

# ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN CHILE Y PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO

INFORME FINAL DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS

*Mayo 2020*



# 1. INTRODUCCIÓN

La Asociación de Mutuales de Chile encargó al Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica un Análisis del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional en Chile.

El objetivo general de este estudio es estructurar una propuesta de actualización al marco regulatorio del sistema de seguridad y salud ocupacional (Ley N° 16.744 y DFL 285), tomando en consideración las características actuales del mercado laboral y asegurando la sustentabilidad del sistema.

Los objetivos específicos definidos para este trabajo fueron:

- Relevar las características del sistema sobre el que opera la Ley de accidentes laborales y enfermedades profesionales, en términos de su aporte al desarrollo económico y social del país.
- Generar propuestas de política pública para actualizar y fortalecer su marco legal, considerando la realidad del mercado laboral de hoy y las demandas sociales actuales y futuras.
- Realizar una propuesta que fomente mayor efectividad y eficiencia en la administración del sistema, buscando potenciar la salud y seguridad de los trabajadores del país y apoyar la competitividad de las empresas de Chile.

Este estudio consta de tres etapas:

- Etapa de Diagnóstico.
- Etapa de Identificación de Amenazas y Oportunidades.
- Etapa de Identificación de Cambios Regulatorios.

El equipo de trabajo que participó en la elaboración de este diagnóstico estuvo integrado por:\*

- **Marcos Singer**, Director del MBA PUC. PhD en Investigación operativa, Columbia University.
- **Ignacio Irrarrázaval**, Director del Centro de Políticas Públicas UC. PhD Social Policy en London School of Economics.
- **Pedro Traverso**, M.Sc. in Industrial Engineering and Operations Research, University of California at Berkeley.
- **Nicolás Muñoz**, Economista. Master in Public Administration, London School of Economics.
- **Martín Coloma**, Ingeniero Civil UC.
- **Humberto Jiménez**, Economista y Master en Análisis Económico (c), Universidad de Chile.
- **Alberto Aylwin**, Ingeniero Agrónomo UC.

#### Equipo Experto

- **Jorge Tarzijan**, PhD. in Managerial Economics and Strategy, Kellogg Northwestern University, EEUU.
- **Gonzalo Edwards**, PhD., Engineering-Economic System, Universidad de Stanford.
- **Juan Gabriel Fernández**, PhD. Economía, Boston University.
- **Nicolás Frías**, Abogado, LLM UCLA.
- **Carlos Díaz**, M.A. in Economics, University of California, Los Angeles, EE.UU.

---

\* Agradecemos el aporte y comentarios hechos a esta investigación al **Dr. Alejandro Morales**, especialista UC en Medicina Ocupacional y al abogado laboral **Joaquín Rodríguez**. También agradecemos la colaboración de **Paula Ibañez, Nancy Pizarro y Gianni Anelli**, investigadores del Centro UC Políticas Públicas.

# CONTENIDO

1. Introducción	02
2. Descripción General de la Protección Social en Chile	07
2.1 Desempleo	08
2.2 Accidentes y Enfermedades de Origen Común	08
2.3 Familia y Niñez	11
2.4 Invalidez y Sobrevivencia	11
2.5 Pobreza y Exclusión Social	12
2.6 Vejez	12
3. Descripción General del Sistema de Salud y Seguridad Laboral	13
3.1 Características generales del seguro	13
3.2 Servicios de prevención	25
3.3 Prestaciones de Salud	32
3.4 Prestaciones Económicas	35
4. Análisis teórico del sistema de SSL chileno	45
4.1 Metodología	45
4.2 Resultados	46
5. Comparación cualitativa del sistema del SSL chileno	65
5.1 Metodología	65
5.2 Resultados	65
6. Comparación cuantitativa del sistema del SSL chileno	76
6.1 Metodología	76



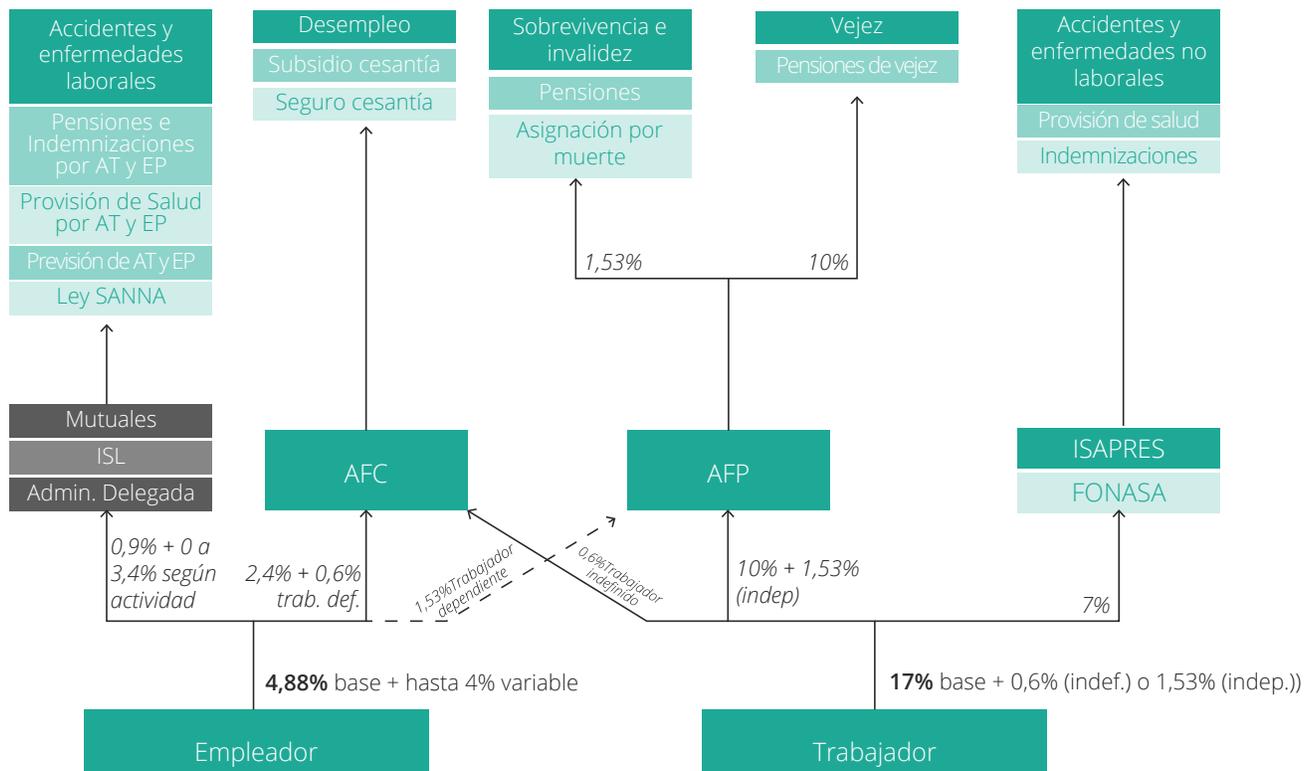
11.4 Efectividad	163
11.5 Transparencia y Gobierno corporativo	163
12. Propuestas	164
12.1 Creación de Panel de Expertos de la SSL	165
12.2 Mejoramiento del proceso de calificación y cobertura de enfermedades profesionales	169
12.3 Promoción de la salud y prevención integral de enfermedades que pueden ser agravadas por el trabajo	176
12.4 Ajuste de tasa para trabajadores independientes	178
12.5 Tasa mixta Pymes	188
12.6 Eliminación de black-out de competencia y mejoramiento de información de tasa	190
12.7 Análisis y mejoramiento de la eficacia y eficiencia de los sistemas de calificación actuales	191
12.8 Mejoramiento de gestión de accidentes de trayecto	193
12.9 Mejoramientos del gobierno corporativo y gobernanza	201
13. Anexos	203
13.1 Anexo 1: Cálculo de Cotización Adicional	203
13.2 Anexo 2: Sistema de Seguridad y Salud Laboral: El caso español	207
13.3 Anexo 3: Recopilación de proyectos de ley que modifican la normativa relevante respecto a las mutuales en Chile desde 1993	213
13.4 Anexo 4: Mercado Laboral	226
14. Referencias	231

## 2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN CHILE

El sistema de Protección y Seguridad Social de Chile está constituido por un amplio conjunto de programas, que buscan generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso (Gattini, 2017).

El sistema abarca las problemáticas de desempleo, invalidez y sobrevivencia, vejez, y accidentes y enfermedades tanto generales como laborales. La Figura 1 muestra un esquema general de la protección social en Chile distinguiendo las fuentes del financiamiento. Este esquema no considera todos los programas estatales adicionales que están disponibles para cada problemática. El programa de protección social relacionada a los accidentes y enfermedades profesionales se describe en la Sección 3. A continuación, se exponen brevemente y en términos generales los otros programas de protección social.

Figura 1: Esquema General de Protección Social en Chile.



Fuente: elaboración propia.

Es importante mencionar que el 0,94% que paga el empleador de cotización (sin considerar cotización adicional diferenciada) a las empresas de seguridad laboral se divide en tres componentes: la cotización base, correspondiente a un 0,9%, a este porcentaje se le suma un 0,01% de cotización extraordinaria y se completa con un 0,03% va directa y exclusivamente a financiar el Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas (SANNA). Los recursos recaudados para la Ley SANNA son recolectados por las mutualidades. El año 2020 la cotización bajará de 0,94% a 0,93%, explicado por la eliminación del 0,01% la cotización extraordinaria. Sumado a esto, la cotización variable en el seguro laboral puede variar según siniestralidad efectiva después de los respectivos periodos de evaluación por parte de las mutualidades, pudiendo llegar a una cotización adicional tope de un 6,8%. Finalmente, en el caso de la salud común, las ISAPRES cobran un porcentaje de cotización adicional dependiendo de los planes de salud contratados.

## 2.1 Desempleo

Constituye un conjunto de programas que buscan proteger al trabajador en situaciones de pérdida del trabajo. Para esto, se basa en un pilar de potenciamiento y capacitación laboral, y en otro de apoyo financiero compuesto por seguros y subsidios.

### 2.1.1 Programas de empleabilidad

Se compone de todos los programas que busquen mejorar el nivel y calidad de la empleabilidad. Se incluyen programas de capacitación, generación de empleo, de reinserción y de reconversión laboral. Todos estos programas son llevados a cabo por el SENCE, el programa ProEmpleo o FOSIS. Al ser todos programas estatales, su financiamiento también lo es.

### 2.1.2 Seguros de cesantía

El seguro de cesantía busca proteger económicamente y de forma transitoria a un trabajador que perdió su trabajo. Este seguro es financiado en conformidad con el artículo N°5 de la Ley N°19.728 (2001), que expresa que la cotización es obligatoria y está constituida por un 2,4% de la remuneración imponible a cargo del empleador, más un 0,6% si el trabajador tiene contrato definido. Si el trabajador tiene contrato indefinido, ese mismo 0,6% va a cargo del trabajador. Este programa es llevado a cabo por la Administradora de Fondos de Cesantía (AFC Chile), con supervisión de la Superintendencia de Pensiones.

### 2.1.3 Subsidios de cesantía

Basado en un pilar solidario, este subsidio es un fondo de reparto, que tiene aportes tanto del Estado como del empleador, y cumple la función de otorgar el beneficio del seguro de cesantía cuando éste es insuficiente para una persona en particular. El financiamiento por parte de los privados corresponde a un 0,8% de la remuneración imponible (proveniente del 2,4% pagado por el empleador), y el aporte estatal es de 225.792 UTM por año (AFC Chile, s.f.).

## 2.2 Accidentes y Enfermedades de Origen Común

El sistema de salud de enfermedades comunes es la parte del sistema de protección social en salud encargada de la prevención, tratamiento y rehabilitación de la población. Entre otros objetivos, se busca generar condiciones de igualdad y de oportunidad de acceso a la salud de todas las personas de Chile.

### 2.2.1 Atención de salud

El sistema chileno de atención en salud tiene dos tipos de aseguradores: público y privado. El primero es representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el segundo está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional Privadas (ISAPRES). Ambos sistemas otorgan seguros de salud para la población, dándole acceso a la atención primaria, secundaria y de urgencia a las personas que así lo requieran. Ambos sistemas operan bajo un régimen contributivo, significando una cotización correspondiente al 7% de la renta del trabajador más una cierta cotización adicional en el caso de ISAPRES según el plan de salud contratado. Se exenta de cotizar a ciertos grupos vulnerables, los cuales se atienden en FONASA con financiamiento estatal.

Cabe mencionar que FONASA financia dos tipos de Modalidades de Atención: de Libre Elección e Institucional. La Modalidad Libre Elección (MLE) es aquella donde el beneficiario tiene la libertad de elegir tanto al doctor como al recinto hospitalario, sea privado o público, para que las prestaciones requeridas sean otorgadas. La Modalidad de Atención Institucional (MAI) otorga prestaciones médicas a todos las instituciones que sean parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Por su parte, las ISAPRES cubren las prestaciones de salud de una Red de Prestadores determinada, de acuerdo al Plan de Salud con el que cuente el afiliado. El correcto funcionamiento de este sistema es supervisado por la Superintendencia de Salud, creada específicamente para este fin.

### 2.2.2 Programas de salud pública

Incluye todas las iniciativas y planes nacionales, llevados a cabo y financiados por el Ministerio de Salud, para mejorar las condiciones sanitarias de grupos específicos o de todas las personas en el país. Aquí se encuentran los programas de inmunización, Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), prestaciones de enfermedades raras y complejas, Ley de Donación de Órganos, programas de alimentación complementarias, entre otros (MINSAL, 2018).

### 2.2.3 Interacción con la salud laboral

En ocasiones el sistema de salud laboral recibe requerimientos de atención que corresponden al sistema de salud común y viceversa. Cada sistema está obligado a entregar las primeras prestaciones de salud que sean requeridas, pero tiene la opción de derivar al sistema de cobertura de salud pertinente el otorgamiento de prestaciones económicas y de salud futuras, si considera que el requerimiento del paciente no califica para acceder los beneficios que cada uno otorga.

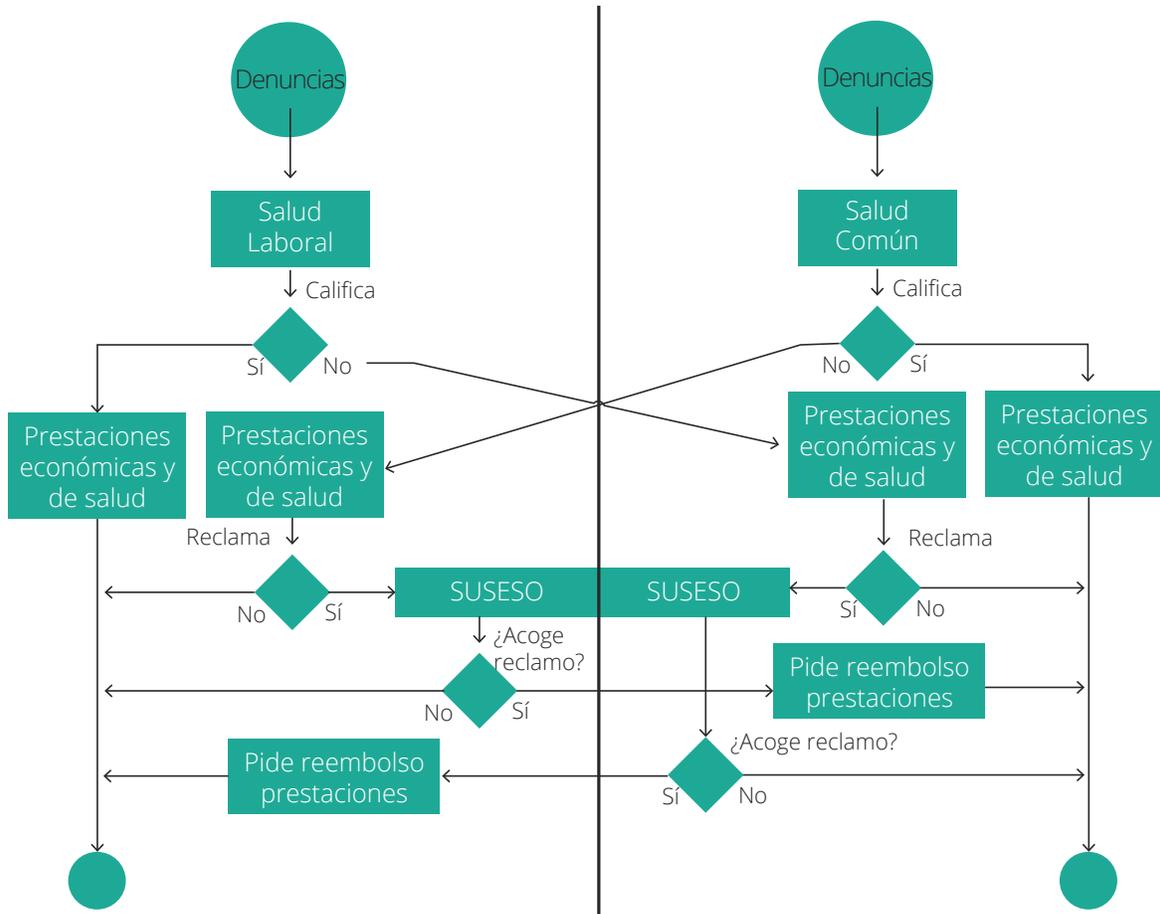
No obstante, el trabajador nunca queda descubierto, ya que el artículo 77° bis a la Ley N°16.744 obliga al seguro de salud al cual fue derivado la licencia a darle todas las prestaciones de salud y económicas al trabajador.

Después de haber otorgado un tratamiento y las prestaciones correspondientes, si el sistema que tuvo que aceptar el trabajador de manera obligatoria considera que la licencia no calificaba según lo que su seguro cubre, puede reclamar a la Superintendencia de Seguridad Social, la cual dirime si acoge o no el recurso.

En caso de que lo haga, puede solicitar el reembolso de todos los gastos monetarios en los que se incurrió por el Artículo 77° bis al sistema de salud que rechazó el tratamiento en primera instancia. Cabe mencionar

que existen casos extraordinarios en donde se puede llevar a las cortes de justicia la sentencia llevada a cabo por la SUSESO, pero son casos relativamente poco comunes. La Figura 2 esquematiza las interacciones descritas.

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



**Fuente:** elaboración propia.

## 2.3 Familia y Niñez

Son programas de apoyo económico por parte del Estado enfocados en cuidar y proteger el entorno familiar, especialmente del niño.

### 2.3.1 Asignación familiar

Las asignaciones son beneficios entregados a personas trabajadoras dependientes o independientes, que perciben ingresos, cotizan y pueden mantener a su familia (ChileAtiende, 2018). El monto es proporcional al ingreso del trabajador y las causantes de la asignación incluye: invalidez del cónyuge, orfandad, viudez, embarazo de la madre, entre otras. Los beneficios son entregados por las Cajas de Compensación y el Instituto de Previsión Social.

### 2.3.2 Programas de auxilio escolar

Son los programas llevados a cabo por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que incluyen beneficios como la Tarjeta Nacional Estudiantil (TNE), becas para educación básica, media y superior, y el Programa de Alimentación Escolar (PAE).

### 2.3.3 Subsidios familiares

Los subsidios familiares son entregados a personas que no tienen ingresos y, por ende, no cotizan. Esta sección incluye el programa de post-natal parental, los subsidios familiares para el recién nacido y madre embarazada. Los beneficios son entregados por las Cajas de Compensación y el Instituto de Previsión Social.

### 2.3.4 Ley SANNA

El Seguro de Acompañamiento de Niños y Niñas (ley SANNA) es un Seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud.

Son beneficiarios del SANNA los trabajadores y trabajadoras y los trabajadores temporales cesantes, que sean padre o madre de un niño o niña, que se encuentre afectado por una condición grave de salud, según

lo establecido en el artículo 7° de la Ley N°21.063. También son beneficiarios del Seguro el trabajador o trabajadora y el trabajador temporal cesante afectos al Seguro, que tenga a su cargo el cuidado personal de dicho niño o niña, otorgado por resolución judicial.

## 2.4 Invalidez y Sobrevivencia

Los programas de invalidez y sobrevivencia son parte del sistema previsional, que entregan financiamiento a todas las personas que ya no pueden generar ingresos debido a invalidez o muerte de una de las fuentes principales de ingresos del grupo familiar (sobrevivencia).

### 2.4.1 Pensiones de invalidez y de sobrevivencia

El Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) está compuesto por todas las prestaciones económicas, complementarias a las cuentas de ahorro individuales, destinadas a cubrir las situaciones de invalidez, orfandad y viudez (Macías, El Seguro de Invalidez y Sobrevivencia en el Sistema Chileno de Pensiones, 2017). Está financiado por una cotización adicional de un 1,53% de la renta imponible del trabajador, a cargo del empleador en el caso de trabajadores dependientes, la cual es administrada por las AFP.

### 2.4.2 Asignación por muerte

Es en esencia una cuota mortuoria en caso de que un afiliado fallezca. La AFP otorga un beneficio por una cantidad fija de dinero para que la familia del afiliado pueda costear parte de los gastos funerarios. (Superintendencia de Pensiones, s.f)

### 2.4.3 Fondos y programas nacionales

Son programas orientados a la inclusión social de personas con discapacidad, en conformidad con la Ley N°20.422, donde según el artículo N°1, se busca “asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad” (Ministerio de Desarrollo Social, 2010). Se destacan los programas de Capacitación para Discapacitados administrados por el

SENCE y los programas de inclusión laboral para discapacitados ejecutados por el Ministerio de Desarrollo Social.

## 2.5 Pobreza y Exclusión Social

Los programas de esta sección apuntan a proteger y promover el desarrollo a toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad, ya sea etaria, económica, laboral, formativa o residencial, entre otras. El organismo encargado de llevar a cabo estas políticas es el Ministerio de Desarrollo Social, con el aporte de otros ministerios según el programa, todos con financiamiento estatal.

### 2.5.1 Beneficios sociales

Se puede distinguir entre los beneficios temporales y los permanentes. El primero incluye programas de capacitación, becas y de intervención de poblaciones (Chile Barrio). El segundo apunta al acceso continuo a beneficios en salud, vivienda, educación y subsidios.

### 2.5.2 Bonos

Son todos los bonos solidarios que entrega el gobierno apuntando a los grupos que sean considerados vulnerables. Entre otros, se pueden encontrar los bonos que forman parte del Ingreso Ético Familiar y los bonos de alimentos.

### 2.5.3 Programas para grupos vulnerables

Programas especialmente dedicados a sacar a ciertos grupos de la situación de vulnerabilidad. Un claro ejemplo de esto es el programa Compromiso País, que según su página web: “Es un programa que busca identificar, priorizar y gestionar los grupos vulnerables, atendiendo sus problemáticas mediante soluciones colaborativas entre el sector público, privado, académico, sociedad civil y los propios usuarios” (Gobierno de Chile, 2018).

### 2.5.4 Subsidios de vivienda

Corresponden al beneficio único otorgado a grupos vulnerables para la compra o arriendo de una propiedad para el uso habitacional del beneficiado.

## 2.6 Vejez

Los programas de vejez son parte del sistema previsional chileno que busca proveer ayuda económica a todas las personas que ya no pueden generar ingresos debido a su edad, buscando mantener su calidad de vida.

### 2.6.1 Pensiones de vejez

Este programa se encarga de entregar a los jubilados un ingreso mensual que depende de lo que ahorraron a lo largo de su vida laboral, para garantizar un nivel de calidad de vida similar al que tenían durante su etapa como trabajadores. El sistema de pensiones tiene dos modalidades, una es un sistema tradicional de reparto, operado por el Instituto de Previsión Social (IPS), y la otra es una cuenta de capitalización individual, donde el trabajador tiene una cuenta de ahorro que es manejada por las Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP). Ambas instituciones son supervisadas por la Superintendencia de Pensiones, creadas específicamente para fiscalizar y regular el sistema de pensiones.

Este programa es financiado por una cotización obligatoria del 10% de la renta imponible del trabajador. Sumado a esto, una persona puede optar a hacer un aporte voluntario con el fin de aumentar el monto de jubilación (Macías, 2018).

### 2.6.2 Programas de bienestar y salud del adulto mayor

Los programas asociados a bienestar cubren un amplio rango de planes, que incluye desde ayuda económica, como los bonos bodas de oro, a la realización de talleres para un envejecimiento activo. Por su parte, los programas de salud, son principalmente preventivos, y buscan que el adulto mayor logre tener una vejez lo más funcional y sana posible. Aquí se pueden encontrar, entre otros, programas de alimentación, que busca disminuir el déficit nutritivo y malnutrición que tienen los adultos mayores para mejorar su calidad de vida (MINSAL, 2015). También el examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM), en donde se clasifica a cada adulto mayor según su riesgo de accidentes que deriven en pérdida de capacidad motora, o lo propensos que pueden ser a accidentes cardio o cerebrovasculares. Estos programas tienen financiamiento estatal.

### 3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL

En esta sección se presenta una descripción general del sistema de salud y seguridad laboral, su alcance y funcionamiento, con el objetivo de caracterizar de forma general sus principales componentes, actores y procesos.

Se comienza por dar una descripción general del seguro, de su historia y de su génesis político-social. Luego, tras una breve definición de conceptos mencionados en la ley, se describe en detalle cada una de las tres prestaciones que la normativa obliga a impartir. Esto, mencionando las obligaciones que recaen en cada uno de los actores involucrados, la manera en que se hace operativa la prestación y otras consideraciones mencionadas por la ley.

#### 3.1 Características generales del seguro

El Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales tiene el objetivo de asegurar prestaciones médicas, económicas y de prevención a todos los trabajadores protegidos, entregando a cada uno el mismo set de beneficios sin distinguir por sexo, edad, categoría ocupacional. Constituye entonces un sistema solidario, con el foco puesto en la prevención de accidentes y enfermedades, orientado a la recuperación de la salud y la función ocupacional para beneficio del trabajador y de las entidades empleadoras.

El porcentaje de cotización mensual es el mismo para todos los trabajadores de una empresa, independiente de su posición dentro de la estructura de ella. El tipo de prestación recibida se relaciona con las necesidades derivadas de un accidente del trabajo o de una enfermedad ocupacional, y no con la capacidad de pago de los afiliados.

#### 3.1.1 Historia del seguro y contexto histórico de la Ley N°16.744

Según relata Carolina Vargas Viancos en “Seguridad y Salud en el Trabajo en Chile: Diagnóstico y Propuestas” (2015), la primera ley que fue exclusiva de accidentes laborales se dictó en 1916 bajo el gobierno de Juan Luis Sanfuentes, y fue una entre otras leyes de seguridad social que se promulgaron durante su mandato. Se trata de la ley N° 3.170, conocida como “Accidentes del Trabajo”. Dicha ley establece que el empleador (el patrono como se menciona en la ley) debe pagar tanto los gastos médicos como una indemnización o pensión según corresponda, hasta la completa recuperación y reincorporación de dicho trabajador a su trabajo. Para ello tendrían la posibilidad de asegurar el riesgo con una sociedad mutua o con una compañía de seguros.

Este seguro sin embargo no sería de carácter obligatorio, lo que se tradujo en una baja cobertura. Según mencionaba la ley, los accidentes en el trabajo debían ser demostrados a través de un juicio civil por parte del trabajador, lo cual le imponía una barrera importante para hacer uso del beneficio. Hasta este momento, la ley no consideraba como responsabilidad del empleador la prevención. Tampoco se consideraron enfermedades profesionales en esta legislación.

El siguiente hito relevante en esta materia ocurrió en 1924, con la promulgación de la ley N° 4.054, llamada “Seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo”. Inspirada en la experiencia alemana bajo el mandato del canciller Otto Von Bismarck, se estableció un seguro esta vez obligatorio y que incluía además de los accidentes en el trabajo, las enfermedades profesionales. Para administrar este seguro se crean la llamada “Caja Central” y las “Cajas Locales”. El financiamiento de este seguro era compartido entre el asegurado (2%), el empleador (3%) y el Estado (1%). Otra ley que se promulga en paralelo establece que la prueba del accidente laboral debía ser otorgada por

parte del empleador, eliminando así la obligación de pasar por un juicio civil.

En 1945 ocurre en Chile una de las mayores tragedias mineras conocidas hasta ese entonces. En el mes de junio en la mina de El Teniente, un incendio provoca una fuerte emisión de humo al interior de la mina que termina por intoxicar y provocar el fallecimiento de 345 trabajadores, junto a otros 747 heridos y afectados. A partir de ese hecho la industria minera comienza a incorporar prácticas modernas de prevención, y el tema se instala como parte de la discusión pública respecto a la seguridad social y laboral. Ese mismo año, la Ley N° 8.198 estableció prestaciones económicas que eran “variables en función de las remuneraciones efectivas del trabajador” (CIEDESS, 2016). Además, se creó un fondo de garantía constituido por empleadores que no estaban asegurados a través de una compañía de seguros, para poder responder al cumplimiento de la ley.

Institucionalmente un cambio clave en la legislación ocurrió siete años después, en 1952, cuando se promulga la Ley N°10.383, que modifica la anterior ley de “Seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo”. Se mantiene la obligatoriedad del seguro y sus características, pero se crean dos instituciones que pasan a hacerse cargo de la administración e implementación de dicho seguro. Por un lado, se crea el Servicio de Seguro Social (SSS) que reemplaza a la anterior Caja de Seguro Obligatorio. Dicha institución queda con la responsabilidad de realizar las tareas de administración de los recursos y otorgar las prestaciones económicas establecidas por la ley. Por su parte, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) que queda con la responsabilidad de otorgar las prestaciones de salud ya sea para accidentes y enfermedades de origen laboral o común, además de la responsabilidad de realizar labores de prevención en todo el sistema (Vargas, 2015).

Luego de la promulgación de la ley del año 1952, y al amparo de una disposición incluida en el código del trabajo de 1925, se crean tres agrupaciones empresariales denominadas Mutualidades de Empleadores (CIEDESS, 2016). Estas son las que, hasta el día de hoy, administran el seguro contra accidentes y enfermedades en el trabajo. La primera de ellas fue el Instituto

de Seguridad del Trabajo (IST), el cual fue creado por la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua (ASIVA) en la quinta región el año 1957. Un año después, en 1958 la Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA) creó la Asociación Chilena de Seguridad. Finalmente, en 1966 la Cámara Chilena de la Construcción creó la Mutual de Seguridad (Vargas, 2015).

Años después, en 1968 se promulga la Ley N° 16.744 con la cual se incorpora al sistema de Seguridad Social chileno la cobertura de los riesgos profesionales que, hasta esa fecha, era responsabilidad exclusiva del empleador (CIEDESS, 2016).

### 3.1.2 Génesis política-social de la ley

El Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales fue establecido durante el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva. En el mensaje presidencial que inicia el trámite constitucional de la ley, se destaca que los fundamentos doctrinarios del nuevo seguro implican el cambio desde la teoría de la responsabilidad objetiva hacia el carácter social del seguro, siguiendo además las tendencias legislativas contemporáneas adoptadas por el mundo occidental tras el fin de la segunda guerra mundial.

---

***“La teoría de la responsabilidad objetiva fue particularmente defendida a principios de siglo (...). Proyectada ella al campo de los Accidentes del Trabajo y de las Enfermedades Profesionales implica colocar de cargo de los Empresarios la responsabilidad exclusiva por los accidentes y enfermedades que ocurran a los obreros a causa o con ocasión del trabajo, aun cuando ellos se deban a caso fortuito o a culpa del trabajador.***

***Ahora bien, si el empresario era el único y exclusivo responsable, él podía asegurar su eventual responsabilidad donde estimare conveniente. Esta fue pues, la razón jurídica que permitió que se aseguraran tales responsabilidades libremente en compañías mercantiles de Seguros, con las consecuencias por todos conocidos.”***

---

**Mensaje presidencial Ley N° 16.744, 05 de enero de 1966.**

---

El enfoque social del seguro está basado en las necesidades reales de los trabajadores accidentados o enfermos. Por su carácter social, es la sociedad en su conjunto quien contribuye al financiamiento del seguro, el que deberá ser administrado conforme a reglas y organismos que la sociedad determine, y los problemas de su aplicación deben resolverse no como un asunto entre dos privados, sino considerando a los organismos administradores del seguro como representantes de la sociedad ante los cuales el empresario es un tercero.

---

***“... se reemplaza, en nuestra legislación, la teoría de la responsabilidad objetiva por la teoría de la solidaridad nacional, que obliga a toda la comunidad a la indemnización de estos riesgos. O sea, nuestro seguro, además de obligatorio, pasa a convertirse en un seguro social, lo cual importará, en definitiva, que toda la masa trabajadora del país, incluso los que desarrollan sus labores en forma independiente y aquellos que están estudiando y perfeccionándose para el trabajo, quedarán amparados contra estos riesgos”.***

Mensaje presidencial Ley N° 16.744, 05 de enero de 1966.

---

También se menciona que el proyecto fue estructurado sobre la base del principio de unidad. Esta unidad, según el mensaje presidencial, se entiende como “unidad del sistema de seguridad social que se aplicará a una colectividad, dentro de la multiplicidad de organismos de administración.”

---

***“Estos organismos alcanzan la ‘unidad’ aplicando los mismos o idénticos preceptos, otorgando las mismas prestaciones, observando los mismos criterios frente a las diversas cuestiones que suscite la aplicación del seguro, etc”.***

Mensaje presidencial Ley N° 16.744, 05 de enero de 1966.

---

Con respecto a los organismos administradores del seguro, se mencionan las razones que llevaron a que este rol sea ejercido por las mutuales de empleadores sin fines de lucro. Se destaca la evidencia relacionada con la eficiencia que habían demostrado en reducción de índices de frecuencia y severidad de los accidentes, tanto en Chile como en otros países del mundo.

---

***“son poderosísimas las razones que aconsejan no sólo la mantención, sino, también el estímulo de este tipo de organismos. Basta sólo para ello tener presente la extraordinaria eficiencia que han demostrado no sólo en Chile, sino que también, en otros países del mundo (Alemania, Dinamarca, etc.). En efecto, en Chile, estos organismos han logrado rebajar en un 30% a un 40% los índices de frecuencia y de severidad de los accidentes con la consiguiente economía de costos, el beneficio para la economía nacional por la menor pérdida de horas de trabajo, y con el bien inapreciable, para los trabajadores, de no estar expuestos a estos accidentes que les pueden ser de tan funestas consecuencias”.***

Mensaje presidencial Ley N° 16.744, 05 de enero de 1966.

---

Con todo esto, se pueden resumir los puntos que guían el mensaje presidencial de 1966 en tres grandes principios, que dan un marco estructurante a la ley:

- i) Principio de unidad: Unidad del sistema de seguridad social al aplicar los mismos criterios y otorgar las mismas prestaciones a todos quienes sean parte de él.
- ii) Principio de solidaridad: Todos los trabajadores quedarán amparados por el seguro y serán los empleadores quienes financien dicho seguro en forma proporcional a los ingresos de cada trabajador. Esto garantiza que la prestación recibida dependerá solo de las necesidades derivadas de un accidente del trabajo o de una enfermedad ocupacional, y no de la capacidad de pago, la posición en la empresa o el origen del trabajador.

iii) Principio social: Esto debido a que se establece que los organismos que administren el seguro sean las mutualidades sin fines de lucro. Además, tal como se menciona en el mensaje de la ley, dichos organismos deberán funcionar con reglas determinadas por la sociedad en su conjunto.

### 3.1.3 Origen de la Ley N° 16.744, definiciones legales y características generales

El Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales “es un régimen previsional obligatorio que protege a todos los trabajadores dependientes y a los independientes que cotizan, frente a los accidentes a causa o con ocasión del trabajo, de trayecto y a las enfermedades profesionales” según señala el Compendio de Normas elaborado por SUSESO (SUSESO, 2018).

Fue establecido en la Ley N°16.744 de 1968<sup>1</sup> bajo la presidencia de Eduardo Frei Montalva, y busca asegurar la protección de la salud y la vida de los trabajadores frente a accidentes laborales y enfermedades profesionales mediante la entrega de prestaciones económicas, de salud y de prevención.

Para afiliarse a este seguro es necesario ejercer una actividad laboral remunerada. Se encuentran protegidos todos los trabajadores dependientes, los trabajadores independientes que coticen para el seguro y

los que perciben rentas del artículo 42 N° 2 de la Ley de Impuestos a la Renta<sup>2</sup>, además de los estudiantes que realicen trabajos que signifiquen una fuente de ingresos para el plantel, y los trabajadores familiares.

El financiamiento del seguro está basado en las cotizaciones sobre la renta imponible con cargo al empleador y las que realizan los trabajadores independientes, teniendo un componente fijo, cotización básica, (0,90%) y uno variable, cotización adicional diferenciada (que puede variar desde 0% hasta 6,8% según la actividad económica desarrollada y las condiciones de seguridad ofrecida<sup>3</sup>). El porcentaje de esta última cotización se recalcula cada dos años, y se mantendrá, subirá o rebajará dependiendo de la siniestralidad efectiva de la empresa.

La Ley N°19.578 estableció, con carácter extraordinario y temporal, a contar del 1° de septiembre de 1998 y hasta el 31 de diciembre de 2019, una cotización extraordinaria de 0,05% del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744. Esta cotización también es de cargo del empleador o del trabajador independiente, cualquiera sea su actividad económica. De ese 0,05%, 0,03% fue destinado íntegramente para financiar la Ley SANNA<sup>4</sup> (Ley N°21.063), que paga licencias a padres y madres con hijos con enfermedades graves. El 0,02% restante de la cotización extraordinaria se irá rebajando en un 0,01% anual, de manera que el año 2020 sea nula.

1 Sus reglamentos complementarios son D.S. 101, de 1968; D.S. 109, de 1968; D.S. 110, de 1968; D.S. 54, de 1969; D.S. 40, de 1969, D.S. 67, de 1999; D.S. 76 de 2007, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

2 Los trabajadores independientes que están obligados a cotizar en el seguro de accidentes del trabajo son aquellos que perciben rentas mencionadas en el artículo 42 título 2 de la Ley de Impuestos a la Renta. Esta señala que corresponden a los ingresos provenientes del ejercicio de las profesiones liberales, incluyéndose los obtenidos por los auxiliares de la administración de justicia por los derechos que conforme a la ley obtienen del público, por los corredores que sean personas naturales y cuyas rentas provengan exclusivamente de su trabajo o actuación personal, sin que empleen capital, y los obtenidos por sociedades de profesionales que presten exclusivamente servicios o asesorías profesionales.

3 Las entidades deben pagar una cotización adicional que varía entre 0% y 3,4% según la actividad y riesgo de la empresa o entidad empleadora. Además, las entidades empleadoras pueden reducir esta tasa adicional (pudiendo incluso eximirse de esta) en caso de implantar medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidente o enfermedades profesionales. Por otro lado, en caso de no ofrecer condiciones satisfactorias de seguridad, o no implantar medidas de seguridad que el organismo competente les ordene, esta tasa adicional puede aumentar hasta 6,8%.

4 Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas.

La Ley N° 16.744 señala que la administración de este seguro corresponde a los organismos administradores (Instituto de Seguridad Laboral y Mutualidades de Empleadores<sup>5</sup>) y a las empresas con administración delegada.

La regulación y fiscalización del Seguro son facultades de la Superintendencia de Seguridad Social, las cuales ejerce a través de su Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### 3.1.3.1 Definiciones

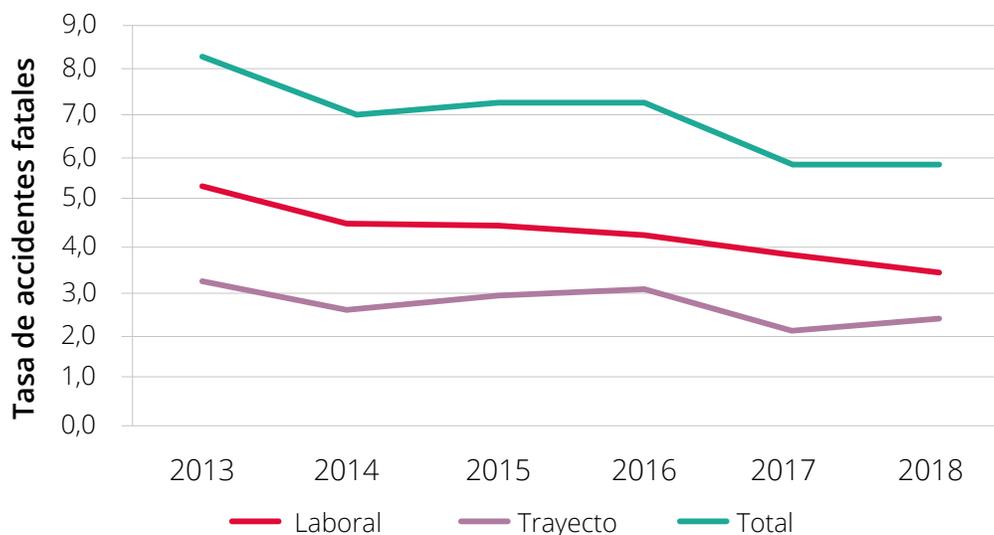
A continuación, se mencionan los casos en que opera el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades

profesionales en base a la definición de las leyes, decretos y reglamentos que norman su funcionamiento.

#### 3.1.3.1.1 Fatalidades

De acuerdo a la SUSESO, fatalidad se refiere a la ocurrencia del fallecimiento de un trabajador a causa de un accidente del trabajo, ya sea inmediatamente de sucedido este, o dentro de los 12 meses siguientes. El índice de fatalidad corresponde al número de trabajadores fallecidos en los últimos 12 meses por cada 100.000 trabajadores. Este ha disminuido los últimos años, según cifras publicadas por la SUSESO, como se muestra en la Figura 3.

**Figura 3:** Tasa de fatalidad (por cada 100.000 trabajadores).



**Fuente:** elaboración propia en base a SUSESO, 2018.

<sup>5</sup> Las mutualidades de empleadores son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro.

### 3.1.3.1.2 Accidentes laborales

Según la Ley N° 16.744, un accidente del trabajo es “toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte”. Es decir, se trata de un evento en donde existe una lesión o daño físico o mental, una relación causal entre trabajo y lesión, y la incapacidad o muerte. La incapacidad consiste en la pérdida de capacidad de ganancia temporal o permanente.

En 1994, la Ley N° 19.303 incorporó como accidentes del trabajo los daños físicos o síquicos que sufran los trabajadores de las empresas, entidades o establecimientos que sean objeto de robo, asalto u otra forma de violencia delictual, a causa o con ocasión del trabajo.

La excepción son aquellos accidentes debidos a fuerza mayor ajena al trabajo, y los cometidos intencionalmente por la víctima. En esos casos, el organismo administrador debe probar que se trata de excepciones. De ser probado, las víctimas tienen derecho solo a las prestaciones médicas cubiertas por el seguro.

### 3.1.3.1.3 Accidentes de trayecto

La Ley N° 16.744 señala que “son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores.”

Según las estadísticas de seguridad social 2017 de la SUSESO, los accidentes de trayecto representan un 25% del total de accidentes reportados por las mutualidades de empleadores y un 36% del total de número de fallecidos por accidentes del trabajo. En este caso, el riesgo de accidentes no se encuentra sólo en el lugar de trabajo, lo que supone el diseño e implementación de estrategias de prevención pertinentes.

### 3.1.3.1.4 Enfermedad profesional

De acuerdo a la Ley N° 16.744, se entiende por 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”. Actualmente, el reglamento de la Ley N° 16.744 incluye una lista de 20 grupos de enfermedades profesionales. La lista debe ser revisada cada tres años por la SUSESO, que puede proponer modificaciones al Ministerio del Trabajo para su actualización. No obstante, cada uno de los afiliados puede acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no esté dentro de la lista. La lista también detalla una serie de agentes biológicos, químicos, físicos y polvos que son considerados como agentes específicos que entrañan el riesgo de enfermedad profesional.

## 3.1.4 Funcionamiento general del sistema

### 3.1.4.1 Características generales y requisitos de la cobertura.

De acuerdo a la Ley N° 16.744, basta la ocurrencia de un accidente laboral o el diagnóstico de una enfermedad profesional mientras exista una relación laboral entre trabajador y empleador para que nazca el derecho a recibir prestaciones médicas, preventivas o económicas según corresponda. Esto es válido para los trabajadores dependientes desde el primer día de relación laboral, aunque aún no se haya escriturado el contrato de trabajo, y aunque el empleador no haya cumplido con el pago de cotizaciones. En el caso de los trabajadores independientes que sufran un accidente laboral, se rigen por lo establecido en la Ley N° 21.333<sup>6</sup>, que establece que tendrán cobertura total todos aquellos trabajadores que emiten boleta a honorarios.

6 Para ver detalles de los regímenes especiales con los cuales parte la ley Honorarios (N° 21.333) revisar la siguiente pagina web: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/ley-honorarios/>

El monto de las indemnizaciones y de las pensiones producto de una incapacidad permanente, se determina según el sueldo base y el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia establecido por la comisión competente<sup>7</sup>.

### 3.1.4.2 Funcionamiento del sistema: Descripción de las prestaciones

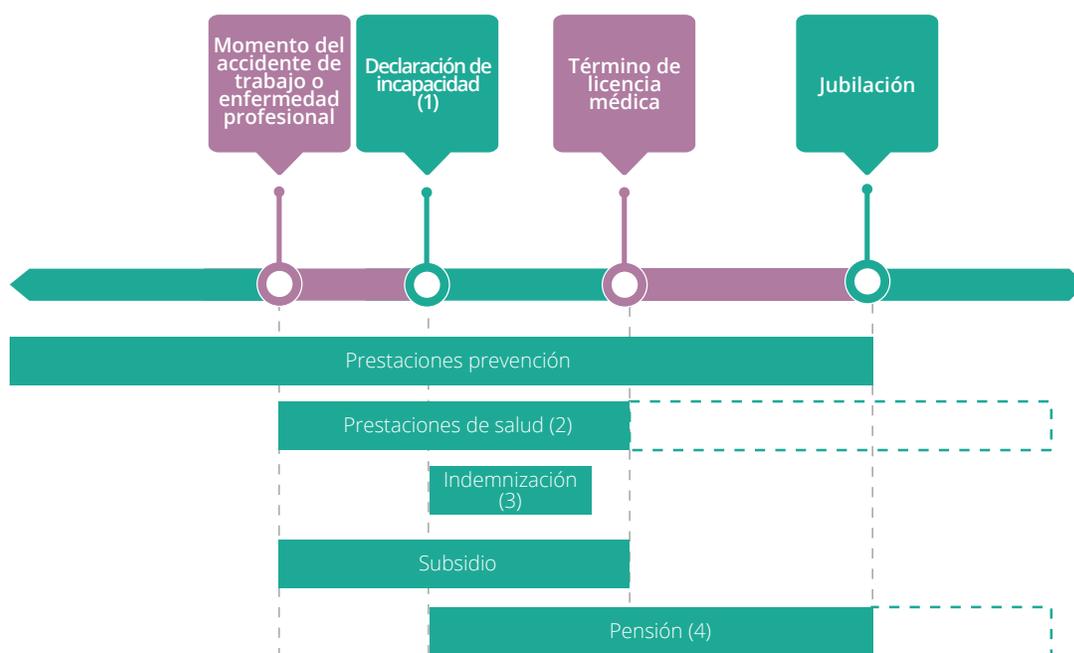
En términos generales, el seguro está compuesto por tres tipos de prestaciones: Prestaciones de prevención, prestaciones de salud y prestaciones económicas.

Las prestaciones de prevención incluyen todas aquellas actividades que deben llevar a cabo los organismos administradores, como asesores de las entidades

empleadoras, para gestionar los riesgos en el lugar de trabajo. Las prestaciones de salud son las acciones de salud que tienen como objetivo hacer y confirmar un diagnóstico, realizar un tratamiento y el seguimiento a un problema de salud específico a causa o con ocasión del trabajo. Por último, las prestaciones económicas tienen por objetivo compensar las rentas de los trabajadores imposibilitados de realizar regularmente sus labores, producto de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Si bien más adelante se describe cada una de estas prestaciones con las actividades que permiten su aplicación, en la Figura 4<sup>8</sup> se resumen los procesos considerados por el seguro y la manera en que cada una de las prestaciones forma parte de él.

**Figura 4:** Resumen de las prestaciones y etapas.



**Fuente:** elaboración propia.

<sup>7</sup> Dependiendo del caso esta puede ser una comisión del organismo administrador o la Comisión de Medicina Preventiva e invalidez (COMPIN).

<sup>8</sup> Notas:

(1): No todos los accidentes ni las enfermedades profesionales tendrán una declaración de incapacidad

(2) En algunos casos la prestación de salud se mantiene luego del alta médica, pudiendo ser de por vida.

(3): La existencia de indemnización va a depender del resultado de la declaración de incapacidad.

(4): La existencia de pensión va a depender del resultado de la declaración de incapacidad.

(5): El subsidio se devenga y paga hasta la declaración de invalidez, por lo tanto, estos beneficios económicos no se pueden superponer.

(6): El flujo que se presenta es para los accidentes y enfermedades que son acogidos por la Ley N° 16.744. Para que esto ocurra deben pasar primero por una etapa de calificación, que se describe más adelante.

### 3.1.4.3 Calificación de accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales

El artículo 5 de la Ley N° 16.744 define los accidentes del trabajo como “toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte”. Los accidentes de trayecto son aquellos “ocurridos en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo”. Asimismo, en el artículo 7 define la enfermedad profesional como aquella “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”. De esta manera, la determinación del origen y calificación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales es un tema de primera importancia.

El proceso de calificación es realizado por los organismos administradores y puede ser apelado ante la Superintendencia de Seguridad Social en caso de desacuerdos (OIT, 2016).

#### Calificación de accidentes de trabajo:

Con respecto a la calificación de accidentes, el Título II del Compendio de Normas del Seguro Social (SUSESO, 2018) menciona que los organismos administradores deben contar con un procedimiento escrito para efectuar la calificación. Este deberá regular la gestión de denuncias, describir las acciones que debe adoptar el organismo para realizar la calificación, además de los roles y etapas de cada proceso. En casos que existan versiones contradictorias, el procedimiento debe considerar maneras de abordarlas.

La resolución acerca del origen del accidente debe ser realizada por el organismo administrador, el que debe emitir una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades (RECA). El compendio indi-

ca la manera en que se debe realizar esta calificación, indicando los antecedentes con que se debe respaldar la determinación, además de los plazos.

#### Calificación de accidentes de trayecto:

Para que un accidente sea calificado como de trayecto, se debe acreditar ante el organismo administrador mediante un parte de carabineros, declaración de testigos o la declaración de la víctima, debidamente ponderada con otros antecedentes. Con esto, el pronunciamiento que haga el organismo administrador debe ser suficientemente fundado.

#### Calificación de enfermedades profesionales:

El compendio describe distintos protocolos para la calificación de las enfermedades. Estos son:

- i) Protocolo general
- ii) Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES)
- iii) Protocolo de patologías de salud mental
- iv) Protocolo de patologías dermatológicas
- v) Protocolo patologías de la voz
- vi) Protocolo para calificación de casos derivados de programas de vigilancia

En los casos en que la patología denunciada no cuente con un protocolo específico, debe seguirse el protocolo general.

Este dice que la calificación de enfermedades puede ser realizada por un médico de urgencia, un médico del trabajo o por un comité de calificación. Este último es el único que tiene la atribución de recalificar el origen de la patología en caso de solicitarlo el trabajador o empleador, y si existen nuevos antecedentes que permitan modificar lo resuelto. El calificador deberá elaborar un informe y entregar datos que fundamenten la calificación de la patología.

#### 3.1.4.4 Cotización

El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es financiado por varias fuentes: las cotizaciones mensuales efectuadas por los empleadores y por los trabajadores independientes que cotizan, el producto de los intereses y multas aplicadas por los organismos administradores y las utilidades de la inversión de los fondos de reserva.

#### 3.1.4.5 Componentes de la cotización mensual de los trabajadores

El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia principalmente en base a cotizaciones de cargo del empleador. La cotización tiene un componente fijo y uno variable. La cotización básica corresponde a un 0,9% de la renta imponible, y la adicional varía según el riesgo presunto de la actividad económica de la empresa, hasta un máximo de 3,4% de la renta imponible (que puede aumentar a 6,8% en caso de la entidad empleadora no ofrezca condiciones satisfactorias de seguridad). A modo de referencia, la tasa total de cotización promedio, considerando la tasa fija y variable, el año 2016 fue de 1,69% (SUSESOS, 2016).

La cotización adicional se establece mediante dos mecanismos. El primero es mediante el riesgo promedio de la industria a la cual pertenece una empresa (DS 110), que asigna un porcentaje de cotización adicional a las empresas que todavía no han sido evaluadas (menos de 2 años de antigüedad), según la actividad económica que desempeña. El segundo es el DS 67, que instruye sobre las exenciones, rebajas y recargas de la cotización adicional diferenciada. Este decreto es el encargado de regular la cotización adicional de las empresas según la tasa de siniestralidad efectiva que tiene la compañía en un periodo de tiempo dado. Para esto, debe evaluar el desempeño en materia de seguridad laboral de cada empresa y en base a un procedimiento establecido, calcula la siniestralidad efectiva de la compañía, aumentando o rebajando la tasa de cotización adicional.

En el caso de los trabajadores independientes, quienes emiten boletas de honorarios deben realizar la cotización sobre el 80% del total de rentas brutas. En ese caso el monto de la cotización corresponde a la tasa de cotización básica más la tasa de cotización adicional diferenciada.

La siniestralidad efectiva de las entidades empleadoras es evaluada cada dos años en el segundo semestre de los años impares, y la tasa depende de factores como el número de días perdidos, las incapacidades permanentes y las muertes producidas por los accidentes y enfermedades profesionales que se hayan producido en el período de evaluación. Para el cálculo se considera el promedio anual de trabajadores.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación, la tasa adicional puede aumentar<sup>9</sup>, disminuir, mantenerse o quedar exenta. Los empleadores que hayan implementado nuevas medidas de prevención o aquellas prescritas por su organismo administrador pueden también solicitar a este ser evaluados para rebajar o eximirlos del pago de dicha cotización. El Anexo 1 describe como se actualiza la tasa variable.

#### 3.1.4.6 Reservas

El DS 285 de 1968 que aprueba el estatuto orgánico de las mutualidades de empleadores señala que están obligadas a contar fondos de reserva para asegurar los beneficios comprometidos a los beneficiarios del seguro. Deben constituir una reserva de eventualidades no inferior al 2% ni superior al 5% de sus ingresos anuales. El porcentaje correspondiente a cada año es fijado mediante un decreto supremo del Ministerio del Trabajo, previo informe de la SUSESOS. Este fondo de eventualidades debe ser invertido en valores reajustables y de fácil liquidación que hayan sido calificados de esa manera por SUSESOS, y debe ser repuesto en caso de ser utilizado.

Además del fondo de reserva de eventualidades las mutualidades están obligadas a formar una reserva adicional para garantizar el pago de las pensiones y

<sup>9</sup> La tasa adicional variable puede aumentar hasta un límite de 6,8%.

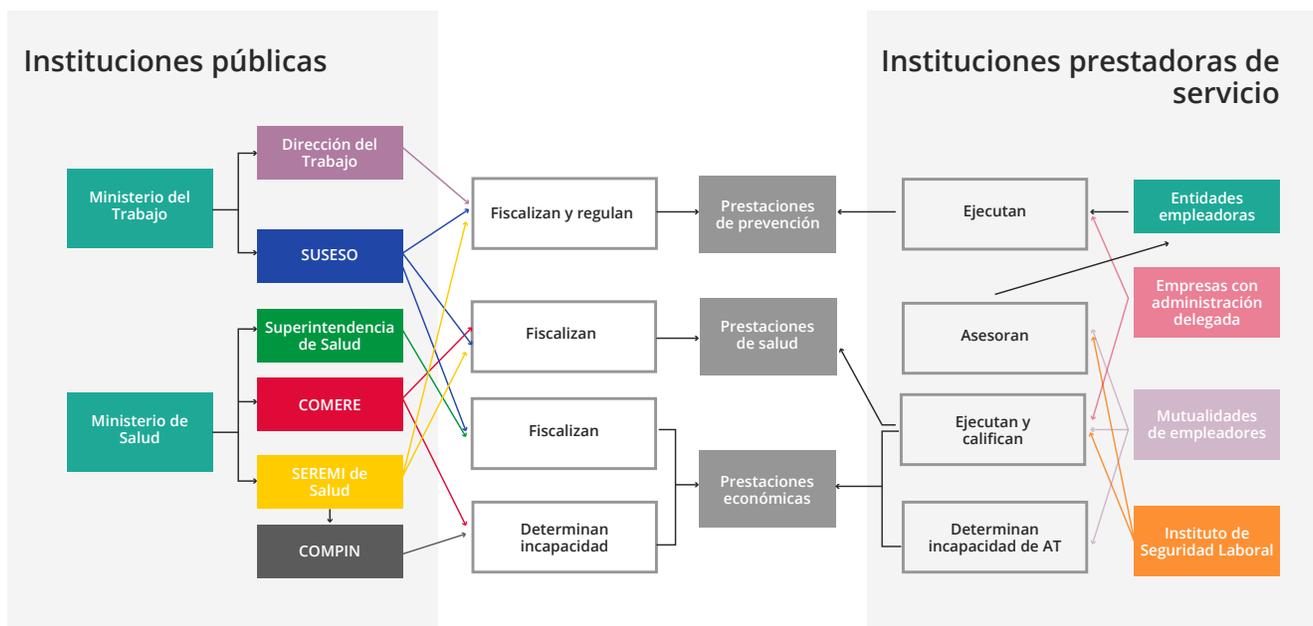
sus reajustes futuros. Este fondo debe estar invertido en instrumentos que se transen en el mercado nacional, y es necesario asegurar que el mix de inversiones asegure al menos mantener el valor del fondo.

Sin perjuicio de lo anterior, las mutualidades podrán constituir reservas para financiar la instalación, ampliación y mejoramiento de sus servicios de salud, de prevención, o administración.

### 3.1.4.7 Actores relevantes del sistema

Se han mencionado hasta el momento las características y alcances del seguro. La ley, sus reglamentos y circulares explicitan los actores que deben participar de cada una de las prestaciones, indicando el rol que le toca cumplir. La Figura 5<sup>10</sup> presentada busca resumir la participación de estos actores, aun cuando más adelante, al profundizar en cada una de las prestaciones, se entreguen más detalles de las obligaciones que se le asignan a cada uno de los actores.

Figura 5: Mapa de actores del sistema de salud y seguridad laboral.



Fuente: elaboración propia.

10 Notas:

- (1): La COMERE también está compuesta por otros miembros que no pertenecen al Ministerio de Salud. Su rol es que resolver las apelaciones a lo resuelto por las COMPIN o las mutualidades en cuanto a la determinación de incapacidad.
- (2): Las COMPIN determinan incapacidad de accidentes y enfermedades, con excepción de los accidentes del trabajo de trabajadores adheridos a una mutualidad. En este caso la determinación la hace la mutualidad.
- (3): Además a estos actores hay una serie de instituciones públicas que fiscalizan la prevención en las empresas, en sectores económicos específicos, las principales son: Sernageomin (minería), Directemar (sector portuario y marítimo), Superintendencia de Electricidad y Combustible y el SAG (sector agrícola y ganadero).

### 3.1.4.7.1 Estado

Según la OIT, el rol de un gobierno en torno al tema de Seguridad y Salud Ocupacional es el de establecer una política nacional donde se establezcan objetivos, roles, y reglas para todos los actores involucrados, y a su vez preocuparse de que dicha política sea correctamente implementada. Dado esto, existen tres mecanismos a través de los cuales el Estado puede diseñar y supervisar una política de estas características. Primero a través de la normativa, legislando y desarrollando normas que le den una estructura al sistema. Segundo, ejerciendo su rol de fiscalizador, asegurándose que cada actor cumpla con lo establecido en dicha normativa. Por último, proveyendo servicios específicos, como lo hace en el caso chileno el Instituto de Seguridad Laboral.

En el diagrama presentado (Figura 5), en la parte izquierda, se ven todos los actores públicos que participan en el sistema de salud y seguridad ocupacional en Chile. Hay dos ministerios que tienen un rol central. En primer lugar, el Ministerio del Trabajo, del cual depende la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Dicha institución cuenta con las principales atribuciones de supervigilancia, fiscalización y regulación del sistema. Esto, con el fin de asegurar el cumplimiento de la normativa, y particularmente de la labor que realizan las Mutualidades. Dentro del mismo ministerio también está la Dirección del Trabajo que cumple un rol de fiscalización de la prevención. En este caso, a diferencia del rol de la SUSESO, es una fiscalización que se dirige directamente a las entidades empleadoras.

Desde el Ministerio de Salud, se encuentran las Secretarías Regionales quienes, al igual que la Dirección del Trabajo deben ejercer un rol de fiscalización en las empresas respecto a la salud laboral. También se encuentra la Superintendencia de Salud, la cual entre otras labores fiscaliza que cada hospital y centro médico del sistema cumpla con un estándar mínimo

de seguridad y calidad. Además, se tiene a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y a la Comisión Médica de Reclamos (COMERE). Estas juegan un rol relevante en la evaluación de la incapacidad permanente derivada de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Mientras las primeras están a cargo de la evaluación de incapacidad de los accidentes del trabajo del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y de las empresas con administración delegada y, de la evaluación de la incapacidad derivada de todas las enfermedades profesionales, la COMERE se encarga de resolver los reclamos que deriven de la evaluación de incapacidad efectuada por dichas comisiones.

Además, las COMPIN realizan la autorización de las licencias médicas por accidentes y enfermedades del ISL y de las empresas con administración delegada.

Existen además otras entidades públicas ligadas a algunos sectores productivos que también tienen atribuciones para ejercer un rol normativo y de fiscalización en materia de salud y seguridad laboral. Esto debido a que dichos sectores presentan riesgos específicos dado la actividad que realizan. Las principales entidades son las siguientes:

- En el sector minero se encuentra el Servicio Nacional de Geología y Minería (SERNAGEOMIN).
- En el sector marítimo-portuario se encuentra la Dirección General de Territorio Marítimo y de Marina Mercante (DIRECTEMAR).
- En el sector agrícola se encuentra el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG).
- En el sector de electricidad y combustible se encuentra la Superintendencia de Electricidad y Combustible (SEC).

Además del rol como fiscalizador y regulador, el Estado cumple una función como organismo administrador por medio del Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Este es un organismo público autónomo, descentralizado y con patrimonio propio, que se relaciona con el

poder ejecutivo a través de la Subsecretaría de Previsión Social. Es la institución encargada de administrar el seguro de la Ley N° 16.744 para los trabajadores dependientes e independientes que no estén adheridos a otro organismo administrador (OIT, 2016). Así como los organismos administradores privados, su principal función es asegurar la entrega de las prestaciones que determina la Ley N° 16.744.

Con respecto a los actores públicos que participan del proceso, se puede concluir que existe una gran diversidad, que puede derivar en problemas de coordinación entre ellos. La no existencia de un ente rector a cargo de coordinarlos sería una causa de esto. Ante esto, existe el riesgo de una baja complementariedad en la labor de regulación y fiscalización y posibles diferencias de criterio frente a un mismo hecho, lo cual dañaría la legitimidad institucional y la política en torno a este tema. Un ejemplo de esta diferencia de criterio entre instituciones fiscalizadoras se da de manera clara entre las SEREMI de salud. Si bien todas dependen del ministerio, cada una sigue sus propios lineamientos, pudiendo fiscalizar entonces con distinto criterio en cada una de las regiones.

### 3.1.4.7.2 Entidades empleadoras

Al lado derecho del diagrama entre los organismos a cargo de ejecutar cada una de estas prestaciones se menciona a las entidades empleadoras. Estas, según indica el Código del Trabajo, tienen la primera responsabilidad en asegurar ambientes de trabajo seguros y libres de riesgos.

Es al empleador al que se obliga de proteger la vida y salud de los trabajadores, y mantener condiciones de salud e higiene adecuadas en los lugares de trabajo. Para esto, la Ley N° 16.744 les obliga a implantar “todas las medidas de higiene y seguridad en el trabajo que les prescriban directamente la autoridad sanitaria o, en su caso, el respectivo organismo administrador al que se encuentran afectas” (OIT, 2016).

### 3.1.4.7.3 Organismos Administradores

Detrás de las entidades empleadoras están los organismos administradores (mutualidades privadas e Instituto de Seguridad Laboral) y las empresas con administración delegada, cuya principal función en términos de prevención es asesorar a las entidades empleadoras para que estas ofrezcan lugares de trabajo libres de riesgo.

En relación con las otras dos prestaciones -de salud y económicas- los organismos administradores del seguro sí cumplen el rol de ejecutores. Son las encargadas de entregar las prestaciones económicas en los casos que corresponda y, en el caso de las prestaciones de salud, si bien se permite externalizar algunas acciones, son estos organismos los encargados de que, tras algún accidente o enfermedad profesional, se otorgue al afectado la prestación que corresponda.

La normativa le entrega a los organismos administradores la atribución de calificar los accidentes del trabajo, de trayecto y las enfermedades profesionales y, en el caso de las mutualidades, se les da la facultad de determinar el grado de invalidez de los accidentados<sup>11</sup>, lo que puede traducirse en prestaciones económicas.

11 La determinación del grado de invalidez causado por enfermedades profesionales es atribución de las COMPIN.

### 3.2 Servicios de prevención

En abril del año 2012 entró en vigencia en Chile el Convenio N°187 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con el que, como se menciona en la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se compromete al Estado de Chile “a realizar un proceso de una cultura de prevención de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales” (Decreto 47 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2016).

---

***La cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud se debe entender como “una cultura en la que el derecho a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable se respeta en todos los niveles, en la que el gobierno, los empleadores y los trabajadores participan activamente en iniciativas destinadas a asegurar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable mediante un sistema de derechos, responsabilidades y deberes bien definidos, y en la que se concede la máxima prioridad al principio de prevención”.***

**Convenio N°187, OIT, 2006.**

---

La Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo insiste en que el enfoque estará puesto en prevención de los riesgos laborales, por sobre la protección de estos, “priorizando la eliminación o el control de los riesgos en el origen o fuente”. Esto, en línea con lo que ha venido sucediendo con los estándares internacionales, los que “han experimentado un cambio sustancial al sustituir el principio de la protección por el de la prevención de los riesgos laborales en su origen” (Dirección de Estudios Previsionales de la Subsecretaría de Previsión Social, 2015).

Benjamin Alli, en *Fundamental Principles of Occupational Health And Safety* (OIT, 2008) dice que, entendiendo que la mayoría de los accidentes laborales son preve-

nibles, el esfuerzo debe estar concentrado en la prevención primaria en los lugares de trabajo, debido a que es la estrategia más costo-efectiva para su eliminación. Con esto se desprende que la prevención no solo permite reducir las afecciones que los accidentes producen en los trabajadores, sino también, es la mejor estrategia desde el punto de vista estratégico de la empresa.

En esta línea, la Dirección de Estudios Previsionales de la Subsecretaría de Previsión Social (2015) es clara al asegurar, luego de una revisión de estudios internacionales, que la prevención es rentable y no sólo para países desarrollados. Así, indican que “la decisión de Chile de transitar hacia un Sistema como el señalado (en el que se prioriza la prevención), reportará nuevos beneficios.”

El mismo estudio (Dirección de Estudios Previsionales de la Subsecretaría de Previsión Social, 2015) explica algunas razones que justifican la presencia del Estado, por medio de regulación, para asegurar la correcta provisión de medidas de prevención de accidentes laborales.

Se menciona que existen fallas de mercado que “impiden que éste alcance un óptimo de equilibrio por la vía de garantizar primas salariales ante condiciones de trabajo riesgosas y asegurar, en consecuencia, una oferta adecuada de tales servicios. Estas fallas derivan en una asignación sub-óptima del riesgo”. Algunas de las potenciales causas de estas fallas de mercado serían “la presencia de asimetrías de información sobre los riesgos existentes, sesgos cognitivos de las personas en la evaluación de los riesgos y ausencia de alternativas laborales en sectores o zonas, donde existen ocupaciones riesgosas”.

En este contexto, en el que se entiende la posición prioritaria de la prevención como prestación y se tiene claridad de la importancia de la presencia del Estado como ente regulador en el proceso, se comienza este análisis haciendo una descripción de la normativa existente en la materia, especificando lo que esta

exige a cada uno de los actores que deben participar de la prevención, su regulación y fiscalización.

### 3.2.1 Acciones de prevención

La primera responsabilidad en asegurar ambientes de trabajo seguro le corresponde a la empresa. Para lograr que esta responsabilidad se lleve a cabo de manera correcta, los organismos administradores tienen la misión de asesorar, capacitar y acompañar a la

entidad empleadora. La normativa también menciona algunas instituciones públicas -principalmente la Superintendencia de Seguridad Social y el Ministerio de Salud- y les da un rol de fiscalizadores – algunas respecto del rol de los organismos administradores y otras respecto de las empresas. La Figura 6 muestra de manera resumida, el rol que se le asigna a cada actor en materias de prevención. El tamaño de las flechas intenta reflejar la relevancia que la normativa le da cada una de las responsabilidades.

**Figura 6:** Resumen de responsabilidades en prevención.



**Fuente:** elaboración propia.

### 3.2.1.1 Obligaciones legales de prevención

En materia de prevención, existen distintos instrumentos que la norman la prestación. Los principales son los que se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1:** Principales instrumentos que norman la prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Instrumento	Descripción
Ley N° 16.744	Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
Código del trabajo	Regula las relaciones laborales entre los empleadores y trabajadores
Decreto 40 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Establece las normas que regirán la aplicación del Título VII de la Ley N°16.744, sobre Prevención de Riesgos Profesionales
Decreto 67 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Reglamento para la aplicación de los artículos 15 y 16 de la Ley N°16.744 en los que se mencionan las rebajas o aumentos de la cotización por aplicación de medidas de prevención o la no aplicación de medidas de seguridad
Decreto 594 del Ministerio de Salud	Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo
Libro IV del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales	Compendio que refunde, sistematiza y estructura en nueve libros, todas las circulares relativas a materias propias del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Lo relativo a las prestaciones preventivas se abordan en el Libro IV del Compendio, en particular este sistematiza, entre otras, la Circular 3270 que entregaba criterios permanentes en prevención de accidentes y enfermedades profesionales a los que deben ajustarse los organismos administradores.
Circular 3.337	Imparte instrucciones para la elaboración del Plan Anual de Prevención de Riesgos para el año 2018

**Fuente:** elaboración propia.

Estos instrumentos consideran principalmente tres actores, cada uno de los cuales tiene distintas obligaciones y responsabilidades en cuanto a la prevención de riesgos laborales: Instituciones públicas, organismos administradores (Mutualidades, ISL y administradores delegados) y entidades empleadoras. Para estas se menciona a continuación, por separado, las obligaciones y responsabilidades que le asignan los instrumentos normativos mencionados en términos de prevención.

### 3.2.1.1.1 Instituciones públicas

En la Ley N° 16.744 se menciona que son los Servicios de Salud los encargados de la supervigilancia y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad en todos los sitios de trabajo. Además, el Decreto 40 le da a esta misma institución la atribución de fiscalizar las actividades de prevención que desarrollan los organismos administradores del seguro, en particular, las Mutualidades de empleadores y las empresas de administración delegada.

El mismo Decreto 40 menciona que este servicio podrá verificar la eficiencia de las actividades de prevención que desarrollen las mutualidades, a la vez que estas estarán obligadas a proporcionar toda la información que les sea requerida, además de llevar a la práctica las indicaciones que se les formule.

Por medio del Compendio (SUSESO, 2018), la Superintendencia de Seguridad Social entrega a los organismos administradores los criterios permanentes en prevención de accidentes y enfermedades profesionales a los que deben ajustarse. Además, se menciona que esta institución publicará cada año la normativa que establecerá los lineamientos que deben ser cumplidos y reportados en el contexto del plan de prevención.

La publicación de estos lineamientos para el año 2018 se hizo por medio de la Circular 3.337, además de impartir instrucciones para la elaboración del Plan Anual de Prevención de Riesgos a los organismos administradores, indica los criterios para la priorización de empresas- por tamaño y actividad económica- para

la focalización de las actividades preventivas. Esto, según los que presentan mayor tasa de accidentabilidad en años anteriores.

### 3.2.1.1.2 Organismos administradores

El Decreto 40 les da la obligación a los organismos administradores de realizar actividades permanentes de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Para esto, deberán contar con una organización estable que permita realizar estas acciones y deben disponer de un registro por actividades acerca de la magnitud y naturaleza de los riesgos, acciones desarrolladas y resultados obtenidos.

Se menciona que el personal de las Mutualidades de Empleadores que cumpla las actividades de prevención debe ser especializado, además que estas deben disponer del personal suficiente para asegurar que se efectúe una prevención satisfactoria en todas las empresas asociadas.

Con respecto a las actividades de prevención, el Compendio (SUSESO, 2018) las define como todas aquellas gestiones, procedimientos o instrucciones que los organismos administradores deben realizar dentro del marco legal y reglamentario vigente, en relación con la naturaleza y magnitud del riesgo asociado a la actividad productiva de sus entidades empleadoras afiliadas. Estas estarán condicionadas por la naturaleza del proceso productivo de cada empresa y por la magnitud de los riesgos.

Se dan definiciones operativas de las actividades preventivas, estas se pueden resumir en:

- I. Asesoría en la autoevaluación básica de aspectos legales y riesgos críticos.
- II. Identificación de peligros y evaluación de riesgos en centros de trabajo.
- III. Asistencia técnica.
- IV. Capacitaciones.

V. Evaluación ambiental y de salud.

VI. Prescripción de medidas de control.

VII. Reporte de investigación y prescripción de medidas en caso de accidentes del trabajo fatales y graves.

VIII. Otras actividades preventivas.

Con respecto al punto (vi), se menciona que corresponderá a los organismos administradores realizar prescripciones siempre que constaten en una entidad empleadora condiciones que pongan en riesgo la salud y seguridad de los trabajadores. También, deberán verificar el cumplimiento de las medidas prescritas.

En el mismo Compendio se menciona la obligatoriedad de contar con una Política para la Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, además de un Plan Anual de Prevención. Para el primero, el mismo compendio, en su Libro I da las directrices para su elaboración, mientras que, para el segundo, los lineamientos son entregados por la Circular 3.337<sup>12</sup>.

Finalmente, la Circular 3.337 imparte a los organismos administradores las instrucciones para la elaboración del Plan Anual de Prevención de Riesgos para el año 2018. Dentro de los lineamientos que se detallan para su elaboración, se menciona que deben presentar una estrategia para reducir la brecha de accidentabilidad entre los sectores que la SUSESO definió como prioritarios para ese año y el resto de los sectores. Además, en el Plan de Prevención se deberán establecer indicadores internos de gestión y metas objetivas en materias de seguridad y salud en el trabajo, como la reducción de las brechas mencionadas.

En la misma línea, también se exige a los organismos administradores la incorporación en el Plan de Prevención de metas específicas de cobertura en asesoría técnica, número de diagnósticos, número de tra-

bajadores capacitados, entre otros. La circular define metas mínimas específicas para cada mutualidad, además de mencionar la manera en que se debe reportar su cumplimiento.

La circular menciona también que para el año 2018 los organismos administradores deben mantener y actualizar su algoritmo de priorización de empresas según criticidad, para garantizar así la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones preventivas.

Acerca de cómo la prevención puede influir en la cotización que corresponde pagar a las empresas, en el Decreto 67 se hace alusión a la responsabilidad de los organismos administradores de determinar las exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional, en relación con la magnitud de la siniestralidad efectiva. Para estos efectos, se menciona en el decreto que, junto con las Secretarías Ministeriales de Salud, las Mutualidades de Empleadores evaluarán cada dos años la siniestralidad efectiva ocurrida en las respectivas entidades empleadoras. En esta misma línea, menciona que las mutualidades podrán imponer cargos de hasta un 100% de las tasas por distintas causales que afecten la seguridad en el lugar de trabajo. Estas deben guardar relación con la magnitud del incumplimiento.

Por último, con respecto a los trabajadores independientes, el Compendio menciona que los organismos administradores deberán otorgar asistencia técnica en prevención a estos cuando la requieran.

### 3.2.1.1.3 Entidades empleadoras

El Código del Trabajo da a las empresas la primera responsabilidad en la prevención de accidentes al obligar al empleador a adoptar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad en las faenas, como los implementos necesarios para prevenir accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

12 Cada año una circular distinta regula el Plan Anual de Prevención.

En la misma línea, el Decreto 594 del Ministerio de Salud indica que “la empresa está obligada a mantener en los lugares de trabajo las condiciones sanitarias y ambientales necesarias para proteger la vida y la salud de los trabajadores”. El mismo decreto menciona alguna de las condiciones que se deben cumplir para asegurar esto.

En cuanto a la organización interna de la empresa, la Ley N° 16.744 establece la obligación de conformar comités paritarios, e indica cuáles deben ser sus funciones. Además, menciona las condiciones -sector productivo y tamaño- que hacen obligatorio la existencia de un Departamento de Prevención de Riesgos, el que será dirigido por un experto en prevención. El Decreto 40 define qué es lo que se entiende por Departamento de Prevención de Riesgos, las empresas que deben contar con uno, las características de sus integrantes (títulos, certificaciones, tiempo de dedicación), además de sus funciones.

La Ley N° 16.744 menciona un incentivo a las empresas que hayan implantado medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, indicando que podrán solicitar que se les reduzca la tasa de cotización adicional. Por el contrario, las empresas que no ofrezcan condiciones satisfactorias de seguridad deberán cancelar una cotización adicional alzada.

La misma ley obliga a las empresas a mantener al día los reglamentos internos de higiene y seguridad, al mismo tiempo que obliga a los trabajadores a cumplirlos.

Con respecto a las prescripciones que los organismos administradores pueden emitir a las empresas, la ley obliga a estas últimas a implantar todas las medidas que estas prescripciones mencionen. Su incumplimiento será sancionado por los Servicios de Salud, sin perjuicio que, además, el organismo administrador aplique un recargo en la cotización adicional.

El Decreto 40 obliga a las empresas a llevar estadísticas sobre las tasas de accidentes, frecuencia y grave-

dad. Cuando estén adheridas a una mutualidad, deben reportar esta información a ella, la que a su vez, debe reportarla a los Servicios de Salud.

Por último, el decreto obliga a los empleadores a informar oportuna y convenientemente a todos sus trabajadores acerca de los riesgos asociados a sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos.

Debido a que la SUSESO no tiene ninguna relación con las empresas, en el Compendio (SUSESO, 2018) y la Circular 3.337 no se hace mayor mención de las obligaciones que estas tienen en prevención. Solamente se indica que las entidades empleadoras deben implementar las prescripciones que le dirijan los organismos administradores cuando corresponda, independiente de la ocurrencia o no de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

### 3.2.1.2 Actividades de prevención

Se ha mencionado que los organismos administradores tienen la obligación de proporcionar a sus entidades afiliadas las prestaciones preventivas que dispone la ley y sus decretos complementarios. El compendio (SUSESO, 2018) hace el esfuerzo de presentar las definiciones operativas de estas actividades, con el fin de unificar criterios. Esto es de utilidad para la ejecución de las actividades, como para su fiscalización.

Si bien en el compendio mencionado se presenta el detalle de estas actividades, lineamientos para su ejecución y la manera en que se fiscalizará, a continuación se hace un esfuerzo de resumir y sistematizar las actividades preventivas exigidas.

#### 1) Asesoría en la autoevaluación básica de aspectos legales y riesgos críticos

Los organismos administradores deben asesorar a las empresas afiliadas para que estas puedan aplicar instrumentos de autodiagnóstico que permitan evaluar su cumplimiento en aspectos legales en materia de seguridad y de salud ocupacional y evaluar e identifi-

car aquellas tareas que impliquen alto riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores. De esta manera, esta prestación se desglosa en dos actividades:

- a) Autoevaluación básica de cumplimiento de aspectos legales.
- b) Autoevaluación básica de riesgos críticos en centros de trabajo.

## 2) Identificación de peligros y evaluación de riesgos en centros de trabajo

Es una actividad presencial en que el organismo administrador visita las empresas con el objetivo de identificar peligros y estimar la magnitud de los riesgos que, de no ser controlados, pueden causar accidentes o enfermedades profesionales. Estas visitas pueden dar origen a una prescripción de medidas, el desarrollo de un plan de prevención para el centro de trabajo y/o empresa, requerimientos de asistencia técnica, capacitación o evaluaciones y vigilancia ambiental o de la salud, así como la posibilidad de desarrollar alguna actividad de innovación en prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

## 3) Asistencia técnica

Es una prestación realizada posteriormente a la evaluación de riesgos. En este caso, se entrega, ejecuta y evalúa distintos aspectos puntuales en materias de seguridad y salud en el trabajo. Se especifican tres actividades que se desprenden de esta prestación:

- a) Asistencia técnica en gestión de riesgos.
- b) Asistencia técnica en gestión del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.
- c) Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

## 4) Capacitaciones

Acciones orientadas al desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades y competencias dirigidas a empleadores y trabajadores. Las capacitaciones se pueden ejecutar, entre otras, a través de:

- a) Charlas.
- b) Cursos.
- c) Seminarios.
- d) Programas integrales de capacitación.

## 5) Evaluación ambiental y de salud

Consiste en evaluaciones y vigilancia, lo que contempla evaluaciones ambientales (cualitativas y cuantitativas) y evaluaciones de la salud de los trabajadores. Dentro de estos se consideran los exámenes ocupacionales, de vigilancia de exposición y vigilancia de efecto. Se desprenden de esta prestación las siguientes actividades:

- a) Evaluaciones médicas pre-ocupacionales.<sup>13</sup>
- b) Evaluaciones médicas ocupacionales.
- c) Programas de vigilancia epidemiológica.
- d) Evaluación de riesgo psicosocial laboral.

## 6) Prescripción de medidas de control

Se entiende por prescripción de medidas, aquella instrucción entregada a la entidad empleadora para corregir las deficiencias que se han detectado. Los organismos administradores deben realizar prescripciones siempre que constaten en una entidad empleadora, condiciones que pongan en riesgo la salud y seguridad de los trabajadores.

<sup>13</sup> Estas no son prestaciones cubiertas por el Seguro de la Ley N°16.744. Sin perjuicio de lo anterior, una vez iniciada la relación laboral, la información sobre la condición de salud y/o los resultados de los exámenes realizados por el organismo administrador respectivo en el contexto de dicha evaluación pre ocupacional, serán consideradas como una evaluación ocupacional, a fin de establecer la periodicidad de su reevaluación u otras acciones.

