



Propuesta de Reforma de Mutuales en Chile: Análisis Crítico

Alumna: Paula González Bugueño

Tutor: Roberto Mateos Alonso

Madrid, julio 2023

Glosario

SUSESO	Superintendencia de Seguridad Social
DIEP	Denuncia individual de enfermedad profesional
ACHS	Asociación Chilena de Seguridad Mutua de Seguridad
MUSEG	Mutual de Seguridad
ISL	Instituto de Seguridad Laboral
CODELCO	Corporación Nacional del Cobre
UC	Universidad Católica
AT	Accidentes del Trabajo
EP	Enfermedades Profesionales
SNS	Servicio Nacional de Salud
SSS	Servicio del Seguro Social
SOFOFA	Sociedad de Fomento Fabril
FONASA	Fondo Nacional de Salud
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
OIT	Organización Internacional del Trabajo
MINTRAB	Ministerio del Trabajo
MINSAL	Ministerio de Salud
DT	Dirección del Trabajo
SEREMI	Secretaria Regional Ministerial
COMPIN	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
COMERE	Comisión Médica de Reclamos
SERNAGEOMIN	Servicio Nacional de Geología y Minería
DIRECTEMAR	Dirección General del Territorio Marítimo y de Marina Mercante
SAG	Servicio Agrícola y Ganadero
SEC	Superintendencia de Electricidad y Combustible
TMERT	Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo
OAL	Organismo Administrador de la Ley N° 16744.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OISS	Organización Iberoamericana de la Seguridad Social

Resumen

En el presente trabajo se aborda la problemática de la creación de un ente externo para la calificación de enfermedades profesionales en Chile y los puntos críticos que inciden en la forma de realizar estas calificaciones.

Se presentan antecedentes históricos del Sistema de Seguridad Social laboral en Chile.

Se explica la conformación de los Sistemas de Salud en Chile, la división entre sistema de salud laboral y común y sus financiamientos, el rol de las mutualidades para la Seguridad Social y el cuestionamiento en torno a que administran el dinero correspondiente a la Ley N° 16.774 entregando prestaciones médicas y a su vez determinan el número de personas que reciben estas prestaciones. Se muestran estadísticas en las Américas en torno a enfermedades profesionales y por qué estas enfermedades se consideran en la actualidad una epidemia silenciosa, proceso de calificación de enfermedades profesionales, protocolos de calificación, y estadísticas de enfermedades profesionales en Chile.

Posteriormente se reflexiona en torno a los siguientes puntos de interés: recomendaciones de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, la medicina del trabajo en Chile y su incipiente desarrollo, la estimación de comités necesarios para calificar y su alto costo aproximado, la definición de enfermedad profesional según la Ley N°16.744 y cómo esta definición alude a un mecanismo monocausal que ya ha quedado obsoleto, para finalizar con el alto porcentaje de denuncias de enfermedades profesionales en Chile que son rechazadas y reflexiones en relación a este hecho.

Indice

1. Introducción	4
2. Contexto	7
2.1. Breve historia la Salud Ocupacional como parte de la Seguridad Social en Chile	7
2.2. Los sistemas de salud en Chile y su interacción	9
2.3. Las mutualidades y su rol en la Seguridad Social	11
2.4. Las enfermedades profesionales en las Américas	12
2.5. Calificación de Enfermedades Profesionales y Protocolos de Calificación	14
2.6. Estadísticas de Enfermedades Profesionales	18
3. Puntos relevantes para considerar	21
3.1. La Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (PNSST)	21
3.2. Los diversos actores institucionales públicos y privados	23
3.3. La relación administrador-prestador de servicios en las mutualidades	24
3.4. La medicina del trabajo en Chile	25
3.5. Estimación de número de comités y costo	27
3.6. La definición de Enfermedad Profesional de la Ley N° 16.744	30
3.7. La importancia de coordinar las normas y acciones	30
3.8. El listado de enfermedades profesionales	32
3.9. Las denuncias de enfermedades profesionales y la implementación de los protocolos de calificación	36
4. Conclusiones	42
5. Sugerencias	46

1. Introducción

En Chile, la demanda histórica de diversos gremios de trabajadores es el rechazo a los requerimientos que ellos presentan como presuntas enfermedades profesionales (EP), que finalmente terminan siendo calificadas como enfermedades de origen común y que al entender de los trabajadores son rechazadas sin mayor fundamento (Garcés, 2023; Indey, 2023).

La Ley N° 16.744 rige las normas con relación a los accidentes y enfermedades profesionales.

El Artículo 7° establece que – *“Es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”* (Ley N°16.744, 1968).

Por su parte el Título III, de la ley antes citada, menciona en su Artículo 8.- *“La administración del seguro estará a cargo del Instituto de Seguridad Laboral o de las mutualidades de empleadores, según corresponda, en adelante denominados los organismos administradores”* (Ley N°16.744, 1968).

La Superintendencia de Seguridad Social es un organismo autónomo del Estado, cuya labor es fiscalizar el cumplimiento de la normativa de seguridad social y específicamente de la Ley de Accidentes y Enfermedades Profesionales, así como garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023d).

El Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en su TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales establece que:

“Son los diferentes organismos administradores del seguro la ley 16.744 y administradores delegados los encargados de calificar las denuncias individuales de

enfermedad profesional (DIEP) como de origen laboral o de origen común” (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023e).

Los organismos administradores del Seguro de la ley 16.744 son Instituciones de derecho privado, sin fines de lucro, que tienen la misión de proporcionar las prestaciones de la Ley N° 16.744 y administrar el seguro que establece dicha normativa (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023j). Las empresas que conforman los llamados Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 son Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad (MUSEG), Instituto de Seguridad Laboral (ISL) e Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). A los anteriores, deben agregarse las empresas con administración delegada, Corporación Nacional del Cobre (CODELCO) y Universidad Católica (UC) que están facultadas para cumplir la misma función sólo con relación a los trabajadores que están contratados por ellas.

Las estadísticas de SUSESO evidencian que sólo un 9 % de las DIEP que se presentan a los organismos administradores y administradores delegados de la Ley N° 16.744 terminan siendo calificados como enfermedad profesional (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2022).

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, con su Departamento Contencioso Administrativo, es la encargada de responder a las apelaciones que realizan los trabajadores ante la Autoridad, apelaciones que se presentan en torno a las calificaciones que realizan los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023i).

La estadística interna de SUSESO indica que en el 16% de los casos apelados en dicha institución son revertidos, es decir, si fueron calificados como enfermedad común son calificados como laboral, y viceversa. En un 84% de los casos el criterio de dicho departamento es acorde a la calificación entregada por los Organismos mencionados (Rivas, 2023).

Por su parte los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16744 permanentemente son cuestionados por las personas, por las calificaciones que realizan, lo que implica un alto riesgo reputacional para dichas Instituciones, que incluso se vio

materializado en graves ataques directos a las oficinas donde funcionan dichas empresas, durante el estallido social de Chile, posterior a octubre de 2019 (El Mostrador, 2019; Novoa, 2020).

Recientemente, la Ministra del Trabajo, Jeannette Jara, perteneciente a la Administración del Presidente socialdemócrata Gabriel Boric, ha establecido como una de las prioridades de su agenda 2023 la creación de un comité técnico externo a los OAL y Organismos de Administración Delegada que calificaría el origen de las enfermedades aducidas por los trabajadores del país, como profesionales o no (Cooperativa.cl, 2023).

Este organismo pretende entregar mayor certeza a los trabajadores en relación con la calificación de sus patologías.

En palabras de la Ministra *“Vamos a proponer una calificación independiente de la que hoy hacen las mutuales, porque las mutuales -junto con calificar al trabajador- además le tienen que realizar la prestación médica; entonces se confluyen funciones que es mejor tener independientes”* (León, 2022).

Según lo indicado por la Superintendente de Seguridad Social Pamela Gana: *“En el segundo Gobierno de Michelle Bachelet, uno de los temas que se abordó en la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo fue por qué había tan baja calificación de enfermedades de origen laboral por parte de las mutuales. Antes de la pandemia, era en torno a 15%”* (León, 2023).

“Lo que uno escucha, es que la mutualidad en esto es juez y parte, en el sentido de que hace todo el proceso de evaluación y calificación, pero tiene que dar la cobertura de las prestaciones, y además les cobra a las empresas”.

Ante esta propuesta de la Autoridad surgen una multiplicidad de inquietudes:

¿Cuáles serían los lineamientos de gestión de este organismo? ¿Quién/quienes lo fiscalizarían? ¿Qué costos implicaría su funcionamiento? ¿Será capaz de mantener la eficiencia en la gestión requerida? ¿Será realmente útil para mejorar y eventualmente aumentar el

porcentaje de patologías que se califican como laborales? ¿Existen las competencias técnicas en el país para llevar adelante este proyecto? ¿Qué riesgo y qué costos implicaría?

Este trabajo presenta una explicación del contexto en que se desarrolla este proyecto, puntos focales de atención fundamentados en evidencia que se deben considerar y exhibe una propuesta con lineamientos generales de cómo debería conformarse dicha instancia de calificación independiente, con el objetivo de aportar con información a los tomadores de decisiones.

2. Contexto

2.1. Breve historia la Salud Ocupacional como parte de la Seguridad Social en Chile

A finales del siglo XIX en Chile, de la mano con la industrialización mundial se comenzó a vivir una fuerte migración de las personas desde localidades rurales a centro urbanos. Por su parte el auge de la explotación del salitre (1880) provocó un acelerado crecimiento económico y social, lo que vino aparejado de trabajadores que se vieron sometidos a extensas jornadas de trabajo, a vivir en hacinamiento, trabajo pesado, escasa dignidad en el trabajo, pagos injustos, inflación, esto condujo a los trabajadores a exigir mejores condiciones para ellos y sus familias. A su vez estos trabajadores se veían enfrentados a una clase política oligárquica y ciega a sus necesidades. Surgió así en Chile la llamada “Cuestión Social”, momento en que se comenzaron a vivir multitudinarias protestas y paralizaciones exigiendo mejores condiciones laborales y de vida (Biblioteca Nacional de Chile, 2023).

La protección frente a las Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo se inició en Chile, al igual que en el resto de los países de América Latina como fruto del empuje de la llamada “Cuestión Social”

Los avances en materia laboral estuvieron marcados por la tensión entre los trabajadores y los patrones, y por constantes movimientos sociales que comenzaron a impulsar las legislaciones que repercutieron en mejoras en las condiciones laborales (Vargas, 2015).

En 1916 bajo el gobierno de Juan Luis Sanfuentes se dictó la ley 3.170 que establecía que los patrones eran responsables por los accidentes de trabajo que sufrieran obreros y empleados en sus faenas. Asimismo, los primeros eran responsables de pagar los gastos médicos, pensiones e indemnizaciones en caso de tal siniestro. Se permitió asegurar el riesgo en una sociedad mutua o en una sociedad de seguros (Vargas, 2015).

En 1924, se dictó la Ley N° 4054, que emanó de la iniciativa del Dr. Exequiel González Cortés, quien había presentado un proyecto el año 1918 inspirado en su conocimiento acerca de la obra del Canciller alemán Otto von Bismark, 120 años antes, que convirtió a Alemania en el primer país del mundo en adoptar un programa de protección por seguro social para la vejez (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

En esta ley se estableció un seguro de carácter obligatorio que incluyó accidentes y enfermedades profesionales.

Esta norma estableció la obligatoriedad de asistencia médica para el trabajador, subsidios por enfermedad, pensiones de invalidez y retiro e indemnizaciones por muerte; incluyendo los accidentes del trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP) (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

Chile fue una de las primeras naciones del mundo en lograr coberturas laborales de tan vasto alcance, no obstante, persistía la nula responsabilidad del empleador en cuanto a gestionar, mitigar o eliminar los riesgos laborales. Los organismos que administraban este seguro estaban bajo la rectoría del Ministerio de Hacienda (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

Este seguro entró en vigor en diciembre de 1927, a cargo del Departamento de Previsión Social del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que en 1945 pasó a llamarse Dirección General de Previsión Social, para posteriormente en el año 1953 (DFL 219) adquirir el nombre de Superintendencia de Seguridad Social (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

En 1935 se desencadenó un fatal accidente en El Teniente, una de las minas más importantes de cobre del país. En la denominada "*Tragedia del Humo*" 345 trabajadores fallecieron y 747 resultaron heridos. Dicho accidente es considerado el de mayor envergadura

en la minería metalúrgica mundial, y desde ese momento se comenzó a desarrollar la normativa con relación a la prevención de riesgos en los lugares de trabajo (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

En 1952 se promulgó la ley N° 10.383 y se crearon dos importantes Instituciones Públicas: El Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio de Seguro Social (SSS). Al primero le cupo la responsabilidad del fomento y tratamiento de las patologías de las personas, sean estas de origen común o laboral, y al segundo le correspondió la administración de los recursos de la Ley (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

Luego de la promulgación de la ley N° 10.833 se crearon tres agrupaciones de empresarios, las llamadas mutualidades de empleadores. La Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua creó el IST, la Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA) creó la ACHS y la Cámara Chilena de la Construcción creó MUSEG en los años 1957,1958 y 1966 respectivamente (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

Estas mutualidades son las que administran el Seguro de Ley de Enfermedades y Accidentes Profesionales hasta la actualidad, y quienes determinan si una patología es común o laboral.

