en otros lugares, pues en todas partes hay arsénico, pero hay más mortalidad. Y respecto de las mujeres es igual. Bueno, ese informe tuvo otra víctima, porque despidieron al seremi por dar esa información. Es bueno saber eso también. Esto es porque en Tocopilla, además se quema petcoke en la termoeléctrica, y el petcoke es carcinógeno. Pero, además, la exposición prenatal al petcoke hace que todos los carcinógenos actúen más potentemente. ¡Cuidado! Si aparece el petcoke, por ejemplo en Coronel, significa que todos los otros compuestos que provocan cáncer van a producir más que si no hubiera petcoke.

Ahora, el efecto más grave y menos conocido es el *imprinting*, que es la desprogramación celular. ¿Cómo lo explico en pocas palabras? Cuando tenemos el producto de la unión de un espermatozoide con un óvulo se forman dos, cuatro, ocho células que se están dividiendo con el material genético de ambos padres. Si en un animal de experimentación, de esa mórula que tiene unas veinte o tantas células, saco una y la implanto en el útero de una rata, por ejemplo, a distancia, esa célula reproduce al animal entero. O sea, tiene toda la información para formar al animal entero, pero en algún momento, en la medida en que va creciendo, saco esa célula y ya no es capaz de producir el animal entero. Puede producir algunos tipos de células de algunos órganos, porque se está especializando, se está programando en el tiempo, de tal manera que ya hacia el momento cercano al nacimiento, cada célula es y va a ser lo que está programada para ser y no otra cosa. Eso se llama programación celular epigenética.

Y en la última etapa de programación -y eso lo tengo que explicar, porque si no, no es creíble lo que voy a contar-, la célula se programa, todas las células del organismo, para saber cuántos receptores va a tener durante toda la vida del individuo, cuántos receptores para cada una de las hormonas o neurotransmisores que tiene. Y si en ese período de programación, que es muy breve: puede ser horas o un día, llamado período de vulnerabilidad para tal efecto; si en ese momento existe una sustancia química que al principio eran hormonas en niveles anormales, pero gracias a un hallazgo nuestro, puede ser plomo, dioxina, arsénico, etcétera, llega a esa célula, se equivoca y se programa mal.

Y si una célula programada para tener 50.000 receptores para una hormona, se programa para 500.000, esa célula toda la vida va a estar reaccionando en exceso, y si es dividirse, se va a dividir mucho más rápido en presencia de la hormona y eso puede favorecer el desarrollo de un cáncer, que se va a desarrollar y va a provocar la muerte de una persona a los 40 años de edad, y eso fue programado alrededor del nacimiento. Eso es *imprinting*. Y si se programa para tener muy pocos receptores, no va a responder a las hormonas. Eso da origen a otras enfermedades que se desarrollarán más tarde en la vida. Eso es el *imprinting* y ocurre con todas las células del organismo, pero en cada tipo celular, en su propio momento, específico. Si una célula tiene 10 receptores de hormonas el período de programación de esos 10 receptores es diferente en cada una.

Entre el sexto mes de gestación y el segundo año de vida, postnatal, es cuando ocurre, y en ese momento concentraciones

mucho más bajas de distintos agentes químicos causan errores en la programación y enfermedades más tarde en la vida.

Ese es el resumen de lo que pasa, cambios epigenéticos, cambios en la cantidad o calidad de receptores hormonales, cambios en acción de hormonas y en enfermedades más tarde en la vida.

Antes se creía que eran hormonas. Nosotros, por primera vez, a nivel mundial, dijimos: El plomo en exposición prenatal causa *imprinting*. Antes se sabía que dejaba secuelas en la segunda generación, pero era porque producía mutaciones y no las produce.

El plomo, el arsénico, el cadmio, el mercurio, más otros contaminantes ambientales, que aparecen en esta presentación, la nicotina, ciertos componentes naturales y aditivos de los alimentos, agentes farmacológicos diversos y drogas de abuso: producen *imprinting*. Hay mucho trabajo nuestro en ediciones bibliográficas o trabajo experimental que lo muestran.

Arsénico. La exposición perinatal a arsénico en humanos produce alteraciones irreversibles en el aparato respiratorio y aumenta la mortalidad.

El mismo gráfico que les mostré del agua, en Antofagasta, grafica cómo actúa el arsénico. Quienes nacieron sin arsénico tienen una mortalidad por bronquiectasias entre 30 y 49 años de edad de una unidad 1. Los que nacieron en este período aumenta en 46 veces la mortalidad, pero los que nacieron antes, aunque sea el año anterior, baja a la cuarta parte, ¿por qué no desaparece? Porque aquí también hay arsénico.

Por lo tanto, lo que produce la enfermedad es que haya arsénico en el momento del nacimiento o un poquito antes. Eso es *imprinting*. Lo mismo pasa con el COB, enfermedad obstructiva crónica. En cambio, el cáncer no es modificado por el *imprinting*. Eso es por arsénico.

Intoxicación crónica con cadmio. También produce alteraciones del metabolismo: dolores reumáticos, la enfermedad de Itai- Itai, nombre japonés, disminución de los niveles de calcio, hipertensión arterial y aumento en la incidencia del cáncer de próstata.

Exposición prenatal al cadmio. Aquí hay *imprinting* o adelanto de la pubertad, alteraciones en las glándulas mamarias, alteraciones neurológicas y alteraciones de la conducta.

El manganeso. Hay tres fases en el desarrollo del manganesismo crónico, que empieza con síntomas vagos, por ejemplo, fatiga, cambio de humor. Después se produce una enfermedad muy parecida al parkinson con dificultad de los movimientos, alteración de la función de las articulaciones, trastornos de la marcha y mucha salivación.

Después tenemos una enfermedad muy parecida al parkinson. Uno puede hacer la diferencia entre el parkinson y parkinsonismo por manganeso y se produce una psicosis, que puede ser maniaco depresivo o simplemente una locura no especificada, además, neumonía.

La exposición prenatal produce cambios muy parecidos al plomo en animales de experimentación, pero no hay estudios en el ser humano. Es un fenómeno nuevo el *imprinting*.

El níquel produce pérdida del olfato, perforación del tabique nasal, asma, cáncer nasal y cáncer broncopulmonar.

El benzoapireno, que es producto de la combustión del petróleo y del diésel, sobre todo, produce una disminución de receptores de corticoides en el timo y eso afecta la inmunidad, porque la inmunidad es modulada por los corticoides y este es el único caso de *imprinting* que se produce también en los adultos, porque en los tejidos de la inmunidad hay siempre células embrionarias. Pero en forma crónica los mismos producen cáncer pulmonar y otros.

Las dioxinas. Nosotros suponemos que hay dioxinas por la combustión de las termoeléctricas, sobre todo, y también los muy parecidos bifenilos policlorados que se guardan, están escondidos, o en alguna parte están. Son muy resistentes al ambiente, son bioacumulables y cancerígenos los más potentes que hay.

Les mostraré el *imprinting*, siempre es muy parecido en el ser humano y en animales de experimentación a diferencia de la exposición aguda o crónica que pueden ser muy diferentes en las respuestas. El *imprinting* es igual.

En animales: atrofia del timo, supresión de la respuesta inmune, disminución de la cantidad de espermios eyaculados o en epidídimo, disminución del peso de glándulas sexuales accesorias en macho, demasculinización y feminización morfológica y conductual, disminución de la fertilidad e infertilidad e hipotiroidismo resistente a hormonas tiroideas, porque desaparecen los receptores.

¿Qué tenemos en el ser humano? Daño neuropsicológico, eso no podían estudiarlo en animales; atraso del desarrollo cognitivo, tenemos depresión del sistema inmune igual que en los animales, pero esto es en humanos. En dos grupos de estudio, en Japón y en Holanda, donde se obtuvo sangre del cordón umbilical de quienes nacían y se mantuvo la información y se hizo un seguimiento de los bebés hasta 10 o 15 años edad, en que se vio deficiencia de la inmunidad, igual que en los animales de experimentación, se vio que cambiaron las características del juego infantil ligado a sexo. Eso no es jugar a las muñecas, eso es cultural.

Este juego infantil ligado a sexo es cómo juegan los niños y niñas, un sicólogo puede establecer la diferencia y darle un puntaje de masculinidad o de femineidad.

Con los policlorobifenilos, en los niños varones el juego se hace más femenino y en las niñas se hace más masculino. Y con las dioxinas, en los varones se hace más femenino y en las niñas más femenino aún. Esto podría ser el inicio de un desarrollo de conductas homosexuales.

Además, los PCB causan infertilidad en los adultos jóvenes que se manifiesta en que los espermios pierden la capacidad de penetrar en oocitos de hámster, que es una prueba para ver la fertilidad. Obviamente, un espermio humano no va a fecundar a un oocito de hámster, pero tiene que poder entrar, atravesar la membrana, y eso se pierde. O sea, estos espermios son infértiles y además afecta negativamente la función pulmonar, parámetros espirométricos y se asocia clínicamente a congestión pulmonar. Todo esto que mencioné está con referencia bibliográfica.

En resumen, la dioxina produce muchos cambios y además aumenta, lo que ya les mencioné, la sensibilidad al carcinógeno, metilnitrosourea, a los estrógenos. Por lo tanto, es muy posible que la mortalidad por cáncer pulmonar, de vejiga y otros en Tocopilla hayan aumentado por esto.

El plomo, aunque en los niños no se encontró, en muchas partes hay plomo. Por eso, creo que es importante tenerlo en cuenta, porque puede aparecer en cualquier momento.

En animales de experimentación, el plomo produce alteraciones de aprendizaje y, en prenatal, en humanos también. La memoria disminuye, el CI disminuye, capacidad de atención, por lo cual se producen fracasos escolares.

En la especie humana se ha demostrado hiperactividad, agresividad y conductas delictivas por exposición prenatal al plomo. Voy a demostrar la evidencia en la diapositiva siguiente. Infertilidad, abortos espontáneos y adicción a drogas de abuso.

La infertilidad se conocía hace mucho tiempo, porque quienes trabajaban con un tipo de plomo en las imprentas tenían con frecuencia infertilidad y eso es por exposición crónica al plomo. Eso ya se sabía y el historiador Gilfillan le atribuyó la decadencia del imperio romano a una infertilidad importante, casi absoluta, de la clase gobernante. Solamente de la clase gobernante, que apareció en el momento en que ellos empezaron a utilizar vinos guardados en vasijas de plomo. Antes, las vasijas eran de oro, muy bonitas y no producían daño, pero el plomo era mejor porque el vino, que siempre tiene un poco de vinagre, es decir, de ácido ascético, por más bueno que sea, aunque es muy poco.

Este ácido se combina con el plomo y forma el acetato de plomo, que es dulce. En esa época no existía el azúcar y, por lo tanto, mejoraba la calidad del vino.

En niveles químicos, la respuesta a estrógeno, crecimiento de las células con estrógeno en ratas normales y ratas prenatalmente expuestas a plomo es mucho más grande. Otras respuestas son inhibidas por plomo. Por otra parte, como pueden ver, igual que en Coronel, donde hay lugares en que hay mucho plomo, aquí hay un estudio que muestra plomo en colegios, en el suelo. En Chile se decidió que 450 a 500 es el límite para remediar en Arica y resulta que en Antofagasta hay más, pero dicen que no importa.

La cantidad de plomo en sangre tiene una directa relación con lo que hay en el suelo de colegios -esto es en niños-. Se ve una línea perfecta. Hay casos que se escapan, pero este es el error estándar de la concentración y este es el error estándar de suelo en colegios. O sea, en este colegio había patios muy sucios y muy limpios y por eso se desviaron estos casos. Por lo tanto, es importante lo que hay en el suelo.

En un estudio en Detroit, promedio por colegio: tenemos niveles entre 5 y 7 en el suelo en estos colegios. De 3 a 5, colegios localizados aquí; de 2 a 3, estos otros colegios y, por fuera, menos de 2. Entonces, uno se pregunta si es tan grave que haya tanto o no.

Consecuencias. En los colegios en que hay entre 1 y 4 microgramos por decilitro, el fracaso escolar alcanza al 10 por ciento. Son los niños a los cuales les dan educación especial. Esto es en Detroit, donde las clases sociales son bastante parejas. O sea, no hay otro argumento para decir que hay factores de pobreza que les aumenta el daño.

Este es el simce norteamericano: el MEAP, para lectura matemática y ciencias. En el mejor simce, nivel 1, tienen plomo 5. Los que tienen el nivel que sigue, es un poco peor, puesto que ya tiene un poco más de 6 y los peores dos son alrededor de 8. O sea, empeora el rendimiento escolar. Ahora, si en una zona todos son un poco más tontos, el problema es que hay que compararse con otros países porque si nuestros ingenieros programadores no son capaces de crear una patente computacional y en otros países nos ganan, porque son más inteligentes, nosotros perdemos en la competencia internacional: nuestros ingenieros producirán equipos menores; nuestros obreros tendrán producto de menor calidad; nuestros profesores enseñarán menos; nosotros, como médicos, tendremos menos capacidad de hacer diagnósticos buenos y así en todas las áreas seremos menos y retrocedemos en la competencia internacional. Eso es grave porque el nivel de riqueza de un país depende de que haya más mentes que

produzcan productos nuevos o que fabriquen las cosas mejor y que se vendan mejor.

Needleman midió plomo en huesos en un college, en la tibia. ¿Cómo se hace eso? Por rayos X. Es radio opaco. Una vez que obtuvo los datos, parte del equipo que no conocía estos resultados fue con el listado de las y los jóvenes a la policía de la zona y consultó cuántas conductas antisociales o delictivas había y resulta que los que tenían poco plomo, tenían pocas anotaciones antisociales -una por todo su período en el colegio, en promedio-, y los que tenían más plomo, tenían varias por año y, además, uno que otro tenía delitos menores anotados. A partir de ese estudio, hay otros que se basaron en eso.

Relación entre importación de plomo y plomo en sangre en distintos países. La gráfica muestra a Canadá, Nueva Zelanda, Gran Bretaña, Australia, etcétera, y siempre hay una correlación. Por lo tanto, se puede utilizar el parámetro de importación de plomo para ver efectos en la salud.

Esta lámina muestra que, por ejemplo, se ve correlación entre nivel de plomo en bencina y asesinatos, con un desfase de 19 años. ¿Por qué este desfase? Porque el recién nacido no puede hacer asesinatos y se hizo una correlación que destaca cuándo se correlaciona mejor.

Acá se ve cómo va subiendo la importación de plomo y aumentan los asesinatos. Acá se muestra que empiezan a prohibirla y bajan los asesinatos. Esto ocurre en Estados Unidos, Australia, Francia, Italia, Gran Bretaña, etcétera, y la mejor correlación con un R^2 de 0.95, o sea, correlación perfecta, se da a los 19 años, pero cuando estudiamos, por ejemplo, asaltos en casas, hay diferencias ya mayores porque después salen y vuelven a delinquir y con hurtos, en algunas partes queda. Aquí seguramente influye la puerta giratoria, pero aquí, no. Una persona que cometió un asesinato o una violación se queda por muchos años, no va a poder delinquir más y, por lo tanto, baja bastante rápido y hay una relación muy exacta con plomo.

El único estudio plomo importado, 21 años de desfase para pintura habitacional, el albayalde. Aquí lo están prohibiendo de a poco. Aquí aumenta el plomo de la gasolina y aquí lo prohíben. Desde el año 1876 se puede ver una correlación con esto.

El último efecto que encontramos es que la exposición prenatal a plomo tiene relación con adicciones, drogas opiáceas y estimulantes, por un dato de aumento de afinidad en receptores involucrados en esto. Publiqué el trabajo en 1992 y al año siguiente estos caballeros lo hicieron en animales de experimentación y vieron ratas expuestas a plomo

prenatalmente, comparadas a las no expuestas. Cuando llegan a la edad adulta ya no tenían plomo; les daban drogas a los dos, se las quitan y los animales expuestos a plomo están agresivos, se muerden entre ellos. Los otros ni se dieron cuenta, síndrome de privación. Después, eso se vio para drogas opiáceas, después se les enseñan otros grupos, autoadministrarse cocaína, apretando algún botoncito a las ratas. Entonces, el plomo también aumenta la autoadministración de cocaína.

Tenemos recidivas, tenemos que se administra cocaína después de ser expuestas a dosis más bajas y lo interesante es que la exposición prenatal a plomo protege contra la adicción a heroína y metanfetaminas. O sea, un elemento químico contaminante causa dos lacras de nuestra sociedad: la adicción a drogas de abuso y la delincuencia.

Por lo tanto, es importante que, en este momento en que ya no hay plomo en la bencina, nos preocupemos de lugares como Coronel, donde se usan combustibles inadecuados y hay plomo en diversas partes, como en el norte por la minería, etcétera, si queremos que nuestra sociedad esté mejor.

La conclusión de este estudio es que numerosas enfermedades de los adultos pueden tener su origen en la exposición perinatal a agentes inductores del *imprinting* epigenético y que el conocimiento de este mecanismo, el endurecimiento de normas y estándares ambientales, y la implantación de medidas de prevención durante el período de vulnerabilidad, determinarán una mejoría sustantiva en las condiciones de salud de las futuras generaciones.

9.- Concurrió como invitado el señor **Marcos Singer**, académico de la Escuela de Administración de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El señor **Singer** señaló, a modo de presentación, ser ingeniero civil informático de la Universidad Católica de Chile, profesor desde hace 20 años de la Escuela de Administración de la misma casa de estudios. Doctorado en operaciones en la Universidad de Columbia y actualmente profesor titular.

Participó en un proyecto de investigación del sistema de mutuales y por varios motivos ha seguido vinculado a la industria de las mutuales, como también a quienes interactúan con aquellas, sus clientes. Como ha estado bastante ocupado trabajando con empresas mineras y forestales, en su experiencia tiene -según señaló- una visión balanceada de los prestadores y de quienes reciben las prestaciones.

Respecto de cómo ve el sistema de mutuales, hace una evaluación mixta. Como académico, siempre ha tenido una

posición bastante crítica por *default*. Es decir, uno siempre debe estar avanzando las ideas, que es el privilegio de hablar desde la academia. Se imagina que es bastante difícil en el momento de hacer las cosas. Considera que el sistema de mutuales tiene un conjunto de grandes virtudes y problemas. Primero se referirá a las virtudes, que habría que mantenerlas, y después a los problemas que tiene, que justamente cree que será más interesante su opinión.

En cuanto a las virtudes, es un sistema muy amplio y bastante equitativo. Efectivamente, parece una broma, pero es verdad. A un hospital de la ACHS o de la Mutual acude desde el gerente general hasta el operario, cuando tiene que ver con un traumatismo o una atención de alguna especialidad médica. Todos ellos reciben exactamente el mismo tratamiento, comparten la infraestructura, las enfermeras, los especialistas y de manera gratuita. Eso lo hace bien y casi único. No se me ocurre otro lugar que sea tan así. Asimismo, el sistema está relativamente bien evaluado. Hay que entender que es relativamente "gratis", ya que obviamente hay que pagar la cotización.

Respecto de cómo funcionan las instituciones, me parece que no están lucrando de una manera inapropiada, pues están operando con márgenes de utilidad relativamente razonables, en el orden del 3 al 5 por ciento, además de estar bastante centradas.

Si se analiza el estudio más en detalle, las mutuales están bastante dedicadas a la prevención. No es lo único que hacen, por cuanto atienden y administran las prestaciones del seguro. Señaló que tiene bastante claridad en que dedican un esfuerzo relevante a la prevención y hay un incentivo para hacerlo, porque en la medida que previenen gastan menos en las otras dos etapas, las cuales son onerosas y siempre muy complicadas. Eso y otras cosas son muy buenas y valdría la pena estudiarlas si hay un cambio grande.

En relación con los aspectos malos, el problema del sistema de mutuales radica en que está separado del sistema de salud general. Entonces, están conviviendo dos sistemas, lo cual en sí mismo es contradictorio a la palabra, porque para que algo sea sistema debe ser único y debe haber una coordinación. En la legislación chilena se traza una línea que es relativamente arbitraria respecto de qué cosa entra al modelo de isapre-Fonasa y al de mutualidades. Eso tiene que ver con esta ley, la cual dice que son aquellas enfermedades directamente relacionadas. Esa frontera genera un montón de problemas que explicaré y respecto de los que propondré un camino.

Existe un incentivo para el sistema, si una empresa tiene un accidente, con mayor razón si es grave, le subirá la tasa al año siguiente. Entonces, existe la amenaza de que el empresario diga al trabajador que se vaya a la Clínica Las Condes, que él cubre todos los gastos, pero que se atienda allá, de tal manera de que no le suban la tasa al año siguiente. Eso tiene que ver con esa frontera de que por, diversos motivos, a veces conviene tirarlo de aquí para allá, y de allá para acá. Eso nunca ha sido investigado a fondo, es algo que se dice que puede o no suceder.

El motivo por el cual no existe claridad es por uno de los cuadros principales del estudio. Si se hace una comparación, no vale la pena que les cuente exactamente lo que significa el gráfico, pero si ven en la lámina la línea ascendente, hacia la izquierda están los países que tienen relativamente pocos fiscalizadores. En el fondo, ¿qué supervisión hay que demuestre que el sistema funciona adecuadamente?

El tema de la supervisión le ha tocado verlo en este lugar y, recientemente, en una empresa minera. Por solicitud del directorio, me convidaron a darles una opinión sobre su sistema de salud y seguridad ocupacional. Ellos habían importado un sistema desde Australia muy interesante y bien hecho. Les señaló que me parecía muy bien, pero que había que chilenzarlo, que era muy apropiado para una cultura anglosajona, en donde la gente tiene defectos y virtudes diferentes a los chilenos, pero que, en general, es un sistema diseñado para gente muy disciplinada y que siempre cumple la ley; sin embargo, la minería chilena no es así. Necesitan chilenzar ese sistema poniendo una cantidad de inspectores que aseguren que las maravillas de ese modelo australiano no sean burladas.

Llevo hartos años en el rubro de la minería, así es que, sé que es lo que podría pasar. Lo mismo digo en esta situación. Acá, como sistema global, cuando eventualmente ocurren esas situaciones, aunque nadie tiene evidencia de que se burle la ley de esa manera y los derechos del trabajador que está siendo atendido, de cierta manera, él se beneficia, ya que se va a la Clínica Las Condes. Sin embargo, ¿qué pasa con los trabajadores de esa misma empresa, en que queda la tasa muy baja? Se supone que esa empresa asegura las situaciones desastrosas, pero no hay un teléfono de reclamo, no hay un *hotline*, no hay a dónde llamar para decir lo que pasó, no hay una educación, no hay suficiente énfasis en vigilar que eso no ocurra, y que cuando ocurra, le caigan las penas del infierno a quienes están haciendo algo tan lamentable para el sistema.

Esos eventos ocurren cuando los devuelven desde Fonasa, y le dicen al paciente que no tiene nada que hacer ahí. No solo lo va a devolver Fonasa, sino también las isapres. Resulta que cuando lo devuelven, se hace un proceso, pero nadie pone coto para decir por qué está pasando eso. Hay eventos bastante específicos, en que los fiscalizadores podrían tener un rol y asegurar que no se abuse del sistema.

Consultado respecto de de quién debe fiscalizar, señaló que la forma en que se enfrenta esto, desde el punto de vista teórico, es quién tiene incentivos para desviarse en una u otra dirección y quién es neutro.

En este caso, le parece que no conviene que sean las partes quienes fiscalicen porque tienen incentivos evidentes. Por eso creo que la Suseso es la llamada a hacerlo, aunque en algunos casos es un león sin dientes, pero en otros, los tiene.

En relación con el comentario del diputado Roberto Poblete, efectivamente, señaló que si tuviéramos una sociedad más virtuosa esto no sería necesario, y la educación incide.

Entiende que tenemos debilidades, pero estamos muy por debajo del resto de los países, entonces, ni siquiera propone que se fiscalice. Al duplicar el número de fiscalizadores habrá un gran efecto de temor, de control. Simplemente empataremos al resto de los países desarrollados.

Insistió que ese es un camino y habría que evaluar bastante bien la regulación, pero bastaría que los fiscalizadores llevaran a tribunales los casos de cuidado. Debemos, a su juicio, partir por lo inmediato, porque en tribunales, a la empresa le va a ser muy difícil defenderse, lo cual me lleva a una segunda crítica y a otro conjunto de propuestas que tienen que ver con temas de tribunales, que se las puedo explicar después.

En el modelo que hemos elegido como país, se cambia la palabra "paciente" por "cliente", y "prosperidad" por "ganancia". Es un sistema neoliberal, cuyo objeto es permitir que la gente haga negocios.

Las mutuales son instituciones sin fines de lucro, reinvierten sus excedentes y las remuneraciones de sus empleados son razonables, es decir, no estamos frente a un escándalo en ese sentido, pero si usted me pregunta por qué son entidades privadas, no le puedo discutir, porque se trata de una discusión cosmológica que aún no hemos tenido en Chile. En consecuencia, es una opinión muy liviana la que le doy.

Respecto de algunas críticas que formulamos en ese libro, es verdad, las mutualidades ocupan instrumentos cuya efectividad nos merece muchas dudas, pero eso se debe a que

en el sistema falta un mecanismo apropiado de evaluación de impactos. Me ha tocado analizar ese tema con diferentes personas y he podido constatar que en las mutualidades existe cierta intención de evaluar impactos.

Sobre ese mismo tema le ha tocado trabajar con la Suseso. Ellos le han financiado investigaciones sobre evaluación de impactos de capacitación y comités paritarios, sobre las cuales también les podría relatar la conclusiones; no sé si eso se enmarca en el foco de esta comisión, pero, en lo referente a capacitación, les puedo mencionar que publicamos un *paper* en una de las revistas *top* que existen en el mundo, donde se muestra que algunos tipos de capacitación sirven en Chile y en cambio otros no. Para hacer la historia sencilla: en el mundo anglosajón se ha demostrado que la única capacitación efectiva en temas de seguridad es aquella más sofisticada, que se denomina "de alto nivel de *engagement*". Esa es la palabra que se ocupa y quiere decir que existe mucha interacción; ese es el conocimiento de la academia. Pero, en el mundo en desarrollo, la situación es muy diferente. El mundo en desarrollo no es materia de atención de la literatura internacional, porque ellos tienen sus propios *paper*, donde abordan las realidades de Suiza, Estados Unidos y otros países.

La capacitación de alto nivel de involucramiento, de *engagement*, es muy buena para empresas sofisticadas. En cambio, las capacitaciones muy sencillas, que en Europa no tendrían sentido, son muy buenas para empresas precarias. Entonces, hay que tener cuidado al importar fórmulas anglosajonas. Se puede ver que hay mucha capacitación sofisticada en empresas precarias, lo cual no sirve para nada, y mucha capacitación precaria en empresas sofisticadas, lo que tampoco sirve para nada. Como académicos tratamos de aportar en eso.

Respecto de los comités paritarios, constituyen nuevamente una gran pregunta. La Fundación Fiel (Fundación Instituto de Estudios Laborales), de la CUT tiene interés en el tema de los comités paritarios, ya que, para empezar, la mitad de ellos no están constituidos en Chile. En cuanto a los que están constituidos, tenemos dudas sobre su efectividad: por ejemplo, si están ejerciendo sus funciones los miembros titulares o si están siendo sustituidos por estudiantes en práctica, que no dan garantías de seriedad en el cumplimiento de tales responsabilidades. No lo sabemos.