## 7) Reportes, investigación y prescripción de medidas en caso de accidentes del trabajo fatales y graves

En caso de accidentes fatales o graves, los organismos administradores deben difundir instrucciones a la empresa acerca de cómo proceder, entregarles asistencia técnica y cumplir con una serie de obligaciones. Estas son:

- a) Comunicar y notificar a la SUSESO.
- b) Prescripción de medidas inmediatas.
- c) Prescribir a la empresa que realice una investigación del accidente. Además, en caso de accidente fatal, el mismo organismo administrador también debe efectuar una investigación.
- d) Informe de causas de accidentes y prescripción de medidas correctivas.
- e) Difundir medidas correctivas a empresas similares a la que ocasionó el accidente.
- f) Informe de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas.

## 8) Otras actividades preventivas

Se mencionan además otro tipo de actividades, no clasificadas en las categorías previas. Estas son:

- a) Actividades o acciones de innovación.
- b) Difusión sobre normas del tabaco en los lugares de trabajo.
- c) Información a entidades empleadoras sobre el uso de productos fitosanitarios.

## 9) Planes anuales de prevención

Los organismos administradores deben contar con un Plan Anual de Prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el cual deben elaborar e implementar según lo instruido anualmente por la SUSESO.

## 3.3 Prestaciones de Salud

Según lo que establece la SUSESO<sup>14</sup>, las prestaciones médicas son acciones de salud que tienen como objetivo confirmar un diagnóstico, realizar un tratamiento y el seguimiento a un problema de salud específico.

Los beneficiarios de esta prestación por parte de los Organismos Administradores son todos aquellos trabajadores dependientes o independientes que coticen. Dicha prestación de salud debe ser entregada sin costo para el trabajador y no debe discriminar según tipo de paciente. Es decir, todos quienes tienen derecho a este seguro deben recibir el mismo tipo de servicio de salud<sup>15</sup> con la sola consideración del accidente o enfermedad que se trate.

Si bien la normativa permite la externalización de estas prestaciones, es de responsabilidad de los organismos administradores que su aplicación se haga cumpliendo con los requisitos que estipula la ley y sus reglamentos.

### 3.3.1 Tipo de prestaciones de salud ofrecidos por las mutualidades

La Ley N° 16.744, en su artículo 29, explicita las prestaciones a las cuales tiene derecho la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional. Estas son:

- a) Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio.
- b) Hospitalización si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante.
- c) Medicamentos y productos farmacéuticos.
- d) Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación.
- e) Rehabilitación física y reeducación profesional.
- f) Gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

14 En el libro V "Prestaciones Médicas" del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.  
15 Página 2 del libro V "Prestaciones Médicas" del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Cada una de estas prestaciones deben ser otorgadas sin costo para el trabajador protegido “hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente”.

El compendio (SUSESO, 2018) aclara que estas prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N° 16.744. Es decir, se debe garantizar que no existan diferencias o discriminación entre los tratamientos y que el único factor para diferenciar sean las condiciones médicas o clínicas del paciente.

Con respecto a la calidad de estas prestaciones, se indica que los mismos organismos administradores deberán establecer los indicadores de calidad que utilizarán para controlar las prestaciones otorgadas. Estos se reportarán a la Superintendencia de Seguridad Social para su aprobación.

### 3.3.1.1 Atenciones Médicas

Las atenciones médicas, dependiendo de su nivel de urgencia, del tipo de tratamiento requerido y del recinto donde se preste el servicio (que puede ser un establecimiento propio de la mutualidad, un prestador con convenio u otro), se pueden clasificar en distintas categorías. Cada una de estas es abordada por el compendio (SUSESO, 2018), indicando los procedimientos que se exigen a cada una de las partes.

i. Atención en Servicios de Urgencias. Esta ocurre cuando existe un riesgo vital o riesgo de secuela grave del afectado, por lo que requiere una prestación inmediata e impostergable. Esta atención se puede dar en centros de los organismos administradores, en prestadores terceros en convenio o sin convenio. En caso de los establecimientos asistenciales de los organismos administradores, estos deben contar con profesionales acreditados por la Superintendencia de Salud y estar capacitados en la Ley N° 16.744. Además, se debe contar

con un protocolo de priorización de pacientes según el nivel de gravedad del caso, con un modelo de gestión de los tiempos de espera y con un plan de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales<sup>16</sup>.

ii. Atención en centros ubicados en la entidad empleadora. Como caso excepcional los organismos administradores podrán instalar salas de primeros auxilios o policlínicos dentro de las empresas adheridas. En el caso de los primeros, estos pueden atender casos de baja complejidad y están a cargo de paramédicos o una enfermera quienes cuentan con un equipamiento básico para este tipo de casos. En el caso de los policlínicos, estos deberán contar al menos con un profesional médico cirujano quien tiene que estar capacitado respecto a la Ley N° 16.744. Este profesional es el encargado de realizar la primera atención en caso de un accidente o enfermedad profesional y decidir si el afectado requiere o no un traslado a un centro asistencial.

iii. Atención en Centros Ambulatorios del organismo administrador. En dichas agencias se prestan primeras atenciones y controles programados, por lo cual son centros de baja o mediana complejidad. Al igual que en los centros de urgencia, deben contar con un modelo de gestión de tiempos de espera y un plan frente a contingencias. Respecto a los profesionales, deben contar con al menos un médico cirujano y la normativa<sup>17</sup> exige que en las capitales regionales deberán contar con disponibilidad de traumatólogos y especialistas definidos de acuerdo a la morbilidad que presente mayor frecuencia en la región.

iv. Hospitalización. Estas se pueden generar en establecimientos de las propias Mutualidades o en centros de prestadores en convenio. En el caso de las primeras, se debe resguardar que las salas de hospitalización sean uniformes en su calidad y

16 Estas situaciones pueden ser aumento significativo en la demanda (ejemplo: debido a un accidente con varios involucrados), o por una merma en la cantidad de profesionales (ejemplo: debido a una huelga).

17 Libro V “Prestaciones Médicas”, página 8.

comodidad, para que no se produzcan discriminaciones. Además, se debe garantizar un acceso oportuno (con un máximo de 24 horas de espera) a exámenes e interconsultas con especialistas. Si existe riesgo de que esto no ocurra, se debe contar con una alternativa que debe estar preestablecida.

En el caso de hospitalizaciones en centros externos con convenio, estos deben estar acreditados por la Superintendencia de Salud, salvo excepciones que deben ser debidamente justificadas. En el convenio se deben establecer las obligaciones del prestador externo de contar con el debido registro de los casos que sean derivados. De todas maneras, es el profesional médico del organismo administrador el responsable del ingreso, evolución y alta hospitalaria.

v. Rehabilitación. Según la SUSESO<sup>18</sup>, se trata de “un proceso destinado a permitir que las personas con incapacidad temporal o permanente, alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social”. Debe ser un médico quien prescriba este tratamiento y quien además será responsable de hacer el control y seguimiento a la evolución del afectado. Dentro de las actividades que comprende la rehabilitación se encuentran la atención médica, fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, tratamiento psiquiátrico y terapia psicológica, confección de prótesis y de aparatos ortopédicos y su reparación.

Para poder dar esta prestación los organismos administradores deben contar con centros de rehabilitación propios o en convenio en cada región. Estos deberán estar bien localizados y contar con estándares de infraestructura, equipamiento y recursos humanos que permitan la óptima entrega de la prestación. Además, dichos centros deben ser capaces de poder atender pacientes de alta complejidad.

### 3.3.1.2 Derivación e interconsultas

Según el compendio (SUSESO, 2018), se entiende la derivación como “el envío de un paciente desde un centro asistencial a otro, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo establecimiento”. Estas pueden realizarse entre centros del organismo administrador o a un prestador externo. Las razones dicen relación a la continuidad de tratamiento o realización de exámenes específicos. Es el médico tratante el responsable de dar la orden para este procedimiento, para ello cada organismo administrador deberá contar con un protocolo que dé cuenta de cómo se debe decidir y proceder en estos casos. Además, el médico tratante del organismo administrador debe supervisar de manera periódica la evolución médica del trabajador.

En el caso de las interconsultas, estas ocurren cuando el paciente requiere de la evaluación de un médico especialista distinto al tratante. Esto puede ocurrir en el mismo centro de la Mutualidad o en alguno externo, según sea la necesidad. En estos casos se indica que es el organismo administrador debe velar por la atención oportuna del paciente, sobre todo de aquellas especialidades más demandadas.

### 3.3.1.3 Reposo Médico

En aquellos casos en que el trabajador producto del accidente o enfermedad no pueda reintegrarse de manera normal al trabajo, el organismo administrador deberá emitir una orden de reposo o una licencia médica. La orden de reposo Ley N° 16.744 es entregada por las mutualidades de empleadores y las licencias médicas son otorgadas por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y las empresas de administración delegada.

Existen 3 formas de dar un alta al trabajador afectado:

- i. Alta inmediata. Es cuando, de acuerdo con la decisión del médico tratante, no se requiere reposo,

18 Libro V “Prestaciones Médicas”, página 10.

por lo cual el trabajador puede reincorporarse de manera inmediata al trabajo.

ii. Alta laboral. Corresponde a la certificación del respectivo organismo administrador de que el trabajador está capacitado para reintegrarse a su jornada de trabajo y labor habitual, en las condiciones prescritas por el médico tratante.

iii. Alta médica. Esto ocurre cuando el médico tratante da término al tratamiento médico, quirúrgico o de rehabilitación.

Otra opción que puede ocurrir es que exista un reintegro laboral progresivo. Esto ocurre cuando dada la situación médica del trabajador este puede volver solamente a una jornada parcial de trabajo y de forma progresiva. En este caso, el profesional médico debe especificar el período por el cual el trabajador afectado se encontrará bajo este esquema. Además, durante este periodo se mantienen los subsidios por incapacidad.

#### **3.3.1.4 Adecuación domiciliaria y contratación de cuidador**

Cuando el trabajador se encuentre con una incapacidad permanente que lo imposibilite de desarrollar una vida cotidiana normal, el organismo administrador, con el fin de conseguir la rehabilitación integral del paciente, podrá habilitar el domicilio del trabaja-

dor afectado con el equipamiento e infraestructura necesaria para facilitar el desenvolvimiento normal del cotizante.

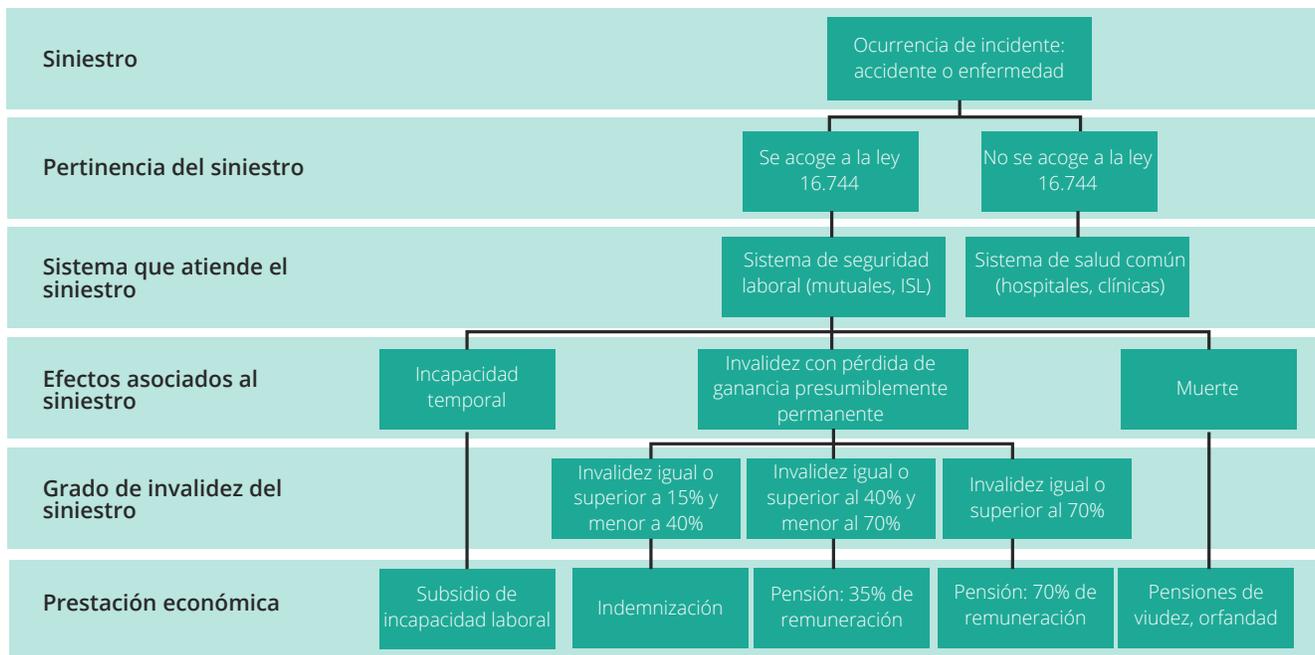
En este mismo escenario, el organismo administrador podrá también contratar a un cuidador que pueda prestar apoyo en los actos fundamentales de la vida cotidiana, cuando las circunstancias así lo ameriten, conforme a una evaluación efectuada por el organismo administrador.

### **3.4 Prestaciones Económicas**

De acuerdo con el artículo 1 del Decreto Supremo (DS) 109, las prestaciones económicas definidas en la Ley N° 16.744 tienen por objetivo reemplazar las rentas de los trabajadores imposibilitados de realizar regularmente sus labores, producto de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Así, como indica dicho artículo, con la asignación de prestaciones económicas existe continuidad de ingresos entre remuneraciones, subsidios o pensiones.

La ley establece tres tipos de prestaciones económicas o pecuniarias: subsidios, indemnizaciones y pensiones. Dependiendo de las causas y consecuencias del accidente de trabajo o la enfermedad, se determina cuál de estas prestaciones corresponde entregar al afectado. La Figura 7 resume los factores que derivan en esta determinación.

**Figura 7:** Esquema de definición de prestación económica.



**Fuente:** elaboración propia.

Como se puede ver en la Figura 7, la asignación de cada una de las prestaciones económicas depende de un diagnóstico médico (art.1 DS 109) así como del efecto que produzcan los accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales en los trabajadores. Según la Ley N° 16.744 dichos efectos se dividen en cinco categorías, de acuerdo con la gravedad del accidente o enfermedad profesional, distinguiendo aquellos que:

1. Producen incapacidad temporal<sup>19</sup>
2. Producen invalidez parcial<sup>20</sup>
3. Producen invalidez total
4. Producen gran invalidez
5. Producen la muerte

Respecto a la determinación del grado de invalidez, el DS 109 indica que dicha evaluación debe ser realizada

19 Según el DS 109, la incapacidad temporal se refiere a toda incapacidad resultante de un accidente de trabajo o enfermedad profesional de carácter o con efectos transitorios, considerando que el trabajador o la trabajadora afectada podrá reintegrarse de manera exitosa a sus labores habituales.

20 La invalidez se define como un estado que produzca una incapacidad irreversible y que proviene de un accidente laboral o enfermedad profesional, pese a dejar al trabajador con capacidad parcial para continuar con su actividad. A diferencia de la incapacidad temporal, el artículo 3 del DS 109 menciona que debe determinarse el grado de invalidez para efectos de determinar la prestación económica que proceda, dada dicha información.

por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) en los siguientes casos:

- Evaluación de la incapacidad permanente producida por enfermedades profesionales.
- Evaluación de la incapacidad permanente producida por accidentes del trabajo en el caso de las empresas con administración delegada y de trabajadores cuyos empleadores estén afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

Por su parte, a las mutualidades les corresponde evaluar la incapacidad permanente producida por accidentes del trabajo de sus trabajadores afiliados.

A continuación, se detallan las distintas prestaciones económicas otorgadas por el sistema de salud y seguridad laboral, definiendo cada una de ellas, su funcionamiento y los distintos actores involucrados.

### 3.4.1 Tipo de prestación económica otorgadas por los organismos administradores

Se presentaron en la Figura 7 las prestaciones económicas en las que cada accidente laboral o enfermedad del trabajo puede derivar. A continuación, se hace una breve descripción de estas, los requisitos para su funcionamiento, la manera en que se calcula la compensación, además de otros aspectos relevantes.

#### 3.4.1.1 Subsidios

Ante la presencia de incapacidad temporal producto de un accidente laboral o enfermedad profesional, los trabajadores dependientes o independientes protegidos por el Seguro de la Ley N° 16.744 tienen derecho al subsidio por incapacidad laboral temporal.

El subsidio corresponde a una prestación pecuniaria que reemplaza las remuneraciones o rentas de los trabajadores durante el reposo (desde el día en que

ocurre el accidente o se comprueba la enfermedad) hasta su recuperación y reintegro a las actividades laborales habituales o hasta su declaración de invalidez. La duración máxima del subsidio es de 52 semanas, pudiendo ser prorrogado por otras 52 semanas en caso de que el tratamiento del paciente o rehabilitación así lo requiera. El artículo 31 de la Ley N° 16.744 determina que luego de las 104 semanas, de no haberse logrado la curación y/o rehabilitación del trabajador, se presumirá que este presenta estado de invalidez.

En cuanto a los montos comprometidos, se estipula que el subsidio reemplaza la totalidad de los ingresos percibidos por el trabajador, incluyendo días feriados. De acuerdo con el Decreto Ley (DL) 44, los subsidios serán imponibles para previsión social y salud, sin perjuicio de que no se considerará renta para efectos legales.

#### 3.4.1.1.1 Requisitos y funcionamiento

Como se mencionó en la sección anterior, los subsidios surgen ante la presencia de incapacidad temporal como efecto de accidentes laborales o enfermedades profesionales. En cuanto a los requisitos de asignación, el Compendio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO, 2018) indica que, para tener derecho a esta prestación económica, es necesaria la existencia de una licencia médica tipo 5 o 6 autorizada por la COMPIN, o bien, una orden de reposo emitida por un médico de la mutualidad correspondiente.

En el caso de trabajadores dependientes, no es necesario un tiempo de afiliación mínimo, ni montos determinados asociados a cotizaciones para tener derecho al subsidio. En el caso de trabajadores independientes, la Ley N° 16.744 distingue entre aquellos que cotizan de manera obligatoria y quienes lo hacen voluntariamente. En el caso de los primeros, la ley estipula que deben haber pagado la cotización el mes que precede al incidente (accidente o declaración de enfermedad profesional), o bien, tener al menos seis cotizaciones

mensuales pagadas de manera continua o discontinua los últimos 12 meses anteriores al siniestro. Para el caso de los independientes voluntarios, además de lo anterior deben tener pagadas las cotizaciones de pensiones, salud y las estipuladas para el Seguro de la Ley N° 16.744.

La ley 21.133, promulgada en febrero de 2019, incorporó modificaciones con respecto a los trabajadores independientes estableciendo que se les concederá las prestaciones médicas y los beneficios pecuniarios del seguro social a que se refiere la ley N° 16.744, a partir del día 1 de julio del año en que se pagaron las cotizaciones hasta el día 30 de junio del año siguiente a dicho pago. Para tal efecto, la nueva ley considera como base de cálculo la renta imponible anual dividida por doce. Con todo, sólo procederá el pago de los beneficios, una vez verificado que el afiliado se encuentra al día en el pago anual de sus cotizaciones para el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales contemplado en la ley N° 16.744.

Para proceder al cálculo y posterior pago del beneficio, el Compendio establece que los organismos administradores tendrán un plazo de 3 días hábiles para entregar la información anterior a la víctima de un accidente laboral o enfermedad profesional, siendo necesaria además la entrega de documentación pertinente por parte del trabajador (Anexos 4 y 5 del mismo Compendio, Libro VI, Título II, letra F Documentación necesaria para el cálculo del subsidio).

### 3.4.1.1.2 Cálculo de subsidios

En cuanto al cálculo de la prestación, el Decreto Fuerza de Ley (DFL) 44 establece las normas para los subsidios por incapacidad laboral para el caso de los trabajadores dependientes del sector privado, mientras que, para el caso de los trabajadores independientes,

el artículo 152 del DFL1, así como el artículo 17 del DL 3500 dan cuenta de la base de cálculo del subsidio.

Para efectos de cálculo del subsidio, las remuneraciones consideradas en el caso de trabajadores dependientes son las definidas en el Capítulo V del Código del Trabajo. Para el caso de los trabajadores independientes, el Compendio (SUSESO, 2018) considerará renta la cantidad de dinero declarada por un trabajador independiente como base de cálculo de su cotización<sup>21</sup>. En cuanto a las remuneraciones variables y ocasionales, el Compendio determina que, para efecto de definir la base de cálculo del subsidio, no se deben considerar las remuneraciones ocasionales, mientras que las remuneraciones variables sí deben considerarse.

De acuerdo con lo anterior, el DFL 44 define que el monto de subsidio se calcula en función de la remuneración mensual neta, la que se determina al descontar las cotizaciones previsionales (pensiones y salud) e impuestos de la remuneración imponible de los trabajadores. Para el caso de trabajadores dependientes, el DFL 44 indica que la base de cálculo será equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio o de ambos que se hayan devengado en los tres meses más próximos al mes en que se inicia la licencia o reposo que da origen a esta prestación. De no existir remuneraciones suficientes para el cálculo mencionado, se debe considerar la remuneración pactada en el contrato de trabajo vigente.

Luego de obtener la remuneración mensual neta, se procede a dividir a suma de los totales mensuales de cada mes y dividirlos por noventa días, determinando de esta forma el monto diario del subsidio. Así, el monto del subsidio corresponderá al monto diario calculado multiplicado por número de días que debe cubrir esta prestación. Finalmente, el monto a pagar del subsidio corresponde al monto del subsidio menos la cotización para el seguro de cesantía por los días de subsidio.

21 De acuerdo al artículo 88 de la Ley N° 20.255, en régimen a contar del 2018 la renta imponible mensual de un trabajador independiente será equivalente a un doceavo del 80% del total de sus rentas brutas anuales gravadas por la ley de impuesto a la renta. Las prestaciones económicas desde esa fecha se reliquidarán según dicho artículo.

Para el caso de trabajadores independientes, el Compendio indica que el monto de la renta neta se determina en función de las rentas de los últimos 6 meses previos al inicio del reposo. En este caso, la remuneración neta mensual se calcula restando las cotizaciones previsionales (pensiones, seguro de invalidez y sobrevivencia y salud) así como impuestos de la renta imponible mensual. Al igual que en el caso anterior, el monto diario del subsidio será la suma de los totales mensuales dividido en 180 días, dando paso al cálculo del monto del subsidio al multiplicar lo anterior por el número de días que debe cubrir esta prestación.

### 3.4.1.1.3 Otros aspectos relevantes

**Reajuste de subsidios:** De acuerdo a la Ley N° 16.744, los montos de subsidios deben reajustarse en la misma proporción que las alzas que experimenten las remuneraciones de acuerdo a las leyes generales o aplicación de convenios colectivos. De igual manera, el DFL 44 estipula que el monto diario mínimo del subsidio no debe ser menor a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo para efectos no remuneracionales, por lo que, ante modificaciones al sueldo mínimo, se modificará este límite mínimo también.

**Pago de la prestación:** En cuanto a los pagos que debe realizar el organismo administrador, el Compendio (SUSESO, 2018) menciona que la prestación puede ser pagada directamente al trabajador o bien, a través de las empresas.

**Plazos y término de la prestación:** Atendiendo al principio de continuidad de ingresos, los organismos administradores tendrán que hacer efectivo el pago del subsidio dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la recepción de la licencia médica aprobada por la COMPIN en el caso del ISL y empresas con administración delegada, o de la emisión de Orden de

Reposo en el caso de las mutualidades. En este sentido, el artículo 35 de la Ley N° 18.591 indica que el derecho a pago del subsidio prescribirá en seis meses desde el término de la licencia y de reposo.

Por su parte, en cuanto a la duración del subsidio, la Ley N° 16.744 menciona que este tendrá una duración máxima de 52 semanas, pudiendo extenderse por 52 semanas más en función de atender la rehabilitación de la víctima de un accidente laboral o enfermedad profesional y con previa autorización de la COMPIN o comisión médica de cada mutualidad.

Respecto a la suspensión de la prestación, la Ley N° 16.744 establece que ante la negación de la víctima para continuar el tratamiento o curación de un accidente laboral o enfermedad profesional se suspenderá el pago del subsidio por solicitud del médico tratante y aprobación de la autoridad técnica correspondiente<sup>22</sup>. De igual manera, el subsidio terminará ante el término de licencia médica o de la orden de reposo, inicio de incapacidad permanente o bien, se cumplen las 104 semanas estipuladas por la ley.

### 3.4.1.2 Indemnizaciones

A diferencia de los subsidios, las indemnizaciones corresponden a pagos únicos<sup>23</sup> otorgados a los trabajadores, en función del grado de invalidez resultante de un accidente o enfermedad profesional<sup>24</sup>. La Ley N° 16.744 estipula que se considerará invalidez parcial cuando, producto de un accidente laboral o enfermedad profesional, exista una disminución de capacidad de ganancia (permanente) mayor o igual a 15% e inferior a un 70%. Si la disminución de capacidad de ganancia es mayor o igual a 15% e inferior a 40%, el/la trabajador/a víctima tiene derecho a una indemnización global, no excediendo 15 veces su sueldo base promedio de los últimos seis meses, ni menor a 1,5

22 Si el trabajador quisiera volver a su tratamiento y/o curación puede solicitarlo y, de esta manera, ser beneficiario de esta prestación económica.

23 De igual manera, el pago de dicho monto puede ser pagado de manera única o en cuotas mensuales e iguales. Si se opta por el pago mensual, el beneficiario puede solicitar en cualquier momento el saldo restante de su indemnización antes del periodo pactado para los pagos mensuales.

24 En la sección anterior se explicitan los actores involucrados en el proceso de evaluación y determinación del grado de invalidez.

veces dicha remuneración, determinándose en función del valor asignado al nivel de invalidez<sup>25</sup>.

### 3.4.1.2.1 Requisitos y funcionamiento

La Ley N° 16.744 determina el grado de invalidez en función de la disminución de la capacidad de ganancia permanente que sufriera la víctima producto de un accidente laboral o enfermedad profesional. Así, dependiendo del grado de invalidez determinado por la comisión médica del organismo administrador o la COMPIN, los trabajadores tendrán derecho a una indemnización única, cuyo monto dependerá del porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia producida por el accidente o enfermedad profesional y del sueldo base del trabajador afectado.

El artículo 76 del DS 101 estipula el procedimiento para la declaración, evaluación y/o declaración de incapacidades permanentes. Se define que serán las COMPIN las que declaran, evalúan y reevalúan las incapacidades permanentes, o bien, las comisiones de cada mutualidad para sus trabajadores afiliados que han sufrido un accidente del trabajo, atendiendo a los requerimientos del organismo administrador, a solicitud de los trabajadores o empleadores. Luego de reunir los antecedentes necesarios para determinar el grado de incapacidad de ganancia de los trabajadores, las COMPIN y mutualidades emiten una resolución de incapacidad permanente que incorpora los distintos requerimientos estipulados por la ley. Las resoluciones que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores que correspondan y al interesado dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde su emisión. Asimismo, en igual plazo las resoluciones que emitan las mutualidades deberán ser notificadas a los trabajadores.

Así, para tener derecho a esta prestación económica solo se requiere la Resolución emitida por la COMPIN

o comisión evaluadora de las mutualidades, que establezca la pérdida de ganancia a raíz del accidente laboral o enfermedad profesional.

Luego de la emisión y posterior notificación de la resolución indicada, los organismos administradores tendrán que cursar el pago de la prestación económica correspondiente, sin ser necesaria una solicitud por parte de del accidentado o enfermo.

En el caso de que la indemnización o pensión se otorgue por una enfermedad profesional, la Ley N° 16.744 y el DS 101 indican que todos los organismos administradores a los que estuvo afiliado el trabajador deben concurrir al pago de dicha prestación. Se establece que el organismo administrador en que el trabajador se encuentra afiliado en el momento que solicita esta prestación será el encargado de pagar este beneficio, encargándose además de cobrar a los organismos con afiliación anterior del trabajador, según el tiempo en que tuvo relación con cada administrador anterior. Además, la ley establece las distintas concurrencias ante revaluación de una enfermedad profesional, identificando enfermedades profesionales seguidas de otras enfermedades profesionales o de un accidente de trabajo y accidentes seguidos de enfermedades profesionales.

Finalmente, si los trabajadores, sus derecho-habientes, o los organismos administradores no estuviesen conforme con lo resuelto en cuestiones de orden médica, existirá una instancia de reclamo ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales (COMERE) en el plazo de 90 días hábiles. De las resoluciones emanadas de la COMERE, se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 30 días hábiles, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

<sup>25</sup> De todas formas, la indemnización no podrá ser inferior a medio sueldo vital mensual del departamento de Santiago.

### 3.4.1.2.2 Cálculo de indemnizaciones

Como se ha mencionado anteriormente, la Ley N° 16.744 define la invalidez parcial en función del grado de pérdida o disminución de capacidad de ganancia. Así, la víctima de un accidente laboral o enfermedad profesional será considerada inválida parcial si sufriera una pérdida de ganancia, presumiblemente permanente, igual o mayor a 15% y menor a 70%. En el caso en que la pérdida de ganancia es igual o superior a 15% e inferior a 40%, se procederá al cálculo de una indemnización global, cuyo monto no podrá exceder 15 veces el sueldo base del trabajador y en ningún caso menor a medio sueldo vital del departamento de Santiago<sup>26</sup>. De acuerdo con el Compendio, el sueldo base mensual corresponderá al promedio de las remuneraciones imponibles, excluyendo subsidios, percibidas por el trabajador durante los últimos 6 meses previos al accidente o enfermedad profesional<sup>27</sup>. Una vez que se define dicho sueldo base mensual, y según lo que indica el art. 30 del DS 109, el monto de indemnización global se define en función del porcentaje de incapacidad de ganancia, tal como refleja la Tabla 2.

zación global, cuyo monto no podrá exceder 15 veces el sueldo base del trabajador y en ningún caso menor a medio sueldo vital del departamento de Santiago<sup>26</sup>. De acuerdo con el Compendio, el sueldo base mensual corresponderá al promedio de las remuneraciones imponibles, excluyendo subsidios, percibidas por el trabajador durante los últimos 6 meses previos al accidente o enfermedad profesional<sup>27</sup>. Una vez que se define dicho sueldo base mensual, y según lo que indica el art. 30 del DS 109, el monto de indemnización global se define en función del porcentaje de incapacidad de ganancia, tal como refleja la Tabla 2.

**Tabla 2:** Monto de indemnización global.

% Incapacidad de Ganancia	Monto de Indemnización (Sueldos Base)
15,0	1,5
17,5	3,0
20,0	4,5
22,5	6,0
25,0	7,5
27,5	9,0
30,0	10,5
32,5	12,0
35,0	13,5
37,5	15,0

**Fuente:** Decreto Supremo N° 109, artículo 30.

26 La Ley N° 16.744 añade que si la víctima de un accidente de trabajo resultara con una mutilación importante o deformación notoria, será considerado inválido parcial pese a no existir una incapacidad para desarrollar sus labores. Si dicha mutilación/deformación es en la cara, esto dará derecho al monto máximo de indemnización.

27 En el caso de no haber continuidad en los ingresos de los últimos seis meses, no existir cotizaciones u otras situaciones que dificulten el cálculo del Sueldo Base Mensual, el mismo Compendio define los cursos de acción correspondientes. De igual manera, el Compendio estipula las consideraciones relativas a la amplificación de remuneraciones, descuentos de incremento y actualización de remuneraciones que deben tener en cuenta los organismos administradores.

### 3.4.1.2.3 Otros aspectos relevantes

Plazos y fecha de devengamiento: La indemnización considerará como fecha de inicio la indicada en la resolución emitida por la COMPIN o comisión evaluadora de la mutualidad en la que se indica el porcentaje de incapacidad. En cuanto a los plazos para pagar la prestación, el Compendio define un plazo máximo de 90 días hábiles desde la fecha de notificación de la Resolución por Incapacidad Permanente (REIP).

Modificaciones al cálculo de indemnización: Si luego de la declaración de incapacidad de un trabajador, el porcentaje de pérdida de ganancia aumenta producto de un nuevo accidente o enfermedad (aunque sin alcanzar el 40%), la víctima tendrá derecho a una nueva indemnización, a la que se le descontará el número de sueldos base ya pagados.

### 3.4.1.3 Pensiones

Si los efectos de un accidente laboral o enfermedad profesional dan cuenta de grados de invalidez iguales o mayores al 40%, las víctimas tendrán derecho a distintos tipos de pensión, a través de pagos mensuales. La Ley N° 16.744 indica que, si la disminución de capacidad de ganancia es igual o mayor a 40% y menor a 70%, el/la trabajador/a afectado tendrá derecho a una pensión igual al 35% de su sueldo base. Si el grado de invalidez es igual o superior al 70%, se considerará que la víctima presenta invalidez total, dando derecho a una pensión igual al 70% del sueldo base. En ambos casos, las pensiones se pagarán hasta la fecha en que

el pensionado cumpla 65 años (hombres) o 60 años (mujeres). Luego, debe entrar en vigencia la pensión de vejez de acuerdo a su situación previsional.

En caso de muerte del accidentado o enfermo, la ley establece una pensión de supervivencia para hijos, la madre de sus hijos legítimos, naturales, ilegítimos o adoptivos, la madre de sus hijos naturales, ascendientes o descendientes que le causaban asignación familiar. El funcionamiento y detalle esta prestación se presenta en la siguiente sección.

#### 3.4.1.3.1 Requisitos y funcionamiento

A diferencia de las prestaciones económicas enunciadas anteriormente, las pensiones surgen cuando producto de un accidente laboral o enfermedad profesional, la víctima resulta con un grado de invalidez o pérdida de ganancia igual o superior al 40% o bien, provocan la muerte. Como se mencionó en la sección anterior, si el grado de incapacidad es igual o superior a 40% y menor a 70%, se considerará invalidez parcial dando derecho a una pensión mensual equivalente al 35% del sueldo base, mientras que, si el grado de invalidez es igual superior a 70%, la pensión corresponderá al 70% del sueldo base del trabajador.

Al igual que en el caso de indemnizaciones, el Compendio (SUSESO, 2018) establece como requisito de asignación de la pensión una Resolución de Incapacidad Permanente que sea emitida por la COMPIN o comisión evaluadora de las mutuales, especificando el grado de pérdida de ganancia (y que sea igual o superior al 40%).

Si el accidente o enfermedad provocara la muerte de la víctima, o bien, si al estar recibiendo una pensión de invalidez la víctima muere, la Ley N° 16.744 establece pensiones de supervivencia para las siguientes personas:

- **Cónyuge sobreviviente:** para el caso del cónyuge sobreviviente, se establece que la viuda mayor de 45 años de edad o inválida de cualquier edad accederá a una pensión de viudez vitalicia. Si es menor de 45 años la pensión se extenderá por un año y se prorrogará mientras mantenga a su cuidado a los hijos que causen asignación familiar.
- **La madre de los hijos de filiación no matrimonial del causante:** para tener derecho a pensión, el causante debió haber reconocido a sus hijos con anterioridad a la fecha del siniestro.
- **El viudo inválido:** en este caso, el viudo inválido que haya vivido a expensas del cónyuge afiliado, tendrá derecho a una pensión vitalicia en iguales condiciones que la viuda.
- **Los hijos del causante:** hijos/as menores de 18 años o mayores de esas edad y menores de 24 que cursen estudios de enseñanza media, técnica o superiores, o bien, inválidos de cualquier edad tendrán derecho a una pensión de orfandad.

En caso de no existir los beneficiarios mencionados, los ascendientes y demás descendientes del fallecido que le causaban asignación familiar se definirán como otros beneficiarios, teniendo derecho a una pensión. De la misma manera que se mencionó para las indemnizaciones, en el caso de que la pensión se otorgue por una enfermedad profesional, la Ley N° 16.744 y el DS 101 indican que todos los organismos administradores a los que estuvo afiliado el trabajador deben concurrir al pago de dicha prestación. Las concurren-

cias se calcularán en base al tiempo de imposiciones existentes en cada uno de los organismos.

### 3.4.1.3.2 Cálculo de pensiones

Para el caso de pensiones de invalidez, el monto de esta prestación dependerá del grado de invalidez establecido por la COMPIN o la comisión evaluadora de las mutualidades. La Ley N° 16.744 establece que si la invalidez es parcial (entre 40 % y menor a 70%), la pensión corresponderá a un 35% del sueldo base de la víctima, mientras que si como resultado del siniestro la víctima tuviese invalidez total (igual o mayor a 70%), tendrá derecho a una pensión equivalente al 70% de su sueldo base. La ley estipula además que, si la víctima de un siniestro requiere auxilio de otras personas para realizar actos elementales de su vida, tendrá derecho a una pensión suplementaria de 30% de su sueldo base hasta que permanezca en dicho estado. Asimismo, las pensiones se incrementarán en un 5% por cada hijo del pensionado a contar del tercer hijo que cause asignación familiar.

Respecto al cálculo del sueldo base mensual, este corresponderá al promedio de las remuneraciones imponibles, excluyendo subsidios, percibidas por el trabajador durante los últimos 6 meses previos al accidente o enfermedad profesional, teniendo las mismas consideraciones que las mencionadas para las indemnizaciones.

Para el caso de pensiones de supervivencia, el cálculo de pensiones de viudez, así como a la madre de hijos de filiación no matrimonial dependerá de la existencia o no de hijos titulares de pensión de orfandad, así como de si la muerte de la víctima es un resultado directo de un accidente laboral o enfermedad profesional o si se produce mientras la víctima recibe pensión de invalidez. El siguiente cuadro resume los porcentajes correspondientes a las distintas pensiones de supervivencia.

**Tabla 3:** Montos de pensiones de supervivencia.

<b>Pensión de viudez</b>		
	Trabajador Fallecido	Pensionado Fallecido
Viuda sin hijos titulares de pensión de orfandad	60% del 70% del sueldo base (42% del sueldo base)	60% de la pensión básica (*) que percibía
Viuda con hijos titulares de pensión de orfandad	50% del 70% del sueldo base (35% del sueldo base)	50% de la pensión básica (*) que percibía
<b>Pensión de la Madre de Hijos de Filiación No Matrimonial (MHFNM)</b>		
MHFNM sin hijos titulares de pensión de orfandad	36% del 70% del sueldo base (25,2% del sueldo base)	36% de la pensión básica (*) que percibía
MHFNM con hijos titulares de pensión de orfandad	30% del 70% del sueldo base (21% del sueldo base)	30% de la pensión básica (*) que percibía
<b>Pensión de orfandad</b>		
Pensión de orfandad	20% del 70% del sueldo base (14% del sueldo base)	20% de la pensión básica (*) que percibía

(\*) Pensión básica no considera incremento por hijo ni suplemento por gran validez.

**Fuente:** compendio de prestaciones económicas (SUSESO, 2018).

### 3.4.1.3.3 Otros aspectos relevantes

Plazos y fecha de devengamiento: Una vez que se determina el derecho a pensión de invalidez, se procederá a dar inicio a un pago mensual en un plazo máximo de 30 días hábiles desde la notificación de la resolución que establece el grado de invalidez de la víctima. En caso de existir algún reclamo o apelación ante la COMERE o SUSESO, el plazo mencionado no se modificará, sin perjuicio del resultado de este reclamo. En caso de que el trabajador contara con subsidio previo a la declaración de invalidez que da derecho a la pensión de invalidez, dicha prestación inicial debe ser suspendida y reemplazada por la pensión. En cuanto a la fecha

de inicio de la pensión, esta debe coincidir con la fecha de la resolución que declara el grado de incapacidad.

En cuanto a las pensiones de supervivencia, la Ley N° 16.744 indica que esta se devengará a contar del primer día del mes siguiente a la muerte de la víctima de un accidente o enfermedad, mientras que en el caso de un trabajador que muera mientras percibe la pensión de invalidez, el beneficio devengará desde la fecha de fallecimiento. Al igual que en el caso de pensiones de invalidez, la ley indica que luego de 30 días hábiles contados desde la fecha en que se cursa la solicitud de pensión de sobrevivencia debe comenzar los pagos mensuales asociados a la prestación.

## 4. ANÁLISIS TEÓRICO DEL SISTEMA DE SSL CHILENO

Cuando se evalúan los sistemas de salud, en general se evalúan en base a su eficiencia, equidad<sup>28</sup> y solidaridad. La discusión de los últimos años ha agregado preocupaciones de más largo plazo que se pueden englobar en el concepto de sustentabilidad. Casi la totalidad de los problemas económicos de los sistemas de salud, pueden clasificarse en alguna de estas dimensiones (o en su interacción).

Al enfocarse en este conjunto de dimensiones, se busca que la salud sea vista como un problema social y humano, que si bien tiene aristas económicas y técnicas, incorpora complejas variables éticas y valóricas. Esto último hace que uno de los principales aportes de cualquier estudio económico sea identificar, y potencialmente cuantificar, los *trade-off* que distintas decisiones generan entre estas dimensiones. El equilibrio es complejo y su resultado dependerá de las características del problema de salud, de cómo se organiza el

sistema para dar respuesta y de las soluciones técnica y económicamente viables. Estos, sumado al objetivo del sistema, son insumos básicos para comprender y evaluar cómo aplica cada problema económico en el caso de las mutualidades.

### 4.1 Metodología

Se levantaron los problemas genéricos más comunes podría tener cualquier sistema de salud, analizando de qué forma cada uno de ellos, si existiera, afectaría a los principales actores del sistema de salud laboral: los pacientes, los empleadores, los proveedores de servicios médicos, y los aseguradores<sup>29</sup>, utilizando la nomenclatura que muestra la Tabla 4.

Posteriormente se evaluó según el criterio de los autores, esos problemas genéricos aplican o no al sistema de SSL chileno.

**Tabla 4:** Nomenclatura de tipo de impacto de los problemas genéricos de los sistemas de salud.

--	Muy perjudicado por el problema
-	Perjudicado por el problema
0	Indiferente al problema
+ / -	Podría beneficiarse o perjudicarse por el problema
+	Beneficiado por el problema
++	Muy beneficiado por el problema

28 Incluye y se asocia a concepto de "justicia".

29 En el sistema vigente el rol de prestador médico y asegurador está integrado en la mutualidad, no obstante para análisis se consideró interesante evaluar el efecto de cada problema para esos roles en forma separada.

## 4.2 Resultados

La siguiente tabla muestra un listado -no comprensivo- de los problemas genéricos que conceptualmente podría tener cualquier sistema de salud y el efecto que ese problema tendría en los actores relevantes.

**Tabla 5:** Problemas genéricos de sistemas de salud identificados en la literatura, y el impacto que estos tendrían en los actores relevantes del sistema de SSL.

Macro tema	Problema	Descripción	Efecto en actores relevantes			
			Pacientes	Proveedores	Empleador	Aseguradores
Solidarity	Falta de solidaridad de riesgos individual <sup>30</sup>	Personas pagan según su riesgo individual.	--	0	0	-
	Falta de solidaridad de riesgos grupal <sup>31</sup>	Grupos pagan según su riesgo grupal.	-	0	--	-
	Falta de solidaridad de ingresos individual <sup>32</sup>	Personas pagan según su posibilidad de financiar seguro.	+/-	-	-	-
	Falta de solidaridad de ingresos grupal <sup>33</sup>	Grupos pagan según su posibilidad de financiar seguro.	+/-	0	-	0
	Falta de solidaridad intergeneracional	En sistemas de seguridad social, es común que los trabajadores activos financien a trabajadores pasivos. Cuando la población envejece, su costo esperado aumenta (se relaciona íntimamente a la solidaridad de riesgos). Esto hace que existan transferencias intergeneracionales de jóvenes a adultos mayores, las que con los cambios demográficos se exagera al punto que puede hacer insostenible el sistema.	+/-	0	-	0
Reclasificación risk	Riesgo de reclasificación individual <sup>34</sup>	Cuando las personas enferman o aumentan su costo esperado por eventos que no necesariamente están bajo su control, se ajusta la prima al alza para hacerla acorde al nuevo riesgo individual.	--	0	0	++
	Riesgo de reclasificación grupal <sup>35</sup>	Si un grupo de personas aumenta su costo esperado por eventos que no necesariamente son de su control, se ajusta la prima al alza para hacerla acorde al nuevo riesgo grupal.	-	0	-	+
Moral hazard	Riesgo moral <sup>36</sup>	Pacientes, al tener alta cobertura -por ejemplo, 100% implica cero desembolso- cambian su comportamiento y demandan mayor cantidad de servicios que si tuviesen que financiarlo con sus propios recursos.	++	++	--	--
Induced demand	Demanda inducida <sup>37</sup>	Doctor actúa como agente del paciente, pero beneficios del exceso de tratamiento recaen en el prestador -el mismo doctor o su empleador-. Los costos los paga el seguro o el mismo paciente (que debido a su ignorancia depende de la recomendación del doctor).	+	++	--	--
Free rider	Free rider <sup>38</sup> (polizón)	Personas no pagan su seguro, asumiendo que cuando enfermen, la sociedad u alguna institución les dará cobertura (si todos actúan así, es imposible que un seguro funcione).	-	0	0	0
High search costs	Costos de búsqueda de seguro eficiente <sup>39</sup>	Alta rotación de planes – Pacientes obligados a cambiarse de plan, fomenta desconocimiento.	--	0	-	++
Adverse selection	Selección adversa individual <sup>40</sup>	Seguros “generosos” atraen pacientes que tienen un mayor gasto esperado. En el margen, ello hace subir la prima lo que puede ahuyentar pacientes menos riesgosos. Se genera un círculo vicioso que puede terminar impidiendo la existencia de seguros con alta cobertura.	-	0	--	--
	Selección adversa grupal <sup>41</sup>	Seguros “generosos” atraen grupos de pacientes que tienen un mayor gasto esperado. En el margen, ello hace subir la prima lo que puede ahuyentar empresas menos riesgosas. Se genera un círculo vicioso que puede terminar impidiendo la existencia de seguros con alta cobertura.	-	0	--	-
	Seguros incompletos <sup>42</sup>	Para evitar autoselección, mercado ofrece seguros incompletos sub-óptimos.	--	0	-	+

30 Van de Ven, W.; Ellis, R. Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In Handbook of Health Economics; Culyer, A.J., Newhouse, J.P., Eds.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2000; Volume 1, Part A, Chapter 14; pp. 755–845.

31 Van de Ven, W. P., Van Vliet, R. C., Schut, F. T., & Van Barneveld, E. M. (2000). Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? *Journal of Health Economics*, 19(3), 311-339.

32 Ellis, R. P., & Fernandez, J. G. (2013). Risk selection, risk adjustment and choice: Concepts and lessons from the Americas. *International journal of environmental research and public health*, 10(11), 5299-5332.

33 Gertler, P., & Gruber, J. (2002). Insuring consumption against illness. *American economic review*, 92(1), 51-70.

34 Cutler, D. (1994). Market failure in small group health insurance (No. w4879). National Bureau of Economic Research.

35 Pauly, M. V., Kunreuther, H., & Hirth, R. (1995). Guaranteed renewability in insurance. *Journal of Risk and Uncertainty*, 10(2), 143-156. Diamond, P. (1992). Organizing the health insurance market. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1233-1254

Cochrane, J. H. (1995). Time-consistent health insurance. *Journal of Political Economy*, 103(3), 445-473. Handel, B., Hendel, I., & Whinston, M. D. (2015). Equilibria in health exchanges: Adverse selection versus reclassification risk. *Econometrica*, 83(4), 1261-1313.

36 Einav, Liran, Amy Finkelstein, Stephen Ryan, Paul Schrimpf, and Mark Cullen, 2013, “Selection on Moral Hazard in Health Insurance,” *American Economic Review*, 178-219. Arrow, Kenneth J., “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,” *American Economic Review*, December 1963, 53(5): 941-973. Amy Finkelstein, 2013. *Moral Hazard in Health Insurance: Developments since Arrow (1963)*.

37 Godager, Geir, and Daniel Wiesen, 2013, “Profit or patients’ health benefit” Exploring the heterogeneity in physician altruism,” *Journal of Health Economics*, 32, 1105-1116. McGuire, Thomas G. 2000, *Physician Agency*. In AG Culyer and JP Newhouse *Handbook of Health Economics*. North Holland.

38 Culyer, A. J. (1989). The normative economics of health care finance and provision. *Oxford review of economic policy*, 5(1), 34-58.

39 Cebul, R. D., Rebitzer, J. B., Taylor, L. J., & Votruba, M. E. (2011). Unhealthy insurance markets: Search frictions and the cost and quality of health insurance. *American Economic Review*, 101(5), 1842-71.

40 David M. Cutler and Sarah Reber, 1998, “The Tradeoff between Competition and Adverse Selection,” *Quarterly Journal of Economics*, 113, 433-466.

41 Biglaiser, Gary, and Ching-to Albert Ma 2003, “Price and Quality Competition under Adverse Selection: Market Organization and Efficiency,” *Rand Journal of Economics*, 34, 266-286.

42 Richard G. Frank, Jacob Glazer, Thomas G. McGuire, 2000 “Measuring Adverse Selection in Managed Health Care,” *Journal of Health Economics*, 19, 829-854.

Macro tema	Problema	Descripción	Efecto en actores relevantes			
			Pacientes	Proveedores	Empleador	Aseguradores
Advantageous selection	Selección positiva individual <sup>43</sup>	Lo opuesto de la selección adversa. Pacientes de menor riesgo acceden a mejor seguro.	++	+	+	++
	Selección positiva grupal <sup>44</sup>	Lo opuesto de la selección adversa. Grupos de menor riesgo acceden a mejor seguro.	+	+	+	++
Risk selection	Exclusión de pacientes de alto riesgo <sup>45</sup>	Aseguradores tienen incentivos para generar planes que excluyan o ahuyenten pacientes con costos esperados mayores al promedio de primas del sistema. Eventualmente proveedores pueden tener los mismos incentivos si sistemas de pago no compensan.	+/-	++	-	++
	Exclusión de grupos de alto riesgo	Aseguradores tienen incentivos para generar planes que excluyan o ahuyenten empresas con costos esperados menores al promedio de primas del sistema. Eventualmente proveedores pueden tener los mismos incentivos si sistemas de pago no compensan.	+/-	+	+/-	+
Quality reduction	Reducción calidad servicio médico, distorsión de servicios médicos <sup>46</sup>	Ante costos crecientes, para acotar gastos se reduce la calidad del servicio médico. Tiene como efectos potenciales la selección de menores riesgos (planes que ofrecen mala calidad a bajo precio atraen pacientes más sanos que esperan hacer uso reducido de servicios médicos).	--	+	-	+
Network quality	Redes de prestadores de baja calidad <sup>47</sup>	Limitar acceso a prestadores "premium" de alto costo. Las personas "siguen" a prestadores premium, estos a su vez suelen ser más caros. Planes evitan cobertura en dichos prestadores.	--	+/-	--	+
Rationing/ waiting lists	Listas de espera <sup>48</sup>	Demora atención para que quienes pueden pagar se atiendan con terceros, quienes tienen problemas no graves se auto seleccionen fuera del sistema, y problemas que se solucionan solos alcancen a solucionarse antes de la atención.	--	0	--	++
Ex ante vs ex post moral hazard	Riesgo moral ex ante <sup>49</sup>	Cobertura afecta decisiones previas a la enfermedad que reducen su probabilidad de ocurrencia o bien su costo esperado -como podrían ser decisiones de prevención.	--	+	-	--
Technology Growth and Innovation	Falta de innovación/uso de tecnología antigua <sup>50</sup>	Incentivos limitados a la innovación.	-	++	-	++
	Exceso de tecnologías no eficientes	Incentivos a innovación no costo-efectiva.	-	++	-	--
Job Lock	Fricciones en el mercado laboral fruto del seguro de salud <sup>51</sup>	Cuando los incentivos de las empresas incluyen beneficios de cobertura de salud, empleados que desearían cambiarse de trabajo, deciden no hacerlo al valorar en exceso estos beneficios.	--	0	--	-

43 Fang, Hanming, Michael Keane and Dan Silverman, 2008, "Sources of Advantageous Selection: Evidence from the Medigap Insurance Market," Journal of Political Economy, 2008, 303-350.

44 De Meza, D., & Webb, D. C. (2001). Advantageous selection in insurance markets. RAND Journal of Economics, 249-262.

45 Ellis, R. P., & Fernandez, J. G. (2013). Risk selection, risk adjustment and choice: Concepts and lessons from the Americas. International journal of environmental research and public health, 10(11), 5299-5332.

46 Ma, Ching-to Albert, 1994, "Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives," Journal of Economics & Management Strategy, 3, 93-112. Pedro Pita Barros and Xavier Martinez-Giralt, 2002, "Public and Private Provision of Health Care," Journal of Economics & Management Strategy, 11, 109-134.

47 Shepard, M. (2016). Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange (No. w22600). National Bureau of Economic Research. Ma, Ching-to Albert and Thomas G. McGuire, 2002, "Network Incentives in Managed Health Care," Journal of Economics & Management Strategy, 11, 1-36.

48 Iversen, T. (1997). The effect of a private sector on the waiting time in a national health service. Journal of Health Economics, 16(4), 381-396. Lindsay, C. M., & Feigenbaum, B. (1984). Rationing by waiting lists. The American Economic Review, 74(3), 404-417.

49 Bauer, D., Lakdawalla, D., & Reif, J. (2018). Mortality Risk, Insurance, and the Value of Life (No. w25055). National Bureau of Economic Research.

50 Cutler, D. and M. McClellan. "Is Technological Change Worth It?" Health Affairs Sept/Oct. 2001

51 "Madrian, Brigitte (1994). "Employment Based Health Insurance and Job Mobility: Is

There Evidence of Job Lock?" Quarterly Journal of Economics 109: 27-54. Gruber, J., & Madrian, B. C. (1994). Health insurance and job mobility: The effects of public policy on job-lock. ILR Review, 48(1), 86-102.

La Tabla 7 muestra el grado en que, de acuerdo al análisis de este equipo de trabajo, ese problema genérico sería atingente al sistema de SSL chileno, utilizando la siguiente escala Likert de clasificación:

**Tabla 6:** Clasificación utilizada para evaluar el nivel de impacto que tienen en la SSL chilena cada uno de los problemas genéricos de la salud identificados en la literatura.

1	Muy en desacuerdo que el problema aplique
2	En desacuerdo que el problema aplique
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo que el problema aplique
4	De acuerdo que el problema aplique
5	Muy de acuerdo que el problema aplique

**Tabla 7:** Problemas genéricos de los sistemas de salud y como aplican al sistema de SSL chileno.

Macro tema	Problema	Calificación	Argumentación
Solidarity	Falta de solidaridad de riesgos individual	1	No aplica, personas no pagan según su riesgo individual.
	Falta de solidaridad de riesgos grupal	3	Si aplica, pero limitado, empresas pagan porcentaje del ingreso imponible más una prima variable según tasa de accidentes -medida por días perdidos- e industria cuando no hay historia previa. Aproximadamente, 1/3 de la prima es variable.
	Falta de solidaridad de ingresos individual	2	No aplica, empresas pagan según días perdidos.
	Falta de solidaridad de ingresos grupal	2	Puede aplicar y debe ser monitoreada. En el margen pueden haber transferencias por el componente "prestaciones económicas" (de menores ingresos a mayores ingresos; pero prima proporcional a renta imponible lo limita).
	Falta de solidaridad intergeneracional	2	No aplica, es un seguro exclusivo para trabajadores activos y limitado a accidentes y enfermedades profesionales. Prima es un porcentaje el ingreso imponible más aporte diferenciado del empleador. Trabajadores activos en promedio pertenecen a cohortes distintas, ingreso está correlacionado con edad (problema no es de responsabilidad del sistema).
Reclasificación risk	Riesgo de reclasificación individual	1	No aplica, se trata de un seguro grupal.
	Riesgo de reclasificación grupal	3	Eventualmente si una empresa presenta mayor tasa de accidentes -medido por días perdidos- aumenta su prima, lo que representa una reclasificación de su riesgo grupal. Sin embargo, prima total tiene un tope en 6% y parte variable se calcula cada 2 años tomando historia previa de 3 años, lo que acota el problema.

Macro tema	Problema	Calificación	Argumentación
Moral hazard	Riesgo moral	2	El MINSAL define los protocolos de atención y qué enfermedades serán cubiertas. Paciente tiene escasa libertad para demandar más servicios.
Induced demand	Demanda inducida	3	Costos del exceso de tratamiento recaen directamente en la mutualidad. Incentivos alineados (aunque doctores tienen incentivos a experimentar). En parte actual sistema de financiamiento interno limita problema, aunque para algunos prestadores de regiones no es tan evidente.
Free rider	Free rider (polizón)	1	El sistema de mutuales es obligatorio para los trabajadores dependientes, empleados no pueden optar por no pagar su seguro. Adicionalmente, el seguro es financiado por el empleador (no hay incentivos, aunque en el margen el mayor costo puede generar incentivos a la informalidad).
High search costs	Costos de búsqueda de seguro eficiente	1	Seguro es obligatorio por ley y beneficios no varían entre empleadores (proceso de búsqueda marginal y a cargo del empleador).
Adverse selection	Selección adversa individual	1	Mutualidad no puede ofrecer distintos niveles de seguro a empleados de una misma empresa -que permitiría en el margen la auto-selección de pacientes-. Empleador elige mutualidad para todos los empleados (actúa como agregador).
	Selección adversa grupal	1	Regulación impide que compañías ofrezcan seguros con menor cobertura, adicionalmente, seguro obligatorio -con beneficios estandarizados y definidos por ley- impide autoselección.
	Seguros incompletos	4	Mutuales tienen cobertura del 100% de condiciones de origen laboral (lo que a su vez es un riesgo, pues no existe límite). Riesgo de seguro incompleto hoy parece estar acotado debido a esfuerzos normativos y que mutuales aplican normativa, no definen. Dado que, en algunos casos (como enfermedades profesionales), la segmentación entre condiciones laborales y no laborales es difusa, el riesgo sistémico es alto y debe ser continuamente monitoreado. Existen espacios de mejora en el proceso para definir condiciones no laborales que quedan sin cobertura (y que representan un riesgo para el asegurado).
Advantageous selection	Selección positiva individual	1	Mutualidad no puede ofrecer distintos niveles de seguro a empleados de una misma empresa -que permitiría en el margen la auto-selección de pacientes-. Empleador elige mutualidad para todos los empleados (actúa como agregador).
	Selección positiva grupal	1	Regulación impide que compañías ofrezcan seguros con menor cobertura, adicionalmente, seguro obligatorio -con beneficios estandarizados y definidos por ley- impide autoselección.
Risk selection	Exclusión de pacientes de alto riesgo	1	Mutualidad no puede seleccionar pacientes, empleador actúa como "agregador" de demanda.
	Exclusión de grupos de alto riesgo	4	Riesgo real del sistema que debe ser monitoreado, mutuales tienen incentivos para evitar empresas con alta tasa de siniestralidad (asumiendo que prima variable no es capaz de compensar mayor riesgo esperado), aunque regulación de promociones y prohibición de rechazar afiliados, lo limita.

Macro tema	Problema	Calificación	Argumentación
Cream skimming	Selección pacientes de bajo riesgo	1	Mutualidad no puede seleccionar pacientes, empleador actúa como "agregador" de demanda.
	Selección grupos de bajo riesgo	4	Riesgo real del sistema que debe ser monitoreado, mutuales tienen incentivos para hacer promociones y buscar empresas con baja tasa de accidentes y enfermedades, aunque regulación de promociones y prohibición de rechazar afiliados, lo limita.
Quality reduction	Reducción calidad servicio médico, distorsión de servicios médicos	2	Sistema integrado hace que mutualidad pague el costo de una reducción de calidad que tenga consecuencias en la salud. Puede existir reducción de calidad del servicio (trato y comodidades) atendida libertad limitada de elección. No debiese afectar la salud. Mala calidad del prestador puede tener como efecto un aumento en el número de días de reposo. Pérdida del control (datos y estadísticas críticas para la toma de decisiones respecto de la calidad del prestador).
Network quality	Redes de prestadores de baja calidad	3	No aplica, actualmente las mutuales son reconocidas como prestadores premium en su segmento. Sin embargo, dado los incentivos, es un riesgo real especialmente en calidad de la atención, no de resultados donde los incentivos están alineados (empleadores presionan por una buena calidad de atención para sus trabajadores, lo que equilibra incentivos)
Rationing/wai- ting lists	Listas de espera	2	Enfermedades graves y urgencias no tienen listas de espera (incentivos alineados). Eventualmente existen incentivos para condiciones que en el margen pueden ser calificadas como no-profesionales.
Ex ante vs ex post moral hazard	Riesgo moral ex ante	1	Mutuales al tener cobertura del 100%, no traspasa algunos riesgos que son controlables al potencial paciente. Sin embargo, mandato legal a mutuales mitiga este riesgo.
Technology Growth and Innovation	Falta de innovación/uso de tecnología antigua	2	Mutualidad tiene incentivos a innovar en la medida que se reduzca el costo esperado. Bajo incentivo a experimentación.
	Exceso de tecnologías no eficientes	1	Mutuales no tienen incentivos a utilizar tecnologías no eficientes (no atraen clientes ni mejoran utilidades).
Job Lock	Fricciones en el mercado laboral fruto del seguro de salud	1	El seguro es obligatorio por ley y beneficios no varían entre empleadores.

#### 4.2.1 Solidaridad en el sistema de mutualidades

Los problemas económicos de solidaridad, en el caso de los seguros de salud, se refiere a dos conceptos principales: solidaridad de riesgos y solidaridad de ingresos.

La solidaridad de riesgos se refiere a que las personas de menor riesgo ayudan a financiar a las personas de mayor riesgo (Van de Ven & Ellis, 2000). En un modelo de seguros, esto implica que la prima individual no refleja necesariamente el riesgo de la persona cubierta por el seguro<sup>52</sup>, sino que el de un grupo más amplio. Quien define este grupo normalmente es la ley, la que a veces permite a alguna institución o *sponsor* aglutinar personas por criterios distintos del gasto esperado en salud –hacer un “*pooling*” independiente del riesgo-. En el caso de las mutualidades, este grupo corresponde por una parte a los empleados de un mismo empleador, y por otra, a los trabajadores independientes formales que cotizan en una misma mutualidad. Cabe destacar que el concepto de solidaridad de riesgos tiene sentido sólo para la evaluación del rol de asegurador de salud (no para la evaluación del rol de prestador de servicios de salud, salvo que compartan parte del riesgo con los prestadores a través del sistema de pagos<sup>53</sup>).

En los modelos de salud tradicional, una de las principales complejidades para evaluar solidaridad surge cuando se incorpora el elemento temporal al análisis. El riesgo de las personas varía en el tiempo y una persona sana puede contraer una condición o enfermedad crónica que modifica su riesgo. Cuando la compañía ajusta la prima al nuevo riesgo, la persona enfrenta lo que se conoce como “**riesgo de reclasificación**” (un aumento de la prima por cambiar a un grupo de mayor riesgo). Un ejemplo crítico es el caso de los recién nacidos con condiciones crónicas, donde ex-ante –previo al diagnóstico- tienen un gasto esperado muy bajo, pero posterior al nacimiento este

gasto esperado aumenta para el resto de sus vidas. Algo muy parecido sucede con diagnósticos de diabetes, hipertensión, etc. En el caso de enfermedades y accidentes laborales con secuelas, probablemente se verifica una situación similar. La pregunta es quién debe pagar dicho mayor gasto esperado; y la respuesta es de carácter tanto ético como técnico: ¿hasta qué punto la persona es responsable y debe pagar por su mayor costo esperado?, ¿cuánto de ese mayor costo debe “solidarizarse”? Mucho se ha escrito respecto de este riesgo de reclasificación y representa una de las principales preguntas de investigación en materia de justicia y seguro de salud eficiente, sobre todo atendida la dificultad y en muchos casos imposibilidad de las compañías de ofrecer seguros de largo plazo (Pauly, Kunreuther, & Hirth, *Guaranteed renewability in insurance*, 1995; Cochrane, 1995; Handel, Hendel, & Whinston, 2015).

Cuando un sistema de salud tiene problemas de **solidaridad de riesgos individual**, las personas de bajo riesgo pagan menos que las de alto riesgo por la misma cobertura. Es decir, los asegurados se ven afectados a través del monto de la prima: negativamente los de mayor riesgo y positivamente los de menor riesgo. Sin embargo, cuando además hay riesgo de reclasificación, las personas de bajo riesgo tienen un mayor nivel de incertidumbre –pues en caso de subir de categoría de riesgo, aumenta la prima-. Esta incertidumbre es costosa y una manera de mitigarla es aumentando la solidaridad, lo que lleva a un alza del precio del seguro para los de bajo riesgo. Cuando las personas de bajo riesgo prefieren pagar el valor más alto por el seguro –fruto de la solidaridad-, la respuesta más eficiente es un sistema solidario (en caso contrario, la respuesta no es evidente pues hay ganadores y perdedores e incluso se puede llegar a soluciones sub-óptimas).

El asegurador, en la medida que pueda cobrar por el riesgo efectivamente incurrido, es inmune a si el sistema tiene o no tiene solidaridad de riesgos (en el pri-

52 Es importante destacar que esto no es lo mismo que “prima comunitaria”, donde la prima individual es similar para cada miembro de la comunidad e independiente del riesgo individual.

53 Sistemas de pagos por paquetes (*bundled payment*), pagos fijos o convenios, incluyendo modelos como el pago asociado a diagnóstico.

mer caso cobra el promedio del riesgo, en el segundo cobra a cada persona según su riesgo individual). Esto es asumiendo que modelos sin solidaridad no disminuyen el tamaño ni destruyen el mercado por problemas de autoselección y selección adversa (Rothschild & Stiglitz, 1976) (Akerlof, 1978). Adicionalmente, sistemas no solidarios maximizan problemas de sustentabilidad por aumento de riesgos reputacionales y políticos en una industria regulada (no es socialmente aceptado cobrar una prima más alta a enfermos y riesgosos cuando las causas son exógenas a dichas personas).

Desde la perspectiva del proveedor, este queda en una situación neutra respecto si el sistema es o no solidario (especialmente cuando no existen copagos), pues el costo de las prestaciones no varía. Sin embargo, cuando no existe cobertura financiera o esta es parcial, el proveedor debe cobrar al paciente y asumir tanto el riesgo financiero de no pago, como los mayores costos operacionales de la cobranza (en teoría mayores que si cobra directamente al asegurador o *sponsor*).

Respecto de problemas de solidaridad grupal, el análisis es similar al anterior, pero para los grupos que define el *sponsor*. Cuando los grupos son lo suficientemente grandes y el criterio de "*pooling*" es independiente del riesgo de salud, los problemas de solidaridad prácticamente desaparecen; pero cuando los grupos son pequeños pueden traspasarse a las personas que forman parte del grupo más pequeño generando las mismas consecuencias anteriores.

En el caso de las mutualidades, el problema económico de la solidaridad de riesgos –tanto grupal como individual- está acotado a riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. La prima, si bien tiene un componente individual –como porcentaje del ingreso imponible-, no se relaciona al riesgo individual. En consecuencia, sí existe solidaridad de riesgos para accidentes y enfermedades profesionales a nivel individual pues las personas no pagan primas distintas según su riesgo individual. Adicionalmente el criterio de "*pooling*" de personas es el empleo y por lo mismo,

es relativamente independiente del riesgo de salud. Respecto de los problemas de incentivos para la eficiencia y calidad de servicio que normalmente surgen en sistemas solidarios, ellos están limitados en el mundo de las mutualidades primero por su foco acotado a accidentes y enfermedades profesionales, y segundo por la obligatoriedad de la afiliación (ya sea al sistema público o privado). Por otro lado, la solidaridad de riesgos a nivel grupal existe, pero está ajustada por la tasa de siniestralidad de cada empresa, donde empresas con menor riesgo obtienen un descuento en su prima<sup>54</sup> (aunque el componente grupal de la prima no está perfectamente asociado al riesgo grupal, sino que depende de un proxy –número de días no trabajados, invalideces y muertes por accidentes y enfermedades profesionales- y sólo lo refleja imperfectamente).

Finalmente, por la forma en que se calcula la prima grupal, no existe riesgo de reclasificación individual, pues aunque la persona se transforme en una persona de alto riesgo o gasto esperado, su prima sigue siendo el mismo porcentaje del ingreso imponible y similar al de otros trabajadores sanos de la misma empresa; pero sí existe algún grado de riesgo de reclasificación grupal (la prima de la empresa aumenta con el riesgo según el comportamiento histórico, pero se calcula cada dos años utilizando la historia de los últimos tres años, lo que la acota en el tiempo).

Respecto de la **solidaridad de ingresos**, esta se refiere a si el sistema tiene subsidios cruzados desde personas de altos ingresos hacia personas de bajos ingresos. La importancia de la solidaridad de ingresos desde la perspectiva social radica en que la salud es capaz de exacerbar círculos viciosos de pobreza. Las personas de bajos ingresos que no acceden a cobertura de salud, en caso de enfermar o tener un accidente, ven aún más disminuidas sus posibilidades financieras (Gertler & Gruber, 2002). Esto muchas veces arrastra a sus familiares, reproduciendo desigualdades vitales e incluso aumentándolas (con eventuales riesgos de polarización y distanciamiento entre "ganadores" y "perdedores"). Esto ha llevado en

54 Cuando los modelos presentan solidaridad de riesgos y las personas o grupos pueden elegir entre alternativas, surgen incentivos a la selección de riesgos (problema que analizamos en la siguiente sección).

la actualidad a discutir respecto de la evolución de la solidaridad de ingresos y si el acceso universal a la salud corresponde a un derecho social (Houtepen & Meulen, 2000).

En el modelo de las mutualidades, **sí existe solidaridad de ingresos a nivel individual**, pues la prima es por trabajador y está definida como un porcentaje del ingreso imponible (no sólo es financiada en su totalidad por el empleador, sino que además este debe pagar en proporción a los ingresos del trabajador, por lo que personas de menores ingresos pagan menos en términos absolutos y son indirectamente subsidiadas por las personas de mayor ingreso). Pero solidaridad de ingresos existe sólo hasta el tope imponible. Adicionalmente, esta prima -calculada como porcentaje del ingreso imponible-, también es utilizada para financiar prestaciones económicas y personas de mayor ingreso tendrán un costo esperado superior para un mismo riesgo. Esto último podría restar solidaridad de ingresos al sistema. No existen estudios que permitan determinar cuánto de este mayor costo esperado es compensado por la mayor prima. Si el componente “seguro de salud” es mayor al componente “seguro de vida” asociado a prestaciones económicas, existe solidaridad de ingresos; pero si es menor, la solidaridad iría en la dirección opuesta y personas de menores ingresos indirectamente ayudarían a financiar el seguro de prestaciones económicas de personas de mayor ingreso.

Respecto de la solidaridad de ingresos a nivel grupal, **sí existe solidaridad de ingresos grupal** pues grupos de mayores ingresos pagan una mayor prima. Sin embargo, ello es consecuencia del mercado laboral y no es un objetivo buscado por la organización del sistema. A nivel grupal surge la duda si la calidad de los servicios que reciben empresas más pequeñas (asociadas a gente de menor ingreso) es similar a la de empresas de mayor tamaño. Si bien empresas

pequeñas pagan lo mismo per-cápita ajustado por salario, el costo de atenderlas podría ser mayor por las menores economías de escala, generando incentivos a ofrecerles una calidad del servicio –sobre todo preventivo- inferior. Este es un riesgo efectivo en el sistema, aunque la regulación controla a las mutualidades para que den un trato no discriminatorio entre empresas. En resumen, aunque no existen descuentos para empresas de menor tamaño y la solidaridad entre empresas de distintos tamaños es limitada, sí existe solidaridad de ingresos grupal incluso respecto del tamaño de la firma (acotada al empleo formal, pues trabajadores informales no tienen acceso).

Finalmente, respecto de si el sistema tiene **solidaridad intergeneracional, la respuesta es más bien negativa, pero no concluyente**. En principio no existen transferencias inter-generacionales, pero básicamente porque operan entre trabajadores. Las mutualidades operan exclusivamente dentro del mercado de trabajadores activos, por lo que no hay transferencias hacia adultos mayores ni hacia niños que suelen no ser parte de la fuerza de trabajo. Dentro de los trabajadores existen muchas generaciones y no hay transferencias intergeneracionales intra-sistema (aunque personas de mayor edad suelen tener ingresos más altos y al pagar un porcentaje del sueldo imponible, en la medida que tenga una tasa de accidentabilidad similar, estarán transfiriendo hacia trabajadores más jóvenes).

#### 4.2.2 Equidad y justicia

Cuando la literatura económica se refiere a temas de justicia y equidad, usualmente lo hace en dos dimensiones marginalmente diferentes: problemas que surgen del trato discriminatorio o desigual y problemas de equidad y justicia.

Respecto de los problemas económicos y sociales por recibir un **trato discriminatorio**, se debe separar en-

tre discriminación técnicamente justificada –por tipo de empleo, condiciones de salud, etc.- y aquella discriminación no justificada como puede ser la discriminación por variables sociales, raciales, económicas u otras. Esta última puede darse tanto al momento de atenderse en caso de requerir prestaciones de salud, como al momento de acceder a la cobertura y comprar el seguro. Las causas tienen dos aristas: la primera está en quien presta el servicio (quien abiertamente selecciona y define el nivel de servicios según criterios personales que pueden ser fruto de la discriminación), y a nivel de quien lo recibe (por ejemplo, debido a barreras socioeconómicas, de idioma en el caso de inmigrantes, de conocimiento de las estructuras y los costos asociados a la búsqueda de la solución óptima, de redes de protección y apoyo entre muchas otras). El trato discriminatorio y problemas de acceso desigual genera ineficiencias, pues implica que personas reciben un producto distinto del que sus preferencias y disposición a pagar –personal o de la sociedad- le permiten adquirir en un mercado competitivo. También puede generar problemas de validación social y sostenibilidad.

Respecto del trato no discriminatorio al momento de acceder al seguro, en el caso de las mutualidades está regulado por ley. Es obligatorio estar afiliado a una mutualidad (o al ISL), es responsabilidad del empleador, se trata de un seguro grupal y la prima –como porcentaje de la nómina- es conocida y calculada con parámetros conocidos y validados por los distintos actores. En cuanto al trato no discriminatorio para recibir tratamiento, responde a la práctica médica y no existen indicadores que trabajadores de distinto nivel socioeconómico, que provengan de industrias distintas o cualquier criterio que permita diferenciarlos reciban tratos distintos no justificados. Adicionalmente existen protocolos médicos y la decisión está entregada al equipo médico. Tal vez un riesgo latente que debe ser monitoreado, especialmente atendiendo los cambios migratorios, es la provisión de servicios a trabajadores extranjeros (ya sea por barreras de idioma o por sesgos de quienes proveen los servicios).

La segunda acepción de **justicia**, en cuanto a **equidad y responsabilidad** es más compleja y consiste en dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones. Esto implica que distintas personas pueden recibir un trato diferente, en la medida que esté justificado. La duda es si la persona debe recibir los beneficios, pero también pagar los costos de sus acciones: ¿cómo hacerla responsable de sus decisiones y actitudes frente al riesgo? Esto afecta el diseño del plan de salud y define lo que cubre el seguro, cuánto cubre financieramente, y finalmente cuánto y a quién cobrar por dicho seguro. Ejemplos del tipo de discusión que levanta esta segunda acepción –y que están íntimamente relacionados al problema de solidaridad- incluyen preguntas como si es justo que un no-fumador pague lo mismo por un seguro de salud que un fumador (pues el acto de fumar es una decisión libre del fumador que encarece el sistema para todos); o si es justo que una mujer en edad fértil pague más que un hombre por el hecho de ser mujer en edad fértil aunque su gasto esperado sea mayor. Como regla general, se considera que, si las variables que encarecen el sistema están bajo el control del asegurado, es razonable traspasarle parte del mayor costo; cuando están fuera, la situación no es tan evidente y depende de otras variables. Un ejemplo concreto que es relevante para las mutualidades, es la discusión de cómo incentivar la prevención: un sistema más justo internalizará los beneficios de estilos de vida saludable y de la prevención, pues disminuirá la prima respecto de la de aquellas personas con conductas de alto riesgo. ¿Es razonable entregar mayores descuentos a empresas que realizan más prevención –aunque no bajen la tasa de siniestralidad?

En el caso de las mutualidades, qué cubrir, cuánto cubrir y cuánto cobrar viene dado por la legislación. El sistema presenta altos grados de justicia respecto del qué cubrir –accidentes y enfermedades profesionales, aunque se cuestiona cómo se define qué es y qué no es una enfermedad profesional (especialmente con la evolución del trabajo y el incremento de enfermedades psicológicas). También presenta altos grados de

equidad respecto del cómo cubrirlo –cobertura financiera y médica total- al tiempo que regula potenciales problemas de exceso de demanda controlando la provisión de servicios. Respecto del cuánto cobrar, el sistema no traspasa ningún costo al empleado por sus decisiones y potencialmente puede tener problemas de equidad.

Esta segunda definición de justicia también tiene un impacto directo a nivel grupal. Empresas con menor tasa de siniestralidad pagan una menor prima, generando un incentivo virtuoso a la prevención eficiente (no basta con cumplir los requisitos y tener un buen comportamiento, sino que lo relevante es que la prevención tenga impacto en la accidentabilidad y en las enfermedades profesionales). Sin embargo, hay industrias que por naturaleza tienen un mayor riesgo y les es más caro disminuirlo. No es evidente que sea su responsabilidad –que esté bajo su control- la tasa de siniestralidad. En el margen, un seguro de esta naturaleza puede incentivar la informalidad del trabajo o la tercerización de actividades de alto riesgo.

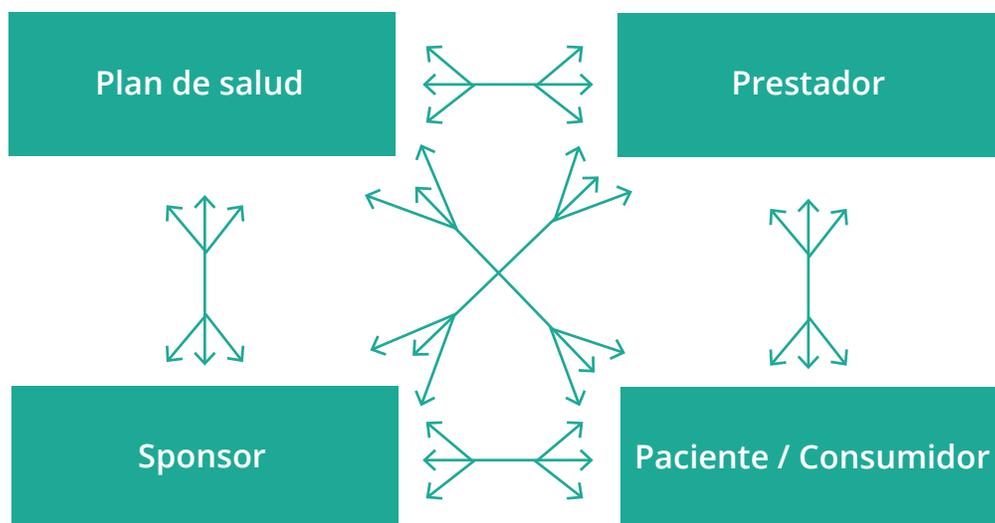
En resumen, se puede decir que las mutualidades parecen no tener problemas de justicia en su primera acepción, ni grupal ni individual; y tampoco parecen tener mayores problemas de justicia en su segunda acepción a nivel grupal, pues empresas pagan parcialmente según su riesgo, alineando incentivos para la prevención (aunque sí podrían tener un problema en su segunda acepción al no discriminar por posibilidades de reducir riesgos). A nivel individual el sistema sí tiene un problema, pues actitudes de mayor riesgo no son traspasadas –mediante incentivos financieros tales como copagos o deducibles- al trabajador. Finalmente, aunque el monto de los incentivos es marginal

y prevemos que no es un problema real, dados los incentivos teóricos, se debe monitorear el efecto de la modalidad de cobro actual tanto en los incentivos a la prevención individual, como el efecto de una tercerización de actividades de alto riesgo (con el potencial aumento del empleo informal).

### 4.2.3 Eficiencia

La teoría económica históricamente se centra en los problemas de eficiencia para responder cómo diversas maneras de organizar el mercado y dividir los riesgos repercuten en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios médicos. El *trade-off* tradicional es cuánta eficiencia se pierde o gana para solucionar problemas de equidad o de solidaridad; o dicho de otro modo, qué problemas de eficiencia levantan distintas modalidades de organización industrial de los sistemas de salud.

En general, los sistemas de salud tienen cuatro actores centrales: el prestador, el paciente, el plan de salud (asegurador en el modelo tradicional) y el sponsor que agrega o hace el pooling de personas con criterios independientes del riesgo y muchas veces negocia las características del plan. Es relevante entender que el rol asegurador lo puede jugar cualquiera de los actores anteriores y depende de quién asume el riesgo de enfermedad. Por ejemplo, si no existen seguros de salud las personas asumen el riesgo y se auto-aseguran; si un sistema tiene pagos basales para proveedores y les obliga a dar servicios a todo evento, ellos corren el riesgo residual y por lo tanto, tienen el rol de asegurar a la población. Finalmente, en modelos con copagos relevantes, el rol asegurador lo juegan tanto el plan de salud como el paciente (Ellis & Fernández, 2013).

**Figura 8:** Relación entre los agentes de un sistema de salud.

La organización industrial del sistema define si existe libertad de elección de cada uno de ellos –identificado por la flechas en la figura- (¿puede un doctor o asegurador elegir a sus pacientes?, ¿puede un paciente elegir a su doctor o lo elige el asegurador?, ¿quién define las coberturas del plan de salud?, ¿existen distintos planes?), quién toma qué decisión (si bien existen protocolos, ¿quién decide cuándo y cuánto desviarse de dicho protocolo?, ¿se puede pedir una segunda opinión?), y finalmente cómo se financian los distintos actores (¿quién paga, cuándo y cuánto, copagos, *fee-for service*, pago asociado a diagnóstico, pagos basales o una combinación?).