Finalmente cabe mencionar la promulgación de la ley N° 16.744 mediante la cual la cobertura de accidentes y enfermedades profesionales se incluyó la Seguridad Social del Estado de Chile (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

2.2. Los sistemas de salud en Chile y su interacción

En Chile existen dos sistemas de salud, salud laboral, al cual pertenecen los organismos administradores de la Ley N° 16.744 y salud común conformado por un fondo de administración público llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). El sistema de Salud laboral se financia con el 0.94% que cotiza el empleador por cada trabajador a las empresas de Seguridad laboral. A esto eventualmente se

puede agregar una cotización adicional dependiendo de la siniestralidad de la empresa. Por su parte el sistema de salud común se financia con el 7% de cotización obligatoria de cada persona. En FONASA se cotiza sólo el 7%, mientras que en las ISAPRES existe una cotización adicional según el plan contratado, y el costo del plan se incrementa mientras más riesgo tenga el afiliado (mujeres en edad fértil, niños y adultos mayores con patologías crónicas) (Universidad del Desarrollo, 2019).

En relación con las modalidades de atención, las mutualidades lo hacen en sus propios Hospitales y Centros de Salud. FONASA por su parte financia atenciones en modalidad institucional en los hospitales públicos del país, y en modalidad libre elección (Universidad del Desarrollo, 2019).

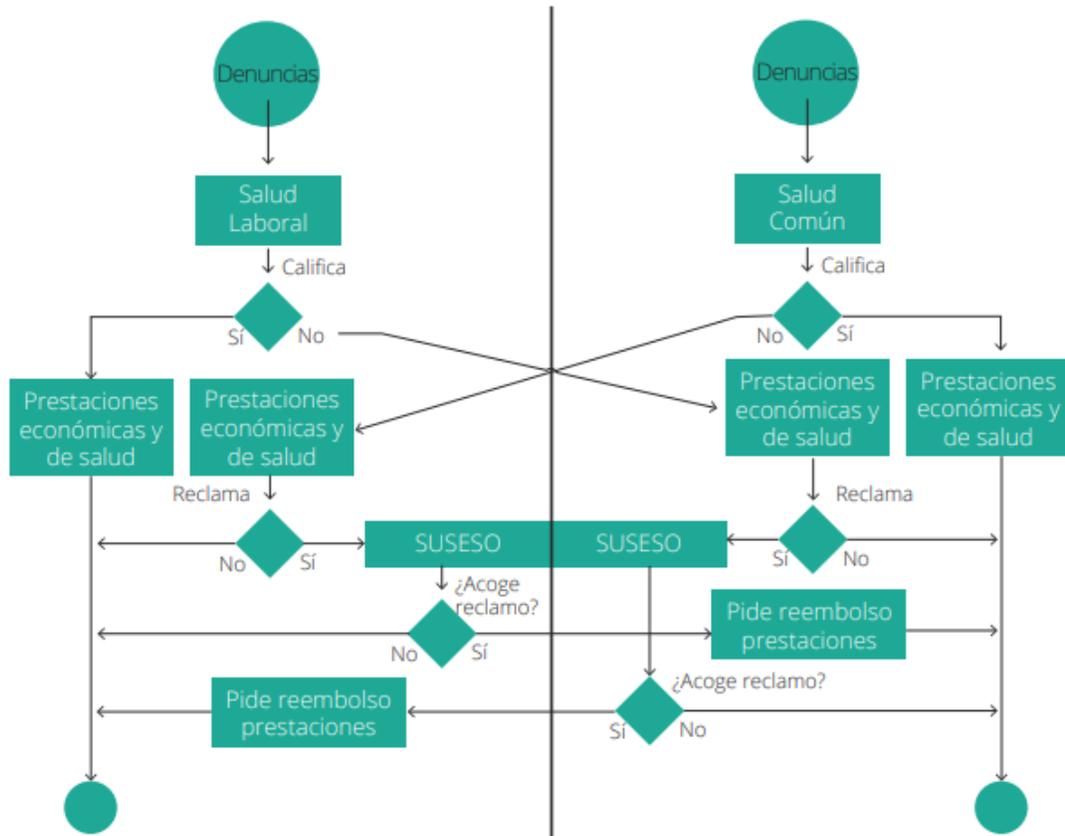
Por su parte las ISAPRES cubren sus prestaciones clínicas en la red de prestadores privados determinados de acuerdo con el plan de cada contratante. Existen miles de planes que estas instituciones han creado (56.222 a enero de 2022) de diferente costo y con diversas coberturas (Superintendencia de Salud, 2022).

Como es de esperar, ambos sistemas de salud interaccionan. En ocasiones patologías consideradas como sospecha laboral son ingresadas al sistema de salud común y en otras ocasiones patologías consideradas como sospecha de enfermedad común ingresan al sistema de salud laboral. No existe claridad de la magnitud del traspaso de pacientes entre un sistema y otro.

Cabe mencionar que el trabajador nunca queda sin cobertura de salud, pues esto está establecido en el artículo 77 bis de la ley N° 16.744 (Ley N°16.744, 1968). Este artículo establece que: *“Si un sistema rechaza el caso, ya sea porque fue ingresado como común y se consideró laboral, o se ingresó como patología laboral y el organismo administrador lo considera común, el paciente deberá dirigirse al prestador de salud indicado, y este está obligado por ley a entregar el tratamiento y pago de licencias médicas”*. Es decir, el paciente no puede ser rechazado dos veces seguidas.

En caso de que la entidad a la cual fue derivado el paciente no esté de acuerdo con que el caso le corresponde, quien dirime la situación acerca de que institución cubrirá la prestación de salud, es SUSESO.

Figura 2: Esquema de cobertura de salud común y salud laboral.



Fuente: Centro UC Políticas Públicas, 2020.

2.3. Las mutualidades y su rol en la Seguridad Social

La Asociación de Mutuales y Sistemas de Seguridad Social, que agrupa a las diferentes mutualidades del país, describe que dichas organizaciones cumplen con los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, equidad y unidad, integralidad-suficiencia y automaticidad de las prestaciones, que, además, son sin gasto de bolsillo para los trabajadores. Entre sus labores está la asesoría de empresas en materias de prevención de riesgos,

administración de fondos correspondientes al seguro de Ley N° 16.744, entrega de prestaciones económicas y médicas (Asociación de Mutualidades de Chile, 2016).

En cuanto a la **solidaridad** se puede afirmar que esta existe a nivel individual, pues las diferentes personas no pagan diferentes primas de acuerdo con su riesgo individual. A nivel grupal también existe solidaridad, pero ajustada de acuerdo con el nivel de siniestralidad de cada empresa. Empresas con mayor siniestralidad pagan mayor prima (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

En relación con la **solidaridad de ingresos individual**, existe subsidio cruzado entre personas que tienen mayores ingresos, versus personas con menores ingresos, pues se establece por trabajador, como un porcentaje del ingreso imponible máximo (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

El seguro es **no discriminatorio** en la forma en que se accede a la afiliación, pues está regulado por ley que todo trabajador formal debe estar adscrito a alguna mutualidad y la forma de pago es conocida por todos (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

En cuanto a la **equidad** se aprecia que cumple de manera satisfactoria, pues para aquellas personas cuyas patologías son reconocidas como de origen laboral, ya sea accidente o enfermedad se entrega cobertura de prestaciones médicas total, y las correspondientes prestaciones económicas que se deriven de ellas (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

Con respecto a la **justicia** el sistema presenta un elevado monto al definir claramente los siniestros que cubre, y hacerlo para todos sus adscritos de forma transversal. No obstante, es el mismo sistema que decide quienes reciben las prestaciones, versus quienes no califican para recibirlas, lo que presenta persistentes cuestionamientos a esa función en particular (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

2.4. Las enfermedades profesionales en las Américas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que diariamente se registran 770 nuevos casos de enfermedades profesionales en las Américas. Se calcula que se generan

alrededor de 288.000 casos de enfermedades profesionales en la región, no obstante, el registro de enfermedades profesionales es bajo, por lo que se considera una epidemia silenciosa.

El subregistro según esta organización internacional alcanzaría entre un 90% al 95.

Se considera que las enfermedades pulmonares, la hipoacusia, las dermatosis, las intoxicaciones por plaguicidas y otros tóxicos conforman *“la vieja epidemia laboral escondida”*, mientras que las enfermedades cardiovasculares, los desórdenes mentales, las enfermedades musculoesqueléticas, los cánceres ocupacionales y los disruptores endocrinos conforman la *“nueva epidemia”* que se ha presentado los últimos 15 años (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Las enfermedades profesionales causan muertes prematuras y discapacidad. Se estima que alrededor del mundo causan 2.02 millones de muertes por año. Dichas patologías pueden ser ocasionadas por diferentes factores de riesgo presentes en los ambientes laborales tales como factores químicos, físicos, biológicos, estresores ergonómicos y factores psicosociales (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Los números estimados de su impacto en la región son: *“468 millones de trabajadores en las Américas”* (Laborstata OIT 2011), *“281.389 casos nuevos anuales de enfermedades profesionales en las Américas”* (estimado OPS 2009 con datos de nueve países), *“770 probables casos nuevos diarios en las Américas”* (estimado OPS 2009 con datos de nueve países), *“160 millones de enfermedades profesionales no fatales por año en el mundo”* (OIT), *“2,02 millones de muertes anuales en el mundo”* (OIT), *“5.500 muertes diarias en el mundo”* (OIT)

2.5. Calificación de Enfermedades Profesionales y Protocolos de Calificación.

El artículo 7 de la Ley N° 16.744 define la enfermedad profesional como “*la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte*” (Ley N°16.744, 1968). Por su parte el proceso de calificación, es decir, determinar si una enfermedad es de causa común o laboral, debe ser realizado por los organismos administradores y las Administraciones Delegadas del Seguro de la Ley N° 16.744 y le corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social dirimir en caso de desacuerdos entre la mutualidad y el paciente, o entre el sistema de salud común y laboral (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023f).

El Compendio Normativo de la Superintendencia de Seguridad Social establece los siguientes Protocolos que aplican a la calificación de Enfermedades Profesionales:

- A. *Protocolo General*
- B. *Protocolo de Patologías Musculoesqueléticas de Extremidad Superior (MEES)*
- C. *Protocolo de Patologías de Salud Mental*
- D. *Protocolo de Patologías Dermatológicas*
- E. *Protocolo de Patologías de la Voz*
- F. *Protocolos para calificación de casos derivados de programas de vigilancia*
 - I. *Trabajadores derivados del Programa de Vigilancia por exposición a sílice*
 - II. *Trabajadores derivados del Programa de Vigilancia por exposición a ruido*

El Protocolo General de Calificación aplica para todas las patologías no protocolizadas individualmente. Los protocolos de calificación mencionan aspectos de gestión, documentación y procedimientos de los procesos de calificación, y no criterios clínicos que son fundamentales para la calificación de origen de las enfermedades. SUSESO en la actualidad no cuenta con criterios estandarizados para calificar patologías de Salud Mental, cuenta con criterios de calificación implementados recién hace aproximadamente 6 meses, en relación a

algunas patologías musculoesqueléticas (epicondilitis, patologías de manguito rotador, bursitis de hombro, tendinitis bicipital de hombro, epitrocleitis, síndrome de túnel carpiano), trabajo que demoró alrededor de un año, y se encuentra desarrollando criterios de calificación para otras patologías musculoesqueléticas de extremidad superior (tendinitis flexora extensora de muñeca, Síndrome de Quervain y dedo en gatillo) .

En suma, en general criterio de decisión acerca de la calificación laboral o común se basa en la experiencia en medicina del trabajo que tienen los profesionales médicos que habitualmente califican enfermedades profesionales y no es fácilmente estandarizable.

Cuando el caso completa el estudio, de acuerdo con el Protocolo que le corresponda según el diagnóstico del que se trate, los antecedentes son analizados por un comité que está conformado de acuerdo a lo que establece el compendio normativo de la Superintendencia de Seguridad Social de la siguiente forma:

Comité según tipo de enfermedades	Número de Profesionales	Conformación
<i>“Calificación de Patología musculoesquelética”</i>	3 o más	<i>“Tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, fisiatra, traumatólogo u otro médico del trabajo. Se recomienda también la participación de terapeutas ocupacionales, kinesiólogos u otros profesionales con formación en ergonomía”.</i>
<i>“Calificación para enfermedad mental”</i>	3 o más	<i>“Tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, psiquiatra. Se recomienda también la participación de psicólogos clínicos, psicólogos laborales, terapeutas ocupacionales u otros profesionales vinculados a la salud mental”.</i>
<i>“Calificación para patologías dermatológicas”.</i>	1-3 o más	<i>“La calificación de origen de una patología dermatológica deberá ser realizada por un Médico del Trabajo. Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación, cuya conformación y funciones se regirán por lo dispuesto en el N°2, Capítulo III, Letra A, de este Título”</i>
<i>“Calificación para patología de la voz”.</i>	1-3 o más	<i>“La calificación de origen de una patología de la voz deberá ser realizada por un Médico del Trabajo. Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación cuya conformación y funciones, se regirán por lo dispuesto en el N°3, Capítulo II, Letra A, de este Título”.</i>
<i>“Trabajadores derivados del programa de vigilancia por exposición a ruido”</i>	1	<i>“Médico del Trabajo”</i>
<i>“Trabajadores derivados del programa de vigilancia por exposición a Sílice”</i>	1-3 o más	<i>“La calificación será realizada por un Médico del Trabajo, contando con los informes técnicos pertinentes. técnicos pertinentes. No obstante, si el Médico del Trabajo estima que los referidos antecedentes son insuficientes o se sospeche cáncer, deberá solicitar los exámenes adicionales pertinentes, derivar el caso al Comité de Calificación integrado para este efecto al menos por los siguientes profesionales: un médico del trabajo, un médico especialista en enfermedades respiratorias y un Higienista Ocupacional profesional de grado licenciado y con postgrado en materia de Higiene Ocupacional”.</i>

Fuente: Adaptada de (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023f).