La sospecha es que, debido a la escasa evaluación que existe en el uso de tales instrumentos, estos no funcionan como deberían, lo cual nuevamente nos llama a tener una normativa en la Suseso. Actualmente no existen incentivos

destinados a evaluar que las tareas se estén cumpliendo como se debe. En consecuencia, debemos contar en paralelo con un buen sistema de evaluación de impactos. De hecho, estamos trabajando en ello con la Suseso. Les puedo entregar más detalles posteriormente.

La seguridad y la salud laboral no están siendo adecuadamente internalizadas por las empresas, ni con la urgencia ni con la carga moral que se requieren. Uno podría esperar -diputado Poblete- que esta realidad cambie en 20 años más, con una nueva educación, pero les propongo un camino más rápido: que ustedes obliguen a las empresas a ruborizarse cuando pasan estas cosas.

Subrayó que, en la investigación que han estado realizando sobre estos temas en los últimos años, les ha sido muy difícil vincular los resultados de las empresas con los accidentes, por ejemplo, porque los accidentes no constituyen hechos esenciales en una sociedad anónima.

Recordó que un hecho esencial es algo que pasa por la superintendencia correspondiente y que afecta significativamente el valor de la compañía, porque los hechos esenciales los leen los accionistas que están en Londres, pero en el tema de la seguridad no se publica nada. Una persona se puede matar, pero desde el punto de vista accionario nadie se entera. Si eso fuese considerado un hecho esencial, como lo son otros asuntos mucho más triviales, otro gallo cantaría, porque se produciría un gran impacto sobre el valor de las acciones.

En otros países esto es aún más agresivo. Cree que todavía no estamos preparados para algo así, pero basta que llegue al bolsillo en serio para que sea importante.

Lo anterior es relevante porque, en el mundo anglosajón, toda la evidencia dice que cuando la empresa es más segura es también más eficiente. El argumento en que se fundamenta dicha afirmación consiste en que, cuando la empresa realiza bien la función que le es propia, es más productiva, gana más dinero y, por supuesto, la gente se accidenta menos; es evidente.

Eso no es así en el mundo en desarrollo. Solamente un 18 por ciento de los artículos en el mundo se refieren a países en desarrollo. Ya dije que gran parte aborda situaciones en Estados Unidos y en Suiza, porque ahí está realmente la academia a nivel mundial. Aquellos que exponen evidencias de países en desarrollo muestran que la seguridad es cara, es decir, tener trabajadores más seguros cuesta plata, porque hay a capacitarlos y porque el modelo de productividad chileno y de los países en desarrollo es diferente al modelo anglosajón. El modelo de productividad de muchas empresas

chilenas se basa en el estruje, es decir, que la gente trabaje como loca y, cuando trabaja como loca, obvio que se accidenta.

Entonces, hay dos cuestiones económicas bien concretas: Hechos esenciales en la Superintendencia de Valores y Seguros y que haya una exclusión en el modelo de Chilecompra a las empresas que tienen un pobre récord en esos temas.

La tercera variable dice relación con la manera cómo se pagará todo eso, porque si hay más cuidados en ese asunto habrá que hacer más prevención.

Actualmente, cuando ve el sistema de mutualidades, le llama mucho la atención su enorme capacidad ociosa. Es decir, tienen una red fabulosa, lo que está muy bien, no tiene comentarios al respecto, además conoce muchos médicos que trabajan allí. Además, dirige el magister en administración de salud de la Universidad Católica que está junto con medicina, donde tiene muchos alumnos que son del sistema de mutualidades y, en general, la opinión es buena, pero le llama la atención que siendo un sistema bien evaluado, muy extendido y con tanta capacidad, el resto de Chile no lo utilice. Es decir, observa un hospital repleto y una agencia vacía, ¿por qué no hay traspaso si eso hay que hacerlo de inmediato? En algún lado debe haber una traba sospechosa que no sabe dónde puede estar, pero es evidente que hay una capacidad extraordinaria que se podría utilizar. Además, -a su juicio- los especialistas de las mutualidades realmente son muy buenos, son lo mejor.

Por lo tanto, ¿por qué no se ocupa ese sistema? Obviamente, con el valor que corresponda, no gratis, pero sería bastante económico porque ya está instalado y se sabe que está bien evaluado.

A diferencia de otros sistemas, en que el Estado delega en privados o semiprivados, en que define muy bien los estándares y una empresa modelo, como, por ejemplo, en las sanitarias donde existe una empresa modelo -un modelo teórico bien hecho- al que le señalan usted debe producir esto, eso vale tanto, este es el desempeño que debe tener, etcétera, en el sistema de mutuales no hay nada así y es urgente tenerlo, porque si usted empieza a exigir más o menos, o decide que debe tener una red más amplia o no, con aviones o sin ellos, cuál es el objetivo público que ellos deben ejecutar. ¿Cómo vamos a saber cuánto cuesta? es una sugerencia más teórica.

Por lo tanto, es urgente que el regulador entienda con precisión el modelo de una empresa de mutualidad y los estándares que uno debería esperar.

En la investigación hay una hipótesis, hay modelos respecto de qué debería pasar o si se duplica la prevención, etcétera.

Hay proyecciones, respecto de qué pasa si se hace esto o lo otro, pero todo es de académicos. Es diferente cuando la autoridad se convence de que hay que poner un poquito más de prevención, se obliga a la gente y ellos dicen eso está bien porque está respaldado.

Por otro lado, existe la sensación de que en algunas empresas el tema de la seguridad es prioritario y principal y, de alguna manera, las empresas hacen un *pool* de lo que necesitan y tiene una relación tensa, pero sana con las mutuales, pero también hay un montón a las que no les interesan las mutualidades, empujan cosas y existe, por lo general, un desinterés. Por supuesto eso cambia cuando se mata a alguien, pero ahí ya es tarde, hay una falta de educación en este tema y que la gente no conoce bien sus derechos.

10.- Concurrieron como invitados las señoras y los señores Narciso Cortés, director del **Instituto de Salud Laboral de la Región del Biobío**; Rafael Caviades Duprá, presidente de la **Asociación de Isapres de Chile A.G.**; Augusto Vega y Nancy Díaz, directores laborales del **Instituto de Seguridad Laboral**; Victor Parra y Guillermo Vargas, directores laborales de la **Mutual de Seguridad**; Elizabeth Tapia, Víctor Riveros y Freddy Fritz, directores laborales de la **Asociación Chilena de Seguridad**, y el **médico** Marcelo Córdova, cuyas exposiciones se reproducen inextenso:

"La señora **DÍAZ** (doña Nancy).- Señora Presidenta, soy de Temuco, trabajo en Transportes Cruz del Sur, y hace quince años que soy miembro del comité paritario de la empresa desde. Llegué a ser directora laboral del Instituto de Salud Pública (IST) a través de comité paritario. La ley N° 16.744 dice que para postular al directorio de una mutualidad, hay ser miembro de un comité paritario. En esa calidad postulé, y salí elegida. Ahora voy como representante de los trabajadores.

Una vez que uno se involucra y ve cómo funcionan las mutuales, se da cuenta de que los chilenos tenemos poco conocimiento de lo que tenemos, hay poca publicidad y poca difusión. El hecho de llegar a ser director laboral es engorroso, se pide una cantidad de documentos y papeles que, si uno no contara con el apoyo de la empresa en la que trabaja, simplemente, no se podría lograr. Entonces, si uno quiere representar a los trabajadores de Chile, necesitamos herramientas, porque las que tenemos son muy limitadas. No sé si limitadas es la palabra correcta, pero nos exigen demasiadas cosas, poco prácticas para hacer que más

trabajadores puedan postular, porque la idea es que sea más abierto, más fácil.

Luego de que se llega a eso, uno se prepara, empieza a investigar de qué se trata y cómo funciona. Todos los presentes sabemos que las mutuales se basan en la solidaridad, en la colaboración. Fueron creadas por los empresarios por las necesidades de sus trabajadores al momento de sufrir accidentes. Por lo que conozco, mi mutual nació en Valparaíso, y fue porque la gente del puerto era la más desamparada. Entonces, los empresarios formaron una asociación en la que aportaban dinero para que sus trabajadores tuvieran salud gratis y sus licencias médicas fueran pagadas; y así funciona hasta hoy.

Nacieron en 1958, pero la ley se promulgó recién en 1967 o 1968.

Para los trabajadores ha sido muy bueno, porque el espíritu de esa ley es protegernos. Con el crecimiento del sistema se ha descubierto que hay que fiscalizar, corresponde, y para eso existe la Suceso. Si las cosas son gratis, las personas tienden a sacar provecho de ellas, por lo tanto, también se fiscaliza.

Si sufrimos un accidente queremos que nos lleven a la mutual porque sabemos que vamos a tener atención médica gratuita y nos van a pagar todos los días de licencia, sin descontar ninguno, como ocurre con las isapres y el Fonasa. Además, si le preguntan a algún trabajador dónde prefiere ser atendido, estoy segura que su respuesta va a ser, en algún hospital de la mutual, porque la atención es de primera calidad.

Las mutuales también deben rendir cuentas porque los dineros no son de las mutuales sino del grupo de empresas que pertenecen a ella y de los trabajadores. Asimismo, se debe provisionar el dinero para las viudas, porque cuando fallece un trabajador, la mutual se hace cargo de la viuda o de los hijos para que terminen su educación. Por lo tanto, los dineros de las mutuales deben ser fiscalizados para cumplir con el objetivo de la ley.

Eso es lo que puedo contar respecto de la forma en que nos atienden y cómo funcionan.

En el caso de accidentes laborales, el primer filtro lo hace el comité paritario de cada empresa y, obviamente, el empleador. En mi experiencia, en mi trabajo, jamás se le ha dicho a algún trabajador que no vaya a la mutual. Al contrario, lo envían, en este caso, al IST y si el médico confirma que no es un accidente laboral, es otro problema. Pero no somos los trabajadores ni la empresa la que dice si es o no un accidente".

"El señor **RIVEROS**.- Señora Presidenta, soy director en representación de los trabajadores de la Asociación Chilena de Seguridad.

Efectivamente, tal como lo señaló la señora que me antecedió en el uso de la palabra, el sistema de mutual es tremendamente beneficioso para los trabajadores de nuestro país. Fue creado porque había una responsabilidad social de un grupo de empresarios por el bienestar de sus colaboradores, lo que me parece fantástico.

Ha pasado el tiempo y hemos visto que el sistema debe revisarse, sin lugar a dudas, es necesario generar las condiciones para hacer algunas modificaciones que pueda proyectar el sistema por muchos años más.

Cuando los trabajadores representamos a otros trabajadores, como es mi caso, represento las esperanzas de dos millones cuatrocientos treinta mil trabajadores. Por lo tanto, debemos cautelar y generar todas las instancias que permitan resguardar el sistema porque es bueno. ¿Es perfectible? Sí. ¿Se cometen errores? Sí, es cierto. Pero hay cosas que se tienen que cautelar.

Somos fiscalizados permanente y persistentemente por la Sucesos, y nos parece bien, corresponde. Es lo mismo que un contralor que hace las auditorías en las empresas. Es para ayudar a que las cosas se hagan mejor. Obviamente, todos los capitales que son de afectación requieren ser cuidadosamente resguardados porque van en beneficio de los trabajadores.

Es importante ver el fondo de indemnización, el que tenemos exclusivamente para las pensiones, los fondos de resguardos que hay ahí. Existe un sinnúmero de actividades que es válido seguirlas llevando.

Asimismo, es interesante el inicio de los gobiernos corporativos, porque permiten que los trabajadores se involucren y comprometan más en los temas. Eso también es fundamental porque los gobiernos corporativos deben funcionar y los trabajadores deben prepararse para ello.

Sin lugar a dudas, esa parte ha sido exitosa, a tal grado que en nuestra institución tenemos cuatro comités de gobiernos corporativos y han sido beneficiosos porque hace que las personas se interioricen en el funcionamiento del sistema.

Un dato mensual. En nuestra institución se atienden 41.300 pacientes, de los cuales 16.500 son ingresos y 24.800 son controles. Si hablamos en forma general, en esa materia atendemos dos millones de casos en el año. No deja de ser importante lo que se hace. El beneficio que recibe el trabajador debe ser de lo mejor, pero estamos siendo sujetos

de fiscalizaciones que apuntan a la forma en que podemos seguir gestionando algunas cosas.

Se han hecho diferentes protocolos, lo que me parece muy bien, porque son fundamentales para atender las enfermedades profesionales. Hace 20 años era posible que hubiese un subreporte, pero actualmente el control es mucho más intenso. Además, esos protocolos sirven para delinear la forma en que se debe atender al trabajador según las circunstancias. Por lo tanto, la atención está protocolizada y se deben entregar las prestaciones que ahí se señalan para que el tratamiento y reintegro del trabajador sean exitosos.

Actualmente tenemos 202.000 evaluaciones de programas preventivos.

Según nuestras estadísticas, hay más de 71.000 empresas afiliadas a nuestra institución, de las cuales 46.000 son pymes, lo que demuestra nuestra enorme responsabilidad social. También podemos señalar que en 2015 hubo 26.000 planes de prevención para pymes.

Asimismo, en 2015 hubo 256.000 personas en los programas de vigilancia epidemiológica, que están siendo estudiadas por una posible enfermedad profesional. Por lo tanto, en la medida en que tengamos protocolos certeros, podremos atender a ese trabajador antes de que la enfermedad profesional sea nefasta para él y las pérdidas de capacidad de ganancia sean superiores.

También queremos comentar que los sistemas de acceso que tenemos para dirigir la mutualidad son tremendamente transparentes. Venimos trabajando con sentido de transparencia desde hace muchos años, no tememos levantar todos los temas acerca de las cosas que están pasando y que las sepa todo el país. La información está en la red y, obviamente, para nosotros es fundamental seguir trabajando en eso.

En relación con la elección, en nuestro caso específico, los integrantes de los comités paritarios son quienes representan a los trabajadores, no son personas de organizaciones, sino integrantes reales, y nosotros tenemos más de 10.000 comités paritarios a nivel nacional, es decir, son representantes auténticos de los trabajadores. Acuérdense de que los comités paritarios son el brazo armado que tenemos al interior de las empresas, para ir en beneficio de cada uno de los trabajadores, porque un accidente no es solamente uno; un accidente son personas y detrás de ellos hay personas y familias. Por lo tanto, debemos seguir trabajando en ese contexto.

Es lamentable, siendo la seguridad en el trabajo algo tan fundamental, que todavía no exista una política de seguridad.

Existen políticas de diferentes tipos, pero no existe una política de seguridad para proteger al trabajador al interior de las empresas, lo cual no es bueno. Cuando salga la política de seguridad, sin lugar a dudas va a ser un trabajo fundamental, porque una política no algo que se escribe y se dice así, sino que está todo planificado y regulado. Por lo tanto, eso va a generar que los organismos administradores, las empresas y los trabajadores cumplan un objetivo. Se debe crear, de una vez por todas, la cultura de seguridad. En Chile, eso está faltando. Hemos bajado las tasas de accidentabilidad en una proporción increíble, pero por cada décima que se pueda bajar se deberán emplear recursos mucho más altos, porque es mucho más difícil, y más difícil aún cuando no existe una política ni una cultura de seguridad.

Estamos a años luz compitiendo con los intereses de otras naciones, como Finlandia, que tienen bajas tasas de accidentabilidad y de mortalidad, pero debemos seguir trabajando con lo que tenemos, y me alegro de que seamos fiscalizados por la Suseso, que existan estas comisiones para que conozcan lo que está pasando, eso le hace bien al país, le hace bien a las personas, le hace bien a las organizaciones, así es que desde ya agradezco su gentil invitación.

Señora Presidenta, sé que usted es una hija del rigor, una mujer que está trabajando en un sinnúmero de actividades, todos los días, y es muy celosa y rigurosa con lo que hace. Por lo tanto, en ese aspecto, solamente la felicito y agradezco la gentil invitación que nos ha cursado. Lamentamos no haber tenido el contexto, para haber hablado del tema como correspondía. Vinimos sin saber nada".

"El señor **FRITZ**.- Señora Presidenta, soy Freddy Fritz Chacón, director en representación de los trabajadores afiliados a la Asociación Chilena de Seguridad. Los directores nos reunimos una vez al año con todos los comités paritarios, de Arica a Punta Arenas, y hacemos una gira donde les presentamos lo que estamos haciendo, aportándoles conocimiento y motivación para desarrollar técnicamente la prevención de riesgos. Eso ha sido verdaderamente un cambio grande en la cultura que se debe desarrollar de una vez por todas en Chile.

Ya hemos cubierto todo el sur, participando con talleres, y eso ha sido muy bueno y relevante para las personas, porque refuerza sus conocimientos. También hemos trabajado para que sean muy bien atendidos y sepan lo que tienen en cada mutualidad".

"El señor **VARGAS**.- Mi nombre es Guillermo Vargas Pérez, soy experto en prevención de riesgos, miembro del directorio de la Mutual de Seguridad.

Como dijo Víctor, para mí es un placer estar acá, celebro enormemente que un poder del Estado tan importante se preocupe de estos temas. Lamentablemente, esta convocatoria tuvo su origen en una denuncia de algunos organismos que dijeron que los accidentes están siendo "pinponeados" de un lado para otro.

Creo que podríamos haber aprovechado mucho antes esta instancia, para que el Poder Legislativo conozca realmente la importancia que tienen las mutuales de seguridad.

Les contaré brevemente lo que hacemos. En cuanto a mi persona, soy experto en prevención de riesgos, llevo 30 años trabajando en el Metro de Santiago, empresa que tiene un fin social.

Llegué a la prevención de riesgos porque me ocurrió un accidente. Fui agredido en mis funciones como cajero, me mordieron un brazo y a raíz de eso conocí el IST. En el Metro se hablaba poco de prevención de riesgos y cuando entré, en 1987, me dijeron "mire, si usted se accidenta se va del Metro". Una prevención de ese tipo funcionó, ya que nadie se ha muerto en el intento de ganarse el pan. Luego cambiaron las cosas en la empresa, se crearon los comités paritarios y me empezó a gustar el fin social que tiene, porque creo que es impresentable que, a estas alturas del partido en mi país, exista gente que siga muriendo en intentos de ganarse el pan. No puede ser que mueran 400 personas al año por el sagrado hecho de ir a ganarse el pan. Creo que es importante que los señores diputados conozcan esta realidad, porque es la única forma de avanzar en forma sostenida hacia estándares de países como Finlandia, como dijo Víctor.

También hago clases de prevención de riesgos en el Aiep, y he notado que existen alumnos que han entrado a estudiar esta carrera porque da plata. Cuando pregunto a mis alumnos la razón de que hayan decidido estudiar prevención de riesgos, responden que les interesa trabajar en una empresa minera, tener más plata y una camioneta. Pero el que me dice que quiere ser prevencionista porque eso va a representar la diferencia entre la vida y la muerte, queda inmediatamente aprobado, porque tiene claras sus ideas.

Cuando llegué al directorio de la mutual, en 1987 -el presidente del Metro era Rodrigo Azócar-, me dijeron "usted lo está haciendo bien, creo que podría integrar el directorio de la mutual -hay un desconocimiento general-, porque creo que las mutuales son iguales a los comités paritarios, hay trabajadores y empresarios".

Llegué ahí y dije "bueno, será; si me mandan..." Me cuadré, me presenté, hice una campaña, saqué el primer lugar y, en la primera sesión de directorio que me tocó -permítame, no sé si se podrá contar esta infidencia-, partió la sesión -estaba don Otto Kunz como presidente-, nadie saludó, nadie se presentó y dije "bueno, seré director". Estuve una semana estudiando lo que hace un director, porque es terrible, el deber de cuidado y diligencia, ese buen padre de los recursos. Partió la reunión e informaron que la mutual tenía considerado hacer una inversión de varios millones de dólares en Argentina, en la Caja ART -posteriormente les explicaré esto- y, por lo tanto, era necesario aprobar un aumento de capital.

La inversión era de dos millones de dólares. Entonces les dije que me excusaran debido a que no sabía de qué se trataba la inversión, no sabía cuál iba a ser el TIR (Tasa Interna de Retorno), el *banking*, ni qué iba a pasar con esa plata. Pensaba también que, como las empresas son solidariamente responsables de los compromisos que adquiere la mutual, no podía ser tan irresponsable, y paré el acuerdo. Les pedí que me entregaran más antecedentes.

Ese día bajé a tomar el Metro y tenía en mi bolsillo mil pesos, porque ni siquiera existía la tarjeta BIP, y me di el lujo de parar un acuerdo de directorio. En esa oportunidad sentí realmente que lo que estaba haciendo en el directorio de la Mutual de Seguridad era una tarea muy linda, muy grande y muy hermosa, porque, para un trabajador, sea cual sea el cargo, llegar a un directorio, o es que tiene mucha plata o la ley lo permite.

Entonces, me fui forjando en ese aspecto, para tratar de que esta mutualidad cumpla con todo lo que han dicho los colegas de las otras mutuales; de proteger la vida, de hacer carne lo que se dijo en 1968, cuando empresarios de Asiva, la Sofofa y de la Cámara Chilena de la Construcción, dijeron que no era posible que en este país la gente se esté muriendo o se la esté amputando, por lo que se decidió hacer una mutualidad para proteger a los trabajadores y así hacer realidad lo establecido en los fundamentos y principios básicos de la ley N° 16.744, que es hacer prevención.

Hacer prevención significa que todos los recursos deben ser invertidos en hacer prevención para que el trabajador pueda volver sano a su casa; situación que es cuestionada aquí respecto de quién se está llevando la plata o no, o de por qué un caso pasa de un lado a otro.

Tenemos un dicho: que vuelva la gente sana a su casa, pero con más energía para poder disfrutar con los que más lo necesitan, que es su familia. Para eso que eso ocurra, el

directorio de la Mutual tiene que ser garante, un buen padre, de que ese principio se cumpla.

Por otro lado, la Mutual también busca un fin social. En estos momentos, tenemos más de 600 mil trabajadores independientes, incluidas trabajadoras de casa familiar, que antiguamente se iban a la posta, al SAPU o a cualquier lado, y no tenían la cobertura necesaria. Eso significaba que estábamos en un incumplimiento gravísimo, incluido en nuestra Constitución Política de la República. Entiendo que el artículo 16 es en donde se señala que en Chile no se puede prohibir ningún trabajo, a no ser que atente a la seguridad, la habilidad o la moral.

¿Tenemos debilidades? Como en todo sistema, siempre van a haber. ¿Podemos mejorar? Claro que sí.

Esta es la instancia y me enorgullece. Estoy un poco nervioso porque es la primera vez que estoy frente a las personas a quienes de una u otra forma, como ciudadano, también elegí con mi voto y, por lo tanto, me es grato poder expresar que estos son los temas que entre otros se deben mejorar cada día, para también nosotros sentirnos con el apoyo y para que todo ese manto de irregularidades que pueden aparecer, o de esas sospechas de que en el sistema los directores se hacen de plata, no sea como se piensa.

Tengo mi sueldo y las dietas son muy bajas. Aquí hay un sentido social, y es por eso que ojalá que las conclusiones de esta Comisión Investigadora defiendan esta ley tan cuestionada.

Luego del accidente de los 33 mineros, se recordará que todos dijeron que se separara y desarmara la ley N° 16.744 y se pasara a privados, pero estos vieron, parece, que no era conveniente. ¿Por qué? Porque había que hacer prevención.

Entonces, como había que hacer prevención, todos los excedentes -porque acá no se habla de ganancias- que llegan a la Mutual, a la Achs y al IST tienen que reinvertirse. ¿En qué? En mejores tratamientos médico, cuando falla la prevención de riesgos, y en mejores formas de hacer buenas prácticas, que es lo que ahora se está haciendo, en el sentido de cómo se puede lograr que los trabajadores no se accidenten ni se enfermen, donde se incluyen protocolos psicosociales y otras actividades.

En sus 50 años, la Mutual también ha cambiado. Cuando entré a ella, en el directorio uno se sentaba y se aprobaban cosas. Luego, los directores laborales no éramos simplemente un mal necesario, sino que éramos personas que aportábamos, de una u otra forma, en el sentido de ser garantes de los principios de la Mutual y así estos salieran adelante y se cumplieran.

Los accidentes les ocurren a las personas y, en el caso de un trabajador de la construcción, que es a quien representamos, el accidente puede impedir que cumpla sus propios sueños.

En este caso, los diputados tienen una gran labor, y espero que lo que salga de acá no quede simplemente en quién tiene o no tiene la razón, sino que veamos el fondo de esto. Este es un sistema único en Sudamérica, donde el trabajador no pone un peso, pero sí se le pide que se cuide y que acate lo que dice el comité paritario.

Es obvio que en este aspecto hay cosas que mejorar y que transparentar. Nadie puede ser dueño de la verdad, sin embargo, la esencia de la ley N° 16.744 cumple con su rol de solidaridad, protege al trabajador antes, durante y después de un accidente, y ayuda a que este país se desarrolle. En ese sentido, creo que se debe dar más fuerza a los comités paritarios porque muchas veces, en algunas empresas, son bien tomados en cuenta, sin embargo, en otras no. Por ejemplo, se toma a una persona que está desocupada se pone en el comité paritario. Eso no puede ser, y es algo que tenemos que mejorar”.

“La señora **TAPIA** (doña Elizabeth).- Señora Presidente, mi nombre es Elizabeth Tapia y soy directora, en representación de los trabajadores, en la Asociación Chilena de Trabajadores.

Trabajo en Casa de Moneda y también soy la presidenta de mi comité paritario y, además, dirigente sindical, por lo que algunas condiciones y experiencia tengo en este tema.

Lo primero que quiero contarles es que soy una directora con poca experiencia, en el sentido de que llevo solamente un período, y estoy cumpliendo mi segundo período.

La necesidad de participación de los trabajadores es fundamental. En primer lugar, porque los trabajadores sabemos más de lo que todo el mundo piensa. Los trabajadores no somos tontos y, por lo tanto, desde nuestra perspectiva tenemos una visión de lo que queremos para nuestro país; un país más sano, un país donde la gente se accidente menos, pero también sabemos que los sistemas no permiten que ello ocurra, por lo que la mayoría de la gente llega al mundo laboral sin tener ningún conocimiento respecto de prevención.

Esto es importante, porque se le entrega al empleador la responsabilidad de la capacitación en un tema que debería ser un tema país; los accidentes son un tema de todos.

El año pasado tuvimos que lamentar varias muertes. En este país, tenemos un promedio de casi un trabajador muerto al día. Esa es la realidad. Es dura, pero la verdad de las cosas es que cuando uno se pregunta por qué el trabajador se

accidentó, de la respuesta se deduce que en muchos casos el accidente era evitable.

Al hablar de los comités paritarios, creemos firmemente que son la mejor herramienta que tienen las organizaciones para efectivamente generar conciencia preventiva. Sin embargo, a la persona que está en el comité paritario nadie le quita la pega que tiene que hacer todos los días, porque a uno no le pagan por estar en el comité paritario, por lo tanto, uno sigue haciendo esta doble pega.

En segundo lugar, y fundamental, cuando hablamos de apoyar a los comités paritarios tenemos que generar instancias de ayuda. Actualmente, solo uno de los trabajadores que está en el comité paritario tiene fuero.