En el caso del sistema de seguridad social para accidentes y enfermedades profesionales, las mutualidades además de tomar el rol más tradicional de administrador del seguro, son simultáneamente el plan de salud y el prestador. Por su parte, las empresas son *sponsors* pues agregan al grupo de trabajadores con criterios independientes del riesgo de salud y definen el monto de la prima, aunque no definen los beneficios y coberturas de cada plan (por lo que un *sponsor* principal es el Estado a través de la regulación). Finalmente, los pacientes son los trabajadores asegurados. Cada vez que existe libertad de elección en conjunto con asimetrías de poder o información, surgen los ba-

lances entre cuánta eficiencia y cuánta solidaridad y equidad. En esta relación también juegan un rol principal los sistemas de pago y financiamiento de cada uno de los actores, pues definen los incentivos y también quién asume cada riesgo. Por ejemplo, si queremos que prestadores compitan y para ello al paciente se le abre la posibilidad de elección del prestador, en la medida que exista un pago por provisión (*fee-for-service*) se generan incentivos para que dichos prestadores compitan mejorando eficiencia, pero también seleccionando a los pacientes más rentables y eventualmente promoviendo el exceso de demanda para rentabilizar su operación. Si la función de prestador está integrada con la de asegurador, probablemente se elimina el riesgo de exceso de prestaciones, pero también se elimina el incentivo que la competencia genera para una mayor eficiencia. De manera similar, cuando se le entrega la decisión de cuánto consumir al paciente con cobertura del 100%, se promueve el sobre consumo. En el fondo, no existe un modelo perfecto que simultáneamente atienda todos los problemas y usualmente atacar un flanco abre nuevos problemas.

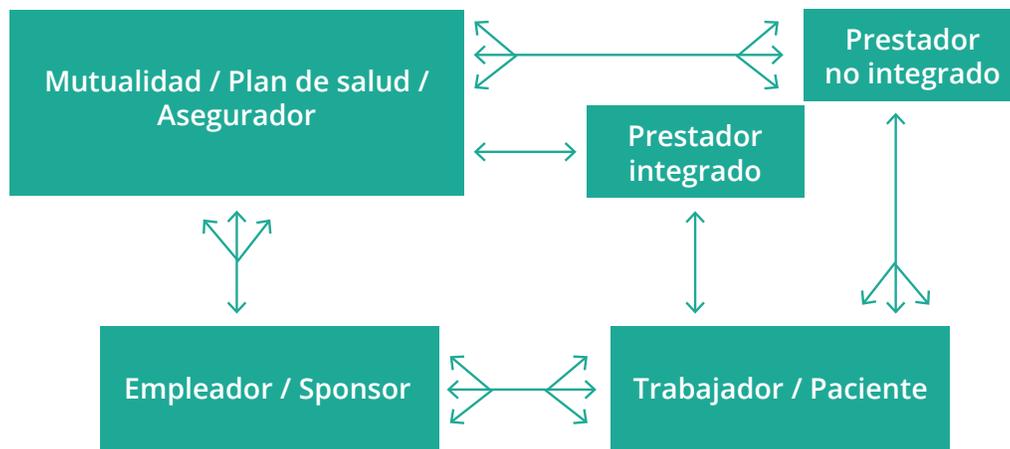
Los problemas más comunes que afectan la eficiencia para lograr el objetivo social que se espera de los sistemas de salud, son los problemas que surgen de la asimetría de información entre las partes cuando

existe libertad de elección (cuando no existe, no se puede explotar financieramente dicha asimetría). Es así como la mayor parte de los problemas de eficiencia se refieren a alguna de las relaciones establecidas en la figura anterior y se puede presentar como un trade-off entre la eficiencia que entrega la competencia y los riesgos de selección que elimina la integración y obligatoriedad (que a su vez limita la libertad de elección).

En el caso de las mutualidades, muchas de estas relaciones no son posibles. Cuando se trata de prestadores no integrados, las mutualidades pueden elegir prestador y el prestador puede aceptar o rechazar proveer servicios a las mutualidades (al menos teóricamente); el prestador no integrado también podría, en teoría, rechazar pacientes, pero en la práctica no lo hace y más bien deriva los pacientes que no puede atender a hospitales de mayor complejidad que sí es-

tán integrados con las mutualidades. Por su parte los pacientes no tienen libertad de elección de prestador y deben atenderse bajo las condiciones que imponen las mutualidades. La relación entre el *sponsor* y el paciente es una relación laboral: los empleadores actúan de *sponsor* en este mercado y pueden elegir trabajadores; igualmente los trabajadores pueden elegir empleador. Al respecto la duda es cuánto de dicha relación se ve afectada por la seguridad social laboral. Finalmente, el empleador en su rol de *sponsor* elige entre las mutualidades y estas últimas pueden rechazar una solicitud de afiliación bajo ciertas condiciones, pero no desafiliar a un empleador si éste ha cotizado correctamente. Cabe mencionar que el empleador no puede elegir ni negociar los beneficios (definidos legalmente) ni puede elegir prestadores para sus trabajadores: cuando elige a una mutualidad, indirectamente está definiendo quien será el prestador para sus trabajadores afiliados. Las relaciones del sistema mutualidad se pueden resumir en la siguiente figura:

**Figura 9:** Relación entre los agentes en el SSL Chileno.



A partir de este análisis, los problemas de eficiencia que menciona la literatura se pueden distinguir según el tipo de relación que hace surgir el problema.

#### 4.2.3.1 Relación mutualidad-prestador

En la relación entre el plan de salud y el proveedor de prestaciones de salud, las dudas son respecto de los sistemas de pago e incentivos para evitar tanto el sobre

consumo, como asimismo el consumo de prestaciones inferior al óptimo técnico. También es relevante revisar problemas de calidad del prestador. En el fondo, ante costos crecientes y como mecanismo para acotar gastos, se reduce la calidad del servicio médico.

El primero de estos problemas en esta relación normalmente se asocia a problemas de **demand inducida** (Mcguire, 2000). Este problema se refiere a que

debido a las asimetrías de información entre el paciente (ignorante de su condición de salud) y el proveedor (doctor o clínica experto), es este último quien recomienda qué y cuánto servicio médico debe consumir el paciente, quien debido a su ignorancia, se ve en la disyuntiva si confiar en la recomendación del prestador o asumir que este le sobreindicará prestaciones (pues se beneficia de ellas). Cuando el costo adicional lo financia total o parcialmente el paciente, existe un incentivo del paciente a revisar la recomendación (Chalkley & Khalil, 2005); cuando lo financia un tercero (plan de salud), no existe y el sistema corre el riesgo de encarecerse fruto de este incentivo perverso.

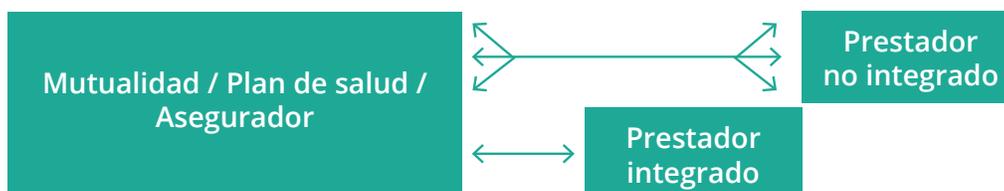
Cuando los sistemas integran en una sola entidad al prestador y al asegurador o plan de salud, quien paga es quien provee el servicio por lo que existen incentivos a la eficiencia. No obstante, también hay incentivos financieros a proveer menos tratamiento que el óptimo (asumiendo que los costos de aquella sub-provisión de servicios no repercute en dicha entidad). Este incentivo a la sub-provisión suele ser contrarrestado por la ética médica y castigos sociales y reputacionales para el asegurador si se hace pública la situación.

Respecto de **problemas de calidad del servicio** (Biglaiser & Albert Ma, 2007) (Pita Barros & Martínez-Giralt, 2002) es necesario revisar los incentivos asociados (Newhouse J. P., 1996). Si el plan puede seleccionar entre diversos prestadores y cuenta con poder de mercado a la hora de negociar con cada uno de ellos, se genera la tradicional competencia por precio y calidad. Si el precio está fijo por la regulación, la competencia suele ser exclusivamente por calidad; y si el sistema de pagos traspasa parte del riesgo al presta-

dor, se generan incentivos para la selección de riesgos por parte de este último (atender sólo pacientes que generen superávits financiero; y rechazar o generar incentivos disminuyendo la calidad de los servicios médicos para pacientes deficitarios financieramente). Si se da el problema de calidad de servicio los efectos potenciales son la selección de menores riesgos (planes que ofrecen mala calidad a bajo precio atraen pacientes más sanos que esperan hacer uso reducido de servicios médicos).

En el sentido inverso, cuando el proveedor puede seleccionar al plan de salud, se generan incentivos para traspasar parte del costo al asegurador. Dependiendo del poder de mercado, si el plan no tiene las posibilidades de hacer competir a los proveedores, queda cautivo de ellos (situación común para planes Premium con prestadores de alto prestigio que atraen clientes de altos ingresos). Esto genera conflictos de aumento de precios –pues el proveedor define parcialmente cuánto se consume en su relación con el paciente- y al mismo tiempo fija los precios traspasando el costo al plan de salud. Esta relación también genera potencialmente problemas de **sobreinversión ineficiente** del prestador –pero atractiva para el paciente-. La respuesta cuando este problema es difícil de administrar por el tamaño del mercado u otros factores, es promover la integración vertical, con lo que el responsable de pagar es el mismo que es responsable de definir la cantidad y calidad de servicios (aunque esto último genera incentivos a la sub-provisión de cantidad o calidad de servicios). Un espejo donde se produce lo opuesto es cuando el prestador Premium no es capaz de financiar su mejor calidad, y planes de salud prefieren excluirlo de las redes preferentes (Shepard, 2016).

**Figura 10:** Relación entre los agentes en el SSL Chileno.



En el caso de las mutualidades, conviven ambos modelos: prestadores integrados y prestadores no integrados. Cuando las mutualidades contratan servicios a terceros, se generan precios de transferencia que potencialmente pueden incentivar el sobre consumo y la selección de riesgos por parte del proveedor. Sin embargo, la escasa cantidad de proveedores en regiones, el reducido número de mutualidades, la obligatoriedad de proveer servicios con 100% de cobertura sumado al hecho de que en varios casos las mutualidades son dueñas parciales de los proveedores de salud en regiones acota el riesgo de selección. Esto porque no es evidente quien tiene un mayor poder de mercado en su relación (dependencia mutua) y los incentivos probablemente fomentan la cooperación. Es decir, si bien los incentivos al sobre-consumo permanecen para el prestador, el mayor costo es responsabilidad de las mutualidades que tienen los incentivos opuestos, lo que equilibra la relación, ya que no pueden traspasar el aumento de los costos. Cuando las mutualidades operan a través de prestadores integrados y proveen servicios de salud a través de la red propia, se eliminan estos incentivos pues cualquier sobre-consumo les repercute directamente.

Respecto de la calidad de los servicios, el riesgo de menor calidad permanece en la relación con terceros, pero está acotado por la responsabilidad integral de las mutualidades. Cualquier problema de calidad que se traduzca finalmente en una peor salud del paciente, tiene efectos financieros directos en ellas (a través de las prestaciones económicas y del mayor costo de readmisiones y tratamientos posteriores, que son de su exclusiva responsabilidad). Esto las hace forzar la competencia entre prestadores y si la calidad decae, pueden cambiar de prestador. Adicionalmente, atendido que los ingresos de las mutualidades están definidos por ley, no existe la posibilidad de traspasar el costo de la mala calidad al sponsor o al paciente, lo que alinea incentivos para proveer el servicio más eficiente para cada nivel de ingreso disponible.

Respecto de los incentivos a la selección de personas de menor riesgo y exclusión de las de mayor riesgo, este es un riesgo potencial cuando se contrata la prestación con terceros. Sin embargo, la importancia relativa de las mutualidades como clientes y las mallas de propiedad cruzada de las redes de prestadores – especialmente a nivel regional- lo acotan. Con todo, la selección de riesgos a nivel del prestador es un tema que debe ser monitoreado por las mutualidades, quienes finalmente son responsables si el problema de selección repercute en la salud y velocidad de recuperación del paciente.

En la relación de las mutualidades con los proveedores propios, el control de las mutualidades hace que los incentivos a una buena calidad de servicio estén alineados; al tiempo que los incentivos a la selección de pacientes a nivel de prestadores desaparecen (pues tienen la obligación de prestar el servicio a sus afiliados). Sin embargo, surgen problemas de pacientes cautivos a determinados proveedores que son seleccionados por su mutualidad y no por ellos. Estos proveedores, viendo asegurada su demanda podrían tener menos incentivos a prestar una buena atención, más allá de la calidad de la salud. Las mutualidades deben monitorear cuidadosamente indicadores de calidad de atención en cuanto al servicio y buen trato, más allá de los temas de salud donde los incentivos están alineados.

#### 4.2.3.2 Relación prestador-trabajador

La relación entre el prestador y el trabajador está fuertemente influida por las características del plan y los sistemas de pago. Los problemas tradicionales surgen en gran medida de esta interacción debido a las asimetrías de información existentes. Cuando el paciente paga al proveedor, paga el costo de su decisión y por lo tanto demanda la cantidad eficiente de servicios. Sin embargo, cuando paga un tercero, el paciente no internaliza el costo de sus decisiones y

demanda una mayor cantidad de servicios. Este problema, conocido como riesgo moral (*moral hazard*) (Arrow, 1968) (Pauly, The economics of moral hazard: comment, 1968), depende críticamente de la sensibilidad al precio de la demanda por servicios de salud (Newhouse J. P., 1993). Distintas condiciones tendrán distintas elasticidades (una fractura expuesta requiere una atención médica inmediata, un dolor estomacal podría no requerirlo y un paciente podría decidir esperar si tiene que pagar el costo de la consulta médica o ir a una consulta médica si no debe costearlo). Este problema hace que el costo del seguro de salud

aumente y que la demanda por servicios sea superior a la deseada.

Otro problema tradicional de la relación entre el prestador y el paciente, es la demanda inducida (descrita en la sección anterior), problema que se profundiza cuando existe un plan que financia el mayor costo. Las causas pueden ser tanto financieras, como intrínsecas –el doctor se beneficia por el aprendizaje que obtiene de experimentar nuevas técnicas– aunque también legales pues es una manera de protegerse de eventuales demandas de malas prácticas.

**Figura 11:** Relación entre los agentes en el SSL Chileno.



Cuando la variable precio no es capaz de filtrar la demanda y existe un exceso de demanda, se generan listas de espera. Esto sucedería porque el precio está por debajo del precio de equilibrio. Cuando esto sucede, las listas de espera representan un mecanismo no pecuniario de racionamiento (Lindsay & Feigenbaum 1984). La idea es que cuando las listas de espera son largas, pacientes de menor gravedad se recuperan solos o se auto marginan del sistema; y pacientes cuyo costo alternativo de esperar es mayor, prefieren asistir a prestadores privados pagados. Relacionado

a este problema, pero desde la perspectiva del proveedor es la prestación de servicios por fuera del sistema. Cuando el doctor tiene un paciente que quiere un mejor servicio, este puede ofrecerle dicho servicio por fuera del sistema. Por ejemplo, cuando un doctor en el sistema público con listas de espera por una operación encuentra un paciente de altos ingresos que no quiere esperar, y le ofrece dicha operación en su consulta privada paralela o **moonlighting**, (Biglaiser & Albert Ma, 2007).

En el caso de las mutualidades, el trabajador no tiene la posibilidad de elegir al prestador. El prestador tampoco puede seleccionar al paciente, pero es usual que los casos más graves sean derivados a prestadores que forman parte de la misma red (integrados). La baja posibilidad de elección en ambos sentidos, limita la mayor parte de los riesgos mencionados de relación prestador - paciente. Adicionalmente, las mutualidades tienen la opción de controlar la provisión del servicio y tratamiento, que en caso de no ser aceptado por el trabajador accidentado o enfermo, la exime de la obligación de otorgar tratamiento siendo derivado hacia el sistema de salud común.

Respecto de las listas de espera, atendida la cobertura del 100% representa un riesgo real para el sistema, y probablemente es un mecanismo eficiente para racionar el uso. Sin embargo, en caso de accidentes que requieren tratamiento de urgencia, la espera no es opción. De hecho, es reconocido el prestigio de la red de las mutualidades en la atención de accidentes que requieren expertos en traumatología (señal de la importancia de este grupo de prestaciones).

Con todo, gran parte de los problemas que pueden generarse en la relación entre el proveedor y el trabajador, tienen su origen en el asegurador. Por ello se evalúan en la siguiente sección.

#### 4.2.3.3 Relación Mutualidad-Trabajador

En el caso de las mutuales, la relación directa entre el plan y el trabajador no existe. La relación entre la mutualidad y el trabajador en materias de salud sólo se da directamente en su calidad de prestador (que veremos más adelante). Indirectamente la interacción como asegurador de los servicios de salud es dual: primero como agente que financia las prestaciones (vía prestador), y segundo como seguro que contrata el empleador. En ambas los trabajadores no tienen opción de elegir. En un caso es la mutualidad quien define al prestador; y en el otro es el empleador en su calidad de sponsor quien elige la mutualidad (los trabajadores

independientes, al no tener empleador pueden elegir una mutualidad, pero lo hacen en un rol de sponsor). Esto último limita la competencia entre mutualidades, sobre todo en calidad (no pueden competir por precio, que está definido por la regulación). Un buen o mal servicio al paciente, en teoría no le genera consecuencias directas, sino que indirectas a través del empleador por presión de sus trabajadores.

Desde una mirada conceptual, cuando los pacientes pueden elegir directamente el plan de salud, se generan incentivos para la selección de riesgos por parte del plan de salud. Las tácticas para lograr este objetivo son múltiples, donde destaca la contratación de redes de peor calidad o contratación selectiva de prestadores (forma parte de la relación entre el plan y el prestador, pero es gatillado por la decisión del paciente). Pacientes con distintos niveles de riesgo pueden ser atraídos –o ahuyentados– por la calidad de los servicios que la aseguradora provee a través del prestador. Por ejemplo, si se descubre que la prima que pagan las mujeres en edad fértil es muy baja e insuficiente para financiar el costo de la maternidad, el seguro preferirá no tener mujeres a financiar dicho déficit con la prima de otros asegurados superavitarios (algo similar sucede con el prestador cuando el pago que recibe del seguro y el paciente es bajo respecto del costo de la prestación recibida). Una respuesta que maximiza el negocio y puede ser eficiente en este caso, tanto para el prestador como el asegurador, es bajar la calidad de dichos servicios deficitarios o de los servicios que atraen a personas deficitarias. Lamentablemente esta estrategia que es buena desde la perspectiva del negocio, es negativa desde la perspectiva social.

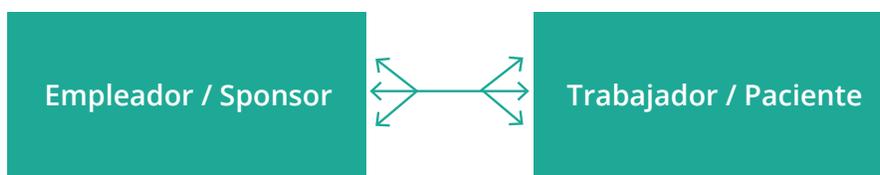
Una estrategia similar que opera en el otro extremo (por lo tanto conceptualmente distinta), es atraer pacientes superavitarios (*cream skimming*) (Pita-Barros, 2003). De manera similar al ejemplo anterior, para lograr este objetivo se pueden ofrecer servicios que atraen personas o grupos superavitarios, como asimismo diseñar estrategias comerciales para ello como podrían ser el aumento de la fuerza de ventas en empresas o

zonas geográficas atractivas; o la oferta de servicios que atraen a personas sanas (por ejemplo, buenas redes con maternidad atraen a madres sanas con niños –probablemente estos últimos superavitarios–; buenos servicios de traumatología atraen a deportistas).

Así como la selección de riesgos se refiere a la acción del plan de salud, el paciente también puede seleccionar planes. Cuando los pacientes de mayor riesgo seleccionan planes “generosos”, la asimetría de información opera en la dirección opuesta (selección adversa). En esta relación la selección opera a través de la definición de la calidad de la red de prestadores. Sin embargo, la motivación para definir prestadores de diversa calidad no es necesariamente la selección de pacientes de distinto riesgo. En general, los cambios de red de prestadores son utilizados como herramienta para promover la competencia y eficiencia del sistema.

En el caso de las mutualidades, la relación entre el trabajador y las mutualidades es mediada por el empleador o el prestador (no es directa) y no aplican estos problemas teóricos.”

**Figura 12:** Relación entre los agentes en el SSL Chileno.



En el caso de las mutualidades, si bien el empleador actúa como un sponsor y agregador de demanda, no define los beneficios que se entregarán al trabajador en materia de seguridad y salud laboral. Adicionalmente, la diferenciación entre mutualidades no parece generar suficientes incentivos como para afectar una decisión laboral. Por lo tanto, no parece ser un problema relevante en este mercado.

#### 4.2.3.4 Relación Trabajador-Empleador

La relación entre el sponsor y el paciente más relevante es la relación laboral. El sponsor suele ser el empleador y el paciente el empleado. En esta situación, la duda es qué ineficiencias en las elecciones de trabajo incorpora el sistema de salud.

Cuando el empleador negocia con las compañías de seguro los planes –como es el caso en EE.UU.–, la cobertura se transforma en un beneficio no pecuniario y herramienta de administración vía incentivos para las personas. Cuando ello ocurre, personas con mayor riesgo seleccionan empresas con planes de salud generosos, aunque existan mejores alternativas laborales (**job-lock**) (Gruber & Madrian, 1994). Esta selección de trabajadores a trabajos sub-óptimos destruye valor para la sociedad y la recomendación es buscar criterios de agrupamiento “pooling” de riesgo que no afecten la movilidad laboral.

#### 4.2.3.5 Relación Sponsor/Empleador-Mutualidad

El empleador, cuando actúa en su calidad de sponsor en los sistemas de salud, básicamente representa un criterio de agregación de personas de distintos riesgos que no depende de éste. Ello permite que los seguros funcionen de manera más eficiente. En este rol, el sponsor actúa como agente del trabajador para conse-

guirle las mejores condiciones posibles; al tiempo que negocia precio y características del plan.

Como agregador de demanda, el sponsor en su relación con el plan de salud genera los mismos conflictos que las personas individuales, pero en menor medida. Si el grupo es pequeño, la relación entre el empleador

y el plan es muy similar a la del paciente individual con el plan; si es un empleador lo suficientemente grande, es capaz de negociar mejores condiciones y los problemas de selección de riesgo a nivel grupal tienden a desaparecer. A veces para hacer la distinción, se habla de problemas de eficiencia o solidaridad individual (referido a las personas) o grupales (referidos al grupo que genera el sponsor).

**Figura 13:** Relación entre los agentes en el SSL Chileno.



En el caso de las mutualidades, la regulación establece las características del plan y el empleador no tiene espacio mayor de negociación.

En este sentido, la evolución del mercado laboral es tal vez uno de los principales problemas para la identificación de los beneficios del plan. Con el trabajo remoto, el aumento del trabajo independiente y personas que trabajan con múltiples empleadores, entre otras tendencias, los accidentes del trayecto pueden ser más cuestionables; lo mismo sucede con los accidentes laborales (una persona que se quema una mano

cocinando en su casa mientras trabaja remotamente, ¿puede ir al sistema de seguridad laboral o debe atenderse a través del sistema de salud tradicional?). Finalmente, el aumento de las enfermedades mentales y psicológicas, incluyendo aquellas donde la causa es multifactorial y no es fácil identificar si son problemas laborales o no, generan conflictos difíciles de prevenir. La definición de quién es el empleador y de qué es un accidente laboral cubierto es compleja. La teoría sugiere en estos casos definir límites claros e identificables –aunque sean subóptimos–; y si ellos son imposibles de definir, integrar los sistemas es una alternativa que po-

dría evaluarse (aunque ello requiere que los sistemas operen con lógicas y niveles de calidad similares como condición de base).

#### 4.2.3.6 Relación Empleador/Sponsor-Prestador

La relación entre el sponsor y el prestador suele ser inexistente. No ha sido mayormente estudiada y cuando existe, es a través de un plan de salud. En los escasos ejemplos de empleadores que ofrecen servicios de salud a sus trabajadores directamente, se debe a problemas de ubicación geográfica (lugares apartados). Sin embargo, cuando esto sucede, los empleadores están actuando más en calidad de plan de salud que de sponsor, agregando ambas funciones y por lo tanto los problemas que se generan corresponden a la relación plan/prestador. Cabe mencionar que las mutualidades no son la excepción y la relación entre el empleador y los prestadores es exclusivamente a través de la mutualidad.

#### 4.2.4 Conclusiones del análisis

En este capítulo se ha revisado una selección de los principales problemas que identifican los estudios de economía de la salud. Luego de identificar qué situación y qué actor puede gatillarlos, así como también sus potenciales consecuencias, se observa y analiza cómo cada uno de ellos aplica al sistema de mutualidades.

Como estos problemas suelen surgir de la interacción de distintos actores, se presenta un modelo conceptual que permite ordenarlos y clasificarlos, al tiempo que facilita comprender el impacto de las diversas opciones de organización de los sistemas. Este proceso permite identificar las particularidades del sistema mutual y cómo afecta los incentivos de cada uno de los actores. De este análisis se concluye que la organización industrial del sistema atiende de manera razonable los principales problemas que la economía de la salud reconoce en sistemas de salud tradicional. Para cada problema grave el sistema entrega una respuesta razonable –fruto de la gestión o bien porque existen incentivos que lo mitigan–.

Con todo, la organización del sistema actual sí presenta algunos desafíos importantes principalmente relacionados con la cobertura. En una industria que surgió en medio de una realidad laboral industrial, donde los límites entre la salud laboral y la salud común eran evidentes, la evolución del trabajo ha dejado algunos de estos límites más difusos, especialmente en lo que se refiere a accidentes de trayecto y enfermedades psicológicas, no obstante, la autoridad ha hecho continuos esfuerzos por aclararlos. Esto genera oportunidades de selección de riesgos que antes no existían, al tiempo que se pueden producir problemas de calidad del servicio. Es un tema relevante que si bien ha sido abordado por la autoridad de la Superintendencia de Seguridad Social a través de sus normativas que definen dichos límites, requiere mayor análisis y seguimiento continuo especialmente para definir los beneficios que el plan de salud laboral debe cubrir. Un segundo nivel, que en la actualidad está acotado pero que la misma estructura del mercado promueve, es la selección de riesgos grupales a través de las estrategias publicitarias permitidas para las mutualidades que favorezcan la afiliación de empresas de bajo riesgo y excluyan a las de alto riesgo. Es un tema que requiere de una evaluación permanente y que no puede ser descuidado. Finalmente, la calidad del servicio atendida la obligatoriedad y la integración puede verse afectada, aunque la competencia entre las mutuales y el descontento de los trabajadores con el empleador que lo puede llevar a cambiar de mutualidad, genera los incentivos en la dirección adecuada.

Este análisis conceptual, si bien por su naturaleza tiene limitaciones que requieren estudios complementarios para la toma de decisiones, permite una mirada integral al sistema. Esta mirada ayuda a identificar áreas de preocupación, pero también áreas donde el sistema opera correctamente. La identificación de los actores y sus incentivos actuales, como asimismo algunas debilidades del sistema, puede ser utilizada como una línea de base para evaluar el impacto de potenciales cambios y mejoras futuras al sistema.

## 5. COMPARACIÓN CUALITATIVA DEL SISTEMA DEL SSL CHILENO

Las problemáticas relacionadas a la seguridad y salud laboral son comunes en todos los países del mundo, no obstante, la manera de abordarlas presenta variaciones. En ese contexto resulta interesante comparar el sistema chileno de SSL con el de otros países para entender sus similitudes y diferencias.

Esta comparación cualitativa debiera abordar la forma en que se organiza el sistema (actores involucrados y roles), los servicios entregados (prevención, prestaciones de salud, prestaciones económicas), el costo de esos servicios (tasa de cotización), y los resultados obtenidos (accidentes y fatalidades).

### 5.1 Metodología

Se realizó un análisis comparativo del sistema de Seguridad y Salud Laboral (SSL) chileno principalmente con 4 países que fueron escogidos como referencias de comparación: Alemania, Colombia, España y México. Este análisis aborda, entre otros, los siguientes aspectos:

- Organización: instituciones y organismos participantes y su rol en la SSL.
- Cobertura: servicios y prestaciones económicas incluidas.
- Tasa de cotización: cobro de los servicios, fuentes de financiamiento y gestión de excedentes.

Adicionalmente se estudió en mayor profundidad el sistema de SSL español que fue considerado interesante dados los cambios realizados en el sistema en los últimos años. El caso se describe en el Anexo 2.

### 5.2 Resultados

En todos los países analizados, los sistemas de SSL se organizan en base a una estructura mixta, compuesta tanto por organismos públicos como privados. Igualmente, en todos los países siempre es el empleador el responsable directo por la SSL de sus trabajadores, y es quién financia el costo del seguro.

A nivel público, se distinguen las organizaciones de carácter rector, que generalmente corresponde al Ministerio del Trabajo o equivalente. De estas instituciones dependen una serie de organizaciones y comisiones que tienen a su cargo labores específicas relacionadas con formulación de políticas, fiscalización y difusión de temáticas vinculadas a la seguridad y salud en el trabajo. Pueden existir también instituciones públicas que entreguen servicios en el ámbito de la prevención, protección y/o atención de trabajadores en el caso de accidentes laborales y/o enfermedades profesionales.

#### 5.2.1 Nivel de integración y tipo de prestadores

El nivel de integración de las prestaciones que considera cada sistema determina los incentivos que tiene cada prestador. Mientras más integrado se encuentre, menos incentivos tiene a dejar de prestar un servicio (prevención y salud) y/o entrar en litigios (pérdida de eficiencia) que determinen de quien es responsabilidad. La Tabla 8 presenta un cuadro comparativo de la integración de la prevención, seguro económico, seguro de salud y provisión médica en los sistemas de SSL estudiados.

**Tabla 8:** Cuadro comparativo niveles de integración y tipo de prestadores.**Administración de prestaciones**

Chile	Prevencción	Seguro económico	Seguro de salud	Provisión médica
Colombia	Prevencción	Seguro económico	Seguro de salud	Provisión médica
México	Prevencción	Seguro económico	Seguro de salud	Provisión médica
España	Prevencción	Seguro económico	Seguro de salud	Provisión médica
Alemania	Prevencción	Seguro económico	Seguro de salud	Provisión médica

Leyenda:	Entrega provisión en forma exclusiva	Entrega provisión en forma no exclusiva	No entrega provisión
----------	--------------------------------------	---	----------------------

**Fuente:** elaboración propia.

Cómo se constituye y administra un sistema puede ser determinante para la generación de incentivos en pos de eficiencia, eficacia y por último, efectividad. Si bien a grandes rasgos los sistemas de SSL son bastante similares, uno de los aspectos donde los sistemas suelen diferir es en qué tipo de entidad se hace cargo de la SSL y cómo. En la tabla a continuación se

presenta un cuadro comparativo, en el cual se puede visualizar que tipo de entidad entrega cada prestación (o no). Por ejemplo en Chile, hay prestadores de tipo estatal (ISL) y privados sin fines de lucro (mutuales), quienes proveen las prestaciones y servicios en todas las dimensiones, pudiendo subcontratar parte o la totalidad de las prestaciones médicas.

**Tabla 9:** Provisión y proveedores de SSL<sup>55</sup>.

	Prevención		Seguro de salud		Prestación médica		Prestación económica					
	Estado	Privado		Estado	Privado		Estado	Privado				
		CFL	SFL		CFL	SFL		CFL	SFL			
Alemania	X			X			X	X	X	X		
Chile	X		X	X		X	X	X	X	X		X
Colombia		X			X		X	X			X	
España		X	X	X		X	X	X	X	X		X
México	X			X			X	X		X		

**Fuente:** elaboración propia.

### 5.2.2 Tasas y definición general de los sistemas

En la Tabla 10 se muestra una descripción general de los sistemas de SSL de los países estudiados considerando las siguientes características:

- Integración SL y SG: Nivel de integración entre la salud general y la salud laboral en el país.
  - Integrado: Son los mismos prestadores/administradores.
  - Desintegrado: Son prestadores/administradores distintos.
- Tasas:
  - Tasa base: tasa mínima.
  - Tasa promedio.
  - Tasa máxima.
- Factores que definen tasa variable: factores en base a los cuales se determina la tasa variable que deberá pagar la empresa. Se clasifica en dos macro-factores:
  - Sector económico (SE): tipo de actividad o sector económico en que se desempeña la empresa.
  - Comportamiento de la empresa (CE): nivel de cumplimiento de planes de seguridad y resultados de accidentalidad que registra la empresa. <sup>(56,57,58,59,60)</sup>
- Aportes del Estado: tipo y nivel de aporte que realiza el Estado al sistema de SSL.

55 CFL: Con fines de lucro; SFL: Sin fines de lucro.

56 Alemania: La tasa de cotización es única para cada fondo (>400 fondos), si sube o bajan los costos de salud, se ajusta la tasa de cotización global. Fondos compiten, y afiliados se pueden cambiar entre fondos.

57 Chile: La tasa de cotización se reajusta en función de los días perdidos y % de invalidez, independiente de si fueron causados por accidentes o enfermedades tradicionales. Los accidentes de trayecto no inciden en el cálculo de la tasa de cotización.

58 Colombia: Las empresas se "auto-seleccionan" en uno de los 5 perfiles de riesgo, autoselección puede ser a nivel de actividad económica o centros de trabajo (a elección). Auto-selección errónea es penada. La tasa se reajusta acorde al nivel de riesgo "a priori" percibido, en función a las medidas de seguridad implementadas y la historia, pero no hay fórmula explícita.

59 España: La empresa debe cotizar por la tasa promedio acorde a su clasificación industrial, sin embargo, en el tiempo pueden aplicarse rebajas o castigos en función de las medidas de prevención que la empresa haya tomado, así como producto de revisión de historial de seguridad de la empresa. No hay fórmula formal de ajuste.

60 México: El sistema mexicano no hay ninguna forma de corregir la cotización por riesgo de la actividad económica o historia de accidentes.

**Tabla 10:** Descripción general sistemas de SSL de países estudiados.

País	Integración SL y SG	Tasa base	Tasa promedio	Tasa máxima	Factores que definen tasa variable	Aporte del Estado
<b>Chile</b>	Desintegrado	0,9% <sup>61</sup>	1,78% <sup>62</sup>	7,7% <sup>63</sup>	SE: nivel de riesgo promedio. CE: siniestralidad últimos 3 años.	Solo a proveedor estatal. <sup>64</sup>
<b>Colombia</b>	Desintegrado	0,35%	-	8,7%	SE: nivel de riesgo promedio. CE: accidentes, siniestralidad y cumplimiento de planes SSL.	Parcial.
<b>Alemania</b>	Desintegrado	-	1,18%	-	SE: nivel de riesgo promedio. CE: mérito vs desempeño SSL.	Solo a proveedor de empleados públicos.
<b>México</b>	Integrado	Integrado con salud general. Estado, Empleador y Empleado aportan cada uno el 13,9% de un sueldo mínimo, más diferencias con sueldo promedio de distrito federal (empleador y empleado).			CE: riesgo, trabajadores expuestos, incapacidades y defunciones.	Si.
<b>España</b>	Desintegrado	0,9%	1,98%	7,15%	SE: nivel de riesgo promedio.	Solo a proveedor estatal.

**Fuente:** elaboración propia.

61 Tasa mínima de cotización fue modificada por ley, y se ha ajustado gradualmente durante los últimos años, llegará a 0,9% el 2020. 2019= 0,91%, 2018 = 0,93%, 2017 = 0,95%.

62 Tasa promedio por persona calculada en base a datos entregados por asociación de mutuales. Es el promedio de lo reportado por la MUSEG (demás sin datos completos). Por otra parte, al utilizar microdata de la ACHS, se obtiene un promedio de 1,67% de cotización por persona. Si se promedia por empresa, asciende a 2,06 (MUSEG) y 1,97 ACHS.

63 La máxima tasa variable de cotización se mantiene en 6,8%. Dado que baja la tasa mínima de cotización, se alcanzará el 7,7% de tasa máxima para el 2020.

64 El estado suplementa los ingresos del ISL si éste no es capaz de cubrir el total de los egresos en un período. El último año que el estado aportó fue el 2013. Se prevé que con la eliminación de la distinción entre obreros y trabajadores, así como la expansión de la cobertura del seguro a los independientes, el estado vuelva a aportar recursos fiscales a la institución.

En los últimos 20 años, la literatura ha estudiado los incentivos económicos sobre diversos aspectos de la seguridad. Donde primero se utilizó, fue para estudiar el efecto de una prima bonus-malus<sup>65</sup> sobre los accidentes de tránsito, y se expandió al estudio de los seguros sociales en general. Si bien aún no hay un modelo unificado, se ha establecido un vínculo causal entre los incentivos económicos (prima por seguro de accidentes) y el comportamiento de prevención de las empresas en el tiempo (Rautiainen, y otros, 2005), (Elsler, y otros, 2010).

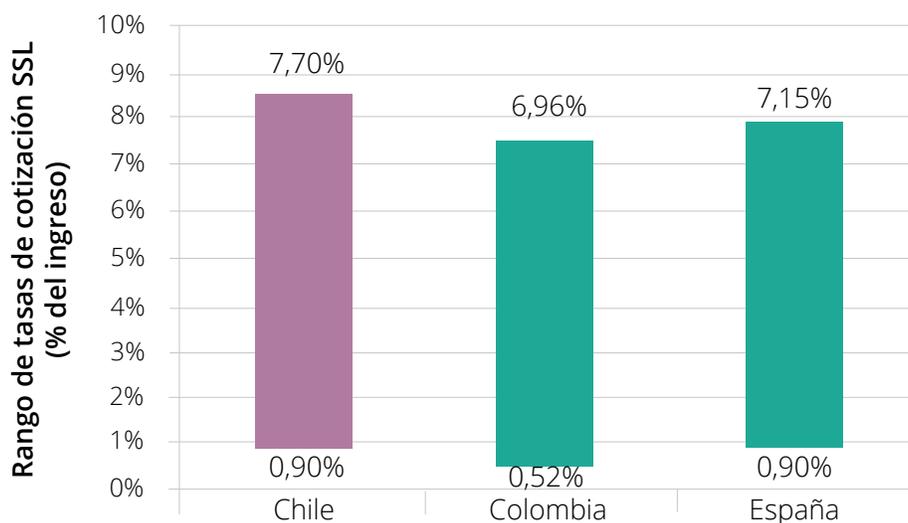
Siguiendo el argumento, la literatura reporta que un mayor rango de tasa potenciaría los incentivos a la prevención en las empresas (European Agency for Safety and Health at Work, 2010) (Elsler, y otros, 2010), dado que se incrementa el costo de oportunidad de un accidente y/o no existe un tope cercano que limite la cuantía de los costos de oportunidad que se pueden incurrir producto de accidentes laborales. Por tanto, existiría una elasticidad entre tasa y esfuerzos de prevención de las empresas, que coexisten en un sistema dinámico. Un estudio que aborda y modela un sistema como el chileno, pero con un menor rango

entre tasas<sup>66</sup> (Altunkaynak & Öztürk, 2016), sostiene que el sistema tarda aproximadamente 45 años en alcanzar un equilibrio, y que el tiempo de ajuste se podría acelerar aumentando el spread de las tasas. Asimismo, muestra que en el equilibrio, se reduce la recaudación del SSL, acorde a las menores necesidades de prestaciones.

Todos los autores de la literatura sustentan que, para que este tipo de incentivos económicos funcione, es necesario que la prima sea fácil de calcular de modo que el empleador tenga muy claro de los efectos de los accidentes sobre su prima a pagar. Si esto no ocurre, se diluye el efecto preventivo.

Como se aprecia en la Figura 14, la tasa máxima en Chile (0,9% del 2020 en adelante, +6,8% variable) aparece como una de las más altas de los países estudiados<sup>67</sup>, no obstante la tasa promedio es más alta en España, y hay que considerar que la diversidad de beneficios entregados por los seguros hace compleja esta comparación. A modo de ejemplo el valor del seguro en Chile incluye los servicios de prevención y pago de subsidios desde el primer día, a diferencia de Colombia y España.

**Figura 14:** Rango de tasas de cotización.



**Fuente:** elaboración propia.

65 Beneficia a los agentes que tienen un buen comportamiento, y castiga a los que tienen un mal comportamiento mediante una prima o incentivo (o desincentivo) económico.

66 Rango de prima por SSL modelado: 1,79% - 3,53%.

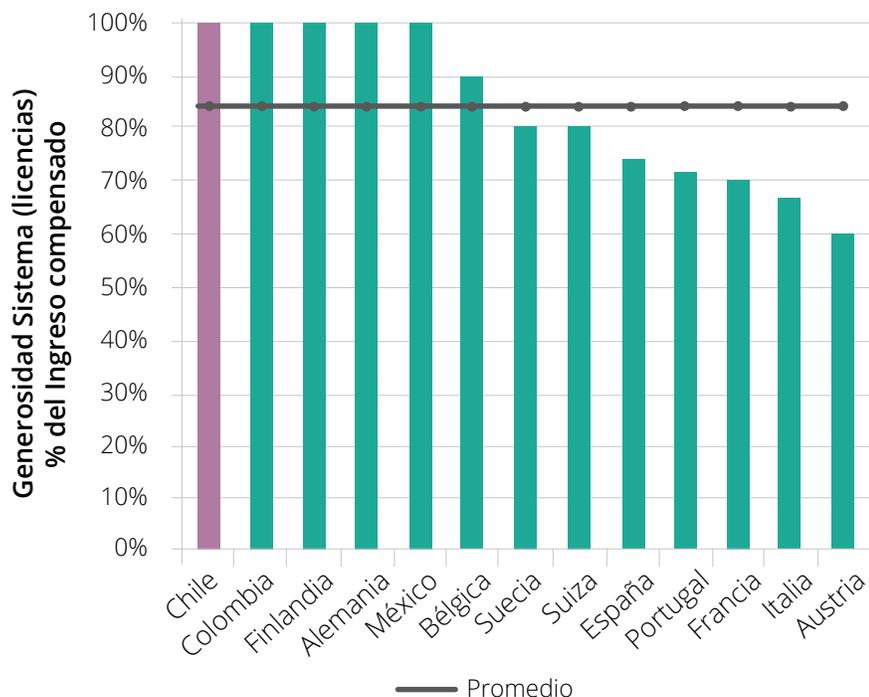
67 Se excluye México, ya que posee un sistema integrado de salud, por lo tanto, no es factible distinguir la tasa de cotización producto de accidentes laborales de la cotización general.

### 5.2.3 Cobertura y beneficios

La Figura 15 muestra el porcentaje del ingreso del trabajador que es cubierto en caso de ausencia por acci-

dente o enfermedad profesional en distintos países. En promedio los países observados compensan el 84,2% del ingreso de las personas. El sistema chileno cubre el 100% del ingreso imponible desde el primer día.

**Figura 15:** Comparación de compensaciones sobre el ingreso del afiliado.



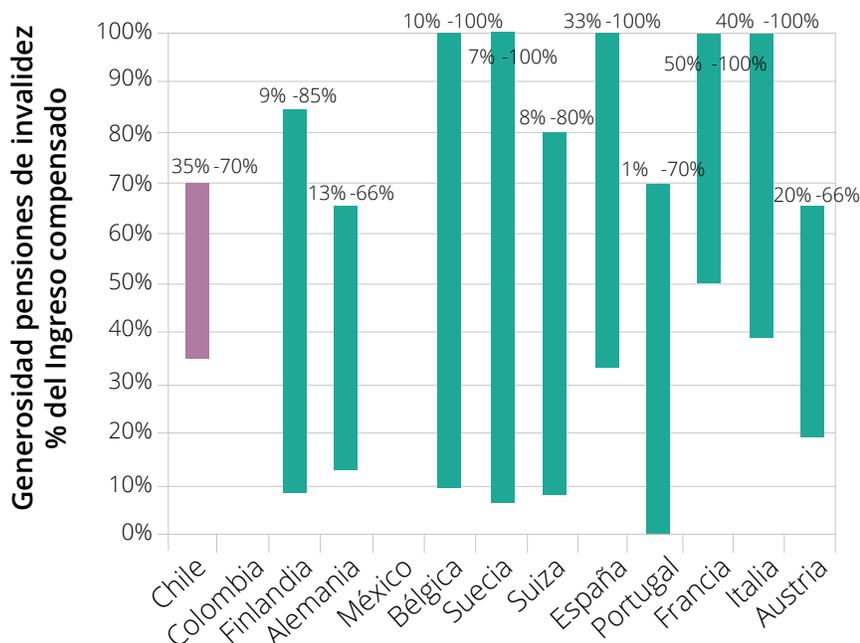
**Fuente:** elaboración propia.

Si bien el beneficio para el afiliado de una cobertura total de su ingreso es indudable, es importante notar que la literatura reporta una relación causal entre mayor compensación y el ausentismo laboral (Pichler & Ziebarth, 2015), (Bryson & Dale-Olsen, 2017) y (Ziebarth & Karlsson, 2012).

La Figura 16 presenta las pensiones permanentes de invalidez de diversos países<sup>68</sup> mostrando el mínimo y máximo pagado por cada sistema, que en general va asociado al nivel de invalidez del afiliado (o nivel de ingresos perdido), por una tasa<sup>69</sup>. El rango mínimo, está asociado al nivel mínimo de invalidez que se requiere para acceder a una pensión, en caso de ser inferior, solo se puede acceder a una compensación.

68 Para efectos de la comparación entre países no se incluyen extras que complementan la pensión, como el incremento por hijo del sistema chileno.

69 Es siempre  $\leq 100\%$ .

**Figura 16:** Generosidad compensaciones pensiones de invalidez<sup>70</sup>.

**Fuente:** elaboración propia.

### 5.2.4 Enfermedades del trabajo

El reconocimiento de enfermedades profesionales<sup>71</sup>, con causa o por ocasión del trabajo es relativamente recientes en Chile y el Mundo. En todos los sistemas de SSL estudiados, hay algún nivel de insatisfacción de los trabajadores debido a la necesidad de probar

que la enfermedad ocurre con causa y/o por ocasión del trabajo para acceder a beneficios económicos asociados, ya sea temporales o permanentes.

Por otra parte, los requisitos de calificación, barreras burocráticas (nivel de documentación, formularios, audiencias, y otras barreras burocráticas) y nivel de

<sup>70</sup> Colombia y México sin información consistente y concluyente

<sup>71</sup> Si bien la ley define originalmente que una enfermedad profesional, para ser reconocida debe ser con causa y ocasión del trabajo, en la práctica esto no se cumple en todos los casos. A continuación se detalla en que se basa esta afirmación.

La Ley N° 16.744 define a la enfermedad profesional como aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y le produzca incapacidad o muerte. Por otra parte, su complemento es el decreto DS109 detalla una larga lista de elementos a medir en el lugar de trabajo y posibles enfermedades relacionadas. Sin embargo:

- Enfermedades listadas en el DS109 no necesariamente cumplen con criterio de causalidad en relación a la actividad industrial causal. Por ejemplo, las enfermedades mentales no hay forma de establecer vínculo causal con el trabajo, y no obstante, se encuentran consideradas en el decreto.
- La lista y elementos de medición considerados en el DS109 es muy extensa e impracticable de aplicar en la práctica al realizar una "Evaluación de Condiciones del Trabajo".

Por tanto, la SUSESO y las Mutualidades han desarrollado protocolos básicos para realizar la "Evaluación de Condiciones del Trabajo". En ella, solo se realiza una revisión cualitativa de elementos básicos (saneamiento, áreas de trabajo y superficies de tránsito, instalaciones eléctricas y de gas, sistemas contra incendio, sistemas de evacuación, y ergonomía de puestos de trabajo) y en función del juicio experto, se pueden realizar algunas mediciones adicionales (ej: sílice, riesgo TMERT, PPM, etc.). De modo que, gran parte de los elementos mencionados por la ley, jamás serán medidos.

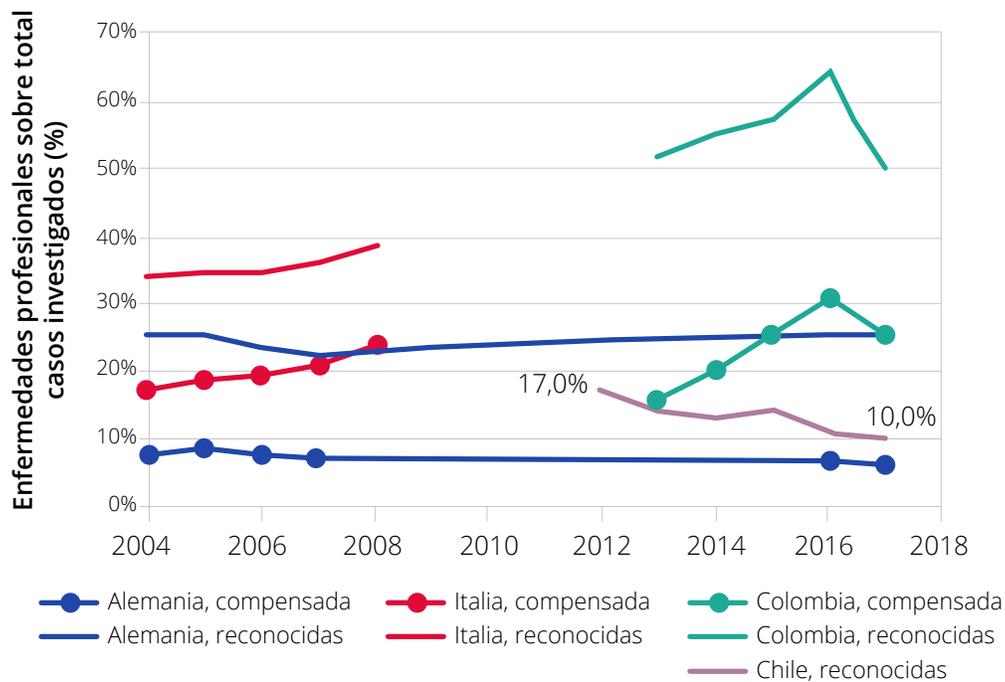
Por último, a partir del flujo de procesos (compendio de normas de SUSESO), se puede distinguir que hay evaluaciones médicas (evaluaciones realizadas por médico del trabajo, sin visitar o evaluar el lugar de trabajo) en la cual no resulta necesario demostrar causalidad, solo ocasión (no es necesario realizar una "Evaluación de Condiciones del Trabajo" si se ha hecho una hace 6 meses o menos, no obstante no considere los aspectos específicos de la enfermedad evaluada).

causalidad requeridos para cobrar una compensación pueden variar fuertemente entre países. Uno de los sistemas más rigurosos en este sentido es el alemán, en el cual se debe demostrar causalmente y en múltiples instancias, que la enfermedad es generada por causa y ocasión del trabajo. Por otra parte, el sistema español es menos riguroso, y generalmente basta probar que sea con ocasión del trabajo (no hay

requerimiento de causalidad médica). El sistema chileno es similar al alemán en este aspecto, no obstante la causalidad no requiere ser probada con la misma rigurosidad, y no posee el nivel de complejidad burocrática del sistema alemán.

La Figura 17 presenta las tasas de reconocimiento y compensación para tres países, para ser comparados con la situación chilena.

**Figura 17:** Tasas de reconocimiento y compensación de enfermedades profesionales.

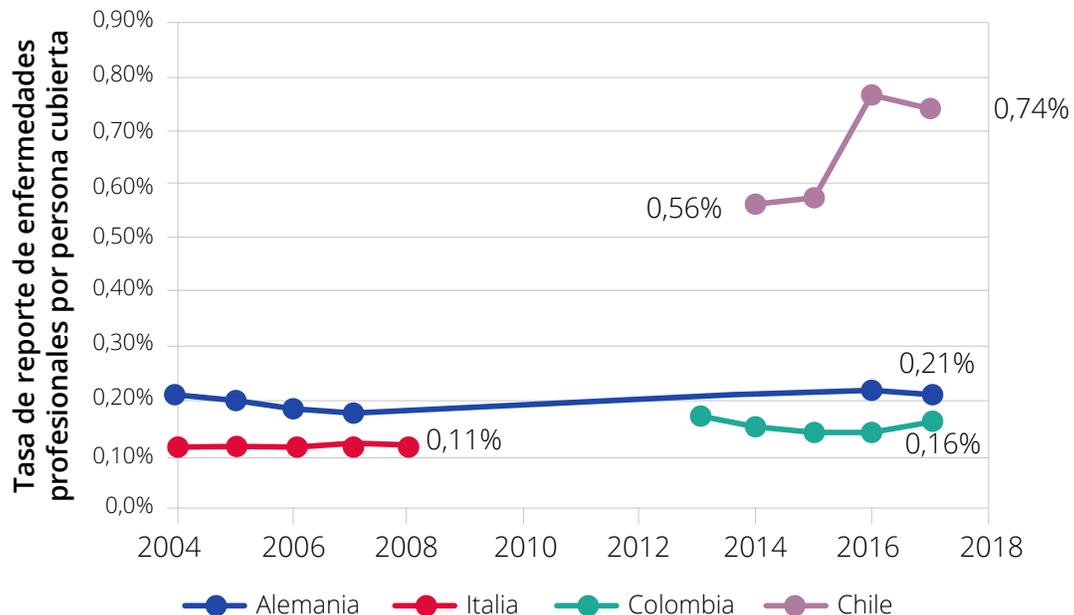


**Fuente:** elaboración propia.

Es importante notar que en el caso de Colombia la calificación primaria de enfermedades laborales la realiza la aseguradora de salud común, por lo cual las denuncias que llegan a las administradoras del seguro laboral ya vienen de alguna forma pre-calificadas como laborales.

En la Figura 18 se muestra la tasa de reporte de enfermedades profesionales<sup>72</sup>, donde es posible apreciar que Chile es uno de los países donde se hacen mayor número de reportes por enfermedades profesionales (3,6 veces la tasa de reporte de Alemania), no obstante tener una baja incidencia de accidentes y muertes (como calificador de riesgo general para las personas), y una tasa comparable de enfermedades profesionales reconocidas al resto de los países estudiados.

72 Denuncias no verificadas.

**Figura 18:** Tasa de reporte de enfermedades profesionales.

**Fuente:** elaboración propia.

Los países suelen abordar la cobertura (o falta de ella) de enfermedades mediante la creación de listas de enfermedades atribuibles al trabajo.

La Unión Europea (UE) ha desarrollado en conjunto con expertos, dos listas de enfermedades profesionales (European Commission, 2003):

- Enfermedades profesionales con causalidad directa del trabajo, donde se ha demostrado la causalidad entre el agente que lo genera, y la enfermedad (European Commission, 2003).
- Enfermedades profesionales posiblemente causadas por el trabajo, donde aún no hay suficiente evidencia científica para establecer el vínculo de causalidad (European Commission, 2003).

La mayoría de los países de la UE reconocen y compensan las enfermedades profesionales con causalidad

directa, pero el tratamiento de las enfermedades posiblemente causadas por el trabajo tiene un tratamiento dispar. Ninguna de las listas reconoce las enfermedades mentales como enfermedades laborales (European Commission, 2003). La mayor parte de los países optan por incorporar algunas enfermedades adicionales con su propia legislación, o elaborar sus propias listas a partir de la propuesta por la UE, para aumentar la cobertura con el SSL.

Por otra parte, varias enfermedades musculoesqueléticas si son consideradas en las listas de enfermedades profesionales de la UE, aunque aún existe cierto nivel de controversia de su inclusión, debido a la dificultad en establecer el vínculo causal entre las actividades del trabajo y las enfermedades, así como la gran varianza existente entre individuos, e incidencia entre países (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007), (European Commission, 2003).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) también elabora una lista de enfermedades profesionales, pero no realiza la distinción en cuanto a la robustez de la evidencia causal como si hace la UE. Además incorpora algunas diferencias en cuanto a las enfermedades que considera laborales. En cuanto a enfermedades profesionales de carácter mental, la OIT reconoce el Estrés post-traumático solamente, si bien reconoce que pueda haber otras enfermedades mentales causadas por el trabajo. Hasta ahora no hay evidencia o acuerdo en cuanto a considerar las demás enfermedades mentales como profesionales, ya que no hay evidencia causal directa, o sustento científico de la relación causal (ILO, 2010).

De forma similar al caso de la UE, la lista de la OIT también incluye 7 enfermedades musculo esqueléticas (ILO, 2010). Si bien las enfermedades musculo esqueléticas son similares en cuanto a la dificultad de probar el vínculo causal, se reconoce que de no incluirse como enfermedades profesionales, se eliminaría la responsabilidad del empleador en cuanto a la salud física ante ejercicios repetitivos y/o exigentes, evitaría la prevención y traspasaría al trabajador y la sociedad (salud común) el costo.

Tanto la UE como la OIT disponen y/o financian a equipos de investigadores y académicos de nivel internacional para que realicen estudios sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Se pone énfasis particular en desafíos como demostrar la relación causal entre el trabajo, y accidentes y enfermedades.

De este modo, se perfecciona el sistema de SSL (recomendaciones, en el caso de la OIT), y en las listas de enfermedades profesionales reconocidas, así como la instrumentalización del proceso de identificación en función de la evidencia empírica. En el caso de la UE, la consolidación de información, revisión de estudios relevantes, y en ocasiones financiamiento, recaen en la Comisión Europea.

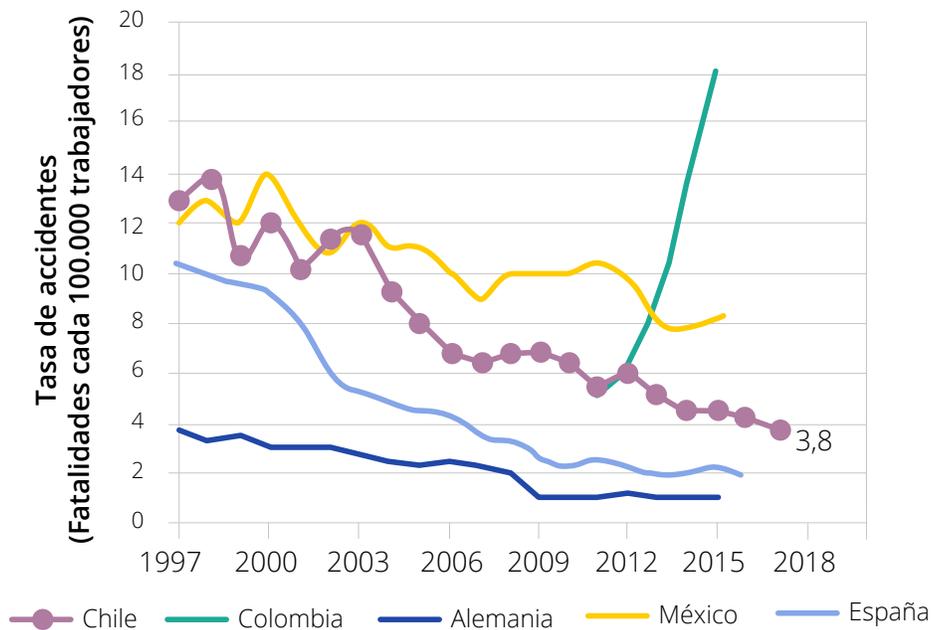
Dado el aumento significativo que tienen en el mundo, y a las complejidades inherentes a asociar su causalidad al trabajo, las enfermedades profesionales constituyen hoy en día uno de los principales desafíos de los sistemas de salud y seguridad laboral.

### 5.2.5 Accidentes y fatalidades

Las definiciones de accidente laboral varían notoriamente entre países, por lo que las estadísticas de tasa de accidentabilidad entre países se hacen menos comparables. No es el caso de la tasa de fatalidad, que tiene un entendimiento evidente y transversal.

La Figura 19 muestra la tasa de fatalidad para los países analizados. Chile es el país que muestra la mayor reducción (en términos absolutos) de su tasa de fatalidades en el período de análisis y, como se verá en la sección siguiente, se asemeja a los resultados obtenidos por los países OCDE.

Figura 19: Tasa de fatalidades comparada<sup>73</sup>.



Fuente: elaboración propia.

73 En Colombia el reporte de accidentes fatales comenzó de forma sistemática y agregada el 2011, por lo que probablemente los primeros años solo hay reportes parciales, denotado por el notorio incremento de accidentes fatales, que probablemente antes no se registraba o no se contaba como laboral.

## 6. COMPARACIÓN CUANTITATIVA DEL SISTEMA DEL SSL CHILENO

El análisis anterior recogió las diferentes organizaciones, servicios, costos y resultados de los SSL de diferentes países. No obstante, resulta difícil evaluar comparativamente los resultados de los sistemas de SSL en diferentes realidades porque estos pueden estar influenciados por otros factores exógenos a los sistemas y propios de cada realidad. Por ejemplo, la baja de la accidentabilidad de un determinado país puede que responda más a su ingreso per cápita que a la presencia de un sistema de SSL.

Para aislar estos factores e intentar comparar los resultados reales en términos de accidentes y fatalidades se requiere utilizar modelos econométricos como los que se explican en esta sección.

### 6.1 Metodología

Se desarrollaron tres modelos econométricos para comparar cuantitativamente el desempeño del sistema chileno versus otros países para explicar fatalidades, gastos en provisiones de salud y gastos en provisiones económicas.

- Modelos de accidentes y fatalidades.
- Modelos de gastos en prestaciones de salud.
- Modelos de gastos en prestaciones económicas.
- Para la construcción de los modelos se utilizó información pública disponible en las siguientes fuentes:
  - World Bank.
  - OECD Statistics y OECD SOCX.
  - ILO Statistics.
  - SUSESO (Chile).

#### 6.1.1 Modelos de fatalidades

El objetivo de este modelo es intentar explicar el número total de accidentes laborales (sin considerar accidentes de trayecto) con las siguientes variables explicativas:

- Fuerza laboral agricultura: número de trabajadores del sector agrícola.
- Fuerza laboral industria: número de trabajadores del sector industrial.
- Fuerza laboral servicios: número de trabajadores del sector servicios.
- Fuerza laboral empleada: número total de trabajadores.
- Fuerza laboral Independiente: número total de trabajadores independientes; hipótesis a probar.
- Índice de GINI (interpolado): indicador de desigualdad, interpolado hasta dos años sin valores.
- Energía: kilogramos equivalentes de petróleo (utilizado como proxy de tasa de reemplazo de trabajo por capital).
- GDP PPP<sup>74</sup> USD: Control por nivel económico
- Nro. de convenios OIT ratificados: control de valoración de SSL (cultural) y/o impacto de normativa laboral adoptada.

Para el estudio se consideró información de los siguientes países: Argentina, Australia, Austria, Azerbaijan, Belgium, Bolivia, Brazil, Bulgaria, Canada, Colombia, Costa Rica, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Egypt, Arab Rep., El Salvador, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, India, Ireland, Israel, Italy, Jordan, Kazakhstan, Korea, Rep., Kyrgyz Republic, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malaysia, Malta, Mexico, Netherlands, Nicaragua, Norway, Panama, Portugal, Romania, Singapore, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Thailand, Turkey, Ukraine, United Kingdom, United States, Venezuela.

<sup>74</sup> Purchasing Power Parity.

### 6.1.2 Modelo de gasto en prestaciones de salud

El objetivo de este modelo es intentar explicar el gasto en salud de cada país, excluyendo a los prestadores privados con fines de lucro, con las siguientes variables explicativas:

- Accidentes Fatales: número de accidentes fatales (en términos absolutos). Variable retrasada en 1 período (se estima el gasto en función de los accidentes del año anterior).
- Accidentes no fatales: número de accidentes estimados (en términos absolutos). Variable retrasada en 1 período (se estima el gasto en función de los accidentes del año anterior).
- Fuerza laboral empleada: número total de trabajadores.
- Fuerza laboral Independiente: número total de trabajadores independientes.
- Índice de GINI (interpolado): indicador de desigualdad, interpolado hasta dos años sin valores.
- GDP PP USD: Control por nivel económico.

Para el estudio se consideró información de los siguientes países: Australia, Austria, Belgium, Chile, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Mexico, Norway, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

### 6.1.3 Modelo de gasto en prestaciones económicas

El objetivo de este modelo es intentar explicar el gasto en prestaciones económicas de cada país, excluyendo a los prestadores privados con fines de lucro, con las siguientes variables explicativas:

- Accidentes Fatales: número de accidentes fatales (en términos absolutos). Variable retrasada en 1 período (Se estima el gasto en función de los accidentes del año anterior).
- Accidentes no fatales: número de accidentes estimados (en términos absolutos) Variable retrasada en 1 período (Se estima el gasto en función del número de accidentes del año anterior).
- Fuerza laboral empleada: número total de trabajadores.
- Fuerza laboral Independiente: número total de trabajadores independientes.
- Índice de GINI (interpolado): indicador de desigualdad, interpolado hasta dos años sin valores.
- GDP PP<sup>75</sup> USD: Control por nivel económico.

Este modelo fue construido a partir de base de datos SOCX<sup>76</sup> de la OCDE. Acorde a la bibliografía, no se considera partida “pensiones de invalidez” ya que engloba prestaciones no relacionables a SSL.

Para Chile incluye seguro de salud y sobrevivencia de AFPs, entre otros. Gasto social prestaciones económicas, es una aproximación gruesa al gasto en prestaciones económicas equivalente a mutuales en Chile.

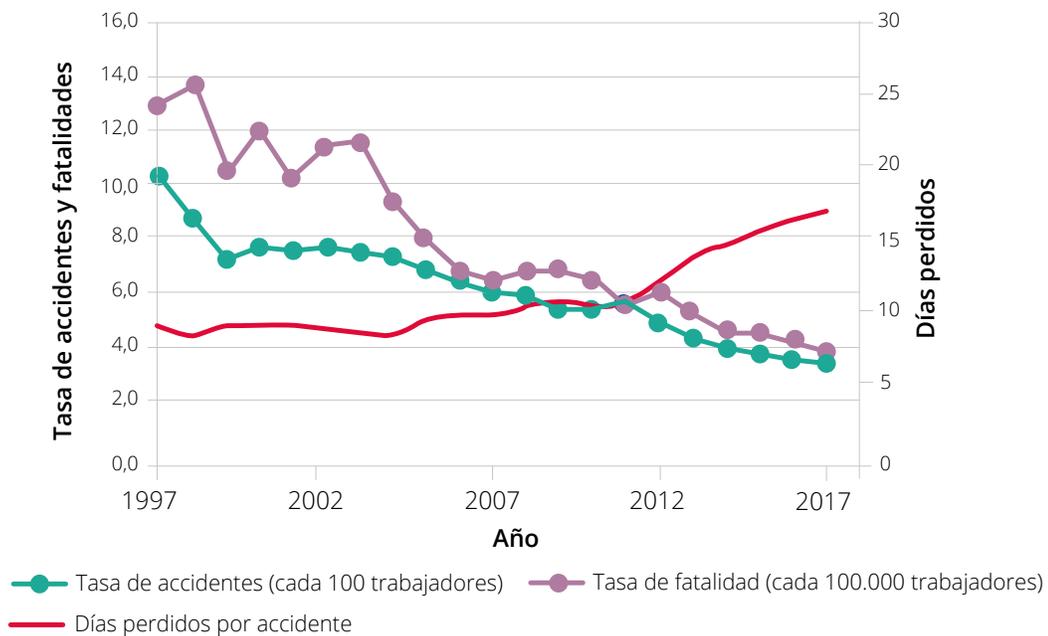
## 6.2 Resultados

En el siguiente gráfico es posible observar una disminución evidente en las tasas de accidentabilidad y fatalidad, y un aumento de los días perdidos por cada siniestro. A partir del modelo econométrico fue posible analizar si esos resultados corresponden a los esperables para Chile en comparación al resultado de los otros países de la muestra.

<sup>75</sup> Purchasing Power Parity.

<sup>76</sup> Social ExpenditureDatabase.

Figura 20: Evolución de tasas de accidentes y fatalidades, y de días perdidos.



Fuente: elaboración Propia a partir de datos de la SUSESO.

### 6.2.1 Modelo de fatalidades

Los resultados del modelo se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 11:** Resultados modelo econométrico de fatalidades.

Regresión Lineal		Number of obs	=	927	
Random-effects GLS regression		Wald chi2 (32)	=	997.1	
Group variable: country (clusters >= 5)		R- cuadrado (within)	=	43%	
Random effects u <sub>i</sub> ~ Gaussian		R- cuadrado (between)	=	91%	
corr(u <sub>i</sub> , X) = 0 (assumed)		R-cuadrado (overall)	=	90%	
Ln (Accidentes Fatales)		Coef.	Std. Err.	z	P>z
Ln (Empleo en agricultura)		0.109	0.11	0.98	0.33
Ln (Empleo en Industria)		0.280	0.25	1.11	0.27
Ln (Fuerza laboral)		0.544	0.41	1.31	0.19
Ln (Fuerza laboral independiente)	*	0.279	0.15	1.89	0.06
Índice de GINI (interpolado)		0.007	0.01	1.06	0.29
Ln (GDP, constant 2011 USD, PPP)		0.137	0.20	0.69	0.49
Ln (Energía usada, Kg equivalentes Petroleo)	**	-0.274	0.13	-2.14	0.03
Nro. de convenios OIT ratificados		-0.014	0.04	-0.39	0.70
Dummy Tiempo (por año) (1992-2015)					
Constante	**	-8.852	2.00	-4.42	0.00

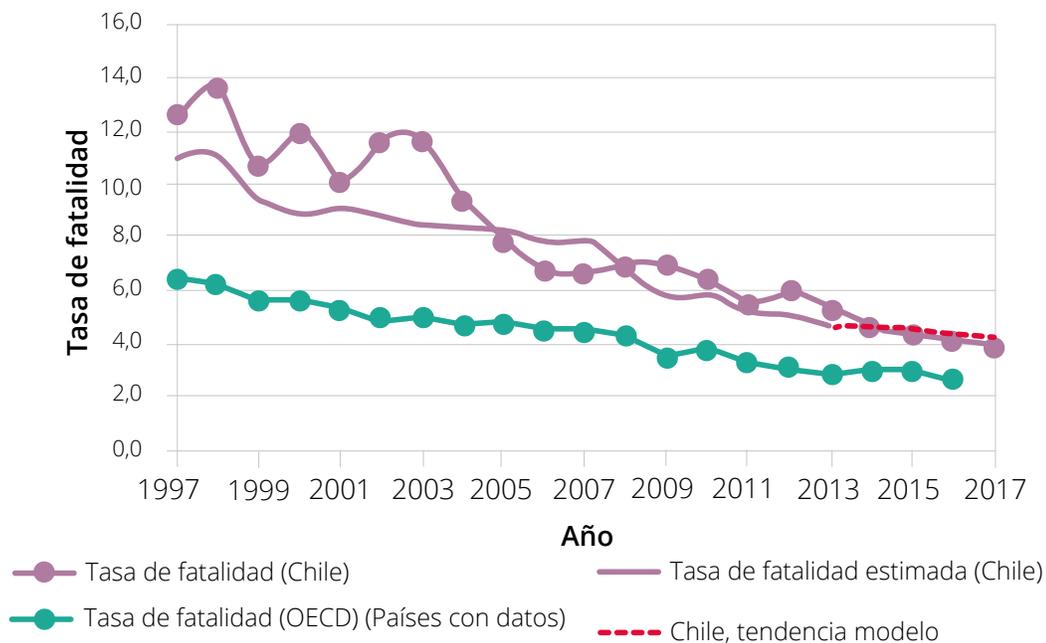
**Fuente:** elaboración propia.

De acuerdo al modelo, las fatalidades se afectan de forma significativa por el nivel de desarrollo de la industria de los países (estimado como el nivel de energía utilizado) y por el tamaño de la población de trabajadores independientes. Se estima que al aumentar en 10% la proporción de trabajadores independientes (*ceteris paribus*), aumentarían en 2,7% el número de fatalidades. Este punto hace especialmente relevante

el incremento de trabajadores independientes en el mercado del trabajo y en los sistemas de salud y seguridad laboral.

Utilizando este modelo se proyectó la tasa esperada de fatalidad de Chile para compararla con la tasa real del país y la tasa promedio de un subconjunto de países de la OCDE. Los resultados de esta comparación se muestran en el siguiente gráfico.

**Figura 21:** Comparación de la tasa de fatalidad esperada para Chile con la tasa real del país y la tasa de una selección de países OCDE.



**Fuente:** elaboración propia.

Tal como se observa en la Figura 21, la tasa de fatalidad proyectada para Chile está cercana a la tasa real, y la brecha con la tasa de fatalidad de la selección de países OCDE se ha acortado de manera considerable en los últimos 20 años.

### 6.2.2 Modelo de gasto en prestaciones de salud

Los resultados del modelo se resumen en la Tabla 12 a continuación.

**Tabla 12:** Resultados modelo econométrico de prestaciones de salud.

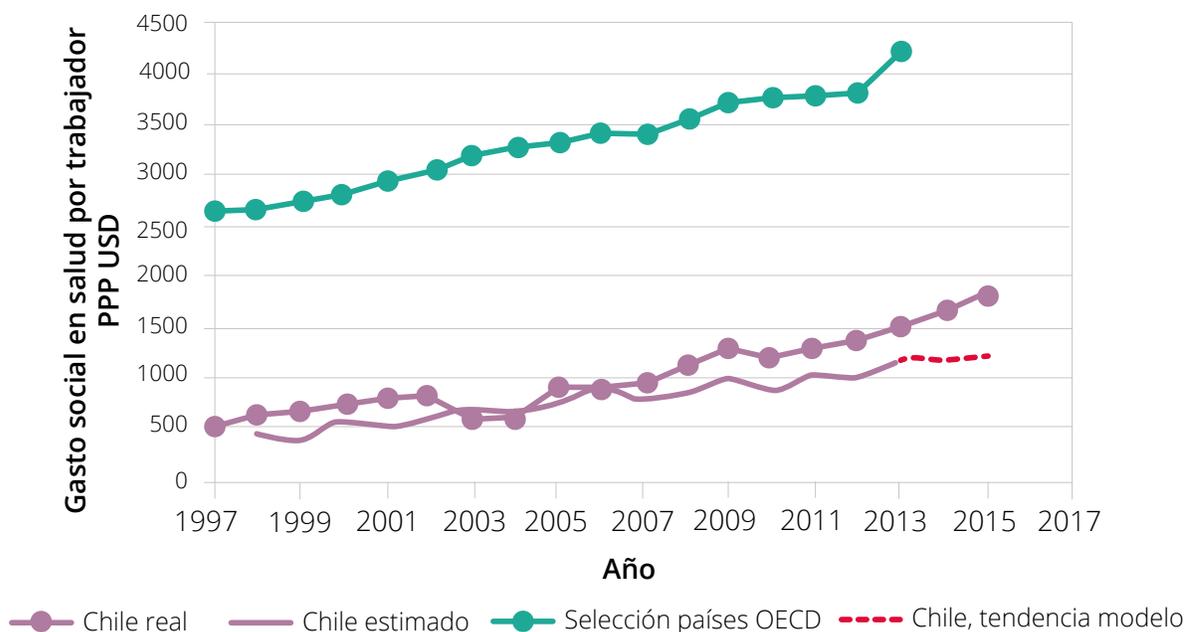
Regresión Lineal		Number of obs	=	350
	Random-effects GLS regression	Wald chi2 (21)	=	.
	Group variable: country (clusters >= 5)	R-cuadrado (within)	=	81%
	Random effects u <sub>i</sub> ~ Gaussian	R-cuadrado (between)	=	98%
	corr(u <sub>i</sub> , X) = 0 (assumed)	R-cuadrado (overall)	=	98%

Ln (Gasto de Salud, USD PPP)	Coef.	Std. Err.	z	P>z	
(t-1) Ln(Accidentes Fatales)	*	-0.127	0.07	-1.89	0.06
(t-1) Ln(Accidentes no-fatales)	**	0.104	0.05	2.02	0.04
Ln(Fuerza laboral empleada)		-0.051	0.14	-0.37	0.71
Ln(Fuerza laboral independiente)		0.015	0.10	0.15	0.88
Índice de GINI (interpolado)	**	-0.043	0.01	-3.53	0.00
Ln(GDP, constant 2011 US, PPP)	**	1.147	0.11	10.20	0.00
Dummy Tiempo (por año)(1993-2013)					
Constante	**	-5.851	1.55	-3.78	0.00

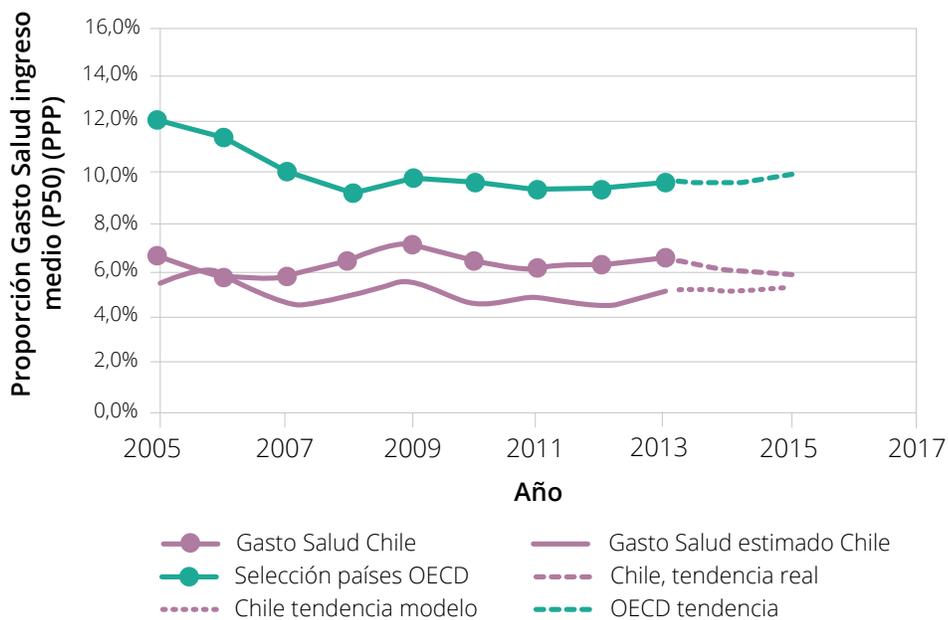
Fuente: elaboración propia.

**Figura 22:** Evolución gasto prestaciones económicas, promedio anual comparado.



Fuente: elaboración propia.

**Figura 23:** Evolución Gasto Social en Salud, en relación a ingreso medio (P50).



**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados del modelo muestran que el gasto en salud social estimado para Chile se encuentra en línea con el real.

La estimación observada corresponde a la provisión de prestaciones de Salud esperada para un país como Chile, con todas sus condiciones y particularidades. Dado lo observado en el modelo (Tabla 12), la provi-

sión de prestaciones económicas, dada la población cubierta, accidentes y capacidad productiva del país, es equivalente a la estimada (si bien ligeramente superior en los últimos años).

### 6.2.3 Modelo de gasto en prestaciones económicas

Los resultados del modelo se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 13:** Resultados modelo econométrico de prestaciones económicas.

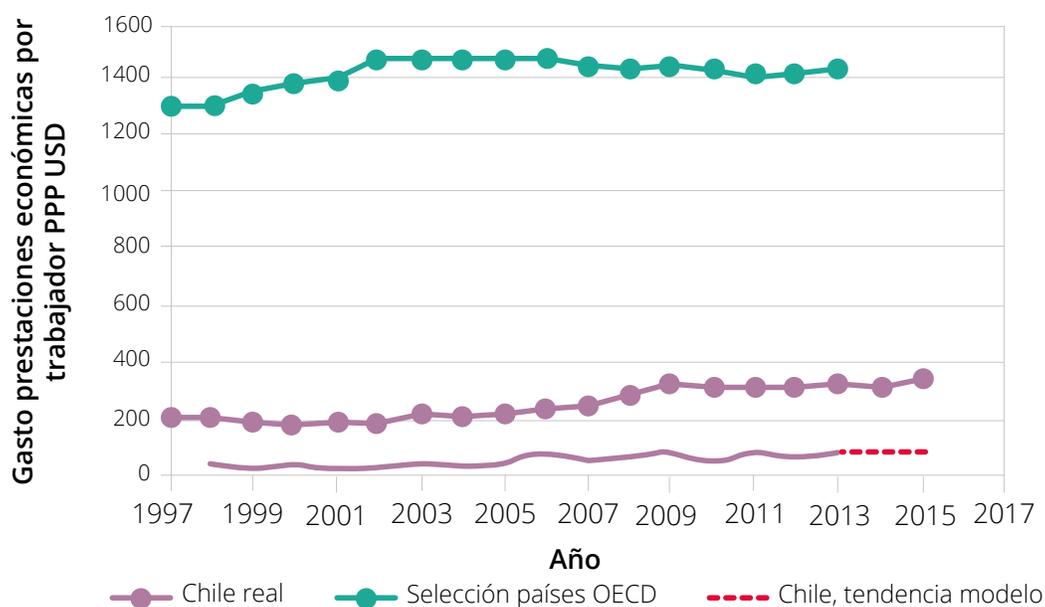
<b>Regresión Lineal</b>		<b>Number of obs</b>	=	<b>345</b>
	<b>Random-effects GLS regression</b>	<b>Wald chi2 (22)</b>	=	.
	<b>Group variable: country (clusters &gt;= 4)</b>	<b>R- cuadrado (within)</b>	=	<b>21%</b>
	<b>Random effects u_i ~ Gaussian</b>	<b>R- cuadrado (between)</b>	=	<b>78%</b>
	<b>corr(u_i, X) = 0 (assumed)</b>	<b>R-cuadrado (overall)</b>	=	<b>74%</b>

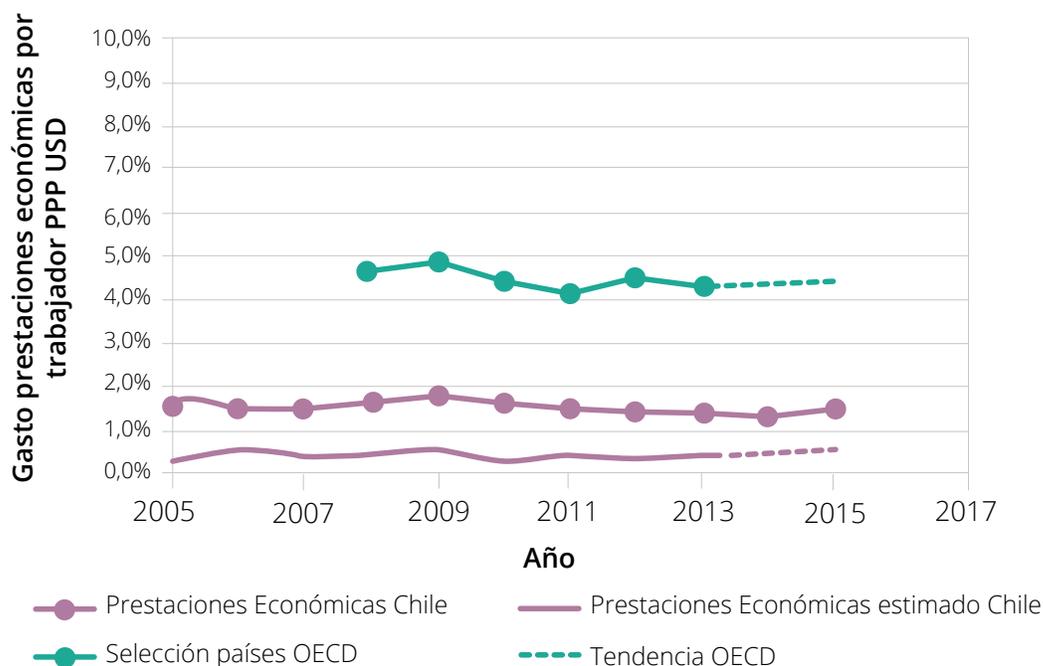
<b>Ln (Gasto Prestaciones Económicas)</b>	<b>Coef.</b>	<b>B Std. Err.</b>	<b>z</b>	<b>P&gt;z</b>
(t-1) Ln(Accidentes Fatales)	** -0.636	0.22	-2.95	0.00
(t-1) Ln(Accidentes no-fatales)	0.291	0.18	1.57	0.12
Ln(Fuerza laboral empleada)	** 1.585	0.62	2.58	0.01
Ln(Fuerza laboral independiente)	-0.430	0.40	-1.07	0.29
Índice de GINI (interpolado)	** -0.102	0.05	-2.12	0.03
Ln(GDP, constant 2011 US, PPP)	0.000	0.00	0.49	0.63
Dummy Tiempo (por año)(1992-2013)				
Constante	* 6.988	4.03	1.74	0.08

Fuente: elaboración propia.