El N°2, Capítulo III, Letra A, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social establece (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023h):

“El Comité de Calificación deberá estar conformado por, al menos, tres profesionales, dos de ellos médicos. Si el número de integrantes es superior a tres, la proporción de los médicos

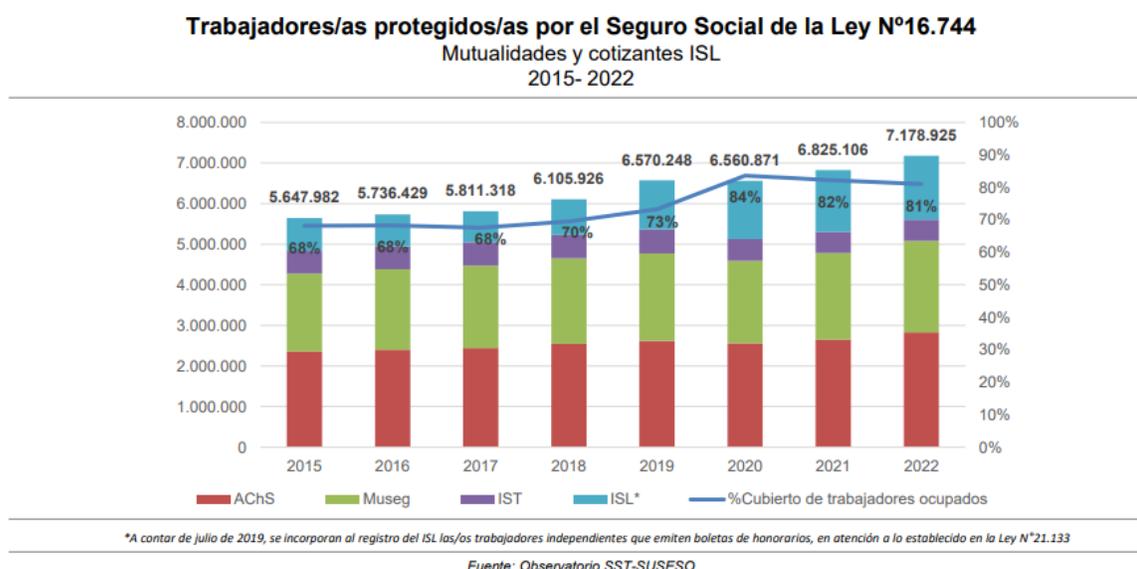
no podrá ser inferior a dos tercios. Uno de los médicos deberá poseer la calidad de Médico del Trabajo”.

“Todos los integrantes del Comité deberán contar con un curso mínimo de 40 horas sobre aspectos generales del Seguro de la Ley N°16.744 y conceptos de salud ocupacional. Dicho requisito no será exigible respecto de los profesionales que acrediten formación en tales materias, a nivel de diplomado o magíster.

El Comité deberá ser presidido por el Médico del Trabajo y en caso de empate decidirá su voto”.

2.6. Estadísticas de Enfermedades Profesionales

Según SUSESO durante 2022 la ley N° 16.744 protegió a un total de 7.178.925 que comprenden el 81% de los trabajadores ocupados. Con respecto al año 2022 se evidenció que el porcentaje de trabajadores protegidos aumentó en 5.2% con respecto al año 2021 (353.819 trabajadores) (fig. 1) (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023a).

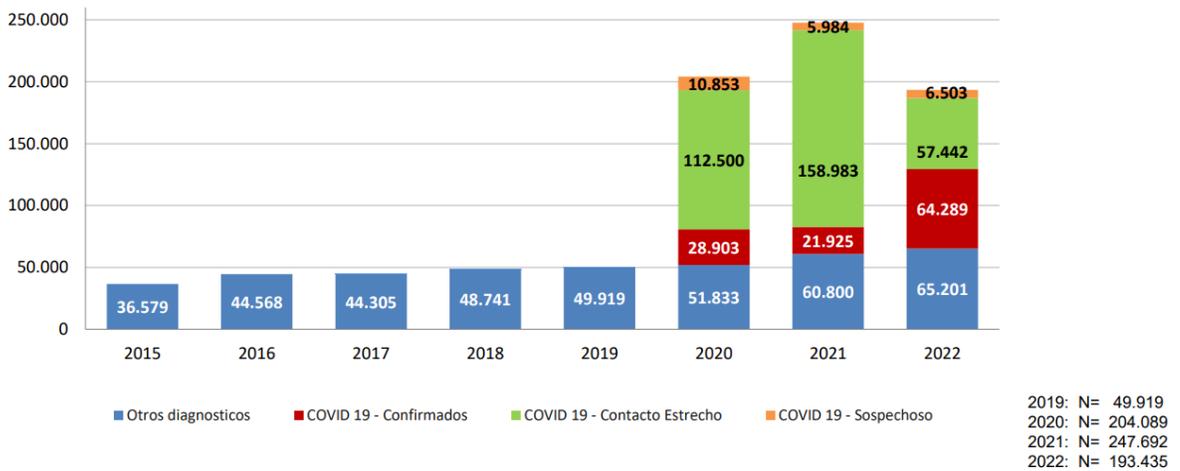


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023a

Por su parte el número de denuncias por otros diagnósticos, que no son Covid-19 ha aumentado sistemáticamente en los últimos cinco años, y existen mayor cantidad de denuncias por parte de mujeres que de hombres (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b).

Denuncias por enfermedades profesionales

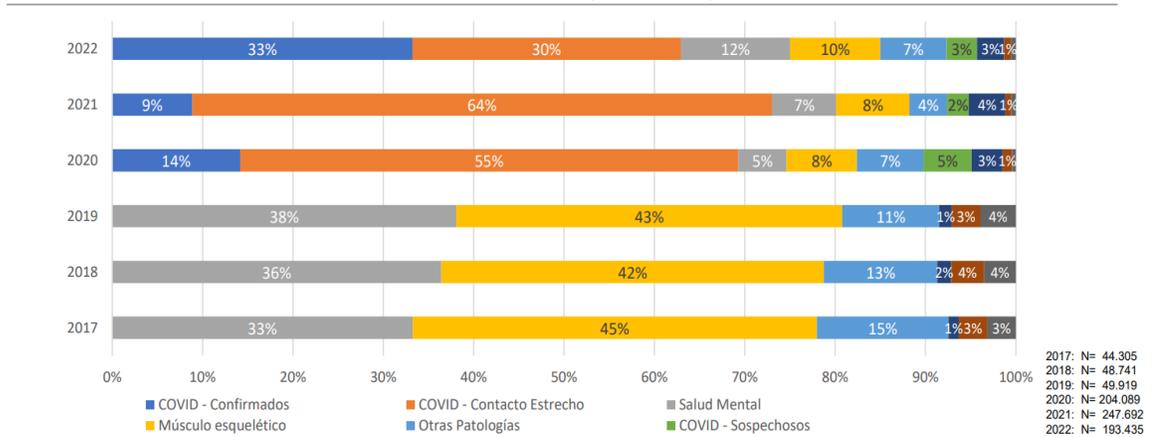
Número de denuncias mutualidades e ISL
(tasa cada 100 trabajadoras/es protegidas)
2015-2022



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

En relación con los diagnósticos que se encuentran dentro de las Denuncias Individuales de Enfermedades Profesionales (DIEP) se aprecia que una gran parte de ellos corresponde a casos de Covid-19 confirmado y Covid-19 contacto estrecho. Por su parte durante el año 2022 las denuncias correspondieron en orden decreciente a Covid confirmado, Covid contacto estrecho, salud mental, musculoesquelético y otras patologías (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b).

Denuncias por enfermedades profesionales
Distribución de los diagnósticos del total de DIEP
Mutualidades e ISL (2017 – 2022)

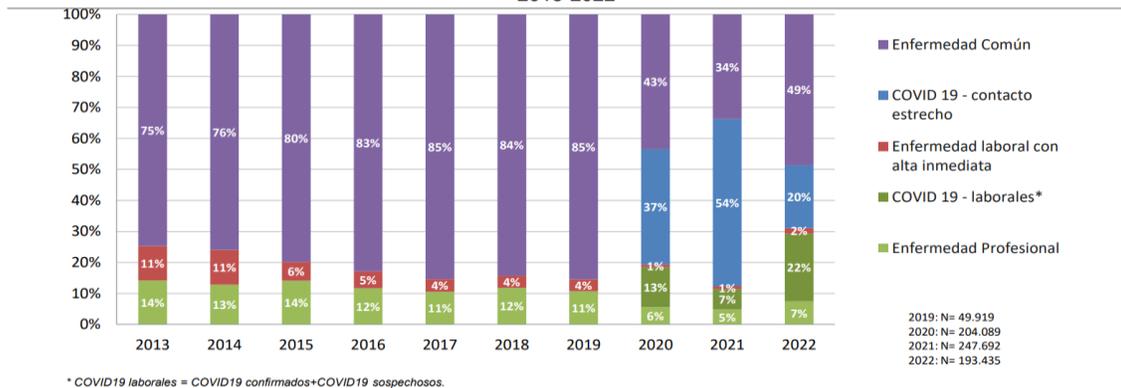


Nota: Si bien, las categorías de "Covid19-Contacto Estrecho" y "Covid-Sospechosos" no corresponden a enfermedades o patologías, se han incorporado al gráfico para poder mostrar la cobertura del seguro.

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

Al observar la estadística de 2022 se aprecia que, excluyendo Covid, sólo un 9% de las EP denunciadas por los trabajadores son calificadas como enfermedades profesionales con o sin días perdidos. Es decir, la gran mayoría de las denuncias terminan siendo calificadas como enfermedades de origen común (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b).

Calificación de denuncias
Mutualidades e ISL
2013-2022



Nota: Si bien, las categorías de "Covid19-Contacto Estrecho" y "Covid-Sospechosos" no corresponden a enfermedades o patologías, se han incorporado al gráfico para poder mostrar la cobertura del seguro.

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

3. Puntos relevantes para considerar

3.1. La Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (PNSST)

Esta política se enmarca en los lineamientos establecidos por el convenio 187 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en relación al Marco para la Promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo firmado durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet en 2011. Dicho convenio busca establecer una cultura de reducción, control y prevención de los riesgos laborales. Durante su diseño y elaboración se contó con participación tripartita de trabajadores, empresarios y representantes de entidades públicas. Asimismo, participaron diversos actores latinoamericanos relevantes en cuanto a materias de Seguridad y Salud en el Trabajo

Entre sus Principios se mencionan (Subsecretaría de Previsión Social de Chile, 2023):

- *“El respeto a la vida e integridad física y psíquica de los/as trabajadores/as constituye una garantía de derecho fundamental”.*
- *“Participación y diálogo social en el proceso de diseño, implementación, evaluación e implementación de las mejoras de la política y acciones que se realicen”.*
- *“Integralidad en la implementación de las actividades preventivas y en las prestaciones médicas, económicas, de rehabilitación y reeducación, incluyendo la reinserción laboral e integración de las personas en situación de discapacidad”.*
- *“Unidad de acción y coordinación entre las distintas instancias públicas o privadas relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo”.*

Dentro de los objetivos enumerados destaca: *“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”.*

Al referirse a las responsabilidades la política cita como uno de sus lineamientos a los organismos gubernamentales : *“articular y coordinar las políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo; incorporar en el sistema educativo las materias de prevención de riesgos laborales; adoptar las medidas para contar con un sistema normativo coherente, armónico y acorde a los convenios de la OIT; implementar un sistema de inspección coordinado, eficiente y eficaz para el cumplimiento de la normativa de seguridad y salud en el trabajo; fomentar el diálogo social; mejorar el sistema de información en materias de prevención de riesgos y registro de accidentes y enfermedades laborales; disponer recursos para la innovación e investigación en seguridad y salud en el trabajo; mejorar el acceso a las prestaciones que otorga el seguro de la ley 16.744”*.