Un punto a tomar en cuenta. Es fácil ponerse de acuerdo cuando la empresa tiene los mismos intereses de los trabajadores, pero hay gente que le importa mucho más la productividad que la seguridad.

A nosotros nos importa más la seguridad que la productividad y, a la larga, lo único importante en las empresas son las personas, nadie más.

Por otro lado, nos reunimos con los comités paritarios a lo largo del país y, en esas instancias, nosotros escuchamos, corregimos y mejoramos. Es un trabajo que nos cuesta y no es fácil. Para dar un dato, nosotros vamos a llegar a las 6 de la mañana a Antofagasta, en una semana más; tenemos la reunión con los comités paritarios a las 9 de la mañana. Terminamos esa reunión y seguimos a Calama. En ese sentido, nosotros tampoco tenemos tiempo, porque nuestras empresas también nos requieren en nuestros puestos de trabajo. Por lo tanto, cuando hablamos de difundir y facilitar, nos referimos a que los comités paritarios requieren más apoyo y eso es algo que la ley debe mejorar. La ley debe mejorar el apoyo a los comités paritarios.

Por otra parte, el hecho de estar dentro del sistema mutual nos genera garantías. Tenemos una gran aceptación por parte de los trabajadores en cuanto a la atención, porque si el trabajador se accidenta, como comité, lo enviamos e inmediatamente es atendido; no tiene que esperar. Eso es importantísimo. Reitero, los trabajadores no tienen que esperar. No existen trabajadores de primera y de segunda categoría. Todos tienen la misma atención.

Hemos logrado tener protocolos de atención. Estamos mejorando considerablemente en ese aspecto. Tenemos una gerencia para mejorar la calidad del servicio, en la cual estamos evaluando todos los días cómo hemos atendido a la gente que, lamentablemente, nos visitó. Digo lamentablemente,

porque el que llega es un accidentado y no queremos que lleguen accidentados.

Lo otro que tenemos muy claro son los planes de prevención con las empresas. Generamos planes de prevención y controlamos los planes de prevención. Ese ha sido un tremendo esfuerzo en los últimos tres años de parte de esta asociación.

También tenemos muchas trabas administrativas, que son parte del proceso -yo lo entiendo absolutamente- de fiscalización, porque de repente mandan una cosa, después mandan otra, mandan un oficio, después otro y no necesariamente son coherentes entre unos y otros. En muchos casos hay incoherencia entre lo que piden en uno y en otro. Es ese es un tema para nosotros.

No nos oponemos a la fiscalización; por favor, visítennos más, pero también hay que tener claro para dónde queremos ir, porque para nosotros es fundamental.

Las mutualidades se hacen cargo de las indemnizaciones, de las pensiones y, además, de las capacitaciones. En muchos casos hay requisitos que son legales. Por ejemplo, en el caso de los incendios, se tiene que tener capacitado al ciento por ciento de los trabajadores.

Esa es una obligación del empleador, pero todos los empleadores se la piden a las mutuales y es el curso más requerido. O sea, lamentablemente, la seguridad no es un tema en este país. El tema de la seguridad está en buenas intenciones y en declaraciones de principios, pero, en términos prácticos, a la hora de producir echan para adelante nomás. Eso no funciona.

Por lo tanto, requerimos una política de Estado respecto de este tema y que los comités paritarios tengan apoyos reales.

Quiero dar las gracias por estar en una mutualidad que, desde que llegué, me ha ido formando cada día más para tener mayor información y tomar decisiones con la mayor cantidad de conocimiento. Debo reconocer que estoy en una mutualidad que me ha prestado todo el apoyo. Soy la jefa de gestión de la Casa de Moneda. Conozco mucho de normas, pero aquí las normas no sirven, pues son declaraciones. Estamos trabajando en cómo hacer las cosas mejor y cada día estamos siendo mejor.

Como dijo Víctor, estamos sujetos a que en algún momento nos digan que esto hay que mejorarlo. Perfecto, díganoslo, pero deben darnos una orientación clara y precisa, la cual no está. Esa responsabilidad no es de nosotros, sino de la administración".

"El señor **PARRA**.- Señora Presidenta, mi nombre es Víctor Parra y pertenezco al Banco Santander. Llevo 37 años en este

tema y 9 años como director de mutual. También llegué elegido por el sector financiero, en el comité paritario.

Me preguntaba qué voy a hacer como director. Bueno, no fui elegido para ir a calentar el asiento, sino para aportar con mi experiencia en temas de recursos humanos. Ahí empezamos con Guillermo a visitar las regiones, pero también quisimos ver qué pasaba en casa con los trabajadores de mutuales. Como directores laborales, fuimos y nos juntamos con ellos, con los médicos y los paramédicos. Sin tener mayor experiencia, les dijimos: "Nosotros somos trabajadores igual que ustedes. ¿Qué necesidades tienen?" Partimos haciendo cosas interesantes que hicimos llegar a la alta dirección, a los gerentes generales de ese tiempo.

También hemos querido participar en los gobiernos corporativos. Esto ha cambiado, porque hoy participamos y no solo vamos a la reunión del directorio. Yo soy presidente del Comité de Capital Humano corporativo, que tiene que ver, principalmente, con el cumplimiento del plan estratégico hacia los trabajadores y hacer seguimiento a las mutuales. Es decir, ver la evaluación de desempeño, el clima y cosas que deben estar. También debe estar la prevención.

¿Qué pasa si estamos vendiendo algo que realmente no se está cumpliendo en casa? O sea, quiero dejar claro que los directores laborales queremos aportar con nuestra labor y ponemos pasión en lo que hacemos. Hoy, estamos en los directorios de mutuales. Por lo tanto, hay empresarios y directores representando a los trabajadores. Nuestra labor es pensar no solo en el trabajador interno, sino también en el resto de los trabajadores. Pienso que hay un enorme trabajo por hacer en las empresas.

Vengo de una empresa que no es siniestrosa, no es productiva en este aspecto, salvo la fuerza de ventas que se accidenta, pero debemos trabajar en la parte preventiva y hacer campaña. Creo que es posible hacerlo con pocos recursos. Pienso que debemos juntar en una mesa a las isapres, a Fonasa y a todos los que tienen que ver con este tema y trabajar juntos para poder prevenir. Primero hay que prevenir, porque el tema de las licencias médicas hoy es un problema, pero tenemos que trabajar en ese tema. En el tema de las licencias hay que ejercer controles. Basta que el asistente social visite un par de casos y el trabajador va a saber que lo están controlando.

Por lo tanto, hay cosas por hacer. Insisto, se deben juntar las isapres y los seguros complementarios de las empresas, los bienestares y todos los actores, para hacer un trabajo conjunto, para tener un país y trabajadores más sanos. Hay

que pensar que tienen que durar más tiempo, por lo que se prevenir en el tema de la salud”.

“El señor **VEGA**.- Señora Presidenta, mi nombre es Augusto Vega y soy director laboral del IST. Vengo del lindo puerto de Valparaíso, que también es su casa. Voy a exponer en dos minutos algunos temas que no se han tocado, para no repetir.

En primer lugar, quiero señalar que el sistema mutual funciona y, como todo sistema, es perfectible, por lo que estoy totalmente de acuerdo con todos mis colegas, pero quiero tocar un punto muy importante que ahora está presente en nuestra sociedad. No me refiero a los accidentes laborales, sino a los protocolos psicosociales, que es un tema que nos va a tocar a todos fuertemente.

Tenemos el estrés laboral o familiar y los largos trayectos que deben recorrer nuestros compañeros en las grandes ciudades, como Concepción y Santiago. También está el tema de la doble presencia, que vino para quedarse.

La doble presencia no solo es llevar las cosas de la casa al trabajo, sino también del trabajo para la casa. Por lo tanto, los riesgos psicosociales son temas actuales en nuestra sociedad y ahí están las mutuales y los comités paritarios trabajando fuertemente.

Es un tema nuevo para el país y lo estamos enfrentando con mucho cariño, pero es un desafío muy grande. Quiero que este tema quede planteado en esta mesa, porque es muy importante y va a cambiar las estadísticas que hay hasta el momento.

Lo otro que quiero comentar es qué somos los comités paritarios. Los comités paritarios son la unión de representantes laborales y empresariales que tienen un objetivo común, que es salvaguardar y hacer trabajar en el tema preventivo a todos nuestros compañeros.

También, puedo contar que las mutuales -en mi caso, represento al IST-, no solo se queda en el tema de los trabajadores. El IST, como experiencia -y creo que hay que tomarla como país-, en las últimas catástrofes de Coquimbo y Valparaíso relativas a los incendios y del terremoto, ha ido silenciosamente a dar apoyos psicológicos a los afectados. Para allá tenemos que apuntar.

Una cultura preventiva se hace con todos; no solamente con los comités paritarios, ni con los diputados ni los senadores. Se debe partir con el presidente hasta con el último de los seres humanos que trabajan en este país. Ello, porque, como decía mi abuelita, prevenir es mejor que curar”.

“El señor **CÓRDOVA**.- Señora Presidenta, soy médico traumatólogo, con treinta y cinco años de trabajo en la Asociación Chilena de Seguridad. Cuando fui invitado a participar en esta Comisión, no sabía bien de qué se trataba

el tema, pero me he dado cuenta que principalmente tenía por objeto escuchar a los representantes laborales al directorio de las empresas de mutuales.

En general, comparto bastante bien con ellos el espíritu que aquí se ha expresado. Para mí, lo más rescatable fue lo que dijo el director de la ACHS que estuvo sentado en esta mesa, y cuyo nombre no recuerdo en estos momentos, en cuanto a que el tiempo que ha transcurrido lleva a la necesidad de profundizar la responsabilidad de los directores laborales en la gestión de las mutuales.

Mi experiencia es en la Asociación Chilena de Seguridad, en la que fui médico allí durante treinta y cinco años. Hace un par de años me retiré, de manera que créanme que he visto mucho y he sabido de cosas que obviamente no puedo demostrar, porque no soy detective ni es mi función, pero indudablemente que pasan cosas a nivel medio que tal vez escapan al conocimiento de los directores labores, las que realmente podrían ser consideradas desastrosas.

Por ejemplo, he sido testigo de tratamientos cortados a un paciente, porque estaban siendo muy prolongados y estaban saliendo muy costosos. Eso nunca llega al directorio, ¡nunca! Y ese es un problema.

A lo mejor, avanzar en este tema sería que los directores, a través de algún mecanismo, pudieran tener contacto con los niveles medios de la institución, llámese el jefe de traumatología, el jefe de cirugía o qué sé yo. Mandos medios que realmente manejan las cosas de otra manera.

A uno le queda la duda de si, a lo mejor, ese mando medio recibió una instrucción superior de hacer las cosas de ese modo, pero nada se va a demostrar. Todo eso se conversa en los pasillos; todo eso se conversa entre cuatro paredes, y las cosas pasan. No digo que sea muy frecuente, pero indudablemente hay trabajadores que son "luxados" del sistema, porque están saliendo muy costosos y ya su recuperación es imposible y se "salen" del sistema. Así que, en el afán de mejorar, porque esa es la idea -todos podemos mencionar problemas y problemas, bueno-, ¡hagamos algo!, ¡seamos proactivos!

Mejoremos la relación o la llegada de los representantes laborales al meollo mismo del asunto, donde están pasando las cosas. Porque, créanme, que lo he visto. Y me van a tener que creer, nomás.

El segundo tema es la gestión misma del quehacer diario. Yo fui remero de galera durante muchos años, haciendo turnos de urgencia. El siglo pasado, cerca del año 95 hasta el año 2000, 2000 y tanto, éramos cinco traumatólogos de turno, o cuatro. En la noche quedaban dos traumatólogos de turno.

Pues, el año pasado y antepasado, no había traumatólogos de turno en el Hospital del Trabajador de Santiago.

Entonces, uno se pregunta por qué. Porque el hospital no estaba dispuesto a pagar los sueldos que eso significaba. Entonces, eran médicos en formación en Traumatología, los que hacían el turno y los que recibían al paciente, y nuestros directores laborales están convencidos de que sus trabajadores reciben la mejor atención.

Esos pacientes atendidos no recibieron la mejor atención, porque el hospital no estaba dispuesto a pagar el sueldo de los traumatólogos que debieron haber hecho esas atenciones.

Ahora, como dije, no soy investigador privado ni me dedico a recolectar datos ni nada. Soy un médico que trabajó allí y que vio esas situaciones. Mi palabra puede ser cuestionada, pero si van a revisar los datos, especialmente los directores de la Asociación Chilena de Seguridad, van a recolectar los datos de qué médicos hicieron turnos tales días, se van a dar cuenta de que efectivamente no había traumatólogos, y el hospital vende que es de una clase mundial, que es un hospital de categoría mundial. ¡Un hospital de categoría mundial tiene traumatólogos en su *staff* de urgencia!

Para abreviar, en aras de la hora, mi consejo es que seamos proactivos y tratemos de mejorar lo que es perfectible. Este es un buen sistema, pues lo he experimentado desde dentro. Los pacientes reciben muy buena atención, y los pacientes que quedan con secuelas son compensados de acuerdo con la ley. Hay una ley de compensaciones que es la de incapacidad laboral. Así que diría que es de un manejo general bastante bueno. Pero hay lagunas y frente a ellas no hay que quedarse callado, hay que decirlas. Porque si todos nos quedamos callados, va a seguir pasando todo igual que siempre.

Lo último. El sistema de salud en Chile es malo, es malo y es malo por culpa de todos.

Ahora último he estado en contacto con el hospital de Villarrica. He estado trabajando allí y realmente la calidad de salud que recibe la gente en Santiago, incluso la gente de no muchos recursos, versus la calidad de salud que recibe la gente en provincia es dramáticamente distinta. Estar esperando cuatro años para una interconsulta para traumatología es culpa nuestra. Es decir, no podemos; esto no puede ser.

Me voy al sur justamente para tratar de ayudar con un granito de arena en estas falencias que tiene la salud en Chile, porque realmente no sé cómo calificarlo, pero que en el siglo XXI sea así, me parece una cosa bestial".

"El señor **CORTÉS** (director del ISL).- Señora Presidenta, agradezco la invitación y al diputado Poblete, quien tuvo la

no sé si tan magnífica idea de sugerir que un representante de regiones pudiese transmitir lo que en esta materia se vive en la región.

Entonces, estoy aquí en calidad de director regional del ISL, entendiendo que el director nacional de mi servicio fue convocado a esta comisión y, por lo tanto, la voz oficial e institucional fue entregada por el director nacional.

Respecto de la denuncia de la directora de Fonasa, más allá de la justeza de las cifras y de la veracidad de su aseveración, lo cierto es que esta denuncia se produce en un contexto, y he traído una presentación para explicar el contexto en el cual la directora de Fonasa hizo su denuncia.

Lo primero que quiero señalar es que aquí se han estado entrevistando a representantes de la mutualidad privada. Lo cierto es que en Chile también existe una mutualidad de carácter público que desarrolla las mismas funciones: funciones de asesoría preventiva, de prestaciones médicas y de prestaciones económicas.

Además, en tanto órgano público, el Instituto de Seguridad Laboral desarrolla labores y funciona como un órgano público, pero está sometido al control público de la propia Contraloría y de todas las instancias de control y fiscalización que tienen los órganos públicos.

Quiero efectuar una breve caracterización de este mercado. Muchos discuten si el tema del reclutamiento o captación de cotizantes al sistema es un mercado, en los términos en que todos lo conocemos. Mi impresión, y ahí está la opinión de un ingeniero comercial, es que sí lo es. Y un tercer tema se refiere a alguna propuesta mínima de modificación de la norma, en términos de hacer lo que aquí se ha estado diciendo por muchos exponentes.

El sistema es bueno, el sistema funciona; pero requiere de algunas modificaciones necesarias.

¿Qué es el Instituto? El Instituto de Seguridad Laboral es un órgano público nuevo, que tiene apenas siete años. Corresponde a la reforma previsional efectuada por la Presidenta Michelle Bachelet en su período anterior. Se subdividió el ex-INP, y dio luz, entonces, al IPS y al Instituto de Seguridad Laboral.

No obstante, el Estado ha estado desarrollando acciones de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo históricamente, porque hay un sector de la fuerza de trabajo en Chile que no está cubierto por la mutualidad privada y, por lo tanto, ese es un rol que le corresponde jugar al Instituto de Seguridad Laboral, vida que empieza a hacerse efectiva recién a partir del año 2009.

En la lámina aparecen los tres objetivos principales de nuestra institución: promover y potenciar el acceso universal de todos los trabajadores y trabajadoras del país. Convengamos en que hoy no lo están, no están todos los trabajadores, y, por lo tanto, hay una enorme cantidad de trabajadores que no usufructúan, que no gozan de las bondades que experimenta el seguro social de la ley N° 16.744.

Ya dije que este es un órgano nuevo, de reciente vida y, por lo tanto, nos interesa posicionar el servicio en el conocimiento y la mentalidad de los chilenos. No solo existe la mutualidad privada, sino que también hay una pública que, en ciertos planos, desarrolla con mayor nivel de eficiencia y de eficacia su accionar.

Finalmente, hay que asegurar la pertinencia y la oportunidad de la calidad de las prestaciones, entendiendo que el Instituto de Salud Laboral (ISL) no tiene hospitales. El ISL necesariamente tiene que funcionar con la atención pública de salud. Ya escuchamos algunas versiones respecto de la calidad de la salud pública; sin embargo, buena parte de los trabajadores en Chile tienen que ser atendidos, ya sea por accidente o por enfermedad profesional, en la salud pública con toda la complicación que ello conlleva.

Sin ser ofensivo, respecto de los logros que ha tenido el servicio a lo largo de su existencia, en los cuatro años del gobierno anterior, no se hicieron muchos esfuerzos por su desarrollo, por lo que no se avanzó en cumplir exitosamente su mandato o misión.

El instituto desarrolló una importante labor en materia de construcción de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo. Esperamos que en los próximos meses, la Presidenta envíe el mensaje respecto de esta política nacional.

En materia preventiva, el servicio ha avanzado fuertemente en la configuración de un modelo de prevención para empresas pequeñas y medianas, principalmente, microempresas. No hay que olvidar que el instituto atiende, principalmente, a empresas con un número inferior a diez trabajadores. Este segmento del mercado no resulta atractivo para la mutualidad privada, pero alguien debe atenderlo. Precisamente, el Instituto de Seguridad Laboral lo hace o por afiliación voluntaria de la empresa o por el solo ministerio de la ley, porque esos recursos tienen que ser canalizados y, por lo tanto, llegan al ISL.

El ISL ha desarrollado una importante experticia y conocimiento en materia intrahospitalaria. Sus prevencionistas han avanzado en esa materia, el intercambio del Instituto de Seguridad Laboral con los servicios de salud

ha significado un cambio en el proceso de aprendizaje que determina la implementación de un modelo de aplicación de seguridad en los establecimientos intrahospitalarios.

Ustedes han de saber que es en los hospitales en donde se manifiestan y se expresan todos los riesgos laborales. Por lo tanto, hemos desarrollado intensos esfuerzos por mejorar nuestro nivel de conocimiento, pero, a su vez, para elaborar una política de prevención que permita despejar los riesgos que existen en los hospitales.

En el ámbito de las prestaciones médicas, buena parte de las críticas que se le formulan al sector privado están radicadas en la calidad de las prestaciones médicas, y comparto plenamente esos juicios. Sin embargo, a la mutualidad, pública y privada, se le evalúa en dos aspectos. Uno, en la calidad de su asesoría preventiva; es decir, qué tan exitosos somos en alejar los riesgos de los espacios y lugares de trabajo, lo cual es la acción central de la mutualidad. Sin embargo, se ha ido instalando la evaluación en orden a la calidad de las prestaciones médicas que estamos otorgando. El médico a mi lado señaló buena parte de las dificultades que eso conlleva. Hay mucho de cierto en todas las críticas, denuncias y demandas de los trabajadores respecto de la calidad en materia de prestaciones médicas; sin embargo, nadie se ha dedicado a procesar las denuncias.

Hemos avanzado en la generación de tratos directos y en algunos convenios vía licitación, precisamente, con sectores privados de salud, incorporando a muchas clínicas, sobre todo, en regiones para que se exprese y se materialice el mejoramiento de la calidad de la atención, tanto del accidentado como del enfermo profesional.

Finalmente, existe una preocupación del equipo de dirección por mejorar buena parte de los procesos administrativos internos del instituto, en términos de hacerlo crecer rápidamente. En Chile hay instancias públicas que tienen 90 años de existencia y nadie puede dudar de la calidad con la cual desarrollan su misión. A nosotros nos falta crecer mucho, y hay un esfuerzo grande por mejorar los procesos.

Respecto de nuestros aspectos deficitarios, hay que avanzar para descentralizar muchas funciones en el instituto. Además, tenemos una asignación insuficiente de recursos, tanto humanos como financieros. Con ese nivel de falencias, nuestros grandes sueños por mejorar la calidad de lo que hacemos se aleja cada día más.

Con relación a cómo caracterizamos el mercado, este es amplio, con una fuerza de trabajo de, al menos, ocho millones y medio de personas. Entre la mutualidad pública y privada, llegamos a cinco millones y medio -en que la mayor parte la

tiene, sin duda, la ACHS- lo cual indica que hay tres millones de trabajadores en Chile que no son cubiertos por el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, por lo tanto, hay que hacer un esfuerzo para llegar ahí. Habría que normar para que la mutualidad privada también se haga responsable de aquellos sectores más vulnerables que solo atiende el Instituto de Salud del Trabajador (IST). La mutualidad privada se preocupa principalmente de grandes conglomerados y grandes empresas que tienen un mayor número de trabajadores. Hay que legislar para que la mutualidad privada se haga cargo de los sectores vulnerables, junto con el ISL, en algún porcentaje que se pueda determinar.

Además, es un mercado asimétrico. Hay una mayor preocupación por los grandes conglomerados de trabajadores. Nosotros estamos obligados a hacernos cargo de las Mypes (Micro y Pequeñas Empresas), las que se caracterizan por ser de alta infraccionalidad y evasión del pago, y es el Estado quien debe hacerse cargo de aquellas falencias del mercado. Entonces, si queremos que esto funcione como mercado, el Estado tiene que jugar un rol mayor.

Es un mercado desigual, ya que el componente privado puede disponer libremente de sus recursos, porque la norma regulatoria no es tan extensa.

En la Octava Región teníamos un hospital del trabajador, el cual exhibíamos orgullosamente. Sin embargo, hoy es el Hospital Clínico del Sur, que atiende 18 patologías, que no tienen relación con enfermedades profesionales o con accidentes del trabajo. Entonces, se utilizan los recursos de una norma para hacer negocios.

Como ya dije, esta conducta del componente privado del mercado, necesariamente, debe normarse, porque los recursos del seguro se ocupan para crecimiento y la instauración de un sistema de negocios distinto, que apalancan recursos de diversa naturaleza.

Nuestro instituto, como organismo nuevo, no puede esperar más, necesita de un estatuto orgánico que permita disponer de una mayor cantidad de recursos. Los recursos capturados por el ISL a través de cotizaciones se van al presupuesto de la nación, por lo que es la Dirección de Presupuestos (Dipres) la que, finalmente, nos asigna una cantidad de recursos para operar. Nosotros no disponemos de nuestros recursos para nuestro funcionamiento.

Además, se requiere con urgencia terminar con la discriminación hacia el obrero o empleado, que aún está consagrada en el artículo 9° de la ley, el cual mantiene una discriminación, que si bien es odiosa, tiene una aplicación

concreta en el país. Eventualmente, si ponemos al administrativo de la obra al lado de un jornal y ambos sufren el mismo accidente, la misma rodilla o la cabeza, y sin embargo, en el caso nuestro, al administrativo de la obra lo podemos atender en centros privados de salud y al jornal lo tenemos que atender exclusivamente en la atención pública. Esa discriminación no se puede seguir manteniendo.

Señora Presidenta, le entrego una propuesta de carácter legislativo que hemos diseñado en nuestro servicio y que creemos se puede abordar como una ley corta. Otra cosa sería avanzar en una modificación más global, pero estimamos que es una situación que no puede seguir esperando, porque hay una enorme cantidad de trabajadores de empresas afiliadas a nosotros que requieren esta modificación.

Una experiencia puntual. Todavía existen trabajadores de la exminería subterránea del carbón de la Octava Región que están secuestrados por accidentes del trabajo, sin piernas, tetraplégicos, parapléjicos, sordos, ciegos, etcétera. El argumento usado para esos trabajadores es que cuando cumplan los 65 años, la edad para jubilar por vejez, deben cambiarse de sistema, porque actualmente tienen una pensión de invalidez. Cumplida su edad, deberán percibir su pensión por vejez y eso significa una merma cercana al 50 o al 60 por ciento de su actual pensión.

La pregunta de los mineros es: si no he recuperado mis piernas, ¿por qué tengo que perder mi pensión de invalidez?

Entonces, esa es una modificación a la ley N° 16.744 que también les corresponde asumir a ustedes.

Termino haciendo una última alusión de la construcción de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo. Durante el gobierno del Presidente Piñera, en 2012, fue firmado el convenio 187 de la OIT, que consagra la creación, el diseño y la formulación de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo. La Presidenta Bachelet dijo que en su gobierno se iba a ver, y en eso estamos. Hemos formulado propuestas, se han desarrollado intensos esfuerzos para dar lugar a un proceso de discusión y debate tripartito. En eso han trabajado los empleadores, el sector público y los trabajadores, y está listo. Entonces, lo que se requiere es una futura discusión con los parlamentarios para que se sumen a la construcción de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo".

"El señor **CAVIEDES**.- Señora Presidenta, agradezco la invitación a la comisión para referirme a temas relacionados con la seguridad laboral y lo voy a hacer exclusivamente a la vertiente de enfermedades laborales.

Entiendo que las mutuales han hecho una labor importante en la reducción de accidentes profesionales, sin embargo, en lo que se refiere a las enfermedades laborales comparto muchos de los análisis y diagnósticos que ha hecho Fonasa al respecto.

Algunos antecedentes. La tasa de enfermedades laborales en Chile ha ido descendiendo, más adelante vamos a hacer algunas comparaciones con países de la OECD y nos vamos a dar cuenta de que en Chile las enfermedades laborales prácticamente no existen. En 2010, se declararon en las mutuales 5.300 enfermedades laborales y en 2014, hubo 4.411, lo que ha significado una baja de la tasa de 1,4 en 2010 a 0,93 en 2014.

Entonces, ya con esas cifras deberíamos preguntarnos qué está pasando con las enfermedades laborales. ¿Son menos los trabajadores afectados por una enfermedad común pero que tiene su origen en las condiciones de trabajo?

Lo que ocurre con las prestaciones y licencias médicas, en general, es que aumentan, por lo tanto, debiera hacernos pensar que también debería producirse un aumento por condiciones laborales. Por ejemplo, en materia de licencias médicas vemos que en el sistema isapres, entre 2011 y 2015, aumentaron de un millón treinta mil a un millón cuatrocientas mil. Es decir, una tasa de crecimiento de 37 por ciento de licencias médicas a cargo de isapres.