**Figura 24:** Evolución Gasto prestaciones económicas, promedio anual comparado.



Fuente: elaboración propia.

**Figura 25:** Evolución gasto prestaciones económicas, en relación al ingreso medio (P50).

**Fuente:** elaboración propia.

El modelo predice el gasto en prestaciones económicas en función de las características propias del país que tienen un sustento teórico y estadístico (Tabla 13).

La estimación observada (Gráficos 24 y 25) corresponde a la provisión de prestaciones económicas esperada para un país como Chile, con todas sus condiciones y particularidades. Los resultados del modelo muestran que el gasto real en prestaciones económicas en Chile se encuentra por sobre el estimado para un país como el nuestro (dada la población cubierta, accidentes y capacidad productiva del país), pero aun

presentando una diferencia importante con respecto a la selección de países OECD utilizado como punto de comparación.

La afirmación del párrafo anterior podría indicar que las provisiones de prestaciones económicas son más similares a las que tendría un país mucho más equitativo que Chile en cuanto a la repartición del ingreso. Notar que en el modelo, el índice de GINI<sup>77</sup> (que mide desigualdad de ingresos) es parte de los elementos utilizados para predecir el gasto en prestaciones económicas.<sup>78</sup>

77 En un país totalmente igualitario en ingresos, el índice tomaría el valor 0, y por otra parte, en desigualdad total tomaría el valor 1 (algunos autores prefieren utilizarlo en una escala %, es decir entre 0 y 100, como ocurre con la data del Banco Mundial aquí utilizada). Utilizando datos del Banco Mundial (2013), de un total de 78 países con información disponible, Chile era el 6 país más desigual de la muestra, solo superado por Ruanda, Panamá, Colombia, Brasil y Honduras.

78 Lo observado por el modelo implica una posible relación entre la desigualdad del país, y la percepción de cuál es el nivel de seguridad social aceptable para la sociedad. Probar esta relación cae fuera del alcance del presente estudio.

## 7. ROL DE LAS EMPRESAS EN LA SSL

Las empresas son las primeras responsables de la salud y seguridad laboral de sus trabajadores. Los resultados de su gestión en esta materia pueden visualizarse observando la historia de los principales índices de accidentabilidad y fatalidad, y los esfuerzos de prevención llevados a cabo.

### 7.1 Metodología

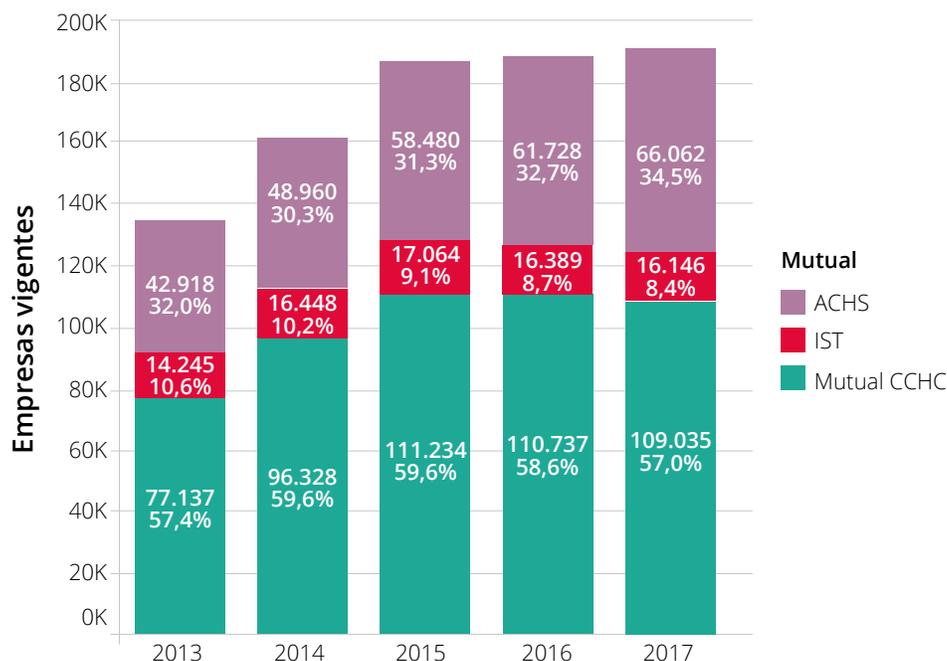
Se realizó un análisis descriptivo de caracterización de las empresas afiliadas a las mutualidades privadas, de los resultados obtenidos en términos de accidentabilidad<sup>79</sup>, y de los esfuerzos realizados en la prevención.

### 7.2 Resultados

#### 7.2.1 Caracterización Empresas

Existe un total de 191.243 empresas vigentes afiliadas al sistema según lo reportado por las mutualidades para el año 2017, con un volumen de empresas y una participación entre mutuales que se ha mantenido relativamente estable en los últimos 3 años. En término del número de empresas, la MUSEG tiene una participación de mercado de 57%, la ACHS de 34,5% y el IST de 8,4%, tal como se muestra en la Figura 26.

**Figura 26:** Evolución de empresas vigentes. Años 2013-2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

79 Esta caracterización incluye sólo a las mutualidades privadas: ACHS, Mutual de Seguridad e IST. Se solicitó información al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) para incorporarlo en el análisis, pero ésta no fue recibida en los tiempos requeridos. Si bien parte de la información del ISL podría haber sido obtenida del boletín estadístico que emite la SUSESO se decidió excluirlo de esta caracterización debido a la imposibilidad de contar con las mismas dimensiones de información.

Existen afiliados al sistema 5.060.222 trabajadores (datos para el año 2017). De estos, un 48,3% se encuentran afiliados a la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), un 40,1% a la Mutua de la Cámara Chilena

de la Construcción (MUSEG) y un 11,6% al Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Esta participación de mercado se ha mantenido estable en los últimos años, tal como se ve en la Figura 27.

**Figura 27:** Evolución de afiliados por mutualidad, años 2013-2017.

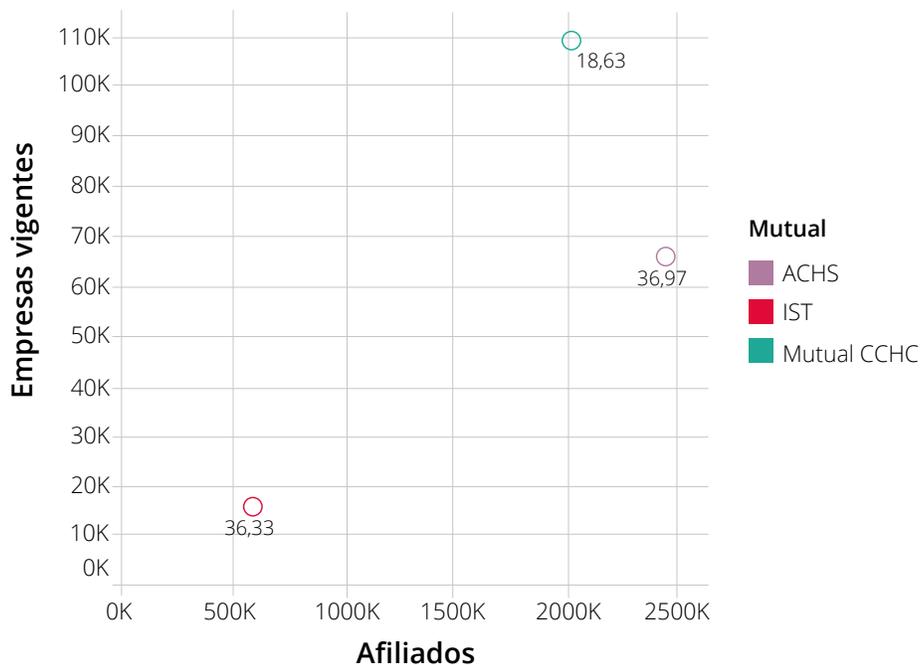


**Fuente:** elaboración propia, en base a información proporcionada por las mutuales.

De los gráficos anteriores se deduce que, en promedio, la ACHS y el IST tienen afiliadas a empresas de mayor tamaño que la MUSEG. De hecho, tal como se

muestra en la Figura 28, el promedio de trabajadores por empresa de la ACHS es de 36,97 y en el IST es de 36,33, mientras que en la MUSEG es de 18,63, prácticamente la mitad.

**Figura 28:** Promedio de trabajadores por empresa por mutualidad, año 2017.

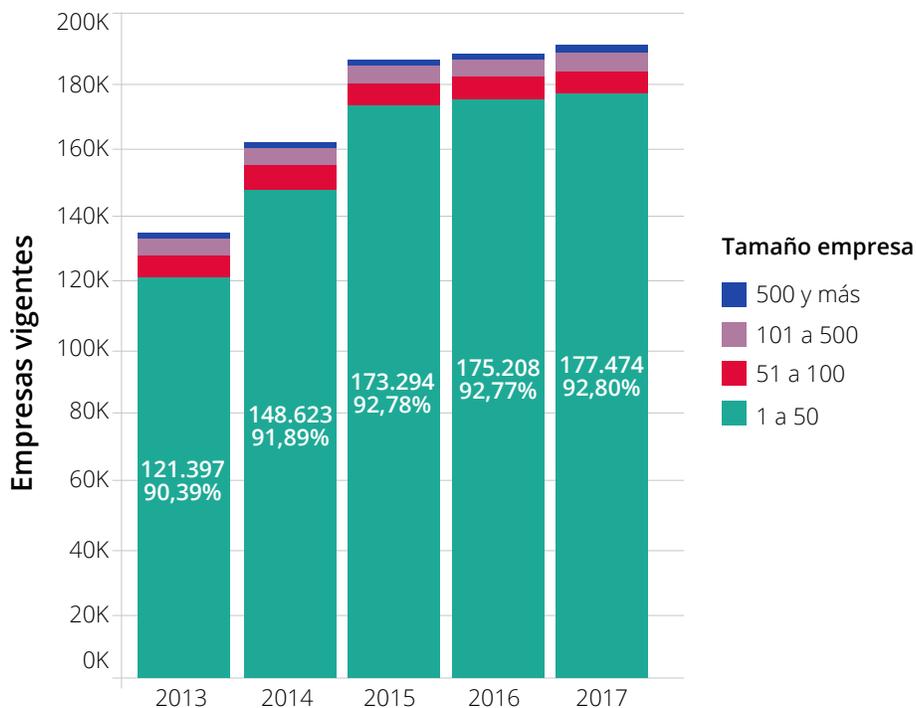


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

En términos de la composición de empresas por tamaño, en la Figura 29 se muestra que la gran mayoría de las empresas afiliadas corresponden a empresas

de tamaño '1 a 50' personas, siendo un 92,8% del total de las empresas al año 2017. Las empresas '51 a 100' personas corresponden a un 3,51%, las de '100 a 500' a un 2,95% y las de más de 500 personas, a un 0,73%.

**Figura 29:** Empresas vigentes por tamaño de empresa, años 2013-2017.

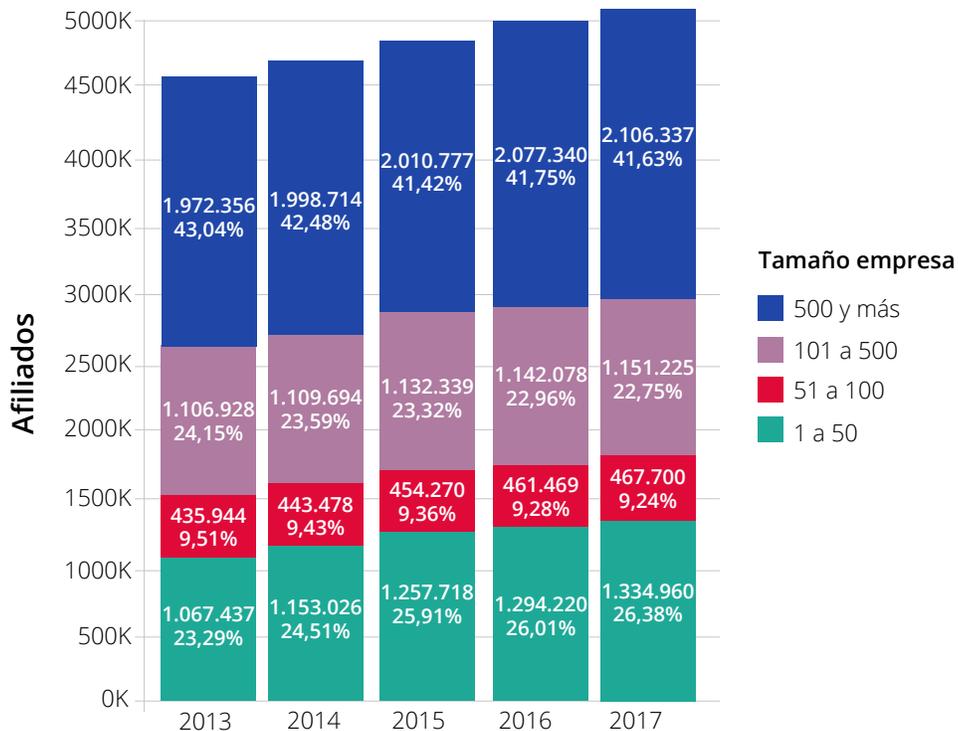


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

No obstante, tal como muestra la Figura 30, el mayor número de trabajadores afiliados trabaja en empresas de 500 personas o más. Resulta interesante

observar además que el único segmento de empresa que ha crecido de forma sostenida en los últimos 5 años, como proporción del total de trabajadores, es el tramo de empresas más pequeñas (1 a 50 personas).

**Figura 30:** Trabajadores afiliados por tamaño de empresa, años 2013-2017.

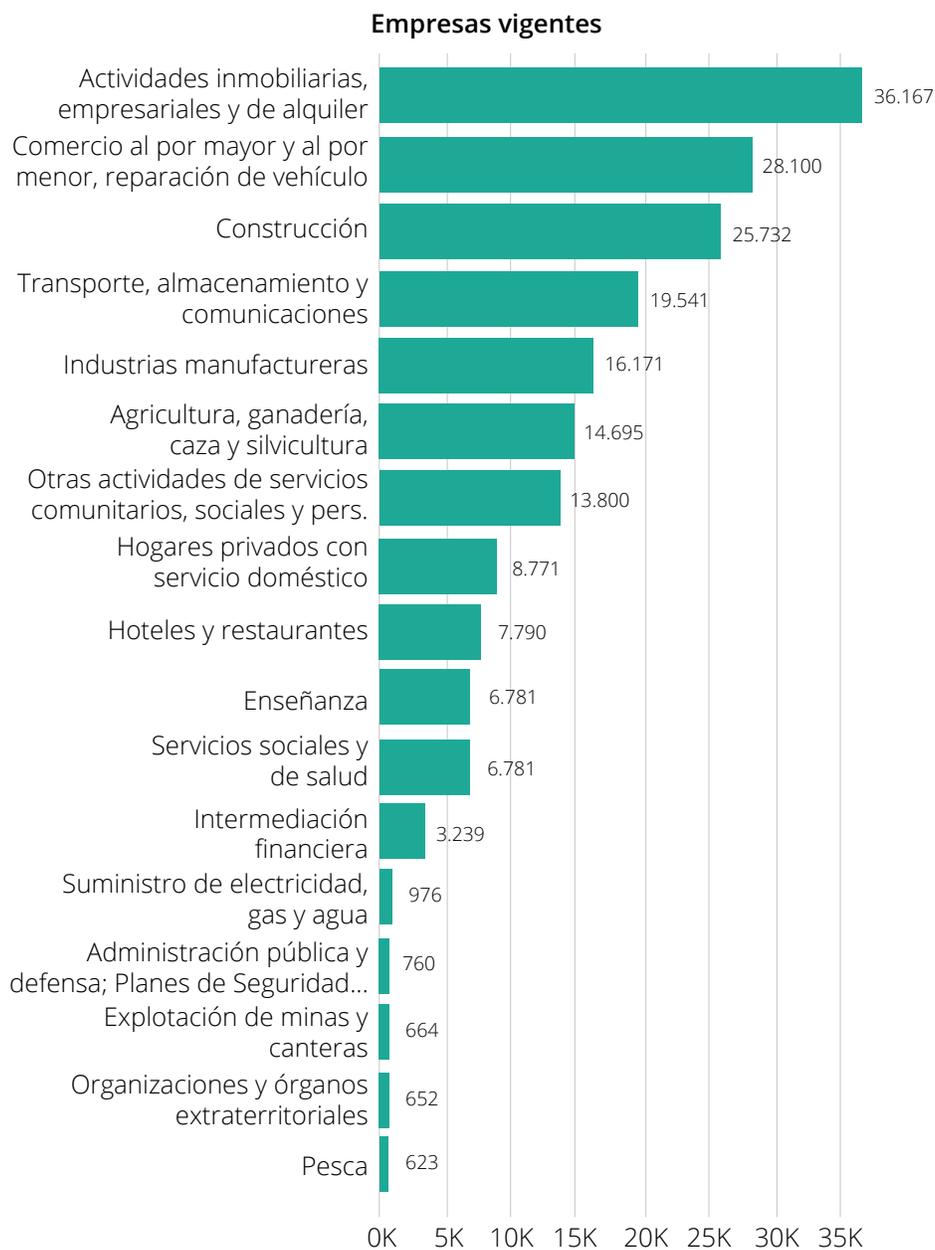


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

La composición de las empresas por sectores económicos para el año 2017 muestra que el sector con mayor cantidad de empresas es el de 'Actividades In-

mobiliarias, Empresariales y de Alquiler' con un total de 36.167 empresas. Luego sigue el sector 'Comercio' con 28.100 y 'Construcción' con 25.732. El detalle por sector económico se muestra en la Figura 31.

**Figura 31:** Empresas vigentes por sector económico, años 2013-2017.

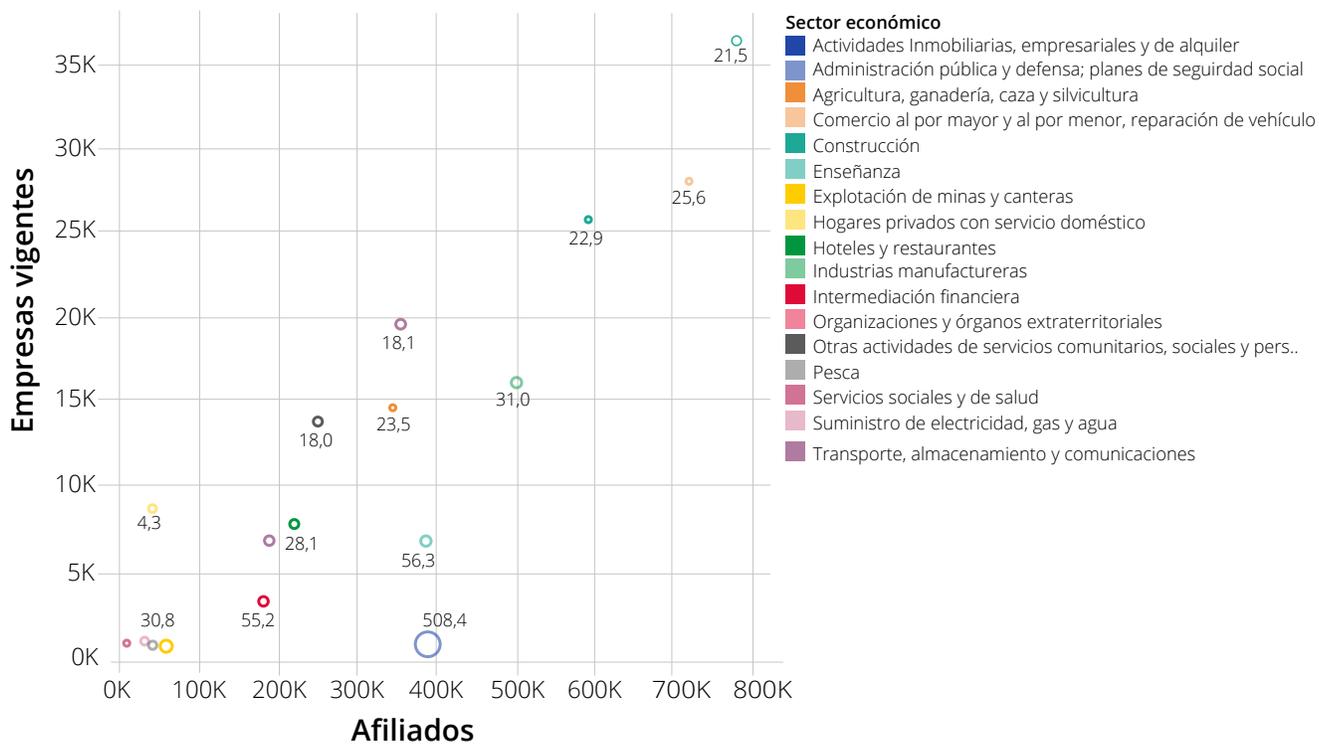


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

El sector económico que tiene más trabajadores por empresa en promedio es el de 'Administración Pública', con 508,4. Le sigue 'Explotación de Minas y Canteras' con 88,2 trabajadores. El detalle por sector económico

se muestra en la Figura 32. El gráfico muestra la cantidad de empresas vigentes, la cantidad total de trabajadores afiliados y la cantidad promedio de trabajadores afiliados por empresa (como tamaño del círculo).

Figura 32: Promedio de trabajadores por empresa por sector económico, año 2017.



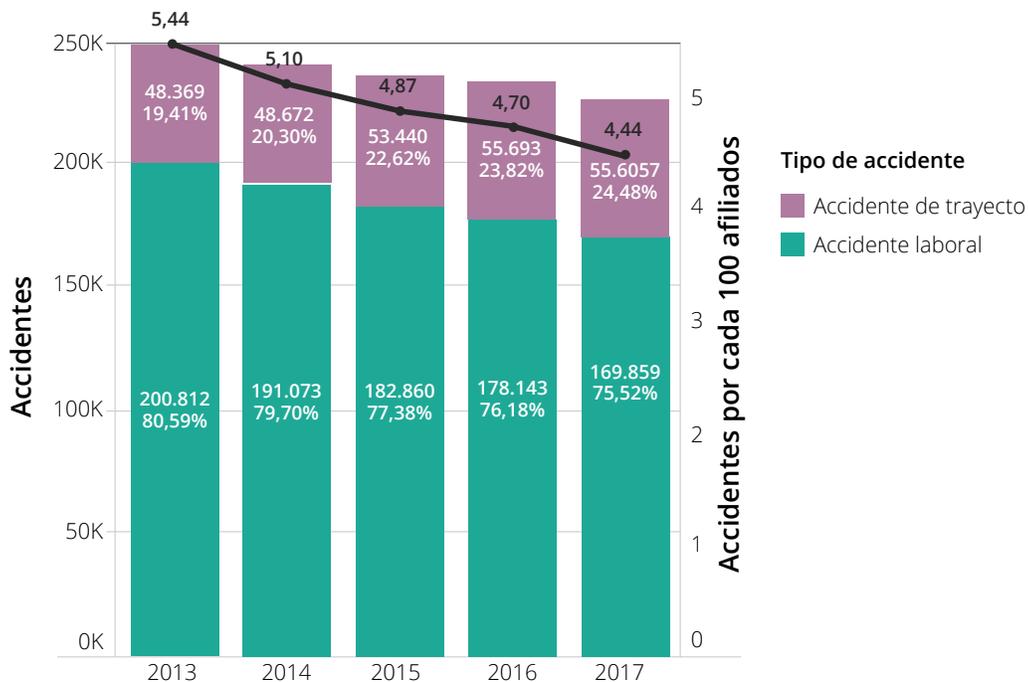
Fuente: elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

### 7.2.2 Accidentabilidad

El número de accidentes totales por año ha disminuido sistemáticamente desde el 2013, así como también

lo ha hecho la tasa de accidentabilidad, tal como se muestra en la Figura 33. Esta disminución está explicada principalmente por el número de accidentes laborales, ya que los accidentes de trayecto solo muestran una leve disminución el año 2017.

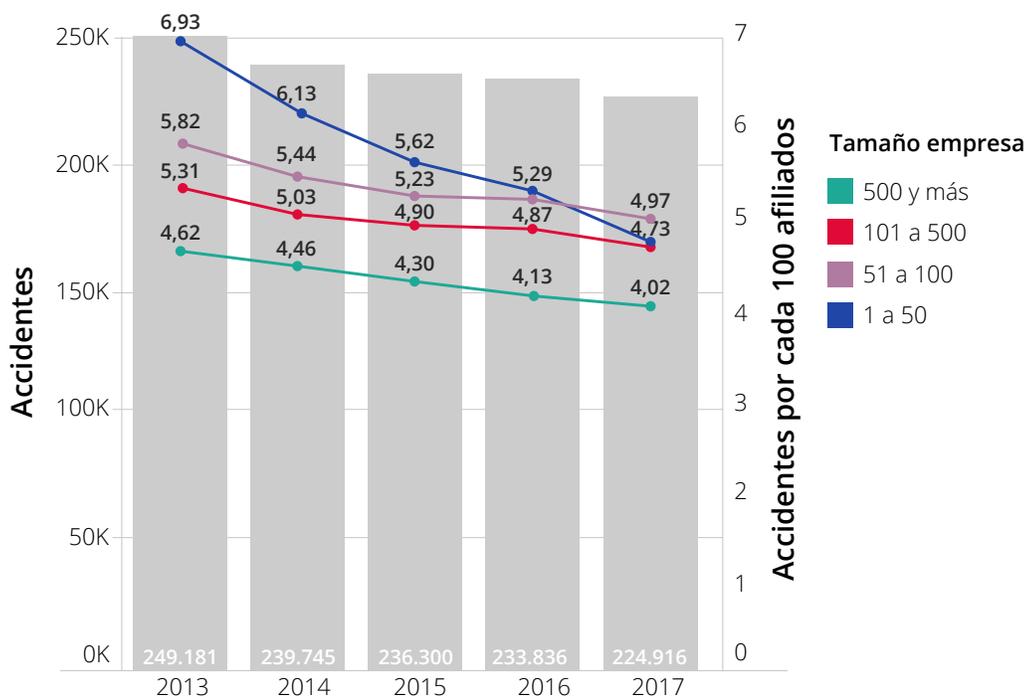
**Figura 33:** Número de accidentes por tipo y tasa de accidentes, años 2013-2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

Al analizar la tasa de accidentes según el tamaño de empresa, se observa que para todos los tamaños presentados existe una disminución sistemática de la tasa, principalmente en las empresas de menor tamaño, tal como se muestra en la Figura 34.

**Figura 34:** Número de accidentes y tasa de accidentes por tamaño de empresa, años 2013-2017.

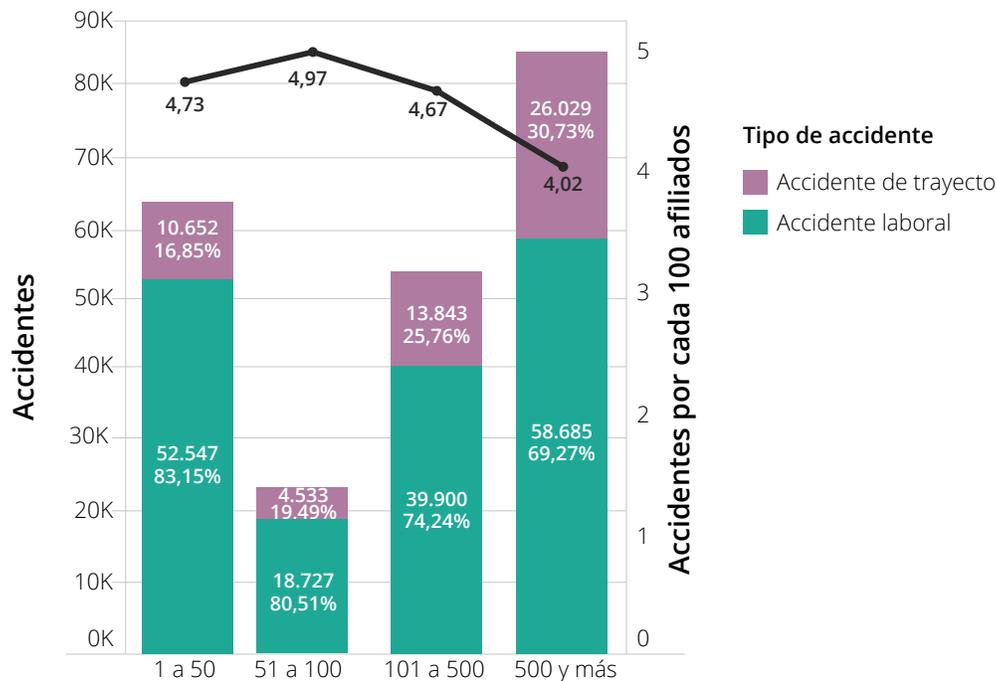


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

La composición del tipo de accidente según tamaño de empresa para el año 2017 muestra que proporcionalmente existen más accidentes de trayecto en aquellas empresas de mayor tamaño que en aquellas de menor tamaño, en donde existe mayor porcentaje de accidentes laborales (Figura 35). Esto podría explicarse porque las empresas de mayor tamaño podrían tener mejores

protocolos y medidas de seguridad en sus lugares de trabajo, algo que no es fácilmente traspasable a los traslados que realizan sus trabajadores en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurren en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores.

**Figura 35:** Número de accidentes por tipo y tamaño de empresa y tasa de accidentes, año 2017.

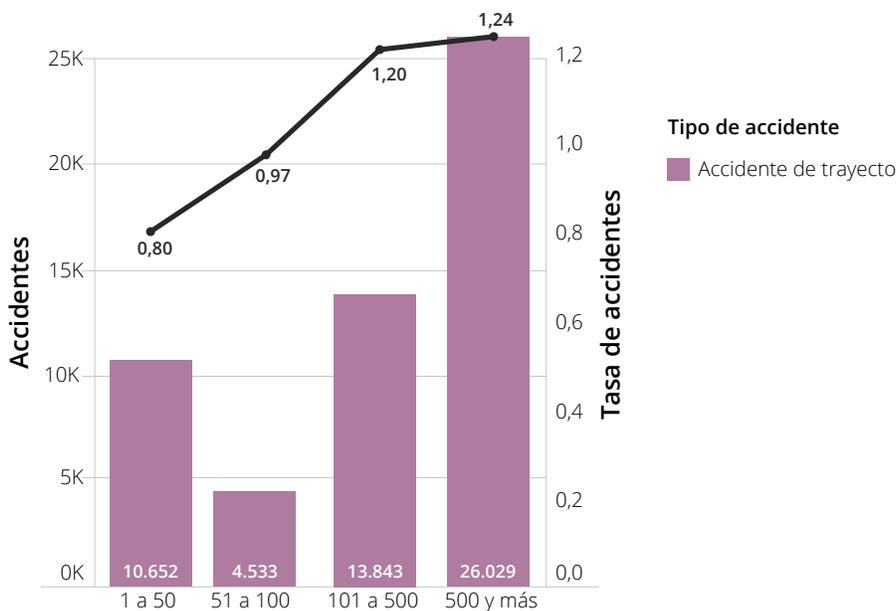


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

Sumado a lo anterior, la tasa de accidentes de trayecto crece a medida que aumenta el tamaño de la empresa, tal como se ve en la Figura 36. Esto podría verse explicado en parte porque los lugares de trabajo de empresas

grandes van a requerir mayores traslados en promedio por persona (centralizan en un lugar a mayor cantidad de gente), y que muchas se encuentran en faenas alejadas de las zonas urbanas donde los trabajadores viven.

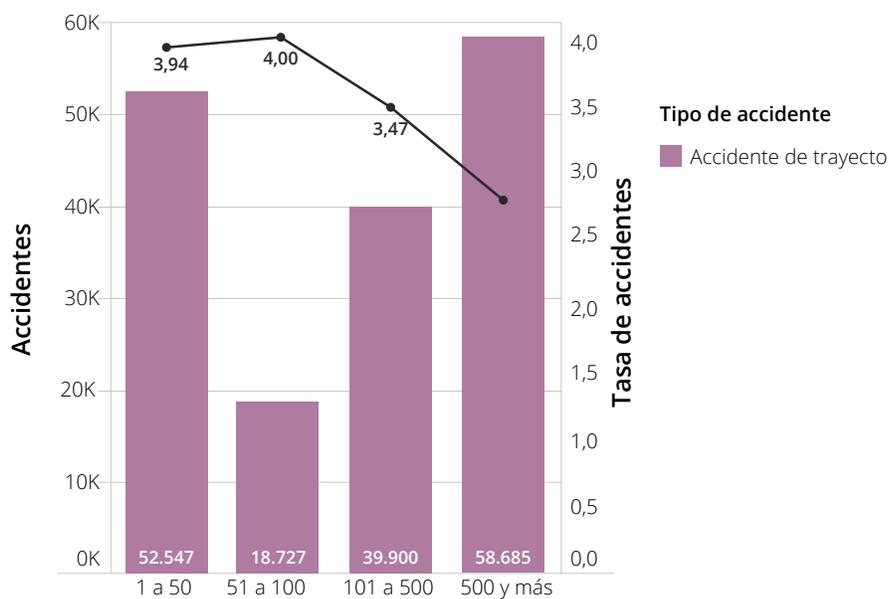
**Figura 36:** Número de accidentes por trayecto y tamaño de empresa y tasa de accidentes, año 2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

En el caso de la tasa de accidentes laborales la forma de la curva es inversa, tal como se muestra en la Figura 37.

**Figura 37:** Número de accidentes laborales y tamaño de empresa y tasa de accidentes, año 2017.

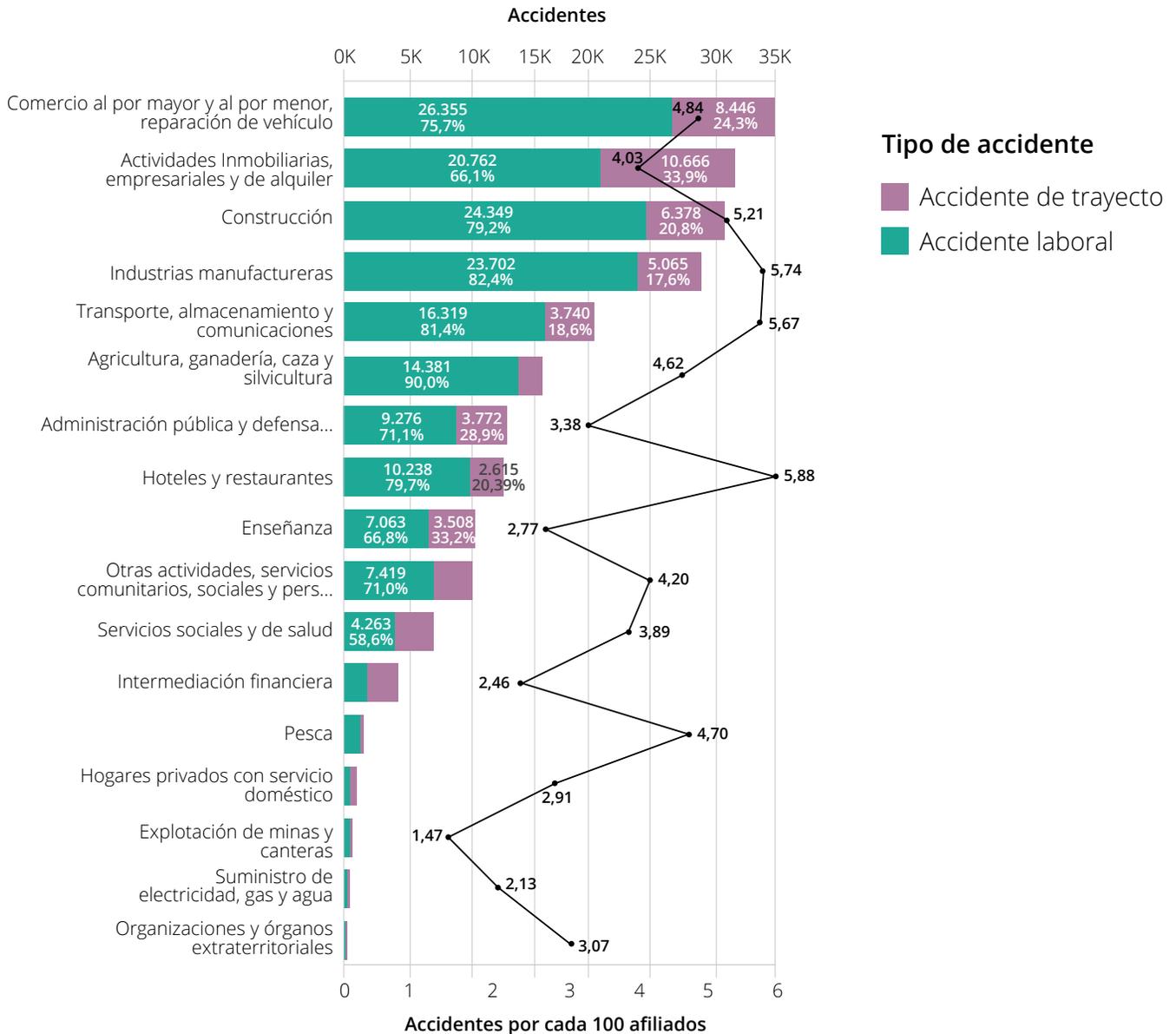


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

Al analizar el número total de accidentes y la tasa de accidentes por sector económico para el año 2017, se observa que el sector 'Comercio' es el que tiene mayor cantidad de accidentes, con 35.000. Sin embargo,

los sectores que tienen una mayor tasa de accidentabilidad son 'Hoteles y Restaurantes', 'Industrias Manufactureras' y 'Transporte'. El detalle por sector económico se muestra en la Figura 38.

**Figura 38:** Número de accidentes y tasa de accidentes por sector económico, año 2017.

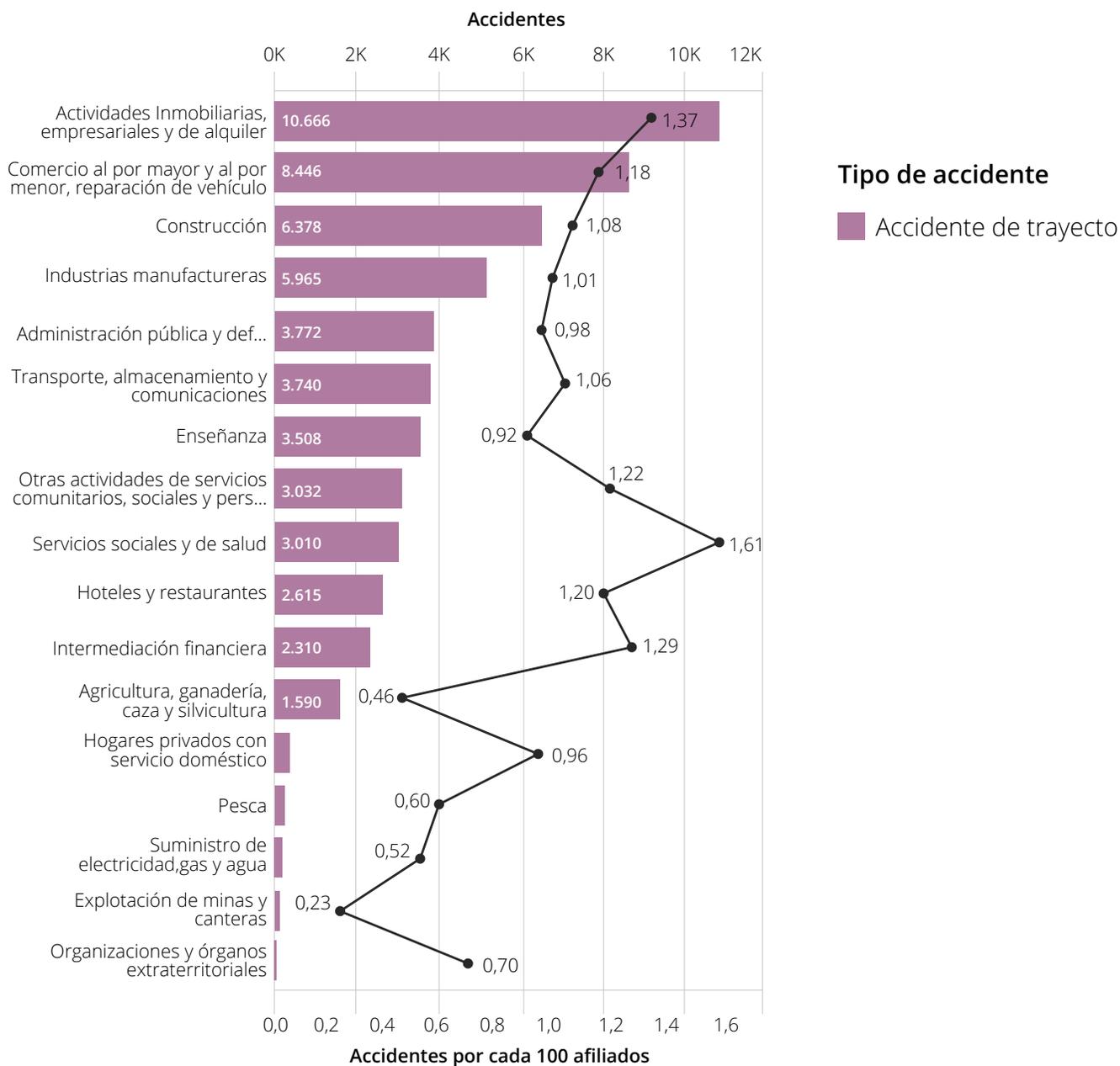


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

Al realizar el mismo análisis, pero considerando solamente los accidentes de trayecto, se observa que el sector de 'Actividades Inmobiliarias, Empresariales y de Alquiler' es el que tiene mayor número de acciden-

tes. Por su parte, el sector de 'Servicios Sociales y de Salud' es el que tiene la mayor tasa de accidentabilidad, mientras que 'Explotación de Minas y Canteras' es la que tiene la tasa más baja. El detalle por sector económico se muestra en la Figura 39.

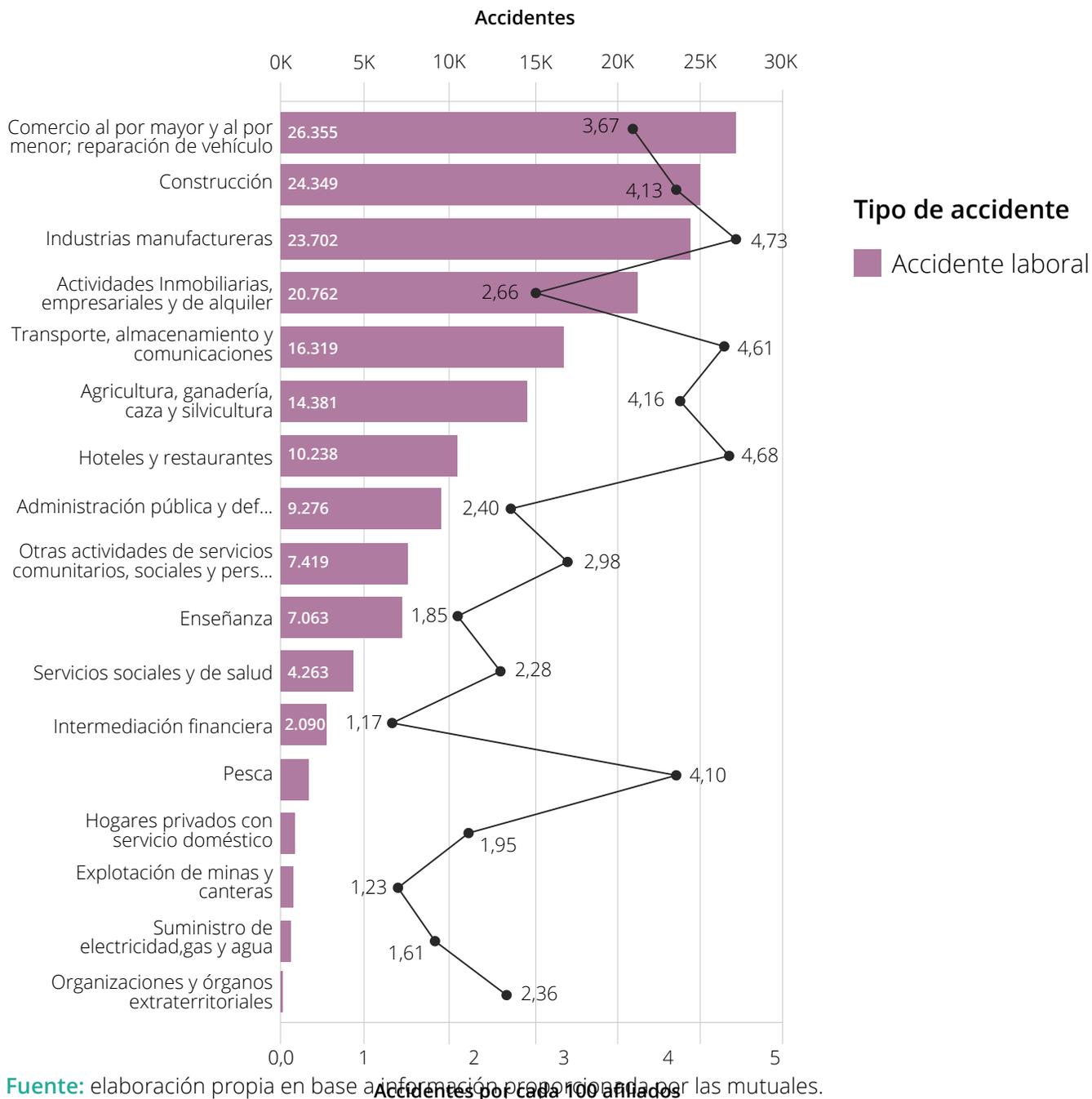
**Figura 39:** Número de accidentes de trayecto y tasa de accidentes por sector económico, año 2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

En el caso sólo de los accidentes laborales, el detalle por sector económico se muestra en la Figura 40.

**Figura 40:** Número de accidentes laborales y tasa de accidentes por sector económico, año 2017.



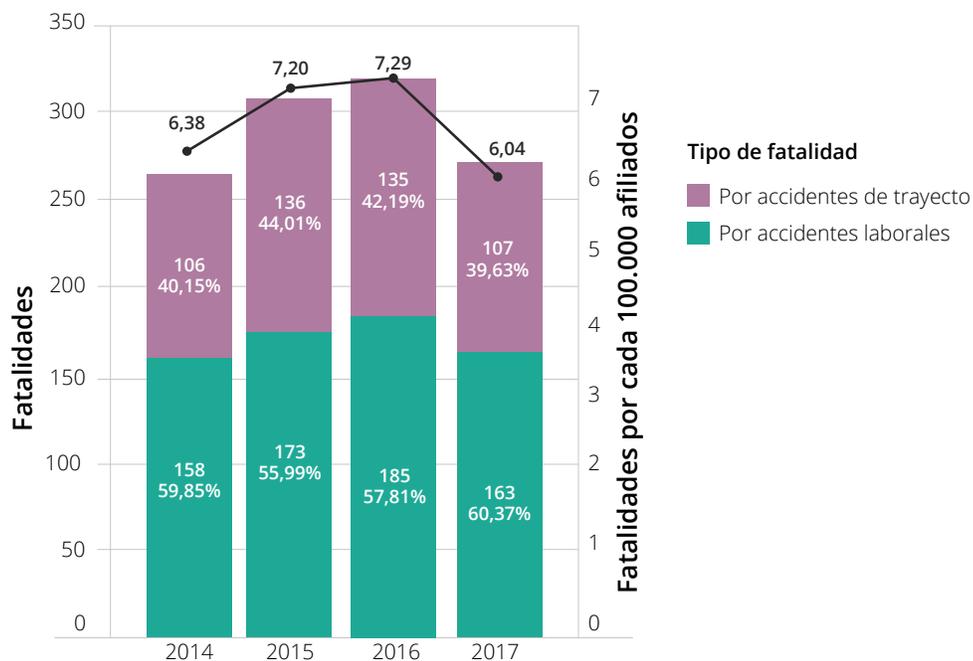
**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales.

### 7.2.3 Fatalidades

El número de fatalidades muestra una disminución de un 16% el año 2017 con respecto al año 2016, siendo la primera disminución que se observa desde el 2014.

La tasa de fatalidades también sigue la misma curva, tal como se muestra en la Figura 41. Las fatalidades por accidentes laborales representan alrededor del 60% del total de fatalidades, lo que se ha mantenido relativamente estable.

**Figura 41:** Número de fatalidades por tipo y tasa de fatalidad, años 2014-2017.

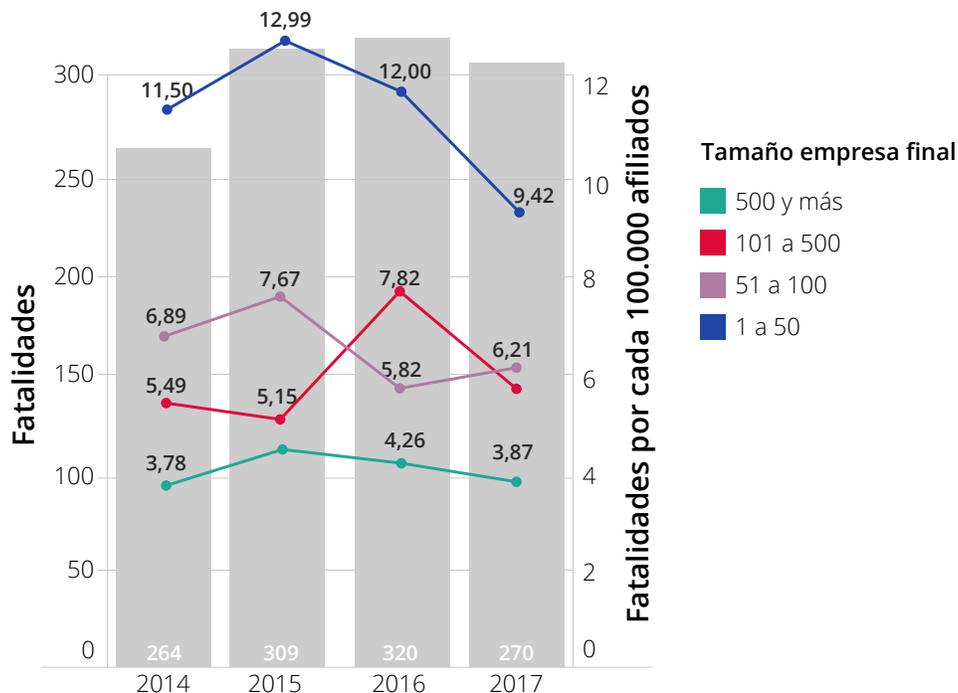


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

Al analizar la tasa de fatalidades por tamaño de empresa, se observa que, a mayor tamaño de empresa, menor tasa de fatalidad, si bien la disminución más

importante ocurre en empresas de 1 a 50 trabajadores, aunque aún sigue siendo bastante mayor al resto de los clústeres de empresas analizados. Este detalle se muestra en la Figura 42.

**Figura 42:** Número de fatalidades y tasa de fatalidad por tamaño de empresa, años 2014-2017.

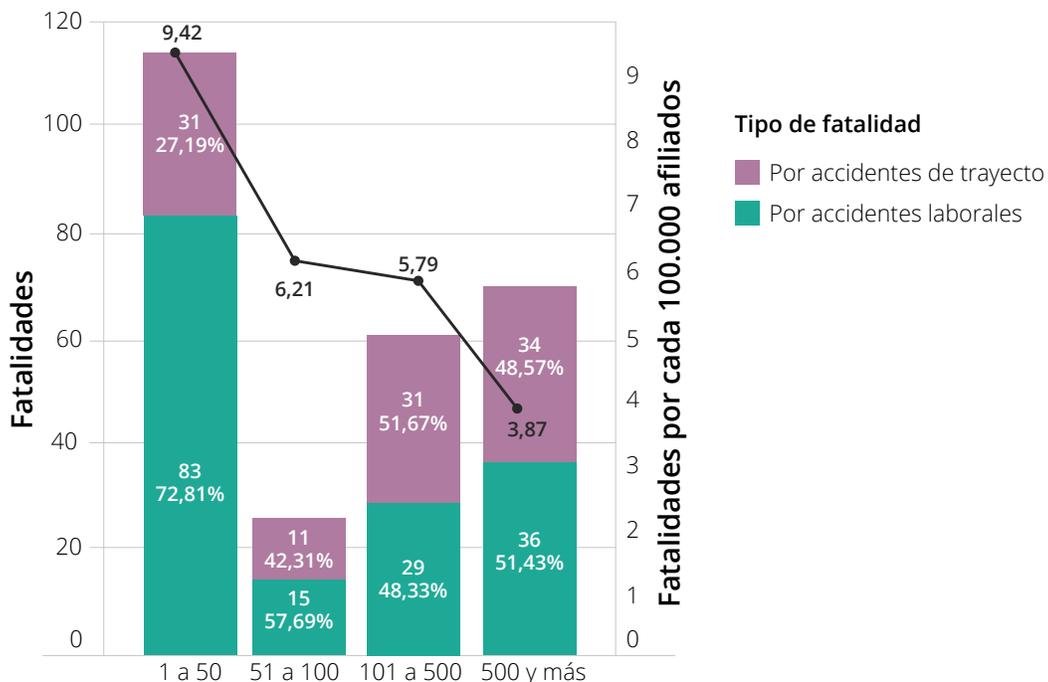


**Fuente:** Elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

Se observa que, a mayor tamaño de empresa, mayor es la proporción de fatalidades por accidentes de trayecto con respecto al total. De hecho, en el caso de las empresas de '101 a 500' trabajadores, el número de

fatalidades por accidentes de trayecto es mayor a las fatalidades por accidentes laborales para el año 2017. El detalle por tamaño de empresa se muestra en la Figura 43.

**Figura 43:** Número de fatalidades por tipo y tamaño de empresa y tasa de fatalidad, año 2017.

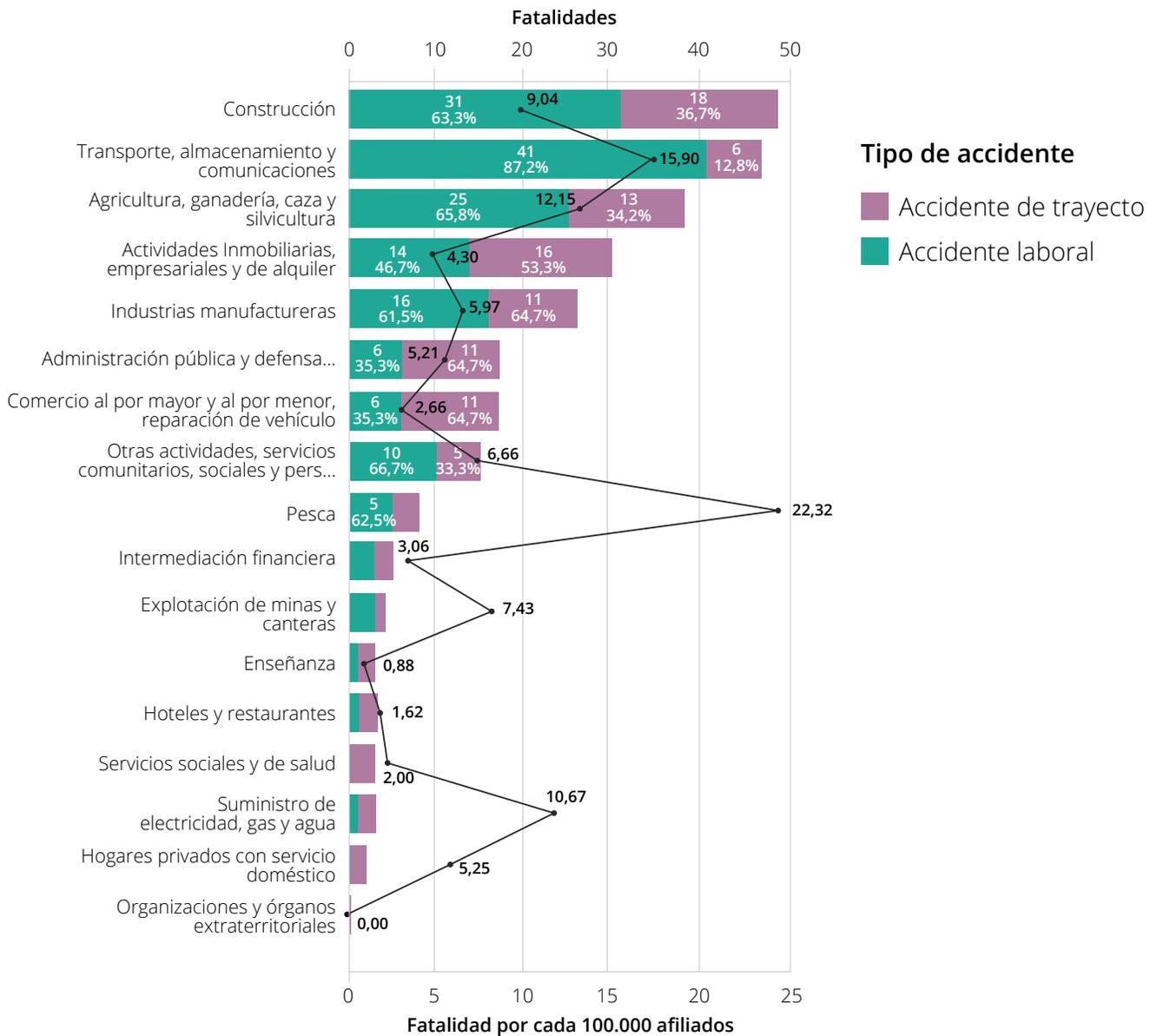


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

Al analizar el número total de fatalidades y la tasa de fatalidad por sector económico para el año 2017, se observa que el sector 'Construcción' es el que tiene

mayor cantidad de fatalidades, con 49. Sin embargo, los sectores que tienen una mayor tasa de fatalidad son 'Pesca', 'Transporte' y 'Agricultura'. El detalle por sector económico se muestra en la Figura 44.

**Figura 44:** Número de fatalidades y tasa de fatalidad por sector económico, año 2017.



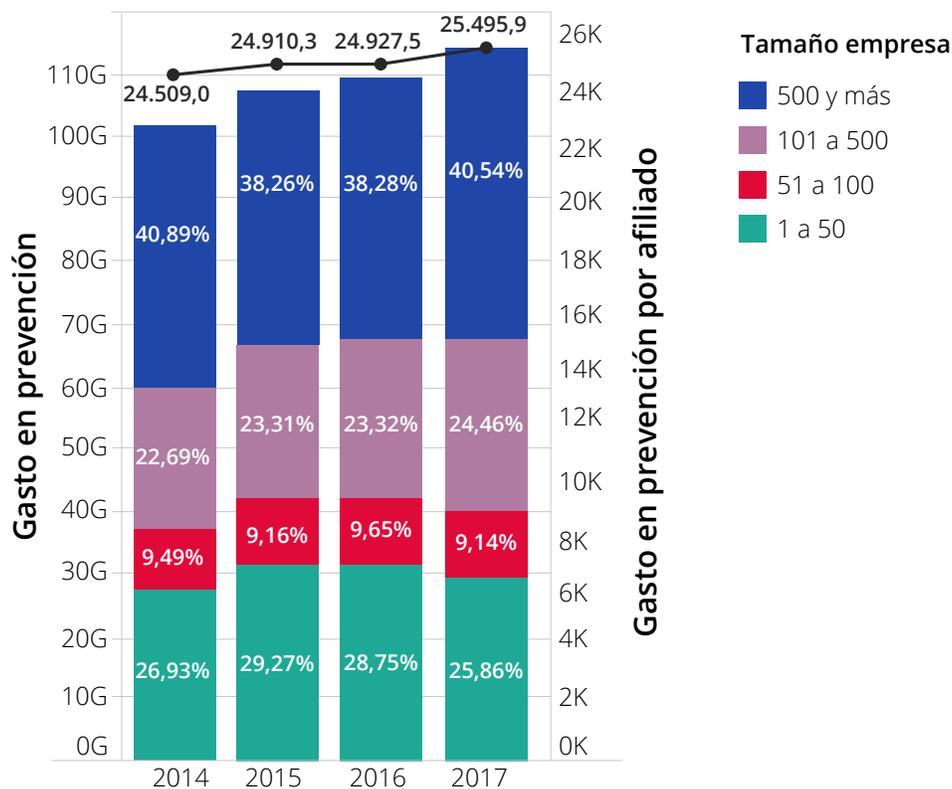
**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

### 7.2.4 Prevención

El gasto en prevención que realizan las mutuales en los distintos segmentos de empresa se muestra en la Figura 45. Alrededor del 40% del gasto se destina en

empresas de más de 500 trabajadores, mientras que el 26% en empresas de '1 a 50' trabajadores, no obstante, el gasto promedio en prevención por afiliado es similar en todos los segmentos de tamaño de empresa, y ronda los \$25.000.

**Figura 45:** Gasto en Prevención por tamaño de empresa, años 2014 - 2017.

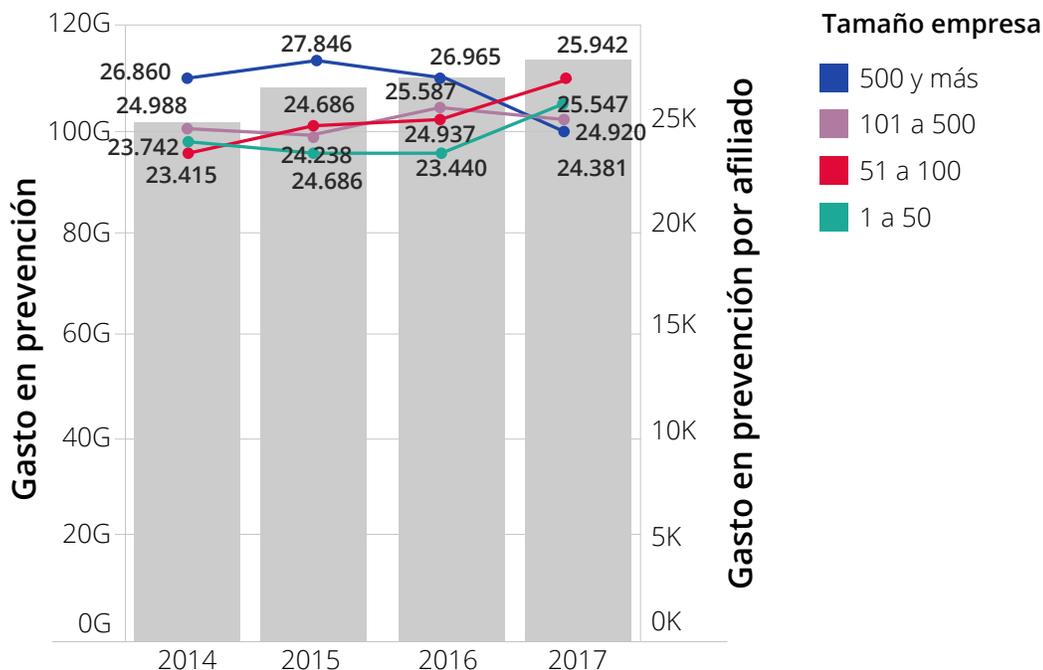


**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

Al realizar el análisis del gasto en prevención por afiliado, se observa que este gasto ha ido disminuyendo en las empresas de menor tamaño, pasando de ser la

que mayor gasto por afiliado tenía, a ser la de menor gasto por afiliado el año 2017, tal como se muestra en la Figura 46.

**Figura 46:** Gasto en prevención por afiliado por tamaño de empresa, años 2014 - 2017.



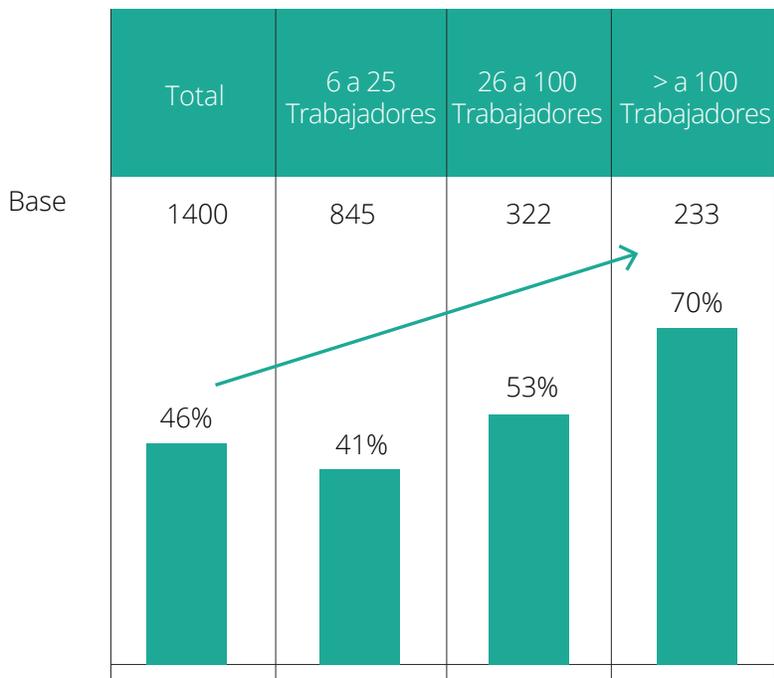
**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

La ley 16.744 hace distinciones en las obligaciones de prevención de las empresas según su tamaño. Por ejemplo, solo las industrias o faenas que tengan más de 25 trabajadores están obligadas a tener un comité paritario. Asimismo, solo en las empresas mineras, industriales o comerciales de más de 100 trabajadores es obligatoria la existencia de un departamento de

riesgos profesionales. Estas distinciones podrían explicar la diferencia de gasto en prevención ejecutado por mutuales en empresas más pequeñas.

Esto está relacionado con lo que detecta la encuesta CADEM, que indica que las empresas pequeñas darían menos prioridad a los esfuerzos de prevención de accidentes. Esto se muestra en la Figura 47.

**Figura 47:** Prioridad que otorgan las empresas a la prevención de acuerdo a su tamaño.



**Fuente:** Encuesta CADEM 2018, Informe satisfacción Mutualidades - Segmento Empresas.

### 7.2.5 Elusión en cotizaciones

La elusión previsional corresponde a la situación en la que legalmente el empleador cumple con contratar al trabajador y pagar cotizaciones previsionales, sin embargo, realiza un pago de cotizaciones por un salario menor que el recibido por el trabajador.

Un 5% del total de trabajadores cotiza por un monto menor a su salario (EPS 2015). Se estima una elusión de 0,5 pesos por cada 100 pesos recibidos, equivalente a 6,6 millones de dólares al año para todo el SSL.

Tal como muestra la siguiente tabla, casi el 50% de la elusión se concentra en tres sectores económicos: construcción, comercio y transporte. La elusión estimada fue calculada como la diferencia entre lo que debió haberse pagado en cada sector, considerado la tasa promedio de cotización de ese sector, por lo que se recibe considerando el porcentaje de elusión reportado por la Encuesta de Protección Social en cada uno de los sectores.

**Tabla 14:** Estimación de la elusión por sector económico.

	Remuneración	Afiliados	Afiliados	Elusión estimada	
	(SUSESO 2017)	(SUSESO 2017)	con elusión (EPS 2009)	Elusión estimada	
	[\$]	[N]	[%]	[\$/año]	[%]
Construcción	653.469	606.909	9,0%	1.066.249.561	25%
Comercio, reparación de vehículos y otros	665.541	810.738	5,9%	574.103.351	13%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	710.052	380.724	6,1%	438.552.892	10%
Industrias Manufactureras	785.737	517.261	4,0%	413.862.358	10%
Actividades Inmobiliarias, empresariales y de alquiler	687.593	808.844	4,0%	378.005.925	9%
Administración pública y defensa; planes de seguridad social	876.750	449.622	4,4%	270.536.594	6%
Enseñanza	835.374	409.904	4,4%	233.033.936	5%
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	425.338	402.012	4,3%	185.959.659	4%
Servicios sociales y de salud	856.360	254.910	4,4%	151.780.074	4%
Intermediación financiera	1.212.877	188.444	4,4%	131.712.554	3%
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	646.236	284.483	3,9%	126.335.190	3%
Hoteles y restaurantes	446.713	249.318	3,9%	77.433.762	2%
Hogares privados con servicio doméstico	292.908	203.299	10,0%	101.433.102	2%
Explotación de minas y canteras	1.501.284	78.564	4,0%	95.924.070	2%
Pesca	725.103	37.923	4,3%	30.053.555	1%
Suministro de electricidad, gas y agua	1.176.396	32.910	3,8%	25.876.834	1%
Organizaciones y órganos extraterritoriales	992.660	919	3,9%	775.165	0%
			<b>Total</b>	<b>4.301.628.582</b>	<b>100%</b>

\* Algunos sectores están homologados entre ellos, puesto que en la EPS la clasificación de sectores no sigue la nomenclatura CIU.

\* La distribución entre sectores corresponde a la EPS 2009, puesto que en la EPS 2015, el sector no se encuentra tabulado.

**Fuente:** elaboración propias en base a datos de EPS 2015 y EPS 2009.

La elusión impacta directamente el margen del sistema de SSL porque se realiza el 100% del gasto, pero se recibe el 99,5% del ingreso. En un sistema de 5% de margen, la elusión representa una disminución del 10% de ese margen.

## 8. ROL DE LAS MUTUALIDADES EN LA SSL

Si bien son las empresas las primeras responsables de la seguridad y salud laboral de sus trabajadores las mutualidades tienen por finalidad apoyar la labor de prevención y entregar prestaciones médicas y económicas asociadas a accidentes y enfermedades profesionales. En ese contexto resulta relevante evaluar de que forma las mutualidades realizan esas tareas.

En esta sección se pretende evaluar los siguientes aspectos:

- Eficacia de las mutualidades: ¿Las acciones ejercidas por las mutuales tienen algún impacto en los accidentes y fatalidades laborales observadas?
- Eficiencia de las mutualidades: ¿Las mutuales son eficientes para realizar los servicios de prevención, prestaciones médicas y prestaciones económicas que exige la ley?
- Calidad de las mutualidades: ¿Los servicios que ofrecen las mutualidades son de calidad?
- Competitividad y transparencia de las mutualidades: ¿La actividad de las mutualidades es competitiva y transparente?

### 8.1 Eficacia de las mutualidades

#### 8.1.1 Metodología

Se desarrolló un modelo econométrico para analizar el impacto que tienen las medidas de prevención realizadas por las mutualidades sobre las fatalidades y los accidentes.

El objetivo de este modelo es intentar explicar el número de fatalidades y accidentes, tanto de trabajo como de trayecto, a partir de las siguientes variables explicativas:

- Visitas: número de visitas por tipo de visita:
  - Análisis situación de empresa.
  - Evaluación de riesgo.
  - Acuerdo de colaboración.
  - Plan de acción.
  - Ejecución de actividades.
  - Verificación y control.

- Capacitaciones: esfuerzos de capacitación realizadas, considerando:
  - Cursos de capacitación presencial: número de cursos de capacitación presencial realizados en el año.
  - Cursos de capacitación virtual: número de cursos de capacitación virtual realizados en el año.
  - Empresas capacitadas: número de empresas que tuvieron al menos una actividad de capacitación en el año.
  - Horas de capacitación presencial: número de horas de capacitación presencial impartidas en el año.
  - Trabajadores capacitados presencial: número de trabajadores que tuvieron al menos una actividad de capacitación presencial en el año.
  - Trabajadores capacitados virtual: número de trabajadores que tuvieron al menos una actividad de capacitación virtual en el año.

La data utilizada se encuentra agregada, a nivel de mutualidad-sector económico-tamaño empresa, como fue solicitado a las mutualidades para los análisis en general. Al no tratarse de micro data, la unidad de análisis son estos grupos. De modo que cada grupo tiene un pool (cuenta) de acciones realizadas, y un pool (cuenta) de accidentes. Por tanto, se modela utilizando un modelo de regresión de panel binomial negativo, que toma en cuenta la sobre-dispersión de los datos (varianza supera el promedio, y por tanto no corresponde utilizar *Poisson*).

Debido a las pocas variables que se pueden utilizar de control en modelos de regresión (por escasos de datos y variables atinentes), se optó por buscar consistencia en los resultados utilizando distintas formas de análisis.

Todos los modelos fueron testeados en el tiempo  $t$  y  $t-1$ . Si bien en el caso de evaluar el impacto de una acción el mismo año puede ser generado por una reacción estratégica de parte de las mutualidades (en primera instancia), este problema se mitiga al utilizarse un modelo de regresión con variable instrumental.

1. Primero se estudia en modelo panel, con efecto aleatorio, para ver si en términos globales hay un impacto de interés sobre la variable a explicar.
2. Luego se aplica un modelo similar al anterior, pero con efecto fijo, que controla por los distintos grupos (mutualidad-sector industrial-tamaño). De esta forma se puede apreciar el impacto intra-grupo de la variable.
3. Si la variable de interés resulta significativa, y el modelo global resulta significativo, se procede a crear una variable instrumental de la variable de interés, para mitigar la posible endogeneidad (y doble causalidad) que pueda estar sesgando los resultados del modelo. Luego, se utiliza dicha variable instrumental (reemplazando la variable explicativa original de interés) en un nuevo modelo de regresión.

Para calcular la desviación estándar de las variables, significancia global de los modelos y para determinar significancia de las variables (particularmente importante en regresión con variable instrumental), se utili-

zan las técnicas de *jackknife* y *bootstrap* (dependiendo de la factibilidad de aplicar cada una a cada tipo de modelo). Estas técnicas asintóticas crean replicaciones (eliminando o sustituyendo observaciones y re-muestreando) para estimar mejor las varianzas.

En función de lo anterior, se considerará que un resultado es estadísticamente significativo, si todos y cada uno de los modelos (3) resultan significativos en el modelo global y la variable de interés resulta significativa, así para cada variable de interés (mencionadas anteriormente).

### 8.1.2 Resultados

En términos generales se observó significancia de las visitas realizadas sobre los accidentes fatales tanto del trabajo (específicamente las visitas de plan de acción) como de trayecto (específicamente, las visitas de verificación y control), y sobre los esfuerzos de capacitación (específicamente, las horas de capacitación) sobre los accidentes no fatales de trabajo, tal como se resume en la Tabla 15.

**Tabla 15:** Significancia del impacto de visitas y capacitaciones sobre los accidentes fatales y no fatales de acuerdo al modelo econométrico.

<b>Siniestro</b>	<b>Tipo</b>	<b>Visitas</b>	<b>Capacitaciones</b>
<b>Fatales</b>	<b>Trabajo</b>	<b>Significativo</b> (Visitas de plan de acción)	No significativo
	<b>Trayecto</b>	<b>Significativo</b> (Visitas de verificación y control)	No significativo
<b>Accidentes no fatales</b>	<b>Trabajo</b>	No significativo	<b>Significativo</b> (Horas de capacitación)
	<b>Trayecto</b>	No significativo	No significativo

**Fuente:** elaboración propia.

A continuación se muestran los resultados de los modelos, principalmente de aquellos que resultaron significativos.

### 8.1.2.1 Fatalidades

La Tabla 16 muestra los resultados del modelo econométrico que intenta explicar las fatalidades por accidentes del trabajo observadas, con respecto a las visitas realizadas.

**Tabla 16:** Resultados modelo econométrico de accidentes fatales en el trabajo (no incluye trayecto) y visitas.

<b>Fatales laborales y visitas</b>			<b>Mutual - Sector - Tamaño</b>			
Nivel de agrupación de datos						
Tipo de modelo			<b>FE</b>	<b>RE</b>	<b>Mundlak</b>	<b>CF (IV)</b>
<b>Var a explicar</b>	<b>tiempo</b>	<b>Var explicativa</b>	<b>(1) P &gt; z</b>	<b>(2) P &gt; z</b>	<b>(test)</b>	<b>(test)</b>
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Visitas totales	Sin impacto	7.7%	OK	NS (MG)/SI
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Análisis situación de empresa	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Evaluación de riesgo	Sin impacto	Sin impacto	OK	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Acuerdo de colaboración	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Plan de acción	0.6%	0.7%	OK	NS (MG)/SI
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Ejecución de actividades	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Verificación y control	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A

**Fuente:** elaboración propia.

De acuerdo a los resultados del modelo es posible afirmar que existe evidencia<sup>80</sup> que las visitas de Plan de Acción tienen un impacto significativo sobre las fatalidades por accidentes del trabajo.

Por su parte, en el caso de las fatalidades por accidentes de trayecto, en la Tabla 17 se muestran los resultados del modelo econométrico de los accidentes fatales de trayecto.

80 Evidencia débil.

**Tabla 17:** Resultados modelo econométrico de accidentes fatales de trayecto (no incluye trabajo) y visitas.

<b>Fatales de trayecto y visitas</b>			<b>Mutual - Sector - Tamaño</b>			
Nivel de agrupación de datos						
Tipo de modelo			<b>FE</b>	<b>RE</b>	<b>Mundlak</b>	<b>CF (IV)</b>
<b>Var a explicar</b>	<b>tiempo</b>	<b>Var explicativa</b>	<b>(1) P &gt; z</b>	<b>(2) P &gt; z</b>	<b>(test)</b>	<b>(test)</b>
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Visitas totales	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Análisis situación de empresa	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Evaluación de riesgo	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Acuerdo de colaboración	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Plan de acción	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Ejecución de actividades	Sin impacto	1.1%	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	(t-1) Visitas: Verificación y control	0.6%	2.2%	OK	Noserechaza

**Fuente:** elaboración propia.

De acuerdo a estos resultados, no es posible rechazar que las visitas de 'verificación y control' tengan impacto sobre fatalidades de trayecto.

Por su parte, no se encontró una relación significativa entre los esfuerzos de capacitación y los accidentes fatales, tal como se muestra en la Tabla 18, considerando una medición en 't-1' y 't' (bajo la hipótesis que los cursos tienen un impacto solo en un período de tiempo limitado).

**Tabla 18:** Resultados modelo econométrico de accidentes fatales y capacitaciones.

<b>Fatales y cursos de capacitación</b>			<b>Mutual - Sector - Tamaño</b>			
Nivel de agrupación de datos			<b>FE</b>	<b>RE</b>	<b>Mundlak</b>	<b>CF (IV)</b>
Tipo de modelo			<b>(1) P &gt; z</b>	<b>(2) P &gt; z</b>	<b>(test)</b>	<b>(test)</b>
<b>Var a explicar</b>	<b>tiempo</b>	<b>Var explicativa</b>				
Fatales laborales	(t-1)	Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	Empresas capacitadas	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t-1)	Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Cursos de capacitación presencial (trayecto)	Sin datos	Sin datos	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Empresas capacitadas	0.0%	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Empresas capacitadas (trayecto)	Sin datos	Sin datos	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t-1)	Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Empresas capacitadas	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales laborales	(t)	Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Cursos de capacitación presencial	0.0%	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Cursos de capacitación presencial (trayecto)	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Empresas capacitadas	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Empresas capacitadas (trayecto)	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Fatales de trayecto	(t)	Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A

**Fuente:** elaboración propia.

### 8.1.2.2 Accidentes

La Tabla 19 muestra los resultados del modelo econométrico que intenta explicar los accidentes laborales (no fatales) con los esfuerzos de capacitación realizados.

**Tabla 19:** Resultados modelo econométrico de accidentes laborales (no incluye trayecto) y esfuerzos de capacitación.

<b>Accidentes y capacitaciones</b>						
Nivel de agrupación de datos			<b>Mutual - Sector - Tamaño</b>			
Tipo de modelo			<b>FE</b>	<b>RE</b>	<b>Mundlak CF (IV)</b>	
<b>Var a explicar</b>	<b>tiempo</b>	<b>Var explicativa</b>	<b>(1) P &gt; z</b>	<b>(2) P &gt; z</b>	<b>(test)</b>	<b>(test)</b>
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Empresas capacitadas	1.2%	4.9%	OK	NS (MG)/SI
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t-1)	(t-1) Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin datos	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Empresas capacitadas	3.1%	3.6%	OK	NS (MG)/SI
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Horas de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin datos	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t-1)	(t-1) Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t)	(t) Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t)	(t) Cursos de capacitación virtual	0.3%	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t)	(t) Empresas capacitadas	9.4%	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t)	(t) Horas de capacitación presencial	1.1%	1.2%	OK	No se rechaza
Accidentes laborales	(t)	(t) Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes laborales	(t)	(t) Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Cursos de capacitación presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Cursos de capacitación virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Empresas capacitadas	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Horas de capacitación presencial	7.8%	8.3%	OK	NS (MG)/SI
Accidentes trayecto	(t)	(t) Horas de capacitación presencial (conducción)	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Trabajadores capacitados presencial	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A
Accidentes trayecto	(t)	(t) Trabajadores capacitados virtual	Sin impacto	Sin impacto	N/A	N/A

**Fuente:** elaboración propia.

A la luz de los resultados, no se puede rechazar la hipótesis de que las horas de capacitación previenen accidentes laborales. Es importante mencionar que este efecto solo se presenta durante el mismo año en que se capacita. Adicionalmente, es un resultado robusto a endogeneidad: 'IV regression' también muestra un impacto estadísticamente significativo.