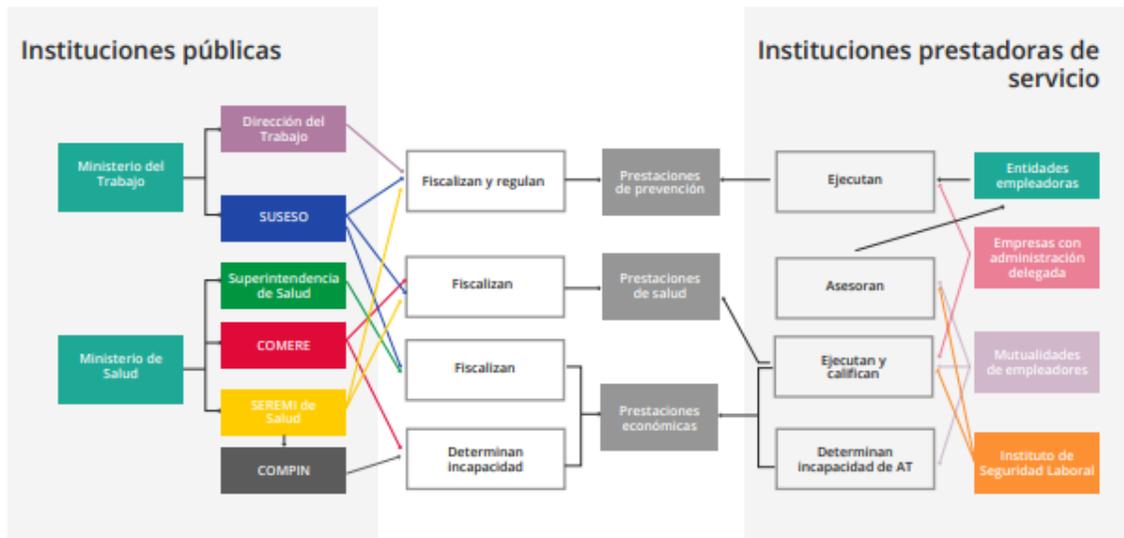
Dicha política establece como beneficiarios de sus lineamientos a trabajadores independientes y dependientes, tanto del ámbito privado como público.

En cuanto a los principales compromisos adoptados por esta Política, destacan:

Área	Compromiso
Normativa	<i>“Propuesta de proyecto de ley para establecer una Comisión Nacional de Calificación y Evaluación de incapacidades”.</i>
Fiscalización	<i>“Adoptar medidas para evitar subregistro y subnotificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Intensificar la fiscalización de protocolos de vigilancia por parte del Ministerio de Salud. Crear una instancia permanente de coordinación entre los organismos fiscalizadores”.</i>
Formación, capacitación y especialización	<i>“Promover la enseñanza de la SST en pre-grado, carreras profesionales. Promover el desarrollo de la especialidad en “Medicina del Trabajo” en las universidades”.</i>

Fuente: Adaptado de Subsecretaría de Previsión Social de Chile, 2023.

3.2. Los diversos actores institucionales públicos y privados



Mapa de actores del sistema de salud y seguridad laboral. Fuente: Centro UC Políticas Públicas, 2020.

Se mencionan los principales actores presentes:

Se observa que tiene roles importantes el Ministerio del Trabajo (MINTRAB) y el Ministerio de Salud (MINSAL). En cuanto al Ministerio del Trabajo de él dependen la Dirección del Trabajo y la Superintendencia de Seguridad Social. La Dirección del Trabajo (DT) cumple un rol de fiscalización de la Prevención, esta entidad fiscaliza directamente a los empleadores. Por su parte, SUSESO cuenta con las atribuciones de regulación, fiscalización y supervigilancia del sistema de accidentes y enfermedades profesionales y le cabe el rol de asegurar que las Mutualidades lleven adelante las acciones que les competen por ley (Universidad del Desarrollo, 2019; Vargas, 2015).

En otra arista, en el Ministerio de Salud se encuentran las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) que similar a la labor que efectúa la DT, ejercen un rol de fiscalización frente a las entidades empleadoras en cuanto a salud laboral. También dependiente del MINSAL, se encuentra la Superintendencia de Salud quien fiscaliza el cumplimiento de un

estándar de calidad mínimo tanto de los centros clínicos y como de los hospitales que prestan servicios correspondientes a la Ley. Adicionalmente, el MINSAL a través de su Departamento de Salud Ocupacional emana normativa referente a regulación en cuanto a temáticas de salud laboral (Universidad del Desarrollo, 2019; Vargas, 2015).

Además, otras entidades específicas vinculadas a sectores productivos particulares tienen rol normativo y fiscalizador en cuanto a materias de seguridad y salud laboral. Estas son: Servicio Nacional de Geología y Minería (SERNAGEOMIN) en el sector Minero, Dirección General del Territorio Marítimo y de Marina Mercante (DIRECTEMAR) en el Sector Marítimo Portuario, Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) relativo al Sector Agrícola y Superintendencia de Electricidad y Combustible (SEC) en cuanto al Sector de Electricidad y Combustible (Universidad del Desarrollo, 2019; Vargas, 2015).

Es decir, existe una gran cantidad y heterogeneidad de actores Públicos que intervienen en el proceso, lo que se traduce en riesgo de falta de comunicación, coordinación y falta de complementariedad de todos los organismos involucrados en cuanto a seguridad y salud en el trabajo, con la esperable diferencia de criterios frente a un mismo evento, lo cual afectaría negativamente la política y la legitimidad en torno al tema. Se evidencia la carencia de un organismo rector único a cargo de coordinar las acciones.

3.3. La relación administrador-prestador de servicios en las mutualidades

Para entender esta relación es necesario hacer mención a la teoría de la “Demanda Inducida”. En los mercados no sanitarios son los consumidores quienes de acuerdo con sus preferencias deciden qué producto consumir. Esto no ocurre en el mercado de los servicios médicos, donde se da la particularidad de que existe una asimetría de información importante e insoslayable entre el facultativo y quien demanda los servicios (Temporelli, 2010). El paciente no sabe qué exámenes se le deben tomar, si es necesaria tal o cual radiografía o si debe ser hospitalizado o no.

Según las investigaciones de Mc Guire, la demanda inducida se da cuando el facultativo influye en el paciente de manera de acrecentar la demanda de este último, teniendo claridad de que esto no está alineado con los intereses de la persona (Temporelli, 2010).

Cuando los sistemas tienen integrados en una sola entidad al prestador de servicios y el plan de salud el ente pagado es quien provee el servicio, por lo que podríamos colegir que existirá un incentivo a la eficiencia. Este incentivo a la eficiencia se dará especialmente si no existe población cautiva de ese plan de salud.

No obstante, en el caso mencionado también estarán presentes incentivos financieros para proveer tratamientos subóptimos (Centro UC Políticas Públicas, 2020), o específicamente en el caso de las mutualidades, pudiera incentivar proveer tratamientos a un menor número de usuarios, calificando menos casos como laborales, lo que disminuiría los costos del plan de salud para el administrador (OAL).

Este incentivo a la menor provisión de prestaciones estaría equilibrado por castigos reputacionales para el asegurador, además de la ética médica de los facultativos (Centro UC Políticas Públicas, 2020).

3.4. La medicina del trabajo en Chile

La OMS define la medicina del trabajo como *“la especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo”* (Confederación Española de Organizaciones Empresariales, 2023).

La OMS define la Salud Ocupacional como el área de la Salud Pública que promueve y busca mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los/las trabajadores/as en todas las ocupaciones.

La ciencia y la práctica de la salud ocupacional envuelve varias disciplinas tales como medicina, enfermería, ergonomía, psicología, higiene, seguridad y otras.

La Asamblea Mundial de la Salud urge a los países para (World Health Organization, n.d.): *“Desarrollar políticas y planes de acción y construir capacidad Institucional en cuanto a Salud Ocupacional”* y *“Ampliar la cobertura en cuanto a intervenciones esenciales para la prevención y control de enfermedades ocupacionales relacionadas al trabajo, lesiones y servicios de salud en el trabajo”*.

Al contrario de lo que ocurre en otros países del mundo en Chile la medicina del trabajo no es reconocida como especialidad médica.

Cabe mencionar quienes son médicos del trabajo para la SUSESO dado que la especialidad no se encuentra formalmente establecida en Chile (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023g):

“Se considerará Médico del Trabajo, el profesional que cumpla alguno de los siguientes requisitos:

- *Hubiere aprobado un diplomado en salud ocupacional o medicina del trabajo y cuente con una experiencia laboral de, al menos, 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo;*

- *Cuente con una experiencia laboral demostrada en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, de al menos diez años;*

- *Hubiere aprobado un programa en salud ocupacional/medicina del trabajo a nivel de doctorado, magister, máster o fellow y cuente con una experiencia laboral mínima de 3 años, en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, o*

acredite experiencia académica, docente y/o de investigación de, al menos 5 años, en una institución de educación superior en el área de medicina del trabajo y salud ocupacional y

experiencia laboral mínima de 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo.”

Algunas casas de estudio imparten diversa formación en la materia: Universidad de los Andes Magister en Salud Ocupacional y Ambiental (Universidad de Los Andes, 2023b) y Diplomado en Salud Ocupacional Intensivo (Universidad de Los Andes, 2023a); Universidad Católica Diplomado en Salud Ocupacional (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2023); Universidad de Chile Diplomado en Salud Ocupacional (Universidad de Chile, 2023); Universidad Autónoma de Chile Diplomado en Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional ISO 45.001; Universidad Viña del Mar Diplomado en Higiene Ocupacional y Salud en el Trabajo (Universidad Viña del Mar, 2023); Universidad de Santiago de Chile Diplomado en Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional (Universidad de Santiago de Chile, 2023), Universidad Mayor Diplomado en Ergonomía y Salud Laboral.

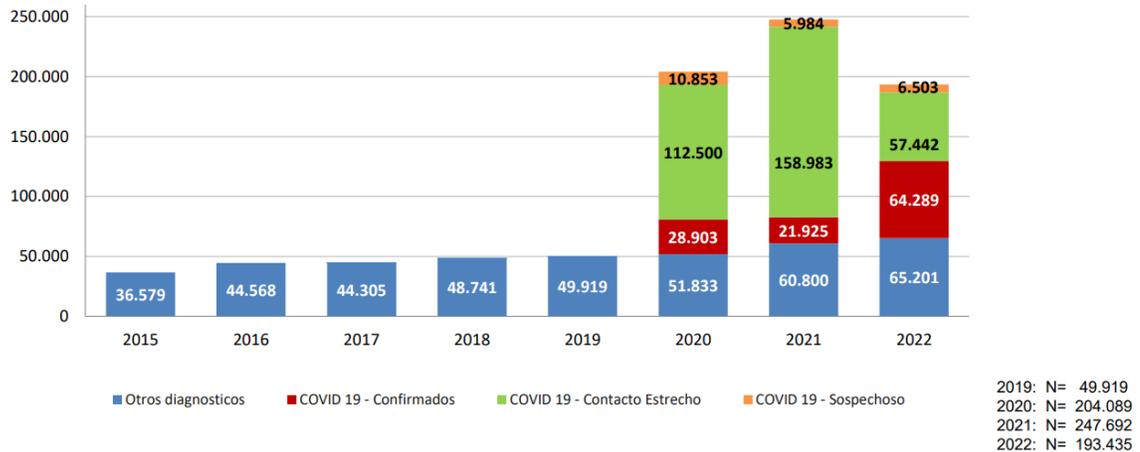
En suma, no existe en el país una formación integrada a las carreras de salud en cuanto a Salud Ocupacional, esto tampoco ocurre en las carreras de medicina. Tampoco existe la especialidad de medicina del trabajo y quienes ejercen la labor de calificadoros son profesionales que tiene post grados relacionados a la materia (salud pública, prevención de riesgos, ergonomía), que han ido forjando sus carreras a punta de experiencia clínica directa en el área trabajando habitualmente en las mutualidades.

3.5. Estimación de número de comités y costo

De acuerdo con la información publicada por SUSESO, las DIEP desde 2019 a la fecha fueron las siguientes

Denuncias por enfermedades profesionales

Número de denuncias mutualidades e ISL
(tasa cada 100 trabajadoras/es protegidas)
2015-2022



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

De la infografía publicada se puede desprender que, excluyendo Covid, en 2019 se recibieron 49919 DIEP, en 2020 fueron 51883, en 2012 esta cifra alcanzó las 60800 denuncias, y finalmente en 2022 este número llegó a las 65201 denuncias. Al hacer un promedio de las Denuncias por año, se obtiene el número de 56938 denuncias por año, es decir, alrededor de 57000.

De acuerdo con lo anterior, se esperaría que por mes cada comité calificara unos 4750 (57000 anual dividido en 12 meses). Si se consideran en promedio cuatro semanas al mes, es decir, 20 días hábiles, tendríamos un total de aproximadamente 238 casos al día que se deben discutir y resolver en comité.

Como anteceden en promedio cada comité delibera un total 3 casos por hora (información obtenida de mutualidades). Si un comité funcionara 8 horas al día, debería ser capaz de dirimir alrededor de 24 casos. Es decir, para alcanzar los 238 casos al día se necesitarían unos 10 comités de profesionales funcionando de forma estable.

Si se calcula en promedio un pago de 45.000 pesos chilenos brutos para cada profesional que participe de los comités, se necesitarían alrededor de 135.000 pesos por hora, por cada uno de los comités.

Considerando que se necesitarían 10 comités y cada uno funcionaria 8 horas al día, el costo alcanza los 10.800.000 pesos chilenos por día. Considerando 20 días hábiles en promedio al mes, el costo mensual sería de 216.000.000. El costo para cubrir el funcionamiento de los mencionados comités de calificación durante un año completo, sería alrededor de 2.592.000.000 de pesos chilenos (unos 2.996.531 Euros anuales).

Cabe destacar que la cifra de 45.000 pesos mensuales se obtiene de datos que tiene publicados el Ministerio de Educación (Subsecretaría de Educación Superior de Chile, 2023).

