

El seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: lecciones y desafíos a 50 años de su creación.

Chilean insurance against workplace accidents and occupational diseases: lessons and challenges 50 years after its creation

Gonzalo Miranda Hiriart¹

Resumen

El sistema chileno de salud laboral sobrevivió a las enormes transformaciones que introdujo en materia de seguridad social la Dictadura Militar, y se suele presentar como un modelo a seguir en otras latitudes. En el presente artículo se expone un breve análisis de dicho sistema, comenzado por la ley del Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que le da origen, para luego evaluar la operación del sistema, a fin de identificar sus mayores fortalezas y debilidades. También se revisan algunas propuestas de cambio que han aparecido en los últimos años. Se concluye que el sistema cuenta con un alto nivel de reconocimiento y legitimidad, y que presenta un desarrollo importante en el plano curativo para las tres cuartas partes de los trabajadores que están afiliados. En contraste con la cobertura que reciben los accidentes del trabajo, presenta baja sensibilidad ante las enfermedades profesionales, además de importantes desafíos en el plano preventivo, que podrían llevar a revisar algunos supuestos sobre los cuales se construyó.

Palabras clave: Seguridad social, salud ocupacional, riesgos laborales.

Abstract

The Chilean occupational health system survived the enormous transformations introduced by the Military Dictatorship with regard to social security. This system is often suggested as a model to emulate overseas. In this article, I analyze the system, beginning with the law that regulates the Insurance against work accidents and occupational diseases which origins the system. Then, I examine its performance, and as a whole I identify its strengths and weaknesses. I also review some of the proposals of modification that have appeared in

the last years. I conclude that the system counts on a high level of recognition and legitimacy, and that it presents an important level of development at the therapeutics sphere three fourths parts of those workers who are affiliated. In contrast with the coverage given to accidents at work, the system presents low sensibility with regard to occupational diseases, on top of important challenges in the preventive sphere. These critical elements could take us to review the basic assumptions under which the system was built on.

Keywords: Social security, occupational health, occupational risks.

Introducción

En Chile, como en la mayoría de los países latinoamericanos, coexisten una diversidad de organismos y establecimientos que ofrecen atención sanitaria, con distintas fuentes de financiamiento y variedad de prestadores, que se segmentan de acuerdo con el nivel socioeconómico de los beneficiarios. Sin embargo, rara vez se toma la distancia suficiente para observar que, en la práctica, lo que hay son dos sistemas de salud paralelos, que se instituyen en torno a dos tipos de seguros: los de salud común (público y privado) y el de salud laboral. Este último, a pesar de las enormes transformaciones políticas, sociales y económicas de las últimas décadas, se ha mantenido con escasas modificaciones durante medio siglo, lo que, por lo mismo, lo convierte en una singularidad digna de estudiar. Además, a diferencia de lo que ocurre en otros países, los temas de seguridad laboral están escasamente judicializados en Chile, y esto también se debe al actual sistema.

Este artículo expone algunos resultados de un estudio que tuvo como objetivo describir y

¹Magíster en Salud Colectiva. MSc, PhD. Universidad de Los Lagos. Chile. Email: gonzalo.miranda@ulagos.cl

analizar la institucionalidad chilena encargada de velar por la salud de los trabajadores. En concreto, se presenta un análisis de la institucionalidad que comprende el seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, intentando develar las razones para su extraordinaria estabilidad, pero también, explorando sus falencias y los supuestos sobre los cuales opera.

Material y método

El estudio se realizó bajo la metodología de *estudio de caso* –específicamente, de *caso único integrado* (Yin, 1994)- que contempló análisis documental (leyes, decretos, informes y otros documentos oficiales), 23 entrevistas a expertos o informantes clave (dirigentes sindicales, representantes de las Mutuales de Empleadores, de las empresas y de las entidades estatales que participan en sistema) y dos observaciones participante, tanto al interior de un organismo administrador del seguro, como en el Ministerio de Salud.

La ley chilena de Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

En 1968, Chile se puso a la vanguardia en la región en materia de protección sanitaria de los trabajadores, al promulgar la ley 16.744, que establece un seguro obligatorio específico, distinto de otros seguros sociales (salud y jubilación), de cargo al empleador y solidario, en tanto las cotizaciones van a un régimen común y las prestaciones no se diferencian ni por ingreso ni por tipo de trabajador. Dicho seguro cubre prestaciones médicas, subsidios por incapacidad (transitoria y permanente), así como un subsidio por sobrevivencia. Además, se establecen mecanismos para la prevención de riesgos al interior de las empresas, como también, un sistema de fiscalización de los lugares de trabajo por parte de organismos estatales.