El resto de las variables relacionadas de capacitación, no resultan estadísticamente significativas.

En el caso de los accidentes y las visitas, ninguno de los dos modelos (accidentes de trayecto y accidentes laborales) muestran resultados estadísticamente significativos.

## 8.2 Eficiencia de las mutualidades

### 8.2.1 Metodología

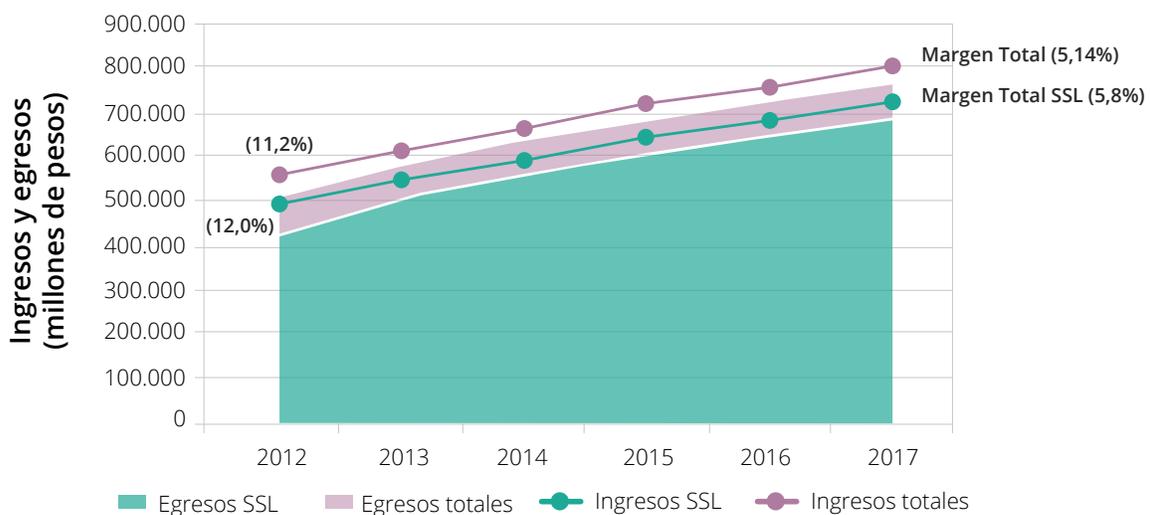
Se analizó el margen neto de operación de las mutualidades para observar la evolución de su nivel de holgura en el tiempo.

Adicionalmente se analizaron todos los factores que impactan sobre los costos del sistema de SSL, identificando aquellos en los cuales las mutualidades pueden ejercer una gestión relevante, y evaluando esa gestión con la información disponible.

### 8.2.2 Resultados

La Figura 48 muestra los ingresos y egresos del conjunto de las mutuales considerando lo exclusivamente atinente a la SSL y las actividades relacionadas que realizan. De acuerdo a esta información, es posible observar que los márgenes totales se han reducido desde un 11,2% a un 5,14% entre 2012 y 2017.

**Figura 48:** Ingresos y egresos de las mutuales privadas sin fines de lucro.

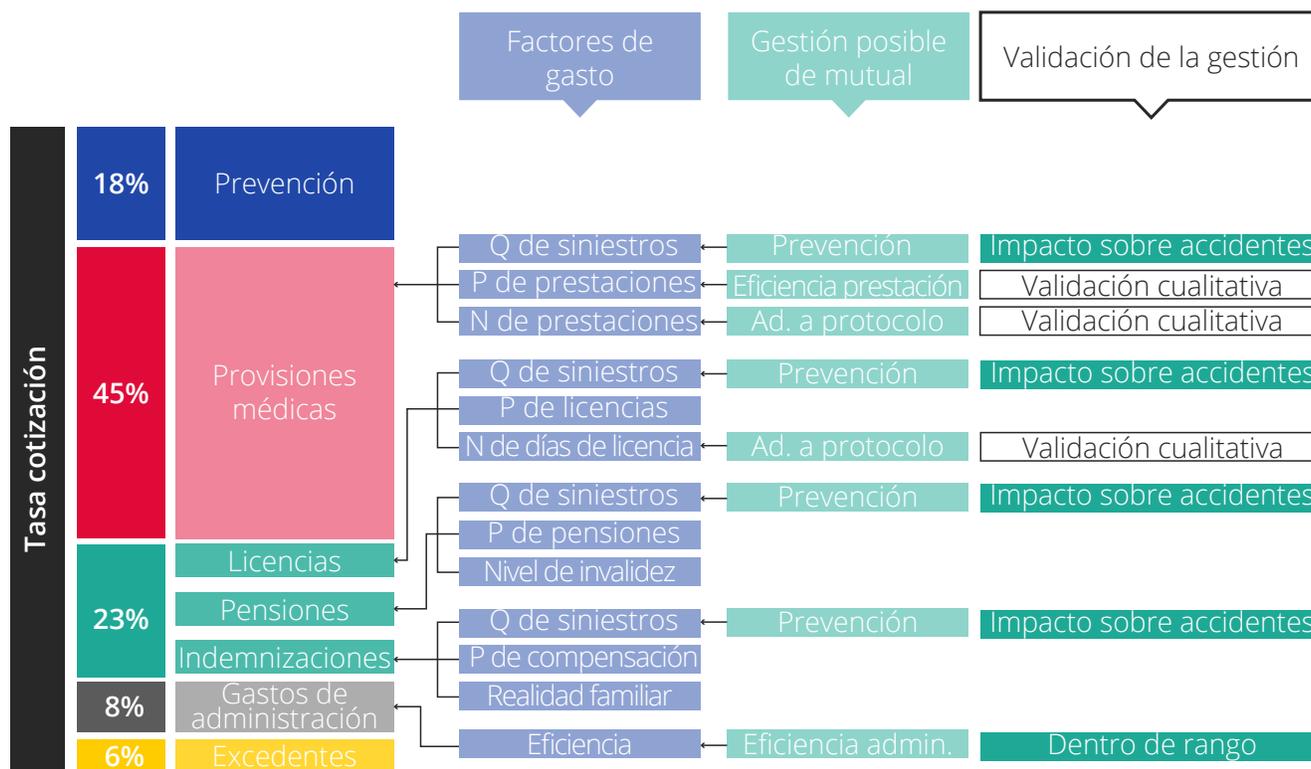


**Fuente:** Estados Financieros de cada mutualidad.

La siguiente figura muestra la proporción aproximada del uso de los recursos captados por las mutuales en sus principales tareas (prevención, provisiones médicas y provisiones económicas), en gastos de adminis-

tración y excedentes, y los factores que explican ese gasto. En la figura se muestran además los factores que son gestionables de alguna forma por la mutualidad, y cómo este equipo consultor puede validar si esa gestión se realiza o no de forma eficiente.

Figura 49: Esquema para análisis de eficiencia de servicios de SSL.



Fuente: elaboración propia.

Si bien es posible constatar que los servicios de prevención son eficaces en reducir los accidentes y fatalidades laborales, no es posible evaluar si son eficientes. Este ítem de gasto está normado por ley.

El gasto en provisiones médicas está relacionado con la cantidad de siniestros (Q), el precio de las prestaciones brindadas (P), y la cantidad de prestaciones que son realizadas por cada siniestro (N). Los tres factores son gestionables por las mutuales.

El gasto en subvenciones económicas (licencias) está relacionado con la cantidad de siniestros (Q), la cantidad de días de licencia por siniestro (N) y el precio de las licencias (P). Sólo los dos primeros factores son gestionables por las mutuales.

El gasto en pensiones está relacionado con la cantidad de siniestros (Q), el nivel de invalidez (N) y el precio de la pensión (P). Sólo el primer factor es gestionable por las mutuales.

El gasto en indemnizaciones está relacionado con la cantidad de siniestros (Q), composición familiar del afectado (número de cargas) y el precio de la compensación (P). Sólo el primer factor es gestionable por las mutuales.

Para analizar el aporte que realizan las mutuales a la eficiencia del sistema de SSL, es posible analizar su aporte en cada uno de los ítems de gastos que está a su alcance gestionar:

- *Cantidad de siniestros (Q):* las mutuales contribuyen a reducir en alguna medida la cantidad de siniestros mediante las actividades de prevención que realizan, tal como fue analizado en la Sección 8.2.
- *Precio de las prestaciones (P):* las mutuales podrían gestionar este factor velando por la eficiencia de las prestaciones médicas entregadas. No obstante, no existe evidencia de que las mutuales sean más o menos eficientes en las prestaciones médicas que otros proveedores públicos o privados<sup>81</sup>. Sin embargo, dado que los servicios de presta-

81 Este equipo consultor intentó analizar precios y costos de prestaciones, pero no fue posible obtener información concluyente y estandarizada para realizar una comparación válida.

ciones médicas y económicas están integrados, sí es posible argumentar que las mutuales tienen incentivos para:

- Reducir costos considerando que ellas mismas deben solventar los gastos.
- No aumentar artificialmente los precios, considerando que su ingreso no se ve afectado por los costos que debe solventar.
- *Número de prestaciones por siniestro y días de licencia por siniestro (N)*: las mutuales podrían gestionar estos factores velando por la adherencia estricta a los protocolos médicos, y no entregando más prestaciones y/o días de reposo de las que sean requeridas por el tratamiento. No obstante, no existe evidencia de que las mutuales tengan mayor o menor adherencia a los protocolos médicos y la entrega de mayor o menos días de licencias por siniestro que otros proveedores públicos o privados<sup>82</sup>. Sin embargo, dado que los servicios de prestaciones médicas y económicas están integrados, sí es posible argumentar que las mutuales tienen incentivos para:
  - No realizar menos prestaciones o entregar menos días de licencia que las especificadas por el protocolo médico, considerando que si la recuperación no es efectiva, el siniestro generará costos adicionales.
  - No realizar más prestaciones o entregar más días de licencia que las especificadas por el protocolo médico, porque ellas deben pagar el costo y porque, en el caso del número de prestaciones, su ingreso no se ve afectado

por los costos que debe solventar, mientras que en el caso de los días de licencia, el ingreso marginal que podrían recibir no se compensa con el costo de la licencia.

- *Gastos de administración*: las mutuales podrían gestionar este factor velando por la eficiencia de sus administraciones. Los gastos actuales de administración de las mutuales están en torno al 6% de los ingresos ordinarios, lo que está bajo el promedio de industrias similares, como es el caso de las Isapres. De acuerdo a los Estados Financieros publicados, se observa que los gastos de administración rondan el 10% de los ingresos ordinarios.

## 8.3 Calidad de los servicios de las mutualidades

### 8.3.1 Metodología

- Se analizaron dos encuestas de satisfacción de usuarios acerca de distintos atributos de las mutuales, una para el segmento empresas (Diciembre 2018) y otra del segmento de trabajadores (2017). Adicionalmente, se comparó a la industria de las mutuales con respecto a otras industrias de la economía a través del Índice Nacional de Satisfacción de Clientes (1er y 2do Semestre 2016).

En el caso de la encuesta de satisfacción de usuarios del segmento empresas, la metodología utilizada fue:

- Estudio Cuantitativo, a través de entrevistas telefónicas en CATI, utilizando un cuestionario estándar semiestructurado de alrededor de 10 minutos

<sup>82</sup> Este equipo consultor intentó analizar el número de prestaciones por siniestro y días de licencia, pero no fue posible obtener información concluyente y estandarizada para realizar una comparación válida.

de duración, con barrido a partir de una BBDD de Cadem que contiene un listado de alrededor de 35.000 Empresas a nivel Nacional.

- Muestra aporportional al tamaño de la Empresa en la Industria, pero considerando como mínimo una muestra 20:1 en relación al Universo.
- A nivel de región la muestra se realizó proporcional al N° de Empresas de cada mutualidad en la región de acuerdo a datos de SUSESO.

En el caso de la encuesta de satisfacción de usuarios del segmento trabajadores, la metodología utilizada fue:

- Estudio Cuantitativo, a través de entrevistas telefónicas en CATI, utilizando un cuestionario estándar

dar semiestructurado de alrededor de 10 minutos de duración.

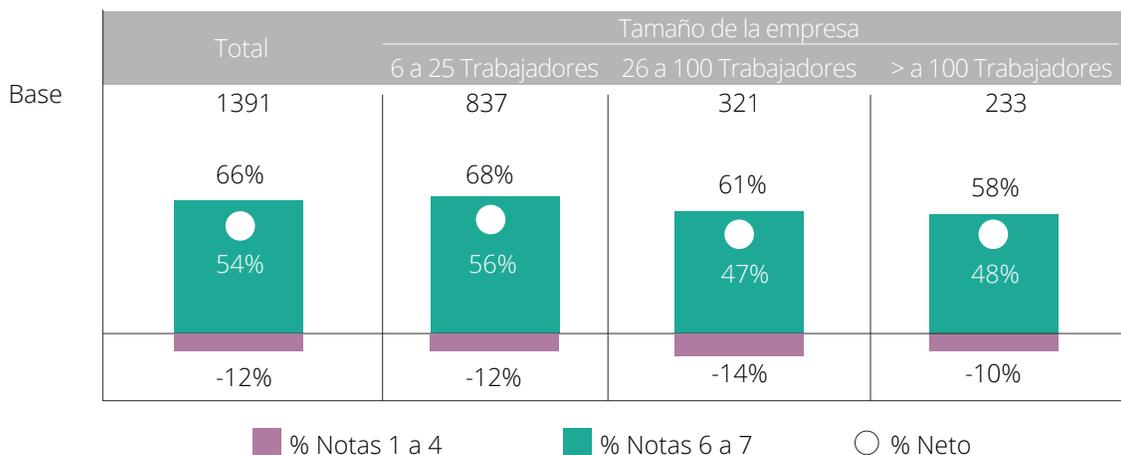
- Universo: Trabajadores de empresas afiliadas a cada mutualidad atendidos en los servicios de urgencias por accidentes del trabajo o trayecto, en el mes anterior a cada medición.

### 8.3.2 Resultados

#### 8.3.2.1 Encuesta de Satisfacción Segmento Empresas

Un 54% de las empresas encuestadas se encuentra satisfecha en general con las mutualidades, siendo 8% mayor en el caso de las empresas de menor tamaño que en las de >100 trabajadores.

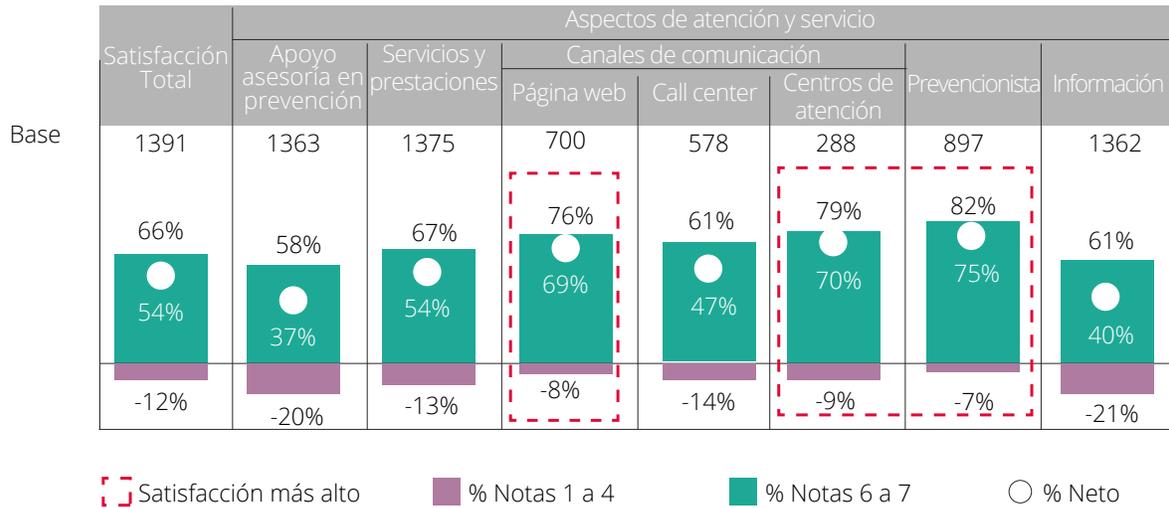
Figura 50: General usuarios Mutualidades Segmento Empresas.



Fuente: Encuesta CADEM Diciembre 2018.

Los aspectos mejor evaluados son: página web, centros de atención y servicio de prevenciónista, mientras que los peor evaluados son: Apoyo y Asesoría en Prevención e Información.

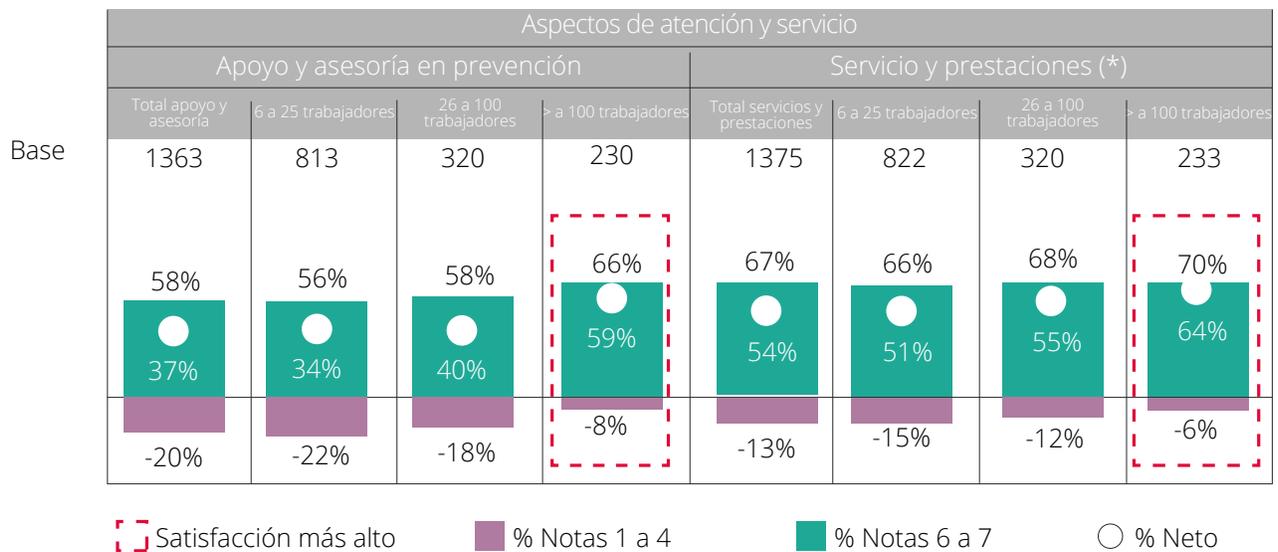
**Figura 51:** Satisfacción aspectos de atención y servicio Mutualidades Segmento Empresas.



**Fuente:** Encuesta CADEM Diciembre 2018.

Las empresas de menor tamaño son las que peor evalúan el Apoyo y Asesoría en Prevención, siendo significativamente menor que la evaluación de las empresas de mayor tamaño.

**Figura 52:** Satisfacción aspectos de atención y servicio Mutualidades por tamaño empresa Segmento Empresas.

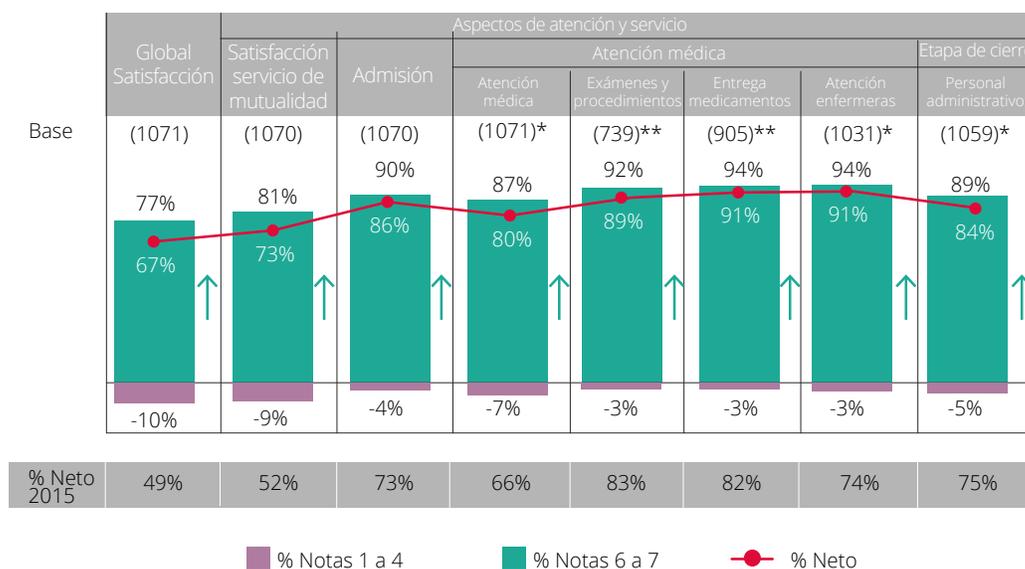


**Fuente:** Encuesta CADEM Diciembre 2018.

### 8.3.2.2 Encuesta de Satisfacción Segmento Trabajadores

Un 67% de los trabajadores encuestados se encuentra satisfecho en general con las mutualidades, lo que es 18 puntos mayor a la satisfacción del 2015. De hecho, todos los aspectos evaluados muestran mejorías con respecto al 2015.

**Figura 53:** Satisfacción general y por aspectos de atención y servicio Mutualidades Segmento Trabajadores.

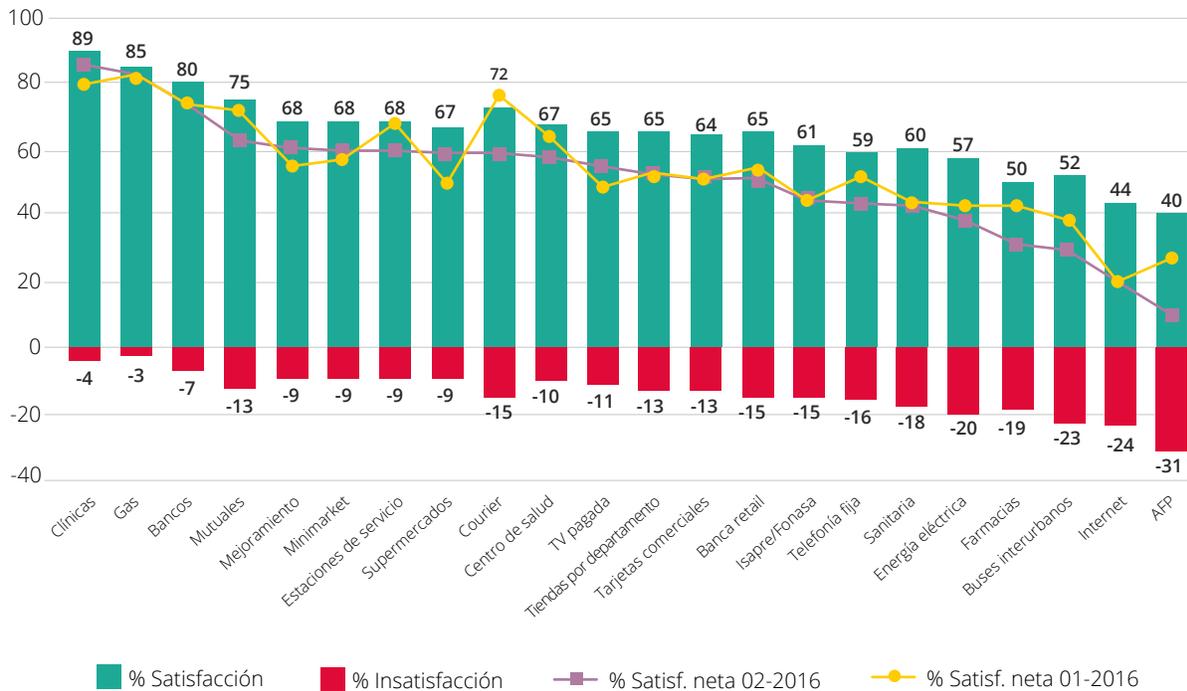


**Fuente:** Encuesta CADEM 2017.

### 8.3.2.3 Índice Nacional de Satisfacción de Clientes

Las mutuales son el cuarto sector con mayor satisfacción neta (sem 02-2016), si bien muestra una caída de 10 puntos con respecto al 01-2016<sup>83</sup>.

Figura 54: Satisfacción clientes por sector económico.

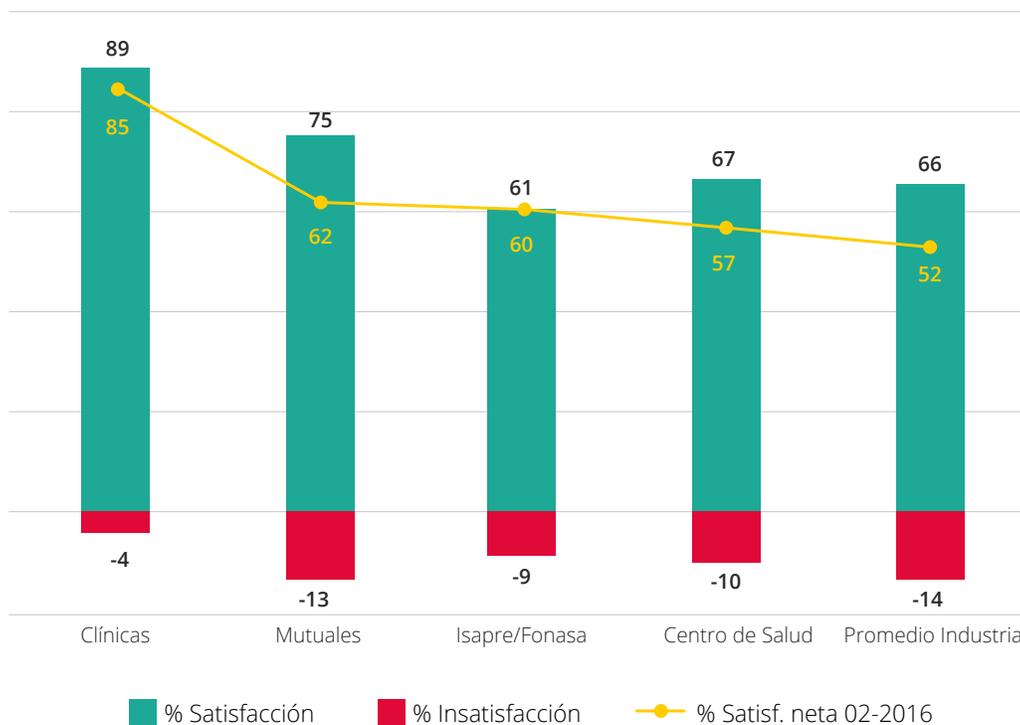


Fuente: elaboración propia a partir de información de Índice Nacional de Satisfacción Clientes 2016.

En sectores comparables, las Mutuales tienen la segunda satisfacción neta más alta, después de las Clínicas, siendo 10 puntos mayor al promedio de las industrias analizadas. Notar que la Figura 55 es meramente un benchmark de satisfacción de clientes, con todas las diferencias que poseen los distintos rubros y negocios. Cabe mencionarse que hay diferencias importantes entre las Mutualidades y las clínicas y otros prestadores de salud, los elementos más importantes que los diferencian son:

- Poblaciones (encuestados) diferentes;
- Las Clínicas están enfocadas a la satisfacción de los usuarios (ej: Hotelaría), mientras que las Mutualidades al resultado (recuperación del paciente).
- Las Mutualidades son a la vez administradores del seguro de salud y seguridad laboral, y proveedores de la salud, por tanto deben velar por la eficiencia. Por otra parte, las Clínicas traspasan los costos a los usuarios e Isapres. Estas últimas luego traspasan los costos mediante alzas en las primas del seguro de salud. Notar que los planes de la salud se reajustan con el IPC de la salud, mientras que el seguro laboral está fijado por ley y por tanto no ha cambiado.
- La salud general atiende otro tipo de problemas de salud que las Mutuales, donde predominan los casos traumatológicos.

83 No existe información anterior en el Índice para el sector de Mutuales.

**Figura 55:** Satisfacción clientes industrias comparables y promedio general.

**Fuente:** elaboración propia a partir de información de Índice Nacional de Satisfacción Clientes 2016.

## 8.4 Competitividad y transparencia de las mutualidades

### 8.4.1 Metodología

El análisis de competitividad de la industria de las mutualidades se realiza a partir de elementos normativos y de datos estadísticos, con el fin de determinar el nivel de competitividad a partir de los tres aspectos más importantes para un análisis de competencia, que son los de:

- Determinación del mercado relevante en que operan las instituciones sujetas de análisis;
- Las barreras a la entrada y desafiabilidad del mercado y;
- Las potenciales eficiencias que puedan obtener las instituciones que formen parte del mercado relevante.

El análisis de gobiernos corporativos y transparencia se realizó a partir de la información que se obtuvo en diversas entrevistas con directivos y ejecutivos de cada una de las mutualidades y de la Asociación de Mutualidades, en el material disponible en las páginas web respectivas, y en las respuestas a un cuestionario que se envió a cada mutualidad. El nivel de información que finalmente se obtuvo de cada una de las mutualidades fue disímil. No se realizó un análisis detallado de todas las políticas y normativas internas de cada mutualidad, sino que el estudio se concentró en aquellas más pertinentes para evaluar el gobierno corporativo y la transparencia que son el foco de este trabajo.

### 8.4.2 Resultados Análisis de Competitividad

Debe destacarse que cualquier análisis en el mercado de las mutualidades presentará diferencias respecto de un análisis de competencia en la gran mayoría de los demás mercados que se encuentran en el país. Estas diferencias tienen su origen en que las mutualidades com-

pitén en la provisión de servicios que son obligatorios y en que el precio a ser cobrado por ellas está determinado por la regulación aplicable al sector y no por cada mutualidad.

En lo que respecta a la provisión de servicios obligatorios, el caso de las mutuales es similar al de mercados como las AFP (en la actividad relacionada con la cotización obligatoria)<sup>84</sup>, en términos de que los afiliados pueden cambiar de oferente, pero solo a otra AFP. Sin embargo, y a diferencia del caso de las AFP, donde las comisiones cobradas son determinadas libremente por cada administradora, en el caso de las mutuales el precio está fijado por la regulación vigente a dicho mercado<sup>85</sup>. Dado que las mutuales no compiten en el precio a ser cobrado a sus afiliados, de haber competencia, ésta debe ser en la calidad de los servicios que otorgan, o incluso en la provisión de algunos servicios adicionales relacionados con los servicios obligatorios que deben proveer.

El hecho de que las mutuales no compitan en precios cambia algunas premisas básicas de las regulaciones a la libre competencia en Chile, que en algunos casos explícitamente y en otros implícitamente, asumen que mayores niveles de competencia se deben asociar a menores niveles de precio. Sólo a modo de ejemplo, en las guías para operaciones de concentración horizontal emitidas por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) se plantea (en términos simples y resumidos) que el mercado relevante en el que compite cualquier empresa está compuesto por aquellos oferentes de productos que sean sustitutos desde la perspectiva de la demanda al producto ofrecido por dicha empresa, y que el test para determinar si existe o no sustitución consiste en evaluar cómo cambia la cantidad

demandada por un determinado bien (X) ante un cambio en el precio de otro bien (Y). Es decir, si ante un aumento en el precio de Y se produce un aumento relativamente “significativo” en la cantidad demanda por X, entonces X e Y serían parte del mismo mercado relevante. Como se discute más adelante, el concepto de desafiabilidad o contestabilidad del mercado también sigue la lógica de que las empresas tienen la posibilidad de modificar los precios cobrados por sus productos.

Otro aspecto diferenciador del mercado de las mutuales respecto de la gran mayoría de los demás mercados en que se analizan temas de libre competencia es el referido a que las mutuales están definidas como organizaciones sin fines de lucro, por lo que las potenciales “utilidades” no representan un flujo residual tradicional para el accionista, sino que representan flujos que, de una manera u otra, deben ser re-invertidos en el mismo negocio.

Para entender los servicios que otorgan las mutuales, es importante conocer sus objetivos. Al respecto, los objetivos básicos de la ley que rige a las mutualidades en Chile son los siguientes:

1. Prevención de accidentes de trabajo.
2. Prevención de enfermedades profesionales.
3. Prestaciones médicas para curar y rehabilitar a los accidentados.
4. Prestaciones económicas para indemnizar, subsidiar y pensionar.

De acuerdo a lo mencionado, los principales negocios y actividades de las mutuales son la realización de la prevención, las prestaciones médicas y hospitalarias relacionadas con accidentes del trabajo y enfermeda-

84 En lo que respecta a las cotizaciones voluntarias, las AFP compiten también con otros oferentes como Compañías de Seguro y Fondos Mutuos, mientras que en el otorgamiento de pensiones compiten con las Compañías de Seguro (que ofrecen rentas vitalicias, mientras las AFP ofrecen la modalidad de retiro programado).

85 El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con una cotización básica general del 0,95% de las remuneraciones imponibles del trabajador, que es de cargo del empleador, y con una cotización adicional diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa que no excede de un 3,4% de las remuneraciones imponibles, que también es de cargo del empleador. De esta forma, el único obligado a financiar el referido seguro es el empleador, pudiendo solicitar al organismo administrador del seguro (Servicios de Salud, Instituto de Normalización Previsional, Mutualidades de Empleadores) que se le reduzca la tasa de cotización adicional cuando haya implementado medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales, o que se le exima de la referida cotización si alcanza un nivel óptimo de seguridad en la empresa (<http://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-95301.html> accesado el 1 de Noviembre del 2018).

des profesionales, y el aseguramiento a sus afiliados contra pérdidas que hayan sufrido por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. A partir de esto, cuando se comenta acerca del nivel y calidad de los servicios otorgados por las mutuales, se está comentando, fundamentalmente, acerca del nivel y calidad de los servicios en cada uno de los aspectos recién mencionados, asumiendo que cada mutualidad tiene la obligación de proveer dichos servicios.

Por último, es importante recordar los requisitos para constituir una mutualidad, ya que ellos se relacionan con las barreras a la entrada al mercado, aspecto importante en cualquier análisis de competencia. Al respecto, el artículo N° 12 de la Ley 16.744 que rige a las mutualidades les fija ciertas condiciones para ser autorizadas a operar como tales, que se pueden resumir en:

1. Que las empresas afiliadas ocupen, en conjunto, a lo menos, 20.000 trabajadores.
2. Disponer de Servicios Médicos propios y adecuados, incluyendo especialización y rehabilitación.
3. Que realicen actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
4. Que no sean administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro,
5. Que sus miembros sean solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por ellas.

#### **8.4.2.1 Temas relevantes para análisis de competencia**

Como se mencionó anteriormente, en el mercado de las mutuales la competencia no puede ser en precios, ya que éste se fija por la regulación vigente. Cuando la competencia no es en precios, el grado de competencia en un mercado vendrá dado por cuánto de las

rentas obtenidas a través del precio se “licuan” en la entrega de servicios. Mientras mayor sea dicha “licuación”, mayor será el grado de competencia. Por lo mismo, mercados donde las empresas mantengan rentas sobrenormales después de la inversión en servicios, se consideran mercados poco competitivos. Lo anterior requiere definir cuáles servicios están incluidos en la cotización pagada por la empresa y cuáles servicios pueden ser entregados de manera voluntaria (si corresponde). En un ambiente competitivo, los servicios que están incluidos en la cotización, y que fueron anteriormente resumidos, se deben otorgar con la máxima calidad posible.

Los tres aspectos más importantes para un análisis de competencia son los de:

- i. Determinación del mercado relevante en que operan las instituciones sujetas de análisis;
- ii. Las barreras a la entrada y desafiabilidad del mercado y;
- iii. Las potenciales eficiencias que puedan obtener las instituciones que formen parte del mercado relevante.

A continuación, se explica y discute cada uno de estos aspectos, para luego presentar las conclusiones generales.

##### **8.4.2.1.1 Mercado Relevante**

Cualquier análisis de competencia parte de la definición del mercado relevante en que participan las organizaciones bajo evaluación. Así es como la definición apropiada de mercado es una pregunta que ha estado presente en prácticamente todos los casos de libre competencia que se han estudiado en el país. En Chile, por ejemplo, éste es un tema central en las guías para fusiones horizontales emitidas por la FNE y en la reciente normativa emitida por la propia FNE para la consulta obligatoria de fusiones que está vigente en el país.

Desde un punto de vista formal, el mercado relevante es la instancia en la que se negocia sólo un bien o servicio. No cabe para un caso de análisis de competencia referirse, por ejemplo, al “mercado del transporte”, sino que debe precisarse si se refiere al caso del transporte público en Santiago u otro tipo de transporte. Es de la mayor importancia entonces delimitar la definición del bien o servicio para, así, definir el mercado. Técnicamente, un bien o servicio es distinto de otro en la medida en que la elasticidad cruzada entre ellos, evaluada al mismo precio, es “menor a infinito”. De esta forma, si consideramos que el precio de la Coca Cola y de la Pepsi Cola es el mismo, y que luego, producto de un aumento del 5% en el precio de la Pepsi Cola la demanda por Coca Cola aumenta en un porcentaje relevante (por ello se plantea “infinito”, aunque en la práctica se debe cambiar la palabra “infinito” por “relativamente alto” o “significativo”) entonces se dice que la Coca Cola y la Pepsi Cola pertenecen a un mismo mercado relevante. Ello también significa que, ante una baja en el precio de las Pepsi Cola, disminuirá la demanda por Coca Cola. A partir de esta noción técnica puede avanzarse hacia una definición que tenga cierto contenido práctico. Así es como, en la práctica, un mercado relevante es la instancia en la que confluyen un conjunto de productos que, como sustitutos, se afectan significativamente. De esta manera, el mercado relevante para el producto de una empresa X (por ejemplo, Coca Cola) vendrá dado por la intersección de las variedades de producto que sean sustitutas al producto de la empresa X (eventualmente, Pepsi Cola y otros productos) y por las ubicaciones geográficas en que se ofrezcan dichas variedades que sean sustitutas a las ubicaciones geográficas en que se ofrece el producto de la empresa X.

La importancia del mercado relevante radica en que esta es la “unidad” que indica dónde se produce, o puede producir, competencia. Mientras más produc-

tos u oferentes participen del mismo mercado relevante, menos preocupaciones tiene la autoridad de la libre competencia acerca de un comportamiento anti-competitivo de cualquier oferente individual.

En el caso de las mutualidades en Chile, se podría decir que ellas participan de un mercado relevante principal, que es el relacionado con los servicios obligatorios que deben entregar a cambio de la cotización pagada por sus empresas afiliadas. Bajo esta definición de mercado relevante, el mercado está compuesto por las mutuales que operan en el país<sup>86</sup>. Sin embargo, en algunos servicios, como el de consultas médicas y hospitalizaciones, también pueden competir con hospitales y clínicas que ofrezcan dichos servicios, en cuyo caso la definición de mercado relevante abarcaría un mayor número de entidades. En todo caso, en este tipo de análisis es conveniente ser relativamente conservador. En virtud de dicho objetivo, se sugiere considerar como mercado relevante de las mutuales el compuesto por dicho tipo de instituciones ya que, a diferencia de otras instituciones como las clínicas privadas, están sujetas a la obligación de ofrecer el mismo grupo de servicios.

#### 8.4.2.1.2 Estadística descriptiva del mercado relevante

A continuación, se entrega información general del mercado de las mutualidades de origen privado en Chile, donde participan directamente tres actores: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC) e Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Esta información complementa la definición de mercado relevante. La Tabla 20 y la Figura 56 muestran la evolución en el número de trabajadores afiliados por mutualidad y la participación de mercado de cada mutualidad en función del número de trabajadores. Como se puede

<sup>86</sup> habría que agregarle la dimensión geográfica, en cuyo caso habría que considerar que conforman el mismo mercado relevante aquellas mutuales que son capaces de ofrecer el servicio en cada zona geográfica (por ejemplo, si dos mutuales son capaces de ofrecer el servicio en la X Región, el mercado relevante en esa región estará conformado por esas dos mutuales y no por todas las mutuales en operación en Chile).

observar, el número de trabajadores afiliados ha subido en algo más de 10% en los últimos cinco años y esta alza ha sido distribuida en forma relativamente simétrica en-

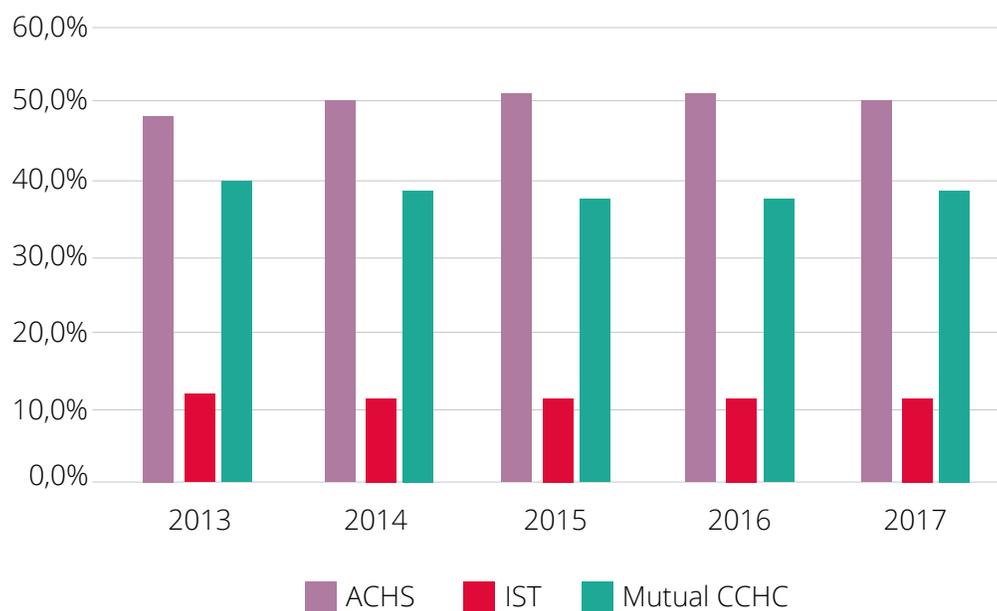
tre las tres mutuales. En forma coherente, las participaciones de mercado de las tres mutuales no han sufrido cambios significativos durante este período de tiempo.

**Tabla 20:** Evolución de número de trabajadores afiliados por Mutualidad.

Mutual	2013	2014	2015	2016	2017
ACHS	2.259.857	2.497.625	2.613.104	2.686.431	2.641.622
IST	541.031	564.835	562.928	587.960	586.649
Mutual CCHC	1.862.440	1.879.530	1.920.343	1.978.894	2.031.185
<b>Total</b>	<b>4.663.328</b>	<b>4.941.990</b>	<b>5.096.375</b>	<b>5.253.285</b>	<b>5.259.456</b>

**Fuente:** información extraída de memorias de mutuales.

**Figura 56:** Evolución de participación de mercado por Mutualidad (en número de trabajadores).



**Fuente:** información extraída de memorias de mutuales.

La Tabla 21 presenta la información del número de trabajadores y participación de mercado por mutualidad, distinguiendo entre empresas con distinto número de trabajadores. Como se puede apreciar, la Mutual de la CCHC tiene la mayor participación en las empresas de menor tamaño, mientras que la ACHS

es la que tiene la mayor participación en las empresas de más de 50 trabajadores. Lo anterior indicaría alguna segmentación de las mutuales en términos del tamaño de empresa que atienden, aunque destacando que cada una de las tres mutuales atiende a empresas con distinto número de trabajadores.

**Tabla 21:** Evolución del número de trabajadores y participación de mercado (en número de trabajadores) por Mutualidad para empresas de distinto tamaño.

Tamaño Empresa	N° Trabajadores por Mutual			Part. Mercado (en función n° trabajadores) por Mutual		
	ACHS	IST	Mutual CCHC	ACHS	IST	Mutual CCHC
<b>1 a 50</b>						
2013	355.713	130.497	538.963	34,7%	12,7%	52,6%
2014	451.148	135.692	579.607	38,7%	11,6%	49,7%
2015	500.013	134.037	634.053	39,4%	10,6%	50,0%
2016	549.219	128.030	654.140	41,3%	9,6%	49,1%
2017	582.504	125.295	669.695	42,3%	9,1%	48,6%
<b>191 a 500</b>						
2013	562.768	127.319	407.248	51,3%	11,6%	37,1%
2014	623.340	126.278	400.274	54,2%	11,0%	34,8%
2015	641.208	122.645	413.813	54,4%	10,4%	35,1%
2016	649.569	119.406	416.348	54,8%	10,1%	35,1%
2017	639.627	115.620	441.090	53,5%	9,7%	36,9%
<b>500 y más</b>						
2013	1.140.214	230.597	747.025	53,8%	10,9%	35,3%
2014	1.191.354	251.383	730.042	54,8%	11,6%	33,6%
2015	1.228.749	255.997	699.370	56,3%	11,7%	32,0%
2016	1.230.447	291.493	732.788	54,6%	12,9%	32,5%
2017	1.162.671	296.489	737.013	52,9%	13,5%	33,6%
<b>51 a 100</b>						
2013	201.162	52.618	169.205	47,6%	12,4%	40,0%
2014	231.783	51.482	169.607	51,2%	11,4%	37,5%
2015	243.134	50.249	173.107	52,1%	10,8%	37,1%
2016	257.196	49.031	175.618	53,4%	10,2%	36,4%
2017	256.820	49.245	183.387	52,5%	10,1%	37,5%

**Fuente:** información extraída de memorias y otros antecedentes de mutuales.

En la Tabla 22 presenta el número de trabajadores afiliados y la participación de mercado de cada mutualidad por cada sector económico. Esta información es relevante para saber si hay una asimetría sustancial en las participaciones de acuerdo al sector económico, ya que las mutuales podrían estar “especializadas” por industria. Los sectores económicos A al Q son definidos en la tabla siguiente.

Tal como en el caso del tamaño, se observa que cada mutualidad participa en cada sector económico, aunque las mutuales parecen tener fortalezas distintas en diferentes sectores (por ejemplo, la Mutual de la CCHC tiene fuerte presencia en sectores como construcción e intermediación financiera, ACHS es fuerte en sectores como pesca, enseñanza y servicios sociales y de salud, y el IST en organizaciones y organismos extraterritoriales).

**Tabla 22:** Número de trabajadores y participación de mercado por sector económico.

Sector Econ.	N° Trabajadores por Mutual			Part. Mercado (en función n° trabajadores) por Mutual		
	ACHS	IST	Mutual CCHC	ACHS	IST	Mutual CCHC
A	168.102	33.110	131.551	50,5%	10,0%	39,5%
B	25.971	2.273	10.435	67,1%	5,9%	27,0%
C	30.742	4.706	26.191	49,9%	7,6%	42,5%
D	278.679	65.870	170.829	54,1%	12,8%	33,1%
E	14.180	1.955	14.325	46,6%	6,4%	47,0%
F	183.618	47.714	373.182	30,4%	7,9%	61,7%
G	354.738	75.874	314.596	47,6%	10,2%	42,2%
H	122.970	33.907	74.034	53,3%	14,7%	32,1%
I	167.363	58.241	147.008	44,9%	15,6%	39,5%
J	70.239	15.241	96.692	38,6%	8,4%	53,1%
K	425.004	81.089	308.460	52,2%	10,0%	37,9%
L	227.912	59.810	115.753	56,5%	14,8%	28,7%
M	246.234	41.562	111.835	61,6%	10,4%	28,0%
N	129.524	36.560	45.311	61,3%	17,3%	21,4%
O	178.093	23.996	68.860	65,7%	8,9%	25,4%
P	18.098		21.593	45,6%	0,0%	54,4%
Q	155	4.741	531	2,9%	87,4%	9,8%

Sector	Descripción	Sector	Descripción
A	Agricultura, Ganadería, Caza y Silvicultura	I	Transporte, almacenamiento y comunicaciones
B	Pesca	J	Intermediación financiera
C	Explotación de Minas y Canteras	K	Actividades Inmobiliarias, empresariales y de alquiler
D	Industrias Manufactureras	L	Administración pública y defensa; planes de seguridad social
E	Suministro de Electricidad, Gas y Agua	M	Enseñanza
F	Construcción	N	Servicios sociales y de salud
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículo	O	Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y pers
H	Hoteles y restaurantes	P	Hogares privados con servicio doméstico
		Q	Organizaciones y órganos extraterritoriales

**Fuente:** información extraída de memorias y otros antecedentes de mutuales.

En la Tabla 23 y en la Figura 57 se presentan, respectivamente, el número y la participación de mercado de las distintas mutuales en términos del número de empresas afiliadas. Como se puede observar, la Mutua de la CCHC es la institución que agrupa una mayor participación, lo que muestra que es un actor impor-

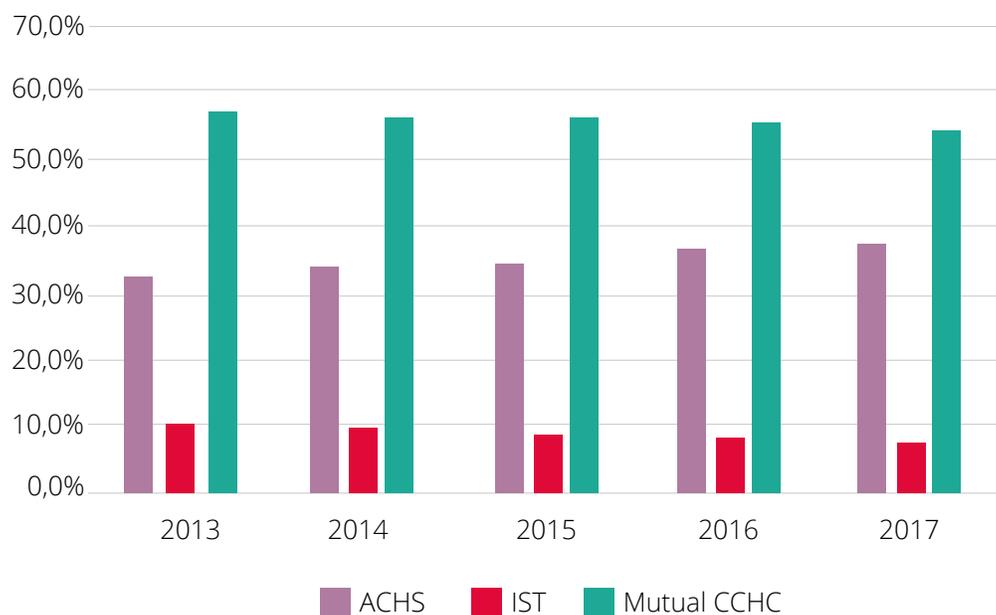
tante del mercado. La mayor participación de la Mutua de la CCHC en términos del número de empresas y de la ACHS en términos de trabajadores afiliados es coherente con el hecho de que la Mutua de la CCHC tiene una participación mayor en el rango de empresas de 1 a 50 empleados.

**Tabla 23:** Número de empresas afiliadas por mutualidad.

Mutual	2013	2014	2015	2016	2017
ACHS	43.425	57.618	67.069	72.670	75.372
IST	14.245	16.448	17.064	16.389	16.146
Mutual CCHC	77.137	96.328	111.234	110.737	109.035
<b>Total</b>	<b>134.807</b>	<b>170.394</b>	<b>195.367</b>	<b>199.796</b>	<b>200.553</b>

**Fuente:** información extraída de memorias de mutuales.

**Figura 57:** Participación de mercado en términos de número de empresas afiliadas.



**Fuente:** : información extraída de memorias de mutuales.

En síntesis, el mercado relevante está compuesto por las tres mutuales antes mencionadas, donde las tres participan en los distintos sectores económicos y tienen presencia en empresas con distinto tamaño. Las participaciones de cada mutualidad se han mantenido relativamente estables en los últimos años.

#### **8.4.2.1.3 Desafiabilidad (o contestabilidad) de mercado y barreras a la entrada**

Una vez definido el mercado relevante es necesario discutir que tan desafiante es dicho mercado, donde una mayor desafiabilidad se asocia, generalmente, con menores niveles de barreras a la entrada y, por lo tanto, con mayores niveles de competencia. En su definición más estricta, un mercado totalmente desafiante se define como aquel en el cual la entrada es absolutamente libre y la salida no tiene costos. Así es como la característica crucial de un mercado completamente desafiante es su vulnerabilidad a la entrada del tipo *“hit and run”*. La característica de *“hit and run”* está asociada a la posibilidad de entrada rápida y reversible, donde se asume que si en una industria hay utilidades sobre-normales, entonces nuevas empresas entrarán para apropiarse de ellas. De estos conceptos se deriva que un mercado totalmente desafiante es uno donde no existen barreras ni a la entrada ni a la salida. Así, con bajas barreras a la entrada, una empresa no podrá cobrar a los consumidores precios mayores a los competitivos para una calidad dada del servicio, dado que eso gatillaría la entrada de competidores y su consecuente pérdida de participación de mercado. Asimismo, el mercado tampoco será desafiante si una empresa no otorgase un adecuado nivel de servicios para un cierto precio.

Con mercados desafiantes, es posible llegar a una solución de competencia aun cuando la industria se encuentre muy concentrada. La importancia de la desafiabilidad es que, aunque no es necesariamente observable con medidas tradicionales de estructura y

tiene que derivarse a través de comportamientos, posee efectos significativos en el desempeño del mercado. Por ello, es importante tener presente que el grado de desafiabilidad de un mercado no se percibe a través de la participación de mercado (en el momento de la medición), sino más bien por la amenaza de que dicha participación caiga en el caso de acciones o comportamientos monopólicos. En la práctica, y como se puede inferir de lo recientemente discutido, no existen mercados completamente desafiados. Lo que existe son mercados con distintos grados de desafiabilidad.

En el caso de las mutuales en Chile, la desafiabilidad vendrá dada no por analizar el efecto en *“utilidades”* por la entrada y competencia de las otras mutuales ante un cambio en el precio en una de ellas, sino que por el efecto en entrada y competencia por cambios (típicamente, disminución) en los servicios otorgados por alguna de ellas. Si una mutualidad puede, rentablemente, bajar unilateralmente el nivel de servicios otorgados, y esa baja le es conveniente, entonces ello implica que su baja en servicios no ha sido desafiada por entrantes o por actores establecidos que otorguen mayores niveles de servicios. La preocupación de las mutuales por otorgar mejores niveles de servicio, las obligaciones que tienen por ley, su característica de institución sin fines de lucro, y prácticas como la existencia de comités paritarios incentivan a que el mercado de las mutuales presente grados de desafiabilidad. Esta desafiabilidad, más que de nuevos entrantes, proviene fundamentalmente de las otras mutuales en ejercicio y de la posibilidad que tienen las empresas de instaurar planes de administración delegada.

En todo caso, para disminuir las barreras a la entrada y aumentar la desafiabilidad se puede pensar en bajar los requerimientos prácticos que tienen las mutualidades para invertir en activos que son relativamente específicos al negocio (como por ejemplo, servicios clínicos y otros). De hecho, a pesar de que la ley obliga a las mutuales a tener infraestructura pro-

pia, no se especifica cuánta infraestructura se debe tener, por lo que en la práctica se puede subcontratar eventualmente toda la infraestructura hospitalaria que se necesite (así es como, por ejemplo, en el norte del país hay una subcontratación importante). De esta manera, esta posibilidad de subcontratación ayuda a aumentar la desafiabilidad del mercado, y podría aumentar más si esto se hace más explícito y expedito. La administración delegada, como se mencionaba, es otro factor que ayuda a introducir una mayor desafiabilidad al mercado de las mutuales. Este tipo de administración implica que una empresa (como Codelco, Cencosud u otra) puede autoproveerse de las actividades que requieren realizar las mutuales a cambio del dinero de la cotización que iría a las mutuales. A modo de ejemplo, las empresas pueden hacer convenios con hospitales para proveer prestaciones, y hacer campañas de prevención y auto-asegurar a sus trabajadores contra accidentes laborales. Sin embargo, esta opción ha sido utilizada en forma muy poco frecuente (y algunas veces en que lo ha sido, la empresa posteriormente vuelve al sistema de mutuales, como es el caso de la red de salud UC-Christus). La poca frecuencia y uso de la administración delegada puede ser reflejo de los costos que tiene para una empresa el realizar las actividades propias de una mutualidad, o puede mostrar que para una empresa no es posible, razonablemente, llegar a los niveles de eficiencia-efectividad de una mutualidad.

Es importante recordar que la desafiabilidad no requiere, necesariamente, que haya entrada masiva, pero sí requiere que la amenaza de entrada o de crecimiento de otras mutuales establecidas “discipline” a las mutuales operando en el mercado. En este sentido, la posibilidad de que grandes empresas se “auto-presten” los servicios provistos por las mutualidades aumenta la desafiabilidad de este mercado.

Por otra parte, la existencia de economías de escala generalmente no va de la mano de una mayor desafiabilidad del mercado (esto es válido en prácticamente

cualquier mercado) ya que las eficiencias y sinergias producto de estas economías requieren inversiones específicas, que a su vez representan ciertas barreras a la entrada y/o a la salida del mercado. Por lo mismo, el tener un mercado de mutualidades más desafiabile desde la perspectiva de la libre competencia no debiese ser, necesariamente, un único objetivo de la política pública en este mercado (distinto es el caso si estuviéramos analizando otros mercados como el de restaurantes o de materiales de la construcción), ya que también hay otros objetivos, como la obtención de eficiencias a partir de la escala, que no siempre son concordantes con los de desafiabilidad, pero que sí son buscados por las autoridades de la libre competencia<sup>87</sup>.

En síntesis, aunque no es posible plantear que el mercado de las mutuales tiene altos niveles de desafiabilidad, sí es posible plantear que, dados los servicios que debe otorgar y las restricciones regulatorias que enfrenta en cuanto al precio a cobrar, existen niveles de desafiabilidad comparables con los existentes en otras industrias del país cuyas empresas enfrentan funciones de producción que otorgan niveles de economías de escala significativos, como aerolíneas, telecomunicaciones, centros comerciales y grandes *retailers*. Las empresas afiliadas se pueden cambiar de mutualidad o incluso pueden integrarse a la realización de las actividades de las mutuales a través de la administración delegada.

Sin embargo, lo mencionado en el párrafo anterior no obsta a que siempre sea conveniente realizar esfuerzos para incrementar la competitividad de los mercados, ciertamente incluyendo el de las mutuales en Chile. Para ello, y entre otros temas, se podría pensar en discutir ciertas medidas como: i. disminuir los costos de cambio para los afiliados (para lo cual primeramente se debe analizar cuáles son los costos de cambio que, en la práctica, sí existen)<sup>88</sup>, ii. analizar la regulación para evaluar cuáles son las que afectan en mayor medida la competencia en la industria, y, iii. evitar que se erijan barreras a la entrada a eventuales mutuales de menor tamaño que podrían ingresar al mercado.

87 A modo de ejemplo, las mismas guías para autorizar operaciones de concentración de la FNE plantean que una operación de concentración puede ser autorizada si los concurrentes son capaces de mostrar ganancias en eficiencia que son posibles de lograr producto de la fusión. Esto aplica incluso en mercados concentrados.

88 Notar que si bien no se ha cuantificado (en HH), en el caso del sistema de mutuales, el costo de cambio pareciera ser muy bajo.

#### 8.4.2.1.4 Eficiencia

Para la libre competencia la eficiencia es importante. En sus guías de operaciones de concentración, la FNE establece que las eventuales eficiencias que emanen de una mayor concentración pueden representar un contrapeso a los riesgos de comportamiento anticompetitivo. En las mismas guías, la FNE establece que las principales eficiencias son las denominadas “eficiencias productivas”, las que están referidas a reducciones de costos. Más específicamente, las eficiencias productivas están dadas principalmente por la obtención de economías de escala, economías de ámbito, economías de densidad, sinergias, eliminación de duplicidades que reduzcan los costos operacionales, y racionalización de funciones administrativas y de gestión de la empresa.

Las eficiencias de costos representan una buena noticia para la libre competencia porque motivan la existencia de menores precios, la entrega de más y mejores servicios, y disminuyen la probabilidad de coordinación con competidores, debido a las mayores asimetrías que se fomentan entre las funciones de costo de las distintas empresas.

En el caso de las mutuales, y de acuerdo a lo presentado en la sección de mercado relevante, existe una alta concentración del mercado, pero esta alta concentración parece tener una relación con la obtención de importantes eficiencias, que muy posiblemente no se podrían obtener en el caso de existir “muchas” mutuales. La mayoría de los procesos productivos de las mutuales son generadores de economías de escala. Por ejemplo, existen sinergias en las actividades de prevención (entre otros factores producto del aprendizaje y la administración de recursos humanos), de aseguramiento (donde un mayor tamaño ayuda a diversificar de mejor manera los riesgos) y en la prestación de atenciones médicas y hospitalarias (donde un mayor tamaño entrega acceso a un mayor poder de negociación con los proveedores externos y donde en los casos en que se construya capacidad instalada,

entrega acceso a construir instalaciones con mayores niveles de tecnología y eficiencia).

Un determinante importante de la eficiencia en esta industria se encuentra en la integración de funciones, la que alinea incentivos que en un escenario de desintegración estarían menos alineados. Estas funciones corresponden a:

- i. Asegurador,
- ii. Prevencionista de accidentes y enfermedades profesionales,
- iii. Proveedor de servicios hospitalarios y
- iv. Proveedor de prestaciones económicas.

La integración asegurador-prevencionista incentiva a lograr una reducción en los accidentes, pues los ahorros producto de esto los captura el asegurador. La integración asegurador-proveedor reduce una de las grandes fallas que muestran los sistemas de salud: la inflación de la demanda. En este caso el sistema no tiene incentivos para ello, pues el asegurador tendría que correr con los gastos. La integración entre proveedor de servicios hospitalarios y de prestaciones económicas reduce la posibilidad de que el primero sub-invierta y con ello genere una incapacidad en el trabajador, pues el costo de la respectiva licencia lo deberá pagar en forma de licencias por incapacidad laboral.

Cabe señalar que todas estas economías de escala representan eficiencias que no sólo son obtenidas sino que también son valoradas por los afiliados. Así lo muestra, por ejemplo, la evaluación positiva que tienen los trabajadores del sistema de acuerdo a los estudios de Procalidad, que comparan positivamente la industria respecto de otras homologables. De acuerdo a estos estudios, los trabajadores perciben que estas sinergias cruzadas les reportan beneficios.

Una medida de eficiencia utilizada en las mutuales es la tasa de accidentabilidad, ya que se asume que una parte importante de su labor está dirigida a disminuir dicha tasa. Al respecto, se puede decir que una menor tasa reflejaría, todo lo demás constante, de una mayor

eficiencia. Estas menores tasas se obtienen, por ejemplo, debido a más y mejores planes de prevención y enseñanza. La Tabla 24 muestra la tendencia en la tasa de accidentabilidad de las mutuales en Chile desde el año 2009 al 2017. Como se puede observar, la tasa de accidentabilidad muestra una sistemática dismi-

nución lo que, sin duda, es una muy buena noticia. La disminución en la tasa de accidentabilidad es mayor en los accidentes del trabajo, que es en aquellos donde las mutuales tienen una mayor incidencia. En esta tabla también se puede ver que la disminución en la tasa de accidentes ocurrió para cada una de las mutuales.

**Tabla 24:** Tasas de accidentabilidad por accidentes del trabajo y de trayecto, según mutualidad.

Tipo de accidente/Mutual	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>TASA ACCIDENTES DEL TRABAJO</b>									
Asociación Chilena de Seguridad	5,21%	5,35%	5,35%	4,57%	3,92%	3,54%	3,41%	3,04%	2,87%
Mutual de Seguridad C.Ch.C	5,15%	5,20%	5,40%	4,96%	4,28%	4,20%	3,93%	4,05%	3,76%
Instituto de Seguridad del Trabajo	6,19%	6,14%	6,30%	5,92%	5,82%	5,07%	4,39%	4,14%	4,11%
<b>TASA TOTAL ACCIDENTES DEL TRABAJO</b>	<b>5,33%</b>	<b>5,41%</b>	<b>5,49%</b>	<b>4,88%</b>	<b>4,29%</b>	<b>3,98%</b>	<b>3,73%</b>	<b>3,57%</b>	<b>3,37%</b>
<b>TASA ACCIDENTES DE TRAYECTO</b>									
Asociación Chilena de Seguridad	1,16%	1,26%	1,30%	1,07%	0,90%	0,87%	1,02%	1,01%	0,99%
Mutual de Seguridad C.Ch.C	1,18%	1,27%	1,20%	1,12%	1,06%	1,10%	1,13%	1,21%	1,16%
Instituto de Seguridad del Trabajo	1,20%	1,32%	1,31%	1,29%	1,48%	1,30%	1,21%	1,21%	1,19%
<b>TASA TOTAL ACCIDENTES DE TRAYECTO</b>	<b>1,17%</b>	<b>1,27%</b>	<b>1,26%</b>	<b>1,11%</b>	<b>1,03%</b>	<b>1,01%</b>	<b>1,09%</b>	<b>1,11%</b>	<b>1,08%</b>
<b>TASA ACCIDENTES (TRABAJO + TRAYECTO)</b>									
Asociación Chilena de Seguridad	6,51%	6,62%	6,64%	5,63%	4,83%	4,41%	4,43%	4,05%	3,86%
Mutual de Seguridad C.Ch.C	3,37%	6,46%	6,61%	6,07%	5,34%	5,30%	5,06%	5,26%	4,92%
Instituto de Seguridad del Trabajo	6,33%	7,46%	7,61%	7,21%	7,30%	6,38%	5,60%	5,35%	5,29%
<b>TASA TOTAL ACCIDENTES (TRABAJO + TRAYECTO)</b>	<b>6,51%</b>	<b>6,68%</b>	<b>6,75%</b>	<b>5,99%</b>	<b>5,32%</b>	<b>4,99%</b>	<b>4,81%</b>	<b>4,68%</b>	<b>4,45%</b>

**Fuente:** calculado en base a Estadísticas de la Seguridad Social de la SUSESO.

Por último, en la Tabla 25 se presenta la evolución de la tasa de accidentabilidad para cada mutualidad de acuerdo al número de trabajadores de las empresas afiliadas. En esta tabla se puede observar, en forma coherente

con la Tabla 17, una disminución en la tasa de accidentes en empresas de todos los tamaños. Un aspecto notorio, y positivo, es la gran disminución observada en la tasa de accidentes en las empresas de menor tamaño.

**Tabla 25:** Evolución en tasa de accidentabilidad total por tamaño de empresa y por mutualidad.

Mutualidades		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ACHS	1 a 9	6,05%	6,24%	6,07%	5,14%	4,87%	4,73%	4,75%	4,84%	3,88%
	10 a 25	7,30%	7,79%	7,77%	6,50%	5,72%	5,01%	4,98%	4,63%	4,18%
	26 a 100	7,34%	7,84%	7,77%	6,51%	5,67%	5,09%	5,02%	4,68%	4,44%
	101 a 500	6,96%	7,10%	6,98%	5,87%	5,08%	4,73%	4,73%	4,41%	4,25%
	501 a 1000	5,36%	5,49%	5,62%	4,61%	4,00%	3,70%	3,74%	3,30%	3,31%
	1000 y más	5,34%	5,58%	5,90%	5,25%	4,31%	3,89%	3,95%	3,45%	3,34%
	Independientes	-	-	-	-	-	2,98%	3,56%	3,23%	3,62%
CCHC	1 a 9	7,80%	8,06%	8,60%	8,10%	7,74%	7,71%	6,40%	5,72%	4,99%
	10 a 25	7,07%	7,28%	7,09%	6,24%	5,50%	5,43%	5,22%	5,14%	4,84%
	26 a 100	7,50%	7,51%	7,50%	6,59%	5,93%	5,81%	5,57%	5,63%	5,22%
	101 a 500	6,33%	6,52%	6,65%	6,14%	5,38%	5,33%	5,15%	5,43%	5,04%
	501 a 1000	5,85%	5,55%	5,51%	5,10%	4,53%	4,63%	4,39%	4,65%	4,22%
	1000 y más	5,48%	5,65%	5,83%	5,51%	4,51%	4,52%	4,46%	5,09%	4,93%
	Independientes	-	-	-	-	-	2,60%	2,15%	2,27%	2,56%
IST	1 a 9	11,03%	6,57%	6,91%	7,02%	6,49%	6,12%	4,97%	4,77%	3,83%
	10 a 25	9,09%	7,77%	8,00%	7,68%	7,97%	6,59%	6,25%	5,86%	5,51%
	26 a 100	9,03%	8,37%	8,89%	8,38%	8,41%	7,24%	6,62%	6,52%	6,29%
	101 a 500	7,23%	7,71%	8,14%	7,57%	7,80%	6,71%	5,89%	5,61%	5,26%
	501 a 1000	4,83%	6,29%	6,75%	6,86%	6,67%	5,67%	5,33%	4,67%	4,89%
	1000 y más	5,97%	7,25%	6,83%	6,20%	6,49%	5,95%	4,98%	4,91%	5,25%
	Independientes	-	-	-	-	-	2,12%	2,02%	1,65%	1,56%

**Fuente:** calculado en base a Estadísticas de la Seguridad Social de la SUSESO.

### 8.4.2.2 Conclusiones

El análisis presentado en este informe apoya la hipótesis de que el sistema de mutuales está funcionando de manera razonable en lo que respecta a la libre competencia. Si bien existe una alta concentración, ella parece estar relacionada con las importantes sinergias de costos que existen en los servicios y procesos involucrados en las actividades principales desarrolladas por las mutuales, incluidas las de prevención de accidentes. De existir muchas mutuales de tamaño pequeño, lo más probable es que éstas no serían capaces de obtener las ventajas de tamaño inherentes a su negocio, lo que llevaría a una provisión menos eficiente, y de consecuente menor calidad, de los servicios a otorgar. De hecho, el tema de la eficiencia es tan importante, que las guías de operaciones de concentración horizontal emitidas por la FNE plantean que la obtención de estas eficiencias es un contrapeso válido para la aceptación de una mayor concentración en cualquier mercado.

Adicionalmente, el mercado en que operan las mutuales presenta algún grado de desafiabilidad, fundamentalmente de las demás mutuales existentes en el mercado y de la posibilidad que tienen, en la práctica las grandes empresas, de realizar una administración delegada de las tareas que de otra manera debiesen realizar las mutuales. Independientemente de que las empresas opten efectivamente por el mecanismo de administración delegada, el que las empresas tengan la posibilidad de auto-prestarse los servicios provistos por las mutuales le introduce desafiabilidad al mercado.

El hecho de que la mayoría de los servicios provistos por las mutuales generen economías de escala implica que la provisión de servicios será realizada en forma más eficiente por mutualidades que alcancen un cierto tamaño que les permita obtener dichas economías. A pesar de que empíricamente es muy difícil determinar cuál es ese tamaño, la información disponible hace pensar al suscriptor que este tamaño se puede encontrar en la vecindad del 10% del mercado. A modo de ejemplo, el IST tiene

algo más del 10% de participación de mercado en términos de número de afiliados y algo menos de dicho porcentaje en términos del número de empresas afiliadas, según se mostró anteriormente. Por su parte, también se mostró que con un porcentaje de participación cercano al 10% se logra una diversificación de riesgo tanto en términos de actividad económica como de empresas afiliadas. La Tabla 24 indica que la tasa de accidentabilidad del IST ha ido disminuyendo en el tiempo, aunque se mantiene mayor a la de las otras dos mutuales. A partir de toda la información anterior, se concluye que con un tamaño como el del IST, una mutualidad puede diversificar los riesgos del sector económico y del tamaño de empresas adscritas, y puede tener un cierto poder de negociación para obtener mejores condiciones con sus distintos proveedores, los que posteriormente debiesen ser traspasados, al menos en parte, a sus afiliados.

No solamente el tamaño de las mutuales explica sus economías, también el hecho de que integran las funciones de asegurador, prevencionista, proveedor de servicios hospitalarios y proveedor de prestaciones económicas. Ello evita diferentes problemas de incentivos y de optimización local típicos de los sistemas de seguros y de salud, tales como el descuido en la prevención, el sobreconsumo y la subinversión en un ítem en desmedro del otro.

Una muestra de eficiencia y calidad de servicio en el caso de las mutuales es lo que sucede con la tasa de accidentabilidad, ya que se asume que una parte significativa de su labor está dirigida a disminuir dicha tasa. Al respecto, una menor tasa sería el reflejo de una mayor eficiencia. La información presentada en este reporte muestra una clara tendencia hacia la disminución en la tasa de accidentabilidad de las mutuales en Chile. Esta disminución se obtuvo para cada una de las mutuales y para cada uno de los tamaños de empresa analizados.

No obstante lo mencionado en los párrafos anteriores, se estima que se deben seguir realizando esfuerzos para continuar incrementando la competitividad de los

mercados, ciertamente incluyendo al mercado de las mutuales en Chile. Para ello, y entre otros temas, sería interesante discutir medidas que tiendan a: i. disminuir los costos de cambio entre mutuales para los afiliados, ii. analizar las regulaciones para evaluar cuáles son las que afectan en mayor medida la competencia en la industria, y, iii. Analizar las barreras de entrada a eventuales mutuales de menor tamaño que podrían ingresar al mercado.

### 8.4.3 Resultados Análisis de Transparencia y Gobiernos Corporativos

Las mutuales están afectas a una fuerte regulación y fiscalización por parte de la SUSESO, que comprende, entre otras materias, un conjunto de normas detalladas respecto a la forma de operar en los siguientes aspectos: gobierno corporativo, gestión interna, difusión y transparencia, y gestión de riesgos financieros y operacionales, tales como riesgos técnicos, de mercado, liquidez, crédito, reserva por prestaciones y estratégicos.<sup>89</sup>

En la introducción del capítulo sobre Gobierno Corporativo, el regulador define una serie de elementos que se han tenido en cuenta en el análisis y que se reproducen textualmente a continuación:

*“La adopción de buenas prácticas de gobierno corporativo cobra especial relevancia en estos organismos, atendido que el patrimonio que administran está constituido básicamente por cotizaciones de seguridad social y excedentes, lo que condiciona su carácter de recursos públicos afectados al otorgamiento de las prestaciones que cubren las contingencias sociales del seguro que administran. Es por esto que el gobierno corporativo de las mutualidades debe establecer los mecanismos que permitan tanto una gobernanza eficaz,*

*eficiente y sustentable en el tiempo como el adecuado desarrollo del quehacer institucional y el cumplimiento de su rol social con transparencia.*

*Un buen gobierno corporativo en entidades sin fines de lucro permite el adecuado desarrollo del quehacer institucional y el cumplimiento de su rol social con transparencia, lo cual posibilita su legitimidad, reconocimiento y confianza de la comunidad en general. Para ello, no existe un modelo único aplicable a todas las organizaciones sin fines de lucro, por lo que cada organización debe establecer una estructura de gobierno corporativo particular que le permita cumplir con su misión y objetivos de manera efectiva, eficiente, transparente y con probidad, obteniendo de esta manera la legitimidad necesaria. Esto adquiere mayor relevancia cuando se trata de instituciones cuyo eje consiste en otorgar cobertura en prestaciones de seguridad social.*

*En el mismo orden de ideas, la estructura de un gobierno corporativo en las mutualidades, como se señalara, debe tener presente, por sobre todo, su condición de entidades sin fines de lucro de la seguridad social, con las implicancias en relación a la propiedad, y en particular en el caso de la mutualidades de la Ley N°16.744, a la afectación de los recursos que administran.*

*Al respecto, cabe hacer presente que los recursos que las mutualidades de la Ley N°16.744 recaudan, provienen principalmente de las cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, y de las demás fuentes de financiamiento previstas en el artículo 15 de la Ley N°16.744 (multas, rentas, intereses, etc.), y forman un fondo afectado por ley, exclusivamente, al otorgamiento de las prestaciones médicas, económicas y de prevención de riesgos que sean necesarias para enfrentar o prevenir, según sea el caso, las contingencias cubiertas por el aludido seguro social”.*

89 Para más detalle ver el Libro VII sobre Aspectos Operacionales y Administrativos, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Más allá de lo establecido en la ley y en las normativas, se espera que las mutuales, con el propósito de mantener y sustentar su legitimidad social, vayan más allá de la regulación, y que operen por sí solas con los más altos estándares en materia de gobierno corporativo, gestión y transparencia, frente a los distintos grupos de interés y respecto de la sociedad como un todo.

#### 8.4.3.1 Análisis de la autoevaluación de buenas prácticas de los Gobiernos Corporativos de las Mutualidades

Desde la publicación del Compendio de normas del seguro social (SUSESO, 2018), se le exige anualmente a las mutuales que realicen y publiquen una autoevaluación de su cumplimiento de gobierno corporativo. Esto queda enmarcado en definiciones de buenas prácticas sobre gobiernos corporativos elaborado por SUSESO para el sistema de mutualidades. Se accede a la autoevaluación realizada en el 2018 por las mutualidades (no se encuentra para ISL), y se analiza sistemáticamente. El cuestionario de autoevaluación cuenta con 31 preguntas a las que el organismo administrador debe responder si cumple o no. Estas están organizadas por SUSESO en 5 grandes temas<sup>90</sup>. Sin embargo dicha clasificación no permite analizar el cumplimiento en función de los roles que cumple el gobierno corporativo en el sistema, y por tanto se opta por reclasificar las preguntas, acorde a un marco teórico de la literatura (He, Mahoney, & Wang, 2019), y temáticas específicas sobre la actividad y rol que cumplen para cumplir con los objetivos de la organización (Young & Thyl).<sup>91</sup>

En la literatura el gobierno corporativo, y en particular el directorio pueden poseer una serie de roles, que varían principalmente acorde al entorno competitivo, el marco

regulatorio, la cultura de la empresa y la distribución del control de la organización (He, Mahoney, & Wang, 2019). Hay tres visiones complementarias que analizan el actuar e impacto del gobierno corporativo:

- **Organización como recurso:** En ausencia de problemas de agencia, el modo de organización y gobernanza definen el nivel potencial que puede alcanzar la actividad competitiva de una empresa;
- **Teoría de la agencia:** Los componentes motivacionales del gobierno corporativo (por ejemplo, monitoreo de la junta, compensación ejecutiva y propiedad institucional) afectarán el nivel real de actividad competitiva de una empresa al moderar la relación entre la capacidad de la empresa, su actividad competitiva y el riesgo moral de los stakeholders.
- **Capital Social:** El gobierno corporativo y en particular el directorio, al ser un mecanismo único en la organización, puede complementar a la empresa con acceso a información y recursos, lo que tiene un impacto directo en la actividad competitiva de la empresa.

Dado que los servicios que prestan las mutualidades en Chile están normados por ley, a la vez que vincula a Pacientes, Empleadores, Proveedores de SSL y aseguradores de SSL, el principal rol que tendrá es el control de los problemas de la agencia de la organización para con sus Stakeholders. Como se observa en la Tabla 26, bajo esta clasificación se encuentran la mayor parte de las temáticas que abordan las preguntas de la autoevaluación.

Dado que los ingresos y la forma de competir están normados por ley (no se puede competir por tasa, la cual es fija, se compete por calidad de prestaciones), el gobierno corporativo es un recurso que puede promover la eficiencia y potencial de las mutualidades, lo que se ve reflejado en la preponderancia de las preguntas sobre *governance* (Tabla 26) en el cuestionario de la SUSESO.

90 (1) Sobre el directorio, (2) Sobre Junta General de Adherentes, (3) Sobre los comités del Directorio, (4) Sobre los directores y la alta gerencia, (5) Sobre otras materias.

91 En la Tabla 26 se presenta (última columna a la derecha) como se clasificaron las preguntas que componen la autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo.

**Tabla 26:** Análisis de autoevaluación de buenas Prácticas de gobierno corporativo.

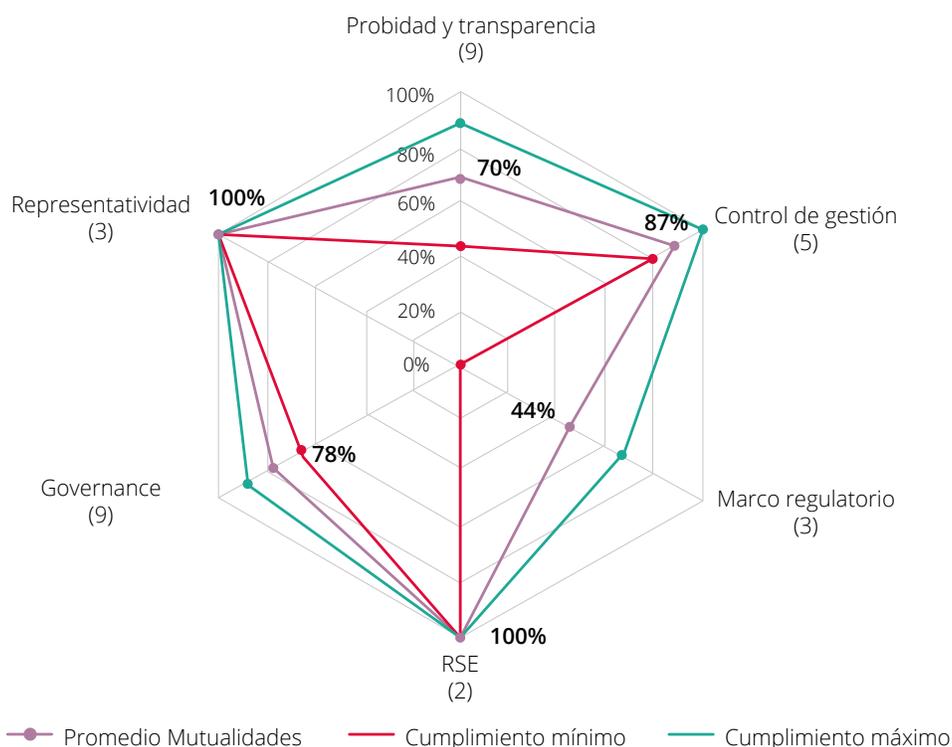
Análisis funciones gobierno corporativo	Función específica	Número de preguntas Autoevaluación (SUSESO)	Clasificación preguntas
Teoría de la agencia	Probidad y Transparencia	9 (29%)	1,2,3,17,22,24,26,30,31
Teoría de la agencia	Control de gestión	5 (16%)	4,6,7,11,13
Teoría de la agencia	Marco regulatorio	3 (10%)	19,28,29
Teoría de la agencia	RSE	2 (6%)	25,27
Organización como recurso	Governance	9 (29%)	5,8,9,10,12,14,16,18,20
Capital Social	Representatividad	3 (10%)	15,21,23

**Fuente:** elaboración propia.

Se analizaron las respuestas de las mutualidades respecto al nivel de cumplimiento que alcanzan en cada una de las dimensiones mencionadas. En la Figura 58 se presenta el cumplimiento promedio del sistema (línea azul), así como los mínimos (línea roja) y máximos (línea verde) observados entre todas las mutualidades.