Se menciona que en promedio un médico a los 5 años de egresado gana de 3.899.025 bruto mensual, lo que, al dividir por hora, considerando 160 horas hábiles por mes, da una cifra de 24.368 por hora. Por su parte también se menciona que el tramo superior de ingresos obtiene 6.114.696 mensual (38.216 por hora de trabajo si se consideran 160 horas hábiles por mes).

Asimismo, el promedio de ingresos de los kinesiólogos es de 1.311.550 pesos (8.197 por hora de trabajo, si se consideran 160 horas al mes. El tramo superior de ingresos, por su parte, obtiene 2.227.673 (13.922 por hora considerando 160 horas hábiles al mes).

Se consideró un promedio de 45.000 pesos por hora para cada profesional participante de los comités de calificación. Se debe considerar que las estadísticas que menciona el Ministerio de Educación son para profesionales con 5 años de egresados. Ya que el compendio establece que deben ser médicos especialistas los participantes del comité de calificación, dermatólogos, broncopulmonares, entre otros, esta cifra puede ser superior, considerando el sueldo en promedio que alcanzan estos profesionales en el mercado laboral es superior, y que se necesitan más de 5 años post egreso de la Universidad para alcanzar este tipo de especializaciones.

3.6. La definición de Enfermedad Profesional de la Ley N° 16.744

La Ley N° 16744 establece que es enfermedad profesional: *“la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”*.

El Reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales es el Decreto Supremo 109, redacción data de 1968, y debe revisarse cada tres años, aunque en la práctica ha permanecido por largos periodos sin revisión.

La acepción de monocausalidad que entraña la definición de EP, es propia de la antigua concepción de la enfermedad como la consecuencia de la agresión de un organismo biológico a un huésped originalmente sano.

En salud ocupacional es un modelo aplicable a ciertas enfermedades como Silicosis, Mesotelioma, Asbestosis, pero se hace muy compleja su aplicación a patologías musculoesqueléticas, donde tiene un rol indiscutible el envejecimiento y predisposiciones genéticas y entra en franca contradicción con la actual concepción de las enfermedades psiquiátricas en las cuales se reconoce especialmente su origen multicausal.

Cabe mencionar el esquema aceptado por la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a los determinantes de salud, que, como su propio nombre lo indica, establece múltiples factores determinantes del nivel de salud que alcanzan los individuos.



Fuente: Frenz, 2005

3.7. La importancia de coordinar las normas y acciones

En Chile la normativa en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo está desordenada, dispersa y desactualizada en su gran mayoría. Dichas materias están contenidas en el Código del Trabajo, la Ley del Seguro N° 16.744, varios Decretos Exentos y Decretos Supremos emanados de diversos Ministerios. Evidentemente esta disgregación de información hace que sea difícil procurar la coherencia de las acciones en la materia, y enseñarla, tanto en Instituciones de Educación superior como a los empleadores y trabajadores, además que entorpece el cumplimiento y la gobernanza no sigue una

línea clara (Vargas, 2015).

La OIT en su normativa “*Directrices Relativas a los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*” indica que se debiera desarrollar una Política Nacional que establezca y promueva los sistemas de gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, a cargo de una o varias Instituciones competentes, en consulta con empleadores y trabajadores y que se debiera revisar periódicamente (Organización Internacional del Trabajo, 2002).

Dicho documento agrega “*Con miras a garantizar la coherencia de la política nacional y de las medidas adoptadas para aplicarla, la institución competente debería crear un marco nacional para los sistemas de gestión de la SST a fin de:* (Organización Internacional del Trabajo, 2002):

a) Identificar y establecer las respectivas funciones y responsabilidades de las diversas instituciones encargadas de aplicar la política nacional, y tomar las disposiciones adecuadas a fin de garantizar la coordinación necesaria entre ellas

b) Publicar y revisar periódicamente las directrices nacionales sobre la aplicación voluntaria y sistemática de los sistemas de gestión de la SST en la organizaciones

c) Establecer los criterios que resulten apropiados para designar las instituciones encargadas de la preparación y promoción de directrices específicas respecto a los

sistemas de gestión de la SST, y señalar sus respectivas obligaciones, y

d) Garantizar que dichas orientaciones estén a disposición de los empleadores, de los trabajadores y de sus representantes para que puedan beneficiarse de la política nacional”.

Una de las Iniciativas por poner a disposición de los diferentes actores de la Seguridad y Salud en el Trabajo la normativa vigente en orden fue el Compendio de Normas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Dicho Compendio comprende nueve libros, que constituyen la normativa vigente del Seguro Social de la Ley N°16.744 (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023c). Si bien este Compendio fue un avance relevante en cuanto a facilitar el acceso a la normativa vigente, existen múltiples normas que no están contenidas en él y persiste la falta de coordinación y gerencia en cuanto a la puesta en práctica y fiscalización de dichas normativas.

También existe falencia de una estrategia de prevención de riesgos como una estrategia única y organizada. No existen planes ni programas nacional y/o sectoriales orientados de forma consistente a la prevención. La asistencia técnica en cuanto a materias de prevención que los diferentes Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 deben entregar a las empresas es menor, y no se coordina adecuadamente con los programas preventivos de los entes fiscalizadores (Echeverría, 2010).

3.8. El listado de enfermedades profesionales

En Chile el Decreto Supremo 109, que data de 1968 establece el listado de Enfermedades que se consideran laborales para el país. Específicamente el artículo 18 establece los agentes de riesgo químicos, físicos, biológicos, insectos ponzoñosos, vegetales, polvos, que pueden causar las diversas enfermedades que se enumeran en el artículo 19 intoxicaciones, dermatosis profesionales, cáncer y lesiones precancerosas, enfermedades respiratorias, entre otras (Decreto Supremo N°109, n.d.)

Este texto engloba en un solo listado patologías que son de fácil pesquisa y calificación, con la debida capacitación previa, como por ejemplo Asbestosis, Silicosis, Dermatitis alérgica profesional y patologías de difícil calificación como las de salud mental.

El Informe ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN CHILE Y PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO propone simplificar el proceso de calificación de enfermedades profesionales para aumentar sosteniblemente su cobertura, utilizando tres listados de enfermedades profesionales:

“Lista 1: Enfermedades que tienen una causa directa comprobada en el trabajo

Lista 2: Enfermedades cuya causa directa con el trabajo no esté comprobada, no obstante, es plausible que ciertas condiciones del trabajo pudieran promover o agravar esa enfermedad.

Lista 3: Enfermedades que no tienen causa directa comprobada en el trabajo, y es muy poco probable que ciertas condiciones del trabajo la pudieran promover o agravar”.

Por su parte el proceso de cobertura de dichas enfermedades operaría de la siguiente forma:

“Enfermedades de la Lista 1: reciben cobertura de las mutualidades sin requerir mayores análisis que los necesarios para comprobar la existencia de esa enfermedad y las condiciones del trabajo que la generaron.

Enfermedades de la Lista 2: se especifican análisis adicionales que deben ser realizados para comprobar el grado de influencia del trabajo en el origen o agravamiento de cada una de las enfermedades de esta lista.

Enfermedades la Lista 3: no reciben cobertura por parte de las mutualidades, y deben ser derivadas a la salud común”.

En conjunto a lo anterior, cabe mencionar las diferentes definiciones que tiene la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la OIT, en materia de enfermedades laborales (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2019):

1. Enfermedad del Trabajo: *“Es la consecuencia de la exposición, más o menos prolongada, a un riesgo que existe en el ejercicio habitual de una profesión. Este concepto engloba las Enfermedades Profesionales y las Enfermedades Relacionadas con el Trabajo.*

Las enfermedades del trabajo se definen primordialmente por sus características etiológicas, es decir, por la causa profesional que las origina y no por sus características nosológicas que, habitualmente, son inespecíficas. El criterio médico epidemiológico utilizado se basa en la relación exposición-efecto (determina la relación entre la exposición y la gravedad de la afección en una persona) y en la relación exposición-respuesta (determina la relación entre la exposición y el número relativo de individuos afectados)”.

a) **Enfermedad Profesional:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades profesionales son *“aquellas producidas a consecuencia del trabajo, que en general obedecen a la habitualidad y constancia de algunos agentes etiológicos presentes en el ambiente laboral y provocan alguna alteración en los trabajadores; tienen como requisito ser consideradas como tales en las legislaciones respectivas de los distintos países”.*

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) las define como *“Toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral”*

b) **Enfermedad relacionada con el trabajo:** Según la OISS *“Son las patologías que contrae el trabajador con motivo de la realización del trabajo y que no se reflejan en el cuadro de enfermedades profesionales. En este caso, se exige probar, recayendo la carga de la prueba en el trabajador, que la enfermedad se debe exclusivamente al trabajo. Su diagnóstico es complejo ya que el desarrollo de la afección puede obedecer a una multiplicidad de causas”.*

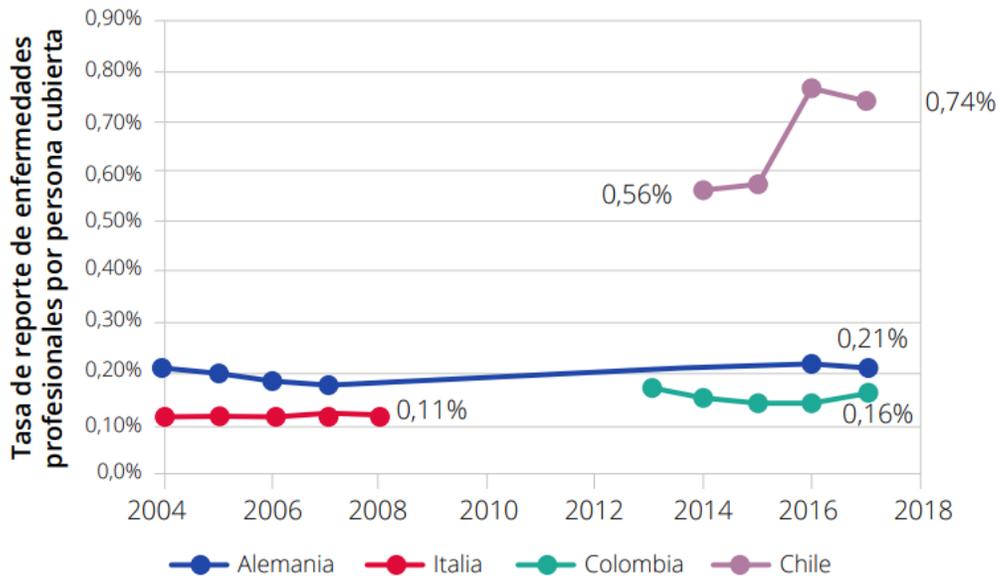
En el cuadro se muestran las principales diferencias según la OISS entre Enfermedades Profesionales y Enfermedades relacionadas con el Trabajo:

DEFINICIÓN	ENFERMEDAD PROFESIONAL	ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO
Concepto	Alteración de la salud producida de forma exclusiva por el trabajo; para que sea catalogada como profesional debe estar especificada en el cuadro de enfermedades profesionales	Alteración de la salud que sobreviene o se agrava por causas relacionadas con el trabajo realizado, pero que no está catalogada como enfermedad profesional
Causalidad	Relación directa causa-efecto entre riesgo y enfermedad	El medio laboral y las tareas influyen significativamente pero sólo como un elemento más (multifactorial)
Riesgo Profesional	Específico: el que se expone a una actividad generadora de enfermedad profesional tiene probabilidades de padecerla	Genérico

Fuente: Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2019

3.9. Las denuncias de enfermedades profesionales y la implementación de los protocolos de calificación

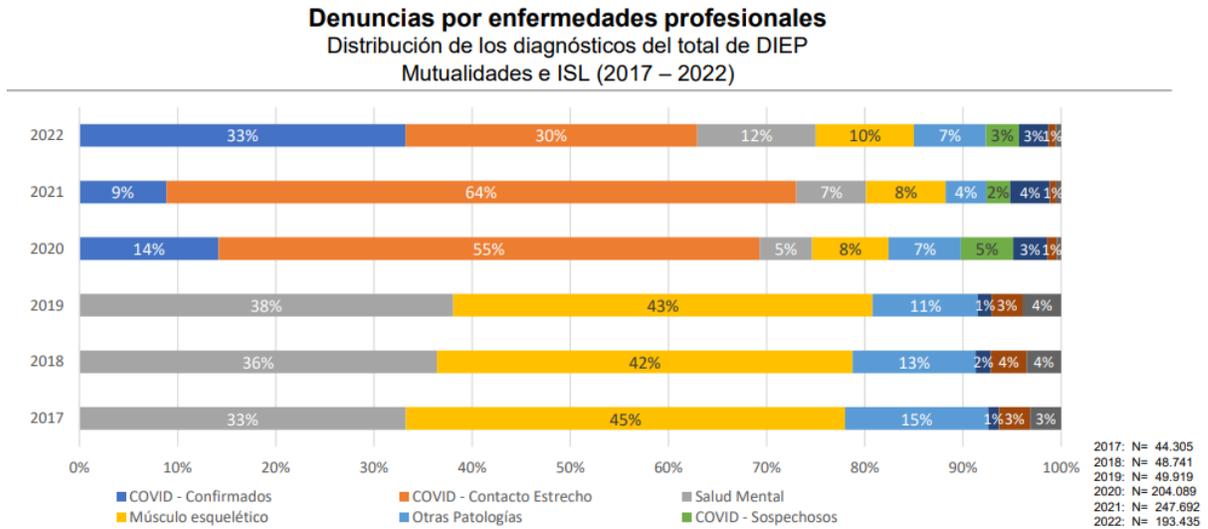
En Chile la tasa de denuncias de EP es superior a la de otros países



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

Este hecho podría estar dado por la división que el sistema de salud laboral y común. Un factor gravitante pudiera ser la diferencia en cuanto a coberturas de salud del sistema común en respecto al laboral. Por su parte el sistema de salud laboral al calificar una enfermedad como profesional entrega todo tipo de cobertura médica, rehabilitación, pecuniaria, medicamentos e incluso transporte dependiendo del diagnóstico. Por el contrario, el sistema de salud común lo cubren FONASA e ISAPRES, donde el primero presenta tiempos de espera prolongados para acceder a prestaciones de especialistas, canastas de prestaciones acotadas dependiendo del diagnóstico y alta demanda debido a que están afiliados a él alrededor del 70% de las personas del país; mientras el segundo se caracteriza por el alto cobro en cotizaciones que hace a sus afiliados de manera individual, junto a prestaciones con alto de costo de bolsillo para sus afiliados. En conjunto a lo anterior, el sistema de salud común es especialmente falente en cuanto a prestaciones de salud mental.