Origen y discusión de la ley

En enero de 1966 -en el marco de una reforma integral al sistema de seguridad social-,

entra a tramitación en el Congreso Nacional un nuevo proyecto sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Dicho proyecto se acompaña de un mensaje del presidente demócrata cristiano Eduardo Frei Montalva, quien expone la necesidad de avanzar hacia un seguro de carácter social, tomando como referente lo propuesto por el *Informe Beveridge*¹. En ese mismo mensaje, se señala que los organismos más idóneos para administrar el seguro que se propone crear serían las Mutualidades de Empleadores (que ya existían), argumentando para ello su “extraordinaria eficiencia”, y confiando además que en el futuro:

estos organismos, que serán administrados paritariamente por representantes de los empleadores y de los trabajadores, 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; y lo que es, también, de suma importancia, serán estructuras que introducirán un elemento humanizador en las relaciones entre el individuo y el organismo destinado a otorgarles sus prestaciones de seguridad social (Congreso Nacional, acta 5 de enero de 1966).

La Ley 16.744 fue promulgada después de dos años de tramitación. El punto más discutido fue precisamente el rol de las mutualidades privadas, y por contraparte, el papel del Estado. En 1973, a pocos años de la puesta en marcha del nuevo sistema, ocurre el Golpe Militar, y un giro en la estrategia de desarrollo nacional, que incluye una gran restricción de las políticas sociales y la participación de la empresa privada en la seguridad social.

Sin embargo, el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales se mantuvo casi intacto. El único cambio que se hizo fue

¹Se refiere a la exposición realizada por Sir William Beveridge ante el Parlamento Británico en 1942: *Social Insurance and Allied Services* y que fue uno de los pilares del Estado de Bienestar europeo

suprimir el aporte que por ley debían hacer las mutualidades al Estado. Más aún, hoy se trata de un seguro único en Chile: solidario, que no discrimina, y administrado por privados sin posibilidad de lucrar. Eso explica, en parte, que mantenga un alto nivel de reconocimiento en casi todos los actores involucrados, particularmente, en los trabajadores.

Beneficiarios

Originalmente, el Seguro fue concebido para proteger sólo a los trabajadores dependientes del sector privado. Esta cobertura, sin embargo, se fue ampliando paulatinamente a trabajadores por cuenta propia (pirquineros, taxistas, suplementeros, hípicos, pescadores artesanales, etc.), como también a funcionarios de la administración pública y de municipalidades, y a los trabajadores familiares. Para el año 2010, el Seguro alcanza a cubrir una cifra cercana al 68% de la fuerza ocupada (Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo, 2010), y para finales del 2018, al 73% de dicha fuerza de trabajo (Superintendencia de Seguridad Social, 2019).

Cobertura

Las contingencias cubiertas por el Seguro son: cualquier lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de su trabajo, o durante el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo, así como las enfermedades *causadas de manera directa* por el ejercicio de la profesión o trabajo. El Seguro otorga, además de atención médica, subsidio por incapacidad temporal, indemnización por discapacidad parcial, pensión de invalidez, y pensión de supervivencia a familiares en caso de muerte del afiliado.

La enumeración de las enfermedades profesionales se remite a un reglamento (Decreto Supremo 109), de competencia de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), el que debiese revisarse cada tres años. El DS 109, sin embargo, no tiene un carácter cerrado, en tanto se prevé la posibilidad de que el afiliado acredite ante el organismo administrador respectivo el

carácter de profesional de alguna enfermedad que no se encuentre en el listado oficial. Las controversias sobre la materia son resueltas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) servicio estatal descentralizado, creado el 1953.

Administración del seguro

La Ley 16.744 reconoce a las Mutuales de Empleadores como personas de derecho privado sin fines de lucro encargadas de administrar el Seguro. Ahora bien, se trata mucho más que de compañías aseguradoras, pues tienen que contar con servicios médicos propios y realizar actividades de prevención. La Ley también permite que empresas que cumplan con determinados requisitos puedan actuar como entidades administradoras del seguro respecto de sus propios trabajadores. Actualmente, sólo dos empresas se inscriben dentro de esta figura, denominada “administración delegada”.

En 1980, se suma el *Instituto de Normalización Previsional* (INP) como administrador público del Seguro. El año 2009, se crea el *Instituto de Salud Laboral* (ISL) que asume estas funciones, constituyéndose en la práctica en una mutualidad estatal. Si una empresa no cumple con la obligación de afiliarse a alguna mutualidad, al ser fiscalizada o en caso de que en ella se experimente algún accidente del trabajo, automáticamente se la incorpora al ISL.

Financiamiento

El financiamiento del Seguro -así como las acciones de prevención de riesgos-es de responsabilidad del empleador. Se establecen tres tipos de cotizaciones: una básica general, de aplicación uniforme para todas las empresas (0,9% de la remuneración imponible), una adicional diferenciada según el riesgo presunto o efectivo de la actividad (oscila entre un 0 y un 3,4% de las remuneraciones imponibles), y una adicional diferenciada según siniestralidad efectiva.

La ley establece un régimen solidario del reparto de los beneficios. También que el retardo

de la entidad empleadora en el pago de las cotizaciones, así como el incumplimiento de afiliación de parte de un empleador, no impide el recibir prestaciones -médicas y financieras- por parte del trabajador, ni exime al organismo administrador de otorgarle la totalidad de éstas (Ministerio del Trabajo – OIT, 2001).