Como se puede apreciar, emergen dos dimensiones con brechas: Marco regulatorio y Probidad y Transparencia, lo que revela la necesidad de reducir las brechas en dos temáticas de suma importancia.

**Figura 58:** Análisis por dimensión de acción de gobierno corporativo y directorio.



**Fuente:** autoevaluación Buenas Prácticas Gobierno Corporativo Mutualidades, 2018.

La brecha detectada en probidad y transparencia resulta llamativa, por cuanto es un tema de muy relevante para controlar los problemas de agencia entre todos los actores del sistema, tema fundamental.

Por último, el no cumplimiento de la normativa y directivas de la SUSESO puede atentar contra la sustentabilidad del sistema, y/o exacerbar los problemas de agencia (por la reducción del control del riesgo moral que implican), por lo que ambas temáticas que mostraron deficiencias son complementarias y están relacionadas.

### 8.4.3.2 Misión y Visión

La Misión de una institución ha de ser trascendente, motivante, distintiva y específica de una organización, describiendo las aspiraciones organizacionales y la razón de ser o existir de la institución. Adicionalmente, la Misión le da el sentido a la dirección de la Visión y de la estrategia de la compañía y por tanto ha de ser factible de alcanzar, aun cuando sea muy ambiciosa.

La Visión señala los “objetivos estratégicos” y los propósitos en cuanto a qué futuro se desea lograr. En general describe el negocio y fija las metas, estableciendo un punto final definido para llegar dentro de un plazo de tiempo. Entre otros aspectos, la Visión debe articular para la organización un futuro inspirador, ser consistente con la Misión y la estrategia, ser específica, medible, breve, clara y especialmente alcanzable por la organización dentro del plazo que se fije.

A partir del análisis de la Misión y Visión de cada una de las mutuales, se sugiere que se revisen y precisen las definiciones a la luz de las características ya señaladas. En particular llama la atención que en algunos casos los objetivos no sean suficientemente realistas y alcanzables por la organización, ni tampoco se establezcan metas precisas y medibles dentro de plazos razonables. En esta misma línea, se estima recomendable acotar los objetivos, definir un conjunto de indicadores, y a la vez establecer benchmarks internacionales contra los cua-

les plantearse metas y medirse en el tiempo; esto allende del análisis comparativo entre competidores que se realiza a nivel nacional y de la mejora en la evolución tendencial a través del tiempo.

### 8.4.3.3 Valores, Principios y Capacitación

Los valores y principios reflejan lo que es importante para la organización, y más que unos mínimos de cumplimiento, o unos límites sobre lo que no se debe hacer, han de buscar la promoción de la excelencia de las personas, de la organización y de la sociedad. En ese sentido se puede decir que han de ser una guía para la excelencia humana en la organización.

La dimensión positiva de la ética empresarial pone el énfasis en que cada uno procure, a través de su actuar, ser una mejor persona, y a la vez, que ayude a los demás a que logren desarrollarse como mejores personas.

La otra dimensión de la ética, aquella que establece límites voluntarios a nuestras acciones, nos interpela diciéndonos qué acciones no se deben llevar a cabo por cuanto conllevan consecuencias negativas desde un punto de vista moral.

Un directivo no solo debe evitar realizar acciones negativas, sino que también debe dar lo mejor de sí en la búsqueda de acciones positivas que contribuyan a su propio bien como persona, al bien de sus trabajadores y organización, y al bien de los distintos grupos de interés, del medioambiente y de la comunidad.

Cuando se analiza lo que implica administrar una organización, se constata que la ética influye sobre la gestión de una empresa de 7 maneras o vías distintas:

- Primero, a través de las acciones y decisiones de gestión que toman los directivos, y la responsabilidad que se deriva a partir de ellas.
- Segundo, por medio de las ideas y valores que impulsan la forma en que se lleva a cabo la gestión.

- Tercero, a través de los hábitos morales de los directivos.
- Cuarto, en la forma como se ejerce el liderazgo.
- Quinto, en la cultura organizacional que se crea y desarrolla, la que da señales específicas respecto del comportamiento esperado de las personas que trabajan al interior de la compañía o se relacionan comercialmente con ella.
- Sexto, en las prácticas organizativas al interior de la institución.
- Séptimo, en la reputación y confianza, tanto al interior de la compañía como respecto de los distintos *stakeholders* o grupos de interés.

Del análisis que se realizó, se propone que en algunos casos se revise críticamente el conjunto de valores y principios que se han establecido, e incorpore de forma destacada la transparencia hacia la sociedad como uno de ellos. Es importante recordar que éstos han de señalar normas y metas prácticas de comportamiento, estableciendo puntos de referencia que orienten la actuación personal e institucional y que motiven a actuar buscando el bien en la sociedad.

Respecto de la transparencia, es conveniente que cada mutualidad defina una política, que vaya más allá que lo exigido por la ley y las normas, y trabaje en desarrollar una cultura organizacional en este sentido. Se sugiere ser proactivos en el tema de transparencia y en el diseño de mecanismos eficaces de difusión de la información a los distintos grupos de interés y al público en general. Más adelante se volverá sobre este punto.

También se propone reforzar los programas y frecuencia de capacitación y difusión de los valores y principios, tanto al interior de la organización como con aquellas instituciones que se relacionan comercialmente.

Por último, parece importante que los valores y principios sean incorporados en la evaluación de desempeño de las personas, no solo mirando la visión de cumplimiento, sino que también teniendo en consideración la visión positiva señalada más arriba, en cuanto a la proactividad en la construcción de una cultura organizacional de excelencia.

#### 8.4.3.4 Objetivos sociales y creación de valor

Si bien, como se señaló anteriormente, existe una fuerte regulación sobre las mutuales en materia de gobierno corporativo, gestión, manejo de riesgos, difusión y transparencia, y a la vez cada una de ellas ha ido avanzando en distintas mejoras, se sugiere que cada mutualidad profundice su trabajo en los siguientes aspectos:

- a) Mayor claridad en especificar los objetivos sociales que persigue y la creación de valor que realiza, distinguiendo las acciones que lleva a cabo, las metas y la medición de resultados.
- b) Establecer mejores procedimientos y métricas comparativas para medir el logro de los mismos.
- c) Por la sensibilidad social, destacar las acciones que llevan a cabo en beneficio de las Pymes y las empresas que están en regiones. Mostrar de mejor manera lo que hacen.
- d) Mejorar los informes de análisis de reclamos, segmentando por las dimensiones más relevantes.
- e) Especificar de forma más clara, transparente y precisa, la política de reinversión de los excedentes en beneficio de sus afiliados. Mostrar los planes que existen y las necesidades de recursos asociados a ellos. Faltan "medidas" concretas de uso de excedentes. Se podría

decir que se constata el espíritu de un buen uso, pero no queda claro cómo se aterriza y posteriormente como se comunica esto.

f) Especificar y dar a conocer los mecanismos que se han diseñado para garantizar la eficiencia en el uso de los excedentes de acuerdo a los objetivos sociales.

g) Desarrollar un plan de comunicación y entrega de información pública y transparente acerca de cómo se cumplen los objetivos sociales y cómo se crea valor para los afiliados y para la sociedad.

h) Se sugiere evaluar la creación de una sección especial en la web que diga relación con estas materias.

i) Diseñar e implementar planes para compartir parte de su aprendizaje a toda la sociedad. A modo de ejemplo, poner a disposición del público en general la experiencia en investigación en temas de enfermedades, ofrecer a través de medios digitales cursos de capacitación básicos sin costo, etc.

#### 8.4.3.5 Estructura societaria

Una de las críticas permanentes a las mutuales ha sido la creación y operación de sociedades relacionadas que podrían prestarse para problemas de control, conflictos de interés, desviación de fondos y otros eventuales fines contrarios a los establecidos en la regulación. Aun cuando existen normas específicas en esta materia, y cada mutualidad cuenta con políticas de conflictos de interés, se sugiere que, para evitar estas críticas y sospechas, continúen avanzando en la simplificación societaria para dejar solo aquellas sociedades que son absolutamente imprescindibles para garantizar una operación eficiente en virtud de los objetivos sociales. Una vez que se finalice la simplificación, sería conveniente explicar de manera pública y transparente las razones que justifican las sociedades remanentes, las políticas que han de guiar su actuar, y los criterios que se usarán para valorar las transacciones entre partes relacionados, siendo el prin-

cipal criterio que sean a precios de mercado, u otro justificado en caso que éste no exista.

#### 8.4.3.6 Identificación y gestión de riesgos

Cada mutualidad tiene por normativa y por buena práctica un modelo de identificación y gestión de riesgos.

En esta materia se sugiere que las mutuales que no lo hayan hecho, evalúen la conveniencia de implementar el nuevo modelo COSO ERM, aprobado en 2017, denominado *Enterprise Risk Management Framework: Integrating with Strategy and Performance*.

Las ventajas de este nuevo modelo es que está integrado al negocio propiamente tal, refuerza la importancia de creación de valor, y se encuentra totalmente entrelazado a la estrategia, sus objetivos y los resultados.

El nuevo Marco se focaliza en cinco componentes, e introduce 20 principios que se despliegan a lo largo de estos cinco componentes. Estos son:

#### Gobierno y Cultura

1. La alta dirección ejerce supervisión sobre los riesgos (principal responsable).
2. Establece estructuras operacionales para la gestión de riesgos.
3. Define la cultura deseada (define el "tone at the top", aversión al riesgo, importancia, etc).
4. Demuestra compromiso respecto de los valores (que guían el proceso y marcan objetivos).
5. Atrae, desarrolla y retiene a las personas capaces (claves en esta visión integrada).

#### Estrategia y Establecimiento de Objetivos

6. Analiza el contexto del negocio y sus potenciales efectos en el perfil de riesgo (tendencias de mercado, cambios regulatorios, factores políticos, tecnológicos, ambiente interno, etc.).
7. Define el "apetito" por riesgo y establece límites (rango, límite máximo, mínimo, cualitativo o cuantitativo, etc.)

En el contexto de creación, conservación y realización del valor.

8. Evalúa las distintas estrategias factibles y el potencial impacto que pueden generar en el perfil de riesgo.
9. Formula objetivos de negocio acorde a la estrategia y considera el riesgo de los mismos.

### Desempeño

10. Identifica riesgos que impactan la estrategia y los objetivos de negocio.
11. Evalúa la gravedad o impacto del riesgo.
12. Prioriza riesgos acorde a su impacto y al perfil de riesgo aceptado.
13. Implementa respuestas para enfrentar los riesgos.
14. Desarrolla una mirada de portfolio del riesgo que está asumiendo la empresa.

### Revisión y Evaluación

15. Identifica y evalúa cambios que pueden afectar de manera sustancial la estrategia y los objetivos de negocio establecidos.
16. Revisa los resultados de la compañía y considera el riesgo enfrentado (análisis crítico de lo sucedido para retroalimentar el proceso).
17. Busca el mejoramiento de la gestión de riesgo empresarial (incorporar más tecnología, mejorar procesos, redefinir el “apetito por riesgo”, etc)

### Información, Comunicación y Reporte

18. La organización aprovecha los sistemas de información y la información que posee para apoyar la gestión de riesgo empresarial.
19. La organización usa los canales de comunicación para apoyar la gestión de riesgo empresarial (comunicación al interior de la organización, al directorio y comités, a los accionistas, a los analistas y a otros *stakeholders*)
20. La empresa informa sobre riesgo, cultura y desempeño a través de sus distintos niveles y a lo largo de toda la organización.

### 8.4.3.7 Modelos de Cumplimiento o *Compliance*

Adicionalmente a lo que establece la normativa, y al tratamiento que cada mutualidad le ha dado a los temas de cumplimiento, se sugiere que quienes no lo hayan hecho contraten el servicio de certificación del modelo que han implementado. Contar con una certificación externa garantiza, frente a los distintos grupos de interés, que el modelo en cuestión satisface altos estándares de calidad. Es importante que la certificación la entregue una institución con prestigio, experiencia e independencia en la materia.

También sería conveniente que las mutuales reforzaran la capacitación en esta materia con sus colaboradores y con las empresas con las cuales operan comercialmente.

### 8.4.3.8 Programa de cumplimiento de la normativa de libre competencia

Actualmente es muy importante crear en las distintas instituciones una cultura de cumplimiento con la normativa de libre competencia. Para estos efectos, lo primero que se requiere es contar con el compromiso de la alta dirección de la compañía, que está compuesta por el Directorio, el Comité de Auditoría, el Gerente General y los demás gerentes que componen el nivel superior jerárquico de la estructura organizacional.

Una vez que existe este compromiso, la alta dirección debe de comunicar esta decisión a todos los integrantes de la empresa e instruir a los ejecutivos para que pongan en marcha la elaboración de un Programa de Cumplimiento, asignando fondos y personas para que trabajen en las distintas etapas que esto conlleva.

Para diseñar un plan de este tipo es útil basarse en la guía de “Programas de Cumplimiento de la Normativa de Libre Competencia” que publicó en junio de 2012 la Fiscalía Nacional Económica. Esta guía tiene por objetivo incentivar a los diversos agentes económicos a desarrollar mecanismos internos que busquen prevenir la comisión de infracciones a la normativa de libre competencia.

Esta guía debe ser considerada sólo como una pauta donde se señalan de forma genérica cuáles son los requisitos mínimos que debe cumplir un programa de cumplimiento de la normativa de la libre competencia.

En la introducción de esta guía se señala que “Los Programas son un mecanismo eficiente y efectivo de prevención, de detección y de control de daños, ya que brindan pautas internas acerca de las correctas formas de reacción, permitiendo así la no ocurrencia o la reducción de los efectos negativos del actuar anticompetitivo tanto para la empresa como para la sociedad”.

#### **8.4.3.9 Trabajo conjunto con la Asociación de Mutuales**

Del diagnóstico se desprende la conveniencia de potenciar el trabajo conjunto y la labor realizada a través de la Asociación de Mutuales para dar a conocer de mejor forma el rol social que cumplen las mutuales. En particular se propone:

a) Diseñar un plan de trabajo con los distintos grupos de interés que incluya: identificación y priorización, análisis de imagen y marca de cada una de las mutuales frente a estos grupos de interés, análisis de sus demandas y expectativas, mapa de riesgos, y la definición de una estrategia y de acciones concretas a llevar a cabo con los más relevantes. Para lograr este objetivo es clave que cada una de las mutuales comparta los estudios que han realizado en estas materias.

b) Compartir la información y planes que poseen las distintas mutuales, y diseñar en conjunto un plan de comunicación con los diversos grupos de interés.

c) Diseñar una estrategia para abordar con el regulador y procurar encontrar una solución al problema que se genera en ocasiones respecto de si el tratamiento de la enfermedad de una persona es responsabilidad de una mutualidad o del sistema de salud, entiéndase Isapres o Fonasa. Este es un tema muy sensible para los usuarios y es fuente de muchas quejas.

d) Diseñar e implementar un plan que asegure el cuidado de la libre competencia en la operación de la Asociación. Una buena guía en este tema es el material de promoción publicado por la Fiscalía Nacional Económica denominado “Asociaciones Gremiales y Libre Competencia”.

#### **8.4.3.10 Funcionamiento del Directorio**

El Directorio es un órgano clave en la gobernanza y funcionamiento de las mutualidades, por lo cual es fundamental que tanto su composición como mecanismos de acción cumplan, y ojalá excedan, los más estrictos criterios de eficiencia y transparencia. En ese contexto, y a la luz del análisis realizado es posible observar lo siguiente:

a) El Capítulo III del Libro VII del Compendio de Normas (SUSESO, 2018) señala que los directores durarán tres años en sus funciones y podrán ser reelegidos, sin establecer un plazo máximo de reelección. En la práctica, en algunas mutuales hay directores que han sido reelectos en numerosas ocasiones. Para evitar la crítica de falta de rotación en estos cargos, se sugiere que las mutuales que aún no lo hayan efectuado, establezcan un período máximo de duración del cargo de director y Presidente. Un plazo prudencial puede ser de 6 o 9 años.

b) Por la composición del directorio, puede existir un desequilibrio en la formación profesional y en las capacidades técnicas de los distintos directores. Por este motivo puede ser conveniente que cada mutualidad evalúe la incorporación permanente de asesores expertos e independientes, con el propósito de reforzar tanto a los directores empresariales como laborales.

c) Aunque es un detalle menor, se propone cuidar la forma en que se comunica públicamente la información sobre las remuneraciones de los directores por su participación en las reuniones de directorio y en los comités, dejando claro y de manera explícita a qué ítem corresponde cada remuneración. Sería conveniente también explicar en una nota destacada que la remuneración del director por su asistencia a las reuniones de directorio está fijada por ley en un nivel sumamente bajo, y así mismo, explicar cuáles son los criterios que se consideran en la fijación de las remuneraciones por la participación en los diversos comités.

#### 8.4.3.11 Transformación digital de las organizaciones

Las mutualidades ya están avanzando en la transformación digital en distintos grados, sin embargo se estima que es conveniente acelerar su implementación. De la mano de una mayor integración de los sistemas, se podrán mejorar y efficientar procesos internos, generar y acceder a información en tiempo real y perfeccionar la medición de resultados.

La integración de la información se traduce en el largo plazo en mayor capacidad de la organización para incrementar la eficiencia de la infraestructura hospitalaria, así como entregar información de detalle y de calidad para determinar y luego gestionar correctamente, el estándar de prestaciones médicas que se requieren en cada situación y dolencia.

La transformación digital impacta positivamente no sólo en la eficiencia y eficacia con que realizan su labor los prestadores del SSL, sino que también en la calidad y la transparencia de los servicios ofrecidos.

La transformación digital de las instituciones gubernamentales relacionadas a la salud laboral sin duda sería un factor fundamental para acelerar este proceso.

## 9. ROL DEL ESTADO EN LA SSL

En esta sección se intenta evaluar el desempeño del Estado en los tres ámbitos acción que tiene en relación con la SSL (que fueron explicados en la sección 3.1.4): controlador, normativo y proveedor de servicios de SSL.

### 9.1 Controlador del sistema de SSL

El Estado en su rol de controlador debe supervisar el funcionamiento del sistema de SSL, ejerciendo su rol de fiscalizador, asegurándose que cada actor cumpla con lo establecido en las normativas.

Como resulta evidente a partir del diagrama de la Figura 5 (página 25), existe una gran diversidad de organismos públicos que participan como controladores del sistema, lo que podría derivar en problemas de coordinación entre ellos, al no existir, en la práctica, un ente rector a cargo de coordinarlos. Ante esto, existe el riesgo de una baja complementariedad en la labor de regulación y fiscalización, restando eficiencia a la tarea, y posibles diferencias de criterio frente a un mismo hecho, lo cual podría afectar la legitimidad de la fiscalización. Un ejemplo de esta diferencia de criterio entre instituciones fiscalizadoras se da de manera clara entre las SEREMI de salud. Si bien todas dependen del ministerio, cada una sigue sus propios lineamientos, pudiendo fiscalizar entonces con distinto criterio en cada una de las regiones.

### 9.2 Normativa de la SSL

Desde el establecimiento de las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales el año 1968 se han discutido y promulgado una serie de leyes y normativas para regular la SSL en Chile. En el Anexo 3 de este documento se muestra una recopilación de todos los proyectos de ley que modifican la normativa relevante respecto a las mutuales en Chile desde el año 1993. Es preciso advertir que los proyectos más relevantes consisten en aquellos que son promocionados por el Ejecutivo, dado que, según lo dispuesto por el artículo 65 inciso tercero y número 6 de la Constitución Política, las leyes para “establecer o modificar las normas sobre seguridad social o que incidan en ella” son materia exclusiva de iniciativa del Presidente de la República. Con todo, es frecuente que ciertas mociones parlamentarias sean recogidas por el Ejecutivo.

Existen diferentes tipos de normas jurídicas en Chile, ordenadas jerárquicamente, las cuales estructuran, definen, regulan e instruyen a los actores involucrados a actuar conforme a lo regulado. Específicamente, el orden jerárquico, de más importante a menos importante, se puede apreciar en la Tabla 27 a continuación:

**Tabla 27:** Jerarquía normas jurídicas en Chile.


<b>Constitución</b>	Constitución Política
<b>Ley</b>	Ley Reforma Constitucional
	Ley Orgánica Constitucional
	Ley Quórum Calificado
	Ley Ordinaria Simple
	Decreto con Fuerza de Ley
<b>Decreto</b>	Decreto Supremo
	Decreto Ley
	Norma Jurídica
<b>Norma</b>	Norma Común
	Reglamentos
<b>Reglamento</b>	Reglamentos
<b>Instrucción</b>	Instrucciones
<b>Resolución</b>	Resoluciones
<b>Circular</b>	Circulares

**Fuente:** elaboración propia.

Las leyes son aprobadas por el poder legislativo, los decretos son una facultad del poder ejecutivo y las circulares pueden ser publicadas por los organismos encargados, tales como las superintendencias.

En el caso de la SSL, la Ley N°16.744 enmarca las normas de accidentes laborales y enfermedades profesionales, y los decretos, tales como el 101, que aprueba el reglamento para la aplicación de la ley N°16.744,

el decreto 109, que reglamenta la calificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, entre otros, dan consistencia para la aplicación de la ley. Las circulares pueden agruparse, tal como es el caso del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SU-SESO, 2018). Este compendio se ve constantemente modificado por distintas resoluciones que cambian alguna de las circulares contenidas en él.

### 9.3 Proveedor de servicios de SSL

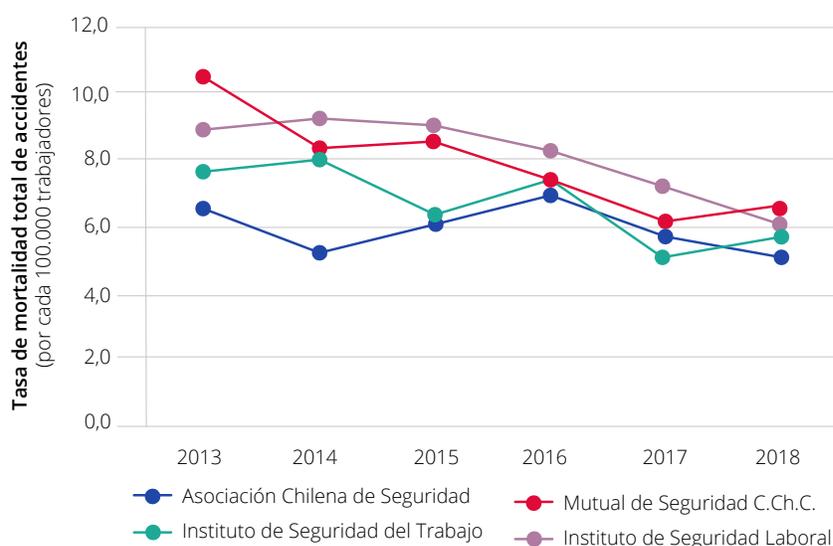
Además del rol como fiscalizador y regulador, el Estado cumple una función como organismo administrador por medio del Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Este es un organismo público autónomo, descentralizado y con patrimonio propio, que se relaciona con el poder ejecutivo a través de la Subsecretaría de Previsión Social. Es la institución encargada de administrar el seguro de la Ley N° 16.744 para los trabajadores dependientes e independientes que no estén adheridos a otro organismo administrador (OIT, 2016). Así como los organismos administradores privados, su principal función es asegurar la entrega de las prestaciones que determina la Ley N° 16.744.

Para evaluar el rol del Estado como organismo proveedor de servicios de SSL se solicitó información al ISL necesaria para desarrollar un modelo econométrico similar a los mencionados anteriormente, pero a la fecha en que se redactó este documento no había sido recibida. No obstante lo anterior, utilizando datos publicados por la SUSESO es posible observar la tasa de mortalidad de accidentes de trabajo para mutualidades e ISL, la que se muestra en la Figura 59.

La mayor tasa anual de mortalidad de accidentes observada corresponde en varios años a la de los afiliados del ISL. No obstante, dado que el ISL es el organismo administrador por defecto<sup>92</sup>, es más probable que trabajadores de pequeñas empresas, empresas de industrias más riesgosas (sesgo de selección adversa por los incentivos que poseen las empresas) y trabajadores domésticos (debido a un sesgo de selección individual y/o incentivos en la captación por parte de los prestadores del SSL, como se argumenta en la sección 4.2.4) sean afiliados a este, lo cual podría explicar los resultados observados. Contando con la información de desempeño del ISL y la composición de su masa de afiliados, podría realizarse un estudio más profundo, utilizando econometría, para identificar si esos resultados están bajo o sobre el desempeño esperado.

Es relevante mencionar que es probable que un porcentaje de los accidentes y enfermedades profesionales de afiliados al ISL estén siendo abordados por la salud pública común, ya que el Código del Trabajo, hasta el año 2018, hacía una distinción entre “empleados” y “obreros”, y los accidentes y enfermedades profesionales de estos últimos, al ser atendidos en el sistema público de salud, no siempre eran clasificados como laborales, y por lo tanto no quedaban registrados en las estadísticas del ISL.

**Figura 59:** Tasa de Mortalidad Total.



**Fuente:** elaboración propia basada en Estadísticas SUSESO 2018.

92 Si el empleador no escoge una mutualidad su organismo administrador será el ISL.

## 10. DESAFÍOS DEL SSL EN CHILE

El 14 de Enero de 2019 se desarrolló un taller de exposición de las principales conclusiones expuestas en este diagnóstico al que asistieron los siguientes representantes de las autoridades nacionales del área, mutualidades, empresas y el mundo académico: Emilio Torres, Jefe Departamento de Fiscalización SUSESO; Guillermo Salinas, CUT; Roberto Morales, CUT; Oscar Olivos, CAT; Cristóbal Fernández, Abogado Asociación de Mutuales; Ernesto Evans, Director Asociación de Mutuales; Roberto Morrison, CChC; Pablo Bobic, Gerente Legal CPC; José Videla, Encargado de Desarrollo Laboral en CMF; Muriel Sciaraffia, Abogada SOFOFA; Félix Arredondo, Investigador ISL; Augusto Vega, Director Laboral IST; Paulina Cuadra, Gerente Planificación y Estudio IST; Raúl Rojas, Gerente Prevención IST; Ricardo Acuña, Fiscal IST; Héctor Jaramillo, Gerente Corporativo de Seguridad y Salud en el Trabajo Mutual; Cristóbal Cuadra, Fiscal ACHS; Juan Luis Moreno, Gerente de Operaciones ACHS; Carmen Domínguez, Profesora Escuela Derecho UC; Gonzalo Edwards, Profesor Instituto de Economía UC.

Durante el taller se presentaron los principales resultados del diagnóstico realizado y se generó una instancia participativa con foco en las dimensiones técnicas y político-sociales relacionadas a la SSL. En esta instancia, se discutieron los principales desafíos para el sistema de SSL, concluyendo que éstos son:

- Legitimidad social del sistema de SSL.
- Enfermedades profesionales en el sistema de SSL.
- Incorporación de trabajadores independientes al sistema de SSL.
- Sustentabilidad económica del sistema de SSL.

A continuación se describen brevemente estos desafíos.

### 10.1 Legitimidad Social

La legitimidad social puede entenderse como “la percepción generalizada o asunción de que las actividades de una entidad son deseables, correctas o apropiadas dentro de algún sistema socialmente construido de normas, valores, creencias y definiciones” (Díez, Blanco, Cruz, & Prado, 2014).

Tanto en Chile, como en varios países del mundo, la legitimidad social se ha visto debilitada. Existe un amplio cuestionamiento sobre la forma en que operan y el nivel de utilidades que tienen las empresas de ciertas industrias, muchas de las cuales proveen productos y/o servicios que la ciudadanía considera como derechos sociales. Estos cuestionamientos, fundados muchas veces en malas prácticas empresariales, han aumentado el descontento de una ciudadanía cada vez más empoderada, erosionando la legitimidad social y constituyéndose en un riesgo real para la continuidad de muchas organizaciones.

En Chile han existido fuertes cuestionamientos sociales en varias industrias y servicios, dos de los más cercanos a las mutualidades tuvieron relación con el cuestionamiento a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y al sistema de pensiones administrado por las Administradoras de Fondos de Pensión (AFP).

#### Cuestionamiento a Isapres

El alza de los planes de las isapres se debe a varios factores que resultan producto de las condiciones económicas ambientales, así como los incentivos del sistema. Al tratarse de un sistema de seguro individual, la prima depende principalmente del riesgo individual del afiliado, por tanto, la isapre actualiza el riesgo (y costo del seguro) del afiliado a mayor edad

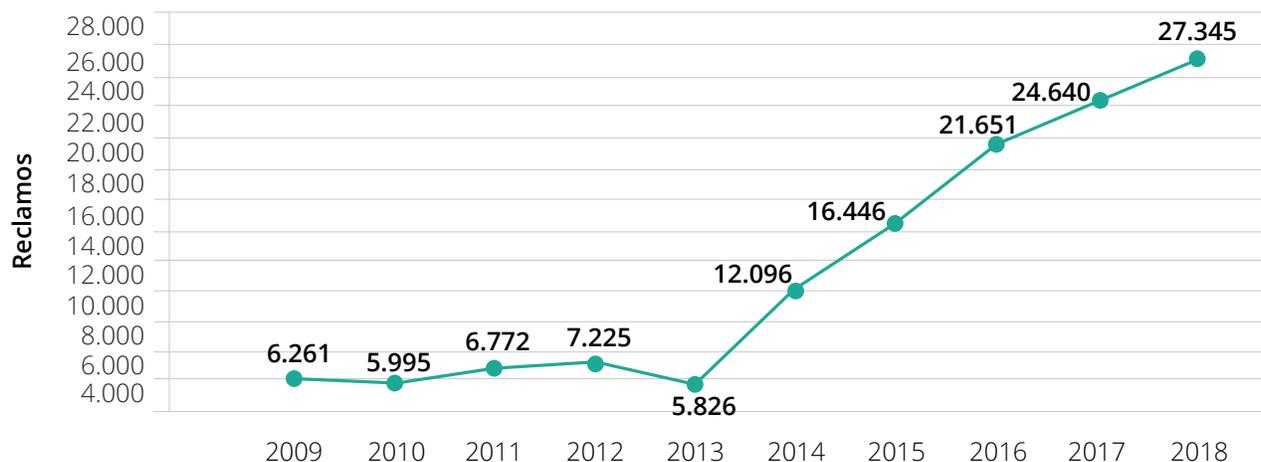
y preexistencias. Por tanto y por construcción, posee bajos niveles de solidaridad de ingreso (aunque recientemente si por sexo), y bajos niveles de solidaridad intergeneracional.

Dado que los prestadores (integrados con Isapres además) compiten y que el paciente se le abre la posibilidad de elección de prestador, en la medida que exista un pago por provisión (fee-for-service) se generan incentivos para que dichos prestadores compitan mejorando eficiencia, pero también seleccionando a los pacientes más rentables y eventualmente promoviendo el exceso de demanda para rentabilizar su operación (demanda inducida).

Por último y sumado a todo lo anterior, el aumento de los costos de la salud se ha mantenido consistentemente por sobre el IPC, acrecentando el costo de la salud y los planes relacionados.

Como consecuencia, el actual sistema privado de seguro de salud, que atiende a cerca de un 20% de la población, se encuentra sumido desde hace años en una fuerte judicialización debido a alzas unilaterales de los precios de sus planes (el año 2018 se estimó que 2 millones de usuarios tendrán alza en su plan), y también a precios diferenciados según edad y sexo y las solicitudes de rebaja del precio del plan por cambio en el tramo de edad. Todos elementos que la población considera como injustos y arbitrarios, y han gatillado un alza sostenida de los reclamos de los usuarios (Figura 60).

**Figura 60:** Reclamos a Isapres presentados anualmente a la Superintendencia de Salud.



**Fuente:** Superintendencia de Salud.

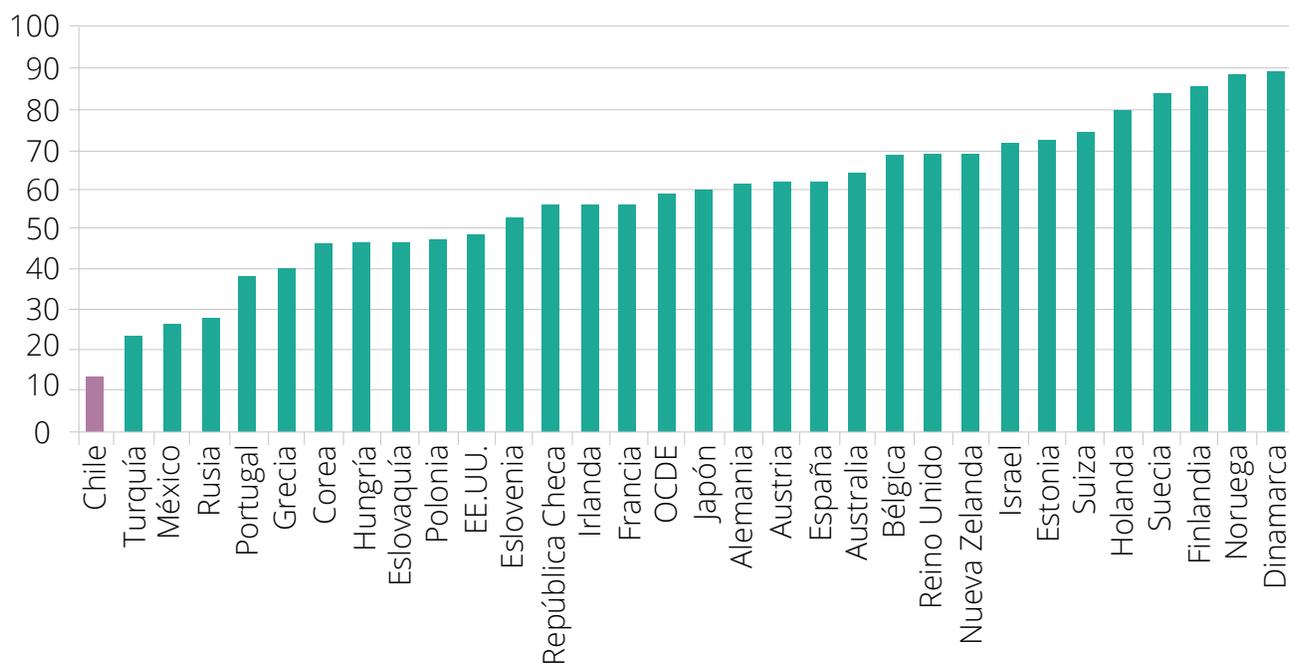
### Cuestionamiento al sistema previsional de capitalización individual

El Sistema Previsional de capitalización individual que existe en Chile enfrenta serios cuestionamientos, principalmente porque la premisa sobre el cual se creó el sistema, no se cumplió: las pensiones que los chilenos reciben son, en la práctica, inferiores al 70% de reemplazo proyectado, generando adultos mayores con ingresos insuficientes para su subsistencia.

Si bien existen diversos factores que explican esta promesa no cumplida, la gran mayoría no gestionables por las AFP, como baja en la rentabilidad esperada del mercado, y lagunas previsionales de los afiliados, son estas las instituciones sindicadas socialmente como responsables de esta situación.

Resulta relevante apuntar que el nivel de confianza en Chile, factor crítico para construir legitimidad social, es el más bajo de los países de la OCDE (Figura 61)<sup>93</sup>.

Figura 61: Confianza en Países OCDE y Rusia.



Fuente: World Values Survey 2010-2014

Adicionalmente parece existir en la ciudadanía un bajo nivel de comprensión del funcionamiento del sistema de protección social descrito en la Sección 2. Parte del problema viene dado por la complejidad del sistema, la complejidad para conocer que institución es la responsable de gestionar cada elemento, burocratización, así como la necesidad de arbitrar entre proveedores de seguridad social que poseen responsabilidades sobrepuestas (como salud común y SSL).

En particular para la SSL, los afiliados no poseen claridad sobre el rol de las mutualidades, cómo funcionan, qué nivel de transparencia tiene su gestión, y qué legitimidad técnica tiene la clasificación actual de accidente o enfermedad profesional. (Oyanel, Sánchez, Inostroza, Mella, & Vargas, 2014).

Si bien la legitimidad social no es una preocupación exclusiva de la SSL, considerando los argumentos anteriores es claro que constituye uno de sus principales desafíos.

93 Encuesta pregunta si se puede confiar en la "mayoría de la gente".

## 10.2 Enfermedades profesionales

La realidad del mercado laboral del país ha cambiado significativamente en los últimos decenios (ver sección 13.4 (Anexo) para más detalle), lo que ha ido modificando las problemáticas de salud y seguridad

del trabajo. En ese contexto, y como se aprecia en la Figura 62, se observa una tendencia al aumento en la tasa de denuncia de enfermedades profesionales (no así de las enfermedades consideradas como profesionales), así como del gasto en enfermedades profesionales en los últimos años (ver Figura 64).

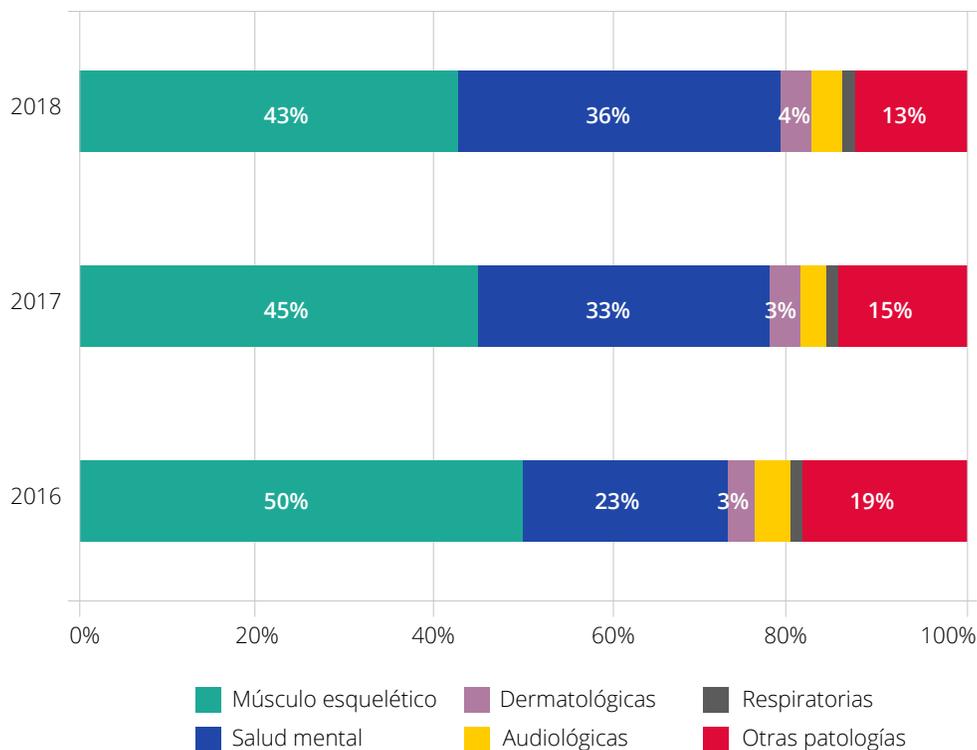
**Figura 62:** Enfermedades profesionales en Chile, diagnóstico de enfermedades profesionales y tasa por persona cubierta.



**Fuente:** elaboración propia, basado en datos de SUSESO y SISESAT.

La tasa de denuncia de enfermedades profesionales en Chile es alta con respecto a otros países (tal como se mostró en la Figura 18) y su aumento puede deberse a los incentivos al arbitraje entre el sistema de salud común y laboral, ante las diferencias de coberturas y prestaciones entre los sistemas, y en particular, a un incremento del reporte de enfermedades mentales (ver Figura 63).

Es relevante notar que las denuncias por EP han aumentado desde que empezó a regir el nuevo protocolo de calificación, ya que casos que son de origen común (como, por ejemplo, una amigdalitis), antes del año 2016 eran derivados de inmediato al sistema común, sin embargo, hoy deben ingresar al sistema con una denuncia de EP (DIEP), para ser calificados como de origen común por el comité de calificación.

**Figura 63:** Tipo de enfermedades profesionales sobre el total de denuncias.

**Fuente:** Informe Anual Estadísticas de Seguridad Social 2018, SUSESO.

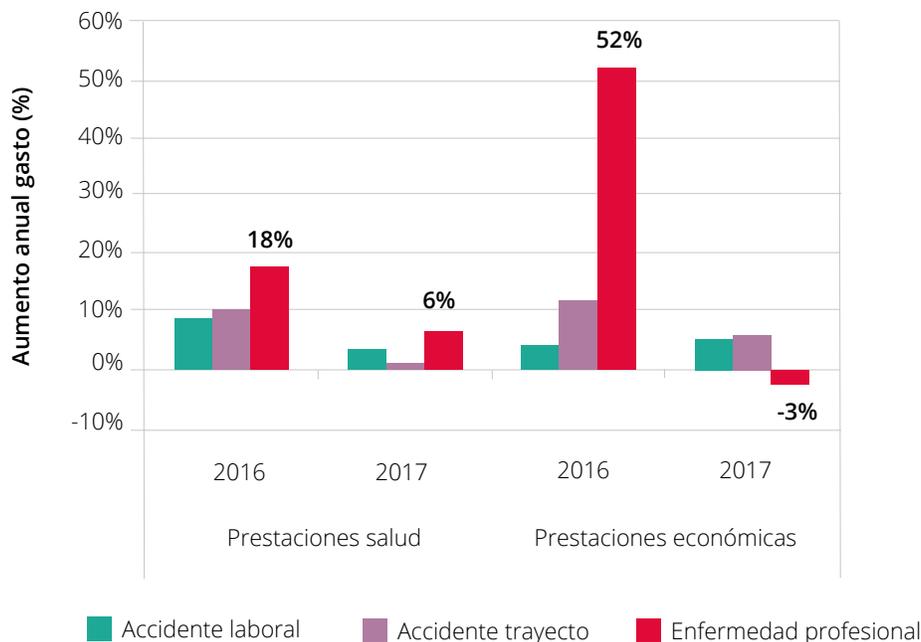
Como consecuencia de lo anterior, la tasa de derivaciones de enfermedades que son denunciadas como profesionales ha aumentado en forma sostenida los últimos 5 años<sup>94</sup>, sobrepasando actualmente el 85% de las denuncias, lo cual atenta contra la calidad de servicio al paciente, y la percepción de calidad del servicio que se forma la sociedad sobre el sistema de mutualidades (sección 8.3). Resulta relevante notar que la tasa de derivación más alta está en enfermedades mentales y enfermedades musculo esqueléticas<sup>95</sup>. Enfermedades otorrinolaringológicas y broncopulmonares, que históricamente han sido clasificadas como enfermedades profesionales, tienen tasa de de-

rivación menores al 30%. La alta tasa de rechazo, genera insatisfacción hacia el sistema, y genera presión social por aumentar la cobertura del sistema de salud y seguridad laboral.

El gasto en prestaciones de salud por enfermedades profesionales ha aumentado sostenidamente desde el 2015 y los gastos por prestaciones económicas por enfermedades profesionales tuvieron un alza significativa, como se aprecia en la Figura 64. Además, la verificación del carácter laboral de algunas de las enfermedades denunciadas imprime un alto costo de diagnóstico al sistema.

94 El año 2016 empezó a regir un estricto protocolo de calificación de las EP, que exige, entre otras cosas, que la calificación sea hecha por un médico del trabajo (y en la mayor parte de los casos por un comité). Esto podría incidir en la tasa de rechazo actual, pues enfermedades que antes eran calificadas como laborales, hoy son calificadas como comunes por un especialista en esta materia.

95 Para acogerlas se debe demostrar causalidad directa con el factor de riesgo denunciado, que además, debe estar presente en una intensidad y tiempo suficiente como para producir la enfermedad. El protocolo de calificación ya mencionado exige que en el comité de calificación exista un psiquiatra y un traumatólogo (respectivamente), por lo tanto, la evaluación de la relación de causa directa es más estricta que si solo son calificadas por un médico del trabajo.

**Figura 64:** Aumento anual de gasto en prestaciones económicas y de salud, según tipo de siniestro.

**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutuales (no incluye IST).

### 10.3 Trabajadores independientes

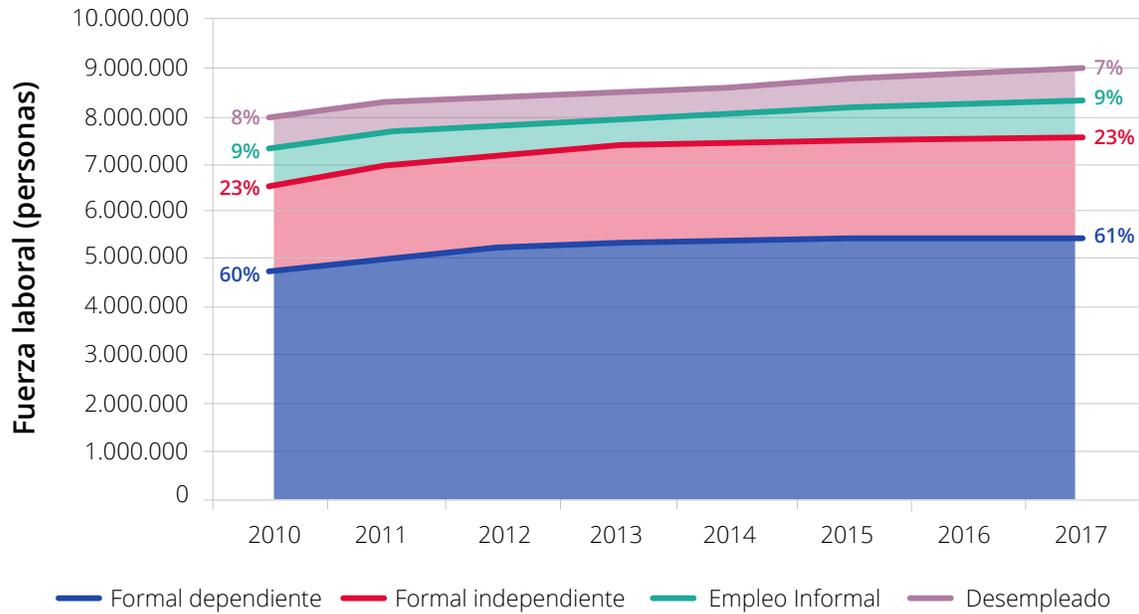
Las tendencias internacionales y recomendaciones de la OIT promueven la protección de los trabajadores independientes contra los accidentes y enfermedades profesionales, pero existe el desafío de hacerlo de una forma sostenible para el sistema. En esta línea, el año 2019<sup>96</sup> se amplía por ley la cobertura del seguro

de SSL a los trabajadores independientes. Esto supone la necesidad de saber qué tan expuesto está este grupo a tener grandes niveles de accidentabilidad.

Los 2.061.017 de trabajadores independientes observados el 2017 representan cerca del 23% de la fuerza laboral total, proporción que muestra poca variación en los últimos 7 años (Figura 65).

96 Ley 20.255.

**Figura 65:** Composición de la fuerza laboral, 2010 - 2017.

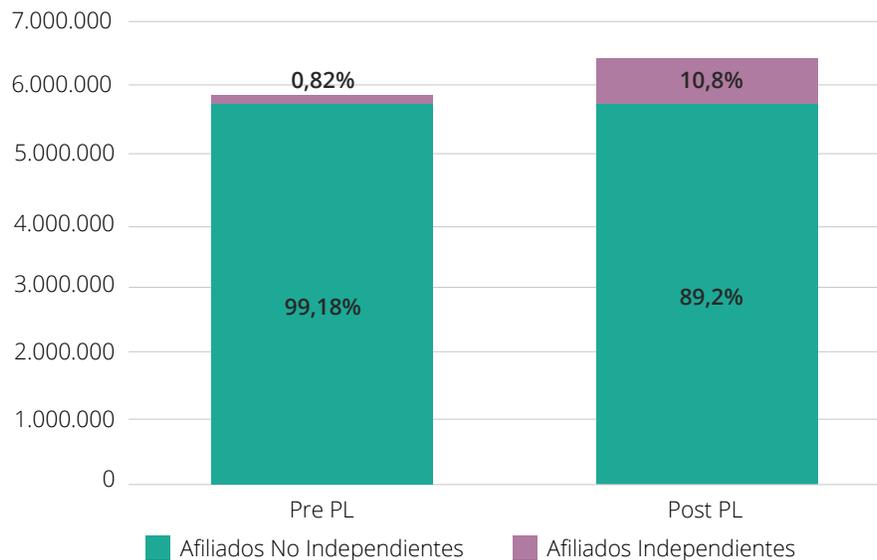


**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la OCDE.

Debido a la incorporación de cotización de independientes (por ley), implica un aumento en más de 13 veces el número actual de afiliados independientes.

Los nuevos afiliados independientes representarían un crecimiento de 11,2% del total de actuales afiliados, pasando de un 0,8% de independientes a un 10,8% del total de afiliados.

**Figura 66:** Número de afiliados actuales y número de afiliados posible, según el proyecto de ley de trabajadores independientes.

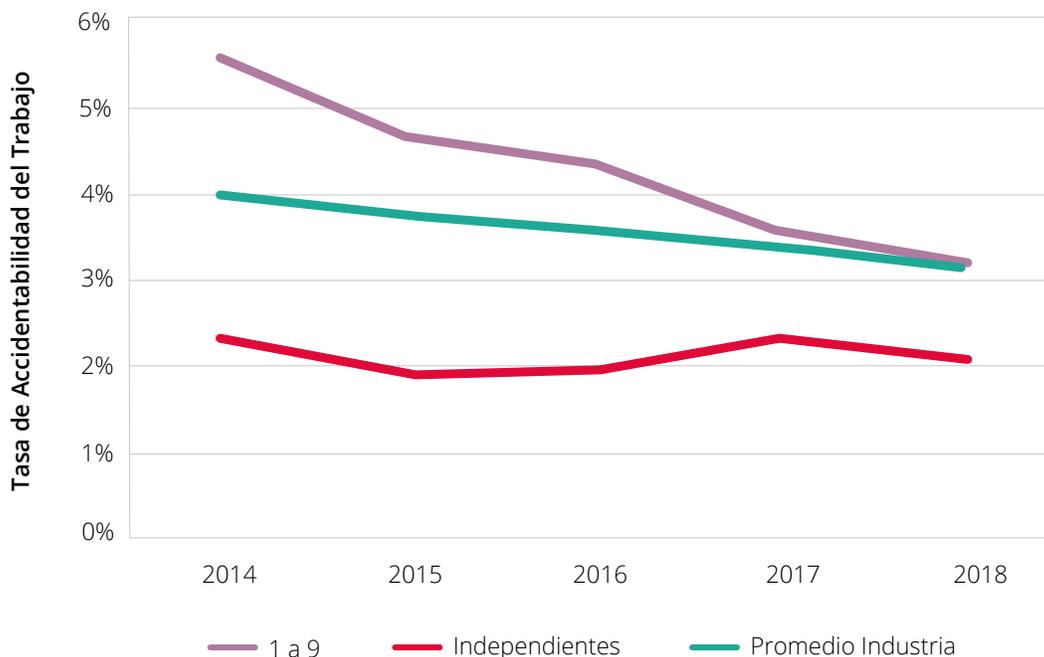


**Fuente:** Elaboración propia en base a información de Estudio de Productividad del PL.

Según los datos de la SUSESO, no se puede afirmar que la incorporación de los independientes vaya a te-

ner una tasa de accidentabilidad más alto al promedio de la industria, como se presenta nuevamente en la Figura 67.

**Figura 67:** Comparación de tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo para empresas de 1 a 9 trabajadores, independientes y promedio de la industria, 2014 - 2018.



**Fuente:** elaboración propia.

### Independientes y riesgo moral

Por otra parte, hay un desafío pendiente y es la definición de una tasa de cotización adecuada que controle o mitigue el impacto del riesgo moral<sup>97</sup> que implica el trabajador independiente, el cual viene dado por la falta de un sponsor (empleador) que monitoree el comportamiento de los trabajadores.<sup>98</sup>

Al no existir una estructura organizacional de respaldo, será muy difícil verificar la condición de laboral de accidentes y enfermedades reportadas por indepen-

dientes. Además, considerando la buena percepción de calidad del sistema de mutualidades y el costo de atención para el trabajador, dado que no existen copagos, podrían existir incentivos (perversos) en los independientes para intentar reportar como laborales accidentes y enfermedades que corresponden a salud común.

### Independientes y prevención

La gran dispersión geográfica, y heterogeneidad de los trabajos realizados por los afiliados independien-

<sup>97</sup> En la Sección 4 se profundizó acerca de esta temática.

<sup>98</sup> Riesgo moral de reporte, como por ejemplo la diferenciación de actividades laborales y vida privada.

tes, implica que los métodos y medios de prevención que disponen actualmente las mutualidades, por diseño, no son efectivas para mitigar el riesgo. Por tanto, surge la necesidad de desarrollar nuevos mecanismos que sean más efectivas para resguardar a este grupo de personas, ya sea mediante innovación en prevención y/o incentivos para que los mismos trabajadores se hagan más responsables de cuidar su salud e integridad durante su jornada de trabajo.

### **Impacto sobre la sostenibilidad del sistema**

Un elemento adicional a considerar, es el posible impacto económico que puede tener la cobertura de los trabajadores independientes. Dado que poseen mayor riesgo moral (para la calificación de enfermedades, laboral o común), presentan una dificultad mayor para generar medidas de prevención efectivas, resulta deseable cautelar el riesgo económico que pueden implicar para el sistema.

### **Sustentabilidad económica del sistema de SSL**

Existe una relación causal fuerte entre la calidad y oportunidad de los servicios prestados, y los recursos invertidos para ello. Para hacer frente a este tema, se analiza cualitativamente la relación entre servicio prestado y resultados financieros.

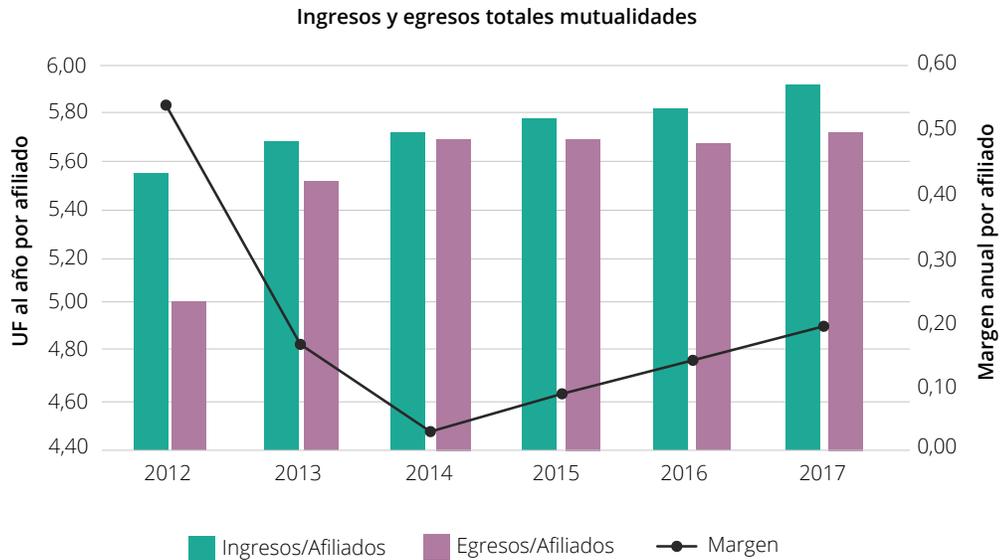
Se analizaron los resultados financieros de las distintas mutualidades, consolidándose los resultados en un promedio para el siguiente análisis. Considerando que no es posible reducir los gastos en prestaciones económicas, ya que éstas se encuentran comprometidas por ley, y resulta difícil reducir los gastos de administración<sup>99</sup>, una contracción de los márgenes llevará en el largo plazo<sup>100</sup> a un ajuste en el gasto (y calidad) en prestaciones médicas y/o a una reducción de las inversiones que se realizan para mantener y/o mejorar los altos estándares actuales de los servicios de salud prestados (tal como se muestra en la sección 8.3, siendo de particular importancia los buenos resultados obtenidos en atención médica).

Como se observa en la Figura 68, el margen neto por afiliado (calculado como los ingresos totales menos los egresos totales, dividido por número de afiliados) se redujo en un 63%, en términos reales entre el 2012 y el 2017, marcado por una fuerte caída entre los años 2012 y 2014, y una recuperación gradual en los últimos años. Si bien estos resultados son para el conjunto de las tres mutualidades privadas sin fines de lucro, es necesario indicar que en los años 2014 y 2015, dos de las tres tuvieron un margen neto negativo. Notar que un margen negativo no tiene impacto inmediato o al año siguiente, pero de ocurrir con frecuencia podría impactar en la calidad de las prestaciones médicas y las inversiones que permiten sostener la calidad del servicio.

99 Existe un máximo legal de gastos de administración que las mutualidades pueden incurrir, para salvaguardar la administración eficiente del sistema.

100 A las mutuales se les exige por ley que tengan fondos de reserva, para hacer frente a los descalces de corto plazo de ingresos y gastos.

**Figura 68:** Ingreso, egreso y margen total en UF por afiliado, 2012 - 2017.

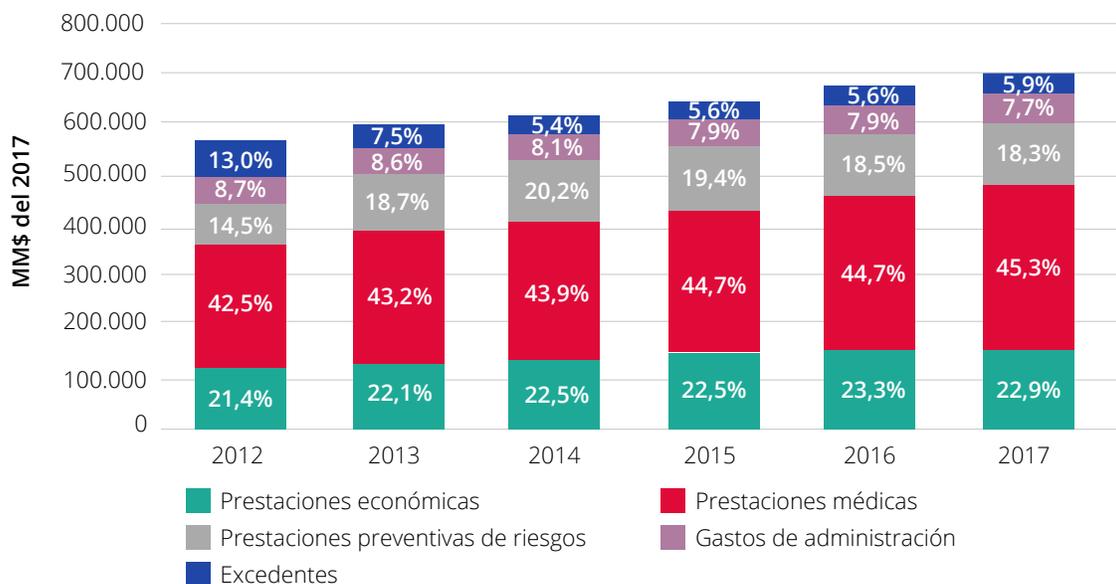


**Fuente:** elaboración propia en base a información de SUSESO.

Como es esperable, se puede observar una tendencia similar en los excedentes reportados por las mutualidades, que cayeron de un 13% a un 5,4% entre el 2012

y el 2014, para luego subir hasta el 5,9% de los gastos totales (Figura 69). Notar que los excedentes son fondos disponibles que las mutualidades emplean para realizar inversiones y suplir sus fondos de reserva.

**Figura 69:** Evolución y composición de los gastos y excedentes, 2012 - 2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información de la SUSESO.

Tal como muestra la Tabla 28, las mutualidades han invertido en promedio un 5% de los ingresos recibidos anualmente. En el período 2012 – 2017 las mutualidades invirtieron un total de \$210.603.135.000, que

corresponde al 86% de los excedentes reportados en el mismo período. El remanente de los excedentes fue utilizado para cubrir mayores exigencias sobre los fondos de reserva y para cubrir gastos operacionales.

**Tabla 28:** Flujo de inversión, ingresos totales y porcentaje de inversión conjunto de mutualidades.

Año	Ingreso Total	Inversión	
		Flujo anual	%
2012	\$538.285.233.000	\$538.285.233.000	3%
2013	\$596.430.364.000	\$596.430.364.000	4%
2014	\$648.710.891.000	\$648.710.891.000	7%
2015	\$699.645.760.000	\$699.645.760.000	6%
2016	\$738.540.354.000	\$738.540.354.000	6%
2017	\$782.927.371.000	\$782.927.371.000	4%

**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutualidades.

Considerando lo anterior, resulta relevante entender cuáles son los factores que impactan o podrían impactar en los resultados económicos del sistema de SSL, que obliguen al sistema a un ajuste en la tasa de inversión que realiza y calidad del servicio que hoy presta. A continuación se presenta una lista no exhaustiva de eventos o escenarios que pueden tener impacto económico sobre el sistema.

## 10.4 Desajustes entre ingresos y egresos

Como la mayoría de los seguros, el ajuste a la prima se da en función a indicadores de gravedad del siniestro, en este caso, días perdidos, las muertes y el grado de invalidez causado por los siniestros registrados por la empresa. Un seguro es sostenible en el tiempo cuan-

do en promedio los ingresos son mayores o iguales a los gastos incurridos en un período de tiempo, de modo que el riesgo económico para el prestador factible de abordar.

Sin embargo, debido al carácter solidario del seguro (solidaridad de riesgo individual, grupal y de ingresos, como se profundiza en la sección 4.2.1), es posible que se generen desajustes entre ingresos y gastos en caso que:

- Errores en el análisis actuarial (en el caso de las mutualidades, esto se podría traducir en sobreinversión, al subestimar los costos económicos del seguro).
- Las alzas promedio de la prima por castigo/riesgo no sean consistentes con el aumento del costo agrupado del seguro, algo que puede ser relevan-

te, dado que las alzas de tasa están normadas por ley, y no tienen relación con el estudio actuarial del seguro prestado. Esto ocurre por ejemplo, con el aumento del costo de la salud.<sup>101</sup>

- Seguro cubre riesgos de magnitud relevante, que no inciden en el alza de tasa por castigo/riesgo promedio aplicada. Además, las empresas y personas no tienen incentivos a la prevención, dado que un aumento en los accidentes no incide en la tasa. Esto ocurre por ejemplo, con los accidentes de trayecto.

Este mecanismo de financiamiento del SSL en Chile permite ajustar gastos con ingresos para todos aquellos elementos de la cobertura que son considerados en el cálculo de la tasa. Sin embargo, los elementos no considerados pueden ser fuente de riesgo económico ante cambios en la función de riesgo y gasto del sistema. En

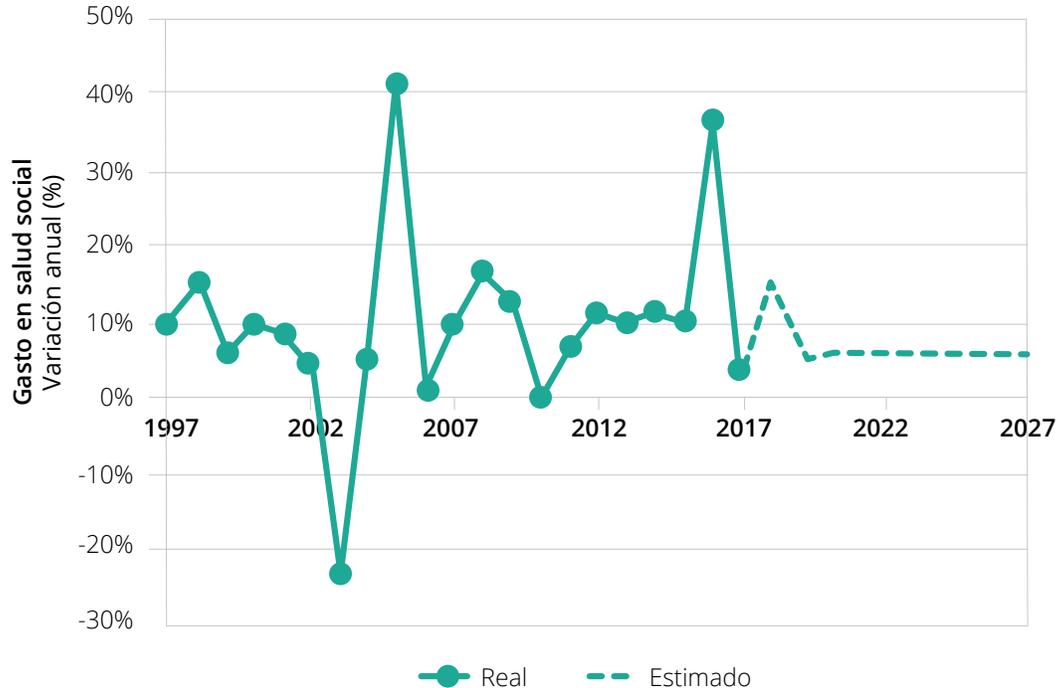
consecuencia, existen algunos elementos de la relación entre riesgo y tasa cobrada que son perfectibles.

A continuación en la presente sección se presentan algunos de los elementos que pueden presionar al alza costos del sistema de SSL en Chile.

#### 10.4.1 Alza en los costos de las prestaciones médicas:

Tal como se muestra en la Figura 70, los costos en las prestaciones totales de salud han aumentado anualmente en Chile en la mayoría de los últimos 20 años, estimándose un aumento esperado en el futuro en torno al 5,38% anual observado en el promedio histórico. A pesar de que el número de accidentes (trayecto + laboral) ha caído, los gastos totales en prestaciones de salud para estos tipos de accidentes han aumentado (Figura 71). Esto también se refleja en el aumento del gasto promedio en prestaciones de salud (Figura 72).

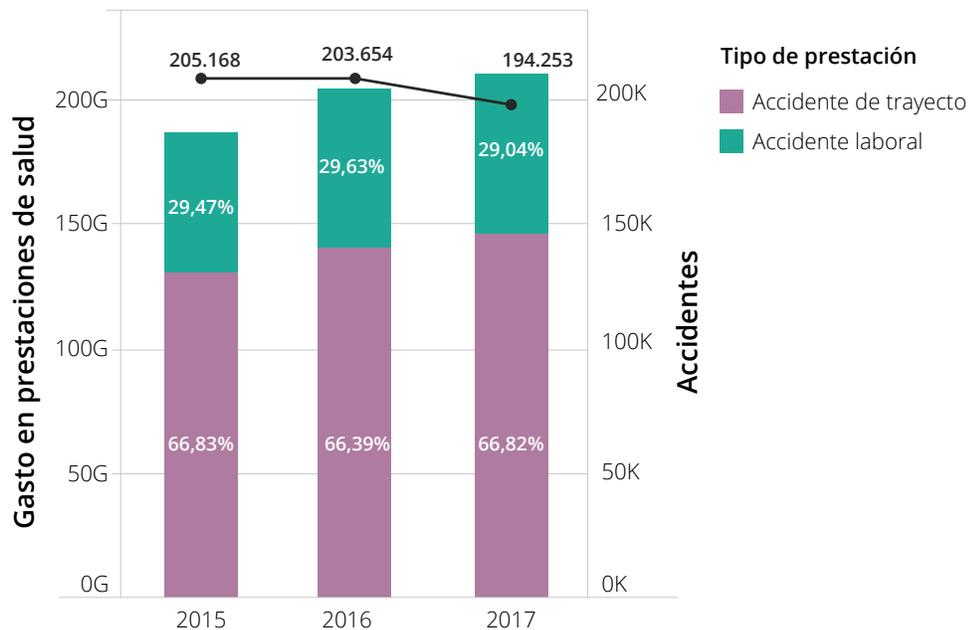
**Figura 70:** Gasto en salud social.



**Fuente:** elaboración propia con información de la OCDE para Chile.

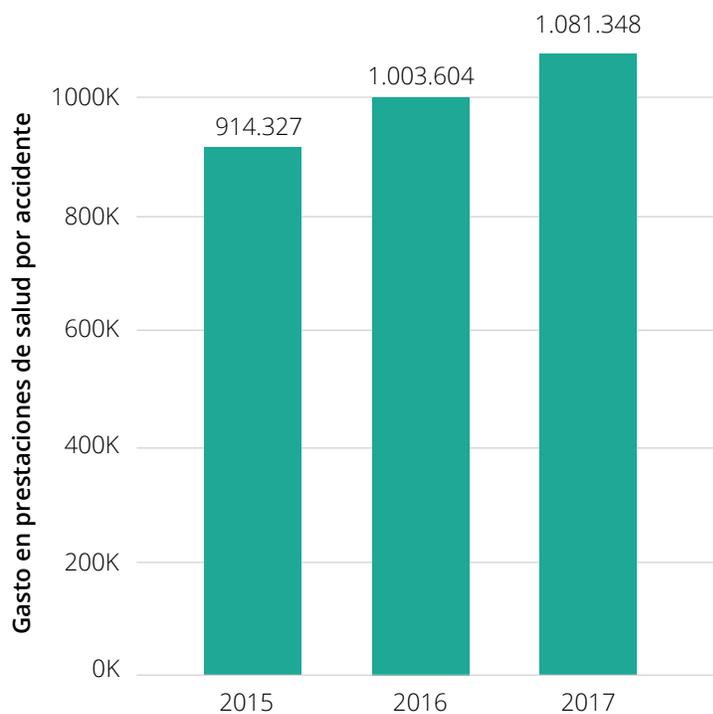
101 Sin saber si el aumento del costo se debe al menos en parte a procedimientos y/o demanda inducida.

**Figura 71:** Gasto en prestaciones de salud totales por accidente y número de accidentes, 2015 - 2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por la ACHS y la MUSEG.

**Figura 72:** Gasto promedio por accidente, 2015 - 2017.



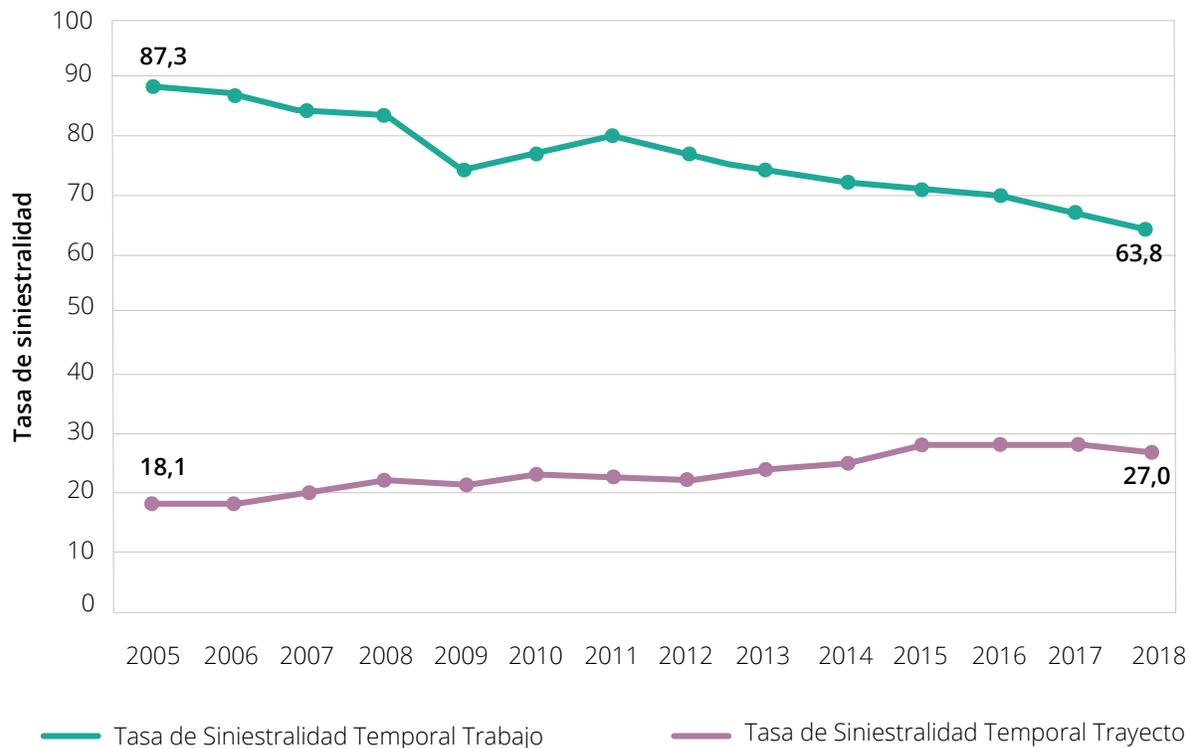
**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por la ACHS y la MUSEG.

### 10.4.2 Alza en los gastos relacionados a accidentes de trayecto

Mientras la tasa de siniestralidad temporal de trabajo bajó un 23% entre el 2005 y el 2018, la tasa siniestralidad

temporal de accidentes de trayecto aumentó un 50% en el mismo período (Figura 73). Esto ayuda a explicar el incremento observado en los gastos totales de prestaciones médicas y económicas relacionados a accidentes de trayecto.

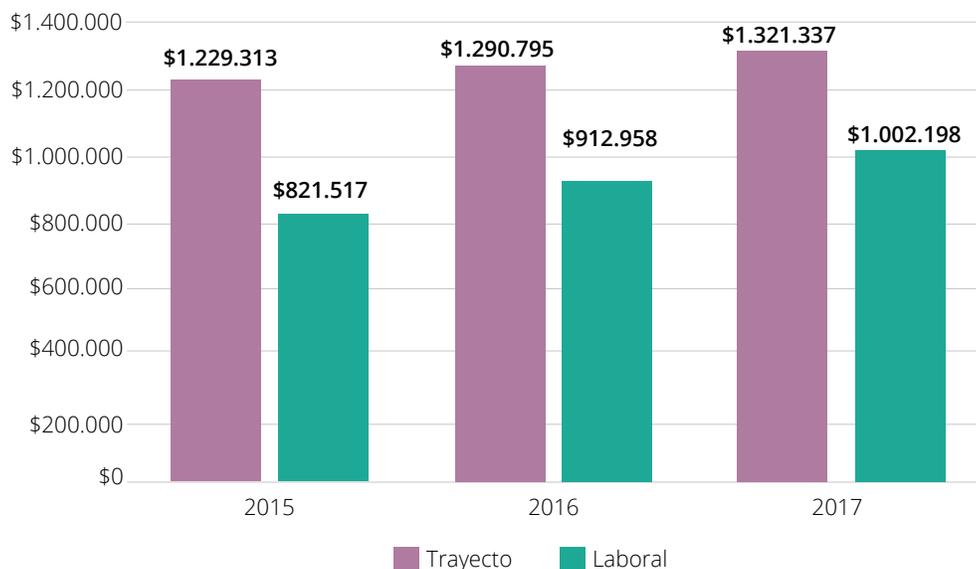
**Figura 73:** Tasa de siniestralidad temporal de trabajo y de trayecto, 2005 - 2018.



**Fuente:** elaboración propia con información de la SUSESO.

Adicionalmente los gastos en prestaciones de salud relacionados a accidentes de trayectos son en promedio 30% mayores que los de accidentes laborales (Figura

74), por lo que un aumento en este tipo de accidentes, tiene un impacto económico comparativamente superior a los accidentes del trabajo.

**Figura 74:** Gasto comparado de prestaciones de salud por accidente laboral y de trayecto, 2015 - 2017.

**Fuente:** elaboración propia en base a información proporcionada por las mutualidades.

Uno de los elementos de interés es saber qué porción del gasto es generado por los accidentes y fatalidades de trayecto, en relación a los accidentes y fatales generados por el trabajo, cuyo riesgo si está indexado en la tasa de cotización.

- Número de Accidentes de trabajo.
- Número de Accidentes del trayecto.
- Número de Accidentes fatales de trabajo.<sup>105</sup>
- Número de Accidentes fatales de trayecto.<sup>106</sup>
- Número de Empleadores (empresas).<sup>107</sup>

Utilizando información de gasto y accidentes provista por mutualidades<sup>102</sup> se desarrolló un modelo econométrico<sup>103</sup> para predecir el gasto<sup>104</sup>. Las variables del modelo son las siguientes:

En la Tabla 29 se presentan los resultados del análisis econométrico<sup>108</sup>, con el costo unitario y global que se estima genera cada tipo de accidente (*all in*, incluyendo costos indirectos), así como otros costos unitarios propios que genera el administrar a cada empleador.

102 Solo se tiene información para la ACHS y MUSEG

103 Se utiliza un modelo de panel (años 2015 - 2017), de efecto aleatorio.

104 El análisis se realizó a nivel de segmentos (mutual, tamaño empresa, sector económico, año) de los cuáles se disponía información completa, por lo que se consideró una muestra de la población para la estimación, que representa el 95% de la población de empleadores afiliados a las Mutualidades de la muestra.

105 Notar que el gasto se imputa al segmento en el año que ocurre el siniestro.

106 Notar que el gasto se imputa al segmento en el año que ocurre el siniestro.

107 Debido a lo observado en la sección 1.5.1.2 no se realiza una estimación del costo de administración para cada segmento del tamaño empresa (número de trabajadores), ya que sesgaría estimación de costo por accidente de trayecto (que es la de interés).

108 Notar que el costo unitario evento corresponde al Beta del modelo de regresión.

Como queda en evidencia, los costos unitarios totales generados por un accidente de trayecto son más altos que los generados por accidentes laborales. Los acci-

dentos de trayecto de la muestra utilizada representan el 24% del total de los accidentes, pero se estima que generan el 38% de los costos totales, y un 43% de los costos variables de las mutualidades.

**Tabla 29:** Estimación de costos Mutualidades (2015-2017).<sup>(109,110)</sup>

Función de costos	Nro. Eventos	Costo anual, directo e indirecto (acciones Mutualidad)	
		Costo unitario evento (\$CLP)	Costo total (\$CLP)
Accidente laboral	\$127.875	\$1.015.279	\$129.828.802.125
Accidente trayecto	\$39.310	\$2.840.531	\$111.661.273.610
Fatal laboral	\$161	\$117.000.000	\$18.837.000.000
Fatal trayecto	\$94	\$10.900.000	\$1.024.600.000
Nro. Empleadores	\$156.067	\$218.778	\$34.143.994.913
Constante			\$515.000.000
Proporción de Costos variables accidentes (%)	Laboral		57%
	Trayecto		43%
Proporción de Costos totales (%)	Laboral		50%
	Trayecto		38%
	Otros		12%

**Fuente:** elaboración propia, a partir de datos entregados por mutualidades.

Como consecuencia, los accidentes de trayecto registran una tendencia al alza, a la vez que impactan de forma considerable en el gasto que generan, presionando los márgenes, excedentes e inversión de las mutualidades, al no estar considerados para el cálculo del ajuste de la tasa de cotización.

#### 10.4.3 Mayor exigencia de respaldo de reservas

Existe una mayor presión en los gastos sobre los ingresos producto de los requerimientos adicionales de respaldo de las reservas de pensiones que demanda el sistema. Por una parte, el aumento desde un 40% al 65% de cobertura (líquida) definidos por la Ley N°20.739, y por otra, la utilización de nuevas tablas de mortalidad y menor tasa

de descuento para el reconocimiento de reservas de capitales representativos de pensiones representan un requerimiento extraordinario de liquidez en el corto plazo, lo que incidirá por unos años hasta que los excedentes acumulados cubran las nuevas obligaciones.

#### 10.4.4 Mayores exigencias de niveles de cobertura

Las exigencias e iniciativas de ampliar las coberturas del seguro, tal como relajar la condición de causalidad directa para calificar enfermedades profesionales y a trabajadores independientes (desafíos anteriormente mencionados), sin medidas compensatorias del mayor gasto involucrado podría presionar a la baja los excedentes de las mutualidades y afectar el nivel de servicio del sistema.

109 Costos son anuales, excepto las fatalidades que se imputan una vez el año en que ocurren.

110 Debido a las diferencias en los montos observados entre los distintos tipos de fatalidades, se espera que el costo de las fatalidades de trayecto esté subestimado.

## 11. CONCLUSIONES

A partir de la información recolectada y analizada durante este trabajo diagnóstico es posible concluir que la SSL en Chile, particularmente el sistema de mutualidades privadas cuyos datos estuvieron disponibles para este estudio, es en términos generales, eficaz y eficiente en cumplir con el objetivo de resguardar la salud y seguridad laboral de los trabajadores del país que se le ha encomendado.

A continuación se presentan las principales conclusiones de interés, a partir de las cuales, y en conjunción con los desafíos descritos en la sección 10, se fundamenta la elaboración de propuestas que se presenta en la sección siguiente de este documento.

### 11.1 Cobertura

La preocupación formal por la salud laboral surgió en medio de una realidad laboral industrial muy diferente a la actual, donde los límites entre la salud laboral y la salud común eran, en su mayoría, evidentes. La evolución del trabajo en la sociedad moderna ha difuminado varios de esos límites, especialmente en lo que se refiere a accidentes de trayecto y a enfermedades de origen mental y musculoesqueléticas. Esta indefinición hace menos evidente la responsabilidad de cobertura que tiene el sistema de SSL y el sistema de salud común, fomentando una tensión entre ambos que puede perjudicar la percepción de calidad de servicio que tienen los usuarios, los que no siempre tienen claridad a que sistema atenerse y/o son derivados de un sistema a otro.

La autoridad ha hecho permanentes esfuerzos por clarificar los límites de cobertura, y normar los procesos de calificación, pero el resultado no parece ser costo eficiente. Esto, considerando el alto costo de los

procesos de calificación y la alta tasa de rechazo de cobertura observada, principalmente en las enfermedades profesionales.

### 11.2 Solidaridad del seguro

En términos generales el seguro de SSL provisto es solidario en casi todos los niveles, existiendo subsidios cruzados en la población que permiten cubrir de manera equitativa a todos los afiliados. La solidaridad más relevante se da en los ingresos ya que el sistema tiene subsidios cruzados desde personas de altos ingresos hacia personas de bajos ingresos, y solidaridad de riesgo pues las personas no pagan primas distintas según su riesgo individual.