En materia de prestaciones de salud, de sesenta y un millones, que cumple el sistema isapres, aumentaron a ochenta y tres millones. Un crecimiento del 35 por ciento entre 2011 y 2015, en circunstancias de que el crecimiento del número de beneficiarios solo fue del 15 por ciento. Por lo tanto, evidentemente hay un uso mucho más intensivo de la medicina y me pregunto respecto de ese crecimiento, qué parte corresponde a enfermedades comunes de origen laboral. Esa es la pregunta que nos hacemos en conjunto con el Fondo Nacional de Salud.

La tasa en Chile, comparada con los países de la OECD, ha sido de 35,9 dólares, respecto de los otros que pagan 51,3 dólares en licencias por enfermedad común. En licencias por enfermedades laborales podemos observar que en Chile se paga 1,1 dólar en promedio por trabajador en circunstancias que en la OECD, se pagan 44 dólares, en promedio. Por lo tanto, la diferencia es de 40 veces entre lo que se paga en Chile y lo que se paga en los países de la OECD.

Lo mismo ocurre con el monto en licencias médicas. También hay una diferencia sustancial. En nuestro país, las licencias médicas por enfermedad laboral es de 0,007 y el promedio de la OECD es 0,1. Es decir, 15,43 veces.

Esas cifras reflejan claramente que, o en Chile no hay enfermedades laborales, los trabajadores están cubiertos de manera brillante, o bien, hay una subdeclaración muy importante en materia de enfermedades laborales.

Es importante señalar que las enfermedades comunes de origen laboral están siendo cubiertas ya sea por Fonasa o por isapres, por lo tanto, los trabajadores tienen resueltos sus problemas, pero la gravedad no radica en eso.

También en Europa hay una especificación mucho más completa en la búsqueda de las enfermedades laborales. Así por ejemplo, en materias de cánceres existe una mayor precisión, sobre todo porque se trata de investigar los efectos retardados que puede tener en un trabajador la exposición durante largos años a un elemento contaminante. Un trabajador que está respirando un elemento contaminante durante 10 o 20 años, tal vez adquiere el cáncer en el año 30, cuando ya ni siquiera trabaja en esa empresa, puede estar pensionado, pero las consecuencias de ese cáncer no las va a pagar la mutual sino Fonasa o isapres, principalmente Fonasa cuando se trata de ambientes contaminados porque tiene más trabajadores que las isapres que pueden estar sujetos a esas condiciones.

En 2011 hicimos un estudio, cuando ya sospechábamos estas circunstancias, con Bitrán y Asociados. Invitamos a la Asociación de Mutuales a participar en él, pero lamentablemente no quisieron hacerlo.

Investigamos casos precisos de salud mental, osteomusculares y de enfermedades de la columna, para saber qué ocurría con esos diagnósticos que estaban siendo pagados por las isapres. En esos diagnósticos encontramos que el 37 por ciento de los casos médicos estudiados resultó ser de origen laboral y, al proyectar el resultado de esta muestra, con las proyecciones que hizo Bitrán y Asociados, significaba un gasto de 16.700 millones de pesos que debían enfrentar las isapres, por trabajos que ellas realizaban, lo que evidentemente está incorporado en el precio que cobran a sus afiliados.

Lo importante de tener un ambiente laboral adecuado es que la satisfacción laboral se traduce en definitiva en menos licencias médicas y en un buen ambiente laboral, en mejores condiciones, que implican menos enfermedades. A mi juicio, lo valioso de que las enfermedades comunes de origen laboral sean detectadas por las mutuales es que eso permite prevenir, permite cumplir con la función preventiva que deben realizar las organizaciones que se dedican a la medicina laboral, lo que no pueden hacer Fonasa ni las isapres, porque no tienen atribuciones ni conocimientos para pesquisar las razones que originan este tipo de enfermedades en los lugares de trabajo.

Por lo tanto, nos parece importante el desafío de una pesquisa oportuna a este tipo de patologías, el estudio del puesto de trabajo que puede estar ocasionando ese tipo de patologías, que exista un arbitraje adecuado para que se reconozca ese tipo de patologías y que se analicen los efectos retardados que puede tener la presencia de algunos factores en el puesto de trabajo.

Falta una orgánica apropiada, falta también una funcionalidad adecuada de las compines, que también tienen alguna injerencia en esta materia; ahí hay una lata relación de las funciones que cumplen las compines. Sin embargo, a mi juicio, ninguna de ellas cumple bien, porque no cuentan con las funciones, con el personal ni con el presupuesto adecuado para hacer esa labor.

Entonces, ¿qué pasa cuando se traspasa el gasto de una mutual a Isapre o a Fonasa?, se pierde la oportunidad de estudiar en el puesto de trabajo las mejoras a las condiciones laborales y la oportunidad de eliminar los factores contaminantes que provocan ausentismo y enfermedad, no se detectan las enfermedades que presentan manifestaciones, como en el caso de los cánceres, y cuando eso sucede se traspasa el costo desde el empleador hacia el trabajador, porque el sistema de mutuales lo paga el empleador y el sistema de Fonasa e isapres lo pagan los trabajadores. El sistema de Fonasa e isapres tiene copagos; por lo tanto, existe un cargo al trabajador y, en el caso de las isapres, los propios trabajadores pagamos el incremento de los costos de los planes de salud por esta materia. Por tanto, esa transferencia, aparte de impedir hacer una labor preventiva adecuada, también significa cargar a los trabajadores con esta labor.

Como ya señalé, Fonasa e isapres no pueden conocer las razones que originan esta labor. Por eso parece tan importante que las propias mutuales se hagan cargo de esta función. Ahora, reconozco que no es fácil, debido a como está conformado el modelo; no es fácil detectar ese tipo de enfermedades y, por lo tanto, no se puede culpar a las mutuales de que esto no exista, porque muchas veces el propio médico, en su puesto de trabajo, en su consulta privada, no es capaz de detectar una enfermedad que puede tener origen profesional, porque no tiene los antecedentes en su mano para poder opinar".

11.- Participaron como invitadas la **subsecretaria de Previsión Social**, señora Julia Urquieta, y la **directora del Fonasa**, señora Jeanette Vega.

La señora **Julia Urquieta**, señaló que como Subsecretaría de Previsión Social, están muy involucrados y preocupados en buscar soluciones a los problemas que se han planteado.

El contenido de la denuncia interpuesta por Fonasa, entre otros puntos, señala que de un total de 3,2 millones de licencias médicas autorizadas en 2014 por el seguro público, 540.000 corresponden a enfermedades y a accidentes laborales. Ello implicó que Fonasa desembolsara 90.000.000.000 de pesos. A su modo de entender, esto se produce por lo que ellos mismos han denunciado, y se expresa en dos situaciones. Por un lado, por los subreportes y, por otro, por las calificaciones erradas de accidentes y enfermedades, que radica en subsidios cruzados entre el seguro de salud común y el seguro laboral, contemplado en la ley N° 16.744.

Les parece importante señalarlo, ya que es el origen del problema, en el sentido de que la calificación es realizada por los organismos administradores de la ley N° 16.744, sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y una de las principales críticas es que son juez y parte, puesto que hacen la calificación y, su vez, entregan las prestaciones.

Es muy importante tener claro cuál es el problema de fondo y por qué nosotros proponemos soluciones *a posteriori* a algunos de los temas.

A su juicio, para seguir ilustrando sobre el porqué de este problema, es importante entender el esquema de la seguridad social en la salud en Chile, por ejemplo, cuáles son las prestaciones que entregan o cuáles son preventivas, curativas y económicas, porque existe una diferencia bastante grande entre el seguro laboral y el seguro común.

La previsión común es sustentada por las isapres o Fonasa. Como sabemos, el trabajador cotiza 7 por ciento en Fonasa y un mínimo de 7 por ciento en una isapre, según el plan, y si no cubre ese porcentaje, el trabajador debe realizar un copago de su bolsillo en estas prestaciones limitadas.

En cambio el seguro laboral -que comprende accidentes y enfermedades laborales- es una previsión entregada por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), por los Servicios de Salud o por las mutuales, y corre directamente por el empleador, pagando 0,95 por ciento como mínimo, hasta 6,8 por ciento como máximo. Lo más importante es que en el seguro social todas las prestaciones son gratuitas para el trabajador, incluyendo los medicamentos y la rehabilitación.

Agregó que aquí ocurre un contrasentido, pues es un seguro beneficioso para el trabajador, pero no es utilizado en su totalidad, entre otras razones, porque es desconocido por el propio trabajador. Ahí se produce el problema, ya que aquellas patologías de costo de la salud laboral son

atendidas en la salud común. Es más beneficioso para el trabajador, por lo que es una situación que estamos tratando con diversas medidas.

Lo mismo sucede con el tema de la previsión. Los trabajadores desconocen sus derechos y, en consecuencia, no saben cuándo concurrir a una mutual o a un organismo administrador del seguro. Tal vez sucede por la llamada "vigilancia médica", ya que, al parecer, en la práctica, cuando los trabajadores sufren un accidente, una enfermedad o se sienten mal, no saben distinguir si la patología es laboral o común y, finalmente, asisten al servicio de salud más cercano que encuentran. Sin embargo, ahí no siempre existe la expertise necesaria para establecer una enfermedad laboral y derivar al afectado a una mutual.

Evidentemente, muchas de las enfermedades que deberían ser conocidas por las mutuales como laborales, son atendidas en los sistemas comunes de salud.

Lo anterior se explica por varios motivos. En primer lugar, el principal problema se produce por la calificación de las enfermedades profesionales, ya que de acuerdo a la ley, para diagnosticar una enfermedad, se requiere del llamado "elemento de exposición". Es decir, se debe establecer cuál es el grado de exposición del trabajador a ciertos factores que desencadenan una enfermedad, considerando su historia laboral y el estudio de su puesto de trabajo. Por ejemplo, para el trabajo en altura se realiza un diagnóstico médico, pero muchas veces no hay especialistas suficientemente capacitados para realizar este tipo de diagnósticos.

En segundo lugar, la calificación es otro de los problemas que se manifiesta, pues la ley es muy exigente en la relación entre causa y efecto de una patología. Exige una relación directa entre la exposición y la enfermedad; debe existir una magnitud considerable que cause una patología.

Aquí nace el problema de la calificación que hace el organismo administrador.

Si se observa cómo se distribuyen las diversas afecciones denunciadas, como enfermedades profesionales en las mutualidades del ISL, encontramos que el 60 por ciento corresponde a enfermedades del sistema Musculoesquelético y el 22 por ciento a enfermedades de salud mental. Es decir, alrededor del 80 por ciento de las denuncias están concentradas en enfermedades del sistema Musculoesquelético y de salud mental, que son las de más difícil diagnóstico. Las otras enfermedades corresponden a dermatológicas, 4 por ciento; audiológicas, 2 por ciento; respiratorias, 2 por ciento, y otras patologías, 9 por ciento.

Ahora bien, existen excepciones en la calificación de algunas enfermedades que indudablemente poseen características particulares. Por ejemplo, para la hipoacusia se requiere acreditar una exposición laboral a ruidos de más del 50 por ciento de los límites permitidos por un periodo determinado, aunque el trabajador haya estado expuesto a ruidos en su vida personal o haya padecido previamente hipoacusia por la edad. En este caso se considerará como enfermedad laboral si se acredita dicha exposición.

Otro ejemplo es el típico caso de los telegrafistas, que trabajan con el sistema Morse, finalmente, terminan con el tímpano dañado. Para esa persona, por el hecho de estar expuesta a una situación de ruido que provocará un problema de salud, basta con acreditar el 50 por ciento de exposición para caracterizar la hipoacusia.

Una situación similar ocurre con la calificación de la silicosis, se requiere acreditar una exposición laboral a la sílice del orden del 50 por ciento del límite permitido por un periodo determinado, considerándose como enfermedad laboral si se acredita dicha exposición.

Según los estudios, la sílice es un fenómeno muy extendido, ya que no solo se da en las faenas mineras sino también en faenas de construcción y otra serie de faenas mucho más urbanas de lo que uno piensa. La silicosis es una enfermedad que ha ido creciendo cada vez más.

El "Estudio Transversal para la Determinación de Prevalencia de Silicosis en Salas ERA", realizado por el Ministerio de Salud, sobre enfermedades respiratorias agudizadas (Región Metropolitana, Coquimbo y Atacama), deja al descubierto que más de la mitad de los pacientes diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los hospitales públicos, tenían silicosis y no habían sido diagnósticos ni evaluados por la Compin ni tampoco remitidos a su organismo administrador.

Es una clara evidencia del problema en el diagnóstico de la enfermedad laboral y en la enfermedad de carácter común.

Efectivamente, el mayor problema se produce en la calificación en las enfermedades del sistema Musculoesquelético y en las de salud mental, porque la calificación de enfermedades osteomusculares y siquiátricas es más difícil, porque la evaluación de la exposición es compleja; estudio de puestos de trabajo, de factores sicosociales y porque los trabajadores también están expuestos a los agentes que las producen en su vida no laboral. Será laboral si hay relación causa-efecto, atendiendo la temporalidad, frecuencia e intencionalidad de

la exposición, aunque existan enfermedades preexistentes y otras exposiciones no laborales.

Ahora, ¿qué les parece importante señalar en este sentido? Que casi un 80 por ciento de las patologías son calificadas por los organismos administradores como de origen común. Solo el 11 por ciento de estos, de los rechazos, son reclamados a la Superintendencia de Seguridad Social, y de ellos el 66 por ciento son ratificados por la Superintendencia como de carácter laboral.

¿Qué les explica esto? Que, por un lado, muchas veces las personas tienen desconocimiento de sus derechos y de la entidad a la cual deben recurrir. Un elemento que incluso la Superintendencia de Seguridad Social ha reconocido que muchos trabajadores no saben cuál es su labor como institución fiscalizadora. Y por otro, porque se produce la calificación errada, porque también hay problemas en la calificación que efectúan principalmente las mutuales, que son los organismos administradores.

¿Cuál es la conclusión? Que la situación descrita ha tensado el sistema, produciendo disconformidad, reclamos y desconfianza en el sistema.

Desde ese punto de vista, las propuestas que se deben visualizar están en tres ámbitos.

El más importante se relaciona con la institucionalidad, con la modernización. Hay que decir que, en su momento, la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales fue una de las más avanzadas en Latinoamérica cuando se creó en 1968. Pero los tiempos han corrido y hoy se requiere una modernización y actualización de la ley.

Eso es un aspecto muy importante y en lo cual han estado trabajando este último año. Se trata de aquello en lo cual se enmarca la modificación a la ley N° 16.744, que hemos denominado política nacional de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual, y para nuestra alegría y de los trabajadores en general, la Presidenta de la República, el próximo jueves, va a firmar el decreto que aprueba la nueva política nacional de seguridad y salud en el trabajo, en la cual eje esencial es la actualización de la nueva ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

¿Por qué? Porque entienden que esto es un sistema en el cual el problema de la seguridad y salud en el trabajo está directamente vinculado al tema de la seguridad y salud en el trabajo de los trabajadores y trabajadoras del país. Por eso, tenemos que verlo en su totalidad, dado lo cual pasa por medidas legales que tienen que ver con esa actualización, por medidas reglamentarias, entre las cuales la más importante es

la actualización de los decretos supremos 109 y 67, y las circulares y protocolos.

En ese sentido, señaló que no es que esten esperando la política para hacer cosas, sino que durante este tiempo han estado trabajando principalmente en aquellas medidas de carácter administrativo, que es una protección integral, que también ha significado un trabajo con la Superintendencia de Seguridad Social, donde han ido avanzando en protocolizar ciertos procedimientos, como en el caso de la sílice, donde ha habido todo un avance, porque hoy hay un protocolo que se aplica en diversas faenas, lo cual ha permitido un programa que se desarrolla en conjunto con el Ministerio de Salud denominado "Proceso de erradicación de la sílice".

Ahora, la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, que es parte del programa de gobierno, plantea que tenemos que avanzar hacia una cultura que previene, controla y reduce los riesgos laborales.

¿Por qué? Porque cree que lo más importante es la cultura preventiva, pues sucede que la gran mayoría de los trabajadores están expuestos permanentemente al riesgo laboral, al accidente del trabajo o a la enfermedad profesional, y si no somos capaces de tomar medidas en términos de prevenir, indudablemente tendremos que curar. Pero la idea es que prime, de acuerdo a los tratados internacionales y las orientaciones que hemos trabajado en conjunto con la OIT, una cultura preventiva, para evitar que los trabajadores estén expuestos a los riesgos laborales. Por eso, en 2012, el Estado ratificó el convenio 187 de la OIT, que es el marco promocional para la seguridad y la salud.

Desde ese punto de vista, el desafío es que ningún trabajador pierda su vida producto de un accidente del trabajo o por una enfermedad profesional. La idea es promover la mejora continua, el desarrollo de una política, de un sistema o de un programa nacional, y es concordante con la concepción del trabajo decente de la seguridad y salud.

En este punto explicó que la política es un todo que involucra, por un lado, la política, que son los principios; el perfil diagnóstico, que están realizando en conjunto con un experto de la OIT, que les va a entregar en agosto un perfil diagnóstico de todos los organismos administradores de los seguros de salud y cuál es la situación actual de la seguridad laboral de los trabajadores.

A partir de ese diagnóstico, una vez que ya tengan la política que va a ser conocida, se pasará a la tercera etapa, que es el programa, que dice relación con las medidas concretas que deben implementar dentro de este año y el

próximo para que la política sea realmente una realidad para los trabajadores.

Ahora, ¿qué plantea concretamente esta política nacional de seguridad y salud en el trabajo, que ya fue aprobada por el Comité de Ministros? Se hace cargo del problema planteado y propone diversas medidas desde el punto de vista de la reestructuración del sistema y las modernizaciones que deberá hacerse a la normativa en esta materia.

En ese sentido, le parece necesario recalcar un aspecto que es muy importante y que la OIT ha valorado, esto es, que Chile es uno de los pocos países de Latinoamérica que ha podido desarrollar una política con características como la nuestra, es decir, que empezó con un taller que se desarrolló con la OIT, para posteriormente establecer una serie de diálogos participativos, a nivel nacional. Se recorrió todo el país para desarrollar los talleres de diálogo tripartito.

Estos talleres fueron muy importantes, porque mucho de lo que ha estado investigando la comisión, también lo recogimos a partir de los diálogos tripartitos. Al respecto, hemos adoptado medidas para corregir, de donde surgieron los protocolos, las circulares y diversas medidas que hoy se han puesto en práctica.

En esto participó activamente el consejo consultivo de seguridad y salud en el trabajo, que fue formado por la Presidenta de la República.

En este momento se encuentran en la última fase, que corresponde a la del 4 de agosto, en la cual la Presidenta de la República tiene que dar a conocer y aprobar la política.

Ahora, ¿qué es lo importante en esto, cuáles son los principios que rigen esta política, donde el tema de la universalidad y la inclusión son factores importantes, pues ningún trabajador puede quedar al margen de esa política? El desarrollo del enfoque preventivo, poner en el centro el respeto a la vida, la integridad física y síquica de los trabajadores y el problema de la solidaridad.

En este punto señaló especialmente que hoy, cuando está en debate el problema previsional, este caso es una buena experiencia de lo que significa un seguro con carácter social, donde el tema de la solidaridad es muy importante, porque este es un fondo en el cual cotizan los trabajadores y se administra socialmente como fondo común.

Está la participación y diálogo social, la integralidad, la unidad y coordinación, la mejora continua, que es un aspecto muy importante, y la responsabilidad en la gestión de los riesgos.

Ahora, los objetivos de esta política son desarrollar y promover una cultura preventiva en materia de seguridad y

salud en el trabajo; el perfeccionamiento del marco normativo, en materia de seguridad y salud en el trabajo. Eso es muy importante porque la normativa que tenemos requiere una actualización; el fortalecimiento de la institucionalidad fiscalizadora en seguridad y salud que fue un tema importante, ya que en el país tiene un conjunto de entidades que en forma dispersa fiscaliza los accidentes y requerimos una mayor coordinación entre todas entidades fiscalizadoras; promover la incorporación de la perspectiva de género; disminuir la ocurrencia de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales y promover la incorporación de los trabajadores informales a la seguridad social, ya que uno de los problemas serios que tenemos es la falta de protección de todos los trabajadores.

Dentro de los ámbitos de acción se encuentra el marco normativo, la fiscalización y control en seguridad y salud en el trabajo; la promoción, difusión, capacitación y asistencia técnica. Quiero decirles que, a partir de la política, el día 4 se desarrollará un despliegue nacional como subsecretaría, a lo largo de todo el país, que están en regiones, para difundir la política y a hacer diálogo social para que los trabajadores conozcan esta política.

De igual forma, se encuentra el desarrollo de la investigación e innovación tecnológica en seguridad, salud y calidad de vida en el trabajo.

Por otro lado, la responsabilidad en la ejecución de la política es muy importante. Abarca el rol del gobierno, de los empleadores y de los trabajadores y también de otros sectores con responsabilidades en seguridad y salud, como los organismos administradores del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En este sentido, señalamos la responsabilidad que tienen los organismos administradores.

Las obligaciones más relevantes de los organismos administradores son las siguientes:

No perseguir fines de lucro en ninguna de las prestaciones que otorguen. La ley lo dice, pero se hacen cargo de que hay una crítica de que en muchos aspectos habría actividades que podrían generar lucro y, desde ese punto de vista, la política deja en claro que estas entidades no pueden desarrollar actividades que generen lucro; otorgar asistencia técnica permanente a las empresas, en la gestión de los riesgos laborales; realizar vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores, de acuerdo a los riesgos existentes en las empresas y la normativa vigente; realizar actividades de difusión y capacitación a trabajadores y empleadores, orientadas a la prevención de riesgos laborales;

entregar información oportuna y conveniente a los trabajadores, ya que muchas veces ellos desconocen cuál es su derecho en ese sentido y, la provisión de personal suficiente y especializado, para esos efectos.

Por otra parte, los beneficiarios de esta política son los trabajadores, públicos y privados; dependientes e independientes; nacionales o extranjeros, los empleadores y también los estudiantes.

Por otro lado, ¿qué está dentro del perfeccionamiento del marco normativo? La consagración constitucional de la seguridad y salud en el trabajo. Ese es un déficit que tenemos en ámbitos constitucionales, desde el punto de vista del carácter que debe tener este derecho, como un derecho fundamental y específico de los trabajadores, el de la seguridad y salud en el trabajo.

Dentro del perfeccionamiento del marco regulatorio se encuentra la ratificación del convenio N° 155, de la OIT, que no se encuentra ratificado y que es sobre seguridad y salud de los trabajadores. Este elemento es central a partir del accidente en la Mina San José, pero todavía no logramos que sea ratificado.

También se contempla la elaboración de una ley de seguridad y salud en el trabajo porque una cosa es el seguro y otra es la ley sobre seguridad y salud en el trabajo. Son distintos porque la ley tiene que ver con los principios y con los elementos más generales. Además, se incluye la modernización de la ley N° 16.744. En ese sentido, lo principal es la eliminación de la distinción entre obrero y empleado, el tema de los gobiernos corporativos de las mutualidades, que también está contemplado.

Dentro del perfeccionamiento del marco regulatorio, hay una propuesta muy importante. Esta es la de una comisión nacional de calificación y evaluación de incapacidades temporales y permanentes, que se propone crear y que tendrá como objetivo: Mejorar el reconocimiento, calificación y evaluación de las incapacidades derivadas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, procurando la creación de una instancia de evaluación y reconocimiento, de carácter uniforme y técnico, con el fin de minimizar los tiempos de revisión administrativa y una pronta y adecuada conclusión de los casos; prevenir el subregistro y subnotificación, eliminando el carácter de juez y parte; prevenir el subregistro y subnotificación, eliminando el carácter de juez y parte porque en la medida en que haya una instancia independiente de los organismos administradores que sea las califique. Esto pretende resolver dos problemas. Uno, esto de ser juez y parte y, otro, la dispersión de instancias que

califican la invalidez, que es uno de los problemas principales que tenemos desde el punto de vista previsional y que afecta y tiene que ver con esto de ir de Herodes a Pilatos y de distintos lados, por parte de los afectados.

Por otro lado, para lo anterior se establece la necesidad de contar con las regulaciones necesarias para la correcta calificación de accidentes y enfermedades.

Dentro del perfeccionamiento del marco regulatorio, se señala la necesidad de actualizar la definición del concepto de enfermedad profesional, contenida en el artículo 7°, de la ley 16.744, que es uno de los temas que se ha abordado mucho, en términos de esta relación de causalidad. Últimamente, una circular de la Superintendencia de Seguridad Social, ha ido ayudando porque, por ejemplo, permite despejar que cuando una enfermedad claramente no es laboral, como, por ejemplo, que alguien esté con amigdalitis, no sea necesario seguir todo este procedimiento.

En el perfeccionamiento del marco se encuentra el listado de enfermedades profesionales, incluido en el Decreto Supremo 109, teniendo en cuenta la recomendación 194, de la OIT, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Dentro de las medidas administrativas, que son más inmediatas y que dependen de la posibilidad de una rápida implementación, se encuentra la de implementar la especialidad de Medicina del Trabajo. Esa es una carencia importante del sistema y, en ese sentido, podemos decir que ha habido un avance en la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, la que ha creado la especialidad de medicina del trabajo, lo cual va a ser tremendamente importante porque hay mucha carencia de especialistas en este ámbito.

Luego, se contempla aumentar profesionales expertos en estudios de puestos de trabajo, que es un problema permanente, por ejemplo para la calificación del trabajo pesado y otra serie de situaciones; exigir buenas y completas historias laborales; crear un sistema de información centralizado, con historia laboral y médica, que considere la alta rotación laboral; crear un sistema que asegure que organismos administradores, como los servicios de salud públicos, detecten, registren y deriven a evaluación médico-legal, las posibles enfermedades profesionales y accidentes del trabajo; estudio del Decreto Supremo N° 67, que aprueba aplicación de artículo 15 y 16 de la ley N° 16.744, sobre exenciones, rebajas y recargos de cotización adicional diferenciada. ¿Qué pasa ahí? Una de las cosas que es problemática en el sistema, que se dice que dice relación con esta norma, que este es incentivo perverso, en términos de

que, como opera como seguro, cuando hay una mayor tasa de accidentabilidad, indudablemente sube la prima del seguro, lo que lleva a que a las empresas no les interese aumentar su tasa de accidentabilidad. Ahí se produce el fenómeno de la subnotificación, porque el sistema ni siquiera alcanza a registrar este tipo de patología o accidente, porque sencillamente no se denuncia o a veces se le dice al trabajador: No, mira, arreglémonos de otra manera, etcétera. Entonces, ese es un tema que hay que estudiar, aunque hay distintas experiencias internacionales sobre esos temas.

Otra medida administrativa son las sanciones a los empleadores por la sub declaración o el ocultamiento de accidentes y enfermedades profesionales. Hoy se sanciona con multas, pero como pasa en todo el ámbito laboral, estas muchas veces no son suficientes o se paga la multa y no se resuelve el problema. Entonces, hay que ver y estudiar sanciones más efectivas, para esos efectos.

¿Qué avances concretos tenemos desde el punto de vista administrativo?

Tenemos la circular N° 3236, de 08 de julio de 2016, de la superintendencia de Seguridad Social, de 8 de julio de 2016, que regula el otorgamiento de incentivos para promover la afiliación y la mantención de entidades empleadoras dentro de los organismos administradores. En ocasiones, hay incentivos para ello.