Dimensión preventiva del seguro

El Título VII de la Ley se refiere a la prevención de riesgos profesionales. En éste se determinan los organismos responsables de la vigilancia y la fiscalización de la prevención así como las obligaciones de parte de los empleadores. Se definen también los instrumentos de prevención de riesgos que deben existir en las empresas: Reglamentos de Higiene y Seguridad; Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, en caso de contar con más de 25 trabajadores; y, Departamentos Profesionales de Prevención de Riesgos, en caso de contar con más de 100 trabajadores.

La competencia general en materia de supervigilancia y fiscalización de los sitios de trabajo se le asigna al Servicio Nacional de Salud, y posteriormente a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIs) de Salud. Ello no obsta a que, mediante disposiciones legales particulares, se otorguen facultades tanto normativas como de inspección a otros entes públicos.

Análisis del sistema de seguridad y salud laboral chileno: resultados

Es complejo tratar de evaluar los rendimientos del sistema de salud laboral y poder cuantificar su funcionamiento y sus efectos. Sin embargo, es posible recopilar algunos datos, particularmente a partir de los registros de la SUSESO, que son interesantes al momento de analizar el sistema. En primer lugar, es importante descomponer la población afiliada al Seguro; el 87% de los trabajadores afiliados al Seguro está adscrito a una mutualidad de empleadores (Asociación Chilena de Seguridad: 42%, Mutual de

Seguridad C.Ch.C: 35%, e Instituto de Seguridad Laboral: 10%), y sólo el 13% al ISL. Proporcionalmente, las empresas de mayor tamaño están afiliadas al sistema de mutualidades, mientras las empresas pequeñas cotizan en el ISL; y lo que es más notorio, el ingreso promedio de los trabajadores adscritos al ISL es de \$ 494.796, mientras que el ingreso promedio de aquellos cubiertos por las mutualidades es de \$ 735.183 (SUSESO, 2018).

En las empresas con menos de 25 trabajadores la tasa adicional es de un 1,17%, mientras en las empresas con más de 1.000 trabajadores esta sólo llega a 0,4%. Por otra parte, existen diferencias interesantes de lo que se cotiza por rubro, siendo las empresas de servicios las que menos pagan, mientras transporte, construcción y pesca son las que más pagan por el Seguro. Es decir, las pequeñas empresas y de ciertos rubros son las que más pagan. Eso es coherente con las estadísticas de accidentes. Habría que ver si esta relación se mantiene al momento de contar con estadísticas más precisas sobre las enfermedades profesionales, en particular, osteomusculares y mentales.

Aun cuando existen algunas dudas sobre las estadísticas de accidentes, su tendencia decreciente es el argumento más frecuentemente esgrimido en defensa del actual sistema. De hecho, los accidentes en el trabajo han disminuido a casi la mitad en la última década (no así los accidentes de trayecto). Sin embargo, esto también puede ser explicado, en parte, por los cambios que ha experimentado la economía y por lo mismo, es muy difícil poder estimar la contribución efectiva del sistema en esta disminución. Y aunque la cantidad de accidentes haya disminuido, no lo han hecho los accidentes fatales. Salvo en la minería, rubro donde se observa una sostenida disminución de fallecidos, en el resto de las actividades productivas, las tasas son más o menos las mismas. Por otra parte, la cantidad de días no trabajados por accidente ha aumentado en todos los sectores económicos. Como consecuencia de accidentes del trabajo, el 2006 se perdían en Chile 13 días por accidentes, mientras que el 2017, por cada

accidente se pierden 20 días. Las licencias médicas, en general, han aumentado en cantidad y extensión en Chile, lo que posiblemente se deba más a su uso para compensar vacíos en la protección social que a un aumento en la gravedad de los cuadros clínicos.

El caso de las enfermedades laborales es mucho más complejo de analizar, y se trata de uno de los puntos clave para considerar el futuro del sistema. Las cifras que maneja la SUSESO son del orden de 4.000 a 5.000 casos tratados en el 2010, mientras que el 2017 ingresaron 8.942 al sistema. Sin embargo, esa cifra representa sólo el 14% de las denuncias por presunta enfermedad profesional, proporción que no ha variado en el tiempo. Cabe señalar que una estimación hecha por la propia Asociación Chilena de Seguridad hace una década, a partir de parámetros internacionales y cálculos que los mismos autores del estudio consideran conservadores, concluye que en Chile el sistema registra apenas un 5% de las enfermedades profesionales. Más aún, que el 96,6% de las muertes atribuibles a enfermedades laborales en Chile no se reconocen como tales (Concha & Labbé, 2007). Esto es un asunto de gran importancia, pues revelaría que la institucionalidad es escasamente sensible a las enfermedades de origen ocupacional.