### 11.3 Eficiencia y Competitividad

Si bien resulta complejo medir eficiencia de forma directa, hay ciertos elementos que son indicativos de los niveles de eficiencia que presenta el sistema de SSL chileno. Uno de ellos es que los incentivos hacia la eficiencia se encuentran alineados, ya que cuando los sistemas integran en una sola entidad al prestador y al asegurador o plan de salud (como es el caso de las mutualidades), quien paga es quien provee el servicio incentivando el buen uso de los recursos. No obstante lo anterior, la búsqueda de la eficiencia podría atentar contra la calidad de servicio al usuario, pro observando los altos niveles de satisfacción de los usuarios con respecto al SSL, en particular en atenciones de Salud, es posible concluir que no ha sido así.

Con respecto a competitividad de acuerdo a este equipo de trabajo el sistema de SSL en Chile presenta un nivel suficiente de contestabilidad, ya que los prestadores compiten entre sí en calidad de servicio otorgado para captar afiliados, y además existen ame-

nazas tácitas de desafiabilidad, como la posibilidad que las empresas opten por instaurar planes de administración delegada o ingrese al mercado un nuevo proveedor de SSL.

## 11.4 Efectividad

En el presente estudio se modelaron las prestaciones de SSL del mundo, para realizar una estimación fuera de muestra para Chile. Como resultado, se obtuvo un benchmark para un país con las características de Chile (población, riqueza, distribución del ingreso, etc.). A partir de ese análisis se concluyó que:

- La tasa de fatalidad de Chile está cercana a la tasa proyectada. Asimismo, la brecha con la tasa de fatalidad de la selección de países OCDE se ha acortado de manera considerable en los últimos 20 años.
- La provisión de prestaciones de Salud de Chile es similar (si bien ligeramente superior en los últimos años) a la proyectada por el benchmark.
- La provisión de prestaciones económicas de Chile se encuentra sobre el estimado, aunque aún existe una brecha importante con respecto a la selección de países OECD.

En este presente estudio se comparó también la estructura de compensación, cobertura y beneficios, concluyéndose que:

- El sistema chileno es comparativamente generoso, ya que cubre el 100% del ingreso imponible desde el primer día. Por otra parte, en promedio los países observados compensan un 84,2% del ingreso de las personas por días perdidos. Las compensaciones por invalidez se encuentran en línea con lo observado en los demás países utilizados para la comparación.

- Dado el aumento significativo que tienen en el mundo, y a las complejidades inherentes a asociar su causalidad al trabajo, las enfermedades profesionales constituyen hoy en día uno de los principales desafíos de los sistemas de salud y seguridad laboral.
- La calificación de enfermedades profesionales en Chile en la teoría requiere causalidad, sin embargo es más laxo en su aplicación, como se aprecia para enfermedades musculo esqueléticas y mentales, donde el nexo causal resulta difícil de probar.
- Por otra parte, el sistema chileno presenta menores niveles de burocracia y mayor agilidad para calificar si las enfermedades son de responsabilidad del SSL o a la salud común.
- Para aumentar la certeza de cobertura para las personas, y bajar los costos de calificación, organizaciones como la Comisión Europea y la OIT estudian las enfermedades y nexos causales de forma continua, para perfeccionar las listas de enfermedades profesionales, de modo que éstas puedan ser aplicadas de forma más estrictas y simplificar el proceso de calificación.

## 11.5 Transparencia y Gobierno corporativo

Las mutuales están afectas a una fuerte regulación y fiscalización por parte de la SUSESO, que comprende, entre otras materias, un conjunto de normas detalladas respecto a la forma de operar en los siguientes aspectos: gobierno corporativo, gestión interna, difusión y transparencia, y gestión de riesgos financieros y operacionales, tales como riesgos técnicos, de mercado, liquidez, crédito, reserva por prestaciones y estratégicos.

En el análisis se observaron oportunidades para reforzar, junto con la autoridad del rubro, el marco regulatorio que rige la probidad y transparencia de las mutualidades.

## 12. PROPUESTAS

En esta sección se presenta una serie de propuestas para actualizar y fortalecer el sistema de SSL a partir del diagnóstico presentado anteriormente en este documento. Estas propuestas comparten los siguientes principios generales:

- **Atingentes:** abordan los principales desafíos identificados para la SSL.
- **No paradigmáticas:** son mejoramientos al sistema actual, y no cambios de paradigmas, dado que el diagnóstico general es que el sistema funciona.
- **Graduales:** deben poder implementarse de forma gradual y tener potencial de avances incrementales.
- **Base científica:** promueve el uso del método científico para generar y registrar conocimiento que permita un mejor entendimiento de la SSL.
- **Incentivan buenas prácticas:** consideran incentivos que fomenten la eficacia y eficiencia de la SSL.

Las propuestas de mejoramiento que se detallan a continuación en este documento son las siguientes:

1. Creación de Panel de Expertos de la SSL.
2. Mejoramiento del proceso de calificación y cobertura de enfermedades profesionales.
3. Promoción de la salud y prevención integral de enfermedades que pueden ser agravadas por el trabajo.
4. Ajuste de tasa para trabajadores independientes.
5. Tasa mixta Pymes.
6. Eliminación de *black-out* de competencia y mejoramiento de información de tasa.
7. Análisis y mejoramiento de la eficacia y eficiencia de los sistemas de calificación actuales.
8. Mejoramiento de gestión de accidentes de trayecto.
9. Mejoramientos del gobierno corporativo y gobernanza.

## 12.1 Creación de Panel de Expertos de la SSL

### 12.1.1 Antecedentes

La gestión de la seguridad y salud laboral en el país podría alcanzar mejoras sustantivas si contara con los siguientes atributos:

- **Gestión orientada al largo plazo:** una buena gestión y comprensión de la SSL requiere de una observación y análisis consistente, de carácter técnico-científico, en un horizonte de largo plazo, que no siempre está alineado con los tiempos más acotados de las administraciones de turno.
- **Visión integral de las problemáticas:** una buena gestión de la SSL requiere del involucramiento, cooperación y confianza permanente de múltiples sectores relacionados, tales como autoridades de gobierno, mutualidades privadas y estatales, representantes de la salud común, representantes de las empresas y los trabajadores, universidades y centros de estudios, entre otros, que no siempre cuentan con espacios formales y periódicos para trabajar en conjunto.
- **Referente técnico independiente:** muchas de las problemáticas asociadas a la SSL requieren de un conocimiento técnico específico en salud laboral que puede ser difícil de encontrar tanto en organismos públicos como privados de un país. Dado esto, en caso de discrepancias o disputas los tribunales de justicia deben recurrir a un apoyo técnico cuya independencia podría ser eventualmente cuestionada.

Algunos países han logrado estos atributos constituyendo Paneles de Expertos capaces de entregar una visión técnica, integral, y de largo plazo de las problemáticas de la SSL.

Un panel de expertos es un grupo de personas dedicado a analizar y combinar su conocimiento perteneciente a un área de interés particular (Georghiou, Cas-singena, Keenen, & Miles, 2010) y son generalmente organizados para lograr la “legitimación” de la experticia, incluyendo perspectivas creativas, imaginativas y visionarias.

#### El caso de Singapur

Varios países utilizan paneles de expertos para apoyar la gestión de su SSL. Un caso destacable es Singapur que entre 2004 y 2010 logró reducir su tasa de fatalidades en el trabajo de 4,9 a 2,5 por cada 100.000 trabajadores (Koh, 2012).

El año 2005 Singapur constituyó el Comité Asesor Nacional de la SSL (*National Workplace Safety and Health Advisory Committee*) que se transformó, en el año 2008, en el Consejo de SSL (*Workplace Safety and Health Council*; WSHC por sus siglas en inglés) que tiene entre sus miembros a representantes de las mayores industrias, del Gobierno, además de sindicatos y profesionales del ámbito jurídico, asegurador y académico.

En paralelo se creó el Panel Asesor Internacional de la SSL (*International Advisory Panel for Workplace Safety and Health*), conformado por líderes internacionales del área. Los objetivos principales de este panel fueron asesorar sobre tendencias y desarrollos significativos en las prácticas industriales que impactarían la SSL en el país y revisar la normativa, prácticas y régimen regulatorio de la SSL en el país buscando posibles mejoras para llevar los estándares de SSL al nivel de los países de vanguardia.

### 12.1.2 Mejoramiento Propuesto

Se propone crear un Panel de Expertos independientes que vele por el entendimiento profundo de la seguridad y la salud laboral, y que, a partir de ese enten-

dimiento, proponga definiciones y mejoras continuas en el sistema de SSL.

#### 12.1.2.1 Objetivos

- Asegurar una visión experta, integral, y de largo plazo de la SSL para maximizar la eficiencia y eficacia del sistema.
- Revisar el estado del arte actual del sistema de SSL, recogiendo los hallazgos de los diagnósticos realizados, y proponer mejoramientos.
- Analizar los cambios y nuevos desafíos que vayan surgiendo en la SSL proponiendo respuestas basadas en criterios técnicos y científicos.

#### 12.1.2.2 Descripción

Se propone establecer un Panel de Expertos constituido por personas altamente calificada en las temáticas de la SSL, y validadas por todos los sectores involucrados, que se constituyan en un referente técnico de la comprensión científica de la SSL.

#### 12.1.2.3 Justificación de la propuesta

La institucionalidad actual funciona adecuadamente, no obstante, carece de la visión de largo plazo y de la transversalidad sectorial que un Panel de Expertos podría ofrecer al sistema.

### 12.1.3 Implementación

#### 12.1.3.1 Composición

Se propone que el Panel de Expertos se estructure de forma similar a otros organismos técnicos existentes tales como el Panel Técnico Concesiones y el Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria (CONAR), y que considere entre sus miembros a:

- Dos médicos expertos en salud laboral.
- Dos ingenieros, economistas, o carrera fin, expertos en políticas públicas.
- Dos abogados expertos en salud laboral.
- Un experto internacional de reconocido prestigio en el ámbito de la salud laboral.

Los integrantes del Panel de Expertos durarán 6 años en sus cargos, pudiendo ser re-elegidos sólo una vez. La mitad de sus miembros serán renovados cada 3 años.

Los integrantes del Panel de Expertos serán escogidos por un comité compuesto por:

- Un representante de la SUSESO.
- Un representante de FONASA.
- Un representante del ISL.
- Un representante de las mutualidades.
- Un representante de las Isapres.
- Un representante de los empresarios.
- Un representante de los trabajadores.

#### 12.1.3.2 Funciones

Las principales funciones del Panel de Experto serán:

- Colaborar en la comprensión científica de la seguridad laboral:
  - Recolección de datos: entregar lineamientos sobre la recolección, almacenamiento y análisis de la información relevante de SSL que permitan generar información de calidad para favorecer su comprensión científica.
  - Análisis: definir y gestionar validaciones científicas que sean requeridas para comprender con mayor detalle las causalidades de accidentes y enfermedades laborales. Apoyarse para estas labores en universidades y centros de investigación independientes.

- Investigación internacional: estar en contacto permanente con las investigaciones relevantes que se realizan en el mundo sobre SSL que permitan incrementar la comprensión científica buscada y actualizar el marco legal que las rige.
- Comunicar los hallazgos obtenidos a partir de la comprensión científica:
  - Realizar definiciones que permitan ordenar y hacer más eficiente la SSL.
  - Proponer medidas de prevención.
- Articular la relación con la salud común para cumplir sus objetivos.
- Analizar casos en disputa:
  - Analizar casos que sean voluntariamente presentados ante el panel y en base al conocimiento científico adquirido entregar una opinión experta que oriente su resolución.
  - Establecer jurisprudencia con los casos analizados.

### 12.1.3.3 Aspectos por definir

Para implementar esta propuesta debiera definirse en detalle al menos los siguientes aspectos:

- Alcance de materias que tratará e implicancias para el rol de la SUSESO y la COMERE.
- Definir estructura y gobernanza de detalle.
- Definir fuente de financiamiento del Panel de Expertos.
- Definir protocolos de acceso al Panel de Expertos, análisis y comunicación de las materias de su alcance.
- Formalizar su articulación con otros organismos públicos y privados de la salud laboral y general. La siguiente Tabla muestra las atribuciones actuales de la SUSESO y el COMERE, y una propuesta de las que podrían ser las atribuciones del Panel de Experto, identificando potenciales conflictos.

**Tabla 30:** Tabla con funciones de la SUSESO, COMERE, Nuevo Organismo (propuesto), y las eventuales coincidencias.

SUSESO	COMERE	Nuevo Organismo	Potencial conflicto
1. Fijar, en el orden administrativo, la <b>interpretación</b> de las normas legales y reglamentarias de seguridad social de su competencia <sup>111</sup> .	1. <b>Resolver</b> los reclamos sobre las decisiones de los Servicios de Salud o de las Mutualidades en su caso recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico (Artículo 77 de la Ley N° 16.744).	1. <b>Colaborar</b> en la comprensión científica de la seguridad laboral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Recolección de datos: normar la recolección, almacenamiento y análisis de la información relevante de SSL que permitan generar información de calidad para realizar estudios científicos.</li> </ul>	Coincide con función <b>N°10 SUSESO</b> .
2. <b>Dictar</b> las circulares, instrucciones y resoluciones a las entidades sometidas a su supervigilancia. También de acuerdo a lo que disponga la Política Pública de Seguridad y Salud en el Trabajo y, en general, difundir los principios técnicos y sociales de seguridad social.	2. <b>Resolver</b> los reclamos sobre las decisiones de procedimiento para la declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes <sup>112</sup> (artículo 76 del decreto 101).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis: definir y gestionar validaciones científicas que sean requeridas para comprender con mayor detalle las causalidades de accidentes y enfermedades laborales. Apoyarse para estas labores en universidades y centros de investigación independientes.</li> </ul>	Coincide con función <b>N°4 y 5 SUSESO</b> .
3. <b>Resolver</b> las presentaciones, apelaciones y reclamos de usuarios, trabajadores, pensionados, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias que no sean de carácter litigioso, dentro del ámbito de su competencia.	3. <b>Resolver</b> las apelaciones sobre las decisiones de suspender el pago del subsidio a pedido del médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente, si el accidentado o enfermo se negare a seguir el tratamiento o dificultare o impidiere deliberadamente su curación (artículo 33 de la Ley N° 16.744).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación internacional: estar en contacto permanente con las investigaciones relevantes que se realizan en el mundo sobre SSL que permitan incrementar la comprensión científica buscada.</li> </ul>	Coincide con función <b>N°10 SUSESO</b> .
4. <b>Asesorar</b> al Ministerio del Trabajo y Previsión Social en materias de su competencia y proponer las reformas legales y reglamentarias que la técnica y experiencia aconsejen. Así también lo asesorará en la evaluación y diseño de políticas públicas en las materias de su competencia, incluyendo la Política Pública de Seguridad y Salud en el Trabajo, y proponer las reformas legales y reglamentarias que sean pertinentes.	4. <b>Resolver</b> las apelaciones sobre las decisiones de suspender el pago de pensiones a quienes se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados; o que rehúsen, sin causa justificada, a someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y reeducación profesional que les sean indicados (artículo 42 inciso segundo de la Ley N° 16.744).	2. <b>Comunicar</b> los hallazgos obtenidos a partir de la comprensión científica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar definiciones que permitan ordenar y hacer más eficiente la SSL.</li> <li>Proponer medidas de prevención.</li> </ul>	Coincidencia con función <b>n° 7 de la SUSESO</b> , ya que el Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo se comunica entre los organismos públicos.
5. Realizar <b>estudios e informes</b> sobre aspectos médicos, actuariales, financieros, jurídicos y otros, referidos a materias de su competencia.		3. <b>Articular</b> la relación con la salud común para cumplir sus objetivos.	
6. <b>Sistematizar</b> y proponer la estandarización de la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo, para lograr su uniformidad, mediante revisiones periódicas.		4. <b>Analizar</b> casos en disputa y establecer jurisprudencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Analizar casos que sean presentados tanto por las mutualidades como por la salud común y en base al conocimiento científico adquirido entregar una opinión experta.</li> </ul> Establecer jurisprudencia con los casos analizados.	
7. Administrar y mantener actualizado el <b>Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo</b> <sup>113</sup> , el que deberá contener, a lo menos, la información de las denuncias de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, los diagnósticos de enfermedad profesional, los exámenes y las evaluaciones realizadas, las calificaciones de los accidentes y enfermedades, y las actividades de prevención y fiscalización que correspondan.			
8. <b>Evacuar los informes técnicos</b> que soliciten los tribunales de justicia, en materias propias de su competencia.			
9. <b>Fiscalización</b> de las instituciones de previsión, dentro del ámbito de su competencia. La supervigilancia de la Superintendencia comprenderá los órdenes médico-social, financiero, actuarial, jurídico y administrativo, así como también la calidad y oportunidad de las prestaciones (artículo 3, Ley N° 16.395 <sup>114</sup> ).			
10. Elaborar y publicar las <b>estadísticas</b> referentes a los regímenes de seguridad social dentro del ámbito de su competencia.			
11. Elaborar y publicar la <b>Memoria Anual del Sistema Nacional de Seguridad y Salud Laboral</b> .			

**Fuente:** Elaboración propia.

111 Todas las funciones se encuentran enumeradas en el artículo 2 de la Ley N° 16.395

112 De acuerdo al artículo 76° letra a), del Decreto 101 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la COMPIN califica la invalidez permanente en todo caso, salvo los casos derivados de accidentes del trabajo de afiliados a Mutuales, donde resuelven éstas últimas.

El artículo 85 del decreto 101 establece que "Cuando deba resolver acerca de incapacidades derivadas de accidentes del trabajo, la Comere deberá citar a las sesiones, al respectivo organismo administrador y/o a la empresa con administración delegada, según corresponda, y en caso de incapacidades derivadas de enfermedades profesionales, deberá citar a todos los organismos administradores a los que haya estado afiliado el trabajador." Respecto a esto último creemos que, en aras de la Legitimidad, también se pueda citar al trabajador dependiente o independiente afectado.

113 <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-10311.html>. Información pública, pero limitada en <http://geoportal.asrm.cl/>

114 Complementados con letras k), l), m) y n) del artículo 2 de la Ley N° 16.395.

## 12.2 Mejoramiento del proceso de calificación y cobertura de enfermedades profesionales

### 12.2.1 Antecedentes

En Chile, la Ley N° 16.744 Artículo 7 reconoce las enfermedades profesionales de la siguiente manera:

***“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”.***

Lo anterior implica que las enfermedades profesionales reconocidas son aquellas que son causadas de manera directa por el trabajo. Tanto la Organización Internacional del Trabajo, como la Unión Europea poseen definiciones globales de carácter similar, y predomina la necesidad de que exista una relación causal y de ocasión relacionada al trabajo (ILO, 2010), (European Commission, 2003).

No obstante, el 12 de marzo del 2019 se redactó el Boletín N° 11.113-13-1 en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social de la Cámara de Diputados que busca estructurar el Seguro de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales como un Seguro Social. De este modo, y como se argumentó en la sesión sobre el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales “...cuyo punto de arranque no debe encontrarse en la eventual responsabilidad empresarial, sino en el estado de necesidad real o presuntivamente real del accidentado o del enfermo”.

Los proyectos que se votaron y que se refundieron en uno solo son los siguientes:

a. Boletín N° 9.657-13-1: Pretende establecer la responsabilidad penal de las personas jurídicas en caso de accidentes del trabajo que configuren cuasidelitos de homicidio o lesiones.

b. Boletín N° 10.988-13-1: Pretende modificar las disposiciones del Código del Trabajo que rigen los contenidos que se requieren en los Reglamentos Internos de cada empresa. Este proyecto se aprobó con algunas modificaciones.

c. Boletín N° 11.113-13-1: Tal como señalábamos anteriormente, este proyecto estructura el Seguro de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales como un Seguro Social. Esto implica una modificación fundamental al criterio sustentado por el vigente Código del Trabajo, el cual, en su Título II del Libro II, trata sobre los Accidentes del Trabajo aplicando la vieja teoría de la responsabilidad patronal o de la responsabilidad objetiva. El proyecto pretende además establecer una disposición transitoria que establezca la obligación de los empleadores de modificar los contratos de trabajo vigentes, con el fin de entregar información al trabajador respecto a su cobertura y lugares de atención. Este proyecto se aprobó con algunas modificaciones.

d. Boletín N° 11.276-13-1: El proyecto busca justamente sancionar al empleador que no cumpla con la obligación legal de reportar los accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, con la finalidad de evitar la sub-notificación de las contingencias que acarrea el trabajo y el efecto que esto trae monetariamente sobre el sistema de salud público.

e. Boletín N° 11.286-13-1: Pretendía modificar la propia definición de enfermedad profesional, eliminando la exigencia que ésta se produzca de manera “directa” por el ejercicio de la profesión o el trabajo, puesto que es una exigencia muy estricta en torno a la causalidad de una determinada afección. Se debe apuntar a otros criterios que no tornen imposible la prueba de la misma, así como factores indiciarios que permitan concluir que existe tal enfermedad.

f. Boletín N° 11.287-13-1: Pretende Invertir la carga de prueba ante las contingencias del trabajo. Hacer que la mutualidad pruebe, de manera funda-

da, porque una contingencia NO es laboral, lo cual deberá ser ratificado por la Superintendencia, en vez de que sea el trabajador el que deba probar porque sí es laboral.

La última actualización a la fecha fue el proyecto de ley enviado por la Cámara de Diputados el 19 de noviembre de 2019 (oficio 15.152), que recoge lo expuesto en los boletines anteriores y propone las siguientes modificaciones a ley:

- **Boletín N°11.276-13-1**

*“El empleador también deberá proporcionar información oportuna y adecuada a todos los trabajadores y, cuando corresponda, a sus representantes, respecto de los riesgos asociados a sus labores, del procedimiento de trabajo seguro para realizar una labor específica, de las medidas preventivas que deban observar y de los métodos de control de riesgos implementados. Igualmente, deberá dar a conocer el establecimiento asistencial del Organismo Administrador de la ley N° 16.744 al que se encuentra afiliada la empresa, al que deberán concurrir en caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional, de conformidad con los procedimientos señalados en esa ley. Corresponderá al reglamento establecer la forma en la que el empleador dará cumplimiento a estos deberes de información.”.*

- **Boletín N°9657-13-1**

*“Esta ley también regula la responsabilidad penal de las personas jurídicas por el delito previsto en el artículo 490 del Código Penal, respecto de sus trabajadores o de quienes se encuentren bajo su dirección o supervisión, y que*

*sufran lesiones o muerte en virtud de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional”.*

- **Boletín N°11.286-13-1**

*Artículo 7.- Es enfermedad profesional aquella que es causada por la exposición directa a factores de riesgos que resulten de la actividad laboral” (se mantiene el término “directo”) pero se le agrega:*

*“Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados podrán requerir la declaración del carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en el reglamento a que se refiere el inciso anterior, la cual sólo podrá rechazarse por resolución fundada”.*

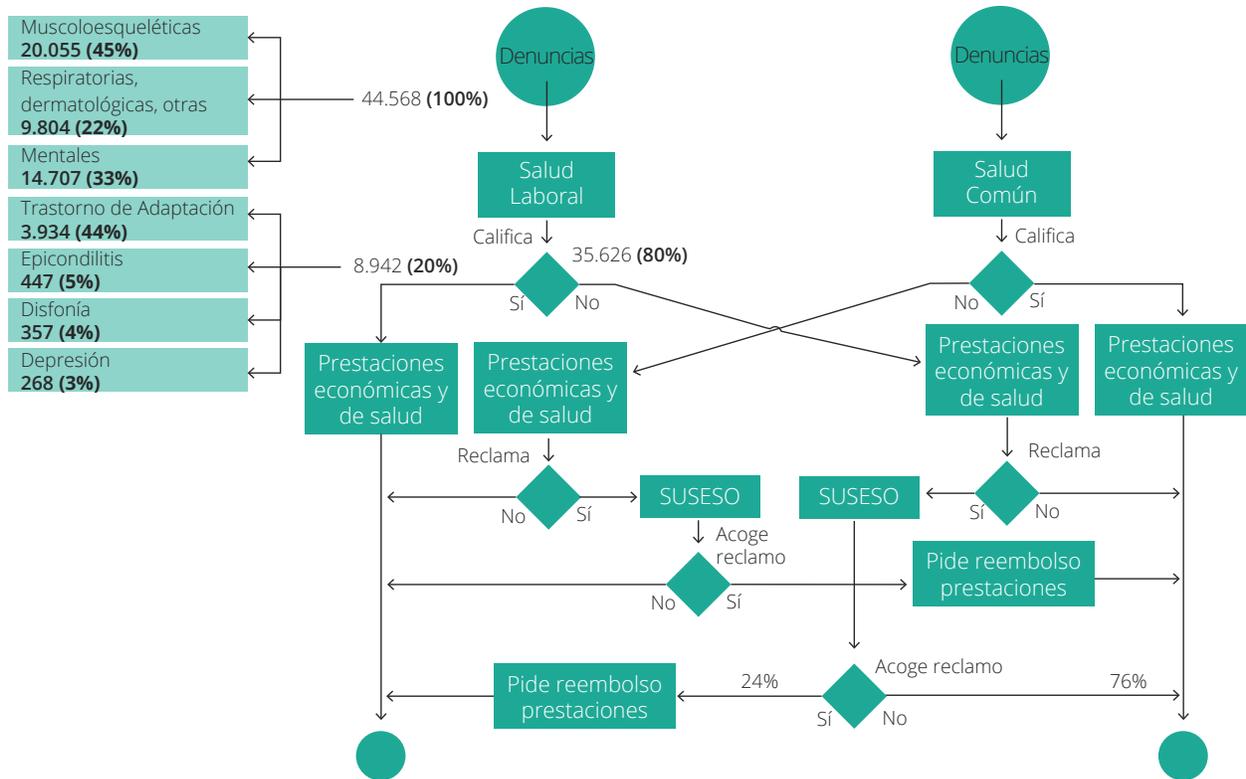
### 12.2.2.1 Reconocimiento de enfermedades profesionales

El año 2017 el sistema de mutualidades recibió 44.568 denuncias de enfermedades profesionales. De ese total el 20% fueron aceptadas por las mutualidades, y el 80% rechazadas. De acuerdo al artículo 77 bis de la Ley 16.744, aquellas denuncias de enfermedades laborales que fueron rechazadas por las mutualidades deben ser atendidas obligatoriamente por el sistema de salud común, y aquellas denuncias de enfermedades laborales que fueron rechazadas por la salud común deben ser atendidas obligatoriamente por las mutualidades.<sup>115</sup> Esto genera un sistema de flujos de denuncias y coberturas como el que se esboza en la Figura 75:

115 El artículo 77 bis. de la Ley 16.744 dispone que el trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte de los organismos de los servicios de salud, de las instituciones de salud previsual o de las mutualidades de empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo del régimen previsual a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece dicho artículo.

La derivación del trabajador debe contener necesariamente el rechazo de una licencia o reposo médico. No basta con la indicación, en el correspondiente formulario de derivación, de que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional. FUENTE: SUSESO.

**Figura 75:** Flujos de enfermedades profesionales.



**Fuente:** Informe Anual. Estadísticas de la Seguridad Social 2017.

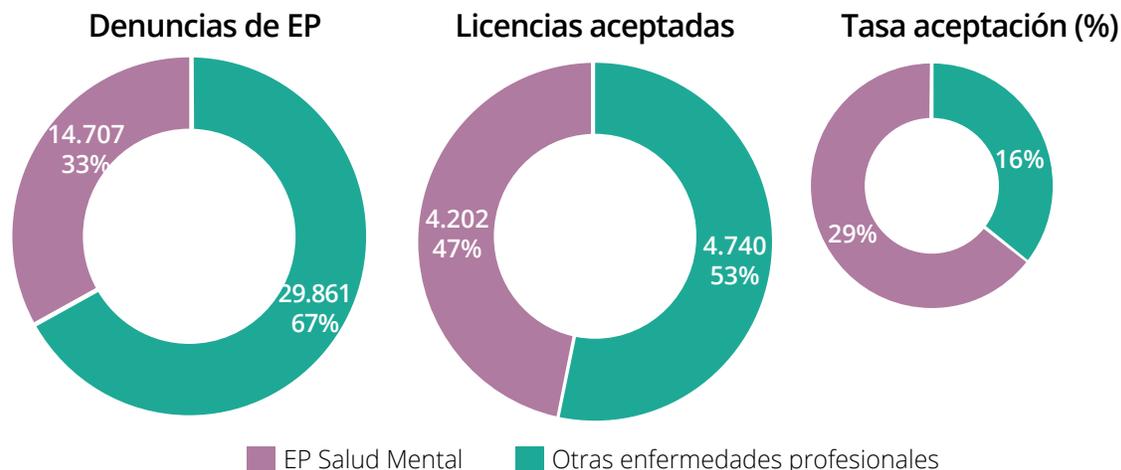
Es relevante considerar que un trabajador podría acudir a la salud común para tratar una enfermedad, sin saber, o sin importarle, que sea laboral. En estos casos, existen mecanismos para que los prestadores de salud deriven el caso a la salud laboral.

### 12.2.2.2 Enfermedades mentales

El 33% de las denuncias recibidas por enfermedades profesionales corresponden a enfermedades mentales, porcentaje que tanto en Chile como en el mundo ha ido en aumento.

Las denuncias de enfermedades profesionales relacionadas a una enfermedad mental tienen una tasa de aceptación en las mutualidades del 29% mientras que otro tipo de denuncias enfermedad profesional tienen un tasa del 16%. En otras palabras, las denuncias por enfermedades mentales son aceptadas como profesionales 1.8 veces más que el resto de las denuncias de enfermedades profesionales (Figura 76). No obstante, tal como sostienen la OIT y otros organismos internacionales, hasta ahora no hay evidencia o acuerdo en cuanto a considerar las enfermedades mentales<sup>116</sup> como profesionales, ya que no hay evidencia causal directa, o sustento científico de la relación causal (ILO, 2010).

116 Excepto el Estrés Post Traumático.

**Figura 76:** Licencias solicitadas, aceptadas y tasa de aceptación año 2017.

**Fuente:** elaboración propia, basado en (SUSESO, 2017).

### 12.2.2.3 Listas de enfermedades profesionales en Chile

La lista de enfermedades profesionales en Chile están abordadas en la ley 16.744 de forma más general, y luego en el decreto supremo 109 de forma específica. La lista no es taxativa (similar al caso de la OIT), y por tanto, permite aceptar casos de enfermedades no listadas.

El “Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales” recoge los protocolos de calificación de enfermedades profesionales en Chile y es elaborado por la SUSESO.

### 12.2.2.4 Antecedentes internacionales

Los países suelen abordar la cobertura (o falta de ella) de enfermedades mediante la creación de listas de enfermedades atribuibles al trabajo.

La Unión Europea (UE) ha desarrollado en conjunto con expertos, dos listas de enfermedades profesionales:

- Enfermedades profesionales con causalidad directa del trabajo, donde se ha demostrado la causalidad entre el agente que lo genera, y la enfermedad (Unión Europea, 2003).
- Enfermedades profesionales posiblemente causadas por el trabajo, donde aún no hay suficiente evidencia científica para establecer el vínculo de causalidad (Unión Europea, 2003).

La mayoría de los países de la UE reconocen y compensan las enfermedades profesionales con causalidad directa, pero el tratamiento de las enfermedades posiblemente causadas por el trabajo tiene un tratamiento dispar. Ninguna de las listas reconoce las enfermedades mentales como enfermedades laborales (European Commission, 2003). La mayor parte de los países optan por incorporar algunas enfermedades adicionales con su propia legislación, o elaborar sus propias listas a partir de la propuesta por la UE, para aumentar la cobertura con el SSL.

Por otra parte, varias enfermedades musculo-esqueléticas si son consideradas en las listas de enfermedades profesionales de la UE, aunque aún existe cierto nivel de controversia de su inclusión, debido a la dificultad en establecer el vínculo causal entre las actividades del trabajo y las enfermedades, así como la gran varianza existente entre individuos, e incidencia entre países (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007), (Unión Europea, 2003), (European Commission, 2003).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) también elabora una lista de enfermedades profesionales, pero no realiza la distinción en cuanto a la robustez de la evidencia causal como si hace la UE. Además, incorpora algunas diferencias en cuanto a las enfermedades que considera laborales.

Por otra parte, la OIT incluye 7 enfermedades musculo-esqueléticas (ILO, 2010). Si bien las enfermedades musculo-esqueléticas son similares en cuanto a la dificultad de probar el vínculo causal, se reconoce que, de no incluirse como enfermedades profesionales, se eliminaría la responsabilidad del empleador en cuanto a la salud física ante ejercicios repetitivos y/o exigentes, evitaría la prevención y traspasaría al trabajador y la sociedad (salud común) el costo.

Tanto la UE como la OIT disponen y/o financian a equipos de investigadores y académicos de nivel internacional para que realicen estudios sobre accidentes del

trabajo y enfermedades profesionales. Se pone énfasis particular en desafíos como demostrar la relación causal entre el trabajo, y accidentes y enfermedades. De este modo, se perfecciona el sistema de SSL (recomendaciones, en el caso de la OIT), y en las listas de enfermedades profesionales reconocidas, así como la instrumentalización del proceso de identificación en función de la evidencia empírica. En el caso de la UE, la consolidación de información, revisión de estudios relevantes, y en ocasiones financiamiento, recaen en la Comisión Europea.

Con respecto a las enfermedades mentales, la OIT y algunos países de la UE reconocen el Estrés Post Traumático (EPT) como enfermedad profesional. Si bien no se encuentra en las listas oficiales de enfermedades profesionales de la UE, varios países han agregado el EPT a alguna de las listas. En general es clasificado como enfermedad con posiblemente causada por el trabajo.

En algunos países, la enfermedad se reconoce como profesional cuando es trabajador ha sufrido un accidente laboral de suficiente gravedad, que pueda gatillar el síndrome, en cuyo caso se presume causalidad. En algunos países europeos el enfoque está puesto en la prevención de las enfermedades mentales. En Alemania, por ejemplo, el empleador está obligado a considerar la salud mental de los empleados al diseñar la carga de trabajo; como el lugar físico donde se desempeña el empleado, las tareas asignadas al trabajador y el proceso de toma de decisiones (Fronenberg, y otros, 2004). Por su parte, en Nueva Zelanda, también se considera cobertura para enfermedades mentales en el contexto de haber experimentado, visto u oído un accidente de trabajo que tuviera el potencial de impactar al público en general (limitado a partir del 1 de octubre de 2008 en la ley *Accident Compensation Act 2001*).

En vista de lo anterior, los desafíos principales de la SSL en la gestión de las enfermedades profesionales podrían ser resumidos en tres aspectos:

- Proceso de calificación: el proceso de calificación debiera ser eficiente y eficaz, evitando tramitar al paciente, e incurrir en costos innecesarios.
- Cobertura: rechazar 8 de cada 10 solicitudes de cobertura por enfermedad profesional no sólo incrementa el costo del proceso, sino que también perjudica la percepción de calidad de servicios de las mutualidades.
- Sostenibilidad: el proceso de calificación y la cobertura de enfermedades profesionales no debieran amenazar la sostenibilidad del sistema de mutualidades.
- 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.

#### **El proceso de cobertura de la SSL opera de la siguiente forma:**

### **12.2.2 Mejoramiento Propuesto**

Simplificar el proceso de calificación de enfermedades profesionales y aumentar de forma sostenible la cobertura.

#### **12.2.2.1 Objetivos**

- Facilitar el proceso de calificación de enfermedades profesionales a partir de un listado claro y exhaustivo de enfermedades.
- Sistematizar y formalizar el proceso de inclusión o exclusión de enfermedades desde las listas.
- Aumentar, de forma sostenible, la cobertura de nuevas enfermedades profesionales.
- 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. Los tipos de análisis a requerir pueden revisarse periódicamente con la autoridad de acuerdo a la evidencia científica que se pueda ir obteniendo, incorporando o eliminando requerimientos.
- Enfermedades la Lista 3: no reciben cobertura por parte de las mutualidades, y deben ser derivadas a la salud común.

#### **12.2.2.2 Descripción de la propuesta**

##### **Se propone establecer tres listas de enfermedades**

- Lista 1: Enfermedades que tienen una causa directa comprobada en el trabajo<sup>117</sup>.

Las enfermedades listadas deben ser descritas de forma específica y utilizando códigos estándar con validez internacional como el CIE-10<sup>118</sup> o similar.

Las mutualidades deben abordar en sus esfuerzos de prevención tanto las enfermedades de la Lista 1 como

117 La lista debe especificar la enfermedad y cuales son los riesgos o actividades laborales que se entiende que podrían detonarla. Si la enfermedad y el riesgo o actividad están en la lista, se considera como parte de la lista 1. Ejemplo, la silicosis se consideraría enfermedad laboral solo en pacientes que están sometidos a sílice en su actividad laboral.

118 Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición.

de la Lista 2, y deben además informar claramente que ante una enfermedad de la Lista 3 los trabajadores deben recurrir directamente a la salud común para evitar ser derivados.

### 12.2.2.3 Justificación de la propuesta

Si bien hoy en día existe una lista de enfermedades profesionales, y la Circular 3241<sup>119</sup> de julio de 2016 de la SUSESO define un procedimiento específico para su calificación, la implementación de éste muestra los resultados antes mencionados: aumento sostenidos de las denuncias, disminución de la cobertura (erosionando la percepción de servicio de los pacientes), y alto costo de calificación para las mutualidades.

#### **Esta propuesta permitirá reducir los costos de calificación considerando que:**

- Las enfermedades de la Lista 1 y las Lista 3 requerirán un proceso simplificado de calificación.
- Las enfermedades de la Lista 2 tendrán procesos

y exámenes específicos a definir los que tenderán a simplificarse en base al conocimiento científico probatorio que el Panel de Expertos vaya proponiendo periódicamente.

Esta propuesta permitirá además ir incorporando de forma paulatina, monitoreada y cuidadosamente nuevas enfermedades profesionales de manera tal de aumentar la cobertura sin poner en riesgo la sostenibilidad económica del sistema.

### 12.2.3 Implementación

El Panel de Expertos (sección 12.1) deberá liderar la implementación de esta propuesta<sup>120</sup>:

- Proponer enfermedades que debe contener cada lista.
- Definir los requisitos y protocolos de movilidad entre listas.
- Proponer periódicamente que enfermedades entran o salen de cada lista de acuerdo al protocolo diseñado.
- Mejorar de forma continua el protocolo incorporando la experiencia y la nueva evidencia científica recopilada.

119 Que derogó a la Circular 3167 de octubre de 2015.

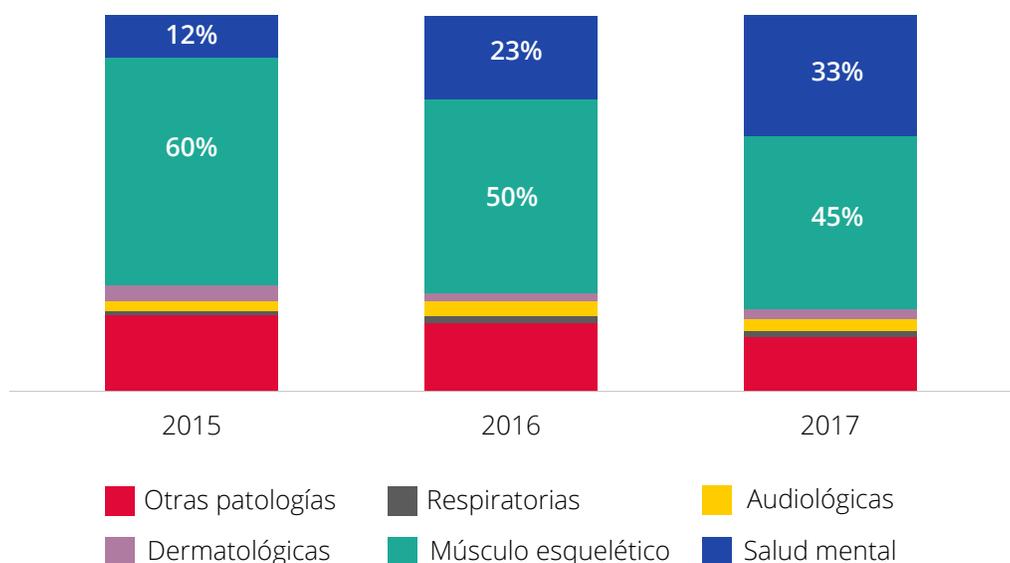
120 Actualmente el artículo 19 del D.S. N°109 establece que: "La Superintendencia de Seguridad Social revisará, por lo menos cada 3 años, la nómina de enfermedades profesionales y de sus agentes, a que se refiere el artículo anterior, y propondrá al Ministerio del Trabajo y Previsión Social las modificaciones que sea necesario introducirle.". En este caso el panel actuaría como un órgano técnico que propone a la SUSESO.

## 12.3 Promoción de la salud y prevención integral de enfermedades que pueden ser agravadas por el trabajo

### 12.3.1 Antecedentes

Las enfermedades mentales han aumentado sistemáticamente en los últimos años, llegando a constituir hoy en día el 33% del total de las denuncias (Figura 77).

**Figura 77:** Tipo de enfermedades profesionales sobre el total de denuncias.



**Fuente:** Informe Anual Estadísticas de Seguridad Social 2017, SUSESO.

El incremento de este tipo de enfermedades es una tendencia a nivel mundial, y responde a una serie de factores complejos asociados a la vida moderna, que trascienden muchas veces los límites entre la vida personal y la laboral.

### 12.3.2 Mejoramiento Propuesto

Abordar de forma integral los desafíos de la salud que trascienden los límites entre la salud común y la salud laboral, pero afecta a ambas.

#### 12.3.2.1 Objetivos

- Promover de forma integral la salud de las personas
- Potenciar los esfuerzos de prevención realizados desde la salud común y salud laboral

#### 12.3.2.2 Descripción de la propuesta

Se propone abordar a nivel país algunas temáticas de la salud y seguridad de las personas, coordinando los esfuerzos de prevención que se realizan tanto en la salud común como en la salud laboral para potenciar los resultados obtenidos.

### 12.3.2.3 Justificación de la propuesta

La multi-causalidad, que explica un porcentaje relevante de las enfermedades profesionales o que pueden ser agravadas por el trabajo, demuestra la necesidad de realizar esfuerzos de prevención coordinados en los ámbitos de la salud común y laboral.

Esta coordinación podría potenciar significativamente los resultados de los esfuerzos de prevención realizados, disminuyendo la incidencia de varias enfermedades, mejorando el bienestar de las personas y reduciendo el costo asociado a sus tratamientos tanto en la salud común como en la salud laboral.

### 12.3.3 Implementación

Esta iniciativa debiera ser liderada por el Panel de Expertos y su implementación considerar las siguientes etapas:

- Convocatoria: crear una mesa de trabajo con representantes de la salud común y salud laboral, acordar objetivos y condiciones iniciales, y definir un plan general de trabajo.
- Identificación de enfermedades relevantes: identificar aquellas enfermedades que cumplen con el requisito de tener multi-causalidad asociada a la salud común y la salud laboral, y ser relevantes en términos de su impacto sobre la salud de las personas y los costos de los tratamientos asociados.
- Definición de esfuerzos coordinados de prevención: identificar los esfuerzos de prevención que realizan actualmente los actores y definir esfuerzos conjuntos coordinados.
- Definición de un plan de trabajo, objetivos y meta: en base a lo anterior definir un plan concreto de trabajo, definiendo actividades, plazos, responsables, y estableciendo indicadores y metas para monitorear los impactos.
- Evaluación: evaluar los resultados obtenidos formalizando aprendizajes para expandir la iniciativa a otras enfermedades.

## 12.4 Ajuste de tasa para trabajadores independientes

### 12.4.1 Antecedentes

En Chile un trabajador por cuenta propia está definido como:

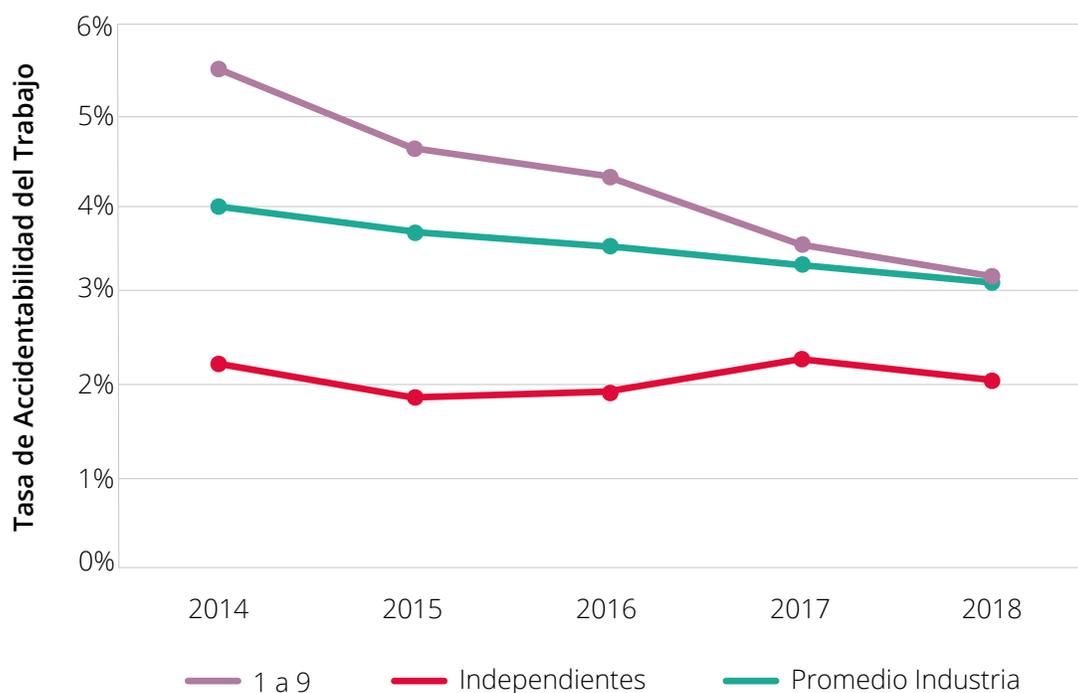
*“Las personas naturales que ejecutan algún trabajo o desarrollan alguna actividad, industria o comercio, sea independientemente o asociados o en colaboración con otros, tengan o no capital propio y sea que en sus profesiones, labores u oficios predomine el esfuerzo intelectual sobre el físico o éste sobre aquél, y que no estén sujetos a relación laboral con alguna entidad empleadora, respecto de dicho trabajo o actividad, cualquiera sea su naturaleza, derivada del Código del Trabajo o estatutos legales especiales”.*

La ley N°20.255 amplió la cobertura del seguro de SSL a los trabajadores independientes. Esto supone la necesidad de saber qué tan expuesto está este grupo a tener grandes niveles de accidentabilidad que puedan comprometer al sistema mutual. Según los datos actuales de la SUSESO, no se puede afirmar con certeza que este grupo vaya a tener un comportamiento, en cuanto a accidentes se refiere, más alto al promedio de la industria. La evidencia se presenta en la Figura 78, pudiéndose observar la accidentabilidad y su evolución comparada para los independientes, empresas de 1 a 9 trabajadores y promedio de la industria, como ya fue presentado anteriormente.

#### 12.4.1.1 Accidentabilidad Histórica

Como se mostró anteriormente el nivel histórico de accidentabilidad de los independientes ha sido inferior al promedio de la industria y al promedio de la pequeña empresa de 1 a 9 trabajadores (Figura 78).

**Figura 78:** Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo para empresas de 1 a 9 trabajadores, independientes y promedio de la industria, 2014 - 2017.



**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la SUSESO.

No obstante, es importante notar que para el año 2017, la cantidad de trabajadores independientes afiliado al sistema mutual e ISL era de 47.726 personas, menos de 1% del total de afiliados al sistema (SUSESO). Por lo tanto, sería plausible suponer que el nivel de accidentabilidad de este grupo de independientes tiene un sesgo de selección, puesto que representa a un porcentaje pequeño del total de trabajadores independientes que es consciente de la importancia de la seguridad y que, a diferencia de la gran mayoría de los independientes, cotiza voluntariamente por un seguro laboral.

#### 12.4.1.2 Clasificación de la fuerza laboral

Existen dos clasificaciones de empleo: formal e informal, los cuales derivan en diferencias sustantivas en

calidad de empleo, previsión, salarios y seguridad laboral. Siguiendo las definiciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2019), se considera como empleo informal a todos aquellos trabajadores dependientes que no cuentan con cotizaciones de salud o previsión social. En el caso de los trabajadores independientes se considera informal si su unidad económica pertenece al sector informal. Por su parte, el sector informal incluye a todas las actividades o empresas que no están registradas en el SII y no pueden ser clasificadas como cuasi-sociedades debido a que no cuentan con una contabilidad adecuada.

De acuerdo a cifras del INE, uno de cada cuatro chilenos que componen la fuerza laboral del país, trabaja de forma independiente. La siguiente tabla muestra la distribución de la fuerza laboral del país.

**Tabla 31:** Datos empleabilidad de Chile trimestre Oct-Nov-Dic 2018.

	Personas	Participación
Fuerza laboral	9.076.780	100%
Desocupados	610.880	7%
Ocupados Dependientes Formal	4.955.850	55%
Ocupados Dependientes Informal	1.232.730	13%
Ocupados Independientes Formal	997.320	11%
Ocupados Independientes Informal	1.280.000	14%

**Fuente:** Boletín Estadístico INE.

El aumento o baja de independientes está directamente relacionado con la situación económica del país. Malos resultados en materia económica traen consigo menor creación de empleo asalariado, lo que obliga a la gente a trabajar de forma independiente y, en la

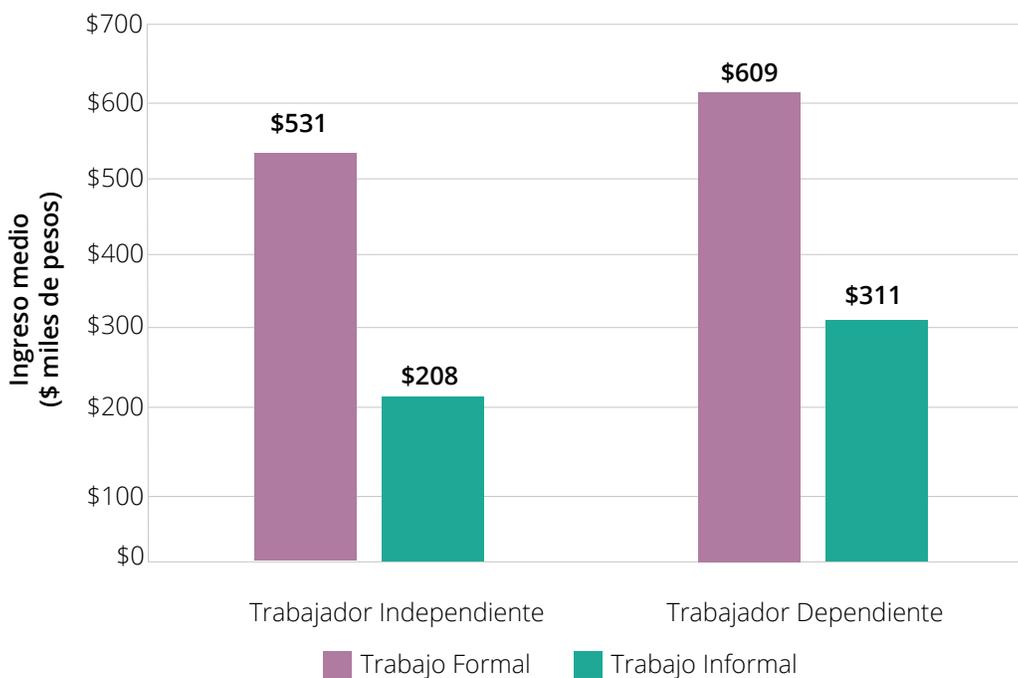
mayoría de los casos, de forma más precaria que un empleo como persona dependiente. Esto se debe a que el empleo por cuenta propia se caracteriza por ser de menores ingresos que el dependiente, tendiendo al subempleo y sin protección social (CLAPES UC, 2016).

### 12.4.1.3 Ingresos

En el ámbito salarial, un trabajador independiente formal gana, en promedio, cerca de un 14% menos que

un trabajador dependiente formal, y en el caso de un independiente informal su salario es, en promedio, un 65% menor que el de un trabajador dependiente formal. Estas diferencias se grafican en la Figura 79.

**Figura 79:** Ingreso medio y brecha entre trabajos formales e informales.



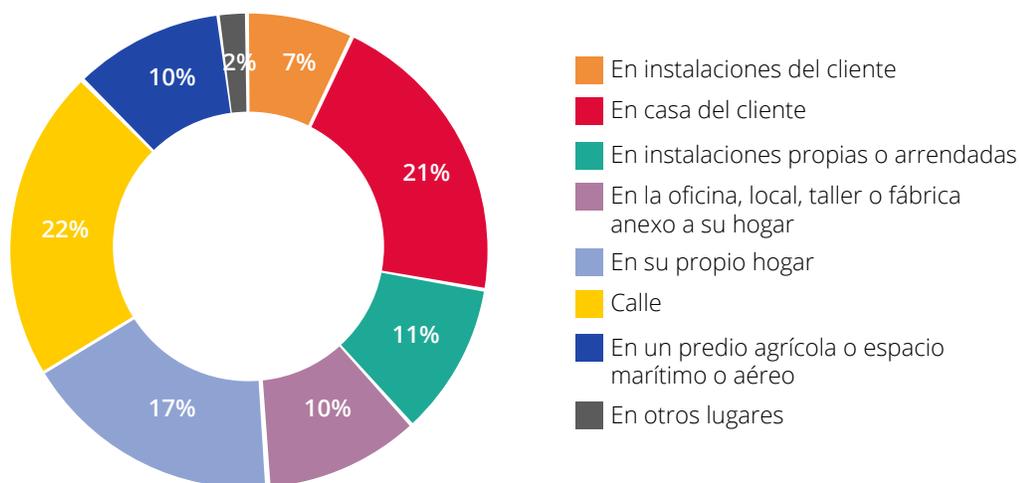
**Fuente:** elaboración propia basado en datos del INE.

#### 12.4.1.4 Lugar de Trabajo

Otro factor relevante que incide en la calidad del empleo por cuenta propia es el lugar de trabajo. Aquí, se

puede notar que el 22% de los trabajadores por cuenta propia labora en la vía pública y pocos lo hacen en oficinas o lugares de trabajo del empleador, tal como se muestra en la Figura 80.

**Figura 80:** Distribución lugares de trabajo de trabajadores independientes.



**Fuente:** datos del INE.

#### 12.4.1.5 Alcance del seguro

La ley N°20.225 obliga a todos los trabajadores independientes que emitan boletas de honorarios por un monto bruto anual de al menos 5 sueldos mínimos mensuales a cotizar en el sistema de protección social, con excepción de personas que sean mayores de 55 años en el caso de hombres y 50 en las mujeres antes del 1 de enero de 2018. Esta operación se llevará a cabo a través de la Declaración Anual de Impuesto a la Renta del SII, financiando el sistema de protección social con el monto de retenciones de las boletas de honorario. Si el 10% retenido no alcanzara para cubrir todas las cotizaciones necesarias, se estableció un orden de prelación a cada cotización previsional, partiendo del más prioritario al menos prioritario ordenado como sigue:

- Seguro de Invalidez y Supervivencia (1,53%)
- Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (0,91%)
- Seguro Acompañamiento de Niños y Niñas (Ley SANNA) (0,03%)
- Licencias médicas y subsidios, pre y post natal (7%)
- Pensiones (10%)

Es importante mencionar que todos los independientes a los que hace referencia la ley N°20.255 son clasificados como trabajadores independientes **formales**, debido a que reportan sus actividades al SII, por lo tanto, hay un registro de los movimientos monetarios del trabajador y es posible retener dinero de cada boleta de honorarios emitida.

#### 12.4.1.6 Tasa de cotización

Actualmente, la tasa que les corresponde pagar a los independientes tiene la componente base, equivalente a un 0,91%, más la cotización adicional diferenciada, definida en el DS 110°. A diferencia de las empresas, la tasa de cotización adicional del trabajador por cuenta propia no varía según su siniestralidad. Comparativamente, esto puede resultar injusto para las micro y pequeñas empresas que si ven ajustada su tasa según el uso que hagan del seguro.

#### 12.4.1.7 Pago del seguro

El pago de las cotizaciones previsionales se puede hacer de forma voluntaria pagando cada mes o mediante la Declaración Anual de Impuesto a la Renta de manera obligatoria. Siendo a la última opción la más común, los montos retenidos por el SII se utilizan para pagar la protección social de los trabajadores independientes correspondientes a su año impositivo. Es decir, lo que se paga en el período “T” cubre el año “T-1”. Esto ha traído problemas en el doble pago de cotizaciones para el caso de independientes que cotizaron de manera mensual y voluntaria previamente, así como también ha provocado que se pague por un seguro que no cubría de manera efectiva a los trabajadores independientes.

Es importante hacer notar que pagar el seguro de forma anual trajo consigo un año de adaptación, puesto que se pagaron las cotizaciones en 2019 pero no hubo cobertura para los trabajadores independientes que no cotizaban en 2018. No obstante, este problema volverá a repetirse para todos los nuevos trabajadores independientes que ingresen al sistema.

#### 12.4.1.8 Calificación

Para la calificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales se empleará el mismo método de denuncia, estudio y calificación que en el caso de trabajadores dependientes. Evidentemente, surgen dudas sobre qué se podría considerar como “lugar de trabajo” para realizar las respectivas evaluaciones

de este lugar. Los incisos b) y c) del artículo 4° del DS 67° (2008) clarifican esta situación, exponiendo que el trabajador independiente debe dar una “descripción de la actividad remunerada, profesión u oficio que desarrolla. En el evento que realice diversas labores, deberá consignar como actividad principal aquella en que destina diariamente más horas de trabajo”. Adicionalmente, se norma que se debe decir dónde desarrolla sus actividades principales (inciso c)). Si su lugar de trabajo fuere su casa, debe mostrar específicamente en qué parte de esta desempeña sus actividades laborales.

#### 12.4.1.9 Prevención

El título séptimo del DS 67° regula la prevención de riesgos para trabajadores independientes. En este artículo se muestra explícitamente que el trabajador por cuenta propia es responsable de implementar todas las medidas de higiene y seguridad que el organismo administrador les exija. Esto incluye informar a la mutualidad de todas las actividades que el trabajador realiza, manteniendo constantemente actualizado al organismo administrador en caso de cambios de actividades. Del mismo modo, la mutualidad tiene la facultad de multar a los trabajadores que no cumplan con las medidas de seguridad que le solicitaron al trabajador. Además, es deber de la mutualidad otorgar asistencia técnica en prevención para aquellos independientes que la necesiten.

#### 12.4.1.10 Antecedentes internacionales

El trabajo independiente es una tendencia a nivel mundial, donde todos los países se ven enfrentados (en mayor o menor medida) a la misma problemática. La Tabla 32 presenta la cobertura de Salud y Seguridad Laboral (SSL) para los trabajadores independientes en diferentes países. Como se puede apreciar, el desafío ha sido abordado de forma dispar a nivel mundial, y no parece existir receta para solucionar el problema en cuanto a cobertura se refiere. De hecho, varios países ni siquiera ofrecen cobertura de SSL a los trabajadores independientes.

Observando la forma en que se cobra la SSL a los trabajadores independientes, se utiliza una clasificación

general de las tasas (por ejemplo, no se detalla cómo, o en función de que parámetros, se realiza la evaluación de riesgo) para clasificar los sistemas de 21 de los 29 países listados.

En Chile se ha optado por seguir los pasos de Suecia y Polonia, estableciendo cobertura obligatoria para los independientes y cobrándoles una tasa fija.<sup>121</sup>

**Tabla 32:** Cobertura SSL para Independientes y cobro de tasa por país.

<b>País</b>	<b>Cobertura Independientes</b>	<b>Cobro Tasa Independientes</b>
Argentina	No cubiertos	No aplica
Austria	Cobertura universal (Sistema especial)	No aplica
Belgium	No cubiertos	No aplica
Brazil	No cubiertos	No aplica
Canada	No cubiertos	No aplica
Chile	Cobertura obligatoria (2019)	Tasa fija
Colombia	No obligatorio	Evaluación de riesgo
Czech Republic	No cubiertos	<i>Sin información</i>
Denmark	Cobertura universal	<i>Sin información</i>
Estonia	Cobertura universal	<i>Sin información</i>
Finland	No obligatorio	<i>Sin información</i>
France	No cubiertos	No aplica
Germany	No obligatorio	Evaluación de riesgo
Hungary	Cobertura universal	<i>Sin información</i>
Italy	Cobertura parcial obligatoria	Evaluación de riesgo
Lithuania	No cubiertos	<i>Sin información</i>
Mexico	Cobertura parcial voluntaria	Ninguno
Netherlands	Cobertura obligatoria (económicamente dependientes)	No aplica (empleador)
Norway	Cobertura universal	<i>Sin información</i>
Peru	Cobertura parcial voluntaria	Clasificación industrial
Poland	Cobertura parcial obligatoria	Tasa fija
Portugal	No obligatorio	No aplica
Russia	No cubiertos	No aplica
Slovenia	Cobertura obligatoria	<i>Sin información</i>
Spain	Cobertura parcial obligatoria	Actividad económica y ocupación
Sweden	Cobertura obligatoria	Tasa fija
United Kingdom	No cubiertos	No aplica
United States	No cubiertos	No aplica

**Fuente:** elaboración propia desde (ISSA (Asia and the pacific), 2016), (ISSA (Europe), 2018), (ISSA (The Americas), 2017).

121 Notar que Suecia cobra una tasa fija (0.2%) tanto a independientes, como a empresas por sus trabajadores.

La incorporación de trabajadores independientes a la SSL requiere, inevitablemente, que el sistema aborde nuevas problemáticas como, por ejemplo, su riesgo moral el ajuste de su tasa de cotización.

#### 12.4.1.11 Riesgo moral de los trabajadores independientes

Los trabajadores independientes tienen, en general, mayor riesgo moral que los trabajadores dependientes debido, principalmente, a los siguientes factores:

- **Calificación de accidentes:** En el caso de los independientes, la calificación es compleja, tanto por el lugar de trabajo, como por la verificación de que efectivamente el trabajador se haya estado desempeñando laboralmente al sufrir un accidente o enfermedad. Considerando las condiciones en general más ventajosas en términos de cobertura, costos y prestaciones económicas de la salud laboral, existe el riesgo moral de que un accidente no laboral sea reportado como tal.
- **Medios de verificación:** En el empleo asalariado, las Mutualidades del SSL y Organismos Administradores de la salud común pueden verificar el lugar de trabajo, condiciones laborales y actividades realizadas con un tercero, pero en el caso de los trabajadores independientes no se cuenta con métodos de verificación similares.

- **Costos del seguro:** Los trabajadores independientes pagan una tasa fija por SSL que no se ajusta por accidentabilidad a diferencia de los empleadores responsables por los trabajadores asalariados deben pagar una porción variable de la tasa del SSL de acuerdo a la accidentabilidad registrada, lo que permite transferirle el riesgo económico que generan con su actividad. La no transferencia del riesgo en el caso del independiente podría generar desincentivos a la prevención en su actividad y/o para dejarse asesorar por terceros (como podrían hacer los Organismos Administradores del SSL).

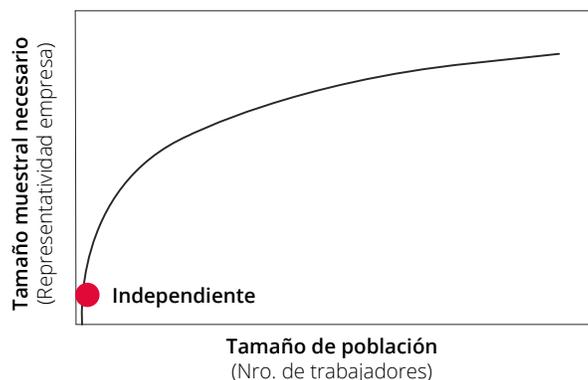
#### 12.4.1.12 Riesgo moral de los trabajadores independientes

- Por último, también es esperable que opere un mecanismo de autoselección, de modo que las empresas subcontraten con independientes las tareas más riesgosas para reducir el riesgo reflejado en su tasa.

#### 12.4.1.13 Ajuste de la tasa

Para los independientes y empresas con bajo número de personas, su tasa de accidentabilidad y cotización no refleja el riesgo de la industria en que opera, ya que la probabilidad de un evento en el punto (en este caso trabajadores independiente) tiende a cero, y es marginal para empresas con bajo número de trabajadores, como se ilustra en la Figura 81.

**Figura 81:** Forma funcional tamaño muestral y homólogo de representatividad del riesgo observado en la empresa vs. número de trabajadores de la empresa.<sup>122</sup>



122 Cochran sample size formula for continuous variables.

Por lo anterior, si la tasa del independiente se ajustara como se ajusta para las empresas, la ocurrencia de un accidente haría subir bruscamente la tasa de cotización, comprometiendo su viabilidad financiera en el corto plazo. Lo anterior se traduce en un coeficiente de variación para las tasas de accidentabilidad y cotización muy alto cuando el número de trabajadores es pequeño bajo un sistema del tipo *bonus-malus*.

No obstante lo anterior, si la tasa de los independientes no se ajusta por accidentabilidad, tal como define la legislación vigente, se corre el riesgo de incorporar una carga de gasto adicional al sistema, que dado los volúmenes potenciales de nuevos cotizantes podría amenazar su sustentabilidad.

#### 12.4.2 Mejoramiento propuesto

Se propone ajustar la tarifa de los trabajadores independientes de acuerdo a los resultados de accidentabilidad de las empresas que los contratan, y viceversa.

##### 12.4.2.1 Objetivos

- Reducir el riesgo moral del independiente, por cuanto cada mandante tiene incentivos a corroborar que el trabajador efectivamente se accidenta por causa (trayecto o laboral) del trabajo.
- Reducir el riesgo moral de las empresas a contratar trabajadores independientes para las tareas más riesgosas.
- Reducir el riesgo de la insostenibilidad económica de incorporar independientes en el sistema de mutualidades.
- Fomentar la prevención y el cuidado que realizan las empresas contratantes para con los trabajadores independientes que contrata.
- Incentivar a independientes a trabajar para empresas más seguras.

##### 12.4.2.2 Descripción

Cuando una empresa contrata a trabajadores independientes a honorarios, y en particular cuando éstos trabajan en sus instalaciones, poseen en esencia la misma probabilidad de sufrir un accidente que los trabajadores a contrata. De la misma forma que el trabajador hereda el riesgo de la empresa que lo contrata, se propone que el trabajador independiente herede también la tasa de cotización de la empresa contratante, ya que esta tasa será más representativa del riesgo del trabajador.

En caso de ser independiente comercial, sin honorarios pagados por empresas, la tasa se calculará a partir de un pool de independientes, cuyo ingreso principal provenga del mismo sector CIIU.

En caso de estar el independiente trabajando para más de un empleador, su herencia de tasa se dividirá proporcionalmente en función de los montos pagados por las empresas mandantes.

De manera similar a la que el trabajador hereda el riesgo de la empresa que lo contrata, se propone que la empresa herede también el riesgo de accidentabilidad de los independientes que contrata. De esta forma, en caso que el independiente sufra un accidente o enfermedad profesional, afectará la tasa de accidentabilidad de la empresa mandante, en la misma proporción que significaron para el independiente los ingresos de esa empresa en sus ingresos totales.

##### 12.4.2.3 Justificación de la propuesta

Con este método de ajuste de tasa, el independiente hereda la tasa de cotización del negocio de la empresa para la cual trabaja, que es considerablemente más representativo del riesgo del trabajo. De este modo la tasa que se le cobra a un independiente represen-

ta mejor el riesgo del trabajo que posee, así como el riesgo económico que representa para el sistema de mutualidades.

Asumiendo que un trabajador posee varias opciones de trabajo, se reducen los incentivos (ingresos esperados) de que un trabajador busque trabajo como independiente en industrias/empresas más riesgosas, ya que *ceteris paribus*, una mayor parte del ingreso percibido irá a pagar SSL.

De la misma forma, al verse afectada la empresa por la accidentabilidad de los independientes que contrata tendrá mayores incentivos a incorporarlos en los esfuerzos de prevención que realice, y tendrá menos incentivos a contratarlos para realizar las tareas más riesgosas.

Con la tasa heredada resulta posible hacer responsable a ambos actores de prevenir accidentes y gestionar el riesgo, pues en caso de accidente, se afectará la tasa tanto de la empresa mandante, como del trabajador independiente.

Asimismo, controla o elimina el riesgo moral, ya que hay controles cruzados entre mandante e independiente:

- **Reportabilidad:** El mandante estará interesado en que solo se reporten los accidentes que realmente hayan ocurrido.
- **Prevención y gestión de riesgos:** El independiente por su parte estará interesado en que la tasa de cotización sea lo más baja posible (él lo paga), por lo que tendrá incentivos adicionales para que la empresa gestione el riesgo.

Es relevante señalar que bajo esta metodología de ajuste es posible que un independiente pertenezca a una mutualidad distinta a la de la empresa para la cual está realizando un trabajo. En este caso la accidentabilidad del independiente significaría un aumento de tasa (y por lo tanto un mayor ingreso) para otra mu-

tualidad diferente a la que tuvo que solventar el costo de esa accidentabilidad. No obstante, este efecto aplicará para todas las mutualidades por lo que tenderá a compensarse.

### 12.4.3 Implementación

#### 12.4.3.1 Cálculo de tasa del trabajador independiente

Se propone el siguiente mecanismo de consolidación y herencia de tasas:

- Se calcula la Proporción de Ingresos (PI) por mandante (i) a independiente, para los últimos dos años (período a considerar para el cálculo de tasa):

$$\text{Proporción de Ingresos}_i(PI)_i = \frac{\text{Pagado Mandante}_i}{\text{Ingresos Totales Independiente}}$$

- Cálculo de tasa, mediante la combinación de las tasas del negocio de cada empresa (i) a la cual el independiente presta servicios:

$$\text{Tasa final} = \sum \text{Proporción de Ingresos}_i * \text{Tasa Empresa}_i$$

En caso de ser independiente comercial, sin honorarios pagados por empresas, se calcula una tasa a partir de un pool de independientes, cuyo ingreso principal provenga del mismo sector CIU. La tasa se calcula con la misma fórmula utilizada para calcular la tasa de accidentabilidad, pero considerando al pool de independientes como pertenecientes a una misma empresa (días perdidos, Fatalidades, % de Incapacidad)

$$\text{Tasa sector CIU} = \frac{F(\sum \text{Días perdidos}_i, \sum \text{Fatales}_i, \sum \text{Incapacidad}_i)}{\sum \text{Trabajadores Independientes CIU}}$$

### 12.4.3.2 Cálculo de tasa para la empresa que contrata trabajadores independientes

- En caso que el trabajador independiente solo realice trabajo para una sola empresa mandante, se considerará como si el independiente fuese un trabajador empleado, tanto para cuantificar los días perdidos, muertes, invalidez y número de trabajadores.
- Se calcula la Proporción de Ingresos (PI) por mandante (i) a independiente (j), para los últimos tres años (período a considerar para el cálculo de tasa):

$$PI_{ij} = \frac{\text{Pagado Mandante}_{ij}}{\text{Ingresos Totales Independiente}_j}$$

- Se calcula los trabajadores totales que trabajan para la empresa mandante (i)

$$\begin{aligned} \text{Trabajadores Totales}_i (TT_i) &= \\ &= \sum \sum \text{Independientes}_i * PI_{ij} + \sum \text{Asalariados}_i \end{aligned}$$

Para todos los elementos utilizados en el cálculo de la tasa de cotización, para el negocio de la empresa (i), generados por los independientes (j), para el cálculo de la tasa (días perdidos  $DP_j$ , fatalidades ( $Fa_j$ ), % de incapacidad (%I<sub>j</sub>))

$$\text{Días perdidos equivalentes}_i (DPe_i) = \sum \text{Días perdidos Asalariados}_i + \sum \text{Días perdidos independientes}_j * PI_{ij}$$

- Tasa del Negocio para la empresa (i)

$$\text{Tasa final de la empresa}_i = \frac{F(DP_i, Fa\%I_j)}{TT_i}$$

## 12.5 Tasa mixta Pymes

### 12.5.1 Antecedentes

Durante los últimos años se han realizado varios esfuerzos para promover la generación y el adecuado funcionamiento de las Pymes, dada su relevancia en la economía nacional. No obstante, no se han realizado modificaciones significativas en relación a su tasa de SSL, dejando a estas empresas en una situación de alta vulnerabilidad ante la ocurrencia de accidentes laborales.

Si bien las Pymes se rigen con la misma tasa que las demás empresas, el reducido número de trabajadores con la que cuenta la mayoría de ellas, hace que la tasa de cotización sea muy volátil ante la ausencia/presencia de accidentes y enfermedades laborales. Debido al bajo número de trabajadores su tasa de accidentabilidad no es representativa del riesgo, ya que la exposición al riesgo (número de trabajadores) es muy baja.

Lo anterior implica un alto coeficiente de variación de su tasa. De hecho, un solo accidente podría plausiblemente llevar a una PYME desde la tasa más baja de su sector, a la tasa máxima legal, afectando considerablemente la sostenibilidad económica de la empresa.

### 12.5.2 Mejoramiento Propuesto

Definir un sistema de tasa mixto para las Pymes.

#### 12.5.2.1 Objetivos

- Lograr que tasa de cotización de la PYME refleje de mejor manera su riesgo real.
- Evitar que variaciones violentas de tasa puedan comprometer la viabilidad financiera de las pequeñas y medianas empresas.

#### 12.5.2.2 Descripción

Se propone definir una tasa de cotización para las Pymes de acuerdo a su número de trabajadores considerando tres casos:

- Pymes con un solo empleado: su tasa de cotización se calcula de la misma forma que la de un trabajador independiente (descrito en el punto 12.4.3.1).
- Pymes con más de 100 trabajadores: su tasa se calcula de la misma forma que se hace actualmente.
- Pymes con 2 a 99 trabajadores: su tasa se calcula de forma proporcional entre los dos puntos anteriores.

El cálculo de tasa mixta que se propone para las Pymes, en particular aquellas con menos de 100 trabajadores consiste en heredar parte de la tasa de las empresas con las que tienen relaciones comerciales, para reflejar mejor el riesgo del sector económico, geográfico, etc. en el que opera. El nuevo cálculo de tasa nivela la cotización de tasa entre empresas, y atenúa posibles alzas y bajas para ofrecer un ecosistema económico más estable para las empresas.

#### 12.5.2.3 Justificación de la propuesta

Los accidentes en el trabajo son eventos esporádicos, con baja tasa de ocurrencia en el tiempo. Si una empresa tiene varios trabajadores, la probabilidad de tener un accidente representa el riesgo real de la empresa, sin embargo, si la empresa cuenta con muy pocos trabajadores los accidentes son eventos fortuitos que no necesariamente representan su nivel real de riesgo, y que hacen saltar su tasa a niveles que podría amenazar su sostenibilidad económica.

Con la tasa propuesta, se espera mantener la tasa promedio de los distintos sectores económicos donde afectará la propuesta, pero reduciendo la variabilidad que pueden sufrir las tasas de las pequeñas y medianas empresas.

Asimismo, dado que las empresas con relaciones comerciales suelen operar en la misma cadena de valor, comparten características similares en cuanto al riesgo que generan para con sus trabajadores. Así, al heredar las Pyme la tasa de las empresas con las que se relacionan, se estima una tasa de cotización que refleja de mejor manera el riesgo laboral que generan para con sus trabajadores.

Por último, se generan además incentivos que fomentan negocios con empresas que posean menor tasa de accidentabilidad.

### 12.5.3 Implementación

#### 12.5.3.1 Metodología de cálculo

Se propone la siguiente metodología de cálculo para implementar la tasa mixta para las Pymes.

- Se calcula primero la tasa de cotización propia para la PYME de forma tradicional, en función de sus días perdidos por accidentes o enfermedades laborales  $DP_i$ , fatalidades ( $Fa_i$ ), % de incapacidad ( $\%I_i$ ).

$$Tasa\ propia\ PYME_i = \frac{F(DP_i, Fa\%I_i)}{TT_i}$$

- Se calcula la Proporción de Ingresos (PI) por mandante (j) a PYME (i), para los últimos tres años (período a considerar para el cálculo de tasa):

$$Proporción\ de\ Ingresos_j(PI) = \frac{Pagando\ empresa\ mandante_j}{Ingresos\ Totales\ PYME_i}$$

- Se calcula la tasa heredable mediante la combinación de las tasas del negocio de cada empresa mandante (j)<sup>123</sup> a la cual la PYME le presta servicios:

$$Tasa\ heredable\ PYME_i = \sum Proporción\ de\ Ingresos_j * Tasa\ empresa\ mandante_j$$

- En función del número de trabajadores considerados para la PYME (incluidos los trabajadores totales  $(TT_i)$ ), del cálculo para la tasa heredada de la empresa, descrito en la sección 12.4, se calcula la proporción entre las tasas:<sup>124</sup>

$$Proporción\ tasa\ propia\ PYME\ (Ptp) = Min\left(\frac{Nro.\ trabajadores}{100}, 1\right)$$

- Finalmente, se calcula la tasa, que será una combinación lineal entre la tasa propia de la empresa, y la tasa heredable, en función del número de trabajadores:

$$Tasa\ cotización\ PYME_i = Ptp_i * Tasa\ propia\ PYME_i + (1 - Ptp_i) * Tasa\ heredable\ PYME_i$$

123 En el caso de que el mandante sean personas naturales se considera la tasa del sector económico en que opera la PYME.

124 La aplicación de la función valor mínimo, permite que la presente propuesta solo afecte a empresas que tenga entre 1 y 99 trabajadores.

## 12.6 Eliminación de *black-out* de competencia y mejoramiento de información de tasa

### 12.6.1 Antecedentes

Cada año impar, las mutuales realizan un recuento de los accidentes ocurridos en los últimos tres años de las diferentes empresas que cubren. En base a esto, se calcula una Tasa de Siniestralidad que luego es transformada a un porcentaje de cotización adicional siguiendo la norma establecida por el Decreto Supremo N°67.

Las empresas pueden cambiarse de mutualidad en cualquier momento, exceptuando el segundo semestre del año de evaluación de tasas de cotización. Para aquellas empresas que registren un alza de su tasa, no podrán cambiarse tampoco durante los tres primeros meses posteriores al año de evaluación.

De acuerdo a esto las empresas no son libres de elegir su mutualidad durante un 25% de tiempo de un año (o de un 37,5% del tiempo si registró un alza en su tasa). Este hecho no contribuye a promover la libre competencia que debiera existir entre las mutualidades.

### 12.6.2 Mejoramiento propuesto

Liberar el período de restricción de las empresas para cambio de mutualidad, y ajustar anualmente la tasa de cotización con los siguientes objetivos:

- Promover la libre competencia entre las mutualidades.
- Comunicar la voluntad de las mutualidades por optimizar y competir.
- Mejorar el incentivo de las empresas para gestionar su tasa de cotización.

### 12.6.3 Implementación

Los niveles actuales de desconfianza ameritan una señal pro-activa del sistema de mutualidades por fomentar la libre competencia.

Al liberar el período de prohibición de cambio de mutualidad se favorecerá la competencia y la búsqueda de las empresas por mutualidades que les ofrezcan un mejor apoyo a la gestión de su SSL.

La implementación de esta medida requerirá una simplificación del proceso de cálculo de las tasas de accidentabilidad, ya que este proceso toma tiempo a las mutualidades. Una alternativa para agilizar este trámite es que se exija que toda la información sea presentada en un formato digital.

## 12.7 Análisis y mejoramiento de la eficacia y eficiencia de los sistemas de calificación actuales

### 12.7.1 Antecedentes

El año 2016 empezó a regir un estricto protocolo de calificación de las EP, que exige, entre otras cosas, que la calificación de accidentes y enfermedades profesionales sea hecha por un médico del trabajo (y en la mayor parte de los casos por un comité). Como consecuencia de esto aumentó de forma considerable el número de denuncias de enfermedades profesionales recibidas, disminuyó el porcentaje de las que son efectivamente calificadas como profesionales, y aumentó considerablemente el costo del proceso de calificación<sup>125</sup>.

Por otra parte, existe la percepción, que ha sido incluso destacada por algunas autoridades, que el sistema de salud común se está haciendo cargo de prestaciones de salud y económicas de accidentes y enfermedades que no fueron adecuadamente calificadas como profesionales por la salud pública.

Los antecedentes anteriores dejan de manifiesto la necesidad de revisar la pertinencia y eficiencia de los mecanismos actuales de calificación de accidentes y enfermedades laborales tanto en la salud profesional como en la salud común.

Los principales desafíos de la calificación, tanto de la salud laboral como de la salud común, pueden resumirse en tres puntos:

- **Calidad de atención al paciente:** los pacientes que denuncian un accidente o enfermedad laboral, corresponda o no ésta a dicha clasificación, debieran recibir una atención oportuna y eficaz, evitando los trámites burocráticos del proceso de atención y uso de beneficios.
- **Eficiencia del proceso de calificación:** el proceso de calificación de un accidente o enfermedad debiera ser eficiente y práctico, evitando costos excesivos del proceso.
- **Eficacia del proceso de calificación:** el proceso de calificación debiera ser eficaz en la calificación laboral de accidentes y enfermedades, evitando errores de calificación: que un accidente o enfermedad profesional sea cubierto por el sistema de salud común, y que un accidente o enfermedad sin causalidad laboral directa sea cubierto por el sistema de salud laboral.

### 12.7.2 Mejoramiento propuesto

Se propone realizar un análisis técnico detallado del proceso de calificación actual de accidente y enfermedad laboral, tanto en la salud común como en la salud laboral.

#### 12.7.2.1 Objetivos

- Entender en detalle el proceso de calificación de la salud común y laboral para detectar potenciales mejoramientos en la eficiencia y eficacia del sistema.
- En base a esos hallazgos proponer mejoras del proceso de calificación que permitan:
  - Mejorar la percepción de servicio al cliente.
  - Mejorar eficiencia de la calificación.
  - Mejorar la eficacia de la calificación.

<sup>125</sup> Enfermedades de origen común (como, por ejemplo, una amigdalitis), antes del año 2016 eran derivados de inmediato al sistema común, sin embargo, hoy deben ingresar al sistema con una denuncia de EP (DIEP), para ser calificados como de origen común por algún miembro del comité de calificación.