Circular N° 3.240, que imparte instrucciones sobre medidas de transparencia que deben adoptar las mutualidades empleadoras de la ley N° 16.744, para conocimiento de los trabajadores respecto de las actividades que desarrollan.

Circular N° 3.241 -que es una de las más importantes-, que instruye a los organismos administradores del seguro de la ley N° 16.744 sobre el protocolo de normas de calificación del origen de las enfermedades denunciadas como profesionales. Esta reemplaza a una circular anterior, y exige a los organismos administradores, por ejemplo, para la determinación de enfermedades de carácter mental, que cuenten con psiquiatras o especialistas necesarios para determinar esa condición. También -como dije-, se descartan las enfermedades que no son laborales y que no necesitan someterse a todo el procedimiento para su calificación.

Finalmente, en la presentación se observan algunas propuestas que estimamos contribuirán a dar solución a los aspectos que esta Comisión investiga, con el fin de mejorar la confianza de todos los actores involucrados.

La señora **Jeannette Vega**, directora de Fonasa, señaló que han seguido con mucha atención el desarrollo de esta

Comisión, y que les parece que a estas alturas el diagnóstico y las propuestas son bastante comunes. En ese sentido, le encantó escuchar a la subsecretaria de Previsión Social, porque muchas de las cosas que planteó son las mismas que expondrá.

Partió con su visión. Cree que la salud de los trabajadores es tremendamente importante para un país, pues es necesario contar con trabajadores sanos, no solo desde el punto de vista médico, sino, también, tener personas productivas que aporten al crecimiento económico.

Hay una paradoja que la llamamos de la equidad, que consiste en que el empleo, aunque tiene riesgos, es la única fuente que asegura el acceso a los satisfactores básicos de la mayoría de la población. Por ello, el eventual daño es siempre secundario en relación con la prioridad que tiene el empleo. Eso lo vivimos día a día.

Dado que los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales son prevenibles, su persistencia de alguna manera implica que la sociedad subvalora el aporte de los trabajadores para la creación de riqueza en una sociedad.

Cree que el sistema público debe ser garante de que se respeten las condiciones de salud y trabajo de todas las personas.

Recordó que hubo una serie de coloquios al respecto. Llevaron a cabo diálogos en el Ministerio de Salud, en los cuales participaron más de 600 personas y 368 organizaciones de trabajadores, empleadores y academias. La síntesis es muy similar a lo que aquí se ha encontrado.

En primer lugar, hay falta de reconocimiento y un elevado rechazo de las enfermedades, principalmente musculoesqueléticas y de salud mental, que tienen que ver, en parte, con esta definición, que es un poco antigua, respecto de que debe haber una relación causa-efecto directa, lo que no es fácil de establecer, sobre todo en las enfermedades de tipo ocupacional.

En segundo lugar, hay insuficiente calidad y cantidad de prestaciones médicas, fundamentalmente preventiva de las mutuales. Pero, además, el hecho de que atiendan no solamente temas relacionados con la ocupación, sino también enfermedades comunes, genera un problema.

Hay deficiencias de la calificación de enfermedad profesional en las mutuales, Compin, Suseso y Comere, producto de que no se ha actualizado la normativa, la ley N° 16.744, lo que dificulta el reconocimiento de las enfermedades.

Asimismo, hay bastante consenso en que las condiciones precarias de trabajo, con inseguridad en el empleo,

subcontratación y polifuncionalidad, son factores de riesgo, en particular de enfermedades de salud mental en los trabajadores y trabajadoras.

También, hay acuerdo en que, dado los incentivos perversos, muchas veces hay ocultamiento de las enfermedades y accidentes del trabajo en las empresas.

Además, falta mayor fiscalización a las mutualidades, en particular en el ámbito de acciones preventivas.

Ahora bien, claramente se debe revisar que la calificación de enfermedades profesionales, artículo 77 bis, y las normas actuales, incluyendo la ley N° 16.744, están en la lógica de prevención y tratamiento de los accidentes, no de las enfermedades ocupacionales.

Esto es muy importante, porque las enfermedades ocupacionales tienen un período de latencia. Muchas veces las personas están expuestas y veinte años después se produce la enfermedad. A modo de anécdota, muy dolorosa -subrayó-, una de sus trabajadoras, afiliada a Fonasa, en estos momentos se encuentra hospitalizada por mesotelioma. Resulta que su padre falleció por mesotelioma y su hermana también tiene esa enfermedad; los tres vivían en una población alrededor de Pizarreño y desarrollaron una enfermedad ocupacional que nunca fue reconocida.

Por otra parte, se debe mejorar las condiciones de trabajo y empleo, con el objeto de ampliar la definición de enfermedad, así como fiscalizar a las mutuales, entre otras cosas.

También, se debe mejorar la pesquisa de las enfermedades de fuente ocupacional, tanto en los establecimientos de atención primaria como en los hospitales.

El 74 por ciento de los trabajadores del país que tiene cobertura a través de la ley N° 16.744, están afiliados a Fonasa; el 84 por ciento de los trabajadores protegidos por el seguro de la ley pertenecen a empresas adheridas a mutuales.

Ahora bien, al observar el lugar de atención de las personas, según empleo, mayoritariamente son atendidas en los establecimientos de salud de la red asistencial. Esto es respecto de accidentes y de algunas patologías que pueden ser enfermedades de tipo ocupacional.

Los trabajadores de Fonasa, que probablemente son los más vulnerables, en general tienen ingresos menores a 350.000 pesos; trabajan en el sector servicios, comercio y construcción, este último con particular riesgo de accidentes de trabajo. Pero, además, tenemos el 93 por ciento de los trabajadores del sector agrícola, que tienen gran exposición a pesticidas; el 82 por ciento de la construcción y el 78 por

ciento del comercio. Tenemos dos tercios de las mujeres cubiertas por la ley.

Al observar las licencias médicas de los trabajadores que cotizan en Fonasa, el 23 por ciento corresponde a salud mental; de ese porcentaje, la gran mayoría han sido extendidas a mujeres jóvenes, entre 25 y 34 años de edad, las cuales en general están sujetas a empleos precarios o a múltiples cambios de empleos, y que laboran habitualmente en empresas externas, como del tipo *call center*. Por lo tanto, al menos tenemos cierto grado de certeza de que un porcentaje corresponde a licencias médicas ocupacionales que han sido catalogadas como curativas.

Además, el 23 por ciento de las licencias médicas corresponde a enfermedades osteomusculares.

Hay tres ámbitos específicos que producen que el seguro esté subutilizado.

En primer lugar, un problema de subdiagnóstico en los establecimientos de atención de salud públicos y, también, en los que se vinculan con las mutuales.

En segundo lugar, hay una subdeclaración de las enfermedades profesionales y de los accidentes del trabajo, fundamentalmente de parte de los empleadores. Dicha situación se relaciona con que los incentivos son un poco perversos, de manera que dado que el seguro funciona como tal, de repente es mejor solucionar el problema de otra manera antes de que aumente la prima de la empresa.

En tercer lugar, también hay un porcentaje de rechazo que, a su juicio, no necesariamente siempre se justifica por ley.

Entonces, como Fonasa creen que hay que plantear algunas propuestas que abordan tres aspectos: los problemas de acceso, de dificultad diagnóstica y de desconocimiento de la magnitud.

Varias de las propuestas las presentó la subsecretaria y en lo sustancial se enmarcan en la política nacional de seguridad y salud en el trabajo que, como dijo la señora Urquieta, regirá tras la firma de la Presidenta de la República del respectivo decreto aprobatorio, el próximo 4 de agosto.

Dentro de dicha política, cree que se contemplan acciones claves:

La primera es normar que principalmente los excedentes de las mutualidades se orienten a acciones preventivas y no solo a inversiones en infraestructura clínica. Cree que se debe realizar un cambio en el enfoque hacia generar acciones claras que sean preventivas y de pesquisa precoz, y que más que implementar infraestructura para la atención curativa, hay que implementar una mirada más preventiva.

En segundo lugar, se debe modificar el decreto supremo N° 67, lo cual se vincula con modificar el incentivo perverso de la tasa de siniestralidad a un incentivo que realmente sea preventivo, con el objeto de eliminar el subregistro.

Luego, sería importante reincorporar el aporte de las mutualidades al Estado para acciones de inspección y prevención, y cabe recordar que con esa finalidad en la actualidad solo aporta el ISL.

Asimismo, se debe exigir la implementación de programas de vigilancia epidemiológicas, de ambiente y personas, por parte de ambos organismos administradores y, como dijo la subsecretaria, hay que eliminar la diferenciación obrero-empleado que rige para los trabajadores de empresas adheridas al ISL, porque permite que se genere una diferencia de acceso que, a nuestro juicio, es totalmente inequitativa.

Respecto del artículo 77 bis y la actualización de la circular N° 2229, consideramos que aún hay que avanzar principalmente en los ámbitos de definición de las competencias entre las distintas instituciones de seguridad social en materia de salud común y laboral.

Además, se debe acotar los plazos para el estudio y calificación del origen laboral y, por cierto, estos plazos tienen que ser menores en el caso de accidentes del trabajo. El periodo de estudio de una probable enfermedad profesional debe estar protocolizado y, en ello, la Suseso ha logrado avances importantes.

Asimismo, cree que es bien importante cambiar el peso de la prueba. Considera que si la mutualidad rechaza una licencia médica tipo 5 o tipo 6, ella debe ser responsable de demostrar que la enfermedad o el accidente son de origen común, y no al revés. Además, si la mutualidad rechaza brindar una atención médica por calificar que el problema de salud es de origen no laboral, esta debe ser la responsable de demostrar que la enfermedad o accidente es de origen común.

Hay otras propuestas que también le parecen importantes.

La primera fue mencionada por la subsecretaria, a saber, que se cambie la definición de enfermedad profesional y se modernice de acuerdo con la definición del Comité Mixto OIT/OMS de 1990, reiterado por la OIT en 2010, la que básicamente agrega dos elementos:

Para la calificación de enfermedad profesional hay que considerar la base epidemiológica. Es superfácil de entender. Si un trabajador se desempeña en una industria en la que, por ejemplo, está expuesto a asbesto y presenta un cáncer pulmonar, es evidente que dicha patología debe analizarse en su contexto laboral para realizar un estudio mucho más

exhaustivo respecto de si es o no de carácter ocupacional. De la misma manera, hay que tener en cuenta los factores de riesgo que resulten de la actividad laboral.

En ese sentido, la subsecretaria presentó un ejemplo: si uno tiene una persona que está sometida a un ruido constante, sin duda aquel es un factor de riesgo y, por tanto, se tendería a calificar la sordera de ocupacional, a menos que se demuestre lo contrario, y no como una sordera producto de la vejez.

Luego, hay que revisar la pertinencia de la atención de los trabajadores con patologías comunes en centros médicos pertenecientes a mutualidades. Nos parece que las mutualidades fueron creadas con un propósito bastante claro que fija la ley y, en consecuencia, no corresponde que atiendan enfermedades de origen común.

También, como lo señaló la subsecretaria, se debe crear un organismo autónomo de contraloría médica, el cual puede llegar a ser la comisión nacional que en la actualidad se está planteando.

Del mismo modo, cree que de la misma forma en que se aplican encuestas nacionales de salud seriadas, periódicas y que tienen que ver con consumo específicos, por ejemplo, en materia de drogas, tenemos que ser capaces de tener una encuesta periódica de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores.

En términos de mejorar la pesquisa ocupacional, a su juicio existen dos acciones que son fundamentales. En primer lugar, tenemos que contar con un listado claro de enfermedades que tienen que considerarse ocupacionales, a al menos que se demuestre lo contrario. Dicho instrumento existe en muchos países del mundo y el criterio de corte es que más del 80 por ciento de esas patologías son de origen ocupacional y, por tanto, en esos caso corresponde instruir la notificación obligatoria de la enfermedad y, por cierto, de los accidentes del trabajo.

Recordó que se tuvo un sistema de notificación de sucesos centinela, pero fue discontinuado y considera que hay que reincorporarlo e impulsar la existencia de una red de redes centinelas que nos permitan mejorar la pesquisa. Solo un ejemplo. En Navarra, España, hay una red de sucesos centinela y ejemplos de enfermedades que se supone que son ocupacionales y, de la misma manera que en Chile vigilamos la cobertura de vacunación, la tasa de prevalencia de la influenza H1N1, entre otras, se monitorea la prevalencia de enfermedades centinelas que habitualmente son ocupacionales.

Por lo tanto, cree que tenemos que avanzar en la creación de esa lista, generar las condiciones para la notificación

obligatoria e implementar en cada servicio de salud un modelo mejor de pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En la actualidad, se cuenta con una red asistencial de salud con alta cobertura y distribuida territorialmente, con una gran expansión de infraestructura y con recursos humanos bastante calificados en comparación con la mayoría de los países por lo menos de ingresos medios. Se atiende a los trabajadores que laboran en la respectiva jurisdicción, y nos parece que la inserción de la salud ocupacional en la red asistencial de salud da una permanencia y una capacidad de respuesta en el tiempo.

Es cierto, agregó, que en muchas ocasiones es difícil diagnosticar una enfermedad ocupacional, pero es más complicado si nuestros doctores ni siquiera preguntan a los pacientes en qué trabajan como parte de la anamnesis y, además, no consultan, si trabajan en determinada área, si pudieran haber estado expuestos a determinadas sustancias o elementos. Aquello, que es bastante sencillo de llevar a cabo; hay que implementarlo y otorgarle la importancia que se requiere.

Cree que al concretar lo anterior, además de contar con la notificación obligatoria, podemos fortalecer y perfeccionar un sistema que existe, pero que en la práctica es como letra muerta, porque dado que no se pesquisa ni se notifica este sistema no resulta adecuado. Me refiero al sistema nacional de salud ocupacional que existe, está totalmente listo y está presente en toda la red.

Finalmente, cree que, en el ámbito de actualizar la legislación y normativa existente en materia de seguridad, salud y calidad de vida en el trabajo, hay consenso entre los trabajadores, empleadores, técnicos y académicos respecto de la necesidad de actualizar la ley N° 16.744 y sus reglamentos sin que eso signifique mayor privatización del sistema. Asimismo, hay consenso de que es necesario tener más control sobre las mutualidades y un énfasis preventivo en las empresas para que adopten mejores medidas de prevención en la fuente u origen del peligro y en las condiciones de empleo que efectivamente pueden estar enfermando a las personas, incluyendo empleo precario, subcontratación, riesgos químicos, etcétera.

Además, le parece que existe consenso de incorporar la responsabilidad penal en el caso de incumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo.

12.- La **ministra del Trabajo y Previsión Social**, señora Ximena Rincón.

Señaló conocer el trabajo de la comisión y que como Ministerio han seguido las discusiones, los análisis y las opiniones vertidas en esta instancia.

Su exposición pretende hacerse cargo de la discusión y análisis de esta comisión en relación con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

La declaración que hizo Fonasa la percibió como una afirmación, no como denuncia. De lo contrario, hubiese tenido que correr por un carril distinto y tomar otros ribetes. De hecho, fue una afirmación pública y decía relación con el total de 3,2 millones de licencias médicas que autorizó el seguro público en 2014.

Según los datos que maneja la directora de Fonasa, 540.000 corresponden a enfermedades y accidentes laborales, lo que implicó para el administrador público del seguro de salud común desembolsar 90.000 millones de pesos.

La subdeclaración o subreporte de enfermedades y accidentes del trabajo no necesariamente es lo mismo que el subregistro de aquellos.

La subdeclaración da cuenta de que el empleador, o los trabajadores, no denuncian una enfermedad o un accidente como de origen laboral, lo que implica una infracción de parte de quien la oculta, pero no tiene aparejado una sanción específica. De hecho, hay una moción que busca sancionar este tipo de conductas en el Parlamento.

Por lo tanto, al subdeclararse o no declararse derechamente estas situaciones no llegan a ser conocidas por el seguro creado para el efecto, que es el que contempla la ley N° 16.744. Entonces, pasa a tener la cobertura de la salud común e, incluso, en algunos casos ni siquiera aquella. De hecho, siendo superintendente de Seguridad Social, por el año 2000, me tocó conocer un caso que tuvo mucha connotación sobre un trabajador al que ni siquiera se le prestó atención médica y casi perdió uno de sus ojos.

Por otro lado, tenemos -agregó- el subregistro, o la errada calificación de estas situaciones, que tiene el seguro laboral contemplado en la ley N° 16.744, y que no están consideradas como siniestros laborales. No se las reconoce ni se las califica como tales y, por tanto, no se registran dentro del sistema. No es que se les subdeclare, sino que derechamente no se consideran como accidentes o enfermedades del trabajo.

¿Cuándo ocurre eso? Cuando un caso reportado por el empleador o por el trabajador al organismo administrador de la ley N° 16.744, de seguros de accidentes y enfermedades profesionales, como siniestro laboral, es calificado erróneamente por dicho organismo como de origen común y remitido -en este caso que nos ocupa- al administrador público del seguro de salud común.

Las dos situaciones son distintas y requieren soluciones diferentes. Es perfectamente posible que se den ambas situaciones en el país, y se puede afirmar a partir de estudios que ha hecho el organismo regulador de estas materias, que es la Superintendencia de Seguridad Social.

Diagnóstico de la denuncia de Fonasa. El subreporte y la errada calificación de accidentes y enfermedades profesionales producen subsidios cruzados entre el Seguro de Salud Común y el Seguro Laboral. En este caso, la calificación la realizan los organismos administradores de la ley N° 16.744.

Destacó que por primera vez una política nacional es levantada y construida de manera tripartita, con la participación de todos los actores involucrados y con un despliegue territorial considerable, pues para quienes son de regiones es una voz que alcanza el 60 por ciento del país, lo cual es tremendamente importante. Aquí hubo un trabajo muy significativo que coordinó la subsecretaria.

Puntos relevantes sobre los diagnósticos y confirmaciones o rechazos de enfermedades laborales o comunes. El 66 por ciento son ratificados como laborales; el 11 por ciento de

los rechazos es reclamado a la Suseso; el 80 por ciento de las patologías son calificadas por los organismos administradores como de origen común.

O sea, existe un número importante de patologías que los administradores dicen que es común. De eso se apela, y el 66 por ciento del total la superintendencia lo califica como laboral, y solo el 11 por ciento es ratificado en su rechazo por la Superintendencia. Esos son los datos que tenemos de ese organismo, sin perjuicio de que estamos disponibles para contestar cualquier pregunta que surja con posterioridad.

¿Por qué se produce una calificación distinta? Por diversas razones: problemas en la calificación que efectúan los organismos administradores, porque el concepto de enfermedad profesional y la existencia de la relación de causa directa no existe, puesto que la acreditación de la enfermedad profesional por parte de quien alega tal carácter no existe; porque la calificación del origen de la patología la efectúa la misma entidad que debe entregar la prestación; la calidad y efectividad de la vigilancia de la salud de los trabajadores por empresas y organismos administradores; por la aplicación del artículo 77 bis de la ley N° 16.744, que Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Al respecto, manifestó, el artículo 77 bis, en sus incisos primero y segundo señala: "El trabajador afectado por rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte del organismo de los servicios de salud, de las instituciones de salud previsional o de las mutualidades de empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene un origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que corresponda, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece este artículo.

En la situación prevista en el inciso anterior, cualquier persona o entidad interesada, podrá reclamar directamente a la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o del reposo médico, debiendo esta resolver con competencia exclusiva y sin ulterior recurso sobre el carácter de la afección que dio origen a ella en el plazo de 30 días contados desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho organismo, si estos fueren posteriores”.

Por lo tanto, el artículo 77 bis impide generar la situación de desprotección del trabajador en la que se encontraba antes de que normáramos en este sentido. Vale decir, el trabajador que solicita la atención médica, si es rechazada porque se le desconoce el origen laboral o común, tiene que ser atendido por el organismo al cual es derivado, de manera inmediata, y esto podrá ser reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que tendrá un plazo de treinta días para resolver.

Corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social calificar el origen de la patología, cuando haya apelación y si a un trabajador se le rechaza una licencia o un reposo médico por parte de la Compin, de la isapre o de la mutualidad, porque la afectación invocada el que la rechaza sostiene que no le corresponde a él otorgarla, debe recurrir al otro organismo prestador, el que está obligado a dar las prestaciones y cursar la licencia médica, que va de la mano con el subsidio de incapacidad laboral. El organismo la cursa y entrega las prestaciones que correspondan de manera inmediata.

Calificada la patología por la Superintendencia de Seguridad Social, estas entidades deben efectuar los reembolsos que correspondan, dada la exigencia de acreditación de relación causal directa. La mayoría de las patologías son declaradas como comunes, lo que genera el respectivo reembolso y el consiguiente desincentivo de las

entidades pagadoras en salud común a cuestionar el origen laboral de una enfermedad. En esa línea, el ministerio tiene toda la disposición a perfeccionar la norma, siempre que se mantenga esta tuición protectora del trabajador. O sea, no tenemos problemas en analizar la norma, siempre y cuando esto no signifique dejar en la indefensión al trabajador, que era lo que ocurría antes de que hiciéramos esta modificación.

La Presidenta de la República, en agosto de 2016, cuando lanza la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, señaló, primero: "Sabemos que hay deficiencias que superar en materia de salud y seguridad, como la cobertura insuficiente para nuestros trabajadores, especialmente aquellos trabajadores independientes"; segundo, que: "es necesario poner al día el concepto mismo de enfermedades profesionales, de manera que podamos mejorar su nivel de reconocimiento y ponernos al día con los nuevos riesgos del mundo laboral"; tercero, que: "debemos disminuir aún más las tasas, ya no solo de mortalidad, sino también de accidentabilidad, porque nuestro horizonte será siempre que haya cero accidentes; y, cuarto, que: "es necesario dar coherencia a las instituciones reguladoras y a las normativas en esta materia, así como modernizar la gestión de las entidades administradoras de seguros sobre la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales".

Al observar la cantidad de circulares emitidas en virtud del seguro establecido en la ley N° 16.744, según años de publicación, nota que ha habido un incremento en 2015 en comparación con la media de los años anteriores. Pedí información sobre lo que pasó entre el 2000 y el 2005, porque me parecía pertinente ver que pasó en mi época de gestión de superintendente y no lo alcanzamos a tener. Son archivos muy antiguos, pero se lo vamos a acompañar.

Las materias por las cuales se han dictado circulares en 2015 y 2016, nota que son circulares, las más relevantes, asociadas a información de afiliados, accidentes de trayecto, actividades permanentes de prevención, protocolos de

calificación de origen de las enfermedades profesionales, y otras que dicen relación con transparencia de los administradores de este seguro.

Cuando uno mira el gráfico que presentamos a continuación, se da cuenta de que hasta 2015 había una importante actividad fiscalizadora de la superintendencia. Por eso pedí información entre el 2000 y el 2015, porque en 2005 había un nivel de fiscalización muy parecido, un poquito inferior al que tenemos hoy, pero después decae. Y luego, de 2014 en adelante, vuelve a surgir. En 2016 es bastante parecido al que tuvimos el año pasado, en aumento. Vale decir, en los años recientes volvemos a hacer lo que hacíamos en 2005. Y hubo una meseta, un período de menor fiscalización.

En relación a las acciones de fiscalización se observa un porcentaje importante de aumento en 2014, lo cual se condice con el trabajo especializado que ha hecho la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, especializada en materias de supervisión de esta ley.

¿Cuáles son las fiscalizaciones que se han dado? Las más importantes en 2015, tienen que ver con revisión de atención médica, con altas prematuras y citas a policlínicos en empresas; revisión de los procesos de traslado de pacientes, estudio de puestos de trabajo en ámbitos de riesgo sicolaborales; fiscalización médica y económica de las agencias de regiones, básicamente Iquique, Talcahuano, Punta Arenas y Viña del Mar; la ejecución del programa de asistencia al cumplimiento; el proceso de otorgamiento de prestaciones económicas del Instituto de Seguridad Laboral; materias de gobiernos corporativos, empresas relacionadas, gastos por auspicio, patrocinio y aportes a terceros, y los estados financieros mensuales.

Allí se encuentran procesos sancionatorios de la superintendencia. Esto ha ido cambiando con el incremento de los montos afectos a sanciones, que es un aspecto muy importante en estas materias. Esta desglosado por años, los números de sanciones, los montos totales de sanciones.

Otros compromisos inmediatos asociados a la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, contenidas en el DS 47 de 2016, primero, actualizar el listado de enfermedades profesionales y revisar el concepto de enfermedades profesionales; segundo, tener una comisión nacional de calificación y evaluación de incapacidad. Ustedes saben y ha sido materia de esta comisión, que es una aspiración antigua. Siendo senadora se lo planteé al ministro Mañalich y al Ministerio del Trabajo, pero tampoco pudimos concretarlo. Ahora no lo hemos logrado y creo que esta Comisión puede ser superimportante en esto.

El trabajador no puede seguir siendo peloteado de un lado a otro, y tener una instancia en la que participen todos los que tienen que ver en esto: el administrador público del seguro de salud común, el administrador privado, las isapres, las mutualidades, el ISL, las AFP, porque también hay invalideces definitivas, que tienen que estar al alero de este conjunto de miradas que construyan diagnósticos, parámetros, que sean uniformes en el país, y la única forma de lograrlo es que tengamos una entidad con presencia regional, pero en la que todos participen y donde se trate al trabajador en su integralidad, y no que cada uno trate de sacarse el bulto, evitando pagar su seguro, porque al final el que sufre las consecuencias es el trabajador, por un lado, y el empleador, por el otro, y finalmente la comunidad toda. Porque hay familias y comunidades involucradas que tienen que enfrentar lo que esto significa.

En el caso de un trabajador que tiene, por ejemplo, un problema de caderas y que no es atendido oportunamente, no solo hay que pagarle la licencia médica por los meses que esté fuera de circulación, sino que hay que repetir exámenes, y además las patologías se van consolidando, lo que hace más difícil atenderlas después. Eso es de un alto costo para él, sin lugar a dudas, y para el sistema en su conjunto.

Si tuviéramos atención oportuna, sin duda una persona que trabaja debiera tener una prioridad -a igual gravedad, se

entiende- por sobre aquella que no trabaja. Porque esa persona está fuera de circulación y supone un costo para él, su familia, la empresa; en fin, para el sistema.

Adoptar medidas para evitar subregistros y subnotificaciones; intensificar la fiscalización de protocolos de vigilancia de la salud; aumentar el número de asesorías en evaluación de riesgo por parte de los organismos administradores del seguro.

Respecto del tema de las cifras, creo que está claro que lo que convoca a esta Comisión es justamente el problema de cuánto se atiende o no, dónde corresponde que se atienda, los reclamos y los porcentajes de reclamos, en fin. Lo que me comprometo a hacer es a entregarle un complemento de esta lámina, con información desagregada por accidente, por enfermedad, por cantidad de reclamos y de prestaciones, porque también es importante saber cuántas prestaciones se están entregando en el administrador de esta ley, cuántos reclamos hubo y cuánto correspondió haber dado, más o menos. Creo que eso permite enriquecer el análisis de ustedes.