Gran parte de la legitimidad alcanzada por el sistema de salud laboral, se produce porque las Mutuales han desarrollado una capacidad asistencial y hospitalaria significativa y de mejor calidad que la red pública de salud. Además, los beneficios asociados al Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales son

superiores a los de los seguros de salud común. Entre otras cosas, los servicios vinculados al primero son parejos y no tienen costo alguno para el usuario. Esto hace que los organismos administradores del seguro laboral sostengan una actitud defensiva, y generen importantes filtros de ingreso, bajo el argumento que estas diferencias funcionan en sí mismas como un incentivo para intentar beneficiarse del sistema. Por otra parte, los administradores del seguro de salud común (Fondo Nacional de Salud de carácter público: FONASA, e Instituciones privadas de Salud Previsional, ISAPREs), señalan que el desconocimiento y falta de sensibilidad del gremio médico hacia la salud ocupacional, más el incentivo que significa retener un paciente para los tratantes privados, sumados a la discrecionalidad de los administradores del seguro laboral (que son los que en definitiva califican como ocupacional o no un trastorno), los perjudica, y que ellos estarían subvencionando al sistema de salud laboral.

Esto genera recelo y confrontaciones, particularmente entre ISAPREs y Mutuales. De hecho, la Asociación de ISAPREs encargó el año 2010 un estudio (Bitrán y Asociados, 2011) que permitiera estimar el porcentaje de casos atendidos como de salud común y que corresponderían a enfermedades profesionales, dentro de ciertos diagnósticos. De este modo, se seleccionó un subconjunto de enfermedades en base a criterios de frecuencia (trastornos mentales, trastornos osteomusculares y trastornos de columna), y se sometió a peritaje de médicos independientes a 158 casos que se encontraban con licencia médica y recibiendo tratamiento por alguna ISAPRE. Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de enfermedades comunes periciadas

Conclusión	S. Mental	Osteomusculares	Columna	Total
Claramente laboral	19	34	8	61
Sugerente laboral	7	2	8	17
No concluyente	3	1	1	5
Enfermedad común	26	23	26	75
Total	55	40	63	158
% Casos laborales	34,5	56,7	18,6	38,6

Fuente: Bitrán y Asociados, 2011

Estos datos sugieren que existe un margen demasiado difuso al momento de determinar la *causalidad directa del trabajo*, aspecto exigido por la Ley para calificar una enfermedad como profesional. Sobre todo, cuando son los mismos organismos administradores del seguro los encargados de determinar la calidad de laboral o común de un trastorno.

En lo que se refiere a la prevención, no se puede desconocer el importante papel que los organismos administradores han ocupado en la generación de una cultura preventiva al interior de las empresas chilenas, en especial, en la adopción de medidas tendientes a evitar accidentes. Sin embargo, el gasto destinado a este ítem en las mutuales, no alcanza al 16% del ingreso, y el caso del ISL, no llega al 8%. Sin duda, es muy difícil cuantificar un gasto mínimo necesario, toda vez que la efectividad de las acciones en prevención es difícil de estimar.

Sólo existen cifras de cantidad de trabajadores que han participado en cursos de capacitación –sin que existan mediciones del impacto de dicha participación–, lo que hace pensar que se entiende la prevención fundamentalmente como una actividad educativa, y de responsabilidad del individuo.

Si bien, la Ley no es clara sobre el rol que les cabe a las mutualidades como supervisoras de las organizaciones adscritas, éstas pueden prescribir medidas a las empresas, así como aplicar multas e incrementos de la cotización. Ahora bien, la relación que se establece es más bien la de un prestador de servicios con un cliente, lo cual muchas veces inhibe la posibilidad de asumir un papel decisivo en materia de prevención al interior de la empresa. Eso se complementa con la dispersión que se observa en esta materia por parte del Estado.

Existe una multiplicidad de entes reguladores y fiscalizadores, que desde su propia óptica sectorial, emiten resoluciones, decretos y normas sobre seguridad y salud, lo que genera una

enorme difusión de la responsabilidad (Cifuentes, 2011; Vargas, 2014).

Por otra parte, los Comités Paritarios parecen ser muchas veces algo que existe como una mera formalidad, siendo poco efectivos a la hora de proponer y supervisar la implementación de estrategias de seguridad y salud en el trabajo en la empresa. Y los Departamentos de Prevención de Riesgos muchas veces están relegados a un plano secundario dentro de la jerarquía organizacional, particularmente en las empresas de tamaño mediano.

¿Y qué ocurre con los trabajadores? Cabe recordar que en el espíritu de la Ley, los organismos administradores deberían llegar a convertirse en “pueblo organizado”.

De hecho, en los directorios hay presencia de los trabajadores. Sin embargo, el Plan Laboral de 1979, excluye materias de salud y seguridad de las agendas sindicales. Y a pesar que, con el retorno a la democracia, la ley autoriza que estos temas sean tratados por los sindicatos, la baja tasa de sindicalización y de negociación colectiva, más la creciente inserción endeble al mercado laboral, la tercerización y precarización de las condiciones laborales, hacen que estos sean escasamente partícipes del sistema.

Es decir, en este plano se advierte un desfase entre el sistema de salud ocupacional y el mercado laboral contemporáneo.