En este escenario es esperable que las personas aleguen que sus patologías sean cubiertas por el sistema de salud laboral, aunque exista una baja probabilidad de que la enfermedad sea EP. Esta alta tasa también podría deberse al aumento de la incidencia de patologías de salud mental en el país (Jiménez et al., 2021), pues son este tipo de patologías las que presentan mayor número de DIEP.



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

En el diagrama se puede apreciar que excluyendo Covid, las patologías más denunciadas son las de salud mental, seguidas por enfermedades musculoesqueléticas.

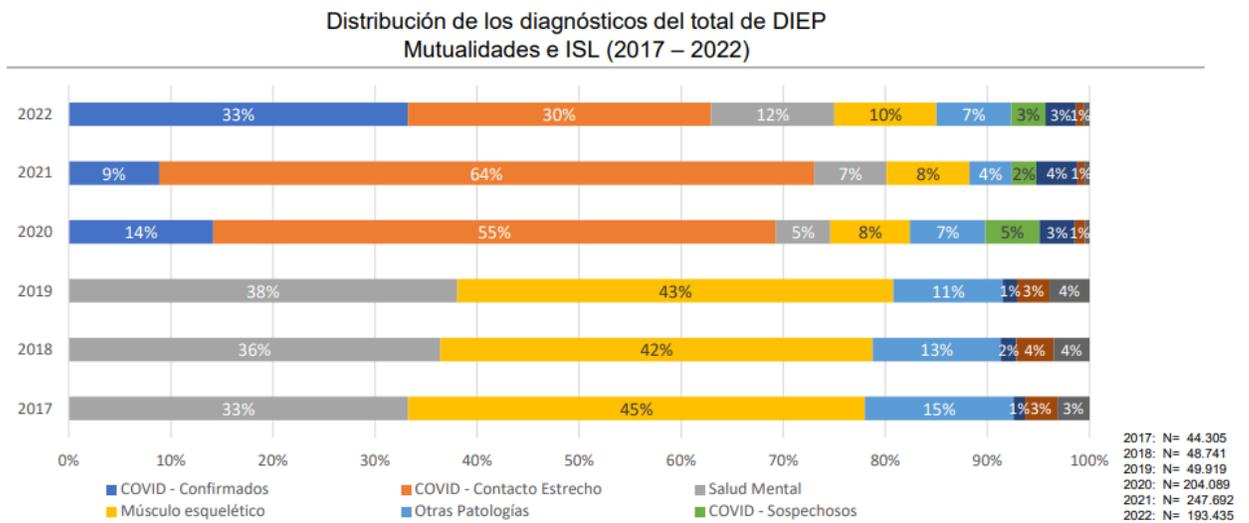
Desde 2016 en adelante se estandarizó la forma en que las DIEP debían ser estudiadas, dejando en la normativa de SUSESO normado el protocolo que dichas denuncias deben seguir (patologías de salud mental, musculoesqueléticas, de voz y dermatológicas) y que el caso debe ser calificado como laboral o común por un comité de profesionales (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023f).

Con anterioridad al establecimiento de este protocolo el estudio de una patología denunciada como laboral no estaba ceñida a una normativa de procedimiento y estudio establecida por la Autoridad y la decisión de si esta enfermedad era común o laboral era

tomada de manera discrecional por médicos de las mutualidades. Es decir, el procedimiento eventualmente era más simple, pero daba menores garantías de transparencia y no estaba homogeneizado.

En este sentido, para la Institución u organismo que califica o calificará en el futuro es un asunto de interés el gran número de DIEP que son rechazadas, pues implican un alto costo para el sistema.

Otro asunto interesante de observar es a qué grupos diagnósticos pertenecen los casos que los trabajadores que denuncian como EP.

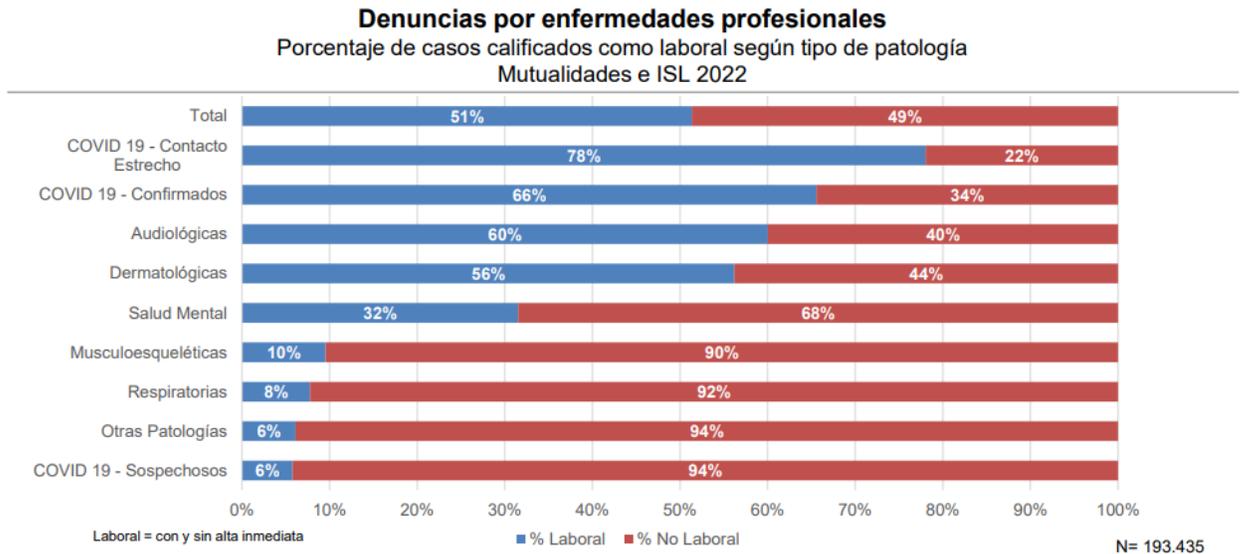


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

Como podemos apreciar en este cuadro, en 2022 los mayores porcentajes de DIEP, excluyendo Covid correspondieron a Salud Mental y Enfermedades Musculo-esqueléticas, que justamente tienen porcentajes de aceptación como EP bajos. Otras patologías como enfermedades audiológicas o dermatológicas prácticamente no aparecen en el gráfico. Tampoco existen denuncias de cáncer ocupacional, excepto Mesotelioma.

Al revisar la distribución del porcentaje de DIEP que fueron acogidas como enfermedad profesional, según su diagnóstico esta hipótesis se confirma.

Destaca el escaso porcentaje de patologías musculoesqueléticas que son acogidas como laborales, considerando que son el diagnóstico que ocupa el segundo lugar en número de denuncias.



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2023b

Es decir, las enfermedades menos rechazables cuyo vínculo con el trabajo es más fácil de establecer, no se denuncian tanto. Varios pueden ser los motivos para esto ¿Desconocimiento de parte de los trabajadores? ¿Trabajadores más educados que denuncian porque conocen de sus derechos, versus trabajadores más expuestos a riesgos que tienen menos educación y no denuncian?

Un indicio de esta respuesta se puede encontrar en la última Encuesta Nacional de Salud que fue realizada a trabajadores del país en 2009-2010 (Ministerio de Salud de Chile et al., 2011). En dicha encuesta se les consultó a los trabajadores acerca de los motivos por los cuales no atendió agravada o causada por el trabajo. Las respuestas quedaron de manifiesto en el siguiente cuadro:

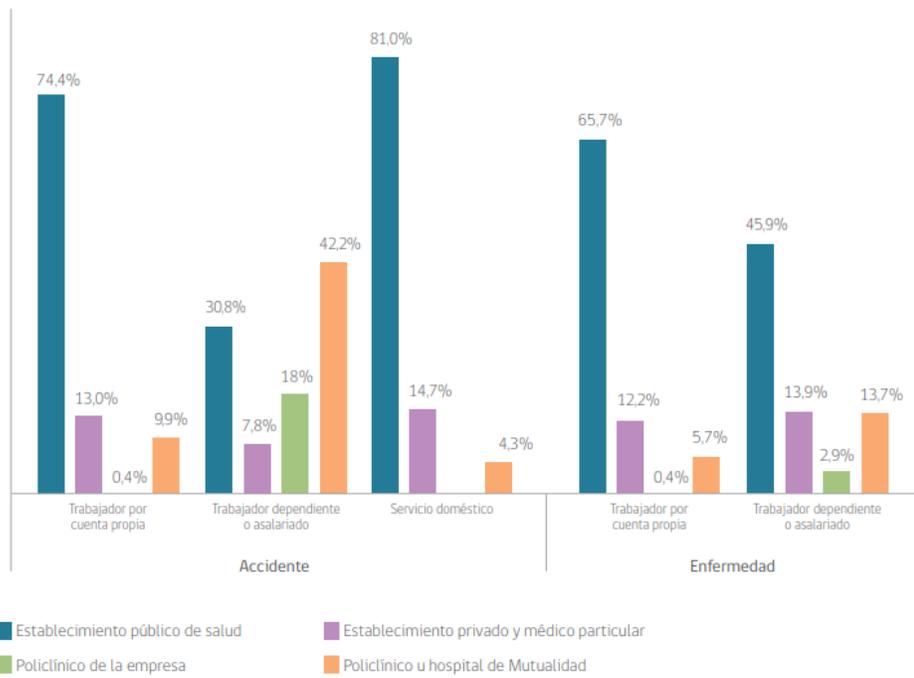
Razones de no atención de enfermedad provocada o agravada por el trabajo. ENETS 2009-2010											
D30a. Si no recibió atención de salud ¿Cuál fue el principal motivo?	Perfil	No lo consideró necesario, no hizo nada, utilizó remedios por su cuenta (1)	No tuvo tiempo (2)	No supo donde acudir (3)	Barrera de conocimiento o motivación (1+2)	No tuvo facilidades en el trabajo para acudir	No tuvo dinero para pagar la atención o pagar el transporte (4)	Acudió a un lugar de atención pero no fue atendido (5)	Barrera acceso a atención (3+4+5)	Otra razón	Total
Sexo	Hombre	21,4%	23,10%	1,00%	45,5%	12,0%	3,3%	0,017	5,0%	2,4%	65%
	Mujer	15,8%	2,00%	0,00%	17,8%	5,6%	10,4%	0,5%	10,9%	0,6%	35%
	Total	37,2%	25,10%	1,10%	63,4%	17,6%	13,7%	2,3%	16,0%	3,1%	100%

Fuente: (Ministerio de Salud de Chile et al., 2011)

Destacan las cuatro principales causas de barreras al acceso a la atención: Barrera de conocimiento (63.4%), No lo consideró necesario, no hizo nada, utilizó remedios por su cuenta (37.2%), No tuvo tiempo (25.1%) y no tuvo facilidades en el trabajo para acudir (17.6%).

Cabe destacar el hecho de que cuando los trabajadores son consultados con respecto al lugar al que acudieron o fueron llevados al sufrir un accidente laboral o una enfermedad profesional (así lo dice textual la encuesta, pero sería sospecha de EP, por el hecho de no estar formalmente calificada como tal), el primer lugar al que acudieron fue a los establecimientos públicos de salud. Lo que da cuenta de que con alta probabilidad muchos casos de AT y EP sólo sean atendidos en el sistema público de salud, y nunca lleguen a tomar contacto con la mutualidad.

Lugar de atención de salud por el accidente y enfermedad según situación de empleo. ENETS 2009-2010.



Fuente: (Ministerio de Salud de Chile et al., 2011)

4. Conclusiones

Se abordaron diversos puntos relevantes concernientes al asunto planteado por las Autoridades del país de crear una comisión de calificación externa, que no dependa de las mutualidades, para dar mayor garantía de imparcialidad a los trabajadores, pero además porque existe preocupación por baja calificación de enfermedades de origen laboral por parte de las mutuales.