Hemos pensado -señaló- durante demasiados años en la forma de implementar la comisión nacional de evaluación de incapacidades, porque este problema no es nuevo, es muy antiguo y al final tiene que ver con quién se hace cargo económicamente de la prestación, ya sea del subsidio de incapacidad laboral o de la prestación médica reparadora de la enfermedad o del accidente sufrido por el trabajador. Podría venir a la Comisión a explicar el modelo entero que en mi época pensé como superintendente. En ese momento presentó el modelo a las autoridades, pero estaban abocadas a otra reforma, la del AUGE, y, por lo tanto, esto no fue prioridad. Lo pensó y lo presentó al ministro de Salud de aquella época, Jaime Mañalich, mientras era senadora y miembro de la Comisión de Trabajo, pero entiende que también ellos tenían otras prioridades y esta no se pudo asumir.

Lo ha conversado nuevamente a la luz de esta política nacional de salud y seguridad en el trabajo, pero se debe definir entre todos cuándo discutirla.

Manifestó que no le echaría la culpa al Ministerio de Hacienda en esta vuelta, ya que esa definición depende de voluntades de los ministerios de Salud y del Trabajo, porque hay distintos actores involucrados, de distintas reparticiones y, probablemente y con justa razón, el Ministerio de Salud, dice: "yo sé más de esto, así es que no me quite esta materia". Pero desde el Ministerio del Trabajo y Previsión Social decimos "está bien, pero se trata de una protección del trabajador y de una cotización del trabajador".

Por eso se hablaba de una comisión interministerial, porque la verdad es que hay muchos actores involucrados en esto. Se tiene una idea de cómo hacerlo, de cómo intervendrían, pero al trabajador hay que darle la prestación, independientemente de quién termine por pagarla. La calificación la deben llevar a cabo los organismos involucrados con veedores, pero con un organismo independiente y autónomo que señale si una enfermedad es laboral, es común, es transitoria, es permanente o es invalidante para trabajar.

Es muy importante -a su juicio- concordar una mirada común en esto, porque al final es el Parlamento el que decide. El Ejecutivo tiene tuición respecto de la iniciativa en ciertas materias, pero esto se discute acá, y son los parlamentarios los que decidirán si les parece o si lo enriquecen o lo arreglan. Al final depende mucho de las voluntades y de la convicción que ustedes tengan en esto, producto de la experiencia que han adquirido en su trayectoria y en la particularidad de este trabajo específico.

En cuanto al cálculo de la póliza, la seguridad social, aunque se nos olvida, opera como seguro, en el sentido de que todos contribuimos, unos lo ocupan más, otros menos, y algunos nunca lo utilizan.

Aquí hay incentivos y la idea es que no sean perversos, sino correctos. Hay una póliza básica, de 0,95 por ciento por cada trabajador. Es un seguro que paga íntegramente el empleador. Si esa empresa tiene un comportamiento donde no hay accidentes ni enfermedades, se mantiene la póliza en la prima básica, pero si el desarrollo de la empresa da cuenta de una siniestralidad mayor, hay un incremento, porque ha usado el seguro que le ha dado prestaciones por sobre las básicas. Eso significa un encarecimiento de la prima.

Eso supone un riesgo, el de subnotificar, pero cree que se deben alinear los incentivos de manera que ante una subnotificación dolosa para evitar el encarecimiento de la prima, eso tenga una sanción que no sea de ejemplo, sino que duela, con el fin de evitar que eso ocurra.

El sentido de este incremento es que se pague después haber hecho la prevención, de haber tenido un buen comportamiento, y no se pudo evitar, y esto, como se mantiene en el tiempo y se suman trabajadores, hace más caro el seguro. ¿Quién lo paga? Esa persona. Es como el seguro de siniestro de un automóvil, que ante cada accidente le suben la prima.

Este seguro tiene casi la misma lógica. Al haber mayor uso del seguro, sube la prima. Si no se usa, se mantiene en la base.

La subdeclaración, el ocultar los accidentes, debe ir aparejada de una sanción, porque no es justo arriesgar a un trabajador a que quede fuera de las prestaciones, con el riesgo que significa para él como persona, producto de que no quiere pagar más porque no hizo bien la pega. Eso tiene que ver con otra cosa que ya se mencionó, que son los comités paritarios de higiene y seguridad.

En la Encla, encuesta que hace la Dirección del Trabajo, del gobierno anterior y del actual, pueden observar que en aquellas empresas donde hay buenas relaciones laborales, buenos sindicatos, alto nivel de sindicalización, baja la siniestralidad. Eso tiene que ver con que hay diálogo,

permanentes ejercicios de revisión, etcétera. Estos datos son públicos.

Sobre enfermedades profesionales, decreto supremo N° 109, el superintendente va a dar los detalles. Hay un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud.

Respecto del número de fiscalizaciones, si son suficientes o no, la verdad es que siempre son insuficientes; se podrían llevar a cabo muchas más.

La superintendencia tiene presencia en Santiago y oficinas regionales con una persona. Estar en la capital de la región no significa presencia regional; que el encargado de la oficina de Concepción llegue a Los Ángeles es un tremendo esfuerzo y no tiene ni una posibilidad, porque tendría que cerrar la oficina. Además, la comparten con la Superintendencia de Pensiones. Entonces, cuando no está un funcionario es porque anda viendo algún problema; y está el otro. Pero es un tema que tiene que ver con recursos. Incluso, para el que atiende en la Región Metropolitana ir a Melipilla es un tema importante.

En materia de las Compin, que son las comisiones de evaluación del Ministerio de Salud. En nuestra parte, la supervigilancia tiene que ver más bien con revisar si corresponde o no lo que hizo en el dictamen esa comisión médica, pero no poseen supervigilancia ni control sobre ellas. Son organismos del Ministerio de Salud.

Tienen escasos de personal, de administrativos, de médicos; con una cantidad importante de presentaciones a trámite que todos necesitan que sean despachadas con urgencia, porque están asociadas a un subsidio de incapacidad laboral o a una calificación de invalidez, que no es menor. Por lo tanto, la situación es bastante precaria.

Respecto de lo relacionado con obreros y empleados. Cree que aquí termina esa distinción, que es odiosa. Desde el punto de vista de la prestación, debe ser la misma en cualquier sistema donde esté ese trabajador. Quedó como resabio en la ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades

Profesionales, la que estamos revisando a raíz de la discusión presupuestaria -estaba el diputado Melero-, y se volvió a tratar ese tema.

Cree que se deben llevar a cabo los estudios. El jurídico no es complejo. El financiero es el que debe tener una mirada más cuidadosa, y lo estamos revisando, porque nos toca rendir examen ante la Subcomisión de Presupuesto a los tres o seis meses.

Sobre el DS N° 67, tasas y cómo aumentar y disminuir, el superintendente se puede explayar al respecto.

En cuanto a quién defiende a los trabajadores, la comisión nacional es un buen espacio para dejar de pimponearlos, para que puedan concurrir con su médico tratante; que tenga voz en esa instancia.

Cree que se podría hacer un trabajo rápido en aunando voluntades, porque hay que sentar a la mesa al sector público, al administrador privado, isapres, a las mutualidades, al ISL, a las AFP, al Instituto de Previsión Social. O sea, tenemos que sumar voluntades, y ese puede ser el paso más difícil. Si se logra, el tema presupuestario se puede financiar entre todos, porque se debe alimentar a través de todos los actores.

13.- Finalmente concurrió la señora **subsecretaria de Previsión Social**, Julia Urquieta.

En la actualidad, recalcó, tenemos un sistema nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo que antes no teníamos y que nos permite tener una política que ya fue aprobada, así como también un perfil y un programa, lo que se expresa a la luz del convenio N° 187, de la OIT, que es el marco promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo. En ese sentido, estamos muy agradecidos del apoyo recibido de ese organismo, pues ha permitido que logremos ser un aporte a nivel internacional respecto de lo que significa el desarrollo de una política como esta y que pocos países logran tener.

El artículo 2° del Convenio señala que: "Promover la mejora continua de la seguridad y salud en el trabajo mediante el

desarrollo de una política, un sistema y un programa nacional; en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores.”, lo que es, obviamente, desde el punto de vista del gobierno. La Organización Internacional del Trabajo valora este objetivo, ya que juntos con la Confederación de la Producción y el Comercio, la organización más representativa de empleadores; la Central Unitaria de Trabajadores de Chile, la organización más representativa de trabajadores, según estándares de la OIT, y el gobierno, logramos avanzar en el desarrollo de esta política tripartita.

Esto es un logro importante, porque en este país si en algo en que cuesta avanzar es en un diálogo tripartito, porque no entendemos que el proceso productivo es uno y que hay que colaborar.

La recomendación del apartado IV, del N°13, señala que los miembros deberían preparar y actualizar un perfil nacional, que consiste en un diagnóstico que resume la situación frente riesgos laborales.

Documento que permite contar con un diagnóstico sobre seguridad y salud en Chile. En este documento se elaboró un análisis de las instituciones públicas, de las mutualidades y del papel del Consejo Consultivo. Es un estudio bastante completo, que entrega varias recomendaciones para avanzar en el proceso de esta política, tema que desarrolla esta misma comisión.

Durante el proceso de implementación del Convenio OIT N°187, entre 2014 y 2016, la política nacional de seguridad y salud en el trabajo incorporó procesos tripartitos, consultas regionales, opiniones del Consejo Consultivo sobre seguridad y salud en el trabajo, formado por un conjunto de expertos en la materia y organismos representativos; al Comité de Ministros sobre seguridad y salud en el trabajo y, finalmente, su aprobación mediante el decreto de ley N°47.

El Comité lo encabeza la ministra del Trabajo y Previsión Social, señora Ximena Rincón; la ministra de Minería, señora

Aurora Williams; la ministra de Salud, señora Carmen Castillo; el ministro de Agricultura, señor Carlos Furche, y el ministro de Economía, Fomento y Turismo, señor Luis Felipe Céspedes.

Han planteado la incorporación de Sernam, para lograr diversidad de género, y del Ministerio de Educación, pues es necesario incentivar la cultura.

El Programa Nacional sobre seguridad y salud en el trabajo contempla un despliegue territorial, que se inició con una actividad que desarrollamos el día viernes en Coquimbo, con más de 300 personas, entre ellas, estudiantes, trabajadores y representantes de empleadores. El despliegue de esa política culminará en un congreso internacional el día 29 de noviembre, en el que discutiremos el marco de la OIT y la seguridad y salud a nivel latinoamericano.

En las fases de formulación de esta política se realizaron talleres de diálogos tripartitos regionales. Estos talleres fueron muy importantes para dar a conocer todos los aportes y aspectos incorporados en la política. Pensamos nuevamente dar una vuelta a nivel regional, para seguir dando a conocer los aportes de esos diálogos.

El diálogo social en el desarrollo de esta política ha sido de gran importancia.

Algunos principios de la política son el respeto a la vida, las variables de género, el enfoque preventivo y la solidaridad en el sistema de aseguramiento de los riesgos en el trabajo. Este último tema lo he enfatizado mucho, ya que se desconoce que nuestro sistema de seguridad y salud es solidario, y es lo que el país espera que se entregue. Esta es la instancia para explicar que el seguro de accidente de trabajo, desde su génesis, tiene un carácter solidario y tripartito.

Otros principios de la política son que garantiza la participación y el diálogo social, la integralidad de la prestación, la unidad y coordinación del sistema; el mejoramiento continuo en la gestión preventiva, que será

evaluado cada cuatro años, y la responsabilidad en la gestión preventiva de empleadores.

En cuanto a los objetivos, la política contempla desarrollar y promover una cultura preventiva; para ello, realizamos una labor de promoción: promoción de la salud, la educación, la formación y la capacitación, que juegan un papel fundamental.

Otros objetivos son: perfeccionar el marco normativo; fortalecer la institucionalidad fiscalizadora; garantizar la calidad y oportunidad de las prestaciones de los organismos administradores de la ley 16.744, que ha sido parte de la preocupación de esta comisión y uno de los objetivos más importantes que contempla la propia política.

También pretende promover la participación de la perspectiva de género. Al respecto, nuestro país ha sido un propulsor, pues en otros países es un tema que no se considera.

Otro de los objetivos es disminuir la ocurrencia de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, además de promover la incorporación de los trabajadores informales a la seguridad social, ya que uno de los grandes problemas es que muchas veces la seguridad social no se asume, lo que genera informalidad y muchos trabajadores quedan desprotegidos.

Respecto de los ámbitos de acción, la política nacional de seguridad y salud en el trabajo contempla un marco normativo, de fiscalización y control en seguridad y salud en el trabajo; la promoción, difusión, capacitación y asistencia técnica, y el desarrollo de investigación e innovación tecnológica en seguridad, salud y calidad de vida en el trabajo. Tema preponderante por las nuevas tecnologías.

Respecto de las responsabilidades en la ejecución de la política, se encuentra el rol de los organismos administradores, de los empleadores, de los trabajadores y del gobierno. Entendemos que este es un esfuerzo colectivo y

que todos los actores partes de la seguridad y salud tienen que jugar un rol.

Como beneficiarios encontramos a los trabajadores y trabajadoras, a los estudiantes con un seguro escolar, y a los empleadores. En la medida en que implementemos una cultura preventiva, disminuirán los accidentes.

Muchos desconocen que la ley contempla un seguro escolar. Ahí radica la importancia de que los jóvenes conozcan en qué consiste este seguro, pues hoy se ofrecen muchos seguros, pero ni los papás ni los niños saben que existe una protección escolar, que entre otras características, es bastante efectiva.

Nos encontramos en la etapa de implementación de esta política, la cual no solo versa en una declaración. Por ello, nos interesa dar a conocer sobre qué trata y qué aspectos mejoraremos e impulsaremos. El compromiso es instaurar una normativa y fiscalización; la formación, capacitación y especialización; los aspectos de género y los indicadores de siniestralidad.

Los compromisos normativos buscan considerar la seguridad y la salud del trabajador como un derecho fundamental. También actualizar el marco normativo a través de la creación de una ley marco.

Realizado el diagnóstico regional, se concluyó que existía un conjunto de normas que no lograban conformar un sistema armónico, por lo que, en función de ello, creemos necesario crear una ley marco en seguridad y salud en el trabajo, como ocurre en muchos países, similar a la ley marco en medio ambiente. El objeto es que cuando se establezca una industria exista una ley que determine los aspectos fundamentales de las condiciones de seguridad y cuidado de la salud de los trabajadores que se debe considerar, lo que es distinto del seguro, pues este cumple otro objetivo.

De hecho, hay un conjunto de normas en esta materia que es necesario sistematizar, y como subsecretaría estamos

trabajando en ese proceso para fijar el ámbito a partir del cual se proponga una ley marco en un corto plazo.

El otro aspecto principal que tiene que ver con las modificaciones a la ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, es que cree que dicha norma legal ha cumplido un papel importante en esta materia, pero es obvio que hoy requiere algunas actualizaciones, y la principal es superar la distinción entre obrero y empleado, segregación que ha permitido que se aplique una discriminación que esta altura de nuestra historia es insostenible. Aunque han buscado diversos caminos, previos a la solución legislativa, todo indica que necesariamente la solución en el más corto plazo es de rango legislativo.

Han intentado hacerlo por vía de las glosas presupuestarias o por vía interpretativa, pero como la norma es muy clara en el sentido de que habla exclusivamente de que se entregue a los servicios de Salud la atención de los obreros, eso ha creado esta discriminación de atención entre obreros y empleados.

Lamentablemente, este tema se ha hecho más complejo no solo por la necesidad de eliminar la distinción, sino por un tema presupuestario que aún estamos tratando de resolver, pese a que ya hemos logrado alcanzar un cierto grado de avance con la Dirección de Presupuestos para tratar de aclarar este problema lo más pronto posible.

También están conversando con la Subsecretaría de Redes Asistenciales para encontrar una solución en el más corto plazo, porque este es un problema muy complejo, dado que en el Código Laboral no existe esta distinción entre obrero y empleado, pese a que ha permanecido en la ley.

Otro gran tema es mejorar las normas de calificación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, establecidas en el decreto supremo N° 109, tema en el cual la Superintendencia de Seguridad Social ha trabajado a través de la emisión de las circulares y los protocolos de calificación

de enfermedades, lo que pensamos que debe servir de base para abrir camino a una solución más de fondo. Para eso se ha planteado actualizar la definición y el listado de enfermedades profesionales que contiene la ley, porque el principal problema de la ley es la relación de causalidad que exige la ley entre la enfermedad y el hecho mismo, lo que es demasiado restringido y nos limita en el desarrollo de soluciones.

También está el proceso de ratificación del Convenio 155, de la OIT (Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981) que señala de manera más específica las normas a aplicar, y con el que ha costado avanzar porque es estricto en las exigencias que impone en materia de las normas aplicables a la seguridad y salud en el trabajo.

Por otro lado, se plantea la modernización de las normas relativas a los gobiernos corporativos de las mutuales, relacionadas con el decreto supremo 285, respecto de la cual la Contraloría General de la República ha señalado que tiene el rango del decreto con fuerza de ley, por lo que se requiere de una norma legal para su modificación. Esos son los aspectos en los cuales estamos trabajando en estos momentos.

Respecto de la inquietud que aquí surgió, hay que señalar que en los compromisos para la implementación de la política nacional de seguridad y salud en el trabajo, en normativa y fiscalización, el numeral 8 establece lo siguiente: "Efectuar una coordinación permanente con los organismos involucrados, con el fin de proponer en el período de aplicación de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo un proyecto de ley que establezca una Comisión Nacional de Calificación y Evaluación de Incapacidades Temporales y Permanentes. La misma calificará el origen laboral o común de las enfermedades por las cuales los trabajadores presentan reposo o licencias médicas y, en caso de incapacidad presumiblemente permanente, determinará el origen y grado de la invalidez".

En virtud de esto, como un primer paso en el proceso de creación de esta comisión autónoma de evaluación hemos sostenido conversaciones con las mutualidades y ellos han manifestado su voluntad de avanzar en este tema, a fin de que esa comisión pueda trabajar en el marco de la ley N° 16.744, respecto de la calificación del origen de las patologías, que de una u otra manera es el origen del problema para determinar si la patología es de origen laboral o de carácter común. Solucionar ese tema permitiría despejar todo lo que viene a continuación, porque estos procesos son como un círculo vicioso.

Entonces, en la medida que se pueda determinar el origen de las patologías por una comisión de evaluación permanente, autónoma y de carácter técnico, se simplificará el tema de las licencias médicas con todo lo que viene en el proceso posterior, incluso el tema de la invalidez consecuente, porque el origen del problema es ese. El tema del registro y subregistro también tiene como origen la dificultad para diferenciar el origen laboral o común de una patología. En consecuencia, la solución de estos problemas permitirá despejar los otros aspectos de esta situación.

En este sentido, como hemos hablado de una comisión de carácter permanente, tanto con Salud como con Trabajo estamos avanzando en esta idea. Incluso, la circular de los protocolos de calificación de la superintendencia habla de una comisión evaluadora formada a lo menos por tres personas, dos de ellos médicos. Este puede ser un primer paso para determinar las características que debería tener esta comisión de calificación, que pudiera ser autónoma, para que ayude a destrabar este tema que sabemos que es el origen principal del problema.

Ahora, desde el punto de vista de la fiscalización, la Dirección del Trabajo se ha comprometido a duplicar la fiscalización en los próximos cuatro años.

También se plantea crear una instancia de coordinación de los organismos fiscalizadores, lo que estamos impulsando con

los diversos ministerios que son parte del comité de ministros. En la subsecretaría hemos tenido un trabajo conjunto, permanente, lo que nos ha permitido trabajar todos los aspectos de la política.

La autoridad sanitaria también intensificará la vigilancia de los protocolos en este ámbito.

En aspectos como formación, capacitación y especialización se plantea promover la enseñanza de la seguridad y de la salud en el trabajo en carreras de pregrado. De hecho, en este momento tenemos un convenio con el Ministerio de Educación para colaborar en la elaboración de los currículos de formación cívica, para que la seguridad social y los temas de salud también sean incorporados a estos currículos. Por eso es importante la incorporación de Educación al comité de ministros.

Además, está la revisión de las mallas curriculares en las carreras de prevención de riesgos, porque ese es un tema real dada la disimilitud en los programas. Y ahí nos encontramos con el tema de la autonomía de las universidades, según nos informó el Ministerio de Educación, lo que dificulta un poco este proceso porque no están obligadas a seguir una malla curricular obligatoria.

De todas maneras, se puede avanzar en dar orientaciones que permitan garantizar ciertos contenidos mínimos en la formación de los prevencionistas de riesgo, porque hay distintas calidades en la formación. Incluso, se plantea un programa de formación de fiscalizadores en materia de seguridad y salud en el trabajo, porque hay fiscalizadores, principalmente los de la Dirección del Trabajo, pero la labor que desarrolla la Intendencia de Seguridad y Salud requiere gente más especializada, porque además dicha Intendencia tiene una limitación objetiva para entrar a las empresas, dado que su situación es distinta a la Dirección del Trabajo. A partir de esto se aprecia la importancia de un sistema de certificación de competencias de los expertos en prevención.

En este sentido, están trabajando con el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (Sence), y promoviendo la incorporación de la seguridad en salud en programas de ChileValora para incorporar la certificación de esos programas a estos expertos y promover la especialidad de medicina del trabajo. Es curioso que en Chile, con todo de lo que se ha avanzado en materia laboral, no haya especialistas en medicina del trabajo. De hecho, la Universidad de Chile recién va a crear esta especialidad en un primer curso, según nos han informado, situación que se traduce en las deficiencias y carencias que tenemos en las comisiones calificadoras.

También, está planteado el programa nacional de formación en seguridad y salud en el trabajo para trabajadores dirigentes y comités paritarios, así como la promoción de un fondo de capacitación en seguridad y salud en el trabajo para trabajadores, con la finalidad de desarrollar capacitación permanente, la cual nos permita resolver y no tener que lamentar pérdidas de vidas humanas, porque en verdad todavía recibimos muchas denuncias de accidentes bastante lamentables, y hay ámbitos en los que las carencias son muy grandes, como en el de los pescadores y en los procesos de carga y descarga, lo que genera que se produzcan accidentes graves.

Dentro del trabajo está la difusión que se hará en todo este período, en el cual están dispuestos a recorrer las distintas regiones, para hacer la labor de prevención, a fin de que la gente sepa lo que significa tener una política en la materia. El trabajo no es fácil, pero estamos trabajando con todos los organismos vinculados para avanzar en aspectos que son cruciales para los trabajadores y las trabajadoras.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES:

Tomando en consideración la totalidad de los antecedentes y testimonios entregados a esta Comisión, sus miembros por unanimidad, y en la sesión de 24, han adoptado las siguientes

conclusiones en base a las consideraciones que a continuación se señalan:

Consideraciones

- I. Sub-diagnóstico y sub-registro de contingencias del trabajo
- II. Causas estos fenómenos:
 - a. El subdiagnóstico y las responsabilidades de empleadores, trabajadores y organismos administradores en el uso del seguro social de la ley 16.744
 - b. El sub-registro y el comportamiento de las Mutualidades de Empleadores y la Superintendencia de Seguridad Social en la calificación de las contingencias del trabajo.
- III. Consecuencias económicas en los seguros de salud común que conlleva la sub-notificación y el sub-registro.

1.- Sub-diagnóstico y sub-registro de contingencias del trabajo

De conformidad a los datos del INE la cobertura del seguro social otorga cobertura a un 70% de las y los trabajadores del país, esto es aproximadamente cinco millones y medio de ellos (la fuerza de trabajo en Chile es de 8 millones de personas). De éstos son 4,8 millones de trabajadores los cubiertos por una Mutualidad de Empleadores, y cerca de 800 mil los que son cubiertos por el Instituto de Seguridad Laboral. Otro tanto es cubierto asimismo por los organismos de administración delegada, como lo son Codelco y la Universidad Católica.

Nuestro sistema de seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se ve afectado por la presencia de un fenómeno de **sub-notificación** de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. El seguro también se ve afectado, además, por la existencia del fenómeno asociado a la errada calificación de la patología, que genera un **sub-registro** de ellas.

Se trata de esquemas distintos, en el primero se le otorga tratamiento de afección común a una de carácter laboral, por ignorancia o para evitar consecuencias económicas, y en el segundo se considera de origen común una afección laboral por una errada calificación.

Estos problemas generan múltiples consecuencias negativas en el sistema de seguridad y salud, puesto que las prestaciones médicas van a tener que ser pagadas por algún

organismo, que finalmente termina siendo el seguro de salud común, lo que provoca gasto fiscal inadecuado, atención no especializada, y perjuicio al trabajador por que tendrá que financiar la parte del copago que le corresponde en la atención de salud, entre otras que se enumerarán.

De esta forma, del material de la investigación se puede señalar que el eventual perjuicio fiscal sufrido por Fonasa se produce principalmente por estos fenómenos de la subnotificación y sub-registro de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, pero fundamentalmente, de éstas últimas, ya que son las que tienen un mayor porcentaje de rechazo de atención en el sistema de Mutualidades.

Este problema está latente, y hay evidencia internacional que acoge su existencia a nivel mundial. Así, por ejemplo, el año 2013 la OIT la calificó como una pandemia silenciosa. En el artículo denominado "The prevention of occupational diseases",¹ se señala que:

"Las enfermedades profesionales causan un gran sufrimiento y pérdidas en el mundo del trabajo. No obstante, las enfermedades referidas al trabajo permanecen invisibles un largo tiempo en comparación con los accidentes del trabajo, aun cuando éstas maten a seis personas más por año. A mayor abundamiento, la naturaleza de las enfermedades profesionales está cambiando rápidamente: la tecnología y los cambios sociales, acompañados de una nueva condición económica global están agravando los peligros en la salud existentes y, a su vez, creando nuevos. Es bien sabido que las enfermedades profesionales, como la neumoconiosis, permanecen extendidas, mientras que algunas relativamente más nuevas, como los trastornos mentales y musculoesqueléticos (MSDs) están en aumento.

Mientras que se ha hecho un importante esfuerzo en enfrentar los desafíos de las enfermedades profesionales, hay una necesidad urgente por potenciar la capacidad de prevenirlas en los sistemas nacionales de cada país. Con los esfuerzos de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y trabajadores, la lucha contra esta pandemia silenciosa tendrá que estar en los primeros tópicos de las agendas globales y nacionales a fin de cuidar la salud".²

Los números lo avalan. La OIT señala que "un estimado de 2.34 millones de personas mueren cada año a consecuencia de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales. De éstos, la gran mayoría - un estimado de 2.02 millones - muere de una enfermedad profesional" (ver gráfico)

¹ En http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208226.pdf

² Ibid. (La traducción es del autor).