El Estado, por su parte, se mantuvo relativamente ajeno al sistema durante décadas. Recién el 2004 se crea el Departamento de Salud Ocupacional en el Ministerio de Salud, y se asigna a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud las encargadas de fiscalizar, tanto las normas de seguridad y salud en el trabajo dictadas por el Ministerio de Salud al interior de las empresas, como también, las instalaciones médicas de los organismos administradores del seguro.

Por su parte, la Dirección del Trabajo (DT) fiscaliza las normas laborales, incluyendo las de

SST al interior de las empresas. La SUSESO, por su parte, fiscaliza la labor de las empresas administradoras del Seguro en tanto tales. Además, existen una serie de otras instancias gubernamentales que deberían ejercer labores inspectivas en sus respectivos ámbitos: La Secretaría de Electricidad y Combustibles (SEC), el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), el Servicio Nacional de Geología y Minería (SERNAGEOMIN), la Subsecretaría de Transporte, la Dirección General de Territorio Marítimo y Marina Mercante (DIRECTEMAR) y la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).

Así se ha ido generando un panorama diverso respecto de las instituciones gubernamentales con facultades regulatorias en el campo de la seguridad y la salud laboral. De hecho, al interior del Ministerio de Salud, además del Departamento de Salud Ocupacional (DSO), existe el Instituto de Salud Pública (ISP) -además de otras reparticiones y/o programa específicos- que puede normar sobre los lugares de trabajo. El Ministerio del Trabajo, incluyendo la misma SUSESO, también cumple un rol normativo importante. Pero otros ministerios, como Vivienda y Urbanismo, Energía, y el Ministerio de Defensa, también inciden en las reglas con las que opera el sistema.

De este modo, las normas involucradas en la prevención de riesgos laborales, ya sea leyes, decretos, resoluciones, etc. sobrepasan la centena, sin que exista necesariamente coordinación entre éstas.

Más aún, se observa la tendencia a competir y a desautorizarse entre los ministerios de Salud y del Trabajo. Los representantes de Ministerio del Trabajo opinan que Salud está sobrepasado, y que todo aquello relativo a seguridad y salud laboral debiese radicarse en el Ministerio del Trabajo.

Por su parte, quienes representan al Ministerio de Salud, que además, son más críticos del sistema de salud laboral en su conjunto, opinan que el Ministerio del Trabajo bloquea sus iniciativas. Se aprecia, también, cierta desconfianza entre los organismos estatales y las mutualidades.

Ahora bien, es interesante que al interior de las mutualidades hay diferencias entre quienes están a cargo de la administración del Seguro, y quienes prestan servicios, particularmente profesionales de la salud. Mientras los directivos -y los empresarios- no perciben como necesaria una mayor regulación del sistema, a través de las entrevistas y de las experiencias de observación participante, se pudo constatar que quienes se desempeñan como prestadores al interior de las mutualidades desearían un papel rector más claro del Estado, y se muestran más abiertos a que haya modificaciones al sistema.

Cuando el sistema acaba de cumplir cincuenta años, entonces, es posible constatar que aún existe sobre un cuarto de los trabajadores desprotegidos; que las mutualidades - particularmente dos de las tres existentes- cubren por sí mismas a algo más de la mitad de la fuerza laboral, y que el Estado debe hacerse cargo de los trabajadores más vulnerables.

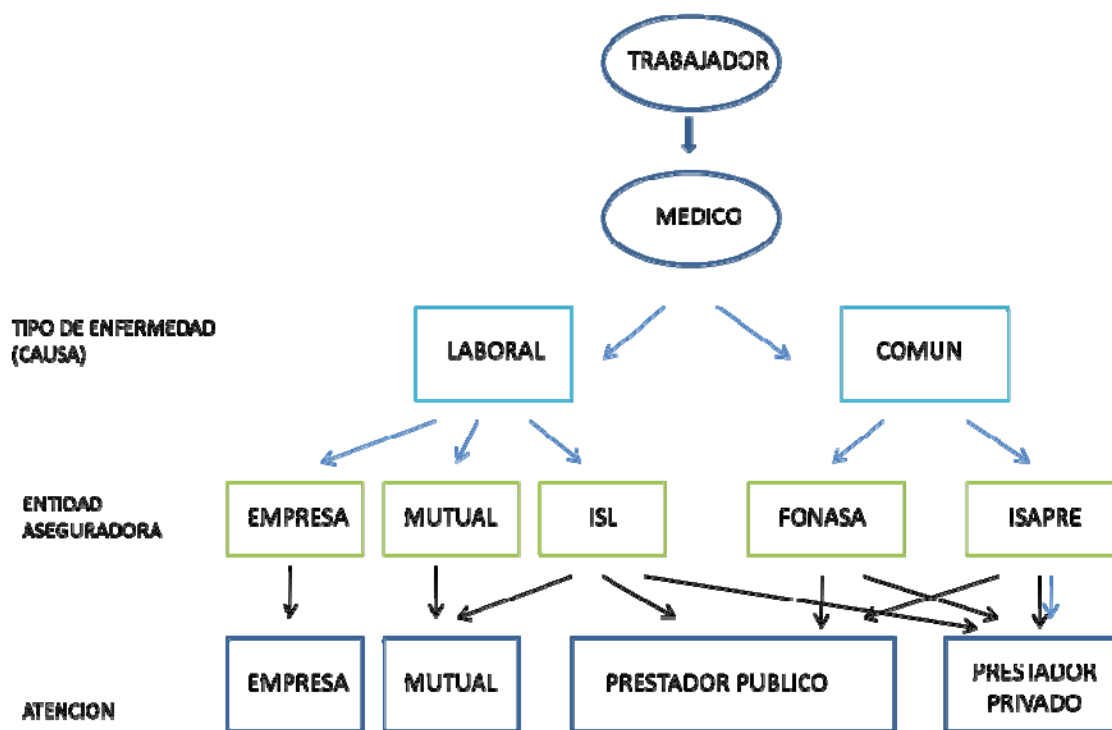
Es decir, se replica aquello que ocurre en otras áreas, en tanto la iniciativa privada sólo se hace cargo de aquellos segmentos de la población atractivos económicamente y con menor riesgo, lo que finalmente reproduce las desigualdades sociales.