En Chile se desarrollaron movimientos sociopolíticos impulsados por los trabajadores que llevaron a que progresivamente se diera respuesta a la incertidumbre que causan las enfermedades profesionales a través de leyes, Decretos y diversa normativa

Existen dos sistemas de salud bien diferenciados uno laboral al cual pertenecen los organismos administradores de la Ley N° 16.744 y Salud Común (no laboral) conformado por FONASA e ISAPRE. Este hecho es de especial relevancia, ya que ambos sistemas interaccionan.

Sumado a lo anterior, existe evidencia de que en Chile hay escaso reconocimiento de cánceres ocupacionales y enfermedades respiratorias crónicas como patologías de origen laboral (Sandaña, 2019).

Es decir, podrían existir un gran número de pacientes que portan patologías laborales que están siendo atendidas como comunes, a cargo de FONASA o ISAPRE. Lo anterior sería especialmente relevante en FONASA que cubre alrededor del 70% de la población del país de mayor edad y con mayor prevalencia de patologías crónicas.

Se puede afirmar que las mutualidades funcionan en base a algunos pilares de la Seguridad Social: solidaridad, equidad, no discriminación. No obstante, la justicia al momento de aceptar o rechazar pacientes, calificándolos como portadores de patologías profesionales o comunes queda en cuestionamiento su rol de *“juez y parte”*, pues se podrían beneficiar de realizar menores desembolsos al aceptar a un menor número de personas.

De acuerdo al contexto actual que describe la OMS en relación a la subnotificación de enfermedades profesionales de alrededor de un 90 a 95%; y ya que dentro de las calificaciones

de EP del país el porcentaje de patologías musculoesqueléticas es escaso, junto a otros diagnósticos que no tienen relevancia dentro de la estadística presentada por SUSESO como intoxicaciones, cánceres laborales, dermatosis profesionales, se puede concluir que puede existir un subregistro de este tipo de patologías.

Se describió que durante los últimos años la SUSESO trabajó en cuanto a estandarizar los procedimientos de estudio de denuncia de algunos tipos de sospechas de enfermedades profesionales: patologías musculoesqueléticas, enfermedades mentales, patologías dermatológicas, de la voz, patologías causadas por exposición a ruido. La gran mayoría de los casos que presentan DIEP deben agotar la totalidad de los pasos que establecen estos protocolos antes de ser calificados. Entre las acciones más relevantes se cuentan: evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional, estudio de puesto de trabajo y deliberación en comité, por un grupo de profesionales, para la calificación final (laboral o común). Si bien este funcionamiento entrega garantías en cuanto a transparencia y objetividad del procedimiento que siguen las mutualidades en la actualidad antes de calificar un caso, el costo que implica realizarlo para un gran número de casos que finalmente son rechazados es elevado. Este costo tendría que ser asumido por la institución externa que realizara la calificación de enfermedad. Además, el gran volumen de casos que debieran ser analizados, para finalmente resultar rechazados podría entorpecer la eficiencia de la gestión.

Al analizar las estadísticas publicadas por la Superintendencia de Seguridad Social se objetiva que sólo un 9% de las Denuncias ingresadas son acogidas como EP, lo que da cuenta de la gran cantidad de casos rechazados. Esto podría explicarse por un incentivo negativo a la calificación de casos No Covid, producto del explosivo aumento de la demanda que experimentaron las mutualidades por la pandemia de Covid, aumento de demanda que queda en evidencia en la estadística presentada.

En cuanto a los actores del sistema de salud y seguridad laboral aparecen como actores el MINTRAB, de quien dependen la DT, SUSESO, MINSAL, de quien depende la Superintendencia de Salud, la COMERE, SEREMI y COMPIN. Además, juega un rol relevante en cuanto al diseño y regulación de Protocolos de EP y preventivos el Departamento de Salud

Ocupacional dependiente del MINSAL. Con relación a las Instituciones privadas surgen como actores las entidades empleadoras, las empresas con administración delegada (CODELCO Y UC), y las mutualidades. A las mutualidades llegan en primera instancia las Denuncias Individuales de Enfermedad Profesional, estas entidades califican el caso, y entregan tratamiento médico integral y prescripciones de medidas al empleador para mitigar o eliminar los riesgos que causaron la patología. Se debe recordar que a las mutualidades les cabe también la labor de asesoría de empresas en cuanto a labores preventivas e implementación de protocolos de prevención. Es decir, hay múltiples instituciones públicas y privadas que tienen un rol en la salud ocupacional nacional, cuya coordinación es difícil o inexistente.

Junto a lo anterior existe multiplicidad de leyes, normativas, protocolos y circulares, unas influyen a las otras, y el cumplimiento de dichas directrices no está coordinado claramente por un solo organismo rector, lo que dificulta su enseñanza en centros educacionales.

La salud ocupacional es un ámbito aún no abordado en la gran mayoría de las carreras sanitarias del país. Tampoco existe la medicina del trabajo como especialidad en Chile. Los profesionales que se desempeñan como médicos del trabajo, según la definición reconocida por la SUSESO, deben contar con al menos 5 años de labores en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo. Esa experiencia habitualmente en el país se adquiere en las mutualidades, y el ejercicio de la profesión comprende, entre otras labores, calificar casos como laborales o comunes, y realizar tratamiento médico. Este punto aparece como un nodo crítico en la propuesta de un organismo calificador externo, pues son médicos pertenecientes a las plantas laborales de las mutualidades quienes tienen mayor experiencia y cumplen los requisitos para ser considerados médicos del trabajo en la normativa chilena, además de los que ya se encuentran trabajando en diversos organismos públicos que, habitualmente, pasaron por años de atención clínica en las mutualidades.

En ese sentido, ¿cómo se garantizaría la independencia del organismo externo de calificación? La única forma de garantizarlo sería contratando a esos médicos. Por su parte, si se ofrece contrato a honorarios se corre el riesgo de que dichos facultativos continúen realizando labores clínicas en las mutualidades, con lo cual incurrirían en un conflicto de interés

al poner en entredicho la independencia de la Institucionalidad externa de calificación. Tampoco parece recomendable el pago por servicio prestado, pues dificulta el compromiso y su permanencia en el lugar de trabajo, y esto es crítico en el caso analizado pues existen escasos criterios clínicos establecidos explícitamente. Tampoco es recomendable dicha forma de pago porque aumenta el número de prestaciones sin dar garantías de la calidad de estas.

Los Protocolos de Calificación mencionan aspectos de gestión, documentación y procedimientos de los procesos de calificación, y no a los criterios clínicos que se deben tenerse en consideración para la calificación de enfermedades como laborales o comunes. Esa capacidad es más bien aprendida a lo largo de los años por profesionales que ejercen dichas labores en compañía de otros que ya las vienen ejerciendo desde tiempo atrás.

Otro punto para considerar en la definición de enfermedad profesional presente en la legislación de Chile. Esta considera para calificar una patología como profesional que esta haya sido *“causada de una manera directa por ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”*. Esta definición que aduce a la presunta monocausalidad de las enfermedades laborales en la actualidad aparece como obsoleta y puede que entrañe en parte la respuesta al alto porcentaje de denuncias que se rechazan.

En relación con el listado de enfermedades profesionales del país (Decreto Supremo 109) el listado data de 1968, en la actualidad debe ser actualizado. Este listado se compone de dos artículos, el 18 donde se describen los factores de riesgo y el 19 donde se enumeran las diferentes enfermedades profesionales que pueden ser causadas por el trabajo. No aparecen en él las ocupaciones más frecuentes en las cuales se encuentran las patologías mencionadas. Tampoco se hace distinción entre enfermedades que pueden ser atribuidas fácilmente al trabajo, como asbestosis, silicosis, auditivas, y otras donde esta relación es más difícil de comprobar.

Con respecto a la alta tasa de denuncias esto podría estar dado por la presión de las personas para que su enfermedad sea calificada como laboral, en el contexto de un sistema de patologías no laborales que no da suficientes garantías a sus afiliados.

El bajo porcentaje de calificación de patologías como profesionales podría deberse a una barrera de conocimiento y motivación por parte de los trabajadores, y a que gran parte de las consultas por accidente y enfermedad se realizan en los sistemas de salud común.

Una hipótesis para estudiar es si trabajadores que tienen menor educación, más riesgo y menor empoderamiento, por lo tanto, más probabilidad de tener una patología laboral consultan en el sistema común mayoritariamente, mientras personas con mayor nivel de información, mayor educación, empoderadas acerca de sus derechos y con menor riesgo laboral consultan en mayor número al sistema de mutualidades, lo que explicaría la alta tasa de rechazos.



Factores para considerar relacionados al bajo porcentaje de Enfermedades Profesionales en Chile: Elaboración Propia

5. Sugerencias

Debido a que en materia de salud ocupacional existen múltiples actores tanto públicos y privados y múltiple normativa. En ocasiones incluso algunas directrices se contradicen o no son homólogas en diferentes regiones del país.

Se propone crear una Institucionalidad única que esté a cargo de la implementar políticas en cuanto a materias de salud ocupacional. Es fundamental que el mismo organismo sea el encargado de calificar las enfermedades profesionales, así como de fiscalizar que los protocolos en materia preventiva se cumplan, pues ambas acciones son pilares fundamentales para pesquisar de una mejor manera las patologías profesionales en el país. Para el diseño de dicha Institucionalidad se debería considerar a actores públicos, privados, trabajadores y empresas, de modo que las diversas miradas queden plenamente representadas.

Se considera relevante eliminar el rol de “juez y parte” de las mutualidades, no obstante, se debe tener en consideración que considerando el panorama nacional es complejo escindir más una de las funciones del sistema, como es la calificación de enfermedades, para delegársela a otro organismo, pues complejizaría aún más las acciones y coordinación de las instituciones involucradas en salud ocupacional en el país.

Las mutualidades, como parte de los protocolos de calificación de EP encargan estudios de puesto de trabajo a empresas externas contratadas por ellas (Empresa de Servicios Asociación Chilena de Seguridad, Mutual Asesorías, entre otras) para que los lleven a cabo. Eventualmente estos estudios de puesto de trabajo resultan con errores: se evalúa un segmento corporal que no corresponde, las labores que se muestran no son las que hace el trabajador, entre otras. ¿cómo se solicitaría esta corrección de antecedentes, en caso de que la calificación estuviera externalizada a las mutualidades? La comunicación eficiente y rápida sería fundamental, tanto para este punto como para otros, porque además la normativa contempla, en pos de la eficiencia y oportunidad de atención a los pacientes, que cuando un paciente consulta por una EP la calificación debe estar lista en máximo 30 días corridos.

Esta simple comunicación podría verse dificultada por la burocracia de la comunicación Estado-organismo privado, ya que dentro del Estado es norma que la comunicación oficial con entes externos se realice por oficios, que demoran gestionarse por la oficialidad que implican, dilatando los procesos administrativos. Además, se debe considerar que posterior a la calificación, en caso de que la contingencia sea laboral se deben prescribir medidas correctivas,

que mitiguen los riesgos que enfermaron al paciente, o en casos extremos se debe indicar cambio de puesto de trabajo.

¿Quién estaría a cargo de dichas medidas? Este punto es especialmente complejo, debido a que involucra eliminar o mitigar factores de riesgo presentes en las labores que dieron origen a la enfermedad. En ese caso ¿Sería la misma autoridad del Estado quien daría la prescripción de medidas? ¿Cómo podría hacer que dichas medidas se cumplieran por parte de la empresa? En caso de delegarle la prescripción de medidas al Organismo Administrador ¿Cómo podría este pronunciarse técnicamente en cuanto a factores que él no considera de riesgo para enfermedad profesional? Eventualmente incluso pudiendo tener una opinión contraria al organismo estatal.

Se sugiere tomar acciones a la brevedad coordinadas para aumentar el reconocimiento de enfermedades profesionales en el país.

En suma, se sugiere observar la calificación de enfermedad profesional como una acción inmersa en una orgánica de salud laboral, y no como una acción aislada.

La institucionalidad que se haga de cargo de calificar debería a su vez tener competencias, o al menos un trabajo conjunto permanente con instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de normativas y protocolos en materias de seguridad e higiene laboral.

En cuanto al capital humano sanitario formado en salud ocupacional y específicamente en medicina del trabajo se sugiere que la Autoridad establezca un comité Académico en Salud Ocupacional, con participación de la mayor parte de los actores mencionados que se ocupe de generar conocimiento y entregar directrices acerca de cómo avanzar en cuanto a formar mayor número de profesionales con competencias en Salud Ocupacional y que se cree la especialidad de medicina del trabajo. Se debe procurar que esta materia se integre a las mallas curriculares de las carreras de medicina, así como que los profesionales médicos y otros sanitarios que atienden en Atención Primaria de salud común tengan conocimientos básicos en materias de Salud Ocupacional.

Se recomienda que los profesionales que estén a cargo de diseñar la política de calificación externa a las mutualidades sean prevencionistas de riesgos, ingenieros y médicos con amplia trayectoria en materia de salud ocupacional.