FATAL ACCIDENTS AND DISEASES (2008)



Total number of fatalities: 2.34 million

“De las 6.300 muertes a causa del trabajo que ocurren todos los días, 5.500 son causadas por varios tipos de enfermedades profesionales. La OIT además estima que al año se producen 160 millones de enfermedades profesionales. Los tipos y tendencias de las enfermedades reportadas varían. Por ejemplo, en 2010, China reportó un total de 27.240 casos de enfermedades profesionales, incluyendo 23.812 casos relacionados con la exposición al polvo en el lugar de trabajo. En el mismo año, Argentina reportó 22.013 casos de enfermedades profesionales, en donde las patologías músculo-esqueléticas (MSDs) y las enfermedades respiratorias estaban dentro de las más frecuentes. En el 2011, Japón reportó un total de 7.779 casos de enfermedades profesionales principalmente relacionadas con trastornos lumbares y neumoconiosis, y unos 325 casos de trastornos mentales. En el Reino Unido, se reportaron 5.920 casos de enfermedades profesionales, con la neumoconiosis, el mesotelioma difuso y la osteoartritis como las más comunes. La Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos reportó que 207.500 trabajadores experimentaron enfermedades profesionales no fatales en 2011; las enfermedades de la piel, pérdida de la audición y problemas en la respiración fueron las tres más prevalentes afectaciones a la salud”.³

En cuanto a lo que ocurre en Chile, se puede señalar que el problema existe, pero las estadísticas que tenemos son

³ Ibid. Traducción del autor.

insuficientes. No obstante, se pueden mostrar dos ejemplos. Según datos extraídos de Fonasa, en la siguiente lámina se hace una comparación entre las tasas de Chile y Finlandia. Se muestran tres patologías que son sin lugar a dudas causadas por el trabajo, como lo son la dermatosis, el asma ocupacional y las enfermedades osteomusculares.

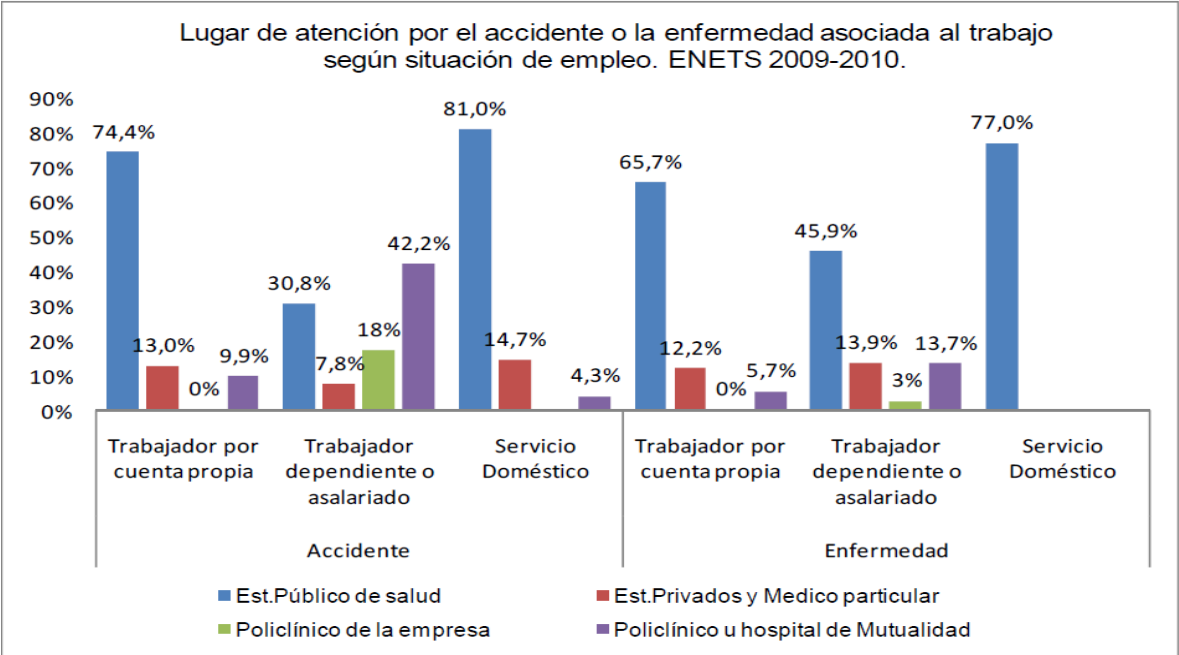
PATOLOGIA OCUPACIONAL	Tasa de Incidencia (x 100.000 trab.) Finlandia 2002	Nº de EP en Chile 2010 (en población cubierta Ley 16.744)
		Según incidencia de Finlandia
Dermatosis Ocupacional	34	1.564
Asma Ocupacional	12,7	585
Enf. Osteomuscular Ocup.	54	2.484
Patología Ocupacional Global	200 (incidencia global)	9.200 (Nº Total de casos esperados)

Se puede ver que en el caso de Finlandia la tasa de incidencia, por cien mil trabajadores, es de 34 para dermatosis, de 12 para asma y de 54 para enfermedades osteomusculares.

Si se aplican estas tasas a la población que en Chile está cubierta por la ley Nº 16.744, deberíamos tener un total, por estas tres enfermedades, de 9.200 casos, lo que claramente no coincide con el registro que se tiene de ellas en nuestro país.

Cuando se observan los datos, se ve que para el asma ocupacional la Asociación Chilena de Seguridad, entre 1990 y 2006, diagnosticó solo 136 casos. Además, en el número total de casos de enfermedades profesionales en Chile, en 2014, las mutuales declararon en conjunto 4.411. Es decir que ni siquiera considerando todas las enfermedades profesionales declaradas por las mutualidades en dicho año (no sólo las ocupacionales que se señalaron) se alcanza a tener el número de enfermedades registradas que deberían existir según las tasas que tiene Finlandia al respecto.

La complicación es que las enfermedades igual se producen, aun cuando no se califiquen de profesionales, y por tanto deben ser atendidas por alguien. El sector público es el que atiende la mayoría de los casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Según datos de una encuesta del Ministerio de Salud del año 2010 a la pregunta del lugar de atención de una contingencia del trabajo, se respondió mayoritariamente que éste era el establecimiento público de salud.



Si se ven los datos, se concluye que hay un mayor impacto del problema en el caso de las enfermedades profesionales, las cuales incluso en el caso de los trabajadores dependientes, fueron atendidas en un 45,9% en establecimientos públicos de salud.

Ello no descarta tampoco a los accidentes que en teoría tienen un protocolo claro de derivación a la empresa administradora, pues también mayoritariamente van al sector público.

El 84% de trabajadores protegidos por el seguro del a ley 16.744, pertenecen a empresas adheridas a las mutualidades. A su vez, el 74% de los trabajadores del país con derecho al seguro se encuentran afiliados a Fonasa. De esta forma, si bien el trabajador tiene derecho al seguro, por múltiples razones no llega a la Mutual sino que al establecimiento público.

En conclusión, el sistema público financia de manera indirecta a beneficiarios de los organismos administradores privados de la ley 16.744. Cabe preguntarse ¿por qué?

2. Causas de la sub-notificación y del sub-registro.

Estas causas se abordarán individualmente, sin perjuicio que algunas de ellas pueden ser aplicables a los dos problemas.

a. De la sub-notificación y las responsabilidades de empleadores, trabajadores y organismos administradores en el uso del seguro social de la ley 16.744

Como se ha venido diciendo la sub-notificación consiste la circunstancia que a una afección del trabajo se le otorga tratamiento de accidente o enfermedad común.

Ello se produce en primera instancia por una tendencia de los empleadores a no informar el acaecimiento de una contingencia del trabajo, puesto que la cotización que paga éste por el seguro se agrava en el caso de aumentar sus riesgos. Si se pasa cierto porcentaje de siniestralidad, el aporte del empleador aumenta. Esto se ha considerado un incentivo perverso puesto que induce e incluso fuerza a los empleadores a no notificar al respectivo organismo administrador la ocurrencia de un siniestro de carácter laboral; así las cosas, éstos derivan la atención de sus trabajadores, accidentados o enfermos, al sistema público de salud, ahorrándose el aumento eventual que sufriría su costo de planilla de trabajadores.

Esta práctica no tiene hoy por hoy asociada una sanción específica en la legislación, y resulta de difícil detección, pero implica un alto costo para la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Por otra parte, la falta de conocimiento de los afectados y/o de los trabajadores de la salud que los atienden respecto a la existencia y alcance de las disposiciones de la Ley 16.744 y sus normas complementarias, es una causa fundamental de la sub-notificación. En efecto, un trabajador que no tenga noción de que tiene este seguro, concurrirá al sistema de salud común ante cualquier contingencia.

La señalada encuesta del Ministerio de Salud reveló el porcentaje de acceso al seguro según perfil de trabajo. Así las cosas, se aprecia claramente que hay un porcentaje importante de trabajadores por cuenta propia que no tienen acceso al seguro. A la pregunta, ¿está asegurado en caso de accidentes del trabajo o enfermedades en el trabajo? Los hombres que respondieron que sí fueron sólo el 5,4%, mientras que en el caso de las mujeres, fueron el 7,8%. En el caso de los trabajadores dependientes, la situación cambia, observándose tasas de 60,2% en el caso de los hombres, y de un 51,9% en el caso de las mujeres.

Ello no sólo es una carencia de los trabajadores individualmente considerados, sino que constituye un problema serio de educación y cultura del país en general, ya que también su desconocimiento alcanza a los empleadores, comités paritarios, organizaciones sindicales, e incluso al propio sistema de salud común, ya que no derivan al trabajador a la mutualidad respectiva cuando atienden en primera instancia una afección de carácter laboral.

Se debe tomar en cuenta además, la alta rotación laboral de los trabajadores hoy en día. Esto tiene un impacto directo en la filosofía del sistema, puesto que la ley data de la

década de los 60, en la cual las empresas contrataban a sus trabajadores con la finalidad de que se jubilaran en el mismo establecimiento donde ingresaron. Hoy en día, con los diversos cambios en las relaciones productivas, la rotación laboral es un hecho, y por tanto afecta a cómo el empleador ve la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales; deja de ser una inversión pasando a ser un gasto.

b. Del sub-registro: comportamiento de las Mutualidades de Empleadores y la Superintendencia de Seguridad Social.

Uno de los aspectos relevantes a considerar, a juicio de los solicitantes de la conformación de la Comisión, es el comportamiento de los órganos asociados a la calificación de las afecciones laborales como tales. En este sentido, el sub-registro se produce también por el ánimo de las Mutualidades de contener el gasto que deben hacer en las afecciones de origen laboral.

En esta materia se pudo detectar un altísimo porcentaje de rechazo de calificación de enfermedades con causa en el trabajo, que es la principal preocupación actualmente, sin descartar tampoco altos porcentajes de rechazo en otras materias (cálculo de beneficios, grados de incapacidad resueltos por COMERE, prestaciones médicas, y otros). Esto se produce por cuanto las Mutualidades califican por sí y ante sí las contingencias que deban atender.

Asimismo, la errada calificación, o subregistro, tiene una importante causa en la actitud de los órganos llamados a conocer de los reclamos formuladas por los afectados. En este esquema la Superintendencia de Seguridad Social es el órgano con facultades de fiscalización, en su calidad de autoridad técnica de control de las instituciones administradores del seguro laboral.

El estatuto de la Superintendencia viene dado por la ley N° 16.395, y especialmente por las modificaciones introducidas por la ley N° 20.691, en octubre de 2013, que en lo principal creó la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. En su rol le corresponde resolver las presentaciones y apelaciones de los interesados por la errada calificación de sus dolencias. Las actividades de **control, fiscalización y sanción** de este órgano público pueden ser analizadas a partir de información estadística entregada por ella a la Comisión.

En ese marco el señor Superintendente señaló a la Comisión que "el 2015 el sistema, incluido el Instituto de Seguridad Laboral, recibió aproximadamente 37.720 denuncias

de enfermedades profesionales y poco más de 514.000 denuncias por accidentes de trabajo.

En el caso de los accidentes que se presentan en el sistema como denunciados, el 80 por ciento de ellos es calificado como laboral y el 20 por ciento como común, por los organismos administradores, **al contrario**, en el caso de las enfermedades, el 23 por ciento es calificada como laboral y el 77 por ciento como común".

Estas cifras permiten observar que la mayor conflictividad se presenta en el ámbito de las enfermedades profesionales, de los 37.720 casos que se calificaron en 2015, 29.000 fueron considerados de carácter común y los otros 8.600 como de carácter laboral, y sólo un 11% reclama.

Este bajo índice de interposición de reclamos de parte de los afectados puede originarse por ignorancia en el rol de la Superintendencia; la barrera de acceso a los beneficios que importa la definición de enfermedad profesional, o por la escasa confianza en los resultados de recurrir de la calificación, escenario esperable frente a las indesmentibles datos estadísticos.

Según la información entregada por la propia Superintendencia del total de reclamos presentados el 2015, el 34 por ciento fueron revertidos por la Superintendencia. Porcentaje que debería comportarse al alza si un número mayor de afectados reclamase.

En materia de **fiscalización** de los administradores del seguro social, y de conformidad a la información disponible y generada desde la propia Superintendencia, el 2015 realizaron 79 procedimientos de fiscalización, el 2014 fueron 76, a diferencia de las cifras entre 2006 y 2013 que fluctuaban entre 13 y 36 procedimientos al año. Estos procedimientos apuntan a temáticas como atención de pacientes en agencia, análisis de respuestas a afiliados, licencias médicas pendientes por resolver,

Dichos procedimientos se vinculan principalmente a altas prematuras, procesos de traslados de pacientes, y estudio de puestos laborales.

Además, la Superintendencia realiza fiscalizaciones en terreno en conjunto con la Dirección del Trabajo, que es el organismo competente, alcanzando la cifra de 44 procedimientos en 2015 y proyecta alrededor de 200 en 2016.

En el ámbito de los **procesos sancionatorios**, el 2014 se registraron 3 multas y 2 censuras, el 2015 9 multas y 1 proceso en curso. Siendo la suma de las multas el mayor cambio que se puede observar, pues pasan de 400 unidades de fomento el 2014 a 5.250 el 2015.

Sin embargo se debe tener presente que la Superintendencia de Seguridad Social no inició ningún proceso sancionatorio por "infracciones a las normas de calificación" de enfermedades o accidentes laborales, cuestión que resulta relevante considerar respecto de su labor de fiscalización de la actividad de los órganos administradores del seguro social.

La fiscalización preventiva resulta absolutamente necesaria, pero la corrección de procedimientos de calificación y sus consecuencias es un tema sensible a la luz de las denuncias formuladas en su momento por la señora Directora Nacional de Fonasa.

El aumento de los procesos de fiscalización y de sanción vienen de la mano de la entrada en vigencia de la ley N° 20.691 en octubre de 2013. Resulta interesante recordar que dicha ley se originó luego del accidente de la Mina San José, Región de Atacama.

El propio mensaje, de S.E. el expresidente Sebastián Piñera Echenique, señala que *"el derrumbe de la mina San José, ocurrido el jueves 5 de agosto de 2010, que dejó atrapados por 70 días a 33 mineros a unos 700 metros de profundidad, ha resaltado la necesidad de mejorar la protección de la vida y salud de los trabajadores y nos ha impulsado a realizar cambios en el sistema de seguridad laboral para tener un Chile más seguro."*

En efecto, se ha estimado prioritario revisar las atribuciones de las distintas entidades que hoy tienen responsabilidades en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo."

Ahora bien, en cuanto a las razones esgrimidas para el altísimo rechazo que hay para calificar las contingencias del trabajo como tales son: el interés del organismo administrador del seguro de evitar la atención de una o un determinado usuario; el largo período de latencia entre el tiempo de exposición al riesgo y las manifestaciones clínicas de la enfermedad; la complejidad de determinar si una enfermedad es completamente ocupacional. La falta de instrumentos estandarizados que faciliten el diagnóstico. La propia consideración de la causa de la enfermedad como "directa" de del trabajo, entre otras materias de la legislación que deben mejorarse y precisarse.

No puede dejarse de lado tampoco que a la Comisión también asistieron varias personas afectadas por el sistema de la ley 16.744, quienes, aparte de los problemas ya mencionados, hicieron hincapié en el trato que tienen los organismos administradores con los pacientes. Una vez que el trabajador entra al sistema, está en constante asimetría de

recursos económicos, humanos, de conocimientos y de información, sin contar con el auxilio de la red de organismos que están a la base del sistema. Esta información cualitativa, no puede soslayarse y dejarse fuera de la mencionada información cuantitativa.

b) Consecuencias económicas en los seguros de salud común que conlleva la sub-notificación y el sub-registro.

Las consecuencias de la sub-notificación y el sub-registro de las contingencias del trabajo son variadas.

En este sentido, los trabajadores no acceden a atención especializada. El criterio por el cual son atendidos es el de cualquier enfermedad común. Luego, los trabajadores pierden beneficios sociales, la gratuidad en la atención médica que está garantizada por la ley 16.744, los medicamentos y exámenes. Además, no acceden a medidas correctivas y preventivas frente al riesgo que ha ocasionado el accidente o la enfermedad. Asimismo, la falta de un adecuado diagnóstico impedirá la oportunidad de estudiar el puesto de trabajo, asimismo, no permite observar qué mejoras laborales introducir y la oportunidad de eliminar los factores que provocan ausentismo y enfermedad.

No obstante lo señalado, sin duda que el principal problema que se genera es el de los denominados subsidios cruzados entre los prestadores de salud, puesto que traspasa costos desde el empleador al trabajador, por cuanto es este último el que paga de su remuneración su sistema de salud común, ISAPRE o FONASA.

Hoy en día no se tienen datos claros de cuánto estaría pagando el seguro de salud público por atender contingencias del trabajo que le correspondería asumir pecuniariamente a las Mutualidades de Empleadores. No obstante se tienen algunas estimaciones. Un estudio de la consultoría Bitrán y Asociados, buscaba determinar cuánto gastaban las ISAPRES en licencias médicas por causa de origen laboral y que debía ser subsidiado por la ley 16.744. Esto se hizo de la siguiente manera:

- i) Datos de licencias según diagnóstico e Isapre.
Estimación casos laborales
- ii) Se aplicaron las tasas específicas de casos laborales según diagnósticos e Isapre Estimación gasto por casos laborales
- iii) Usando los gastos promedio de las licencias, por Isapre y diagnóstico, se estimaron los gastos totales asociados a enfermedades laborales

Luego, se realizó un estudio muestral en donde tomaron 158 casos de licencias médicas otorgadas por ISAPRE de 3 tipos de enfermedades (salud mental, osteomusculares, patología de columna). De estos casos, luego de un profundo análisis, determinaron que un 37% de éstos tenían un origen laboral. La patología osteomuscular presentó la mayor frecuencia como de patología de origen laboral (57%). En este caso, el estudio determinó que la proyección del gasto anual en licencias médicas de origen laboral alcanzaría los MM\$ 16.700 para las ISAPRES.

Por tanto, si se aplica el 37% encontrado en el estudio de Bitrán al Gasto de Subsidios de Incapacidad Laboral total por Licencia Médica en el año 2014 por causa Osteomuscular (MM \$138.901.907) y de Salud Mental (MM \$105.073.806 = total MM\$ 243.975.713) encontramos que **dicho gasto alcanzaría los MM \$90.271.013.**

De lo expuesto, sin duda alguna que hoy en el país tenemos un grave problema en relación a los costos que asume el seguro de salud común en relación con las contingencias del trabajo, las cuales están cubiertas por la ley 16.744. Mantener esta situación implicaría destinar fondos públicos a una finalidad para la cual no están dispuestos, distraendo otras prioridades del erario nacional. En efecto, urge crear mecanismos que permitan identificar claramente la cantidad de recursos que se utilizan de manera errada para luego establecer soluciones que lleven a una mejor utilización de la cotización que paga el empleador para cubrir los riesgos a que están sujetos los trabajadores.

Así las cosas, el Gobierno de S. E. la Presidenta de la República, en virtud de lo dispuesto en el convenio N° 187 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por Chile el 27 de abril de 2011, generó la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, en base al diálogo tripartito, trabajadores, empleadores y autoridades, y a la participación regional, en consideración a las reales diferencias en materia de condiciones en que se desarrolla el trabajo en ellas.

Los objetivos que se propone alcanzar la Política en materia de seguridad y salud en el trabajo, dicen relación con:

a) Desarrollar y promover una cultura preventiva en toda la sociedad, incorporando para ello la prevención y promoción de la seguridad y salud en el trabajo en el sistema educativo y en los programas de formación de competencias laborales.

b) Perfeccionar el marco normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo, considerando los objetivos, ámbitos de acción y desafíos de la política nacional de SST.

c) Fortalecer la institucionalidad fiscalizadora, de manera de garantizar un cumplimiento efectivo y oportuno de la normativa de seguridad y salud en el trabajo.

d) Garantizar la calidad y oportunidad de las prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, otorgadas por los organismos administradores de la ley 16.744.

e) Promover la incorporación de la perspectiva de género en la gestión preventiva.

f) Disminuir la ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, mejorando el procedimiento de diagnóstico y reporte de tales siniestros.

g) Promover la incorporación de trabajadores informales a la seguridad social.

A partir de ahora, corresponde el desarrollo de un Perfil Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tiene por objeto identificar las fortalezas y debilidades del sistema y los temas prioritarios para la elaboración de un Programa Nacional de Seguridad y Salud, que observará también un diálogo tripartito.

Conclusiones

1. La ley 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1968, tuvo como fundamento profundo una filosofía basada en la seguridad social como reemplazo al sistema de seguros mercantiles contratados por los empleadores, sistema que era el imperante hasta ese entonces. La referida ley busca proteger al trabajador de los daños que eventualmente pueda sufrir en su actividad laboral, por medio de un sistema solidario que se hiciera cargo de todas las prestaciones que requiriere para cautelar su salud y seguridad.

Dicho sistema se diseñó para ser administrado principalmente por las Mutualidades. El Presidente Frei Montalva señalaba en el Mensaje del Proyecto que "Las mutualidades se transformarán en instrumentos magníficos de desarrollo comunitario, permitirán una efectiva participación del pueblo organizado en la dirección de las estructuras administrativas que la sociedad destaca para su protección. Serán estructuras que introducirán

un elemento humanizador en las relaciones entre el individuo y el organismo destinado a otorgarle sus prestaciones de seguridad social”.

A través del material recopilado en la investigación se puede señalar que si bien existe un avance en la salud y seguridad de las y los trabajadores de nuestro país, desde el año 1967, todavía quedan muchos desafíos que afrontar. En ese sentido, han aumentado los indicadores de prevención. Si bien las estadísticas muestran una disminución importante de la accidentabilidad la Comisión ha llegado al convencimiento que existe una cifra de subnotificación que empaña estos resultados, y que en general los trabajadores están cubiertos en un alto porcentaje producto de la masificación de la cotización obligatoria que pagan los empleadores. También se puede señalar que para quienes son efectivamente atendidos en los centros de las Mutualidades las prestaciones son otorgadas de acuerdo a la ley.

A partir de los testimonios y antecedentes recibidos por esta instancia de fiscalización, es posible sostener que se trata de un sistema con grandes desafíos y cambios que enfrentar, particularmente en materia de enfermedades profesionales.

Este desafío es asumido en parte por el propio Gobierno, recordemos que la administración pasada, a días de asumir, aumentó las atribuciones fiscalizadoras de la Superintendencia de Seguridad Social y creo la Intendencia de Salud y Seguridad en el Trabajo, y el actual se encuentra abocado a la implementación de un programa de Salud y Seguridad en el Trabajo a partir de la dictación de una política nacional en la materia, días atrás. No obstante queda mucho por avanzar.

2. El mandato de la Comisión se centró precisamente para hacerse cargo de uno de aquellos desafíos que implicó la denuncia de la Directora de Fonasa, quien indicó que 3,2 millones de licencias que autorizó el seguro público en 2014, *hay 540 mil que corresponden a enfermedades y accidentes laborales, por las que deben desembolsar cerca de \$90 mil millones.* Dicha denuncia de Fonasa parte de la base de una cantidad de licencias médicas que estaría pagando el seguro de salud en desmedro de este seguro social de accidentes y enfermedades

profesionales. De ahí que se puede aseverar que una parte de la población asegurada no está ingresando, ni utilizando el sistema destinado para las y los trabajadores.

El espíritu que se tuvo en vistas al momento de promulgarse esta ley, dictada hace casi medio siglo, está siendo desvirtuado. Las dificultades, omisiones y errores de comisión u omisión en la aplicación de este cuerpo legal por parte de todos los actores se vislumbran en la cantidad de propuestas de esta Comisión destinadas a modificar el sistema, lo que permite considerar que la estructura del seguro merece una seria revisión.

Así las cosas, existe un evidente sub-diagnóstico y un sub-registro de las contingencias del trabajo que hace que muchas de ellas no se consideren como tal, pasando a formar parte del sistema de salud común, tanto en cuanto a su calificación, tratamiento y financiamiento. En este sentido, la situación es transversal a los accidentes y enfermedades del trabajo, pero es mucho más evidente y notoria respecto de estas últimas.

El sub-diagnóstico, situación consistente en tratar a una afección laboral como común, siendo multicausal, el acento que quiere hacer la Comisión se refiere al estímulo perverso en la configuración del seguro, que al premiar cifras bajas estimula el subregistro, ya que el seguro se encarece a medida que aumenta la siniestralidad, fomentando que las contingencias, aún cuando sean propiamente del trabajo, se atiendan en la salud común.

Otra de sus causas en parte se produce por la ausencia de especialistas en medicina ocupacional en la salud común, que permitiría identificar, examinar, planificar, ofrecer un tratamiento más específico y en su caso, derivar, cuestión que nuestro país está al debe. En este sentido es fundamental poder hacer un análisis de la epidemiología del país, identificando factores de riesgo, como la obesidad, el consumo de drogas, y otros más nuevos como el aumento de las enfermedades de origen siquiátrico o de naturaleza osteomuscular -que afectan mayoritariamente a trabajadores y trabajadoras en las últimas etapas de su vida laboral-, y una tasa mayor de

accidentes de trayecto en centros urbanos y rurales que requieren cada día más de mano de obra distante.

En este sentido, no existen contrapesos entre el Sistema público o privado de salud y las Mutualidades, precisamente por la falta de dichos especialistas. Esta escasez de profesionales del área es generada por cuanto no es otorgada por ninguna Universidad Chilena, siendo los médicos del ramo especializados en el extranjero o a través de la experiencia, provocando la imposibilidad por parte del Sistema público o privado de salud de identificar el origen laboral de una enfermedad.

Por otra parte, los organismos administradores del seguro, mutuales, el ISL o los administradores delegados, se constituyen en verdaderos jueces y parte al momento de calificar una afección de un trabajador. En definitiva, si los administradores califican ante sí, y el órgano fiscalizador se limita a confirmar sus resoluciones, en un alto porcentaje, significa que el espacio para que el seguro se haga cargo de las prestaciones médicas que involucra la respectiva contingencia es bastante reducido, perjudicando al trabajador. El sistema de reclamación y reconsideración actual resulta insatisfactorio para el Chile actual que avanza con claridad a la protección en sede judicial de los intereses de los trabajadores y empleadores.

3. Asimismo, es posible constatar una falta importante de educación y cultura en los actores involucrados respecto a la salud y seguridad en el trabajo, en especial de parte de quienes forman parte de la relación laboral, a saber, trabajadores y empleadores. La utilización del seguro de la ley 16.744 está en directa relación con un mayor conocimiento y manejo del mismo por parte de sus destinatarios. Se debe avanzar en el sentido de garantizar el derecho a saber qué riesgos laborales están presentes en el lugar de trabajo y cómo prevenirlos, y también el derecho a ser oído en todas y cada una de las instancias de protección de la salud de los trabajadores.