Se constata, también, que la cotización se ha ido diferenciando con los años fundamentalmente en relación al riesgo presunto de accidentabilidad. Por lo mismo, el Seguro castiga a las empresas pequeñas, las que a su vez, suelen no contar con los mecanismos preventivos que provee la Ley, lo que genera un círculo vicioso. Y lo que es quizás más llamativo, la prevención aparece como una actividad secundaria, a la cual se destinan recursos escasos comparados aquellos destinados a las prestaciones médicas y pecuniarias.

La relación clientelar entre mutualidades y empresas, más la dispersión y escasa capacidad de los agentes del Estado para fiscalizar a las empresas, entorpece la labor preventiva.

Por último, y algo no menor, no hay que pasar por alto la disputa más o menos solapada que existe entre los actores del sistema de salud laboral, y los del sistema de “salud común” (Ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de los sistemas de salud chilenos



Fuente: Elaboración propia, 2012

Propuestas de cambio

Recién el 2010, el sistema de salud laboral saltó a la discusión política a raíz del accidente de la Mina San José². A raíz de éste, el presidente Sebastián Piñera estableció la *Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo*, que planteó la necesidad de revisar y actualizar el diseño del sistema.

Dicha Comisión propuso la creación de una Política Nacional Integrada, y en ese marco, ratificar el Convenio 187 de la OIT, lo que

² El 5 de agosto de 2010, producto de un derrumbe, 33 mineros quedaron atrapados a más de 700 metros de profundidad en la Mina San José, ubicada al noroeste de la ciudad de Copiapó, III Región. Todo lo relativo al accidente (la espera de los familiares, la noticia de que estaban vivos, los intentos de rescate y el rescate final de todos) tuvo una extensa cobertura mediática a nivel nacional como internacional.

efectivamente se hizo el 2011. Respecto de las Mutualidades, señala que hay ciertos problemas que es necesario corregir: falta de incentivos para afiliar empresas de menor tamaño, inversión excesiva en instalaciones hospitalarias, lo que les restaría flexibilidad, y que la cobertura de los esfuerzos preventivos sería insuficiente y se concentra en las grandes empresas. La solución que propuso a dichos problemas fue la clásica estrategia neoliberal, es decir abrir el Seguro a las compañías con fines de lucro, de modo de aumentar la competencia, y establecer los incentivos adecuados. Propuso también separar las funciones administrativas de las prestaciones curativas –para lo cual las Mutuales deberían transferir sus activos en salud- y de las preventivas.

En ninguna parte se explica eso sí, como se haría para sostener el carácter solidario del Seguro y no agravar la actual relación clientelar de las

empresas adheridas con las instituciones aseguradoras.

Tres años después, ingresó al Congreso Nacional un proyecto de ley que buscaba modernizar el sistema (Ministerio del Trabajo, 2013). Sin embargo, este no proponía cambios profundos al mismo, y sólo busca destrabar algunas dificultades en su operación.

Entre otras cosas, propone fortalecer el papel del ISL, terminando con las transferencias de fondos hacia otros programas y reparticiones del Estado. Respecto de las Mutualidades, buscaba aumentar los fondos de reserva para hacer frente a imprevistos, hacer algunos ajustes a la forma como se calculan las pensiones, y facultar más decididamente a los organismos administradores para evaluar y reevaluar las incapacidades temporales y permanentes.

En el plano de la prevención, se buscaba facilitar la investigación de los accidentes laborales, así como la capacitación de los trabajadores en materia de seguridad laboral. En el caso de empresas con entre 10 y 25 trabajadores, propuso que sea un individuo quien asuma las tareas del Comité Paritario. Se proponía fomentar la autoevaluación de las empresas, y el uso de mapas de riesgos y sistemas de vigilancia. Lo más concreto del proyecto, y lo más relevante también, era que creaba un sistema de información integrado de salud y seguridad en el trabajo. Pero siempre pensado en ajustes menores, y bastante más tímidos de lo que propuso la Comisión en su momento.