En relación con la calificación en comités por profesionales expertos en Medicina del Trabajo y de otras especialidades, se recomienda contratar a estos profesionales a lo menos por 22 horas. Esto supondrá un desafío para el Estado porque supone ser lo suficientemente competitivo en cuanto a sueldo y formación profesional, para lograr que los profesionales quieran dejar de trabajar horas en los organismos administradores y tomar como nuevo empleador al Estado. Cabe recordar que los criterios con los cuales resuelve la Autoridad en la actualidad no están escritos y que desarrollarlos para cada diagnóstico tomaría años de trabajo. La forma de calificar se va enseñando de médicos con experiencia a otros más jóvenes como una especie de tradición oral. Para lograr que el equipo médico adquiera este conocimiento se requieren años de trabajo de equipos bien afiatados, junto a una filiación importante con el lugar de trabajo y un alineamiento claro en cuanto a las directrices de las jefaturas. En caso de que se optara por el llamado “*fee for service*” o pago por acto médico, o en este supuesto, por caso calificado, haría fracasar el modelo debido a que como está ampliamente descrito en la literatura favorece que el clínico busque entregar mayor número de prestaciones, con el mayor gasto que eso implicaría para el Estado, independiente de la calidad de estas.

Para aumentar el porcentaje de calificaciones profesionales, se debe poner el incentivo en la calidad del trabajo realizado y no en el número de acciones (calificaciones) llevadas adelante.

Contratar a profesionales por 44 horas no resulta plausible, pues no es atractivo para un profesional médico ejercer como calificador durante la totalidad de su jornada, y abandonar la clínica completamente. Debido a que se debe equilibrar filiación contractual en conjunto con los intereses del profesional, el modelo que aparece como más posible es el de contratarlos por 22 horas, no obstante, ante esta posibilidad aparece otro punto crítico ¿se permitirá que el resto de las 22 horas esos profesionales sigan ejerciendo en las mutualidades,

como ocurre en la mayoría de los casos en la actualidad? En ese caso, este punto supondría un conflicto de interés, pues sería el mismo profesional perteneciente al OAL, sería quien ejercería las veces de calificador, esta vez contratado por el Estado.

Se recomienda al legislador revisar la definición de Enfermedad Profesional establecida por la ley N° 16.744 que hace mención de la “*relación directa*” con el trabajo, pues se trata de una concepción de la enfermedad obsoleta que hace alusión a la monocausalidad de la patología. Se recomienda revisar la definición de Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo que hace mención de enfermedades “*relacionadas al trabajo*” (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2023). Esta definición aduce a una etiopatogenia integral de la enfermedad, más actualizada, en donde el trabajo es el principal o uno de los principales factores gatillantes para la enfermedad, pero no el único. Para esta Agencia quedan en esta categoría por ejemplo los trastornos musculoesqueléticos y los trastornos mentales.

Se propone que el listado de Enfermedades Profesionales distinga entre dos categorías de enfermedades del Trabajo siguiendo los lineamientos de la OISS: Enfermedades Profesionales y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo, más o menos de la siguiente forma

Categoría	Proceso de calificación	Profesionales	Lugar de Calificación	Diagnósticos
Enfermedades Profesionales	Abreviada	Capacitados por SUSESO (no requiere la calidad de médico del trabajo)	-Atención Primaria de Salud -Centros Privados -Mutualidades	Asbestosis Silicosis Dermatosis profesional Hipoacusia laboral Entre otros **En este nivel podrían incluirse algunas patologías ME relacionadas claramente a ocupaciones: -Epicondilitis-Enfierradores -Tendinitis de Quervain-Podadores -Bursitis de rodilla-Albañiles que colocan pisos Entre otros
Enfermedades relacionadas con el trabajo	Por Protocolo	Médicos del trabajo y otros profesionales considerados en los protocolos establecidos	Dirección de Enfermedades del Trabajo	Trastornos musculoesqueléticos Trastornos de Salud Mental Cáncer ocupacional Entre otros

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, las mutualidades sólo se podrían pronunciar para calificar como laborales diversas EP. No estarían autorizadas a rechazar casos como patologías comunes.

Este modelo de calificación abreviada para aceptar casos como EP, por médicos capacitados en diferentes centros de atención de salud, disminuiría los costos del proceso de calificación, aumentaría el número de patologías calificadas como enfermedades profesionales y masificaría el conocimiento de medicina del trabajo.

Además, se recomienda que el listado de enfermedades profesionales incluya las ocupaciones más frecuentes donde se encuentran las patologías mencionadas en él, lo cual orienta la calificación.

Se propone la creación de la Dirección Estatal de Calificación de Enfermedades del Trabajo, dependiente técnica y administrativamente, directamente del Ministerio del Trabajo, que funcione con un órgano consultor tripartito (trabajadores, Estado, empresas), fiscalizada por la Superintendencia de Seguridad Social.



Referencias:

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2023). *Enfermedades relacionadas con el trabajo*. EU-OSHA. <https://osha.europa.eu/es/themes/work-related-diseases>
- Asociación de Mutualidades de Chile. (2016). *Asociación de Mutuales y Sistema de Seguridad Social. Presentación ante Cámara de Diputados*. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=46401&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Biblioteca Nacional de Chile. (2023). *Orígenes de la legislación laboral en Chile (1924-1931)*. Memoria Chilena. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3633.html>
- Centro UC Políticas Públicas. (2020). *Análisis del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional en Chile y Propuestas de Mejoramiento. Informe Final Diagnóstico y Propuestas*. https://politicaspublicas.uc.cl/content/uploads/2020/10/Informe_final_Estudio-Mutuales-CPP-UC-3.pdf
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales. (2023). *Medicina del trabajo – Prevención de Riesgos Laborales*. CEOE. <https://prl.ceoe.es/informacion/glosario/medicina-del-trabajo/>
- Cooperativa.cl. (2023, January 8). *Ministra Jara espera que la reforma previsional se apruebe para fin de año - Cooperativa.cl*. Cooperativa.Cl. <https://cooperativa.cl/noticias/pais/gobierno/gabinete/ministra-jara-espera-que-la-reforma-previsional-se-apruebe-para-fin-de-ano/2023-01-08/125957.html>
- Decreto Supremo N°109. (n.d.). *Aprueba reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 16.744, que estableció el Seguro Social contra los riesgos por estos accidentes y enfermedades*.
- Echeverría, M. (2010, August 27). *La tragedia de San José y la preocupación por la seguridad de los trabajadores*. The Clinic. <https://www.theclinic.cl/2010/08/27/la-tragedia-de-san-jose-y-la-preocupacion-por-la-seguridad-de-los-trabajadores/>
- El Mostrador. (2019, October 22). *Los Andes: manifestantes queman ambulancia y realizan destrozos en Mutual de Seguridad*. El Mostrador. <https://www.elmostrador.cl/noticias/multimedia/2019/11/22/los-andes-manifestantes-queman-ambulancia-y-realizan-destrozos-en-mutual-de-seguridad/>
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena De Salud Pública*, 9(2), 103–110.
- Garcés, J. (2023, February 22). *Los puntos que debe incluir la reforma a mutuales según trabajadores del salmón*. Salmonexpert. <https://www.salmonexpert.cl/mutuales-trabajadores/los-puntos-que-debe-incluir-la-reforma-a-mutuales-segun-trabajadores-del-salmon/1491682>

- Indey, A. (2023, April 28). *Sindicato Intempresa Líder entrega carta al presidente Boric exigiendo mejoras en la seguridad laboral de los trabajadores Actualidad*. El Ciudadano. <https://www.elciudadano.com/actualidad/sindicato-intempresa-lider-entrega-carta-al-presidente-boric-exigiendo-mejoras-en-la-seguridad-laboral-de-los-trabajadores/04/28/>
- Jiménez, J. P., Olhaberry, M., Altimir, C., Errázuriz, P., & Dagnino, P. (2021, November 8). *Salud mental en Chile: urgencias, desafíos y silencios - CIPER Chile*. CIPER. <https://www.ciperchile.cl/2021/11/08/salud-mental-en-chile-urgencias-desafios-y-silencios/>
- León, C. (2022, December 19). *Ministra Jara define agenda 2023: 40 horas, negociación multinivel y equidad salarial*. Diario Financiero. <https://www.df.cl/jeannette-jaraministra-del-trabajoministra-jara-define-agenda-2023-40>
- León, C. (2023, January 9). *Suseso reforzará este año la fiscalización de licencias médicas y beneficios de las cajas | Diario Financiero*. Diario Financiero. <https://www.df.cl/economia-y-politica/pais/suseso-reforzara-este-ano-la-fiscalizacion-de-licencias-medicas-y>
- Ley N°16.744. (1968). *Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Diario Oficial de la República de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile, Dirección del Trabajo de Chile, & Instituto de Seguridad Laboral de Chile. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf
- Novoa, R. (2020, October 18). *Parte del tercer piso del edificio de la Mutual de Seguridad fue incendiado*. ADN. <https://www.adnradio.cl/nacional/2020/10/18/parte-del-tercer-piso-del-edificio-de-la-mutual-de-seguridad-fue-incendiado.html>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2019). *Estándares OISS de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía para la Gestión de las Enfermedades Profesionales*. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/06/EOSyS-19-EEPP.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001*. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/normative-instruments/WCMS_112582/lang--es/index.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *OPS/OMS estima que hay 770 nuevos casos diarios de personas con enfermedades profesionales en las Américas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8606:2013-paho-who-estimates-770-new-cases-daily-people-occupational-diseases-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2023). *Diplomado UC Online Salud ocupacional*. <https://educacioncontinua.uc.cl/programas/diplomado-en-salud-ocupacional/>
- Rivas, C. (2023, March 15). *Reforma de mutuales: ¿se justifica crear un órgano externo?* Diario Financiero.

- Sandaña, C. (2019). *El impacto de los casos no registrados de cáncer y enfermedades respiratorias crónicas de origen ocupacional en Chile* [Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182627/Tesis%20Carlos%20Sandaña.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Subsecretaría de Educación Superior de Chile. (2023). *Estadísticas por carrera*. Ministerio de Educación de Chile. <https://www.mifuturo.cl/buscador-de-estadisticas-por-carrera/>
- Subsecretaría de Previsión Social de Chile. (2023). *Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*. <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/pnsst/>
- Superintendencia de Salud. (2022). *Documento de Trabajo. Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre a enero de 2022*.
https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-21069_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2022). *Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021*. https://www.suseso.cl/605/articles-679828_recurso_1.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023a). *Estadísticas de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Informe Regional 2022*. <https://www.suseso.cl/607/w3-article-705798.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023b). *Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2022*. <https://www.suseso.cl/607/w3-article-707000.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023c). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023d). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro I. Descripción General del Seguro, Título VIII. Regulación y Fiscalización, A. Superintendencia de Seguridad Social*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136894.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023e). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136354.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023f). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, Título III. Calificación de enfermedades profesionales, A. Protocolo General*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136474.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023g). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, Título III. Calificación de enfermedades*

- profesionales, A. *Protocolo General, Capítulo III. Requisitos de los calificadores, 1, Médico del Trabajo*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136507.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023h). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, Título III. Calificación de enfermedades profesionales, A. Protocolo General, Capítulo III. Requisitos de los calificadores, 2. Comité de Calificación*. <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136510.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023i). *Compendio de Normas que regulan a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar. Libro VIII. Sistemas de Información, Informes y Reportes, Título III. Procedimiento Contencioso Administrativo Electrónico (PAE)*. <https://www.suseso.cl/620/w3-propertyvalue-608377.html>
- Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023j). *¿Qué instituciones administran el seguro de la Ley N°16.744?* <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19892.html>
- Temporelli, K. (2010). Algunas reflexiones sobre la inducción de la demanda y su relación con los sistemas de pago en los mercados de asistencia sanitaria. *Ciencias Económicas*, 28(2), 355–365.
- Universidad de Chile. (2023). *Diploma en Salud Ocupacional - Medichi*. <https://medichi.uchile.cl/diploma-en-salud-ocupacional-5/>
- Universidad de Los Andes. (2023a). *Diplomado en Salud Ocupacional Intensivo - Postgrados Universidad de los Andes*. <https://postgradosuandes.cl/diplomados/diplomado-en-salud-ocupacional-modalidad-intensiva/>
- Universidad de Los Andes. (2023b). *Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental - Postgrados Universidad de los Andes*. https://postgradosuandes.cl/magister/magister-en-salud-ocupacional-y-ambiental/?gclid=Cj0KCQjwmtGjBhDhARIsAEqfDEeqkWyB9y73L7BOcAKJSWbYoimVlFvYtGO-ffuIGcPFEQMkwBbhLXlaAh62EALw_wcB
- Universidad de Santiago de Chile. (2023). *Diplomado en Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional – Departamento de Ingeniería Industrial Universidad de Santiago*. <http://www.ingenieriaindustrial-usach.cl/en/vinculacion-con-el-medio-5/educacion-continua-3/diplomado-en-gestion-de-la-seguridad-y-salud-ocupacional/#perfil-egresado214a-8f6db04e-9837>
- Universidad del Desarrollo. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2*. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- Universidad Viña del Mar. (2023). *Diplomado en Higiene Ocupacional y Salud en el Trabajo*. <https://www.uvm.cl/diplomado-higiene-ocupacional/>
- Vargas, M. C. (2015). *Seguridad y Salud en el Trabajo en Chile. Diagnósticos y Propuestas*. <https://saludpublica.uchile.cl/dam/jcr:705fd725-d5fe-4df9-b423->

7b6038106b65/VARGAS%20CAROLINA%20(2015)%20%20DIAGN%20STICO%20Y%20PROPUE
STAS%20SST.pdf

World Health Organization. (n.d.). *Occupational health*. Retrieved June 10, 2023, from
<https://www.who.int/health-topics/occupational-health>