La prevención debe ser un elemento central a fomentar por medio de la educación, y la formación de una verdadera cultura preventiva, que considere la opinión de los trabajadores y empleadores. Este es un gran

desafío que tiene la sociedad chilena en su conjunto, y que debe orientarse a evitar las consecuencias negativas de los accidentes y enfermedades del trabajo. Más dedicación y recursos a la prevención es la clave para fortalecer los comités paritarios y bajar las tasas de siniestralidad. En este sentido también es clave el rol que jueguen las Mutualidades en realizar exámenes previos con el fin de detectar una enfermedad profesional con anticipación o para evitar que aquella se produzca; en la actualidad, no se realizan chequeos preventivos psicológicos ni físicos si el trabajador no se dirige a la Mutual por una dolencia.

4. El sub-registro, por su parte, consiste en la errada calificación de una afección laboral como común, y tiene como causas principales a las restricciones normativas, fundamentalmente de las enfermedades profesionales, como también al hecho que los organismos llamados a su calificación, a saber, las Mutualidades, el ISL, y la Superintendencia ostentan un altísimo porcentaje de rechazo de estas afecciones como laborales, desincentivando el reclamo por parte de los usuarios del seguro.

La falta de una integración real de los sistemas de salud, común (representado por FONASA e ISAPRES) y laboral, permiten la ocurrencia de situaciones que resultan injustas para los trabajadores afectados por ellas. El propio presidente de la Asociación de ISAPRES hizo presente a la Comisión que los principales afectados por el subregistro son los trabajadores puesto que se ven en la necesidad de hacer uso de sus planes de salud y enfrentar copagos, aumento en los costos de sus seguros y eventualmente ser desplazados hacia FONASA. Situación que en una mirada del sistema público tiene o posee su correlato en el pago creciente de subsidios improcedentes por tratarse de contingencias que deberían ser cubiertas por el seguro social.

5. La actividad de control, fiscalización y sanción de la Superintendencia de Seguridad Social se ve limitada por el propio marco normativo, con una definición de enfermedad profesional que se constituye en una verdadera barrera de entrada a los beneficios del sistema; un régimen de prueba de la naturaleza de la afección de cargo del trabajador, claramente injusto en un escenario de asimetría propio de las relaciones

laborales, y la inexistencia de facultades de fiscalización operativas, en terreno, de inspección directa, impiden una adecuada mirada de los puestos de trabajo y sus riesgos.

No obstante, las debilidades institucionales de la Superintendencia de Seguridad Social, se debe reprochar la actitud pasiva que ha tenido para generar sus propios peritajes que permitan objetivar las reclamaciones de los trabajadores ante sus mutualidades. La Superintendencia ha sido un ente débil en el desarrollo de su rol fiscalizador, lo que puede deberse en gran medida al déficit de recursos humanos e infraestructura que padecen, provocando que agentes no responsables de la salud del trabajador deban asumir los costos de aquella atención médica, pues si el control fuese más riguroso sería responsabilidad de las Mutualidades, como corresponde legalmente, asumir aquellos costos en todos los casos que existan. Además, se ha notado en diversos casos un comportamiento negligente en cuanto a la entrega de información y en los largos plazos para resolver las solicitudes de los trabajadores afectados retrasando sus tratamientos médicos y trámites impugnatorios.

Asimismo, este reproche se debe extender también a todo el aparato estatal, puesto que a la fecha sólo ha habido modificaciones y reformas parciales que no abordan de manera integral la protección de la seguridad social.

Asimismo, la actividad de la Intendencia de Salud y Seguridad en el Trabajo debería ser la de incorporar a la regulación del sector, particularmente a los protocolos aplicables a las enfermedades de origen siquiátrico y osteomusculares a un número mayor de afecciones laborales.

6. Como ya se ha venido diciendo, estos delicados problemas generan que otro órgano debe asumir el tratamiento de un accidente o enfermedad, puesto que el trabajador debe ser atendido en todo caso, siendo principalmente Fonasa quien debe soportar el costo que ello implica. También sufren un impacto no menor los trabajadores afiliados a alguna ISAPRE, puesto que no sólo se debe costear el eventual copago de la atención respectiva, sino que el aumento en la siniestralidad traerá aparejado el aumento de los planes de salud del afiliado, generando

distorsiones en todo el sistema. Las situaciones descritas han generado, quizás por más tiempo del tolerable, una inadecuada gestión de los recursos, lo que perjudica fundamentalmente a los seguros de salud común, pero fundamentalmente a los trabajadores, quienes tienen que incluso asumir costos para ser atendidos en dicho sistema por una afección laboral, pese a que todo ello debería ser soportado por los organismos administradores del seguro de la ley 16.744.

7. Lo anterior es más preocupante toda vez que en la actualidad se enfrenta una situación compleja en el sistema público de salud, en atención a las listas de espera, la falta de camas, el aumento en la demanda de profesionales insatisfecha y una inversión pública en infraestructura que no satisface la demanda, mientras que es de conocimiento público que los centros de salud de las mutualidades no ostentan tal problema, e incluso más, tienen una infraestructura que podría soportar una demanda muchísimo mayor de pacientes.
8. En cuanto a las Mutualidades, éstas fueron concebidas por la ley como organizaciones sin fines de lucro, puesto que tenían por objeto fomentar la finalidad benéfica de cautelar por la salud y seguridad de los trabajadores. No obstante, es tal la dispersión de órganos intervinientes, cada uno con sus propios objetivos, que en la interrelación se generan incentivos para que cada uno de ellos vele por su beneficio, y en el caso de las mutuales el estímulo es hacia el subregistro de casos y la disminución de días perdidos y de costos.

Además, como los recursos generados por la gestión del seguro social han ido creciendo, y existe una gran cantidad de excedentes de las mutualidades, que legalmente pueden y son invertidas no sólo en infraestructura y equipamiento destinado a atención directa de salud de los beneficiarios, también sin fines de lucro pero con objetivos no relacionados con la salud y seguridad de los trabajadores, que es su función principal, la Comisión concuerda que dichos excedentes deberán canalizarse hacia el mejoramiento de las prestaciones preventivas y curativas de los beneficiarios del seguro social, siendo deseable, además, que se incorpore la evidencia científica de

patologías no reconocidas actualmente como de origen laboral pero que en la práctica lo son.

9. La existencia de numerosos organismos involucrados (a saber, Fonasa, Isapres, Compín, Comere, Suseso, Mutualidades, ISL, administración delegada, comités paritarios, trabajadores, empleadores) produce también una dispersión de los criterios a aplicar en cada caso, lo que a la larga confunde al trabajador vulnerándose el sentido y alcance de las disposiciones de la ley 16.744. En este sentido, es necesario fortalecer la comunicación entre los diversos órganos y propender a una articulación armónica del sistema que permita un adecuado balance entre las prestaciones de salud común y de salud laboral.
10. Se debe avanzar en modificaciones sustantivas y urgentes en esta materia, considerando los cambios en la población, los nuevos riesgos a los que estamos sujetos, los avances de la técnica, y los cambios que ha experimentado nuestra sociedad desde la promulgación de la ley en el año 1967, cambiando el enfoque a un sistema integrado entre los distintos organismos llamados a velar por la salud y seguridad en el trabajo, de manera que tengan siempre como núcleo al trabajador como un sujeto de derechos, buscando poner pronto remedio a su afección, evitando a toda costa mayores costos de salud y económicos. Se debe generar una institucionalidad capaz, y con herramientas, de conducir políticas de prevención, educación y reinserción laboral de las y los trabajadores afectados por patologías laborales.
11. Finalmente, como ya ha sido expuesto, además de fallas de gestión, el seguro no está respondiendo adecuadamente a los desafíos actuales y es urgente hacer cambios en su estructura, esta Comisión solicita al Ejecutivo que se adopten medidas para dar solución a los problemas que experimenta, poniendo el foco en la prevención y en la universalidad de la atención de los trabajadores, cautelando la dignidad y derechos de los destinatarios finales del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

PROPUESTAS

La problemática observada por la Comisión en torno al hecho de no notificar las contingencias del trabajo, o derechamente, el no calificarlas como tales, remitiéndolas al sistema de salud común, tiene diversas aristas que deben ser tratadas sistemáticamente, puesto que se trata de la protección de la seguridad y salud de nuestras trabajadoras y trabajadores.

A lo largo de la investigación, fueron naciendo una serie de propuestas que tienen todas por objeto propender a eliminar el problema que genera la sub-notificación y sub-registro, según se ha venido diciendo. Ellas apuntan a diversas cuestiones, tales como las restricciones normativas, presupuestarias, como también a las debilidades institucionales y la falta de educación y cultura en la población respecto a los accidentes y enfermedades con causa en el trabajo.

Para dar un mayor orden a la exposición, se abordarán las propuestas en cuatro grandes temas:

- o La dignidad de los trabajadores y sus derechos ante las contingencias de accidentes y enfermedades asociadas al trabajo.
- o Propuestas específicas a las enfermedades del trabajo.
- o Cultura y educación de los actores involucrados
- o Recomendaciones al sistema en general

1. La dignidad de los trabajadores y sus derechos ante las contingencias de accidentes y enfermedades asociadas al trabajo

Estas propuestas están dirigidas a ratificar que la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras es la finalidad de la protección del Estado, que se brinda fundamentalmente a través de las prestaciones consagradas en la Ley 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Al respecto, fue fundamental la opinión y vivencias de los usuarios del sistema que utilizan este seguro, así como también las propuestas planteadas por diversos organismos del Estado que están en contacto con ellos. De esta forma, lo que se plantea a continuación dice relación con el alcance de los derechos de las y los trabajadores, en torno a las dificultades prácticas de algunas normas legales, lo que se contrasta con los datos de carácter cuantitativo que se presentaron a la Comisión. Sin embargo, estas propuestas no

se quedan con ello, sino que avanzan también a reconocer el carácter cualitativo de la entrega de las prestaciones puesto que es la única forma de asegurar la dignidad en el trabajo en lo relativo a la salud y seguridad.

En este sentido se propone:

1. **Incorporar en la ley 16.744 catálogo sobre los derechos y obligaciones de las y los trabajadores en relación con los riesgos en la actividad laboral**, el cual debe estar redactado en un lenguaje simple, de fácil comprensión, con una consideración expresa de las personas con discapacidad, y que permita un acceso expedito y con conocimiento de causa a la atención por parte de los Organismos Administradores del Seguro. Dicho catálogo debe tener la adecuada publicidad, y por tanto, debe ser exhibido tanto en dichos organismos, y especialmente en el sector público y privado de salud.
2. **Establecimiento de un régimen de protección integral del trabajador en el tratamiento de las contingencias del trabajo**: Lo fundamental de esta propuesta es que los trabajadores no tengan la necesidad de ir y venir de un sistema a otro, sino que derechamente se atiendan, obtengan el tratamiento debido, y posteriormente su recuperación en un solo lugar. Ello toma mayor importancia en relación a las enfermedades profesionales que tienen un alto porcentaje de rechazo por parte de las Mutualidades y el ISL. En este sentido, se debe revisar el artículo 77 bis de la ley 16.744 que regula quién debe atender inmediatamente a un trabajador en el caso de rechazos de licencias médicas, y el régimen de reembolsos que existen entre el seguro de dicha ley y el seguro de salud común. La regulación debe ser sencilla para los trabajadores y los organismos involucrados tienen la obligación de proceder a su reembolso al otro órgano si procediere.
3. **Eliminar la distinción obrero-empleado**. La legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ha dejado incólume este vestigio de una regulación que ya fue eliminada de nuestro ordenamiento jurídico laboral. Es menester proceder sin más demora a instar al Poder Ejecutivo a que envíe una ley corta a fin de modificar este aspecto que perjudica a los trabajadores obreros.

4. **Inversión de la carga de la prueba ante las contingencias del trabajo:** ante la asimetría de información, de recursos económicos e institucionales que tienen las y los trabajadores ante las Mutualidades no puede sostenerse que corresponda al primero demostrar que su afección es laboral cuando la segunda rechaza la calificación. Ello se torna especialmente importante en el caso de una enfermedad profesional, puesto que la legislación exige una relación directa entre el factor de riesgo y la afección y además porque si es que una enfermedad no está en el Reglamento, corresponde al afiliado acreditarla. En este sentido, se debe avanzar a un sistema que, previendo la atención integral del trabajador según lo ya señalado, ponga de cargo de la Mutualidad respectiva el probar, de manera fundada, que una contingencia no es laboral, lo cual deberá ser ratificado por la Superintendencia.
5. **Revisión y modificación de las variables para calcular las cotizaciones, en especial las adicionales, que deben aportar los empleadores al seguro a fin de eliminar los incentivos para sub-notificar.** Es un hecho que las cotizaciones basadas en el siniestro fomentan una tendencia de los empleadores a sub-notificar sus contingencias del trabajo, constituyendo un falencia que debe corregirse. Para ello se debe poner especial énfasis en el artículo 15 de la ley 16.744. Se propone agregar elementos que tengan que ver con la prevención al momento de calcular esta cotización. Mientras más prevención, debe cotizarse menos.
6. **Consagrar mayores instancias de participación e incidencia de las y los trabajadores en los procedimientos de la ley 16.744:** La asimetría de información y recursos del trabajador ante los organismos administradores del seguro trae consigo la necesidad de reconocer, consagrar y otorgar debida protección al derecho de las y los trabajadores a ser oído, solicitar audiencias, defenderse, ofrecer, aportar y solicitar pruebas en aquellos procedimientos regulados por la Ley 16.744, todo lo cual debe ser considerado en la resolución final del respectivo organismo. La legislación data de los años 60, y debe equipararse con las normas del Código del Trabajo que justamente intentan combatir estas asimetrías.

7. **Evaluar las condiciones materiales en que se entregan las prestaciones de la Ley 16.744, a fin de oficiar a los Organismos Administradores tengan una especial consideración en esta materia:** se evidenció en la Comisión una falencia en el trato con las personas al momento de otorgar las prestaciones, en especial con los trabajadores de provincias y comunas alejadas de las capitales regionales en donde generalmente están los centros especializados de las Mutuales de mayor envergadura, lo que fue denunciado por los invitados usuarios del sistema. En este sentido, se propone oficiar a dichos organismos a fin de que estudien los factores cualitativos en los aspectos administrativos de la entrega del servicio y no sólo los factores cuantitativos de las prestaciones médicas correspondientes, puesto que ello es una exigencia de la dignidad humana que se le debe a toda persona en su otorgamiento.
8. **Avanzar en la creación y consolidación de una Comisión Nacional de Evaluación de Incapacidades.** Es necesario instar a que se realicen los estudios técnicos que permitan considerar la creación de este organismo de carácter autónomo y permanente que se encargue de determinar a quién le corresponde pagar las prestaciones económicas derivadas de una determinada afección. Al respecto en la Comisión se señaló desde el Ministerio del Trabajo que existían los modelos y diseños de este proyecto, por lo que se debe instar a retomar esa idea, proceder a su debate y posterior implementación.
9. **Establecimiento de la obligación de las Mutualidades de Empleadores de denunciar a los organismos pertinentes (Dirección del Trabajo, Suseso) de condiciones laborales que afecten la salud y seguridad de los trabajadores.**
10. Asimismo, y de conformidad a lo anterior, se deben establecer **sanciones específicas para los empleadores que instan a la sub-notificación** a fin de evitar el alza de la prima a pagar.
11. **Fortalecer el rol de los Comités Paritarios** en la seguridad y salud en el trabajo; al respecto se proponen una serie de medidas en esta materia:

- a. Fortalecer la organización y creación de los comités paritarios específicamente en las pequeñas y medianas empresas, imponiéndose un deber para las empresas y las mutuales de dar lugar a la creación de los mismos.
- b. Fomentar la participación de los comités paritarios en los protocolos de seguridad y otorgarles mayor y mejor capacitación en los temas relacionados a los riesgos en su lugar de trabajo.
- c. Instar a los organismos administradores del Seguro a realizar seminarios, por lo menos una vez al año a los dirigentes sindicales, sobre la formación de los comités paritarios, sus funciones, los protocolos de seguridad y todo lo relacionado con la normativa de la seguridad en el trabajo.
- d. Propender a una continua capacitación a los Comités paritarios sobre los riesgos en la empresa, los protocolos a seguir y el procedimiento legal en caso de accidente del trabajo o enfermedad laboral. Además de otorgarles un rol activo en la prevención, por ejemplo, a través de la realización de jornadas anuales de prevención y exposición de ideas para mejorar las condiciones de seguridad en la empresa, con incentivos a los trabajadores que participen en ellas.
- e. Renovar los protocolos de emergencia implementados anualmente, los que deberán ser aprobados por un organismo fiscalizador cuya función será revisarlos y aprobarlos una vez que haya verificado que cumplen con los estándares internacionales en materia de seguridad en el trabajo. Los protocolos deberán renovarse considerando factores como la nueva infraestructura, cambios en maquinaria, aumento de personal de trabajo, número de accidentes del trabajo y de enfermedades laborales ocurridos el año anterior, entre otros
- f. Establecimiento de la obligación de realizar simulacros al menos dos veces durante el año calendario, en los cuales se simulen diferentes accidentes del trabajo que puedan suceder al interior de la empresa y cómo deben actuar los demás trabajadores frente a aquellos eventos.

12. Incluir en las estipulaciones que debe contener el **contrato de trabajo, una cláusula que reconozca el derecho del trabajador a contar seguridad y salud laboral**, y las instancias de calificación, reclamo, y apelación, de forma breve y sintética.
13. **Clarificar las funciones de los órganos del Estado que tengan facultades sobre las normas de esta ley:** La ley es dispersa, no es de fácil tratamiento, y resulta confusa. Se debe ordenar y clarificar cada una de las funciones de los distintos actores que tienen competencia sobre la ley 16.744.

2. Propuestas específicas a las enfermedades del trabajo.

Sin dejar de lado el problema de la sub-notificación y el sub-registro, el trabajo de la Comisión arrojó que el principal problema de la Ley 16.744 son las enfermedades profesionales, tanto desde el punto de vista de su tratamiento, como también de su propia naturaleza y dificultad en su apreciación.

Por ello a continuación se proponen algunas correcciones que deben hacerse:

1. Debe revisarse la propia definición de enfermedad profesional, eliminando la exigencia que ésta se produzca de manera "directa" por el ejercicio de la profesión o el trabajo, puesto que es una exigencia muy estricta en torno a la causalidad de una determinada afección. Se debe apuntar a otros criterios que no tornen imposible la prueba de la misma, así como factores indiciarios que permitan concluir que existe tal enfermedad. Ello permitirá un mayor alcance de las prestaciones de la Ley 16.744 fomentando el uso de los recursos destinados para ello. Esto es sin perjuicio de lo ya señalado en torno a la modificación de la carga de la prueba.
2. El rechazo de una licencia o reposo médico por que la enfermedad profesional es o no laboral debe ser siempre recurrible ante la justicia ordinaria. Ello es un imperativo de carácter constitucional pues la ley actual en su artículo 77 señala que la apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social es de competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Se debe permitir la acción de la justicia laboral en esta materia.

3. Se deben asignar competencias específicas a los defensores laborales para cautelar por los derechos de los trabajadores establecidos en la ley 16.744.
4. Propender a fomentar la investigación en materia de estudios de lugar de trabajo a fin de detectar enfermedades que de por sí son derivadas de una determinada actividad.
5. Incorporar la idea de patologías por tipo de trabajo en las enfermedades profesionales: ello sería un buen indicio para determinar que una determinada afección viene del trabajo; hay enfermedades que sí o sí se causan por estar realizando una determinada actividad.
6. Se deben considerar además variables de género en ciertas enfermedades así como otros factores como el aumento en la edad de jubilación (lo que traerá patologías específicamente músculo esqueléticas), la interculturalidad (como inmigrantes, por desconocimiento en relación con su historia clínica, etcétera).
7. Asimismo, y considerando que todavía una gran parte de la población chilena trabajadora no se encuentra protegida por este seguro, se debe fortalecer la fiscalización de la informalidad y precariedad laboral, puesto que sus accidentes y enfermedades no son atendidas en ningún caso por las Mutualidades o el ISL.

3. Cultura y educación de los actores involucrados

El trabajo de la Comisión permite concluir que uno de los puntos más críticos es la falta de cultura y educación en la seguridad y salud en el trabajo por parte de todas las personas y organismos involucrados. En este sentido, trabajadoras y trabajadores con más conocimiento de sus derechos, de los riesgos de su actividad laboral, y de su propia salud permitirán que el sistema funcione de mejor manera, eliminando progresivamente la sub-notificación y sub-registro de las contingencias del trabajo.

Es así como se propone:

1. Educación: se debe propender a crear una conciencia entre los trabajadores y empleadores de la importancia

de generar mecanismos de prevención de las contingencias del trabajo y su posterior recuperación. Esta conciencia se genera entregando capacitaciones masificadas en torno a los derechos de cada uno de los actores, y del procedimiento establecido por la ley 16.744.

2. Incorporar la educación en materia de seguridad laboral en la totalidad de los cursos impartidos por el SENCE, y de los programas de capacitación del Gobierno que se relacionen con lo laboral.
3. Recomendar a las Instituciones de Educación Superior la inclusión dentro de sus mallas curriculares de ramos dedicados a la seguridad laboral.
4. Acreditación de las carreras de medicina deben incorporar elementos que consideren la especialidad de medicina ocupacional.
5. Estadísticas: se deben mejorar los sistemas estadísticos que se tienen en el país sobre los accidentes y enfermedades del trabajo, puesto que los datos que se tienen son inexactos, dispersos y sin uniformidad.
6. Creación por vía de una ley de un fondo destinado únicamente a la capacitación e investigación de las contingencias del trabajo cuyo financiamiento se componga fundamentalmente de la parte de las cotizaciones que pagan los empleadores.

4. Recomendaciones al sistema en general

1. Creación de una mesa técnica permanente, de carácter público-privada, en donde estén todas las instituciones involucradas (Fonasa, Isapres, Mutualidades, ISL, Suseso, Compín, Dirección del Trabajo, etcétera) en donde se puedan establecer reglas comunes a todos ellos a fin de solucionar los problemas derivados de la sub-notificación y sub-registro.
2. Establecer modelos de pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de carácter obligatorio en el sistema de salud chileno, de tal

manera de que Fonasa esté en condiciones de solicitar los reembolsos respectivos.

3. Ampliar la posibilidad de que las Mutualidades de Empleadores puedan convenir la utilización de su infraestructura con el sistema público de salud, en especial en situaciones de colapso y saturación del mismo. No es posible que por un lado existan prolongadas listas de espera, y que por otra los centros médicos de las Mutualidades estén sin un uso proporcional.
4. Se debe dotar de más facultades y recursos a la Dirección del Trabajo y hacer expresa mención en su Ley Orgánica a la circunstancia de estar abocados también a la fiscalización del cumplimiento de las normas de seguridad laboral. Se debe definir este ámbito precisamente puesto que la Seremi de Salud también tiene competencias que podrían cruzarse.
5. Se deben revisar las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social, y particularmente de la Intendencia de Seguridad y Salud en el trabajo a fin de dotarlas de mayores atribuciones que permitan no sólo ejercer una revisión de antecedentes escritos, sino que de condiciones laborales en las empresas, en terreno, tal cual dispone la Dirección del Trabajo.
6. Se deben fortalecer las Compines y las Comere otorgándoles mayores atribuciones, presupuesto y personal para que desarrollen su función de mejor manera, pudiendo pesquisar adecuadamente que las afecciones sean de carácter común o laboral, en materias de su competencia.
7. Debe establecerse que, de superarse un determinado porcentaje de rechazo de una determinada contingencia la Superintendencia de Seguridad Social iniciará un procedimiento de investigación a fin de determinar las dificultades, y eventuales sanciones que correspondan.
8. Se debe revisar el cruce de médicos entre los organismos fiscalizados, y la Superintendencia de Seguridad Social a fin de evitar conflictos de interés que puedan producirse entre ambos.
9. Finalmente, se debe instar a los organismos de salud común que establezcan medidas efectivas para obtener

el reembolso efectivo a las Mutuales por concepto de prestaciones que han invertido por accidentes y enfermedades que deberían ser de origen laboral.

VII.- VOTACIÓN DE CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES.

Puestas en votación las conclusiones y proposiciones, fueron aprobadas por la unanimidad de las y los diputados presentes, con el voto favorable de las diputadas señoras Hernando y Sepúlveda y de los diputados señores Alvarado, Arriagada, Barros, Becker, De Mussy, Gutiérrez, don Hugo, Melero, Poblete y Sabag.

Designación del Diputado informante

- Se acordó designar diputada Informante a la señora Marcela Hernando.

Sala de la Comisión a 29 de septiembre de 2016.

Tratado y acordado, conforme se consigan en las actas de fechas 26, 28 y 29 de septiembre, con asistencia de las diputadas señoras Hernando y Sepúlveda y de los diputados señores Alvarado, Arriagada, Barros, Becker, De Mussy, Gutiérrez, don Hugo, Melero, Poblete y Sabag.



MARIO REBOLLEDO CODDOU
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

I.- ACUERDO DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS.

Página 1

II. LABOR DESARROLLADA POR LA COMISIÓN.

Página 3

III.- ANTECEDENTES GENERALES.

Página 4

IV.- EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS QUE CONCURRIERON A LA COMISIÓN A ENTREGAR ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA INVESTIGADO.

Página 19 la señora Directora de FONASA, doctora Jeanette Vega Morales.

Página 29 el señor Presidente de la asociación de Mutuales A.G., Ernesto Evans.

Página 53 el señor director nacional del Instituto de Seguridad Laboral, Jaccob Sandoval.

Página 66 el señor superintendente de Seguridad Social, Claudio Reyes.

Página 77 el director de Administración Delegada de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Gabriel del Río, y la coordinadora corporativa de las Divisiones con Administración Delegada de Codelco, señora Elisa Melo.

Página 88 los señores Óscar Olivos Madariaga y Alfonso Pastene, presidente y secretario de la Central Autónoma de Trabajadores, y los señores Luis Aravena Soto y Juan Pizarro, tesorero y director de la Unión Nacional de Trabajadores.

Página 93 los médicos señores Rodrigo Benavides y Andrei Tchernitchin.

Página 115 el señor Marcos Singer, académico de la Escuela de Administración de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Página 122 las señoras y los señores Narciso Cortés, director del Instituto de Salud Laboral de la Región del Biobío; Rafael Caviedes Duprá, presidente de la Asociación de Isapres de Chile A.G.; Augusto Vega y Nancy Díaz, directores laborales del Instituto de Seguridad Laboral; Victor Parra y Guillermo Vargas, directores

laborales de la Mutual de Seguridad; Elizabeth Tapia, Víctor Riveros y Freddy Fritz, directores laborales de la Asociación Chilena de Seguridad, y el médico Marcelo Córdova

Página 144 la subsecretaria de Previsión Social, señora Julia Urquieta, y la directora del Fonasa, señora Jeanette Vega.

Página 160 la ministra del Trabajo y Previsión Social, señora Ximena Rincón.

Página 172 la subsecretaria de Previsión Social, señora Julia Urquieta.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES:

Página 181

Página 193 conclusiones

Página 201 propuesta

ANEXOS

i.- Exposiciones de las y los señores usuarios.

ii.- Antecedentes aportados por las y los señores expositores.

iii.- Oficios remitidos por la Comisión y copia de las respuestas.

NOTA: Se omite la publicidad de aquellos informes o antecedentes que contienen datos sensibles relativos a particulares.