Posteriormente, se ha visto un mayor protagonismo de la SUSESO, que a través de una serie de circulares, aclara y especifica algunas materias concretas. Eso hasta que en marzo de 2018, se promulga el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ministerio del Trabajo 2018), el cual, siguiendo la tónica, ordena algunos aspectos del sistema, y especifica una serie de materias respecto de los trabajadores independientes. Pero a medio siglo de existencia,

no introduce ningún cambio sustantivo en la operatoria del Seguro.

Discusión y conclusiones

El Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales es una de las instituciones de la seguridad social chilena que cuenta con los mayores niveles de legitimidad; se sostiene en una ley que aún es percibida como justa y beneficiosa por los trabajadores, y se valora el que haya permitido el desarrollo de una capacidad asistencial de alto nivel. Probablemente, el secreto para su permanencia en el tiempo es que se trata de un marco legal que entrega gran protagonismo a los privados, lo que explica que el Gobierno Militar apenas haya intervenido.

Por otra parte, se trata de un resabio de tiempos donde era posible que los privados administraran un seguro social, con carácter solidario, sin aspirar al lucro, cuestión que parece imposible en el Chile de hoy. Eso explicaría que los gobiernos progresistas tampoco hayan intervenido sólo indirectamente el sistema.

En su tiempo, los legisladores concebían a las Mutualidades de Empleadores como cuerpos sociales intermedios, de carácter comunitario – incluso agentes de desarrollo comunitario- y popular. Evidentemente hoy no lo son, y los trabajadores son beneficiarios pasivos y no protagonistas del sistema. Ninguna de las propuestas de la Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo, ni de los proyectos posteriores, recoge ese interés de los legisladores. Pero no hay que olvidar que la Ley 16.744 fue elaborada y aprobada bajo los parámetros de un modelo de desarrollo que ya no existe, como parte de un proyecto social cristiano, y en el marco del capitalismo industrial.

El Estado de Chile aún hoy, carece de una política integrada de seguridad y salud laboral. En parte, se debe a que el sistema sigue funcionando. Mirando en perspectiva, sin embargo, queda claro que el marco normativo se consolidó fundamentalmente durante la Dictadura Militar, lo

que significó una escasa participación de los trabajadores en el sistema, y un alejamiento casi absoluto del Estado. Eso trajo como consecuencia que se confunda salud laboral con lo que se hace al interior de las Mutualidades de Empleadores. O dicho de otro modo, la salud laboral en Chile está reducida a la operación del Seguro, lo cual ha generado cierta inercia y resistencias para concebir estrategias o acciones de salud que trasciendan ese marco.

De todos modos, el sistema deja aún a un 25% de los trabajadores fuera de su cobertura, y la alternativa estatal -el ISL- tiende a reproducir las desigualdades sociales al hacerse cargo de las empresas y personas poco atractivas para las mutualidades.

Hay que reconocer que las mutualidades han desplegado de manera autónoma una red de prestadores especializada y de buena calidad, pero con importantes barreras de entrada. Y si se observa el sistema en su conjunto, se puede ver que responde, fundamentalmente, ante los accidentes del trabajo. Su efectividad en lo que la Ley misma define como enfermedades profesionales es dudosa. Como ya se dijo, el sistema de salud chileno comporta dos subsistemas autónomos, distintos y desiguales: uno común y uno laboral, que no sólo no se integran, sino que desconfían el uno del otro. Es decir, no son subsistemas complementarios.

Eso trae como consecuencia la necesidad de disociar al trabajador del sujeto común, lo que muchas veces se transforma en una controversia que sólo afecta a la persona enferma. Hasta ahora, nadie se hace cargo a cabalidad de este problema. Y es que finalmente, no se cuestiona el paradigma en el que se sustentan ambos sistemas. Dicho paradigma lleva en su interior el supuesto de la especificidad etiológica -la búsqueda del “agente causal” único-, que hoy por hoy es difícil de sustentar.

Por otra parte, y como se ha visto en las páginas anteriores, el sistema chileno tiene un desafío pendiente en materia de prevención. La mayor parte del gasto, de la capacidad instalada y

del conocimiento de las mutualidades está en la atención médica. El gasto en prevención es exiguo, y lo que se entiende y se practica como prevención (uso de elementos de protección y capacitación) es muy limitado y de efectividad dudosa en el campo de las enfermedades.

Además, los mecanismos que provee la Ley (Departamentos de Prevención, Comités Paritarios y Reglamentos de Higiene y Seguridad) están pensados para medianas y grandes empresas, las cuales emplean a una minoría de trabajadores. Y aún en las grandes empresas, es difícil saber cuán efectivos son. Todo eso lleva a pensar que no basta con hacer más de lo que se hace hoy en materia preventiva, cuestión que recogen sólo tímidamente las reformas de la última década.

A esto hay que agregar que el creciente control de agentes químicos y físicos, así como el aumento sostenido de trabajadores en los ámbitos del comercio y los servicios, relevan una nueva generación de riesgos, llamados “psicosociales” (OIT, 2010) que desafían aún más a la institucionalidad, y dejan en evidencia la necesidad de repensar no sólo los mecanismos de prevención, sino el enfoque mismo con el que ésta se hace. El modelo de riesgos ambientales se muestra cada vez más limitado ante las nuevas evidencias.

De hecho, hace ya tiempo que la Unión Europea (2004) sugiere a los empleadores planificar la prevención de problemas de salud examinando globalmente y de manera integrada al trabajo mismo: además de la relación entre el hombre y la tecnología y las condiciones ambientales, atendiendo a la organización y condiciones de trabajo, y a las relaciones sociales al interior de la organización.

Es decir, ya no es posible separar la protección sanitaria de las políticas laborales y de la gestión, lo cual implica terminar con el divorcio entre prevención de riesgos y materias como organización del trabajo, liderazgo, cultura, clima y desarrollo organizacional.

Los sistemas de salud de los trabajadores como el chileno, que suponen que las

enfermedades son el desenlace directo de un agente causal único, se sustentan en un paradigma ambiental (Miranda, 2017), y la tajante división entre lo exógeno (precisamente el agente, que debe estar en una determinada concentración en el ambiente laboral) y lo endógeno (aquello propio del individuo).

La necesidad de transparentar el acceso a los servicios de salud ocupacional debe necesariamente pasar por una discusión sobre la causalidad, pues es cada vez más difícil e improbable encontrar una causa única y suficiente para muchas de las enfermedades contemporáneas.

En suma, la extraordinaria estabilidad del sistema es explicable porque en el Chile de hoy

podría ser considerado un vestigio de tiempos donde la seguridad social era menos esquiva e individualista por los trabajadores, y que además, deja tranquilos a los empresarios pues no hay mayor injerencia del Estado. No se puede desconocer, también, que el sistema responde de manera eficiente y con calidad ante los accidentes laborales.

Sin embargo, una mirada de futuro implicaría necesariamente discutir sobre el paradigma que sustenta la institucionalidad, donde los riesgos se evalúan separadamente del trabajo mismo y de su organización, y llegar a acuerdos desde una mirada global sobre la protección sanitaria de las personas, que a la par son trabajadores.

Referencias Bibliográficas

- Bitrán y Asociados. (2011). *Análisis de la situación de las enfermedades laborales en Chile y sus repercusiones en el Sistema Isapre*. Santiago: Isapres de Chile.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2018). Aprueba compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la ley n° 16.744, deroga y declara inaplicables circulares que indica. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1116045>.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social – OIT. (2001). *Perfil Diagnóstico sobre la Institucionalidad de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Programa Internacional de la OIT sobre Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, Santiago.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2013). Proyecto de ley que moderniza el sistema de seguridad laboral y modifica el seguro social contra riesgos por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Santiago.
- Cifuentes, H. (2011). Los riesgos del trabajo y su prevención: camino a una reforma. *Revista Laboral Chilena* 4, 13 - 18.
- Concha, M. & Labbe, J. (2007). Enfermedades Profesionales: una aproximación a su frecuencia. *Ciencia & Trabajo*, 9(25), 117 – 120
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M. & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo. (2010). *Informe Final*. Santiago. Recuperado de <http://www.previsionsocial.gob.cl/cst/wp-content/uploads/downloads/2010/12/Informe-Final-CST.pdf>.
- Congreso Nacional. (1966). Mensaje de S.E. el Presidente de la República a la Cámara de Diputados. Acta sesión ordinaria N° 40, miércoles 5 de enero.

- European Union. (2004). *Framework agreement on work-related stress*. Bruselas. Recuperado de: http://www.etuc.org/IMG/pdf_Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf.
- Miranda, G. (2017). Cuestiones preliminares a la discusión de una política de protección de la salud mental de los trabajadores: reflexiones a partir del caso chileno. En H. Foladori & P. Guerrero (Eds.), *Malestar en el trabajo: desarrollo e intervención*. Santiago: LOM Ediciones.
- OIT (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2018). *Informe anual: estadísticas de Seguridad Social*. Recuperado de: <http://www.suseso.cl/607/w3-article-496701.html>
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2019). *Panorama mensual Seguridad y Salud en el Trabajo, enero 2019*. Recuperado de: <file:///C:/Users/gamir/Downloads/Panorama%20Mensual%20Seguridad%20y%20Salud%20en%20el%20Trabajo%20enero%202019.pdf>
- Vargas, C. (2014). Reformas al sistema chileno de seguridad y salud en el trabajo (SST). *Rev Chil Salud Pública* 18(1), 19 – 24.
- Yin R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods* (2ª Ed). ThousandOaks, CA: SAGE.

Fecha de recepción: 7 de febrero de 2019
Fecha de aceptación: 5 de abril de 2019