- Asegurar la consistencia de las metodologías y criterios de calificación tanto en la salud común como en la salud laboral.
- Despejar la inquietud existente en el sistema de que la salud común se está haciendo cargo de casos que corresponden a salud laboral.

### 12.7.2.2 Descripción

Se propone realizar un estudio transversal que aborde tanto la salud laboral como la salud común, que permita entender la problemática planteada, para luego proponer métodos para hacer más eficiente y mejorar el proceso de calificación. Resulta importante considerar en el diseño, la reducción o eliminación de los incentivos perversos que hoy genera el sistema.

### 12.7.2.3 Justificación de la propuesta

Un estudio permitirá poner énfasis en el proceso específico de calificación para enfermedades profesionales, y podrá dedicar tiempo a estudiar la problemática particular de las enfermedades multi-causales, como enfrentarlas desde un punto de vista sistémico

(SSL, Salud común), así como las enfermedades para las cuales la causalidad no es posible de ser probada, y menos su ausencia (mentales). Esta propuesta permitirá además despejar la inquietud, expresada por algunas autoridades, de que la salud común se está haciendo cargo de casos que correspondería que fueran abordados por la salud laboral.

### 12.7.3 Implementación

Se propone que este análisis sea liderado por el Panel de Expertos (sección 12) y que cuente al menos con las siguientes etapas de trabajo:

- Diagnóstico ajustado de la problemática asociada al proceso de calificación en la salud laboral y salud común.
- Levantamiento de procesos de calificación en la salud laboral y salud común considerando:
  - Diseño formal de los procesos y procedimiento.
  - Cumplimiento de los diseños establecidos.
  - Resultados obtenidos.
- Identificación de potenciales mejoras al proceso de calificación actual.

## 12.8 Mejoramiento de gestión de accidentes de trayecto

### 12.8.1 Antecedentes

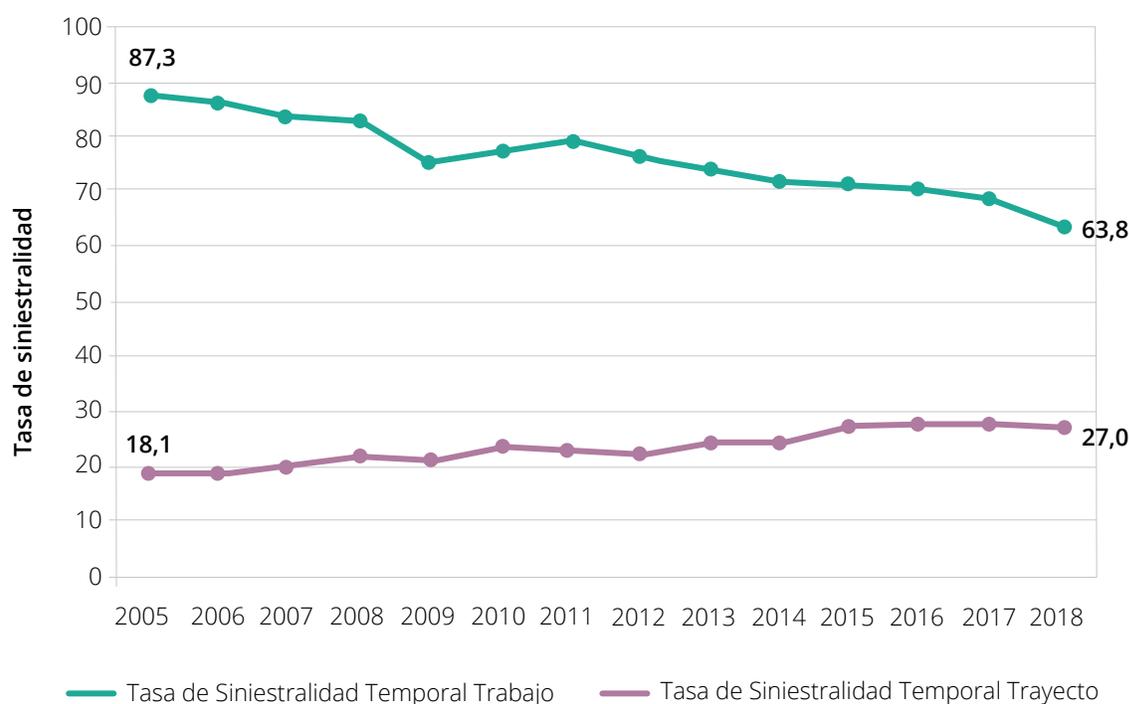
La definición chilena de accidentes de trayecto acorde a la ley es la siguiente:

*“..... los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan*

*a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente dice relación con el trabajo al que se dirigía el trabajador al ocurrir el siniestro” (Congreso Nacional, 2006).*

Si bien los accidentes en el trabajo han presentado una disminución consistente en los últimos años, los accidentes de trayecto no han tenido mayores cambios en su tendencia. Mientras la tasa de siniestralidad temporal de trabajo bajó un 23% entre el 2005 y el 2018, la tasa siniestralidad temporal de accidentes de trayecto aumentó un 50% en el mismo período (Figura 82, ya presentada anteriormente).

**Figura 82:** Tasa de siniestralidad temporal de trabajo y de trayecto, 2005 - 2018.



**Fuente:** elaboración propia con información de la SUSESO.

A diferencia de los accidentes del trabajo, se asume que los accidentes de trayecto no son atribuibles o susceptibles al actuar del empleador, y por tanto actualmente no hay ajustes de tasa cuando un trabajador se accidenta en el trayecto, no obstante, el evento genera costos para el sistema de SSL.

La función de riesgo de los accidentes de trayecto está dada por una serie de elementos exógenos al trabajo, como pueden ser:

- Método de transporte utilizado por el trabajador.
- Habilidad y seguridad de la conducción del trabajador (si conduce al trabajo).
- Calidad y riesgo de accidente propio del transporte público (si no conduce al trabajo).
- Desarrollo de infraestructura vial y peatonal.
- Distancia de trayecto.

### 12.8.1.1 Factor geográfico

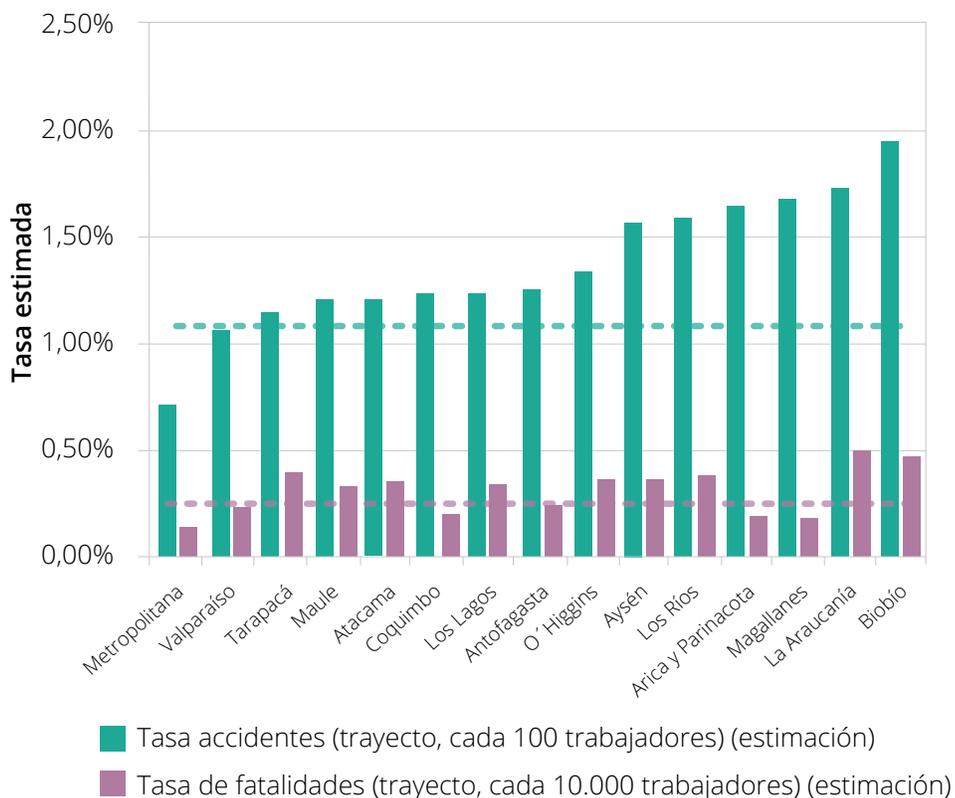
Tal como puede inferirse del listado anterior, la mayor parte de los elementos que pueden generar accidentes de trayecto dependen de las características geográficas y viales de la zona. A modo de ejemplo, en la Figura 83 se estima la distribución geográfica de los accidentes de trayecto para el año 2017.

Resulta interesante notar la gran disparidad de accidentes de trayecto que se observan entre la RM y las demás regiones del país<sup>126</sup>, lo que puede resultar consistente con un mayor desarrollo de infraestructura, menores distancias, y mayor acceso a transporte público.

---

<sup>126</sup> La RM posee una tasa 35% más baja que la región más segura que le sigue (Valparaíso), y un 64% más baja que las más alta de las regiones (Biobío).

**Figura 83:** Tasa de accidentes y accidentes fatales de trayecto (con tiempo perdido), por región. <sup>(127,128)</sup>



**Fuente:** estimación basada en (CENSO, 2017), (CONASET, 2017) y (SUSESO, 2017).

127 Para la estimación, se utiliza de base la distribución geográfica de trabajadores por región de (CENSO, 2017). La población de trabajadores se proratea por el número de afiliados al sistema de Mutuales reportado (SUSESO, 2017). Por otra parte, los accidentes del trabajo se obtuvieron de (CONASET, 2017), distribuidos por región, los cuales se proratean por el número de accidentes reportados en (SUSESO, 2017).

El supuesto subyacente es que la probabilidad de ocurrencia de un evento es similar para personas que están cubiertas y no cubiertas por el SSL, una vez controlada la exposición.

De forma similar, para la distribución de la población trabajadora, el supuesto subyacente es que la proporción de trabajadores y trabajadores afiliados al sistema de Mutualidades no varía de forma sustancial entre las distintas regiones.

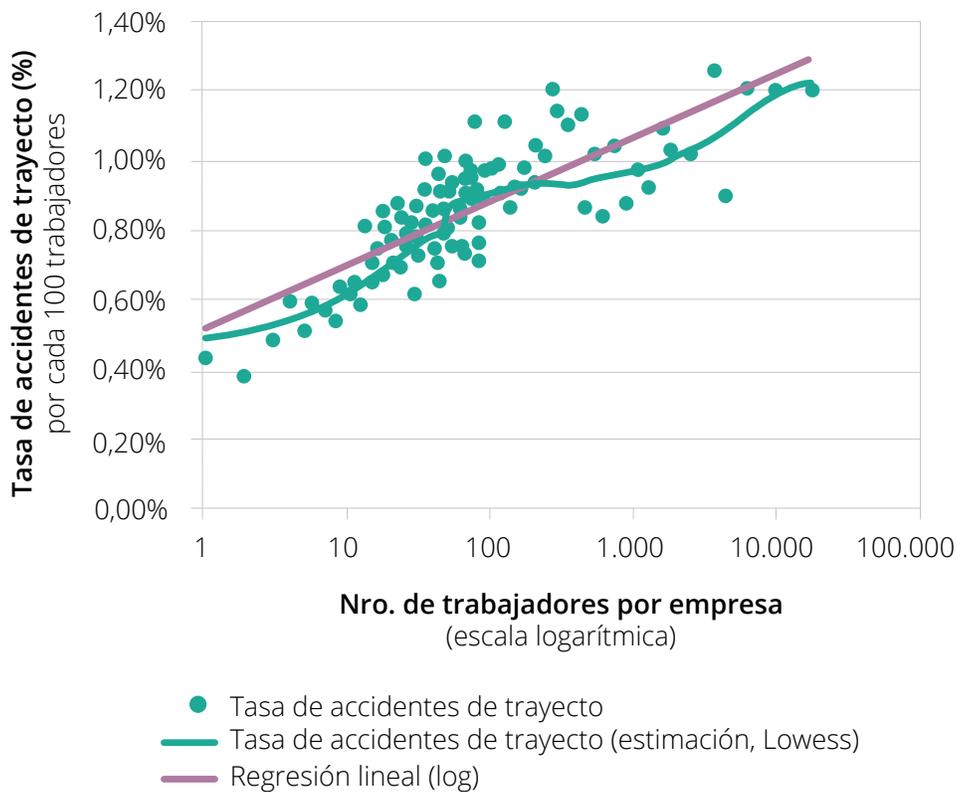
128 Solo Mutualidades, por falta de datos en (SUSESO, 2017) se excluye el ISL del análisis.

**12.8.1.2 Factor tamaño de empresa**

Existe una relación entre el tamaño de la empresa, y la tasa de accidentes de trayecto (Figura 84). Teóricamente existirían al menos dos funciones generadoras de accidentes de trayecto que se relacionan con el tamaño de la empresa (número de trabajadores). Estas son:

- A mayor tamaño de la empresa, aumenta el radio desde el cual debe reclutar la empresa (autoselección de los empleados). Particularmente importante para empresas muy grandes o localizadas en zonas alejadas de lugares de residencia.
- A mayor tamaño de la empresa, aumenta el número de faenas que tiene una empresa, y por tanto, los viajes entre faenas que realiza el personal.

**Figura 84:** Tasa de accidentes de trayecto 2017, por tamaño de empresa <sup>(129,130,131)</sup>



**Fuente:** elaborado con micro data provista por ACHS.

129 Se presenta en escala logarítmica, para poder observar todo el rango de datos, a la vez que debido a la forma funcional, permite observar mejor la relación entre la tasa y el número de trabajadores por empresa.

130 Para construir el gráfico se construyeron 100 clusters por tamaño empresa, de modo que se reduzca la varianza observada para los segmentos de empresas que tienen muy pocas observaciones.

131 La técnica de construcción de Lowess curve consiste en construir regresiones locales por tramos en la distribución, que luego son combinadas para generar una curva única más representativa de la forma funcional real de la muestra observada.

### 12.8.1.3 Costos asociados a los accidentes de trayecto

Como se presentó con anterioridad, uno de los elementos de interés es saber que porción del gasto es generado por los accidentes y fatalidades de trayecto, en relación a los accidentes y fatales generados por el trabajo, cuyo riesgo si está indexado en la tasa de cotización.

Utilizando información de gasto y accidentes provista por las mutualidades<sup>132</sup> se desarrolló un modelo econométrico<sup>133</sup> para predecir el gasto<sup>134</sup>, presentado en la 10.4.2. Indicando el costo unitario y global que se estima genera cada tipo de accidente, así como otros costos unitarios propios que genera el administrar a cada empleador.

Como queda en evidencia, los costos unitarios totales generados por un accidente de trayecto son más altos que los generados por accidentes laborales. Los accidentes de trayecto de la muestra utilizada representan el 24% del total de los accidentes, pero se estima

que generan el 38% de los costos totales, y un 43% de los costos variables de las mutualidades.

Como consecuencia, los accidentes de trayecto registran una tendencia al alza, a la vez que impactan de forma considerable en el gasto que generan, presionando los márgenes, excedentes e inversión de las mutualidades, al no estar considerados para el cálculo del ajuste de la tasa de cotización.

### 12.8.2 Antecedentes internacionales

En la Tabla 33 se presentan una serie de países indicando si los accidentes de trayecto son cubiertos o no por los seguros de Salud y Seguridad Laboral (SSL) respectivos.

La definición chilena es en general más generosa que la de los países estudiados, ya que en el caso chileno reconoce como accidente de trayecto desde la habitación, y no desde la salida de la vivienda.

**Tabla 33:** Cobertura por país de accidentes de trayecto.

Países	Cobertura accidentes de trayecto	Detalle
Alemania	Si cubre	Entre lugar de trabajo y vivienda.
España	Si cubre	Entre lugar de trabajo y vivienda.
México	Si cubre	Entre lugar de trabajo y vivienda.
Colombia	No cubre*	Solo cubre si medio de transporte es proporcionado por el empleador.
Argentina	Si cubre	Entre lugar de trabajo y vivienda.
Francia	Si cubre	Entre lugar de trabajo y vivienda.
Reino Unido	No cubre*	Excepto viajes de trabajo.
EEUU	No cubre*	Solo cubre si medio de transporte es proporcionado por el empleador, o el vehículo es requisito para realizar el trabajo.

132 Solo se tiene información para la ACHS y MUSEG

133 Se utiliza un modelo de panel (años 2015 - 2017), de efecto aleatorio.

134 El análisis se realizó a nivel de segmentos (mutual, tamaño empresa, sector económico, año) de los cuáles se disponía información completa, por lo que se consideró una muestra de la población para la estimación, que representa el 95% de la población de empleadores afiliados a las Mutualidades de la muestra.

De los países estudiados (ver Tabla 33), ninguno posee un sistema bonus-malus que incluya los accidentes de trayecto en el cálculo de la tasa que se le cobra al empleador. No se encuentra otra evidencia internacional que incluya los accidentes de trayecto en el cálculo de la tasa de cotización del SSL.

En este contexto, hay al menos dos desafíos relevantes sobre los accidentes de trayecto que debieran ser abordados:

- Cómo gestionar y reducir la tasa de accidentes de trayecto.
- Cómo incorporar los accidentes de trayecto al cálculo de la tasa, para asegurar la sostenibilidad económica del sistema en el largo plazo.

### 12.8.3 Mejoramiento propuesto

Incorporar de manera parcial la accidentabilidad de trayecto en la tasa de las empresas.

#### 12.8.3.1 Objetivos

- Generar incentivos para reducir la tasa de accidentes de trayecto.
- Resguardar la sostenibilidad del sistema de SSL ante el posible aumento de los accidentes de trayecto.

#### 12.8.3.2 Descripción

Para abordar la problemática presentada, se propone incorporar parcialmente los accidentes de trayecto al cálculo de la tasa de cotización que se paga por concepto de salud laboral al sistema de Mutualidades.

La solución propuesta consiste en sumar (o restar) la variación de los días perdidos por accidentes de trayecto al cálculo de la tasa de cotización, pero sólo si:

- La empresa aumenta sus días perdidos (respecto a su historia), y además se encuentra por sobre el promedio de su industria.
- La empresa disminuye sus días perdidos (respecto a su historia), y además se encuentra bajo el promedio de su industria.

Por último, para las empresas con bajo número de trabajadores (0 a 99), se propone utilizar la misma metodología propuesta para la “tasa mixta Pyme” para heredar parte de los días perdidos desde las empresas con las que mantienen relaciones comerciales. De este modo, se limita la variabilidad.

#### 12.8.3.3 Justificación de la propuesta

Hoy el sistema de SSL asume los costos tanto de los accidentes del trabajo, como aquellos sufridos en el trayecto. Sin embargo, los accidentes de trayecto no inciden en una variación de la recaudación, no obstante representar aproximadamente el 38% de los costos (por concepto de prestaciones de salud y prestaciones económicas). Hoy el costo se solventa en su totalidad en la tasa base que paga la empresa, sin embargo, ante variaciones sustantivas en el riesgo y accidentabilidad de trayecto, podría amenazarse la sostenibilidad económica del sistema.

La propuesta genera incentivos para que las empresas gestionen el riesgo de accidente de trayecto. Por otra parte, busca premiar a aquellas empresas que logren bajar su riesgo y tasa de accidentes de trayecto, y otorga una mayor sostenibilidad económica al sistema. Es relevante destacar que aquellas empresas que ya han gestionado exitosamente su riesgo de accidentes de trayecto, no verán afectada su tasa.

## 12.8.4 Implementación

### 12.8.4.1 Metodología de cálculo

Se calculará una tasa de siniestralidad de trayecto de la industria promedio, por sector CIU:

$$Tasa\ trayecto\ CIU = \frac{\sum Días\ perdidos\ trayecto_{CIU}}{\sum Trabajadores_{CIU}}$$

De la misma manera, se calcula la tasa para cada empresa:<sup>135</sup>

$$Tasa\ trayecto\ Empresa = \frac{\sum Días\ perdidos\ trayecto_{Empresa}}{\sum Trabajadores_{Empresa}}$$

- Si la empresa tiene entre 0 y 99 trabajadores, se le aplicará el procedimiento de herencia de tasa (en este caso, de días perdidos de trayecto), descrito en la propuesta tasa mixta pymes (sección 12.5). Así, la tasa trayecto empresa se construirá:

$$Tasa\ trayecto\ Empresa = \frac{\sum Días\ perdidos\ trayecto_{Empresa} + \sum Días\ perdidos\ trayecto_{Heredados}}{\sum Trabajadores_{Empresa} + \sum Trabajadores_{Heredados}}$$

En función de las tasas de trayecto calculadas, se ajustará la tasa variable en función de las siguientes condiciones:

#### Aumento de tasa

- Se aplicarán aumentos en la tasa variable si se cumplen las siguientes condiciones, donde  $t$  corresponde al período de análisis<sup>136</sup>

$$Si\ Tasa\ trayecto\ CIU_t < Tasa\ trayecto\ empresa_t$$

Y además

$$Tasa\ trayecto\ empresa_{t-1} < Tasa\ trayecto\ empresa_t$$

- Se calculan los días perdidos de trayecto que se le adicionarán al cálculo de la tasa de cotización:

$$Días\ perdidos\ adicionales_{Trayecto}\ (DPTa) = (Tasa\ trayecto\ empresa_t - Tasa\ trayecto\ empresa_{t-1}) * Días\ perdidos\ trayecto_t * 50\%$$

<sup>135</sup> Notar que la tasa de trayecto empresa y tasa CIU son fracciones en el intervalo [0,1].

<sup>136</sup> Donde período  $t$  corresponde a los últimos tres años, y  $t-1$  al período de evaluación anterior a éstos.

- Se adicionan los días perdidos adicionales para el cálculo de la tasa de la empresa:

$$\text{Tasa de cotización de la empresa}_i = \frac{F(DP_i + DPTa, Fa_i \% I_i)}{TT_i}$$

### Baja de tasa

- Se aplicarán bajas en la tasa variable si se cumplen las siguientes condiciones, donde t corresponde al período de análisis<sup>137</sup>

$$\text{Si Tasa trayecto CIU}_t > \text{Tasa trayecto empresa}_t$$

Y además

$$\text{Tasa trayecto empresa}_{t-1} > \text{Tasa trayecto empresa}_t$$

- Se calculan los días perdidos de trayecto que se le restarán al cálculo de la tasa de cotización:

$$\text{Días perdidos adicionales}_{\text{Trayecto}} (DPTa) = (\text{Tasa trayecto empresa}_t - \text{Tasa trayecto empresa}_{t-1}) * \text{Días perdidos trayecto}_t * 50\%$$

- Se adicionan los días perdidos adicionales para el cálculo de la tasa de la empresa:

$$\text{Tasa de cotización de la empresa}_i = \frac{F(DP_i + DPTa, Fa_i \% I_i)}{TT_i}$$

---

137 Donde período t corresponde a los últimos dos años, y t-1 al periodo de evaluación anterior a éstos.

## 12.9 Mejoramientos del gobierno corporativo y gobernanza

### 12.9.1 Antecedentes

Las mutuales están afectas a una fuerte regulación y fiscalización por parte de la SUSESO, que comprende, entre otras materias, un conjunto de normas detalladas respecto a la forma de operar de sus gobiernos corporativos y gestión interna.

La adopción de buenas prácticas de gobierno corporativo es vital en estos organismos, atendido que el patrimonio que administran está constituido básicamente por cotizaciones de seguridad social y excedentes, lo que condiciona su carácter de recursos públicos afectados al otorgamiento de las prestaciones que cubren las contingencias sociales del seguro que administran. Es por esto que el gobierno corporativo de las mutualidades debe establecer los mecanismos que permitan tanto una gobernanza eficaz, eficiente y sustentable en el tiempo como el adecuado desarrollo del quehacer institucional y el cumplimiento de su rol social con transparencia.

Lo anterior cobra especial relevancia porque tanto en Chile como en el mundo se observan amplios cuestionamientos sobre la forma en que operan algunas empresas de ciertas industrias, muchas de las cuales proveen productos y/o servicios que la ciudadanía considera como derechos sociales. Estos cuestionamientos, fundados muchas veces en malas prácticas empresariales, han aumentado el descontento de una ciudadanía cada vez más empoderada, erosionando la legitimidad social y constituyéndose en un riesgo real para la continuidad de muchas organizaciones.

Estos antecedentes obligan a todas las organizaciones, y también a las mutualidades, a hacer esfuerzos extraordinarios para mejorar sus gobiernos corporativos más allá incluso que las exigencias propias que exige la ley.

### 12.9.2 Mejoramiento propuesto

Realizar mejoramientos adicionales en los gobiernos corporativos de las mutualidades.

#### 12.9.2.1 Objetivos

- Lograr estándares superiores de transparencia.
- Comunicar adecuadamente los altos estándares de transparencia logrados.
- Potenciar por esta vía la legitimidad social del sistema de mutualidades.

#### 12.9.2.2 Descripción de la propuesta

Se propone abordar las siguientes mejoras en la organización de las mutualidades:

- Simplificación de estructura de empresas relacionadas.

Una de las críticas habituales que reciben las mutualidades se basan en la creación y operación de sociedades relacionadas que podrían prestarse para problemas de control, conflictos de interés, desviación de fondos y otros eventuales fines contrarios a los establecidos en la regulación. Aun cuando existen normas específicas en esta materia, y cada mutualidad cuenta con políticas de conflictos de interés, se sugiere que, para evitar estas críticas y sospechas, continúen avanzando en la simplificación societaria para dejar sólo aquellas sociedades que son absolutamente imprescindibles para garantizar una operación eficiente en virtud de los objetivos sociales. Una vez que se finalice la simplificación, sería conveniente explicar de manera pública y transparente las razones que justifican las sociedades remanentes, las políticas que han de guiar su actuar, y los criterios que se usarán para valorar las transacciones entre partes relacionados, siendo el principal criterio que sean a precios de mercado, u otro justificado en caso que éste no exista.

- Identificación y gestión de riesgos

Cada mutual tiene por normativa y por buena práctica un modelo de identificación y gestión de riesgos. En esta materia se sugiere que las mutuales que no lo hayan hecho, evalúen la conveniencia de implementar el nuevo modelo COSO ERM, aprobado en 2017, denominado *Enterprise Risk Management Framework: Integrating with Strategy and Performance*.

Las ventajas de este nuevo modelo es que está integrado al negocio propiamente tal, refuerza la importancia de creación de valor, y se encuentra totalmente entrelazado a la estrategia, sus objetivos y los resultados.

- Fortalecimiento de la normativa de libre competencia

Actualmente es muy importante crear en las distintas instituciones una cultura de cumplimiento con la normativa de libre competencia. Para estos efectos, lo primero que se requiere es contar con el compromiso de la alta dirección de la compañía, que está compuesta por el Directorio, el Comité de Auditoría, el Gerente General y los demás gerentes que componen el nivel superior jerárquico de la estructura organizacional.

Una vez que existe este compromiso, la alta dirección debe de comunicar esta decisión a todos los integrantes de la empresa e instruir a los ejecutivos para que pongan en marcha la elaboración de un Programa de Cumplimiento, asignando fondos y personas para que trabajen en las distintas etapas que esto conlleva.

Para diseñar un plan de este tipo es útil basarse en la guía de “Programas de Cumplimiento de la Normativa de Libre Competencia” que publicó en junio de 2012 la Fiscalía Nacional Económica. Esta guía tiene por objetivo incentivar a los diversos agentes económicos a desarrollar mecanismos internos que busquen prevenir la comisión de infracciones a la normativa de libre competencia. Esta guía debe ser considerada sólo como una pauta donde se señalan de forma genérica cuáles son los requisitos mínimos que debe cumplir un programa de cumplimiento de la normativa de la libre competencia.

- Fortalecimiento de la composición y funcionamiento del Directorio

En algunas mutualidades hay directores que han sido reelectos en numerosas ocasiones. Para evitar la crítica de falta de rotación en estos cargos, se sugiere que las mutuales que aún no lo hayan efectuado, establezcan un período máximo de duración del cargo de director y Presidente. Un plazo prudencial puede ser de 6 o 9 años.

Por la composición del directorio, puede existir un desequilibrio en la formación profesional y en las capacidades técnicas de los distintos directores. Por este motivo puede ser conveniente que cada mutual evalúe la incorporación permanente de asesores expertos e independientes, con el propósito de reforzar tanto a los directores empresariales como laborales.

- Mejoramiento en las comunicaciones

Mejorar la forma en que se comunican aspectos claves sobre las mutualidades que pueden ser de mayor interés de la opinión pública. Por ejemplo:

- Uso de excedente: Especificar de forma más clara, transparente y precisa, la política de reinversión de los excedentes en beneficio de sus afiliados. Mostrar los planes que existen y las necesidades de recursos asociados a ellos.
- Objetivos sociales: comunicar de que forma las mutuales agregan valor para los afiliados y aportan valor social.

### 12.9.2.3 Justificación de la propuesta

Chile es el país de la OCDE con menor nivel de confianza y actualmente varias de sus instituciones y organizaciones están siendo, con mayor o menor justificación, cuestionadas por la ciudadanía. Este momento histórico requiere que las instituciones hagan esfuerzos pro-activos por desarrollar, y comunicar adecuadamente, niveles superiores de confiabilidad y transparencia.

### 12.9.3 Implementación

La implementación de esta mejora debiera ser realizada por cada una de las mutualidades, eventualmente con el apoyo de la Asociación de Mutuales.

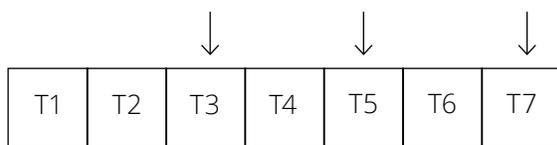
## 13. ANEXOS

### 13.1 Anexo 1: Cálculo de Cotización Adicional

Existen actividades económicas en donde es más probable que un trabajador sufra un accidente que en otras. Como estas actividades son más riesgosas de cubrir con el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, este riesgo se ve reflejado en un mayor porcentaje de cotización.

Cada año impar, las mutuales realizan un recuento de los accidentes ocurridos en los últimos tres años de las diferentes empresas que cubren. En base a esto, se calcula una Tasa de Siniestralidad que luego es transformada a un porcentaje de cotización adicional siguiendo la norma establecida por el Decreto Supremo N°67.

El siguiente esquema muestra con flechas verticales los periodos en donde las mutuales harían un cálculo de la tasa de siniestralidad, basado en los accidentes ocurridos en una empresa en particular. Es importante señalar que cada T es un periodo de un año en el que la empresa cotizó, y para T3 sólo se consideran los accidentes ocurridos en T1 y T2. Caso contrario, en T5 consideraría los accidentes ocurridos en T2, T3 y T4.



Es importante mencionar que en los primeros dos años cada empresa tendrá una cotización adicional diferenciada, determinada por el nivel de riesgo de la actividad económica de la empresa.

En esta sección se explicará la metodología que hay detrás del cálculo de la tasa de cotización adicional. Es importante señalar que el procedimiento que sigue solo aplica para empresas que cotizan hace más de dos años.

#### 13.1.1 Tasa de Siniestralidad Total

Es una magnitud que refleja el grado de siniestralidad que ocurrió en una empresa. Basándose en este número, las mutuales pueden determinar exactamente en cuánto aumentará el porcentaje de cotización para una empresa dada.

La Tasa de Siniestralidad Total (TST) depende de dos tipos de tasas. La primera es la Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales (TSIT) y la segunda Tasa de Siniestralidad por Invalidez y Muerte (TSIM). Ambas conforman la Tasa total siguiendo la expresión

$$TST = TSIT + TSIM$$

Para efectos de esta sección, se considerará el caso más general posible, que es el de calcular la tasa de cotización para una empresa que cotizó al menos tres años.

##### 13.1.1.1 Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales

Las incapacidades temporales son todas aquellas que derivaron de un accidente laboral o enfermedad profesional, que son transitorios y por ende permiten la reintegración completa del trabajador. Las incapacidades temporales generan licencias médicas, las que provocan días de trabajo perdidos.

La cantidad total de días perdidos (DP) en un año, dividido por la cantidad promedio de trabajadores en el mismo año, da una proporción (P) utilizada en el cálculo de las Tasas de Siniestralidad.

$$P(T1) = 100 \cdot DP(T1) / (Trab(T1))$$

$$P(T2) = 100 \cdot DP(T2) / (Trab(T2))$$

$$P(T3) = 100 \cdot DP(T3) / (Trab(T3))$$

Finalmente, se promedian las proporciones obtenidas para los últimos tres periodos:

$$TSIT = \frac{P(T1) + P(T2) + P(T3)}{3}$$

### 13.1.1.2 Tasa de Siniestralidad por invalidez y muerte

Para el cálculo de esta tasa se consideran todos los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que deriven en un grado de invalidez mayor al 15% o en la muerte de un trabajador. Es importante recalcar que los grados de invalidez son determinados y

acreditados únicamente por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Una vez que los accidentes registrados que ocurrieron durante los periodos T1, T2 y T3 ya están clasificados según su nivel de invalidez, se calcula según el grado de invalidez provocado por el accidente.

$$F(T) = \sum \rho \cdot accidente(T)$$

Donde  $\rho$  es el factor de ponderación según el grado de invalidez. Es importante mencionar que se tiene que hacer esto para todos los accidentes ocurridos en el periodo T que tuvieron como consecuencia un porcentaje de invalidez mayor al 15%. Para esto, hay que usar como referencia la Tabla 34, adjunta a continuación.

**Tabla 34:** Ponderador de grado de invalidez del accidente.

Grado de invalidez	Factor de Ponderación ( $\rho$ )
15.0% a 25.0%	0.25
27.5% a 37.5%	0.5
40.0% a 65.0%	1
70.0% o más	1.5
Gran Invalidez	2
Muerte	2.5

**Nota:** Tabla obtenida según lo explicitado en el artículo N°2 del DS N° 67 (2000).

$$F(T1) = \sum \rho \cdot accidente(T1)$$

$$F(T2) = \sum \rho \cdot accidente(T2)$$

$$F(T3) = \sum \rho \cdot accidente(T3)$$

Por ejemplo, si para un periodo T dado, en una empresa ocurrió la muerte de un trabajador y dos accidentes que derivaron en un grado de invalidez de 40%, entonces,

$$F(T) = 1 \cdot 2 + 2.5 \cdot 1 = 4.5$$

De manera análoga a lo realizado con la Tasa de Siniestralidad por Incapacidad Temporal, se calcula la proporción,

$$P(T1) = 100 \cdot F(T1)/Trab(T1)$$

$$P(T2) = 100 \cdot F(T2)/Trab(T2)$$

$$P(T3) = 100 \cdot F(T3)/Trab(T3)$$

Finalmente, se promedian los tres valores obtenidos y se obtiene el promedio de factores de invalidez y muerte.

$$P(TSIM) = \frac{P(T1) + P(T2) + P(T3)}{3}$$

Una vez determinado el valor de P(TSIM), se usa la Tabla 35 para obtener la Tasa de Siniestralidad por Invalidez y Muerte.

**Tabla 35:** Factor de invalidez para cálculo de Tasa de Siniestralidad por invalidez y muerte.

Promedio de Factores de Invalidez y Muerte	Tasa de Siniestralidad por Invalidez y Muerte
0 a 0.10	0
0.11 a 0.30	35
0.31 a 0.50	70
0.51 a 0.70	105
0.71 a 0.90	140
0.91 a 1.20	175
1.21 a 1.50	210
1.51 a 1.80	245
1.81 a 2.10	280
2.11 a 2.40	315
2.41 a 2.70	350
2.71 y más	385

**Nota:** Tabla obtenida según lo explicitado en el artículo N°2 del DS N° 67.

### 13.1.1.3 Determinación de la Tasa de Cotización Adicional

Ya sabiendo los valores para la Tasa de Siniestralidad por Incapacidad Temporal y Tasa de Siniestralidad por Invalidez y Muerte, se suman ambas para obtener la Tasa de Siniestralidad Total. Luego, sólo basta usar la Tabla 36 para determinar la tasa de cotización adicional que tendrá que pagar la empresa.

**Tabla 36:** Determinación de cotización adicional en base a la Tasa de Siniestralidad Total.

<b>Tasa de Siniestralidad Total</b>	<b>Cotización Adicional (%)</b>
0 a 32	0
33 a 64	0,34
65 a 96	0,68
97 a 128	1,02
129 a 160	1,36
161 a 192	1,7
193 a 224	2,04
225 a 272	2,38
273 a 320	2,72
321 a 368	3,06
369 a 416	3,4
417 a 464	3,74
465 a 512	4,08
513 a 560	4,42
561 a 630	4,76
631 a 700	5,1
701 a 770	5,44
771 a 840	5,78
841 a 910	6,12
911 a 980	6,46
981 y más	6,8

**Nota:** Tabla obtenida según lo explicitado en el artículo N°2 del DS N° 67.

## 13.2 Anexo 2: Sistema de Seguridad y Salud Laboral: El caso español

En España, la disposición de normas, leyes o convenciones relacionadas con la seguridad y salud en la ocupación tiene larga data<sup>138</sup>. Actualmente, la normativa vigente surge como respuesta y aplicación de las disposiciones de la “Directiva Marco” (1989), norma que aborda aspectos de salud y seguridad laboral y que es emanada desde la Comunidad Europea para la aplicación uniforme en todos sus Estados miembros. En este documento se realiza una descripción histórica dando cuenta de los hitos que dan origen al sistema de seguridad y salud laboral en España y se analiza en particular el funcionamiento y actores clave del sistema español en cuanto a prevención<sup>139</sup>, distinguiendo entre el periodo previo y posterior a la promulgación de la Directiva Marco.

### 13.2.1 Origen del sistema

En el caso español, como el de otros países de Europa, se observan acciones relativas a la seguridad y salud ocupacional de manera temprana. En España, el Acta de Compensación de los Trabajadores (1900) se reconoce como la primera ley que aborda los Accidentes de Trabajo, junto con ella, el mismo año se aprueba el Reglamento de Accidentes de Trabajo y el Catálogo de Mecanismos Preventivos de los Accidentes de Trabajo. Molina (2006), plantea que tiempo después se regularon las Sociedades de Seguros contra Accidentes de Trabajo (instituciones antecesoras a las actuales Mutuas)<sup>140</sup>, mientras que en 1903 se incluyen las enfermedades profesionales al concepto de Accidente de Trabajo. En 1908 surge el Instituto Nacional de Previsión con atribuciones de carácter regulatorio, que será incorporado como parte de los servicios del Ministerio de Trabajo en 1920, año de su creación.

En el año 1922 se aprueba una nueva Ley de Accidentes de Trabajo, dando espacio a la especialización y tratamiento de Enfermedades Profesionales. Más tarde, en 1932 se fija por ley en el Código del Trabajo las indemnizaciones por accidentes de Trabajo, surgiendo además distintos reglamentos sectoriales los años posteriores.

Así, es importante mencionar que hasta el año 1940, de manera paulatina la legislación española fue incorporando aspectos de seguridad laboral, promulgando distintas leyes y creando una institucionalidad que fue dando forma al Sistema de Seguridad Laboral español. Muchos de dichos aspectos se funden en el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 1940 y luego en el Plan Nacional de 1970, ambos mencionados en el siguiente apartado.

### 13.2.2 Situación previa a la Directiva Marco

Molina (2006) plantea que en España desde 1940 hasta 1975 se sientan las bases fundamentales en materia preventiva, configurando de manera importante la situación del sistema de seguridad y salud laboral hasta el surgimiento de la Directiva Marco. Es justamente en el año 1940 que se aprueba el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, indicando en su primer artículo que es responsabilidad del empleador “proteger al trabajador contra los riesgos propios de su profesión, que ponen en peligro su salud y su vida”. Si bien es cierto, no hace explícita la obligación a la empresa de contar con prestaciones de prevención, sí se le atribuye la protección ante posibles riesgos laborales. En este contexto, el Estado tenía un rol fiscalizador a través de la inspección del trabajo. Cinco años más tarde, en 1944 se aprueba una norma que además exige a las empresas contar

138 Molina (2006) realiza un exhaustivo análisis de la historia de la seguridad y salud laboral en España, interpretando las prácticas que ya se observaban en las civilizaciones primitivas hasta las normas y leyes de principios del siglo XXI.

139 En particular, se analizan los distintos actores que surgen recientemente en España para atender servicios de prevención (Servicios de prevención ajenos, Mutuas) y sus respectivos roles.

140 Si bien es cierto en 1903 se regulan estas instituciones, estas surgen en el año 1900, año de creación de las Asociaciones mutuas de seguro contra Accidentes de Trabajo.

con organismos participativos en las empresas encargados de la vigilancia y seguimiento en materia de prevención, estableciendo criterios asociados al número de trabajadores de cada empresa para contar con la presencia de profesionales en prevención o comités mixtos de seguridad y prevención. Surge así por primera vez una figura técnica y profesional en cuanto a prevención: los ingenieros en seguridad.

Años más tarde, otros hitos importantes surgen en materia preventiva: en 1956 se establece de manera obligatoria para empresas con más de 100 trabajadores contar con Servicios Médicos, en 1966 se oficializan las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y en 1970 se promulga el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo. En dicho plan, surgen organismos territoriales que dependen orgánicamente de la Dirección Ejecutiva del Plan Nacional y funcionalmente del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo y que tienen como objetivo asesorar, difundir y dar cumplimiento al mismo plan en materia de prevención y seguridad en el trabajo.

El plan de 1970 surge a raíz de la necesidad de articular las distintas acciones preventivas tanto a nivel funcional como de ejecución y coordinación de las acciones preventivas indicadas en la normativa de ese momento. Pretendía generar una acción formativa en materia de seguridad e higiene del trabajo a nivel de los trabajadores, así como en los planes formativos formales. De igual manera, se pretende fortalecer las asesorías técnicas, de prevención y clínicas del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, creando además organismos territoriales que ejecuten dicha función.

En el año 1978 surge el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo como un organismo autónomo, reagrupando los organismos territoriales y

dejando en manos de las comunidades autónomas el trabajo de dichos organismos locales (se extinguen así los Institutos Territoriales del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo y se transfieren las competencias en materia de prevención que tenían los Gabinetes Técnicos Provinciales).

Al año 1989, el sistema español se caracterizaba por tener un organismo regulador, asesor y articulador en materia de prevención (INSHT), mutuas colaboradoras con el sistema de seguridad social que proveían prestaciones económicas y de salud y asociaciones preventivas a nivel de comunidades autónomas. En el caso de las Mutuas, existen esfuerzos también en prevención, aunque generalmente constituyendo organismos mancomunados dedicados de manera exclusiva a dichas materias.

### 13.2.3 Directiva Marco (1989)

La Directiva Marco (89/391/CEE) es una norma emanada por la Comunidad Europea para su aplicación en todos los países miembros, abordando medidas para promover la mejora de seguridad y de salud de los trabajadores en el trabajo. Algunos elementos distintivos se enuncian a continuación:

#### 13.2.3.1 Obligaciones de los empresarios:

- En primer lugar, se establece que la responsabilidad de adoptar medidas preventivas es de los empresarios. La norma menciona que "El empresario deberá velar para que se adapten estas medidas a fin de tener en cuenta el cambio de las circunstancias y tender a la mejora de las situaciones existentes". Además de la prevención, los empresarios deben también evaluar los riesgos asociados a cada puesto de trabajo.

- En el caso de que en el lugar de trabajo se encuentren trabajadores asociados a más de una empresa, los empresarios deben colaborar para aplicar de manera correcta las distintas medidas preventivas.
- Las medidas preventivas, así como la evaluación de riesgos y distintas disposiciones asociadas no significarán, en ningún caso, carga financiera para los trabajadores.
- Los empresarios son, en primera instancia, los responsables de dar cuenta de riesgos asociados, elaborar una lista de accidentes que provoquen incapacidad laboral de los trabajadores y redactar informes destinados a las autoridades competentes en estas materias.

### 13.2.3.2 Servicios de protección y prevención

- Las empresas deberán designar uno o más trabajadores para ocuparse de actividades de protección y prevención de riesgos profesionales, esto sin perjuicio de las obligaciones ya mencionadas.
- En el caso en que la empresa o establecimiento no pudiera contar con dichos profesionales de autónoma, deberá contratar prestaciones o servicios de un tercero que contemplen actividades de protección y prevención de sus trabajadores.
- De acuerdo al tamaño de las empresas, los países miembros podrán determinar las capacidades necesarias de los trabajadores designados a trabajar en prevención, así como las competencias y acceso a recursos propios de ajenos que presten servicios preventivos en la empresa.

### 13.2.4 Situación posterior a la Directiva Marco

#### 13.2.4.1 Ley 31/1995: Responsabilidad del empleador en prevención

Como respuesta a lo estipulado en la Directiva Marco, en España surge la **Ley 31/1995** de Prevención de Riesgos Laborales, teniendo como principales princi-

pios la prevención de riesgos profesionales, eliminar o disminución de riesgos derivados del trabajo y la información, consulta y formación de los trabajadores en materia preventiva. Al igual que la Directiva Marco, la Ley 31/1995 estipula que el empleador es responsable de la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales de los empleados a su cargo, llevándose a cabo a través de una integración real de la actividad preventiva en la empresa, adopción de medidas de Seguridad y Salud y un seguimiento permanente de la prevención.

Sobre las distintas modalidades que indica la ley sobre los servicios de prevención, se reconoce que estos pueden ser asumidos de manera personal por parte del empresario, designado a uno o varios trabajadores para llevarlos a cabo, **constituyendo un servicio de prevención propio o recurriendo a un servicio de prevención ajeno.**

En cuanto al rol de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en materias de prevención, el texto original de la ley indica que *“Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social podrán desarrollar para las empresas a ellas asociadas las funciones correspondientes a los servicios de prevención, con sujeción a lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 31.”*

Así, en el origen de la ley expuesta las Mutuas podían participar como prestadores de prevención ajenos. Un aspecto importante del nuevo régimen de prevención es reflejado en el **Real Decreto 39/1997** que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, del que se destacan dos aspectos importantes:

1. La integración de actividad preventiva en la empresa: se establece que la prevención de riesgos laborales se desarrolla desde el seno de la empresa, trascendiendo niveles jerárquicos, puestos de trabajo y actividades a desarrollar. En este contex-

to, los trabajadores tienen derecho a participar en el diseño, adopción y cumplimiento de las medidas preventivas.

2. Requisitos de entidades para ejercer como servicio de prevención: se explicitan distintos requisitos que deben cumplir todas aquellas entidades que ejerzan como servicio de prevención, dentro de los que se encuentra disponer de organización, instalaciones, personal y equipos necesarios para el desempeño de su actividad, contar con una garantía que cubra su responsabilidad, no mantener empresas con fines distintas a la propia actividad de prevención que puedan afectar su independencia, y contar con la aprobación sanitaria y de la autoridad laboral correspondiente.

Respecto a las Mutuas, se explicita que “La actuación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como servicios de prevención se desarrollará en las mismas condiciones que las aplicables a los servicios de prevención ajenos, teniendo en cuenta las prescripciones contenidas al respecto en la normativa específica aplicable a dichas entidades.”

#### **13.2.4.2 Real Decreto 688/2005: Separación de funciones del seguro y de prevención**

El año 2005, a través del **Real Decreto 688/2005** se establece que las mutuas que desarrollan servicios de prevención (y las funciones que eso conlleva) deben separar dicho funcionamiento a su colaboración con el Sistema de Seguridad Social. En particular, se indica que deben ser desarrolladas a través de la constitución de una sociedad anónima o de responsabilidad limitada o bien a través de una organización específica y dis-

tinta a la mutua (organización que no puede contener la palabra “Mutua” en su nombre) y sus funciones de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

#### **13.2.4.3 Ley 32/2010: Exclusión de las mutuas de la prestación de prevención (como servicios ajenos)**

Finalmente es a través de la **Ley 32/2010** que las mutuas quedan excluidas de la posible participación como servicios de prevención ajenos, pudiendo solo desarrollar actividades propias de su colaboración con el Sistema de Seguridad Social. Sin embargo, lo anterior se estipula sin perjuicio de que puedan participar con cargo a su patrimonio histórico en sociedades mercantiles que solo se dediquen a prestar servicios de prevención, situación que se revierte con la **Ley 35/2014** (con entrada en vigencia a partir del 01/01/2015), en la que se indica que “*Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social no podrán desarrollar las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención*”.

#### **13.2.5 Situación actual**

De acuerdo al Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social “*La colaboración en la gestión del sistema de la Seguridad Social se llevará a cabo por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y por empresas.*”, estableciéndose además que para cumplir con los objetivos establecidos por la seguridad social, está dentro de las actividades de las Mutuas “*La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida*

*la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, **así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora.***"

Así, pese al desplazamiento de las Mutuas como servicios de prevención ajenos, estas aún pueden realizar actividades de prevención. Según la Resolución de 4 de mayo de 2015, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social (y siguiendo lo establecido en la Orden TAS/3623/2006 que establece el alcance de las Mutuas en materia de prevención), se estipula que *"...las actividades preventivas a las que se refiere esta resolución se financiarán por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social con las disponibilidades presupuestarias existentes para el año 2015, sin que los gastos que se destinan a su ejecución por cada mutua puedan superar el 0,7 por ciento de sus ingresos por cuotas de contingencias profesionales, limitación a la que habrá de ajustarse en todo caso el desarrollo del plan por cada mutua"*.

En la actualidad, se observa que, en el momento de contratar servicios de prevención, más del 70% de las empresas acude a Servicios de Prevención Ajenos, en un contexto en que existen más de 20 Mutuas y cerca de 400 operadores de SPA. Cabe destacar que la evolución de los SPA muestra diferencias en la presencia de estos organismos a lo largo del tiempo. Entre los años 2000 y 2010 existían cerca de 700 operadores, situación que cambia luego de la Orden TIN/2504/2010, normativa que establece mayores exigencias en los requisitos de acreditación de SPA, así como los recursos materiales y humanos e instalaciones mínimos con los que deben contar los operadores. A raíz de lo anterior y luego de un proceso de fusiones y cese de actividades de algunos operadores, el año 2015 existían 257 SPA.

En el escenario actual, se tiene simultáneamente a tres actores con actividades relacionadas a la prevención (empresas, servicios de prevención ajenos y mutuas). Cada una de estas tiene incentivos para cumplir con este rol y disminuir la tasa de accidentes laborales. De parte de las empresas, la tasa de accidentes es la que determinará las cuotas por contingencias profesionales, la cual disminuirá en caso que se reduzca de manera considerable la siniestralidad laboral (Real Decreto 231/2017). Para las mutuas, existe un incentivo a reducir los accidentes, debido a la obligación de cubrir los costos que deriven de los mismos. Por último, los Servicios de Prevención Ajenos deben asegurar buenos resultados en prevención, para mantener la relación con sus clientes (empresas). De esta manera se logra un sistema en que cada actor vela por la reducción de los índices de siniestralidad.

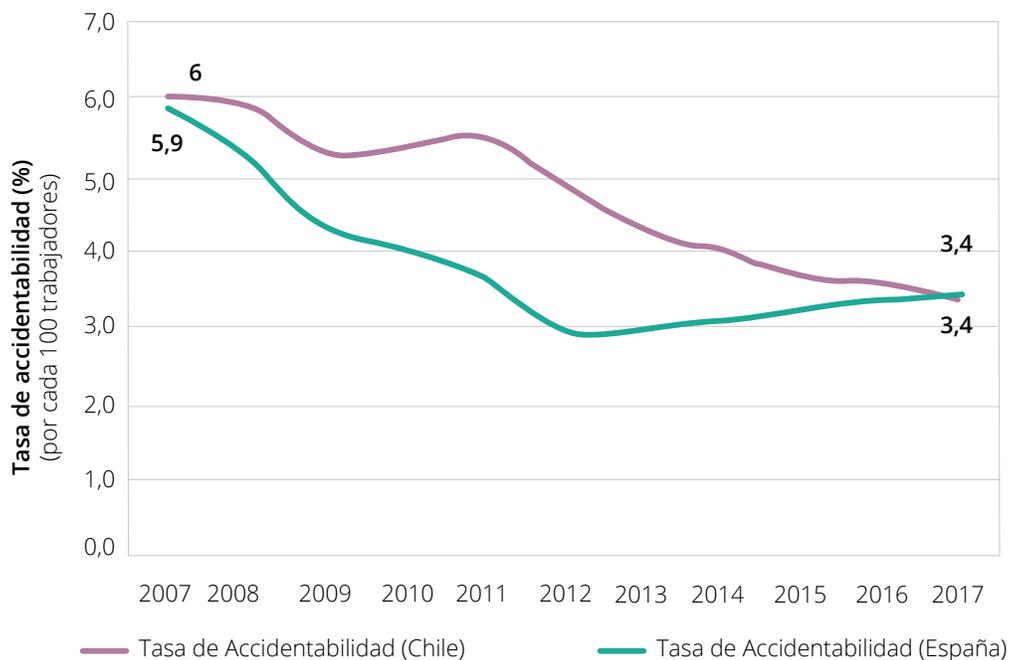
A continuación, y para complementar la descripción de la situación actual, se presenta información relativa a las tasas de accidentabilidad y fatalidad para Chile y España (Figura 85<sup>141</sup>). En cuanto a la accidentabilidad, en el caso de España se observa una caída sostenida en el tiempo desde 2007 a 2012, año en que la tasa comienza a subir de manera gradual hasta llegar a 3,4% el año 2017. En el caso de Chile existe una tendencia a la baja en cuanto a la tasa de accidentabilidad en el periodo analizado, aunque con aumentos entre 2009 y 2011. Comparando ambos países, es posible notar que tanto a inicios como término del periodo se presentan tasas de accidentabilidad similares.

Por su parte, al analizar la tasa de fatalidad (Figura 86<sup>142</sup>) se observa que para ambos países ha caído en el tiempo. Mientras que al año 2010 la tasa de fatalidad en España era 4,0 fatales por cada 100.000 trabajadores, el año 2017 se registra una tasa de 3,1. Por su parte, en Chile se observan caídas más bruscas, pasando de 7,1 el año 2010 a 3,8 fatales por cada 100.000 trabajadores el año 2017.

141 No consideran accidentes de trayecto. En el caso de España, son accidentes con al menos un día de baja (un día perdido)

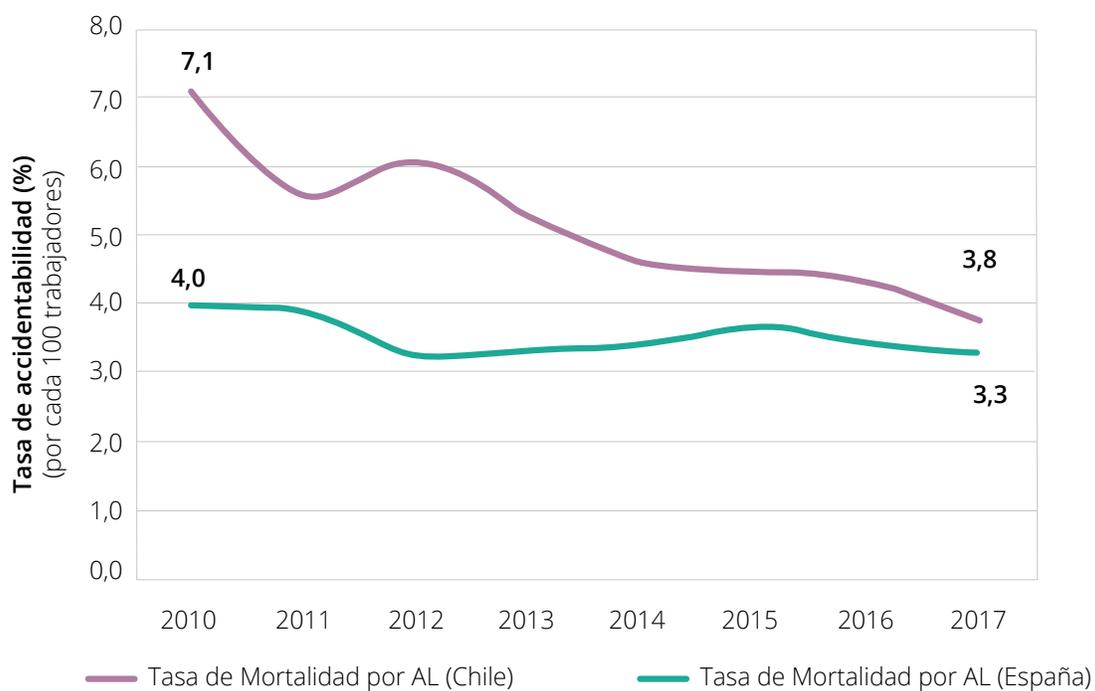
142 No se consideran accidentes de trayecto.

**Figura 85:** Tasa de accidentabilidad laboral de Chile y España, 2007 - 2017.



**Fuente:** Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (España) y SUSESO (Chile).

**Figura 86:** Tasa de fatalidad laboral de Chile y España, 2010 - 2017.



**Fuente:** Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (España) y SUSESO (Chile).

### 13.2.6 Principales hallazgos del caso español

Luego de revisar la historia del Sistema de Seguridad y Salud Laboral español, surgen algunos hallazgos relevantes y que pueden servir de referencia para el caso chileno, y dar luces ante eventuales cambios normativos.

#### Desintegración de la prevención

Desde la Ley 31/1995 la normativa española ha ido excluyendo de a poco a las mutuas de la prevención. Esta exclusión ha sido gradual y ha llevado a un sistema en que las mutuas no tienen ningún tipo de participación en prevención.

#### Desaprovechamiento de la información

Debido a restricciones normativas, la información con la que cuentan las mutuas acerca de accidentabilidad en las empresas no es traspasada a los operadores de prevención. Esto impide aprovechar el uso de datos y modelos estadísticos para conseguir una mejor prestación de la prevención.

#### Especialización de la oferta

La desintegración de la prevención ha permitido que se incorpore una amplia oferta privada de prevención. Esto permite que empresas se especialicen y focali-

cen según características de la empresa (tamaño, actividad económica, ubicación geográfica). Esto es una oportunidad de realizar una prevención más pertinente a cada realidad.

#### Fiscalización

En el caso español, aun cuando las instituciones a cargo de la prevención deben estar acreditadas, la cantidad y variedad de oferta dificulta la posibilidad de fiscalizar y observar la calidad del servicio de manera óptima.

## 13.3 Anexo 3: Recopilación de proyectos de ley que modifican la normativa relevante respecto a las mutuales en Chile desde 1993

### 13.3.1 Metodología

En primer lugar se identificó la normativa relevante para la regulación de mutuales en Chile, revisando las leyes enunciadas en la página de la Superintendencia de Seguridad Social<sup>143/144</sup>: (en adelante, SUSESO) que en su texto tuvieran las voces “mutuales”, “mutual” o “mutualidades”<sup>145</sup> y las leyes que respondieran a estas mismas voces en el buscador de la Biblioteca del Congreso Nacional que se encuentren actualmente vigentes<sup>146</sup>. Las normas seleccionadas son:

143 La normativa aplicable fue seleccionada conforme a la información publicada en la pestaña “Normativa” de la Superintendencia de Seguridad Social y <https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/d3c3805d-bfb5-480b-8e61-12cbac2c5e5e/MUTUALEX.pdf?MOD=AJPERES&CVID=kMKCW2y>

144 La normativa aplicable fue seleccionada conforme a la información publicada en la pestaña “Normativa” de la Superintendencia de Seguridad Social y <https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/d3c3805d-bfb5-480b-8e61-12cbac2c5e5e/MUTUALEX.pdf?MOD=AJPERES&CVID=kMKCW2y>

145 Otras normas no consideradas por considerarse su especificidad irrelevante para esta búsqueda, pero que sin embargo están reguladas por en Circulares de la SUSESO son: Leyes 18.457; 18.566; 18.699; 18.717; 18.736; 18.766; 18.768; 18.774; 18.806; 18.981; 18.987; 19.070; 19.073; 19.142; 19.181; 19.200; 19.419; 19.539; 19.565; 19.578; 19.631; 21.063; 20.956; entre otras.

146 Otras normas no consideradas fueron las Leyes 13.958; 14.111; 17.308; 10.504; 6.174; 18.108; 20.608; todas aquellas que otorgaran beneficios particulares, entre otras.

**Tabla 37:** Normativa relevante para regulación de mutualidades en Chile.

Número	Título	Año	Año última modificación	N° Proyectos de ley en trámite que la modifican
Ley N° 16.744	Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	1968	2015	12
DFL 285	Deroga Decreto N° 221 de 1968 y aprueba el estatuto orgánico de mutualidades de empleadores.	1968	1989	1
Ley N° 18.660	Modifica la legislación sobre seguros y valores.	1987	1989	1
Ley N° 19.619	Aprueba proyecto de ley que modifica aspectos relativos al fondo de contingencia de las mutualidades de empleadores.	1999	Versión Única	1

Considerando, en cada una, las modificaciones a todos los artículos en que referían a la voz “mutual” o sus derivados gramaticales Posteriormente, se realizó una búsqueda a través de los portales institucionales pertinentes. Esto es, la página web de la Cámara de Diputados y la página web del Senado con las siguientes voces: “mutualidades”, “mutuales”, “mutual” y el número de las respectivas leyes ya enunciadas, suprimiéndose de los resultados los proyectos cuya tramitación hubiera concluido en la publicación de una ley. Para verificar lo fidedigno de la información publicada en dichos portales, se consultó presencialmente el año y porcentaje de proyectos y discusiones de ley digitalizados: el cien por ciento de los proyectos ha sido digitalizado a partir del año 1993.

Asimismo, es preciso advertir que los proyectos más relevantes consisten en aquellos que son promovidos por el Ejecutivo, dado que, según lo dispuesto por el artículo 65 inciso tercero y número 6 de la Constitución Política, las leyes para “establecer o modificar las normas sobre seguridad social o que incidan en ella” son materia exclusiva de iniciativa del Presidente de la República. Con todo, es frecuente que ciertas mociones parlamentarias sean recogidas por el Ejecutivo en proyectos de ley en tramitación o futuros, por lo que es necesario mantener un monitoreo asimismo de los proyectos de ley iniciados por parlamentarios (mociones).

### 13.3.2 Resultados

**Tabla 38:** Recopilación de proyectos de ley que modifican la normativa.

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	09.08.2007	Moción Senado: Andrés Allamand Zavala Andrés Chadwick Piñera Pablo Longueira Montes Evelyn Matthei Fornet Víctor Pérez Varela	Modifica la Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, con el fin de establecer una multa en contra de los empleadores que no efectúen la denuncia que se indica.	Agregar en el referido artículo 76, una fuerte multa para el caso de que no se denuncien por parte del empleador, los accidentes o enfermedades que pudieren ocasionar incapacidad del trabajador y que no signifiquen su muerte o tengan el carácter de enfermedades o accidentes graves. Dicha conducta debería ser sancionada con multa a beneficio fiscal de una a cien unidades tributarias mensuales, las que serán aplicadas por los servicios fiscalizadores a que hace referencia la ley (Inspección del Trabajo y Secretaría Regional Ministerial de Salud).	Archivado	Archivado La Comisión de Trabajo y Previsión Social envía el proyecto al archivo, de conformidad al artículo 36 bis del Reglamento del Senado.	<a href="#">5259-13</a>
Ley N° 16.744	21.11.2001	Moción Cámara de Diputados: Waldo Mora Longa	Reforma la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	La ley contempla indemnizaciones y pensiones especiales, es de general conocimiento que las instituciones establecidas por la ley para evaluar las incapacidades derivadas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, esto es, las Comisiones Médicas Preventivas y de Invalidez de los Servicios de Salud, la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y la Superintendencia de Seguridad Social, muchas veces demoran sus pronunciamientos más allá de los plazos que los afectados pueden soportar, atendida su situación de desmedro. Lo mismo ocurre con las instituciones Administradoras del Seguro, encargadas del cálculo y pago de las pensiones, una vez determinado el grado de invalidez. Una medida que vendría a mitigar este problema, consiste en el establecimiento de plazos determinados para que los organismos anteriormente señalados emitan sus resoluciones, otorgando así certeza temporal a estos procedimientos.	Archivado	Archivado en virtud de lo dispuesto en el artículo 17 del Reglamento de la Cámara de Diputados.	<a href="#">2834-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	04.06.2003	Moción Cámara de Diputados: Enrique Accorsi Opazo Sergio Aguiló Melo Pedro Araya Guerrero Patricio Cornejo Vidaurrázaga Pablo Lorenzini Basso Rodolfo Seguel Molina Carlos Vilches Guzmán	Modifica la Ley N° 16.744, para brindar mayor protección a los trabajadores sometidos al riesgo de contraer una neumoconiosis	ARTÍCULO ÚNICO.- Modifícase el artículo 71 de la Ley N° 16.744, en la forma siguiente: a) Agrégase en su inciso 1°, luego de la palabra “trasladado” la siguiente frase precedida de una coma (,) “en el menor tiempo posible no pudiendo en ningún caso hacerse después de 30 días de efectuado el diagnóstico médico”. b) Agrégase en su inciso 3°, luego de la palabra “control” la siguiente frase: “médico mediante Tomografía Axial Computarizada o Scanner Pulmonar”.	Archivado	Archivado Comisión Trabajo remite al archivo.	<a href="#">3249-13</a>
Ley N° 16.744	16.12.2013	Moción Senado: Alejandro Navarro Brain	Castiga como delitos, en la Ley N° 16.744, la omisión de información a las autoridades administrativas y el incumplimiento de la obligación de proceder a la suspensión inmediata de las faenas, en casos de accidentes fatales o graves.	Agrégase la siguiente fórmula final, después del punto aparte, ahora punto seguido, del inciso primero del artículo 76 de la Ley N° 16.744, que ESTABLECE NORMAS SOBRE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:  “La infracción de este artículo será sancionada con las penas criminales de presidio menor en su grado medio a máximo” (541 días a tres años de privación de libertad).	Archivado	Archivado Sesión 31ª, ordinaria, de 10/7/2018. Cuenta del oficio de la Comisión de Trabajo y Previsión Social, por el que se solicita el archivo del proyecto, en virtud del inciso primero del artículo 36 bis del Reglamento del Senado. (Oficio N° T/107/2018, de 4/7/2018). La Sala acuerda el archivo del proyecto.	<a href="#">9195-13</a>
Ley N° 16.744	02.09.2010	Moción Cámara de Diputados: Osvaldo Andrade Lara Fidel Espinoza Sandoval Ramón Farías Ponce Carolina Goic Borojevic Hugo Gutiérrez Gálvez Felipe Harboe Bascañán Luis Lemus Aracena Marco Antonio Núñez Lozano Clemira Pacheco Rivas Gabriel Silber Romo	Incorpora deber de denuncia a las mutualidades de seguridad y ordena cierre de faenas peligrosas.	El proyecto busca precisar el alcance de la facultad otorgada en la ley al organismo competente, a fin que sea un imperativo la obligatoriedad del cierre de las faenas que pongan en riesgo la vida y salud de los trabajadores, y no una atribución meramente facultativa. Asimismo incorpora el deber de denuncia obligatoria a las mutualidades de empleadores, atendida la directa relación con las medidas preventivas en la empresa.	En tramitación	En Primer Trámite Constitucional, en la Cámara de Diputados. Último movimiento fue el día de su ingreso a tramitación (2.09.2010).	7152-13

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
DFL 285	06.09.2012	Mensaje Cámara de Diputados: Ministerio de Hacienda Ministerio de Trabajo y Previsión Social	Modifica Estatuto Orgánico de las Mutualidades de Empleadores.	Modificar el Estatuto Orgánico de las Mutualidades, con el objetivo de hacer exigible a estas entidades mejores estándares de organización y gestión. De este modo, se propone fortalecer y modernizar su administración y, en especial, sus Directorios; regular los eventuales conflictos de interés, y asegurar mayor transparencia en su funcionamiento y en la información que entreguen a los interesados.	En tramitación	En segundo Trámite Cuenta del Mensaje 183-361 que retira y hace presente la urgencia Simple (9/7/2013)	<a href="#">8573-13</a>
Ley N° 16.744	04.06.2013	Mensaje Cámara de Diputados: Ministerio de Hacienda Ministerio de Trabajo y Previsión Social	Moderniza el sistema de seguridad laboral y modifica el Seguro Social contra Riesgos por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, contenido en la Ley N° 16.744, el Código del Trabajo y otros cuerpos legales conexos.	Considerando que parte importante de las regulaciones contenidas en la Ley N° 16.744 datan del año 19682 y no han sido modificadas, se hace necesario incorporar los siguientes cambios en la normativa, a fin de entregar certeza jurídica de su exacto sentido y alcance. En este contexto, se suprimen las referencias al sueldo vital, escala A) del Departamento de Santiago, por constituir una unidad de valor que ya no se utiliza en nuestro país. Del mismo modo, se adecua la normativa en lo que se refiere a la filiación y relaciones de parentesco, conforme a la Ley N° 19.585, y se actualizan los porcentajes de pensión indicados en los artículos 44 y 45 de la Ley N° 16.744, en consideración a lo dispuesto por la Ley N° 19.953.	En tramitación	Cuenta oficio de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, por el cual se solicita el acuerdo de la Sala, para refundir el mensaje con las mociones N°s 7547-13 y 9385-13.	<a href="#">8971-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	16.12.2013	Moción Senado: Alejandro Navarro Brain	Prohíbe a las mutuales de empleados, realizar negocios y transacciones con empresas relacionadas y, elimina la disposición que les permite dar prestaciones a personas que no tengan la calidad de beneficiarios de Ley N° 16.744.	Artículo 1: Agrégase a la Ley N° 16.744 el siguiente nuevo artículo 12 bis:  "Las Mutuales de empleadores establecidas conforme a la presente ley no podrán sostener vínculos contractuales, financieros o comerciales con ninguna entidad que involucre a quienes integren los órganos de dirección, administración, ejecución y control de la corporación, y/o terceros relacionados. Esta incompatibilidad será absoluta y su violación será causa suficiente para poner término a la autorización de su funcionamiento otorgado por el Estado".	En tramitación	Primer Trámite, Senado. Solo ingreso y no hay más movimiento (último movimiento 17.12.2013)	<a href="#">9190-13</a>
Ley N° 16.744	06.08.2014	Moción Senado: Isabel Allende Bussi Alfonso De Urresti Longton Carolina Goic Borojevic Felipe Harboe Bascuñán Andrés Zaldivar Larraín	Sustituye Art. 29 del decreto Ley N° 1.819, de 1977, con el fin de establecer prohibiciones que señala, a las mutualidades de empleadores, reguladas por Ley N° 16.744.	Permitir que los fondos que recauden las mutualidades y sus instalaciones y profesionales sean utilizados privativamente por sus beneficiarios legales, para el cumplimiento de sus funciones establecidas en la norma, tales como: La protección del trabajador, la labor de prevención y educación relativas a los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en el financiamiento de subsidios y prestaciones médicas, ya sean, quirúrgicas, dentales, de hospitalización, medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis y productos ortopédicos y su reparación, la rehabilitación física y/o psicológica, reeducación profesional laboral, traslados de pacientes, etcétera, y en las prestaciones económicas de indemnización y pensiones.  A la vez de impedir, el desvío de recursos que se obtengan en virtud de la Ley N° 16.744 a empresas colgadas mediante convenios o contratos para realizar funciones que le son propias, de modo tal que cumplan con la obligación de no lucrar y de no discriminar en razón de las condiciones laborales de sus trabajadores.	En tramitación	Primer Trámite, SENADO. Solo ingreso y no hay más movimiento (último movimiento 06.08.2014)	<a href="#">9486-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
	27.01.2016	Moción Cámara de Diputados Marcos Espinosa Monardes Daniel Farcas Guendelman Marcela Hernández Pérez Carlos Abel Jarpa Wevar Felipe Letelier Norambuena Sergio Ojeda Uribe Alberto Robles Pantoja	Deroga el decreto Ley N° 3.342, de 1980, que Establece libertad de afiliación a la Confederación Mutualista de Chile y autoriza a las instituciones de socorros mutuos para formar federaciones y confederaciones.	Las Sociedades Mutualistas, están en una profunda crisis económica que las tienen al borde de la extinción. Gran parte de estas subsisten gracias a acciones de solidaridad, ayuda conjunta, aportes voluntarios, etc.  ARTÍCULO PRIMERO: Deróguese el decreto ley 3.342 que Establece Libertad De Afiliación A La Confederación Mutualista De Chile Y Autoriza A Las Instituciones De Socorros Mutuos Para Formar Federaciones Y Confederaciones, publicado en fecha 10 de mayo de 1980, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, modificándose todo reglamento y Ley que este afecte.	En tramitación	Primer Trámite, Cámara de Diputados. Solo ingreso y no hay más movimientos. (19.05.2016)	<a href="#">10701-13</a>
Ley N° 16.744	16.06.2017	Moción Cámara de Diputados: Osvaldo Andrade Gabriel Boric Cristián Campos Lautaro Carmona Cristina Girardi Tucapel Jiménez Vlado Mirosevic Alejandra Sepúlveda Patricio Vallespín	Modifica la Ley N°16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el objeto de sancionar al empleador que no denuncia un accidente o enfermedad del trabajo.	El presente proyecto busca establecer una sanción específica al empleador que no denuncia oportunamente un accidente del trabajo o enfermedad profesional.	En tramitación	Primer Trámite. Diputados. Solo ingreso, cuenta e informe. Refundido: 11113-13, 11287-13, 10988-13, 9657-13, 11286-13. (5.7.2017)	<a href="#">11276-13</a>
Ley N° 16.744	16.06.2017	Moción Cámara de Diputados: Miguel Ángel Alvarado Ramírez Osvaldo Andrade Lara Cristián Campos Jara Lautaro Carmona Soto Cristina Girardi Lavín Marcela Hernando Pérez Tucapel Jiménez Fuentes Vlado Mirosevic Verdugo Alejandra Sepúlveda Orbenes	Modifica la definición de enfermedad profesional contenida en la Ley N°16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	El presente proyecto busca reformar la definición de enfermedad profesional de la Ley N° 16.744.	En tramitación	Primer Trámite. Diputados. Solo ingreso, cuenta e informe. Refundido: 11113-13, 11287-13, 10988-13, 9657-13, 11276-13. (5.7.2017)	<a href="#">11286-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	05.09.2017	Mensaje Presidencial al Senado, siendo doña Michelle Bachelet Jeria, Presidente de la República y sus ministros:  Rodrigo Valdés Pulido Paula Narváez Ojeda Marcos Barraza Gomez Jaime Campos Quiroga Alejandra Kraus Valle Claudia Pascual Grau	Modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio de parejas del mismo sexo.	El proyecto con las innovaciones que planteamos, comprende modificaciones al Código Civil y a la Ley N° 19.947 que establece Nueva Ley de Matrimonio Civil, a efectos de dar acceso al estatuto matrimonial.  Modifica además en el sentido de adecuar las normas para la accesibilidad de las nuevas parejas matrimoniales, el Código del Trabajo, las Leyes N° 14.908, 20.830, 4.808, 16.620 y 16.744; así como también al decreto con fuerza de ley N° 150, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1982, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de las normas sobre Sistema Único de Prestaciones Familiares y Sistema de Subsidios de Cesantía para los Trabajadores de los Sectores Privado y Público.	En tramitación	Primer Trámite constitucional/ Senado: Cuenta Oficio 173-2017 de la Corte Suprema (10.10.2017)	11422-07
Ley N° 16.744	21.06.2017	Moción Cámara de Diputados:  Osvaldo Andrade Gabriel Boric Cristián Campos Lautaro Carmona Cristina Girardi Tucapel Jiménez Vlado Mirosevic Alejandra Sepúlveda Patricio Vallespín	Modifica la Ley N° 16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en materia de determinación del carácter profesional de una enfermedad que afecte al trabajador.	El proyecto pretende modificar el tenor del inciso tercero del artículo 7°, el cual está redactado en términos tales que implica necesariamente que el trabajador tiene la carga de la prueba. En efecto, se modifica la expresión "podrán acreditar" por "podrán requerir" ante el organismo administrador respectivo. Por otra parte, se modifica aquella parte que indica que los trabajadores deben acreditar una enfermedad "que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado", en la línea de eliminar la expresión "directa". Finalmente, se señala que la resolución que rechace este requerimiento debe proceder por resolución fundada, lo que implica necesariamente ponderar los antecedentes de hecho y derecho en que se sustenta la decisión del respectivo organismo administrador.	En tramitación: Primer trámite	Primer Trámite. Diputados. Solo ingreso, cuenta e informe. Refundido: 11113-13, 11276-13, 10988-13, 9657-13, 11286-13. (5.7.2017)	<a href="#">11287-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	4.12.2013	Moción Senado: Isabel Allende Bussi Pedro Muñoz Aburto	Amplía la competencia de la jurisdicción laboral en materia de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales y concilia el estatuto de responsabilidad extracontractual aplicable a las causas contenciosas derivadas del trabajo en régimen de subcontratación.	Modifica el inciso tercero del artículo 183 letra e) del Código del Trabajo incorporando una norma que elimine la discriminación anotada precedentemente en torno al régimen de responsabilidad del que responde la empresa principal y el contratista, en su caso, haciéndolos responsables solidariamente de las indemnizaciones que deban pagar en caso de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.	En tramitación	Cuenta oficio 8-2014 de la Corte Suprema. Último movimiento 21.1.2014.	9180-13
Ley N° 16.744	19.03.2012	Moción Senado: Alejandro Navarro Brain	Modifica la ley que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales fijando la competencia judicial para el caso comprendido en el literal b) de su artículo 69.	Este proyecto pretende extender el ámbito de competencia de los tribunales del trabajo y conocer de las acciones de víctimas por repercusión para que se conozcan ante los tribunales laborales.  Para ello es necesario modifica el Artículo 420 letra f) del Código del Trabajo, extendiendo la competencia de los tribunales para conocer las acciones de los herederos incluido el daño moral.	En tramitación	Cuenta oficio 40-2012 Corte Suprema: Primer trámite constitucional. Último movimiento 02.05.2012.	8206-13
Ley N° 16.744	11.11.2010	Moción Cámara de Diputados: Sergio Aguiló Osvaldo Andrade Nicolás Monckeberg Adriana Muñoz René Saffirio Felipe Salaberry Guillermo Teillier Germán Verdugo Carlos Vilche	Incorpora a los funcionarios a honorarios, a ley de accidentes del trabajo.	El presente proyecto, busca disponer expresamente la procedencia del seguro contra riesgos por accidentes de trabajo en los casos de contratos a honorarios, atendido que diversas prestaciones convenidas configuran actos que deben ser garantizadas mediante la procedencia de este seguro. La no adscripción en calidad de funcionario, no obsta a este razonamiento, atendido que la propia ley sobre accidentes de trabajo, resulta obligatoria para los trabajadores independientes y las modificaciones de la Ley N° 19.345 utilizó la voz trabajador y no funcionario público.	En tramitación	Aprobado en general por Cámara de Diputados. Último movimiento 02.08.2012	7307-13

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	22.12.2008	Moción Senado: Pedro Muñoz Juan Pablo Letelier	Relativo a la prevención del estrés laboral y sus consecuencias en materia de productividad.	Primero, disponer, en el Código del Trabajo, la obligación de las administradoras del seguro de informar a sus empresas afiliadas sobre las características, riesgos y consecuencias del estrés laboral.  Segundo, incorporar la detección de este tipo de situaciones como una función específica de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad en la Ley N° 16.744.	En tramitación	Cuenta proyecto. Primera Trámite Constitucional. Pasa a Comisión del Trabajo. Último movimiento 23.12.2008	6318-13
Ley N° 16.744	10.01.2017	Moción Cámara de Diputados: Miguel Ángel Alvarado Marcela Hernando Felipe Letelier Vlado Mirosevic Alejandra Sepúlveda	"Modifica la Ley N° 16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el objeto de actualizar las disposiciones relativas a la denominación de los órganos involucrados en la administración del seguro social".	Equipara conceptos de "obreros" con "empleados". Inclusión de los afiliados al ex Servicio de Seguro Social, al modificar los conceptos de Servicio Nacional de Salud y Servicio de Seguro Social por Instituto de Seguridad Laboral.	Aprobado y complementado	Ley N° 21.054 (23.12.2017)	<a href="#">11103-13</a>
Ley N° 16.744	21.12.2016	Moción Cámara de Diputados: Osvaldo Andrade Aldo Cornejo Iván Fuentes Pablo Lorenzini J. E. Morano Sergio Ojeda Yasna Provoste Gabriel Silver Victor Torres Patricio Vallespín	"Modifica la Ley N° 16.744, que Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el objeto de eliminar la distinción entre empleados y obreros".	Modificar la Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el objeto de eliminar la distinción entre empleados y obreros. Artículo 25°.- Para los efectos de esta ley se entenderá por "entidad empleadora" a toda empresa, institución, servicio o persona que proporcione trabajo; y por "trabajador" a toda persona, que trabaje para alguna empresa, institución, servicio o persona.	Aprobado y completado	Ley N° 21.054 (23.12.2017)	<a href="#">11053-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	31.03.2009	Mensaje Presidencial a la Cámara de Diputados, siendo presidente doña Michelle Bachelet Jeria, y sus ministros: María Olivia Recart Herrera, Ministra de Hacienda (S) José Goñi Carrasco, Ministro de Defensa Nacional Claudia Serrano Madrid, Ministra del Trabajo y Previsión Social	"Incorpora al seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la Ley N° 16.744, al personal civil de las empresas que señala."	Incorporar al régimen del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, contemplado en la Ley N° 16.744, al personal civil de las empresas públicas creadas por ley que se relacionan con el Gobierno por intermedio del Ministerio de Defensa Nacional, esto es, Fábricas y Maestranzas del Ejército-FAMAE; Astilleros y Maestranzas de la Armada-ASMAR; y la Empresa Nacional de Aeronáutica de Chile-ENAER. A través de modificaciones a la Ley N°19.345 y modificación de la Ley N° 18.458.	Aprobado y completado	Ley N° 20.369 (17.09.2009)	<a href="#">6427-13</a>
Ley N° 16.744	6.10.2005	Mensaje Presidencial al Senado, siendo Presidente don Ricardo Lagos Escobar, Presidente de la República y sus ministros:  Yerko Ljubetic Godoy, Ministro del Trabajo y Previsión Social  Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda	"Amplía el concepto de accidente del trabajo contemplado en la Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales."	Incorpora como accidente de trayecto también el ocurrido al trabajador mientras se traslada desde un empleo hacia otro. Modifica el artículo 5° inciso segundo de la Ley N° 16.744 estableciendo que son también accidentes del "trabajo en el trayecto" aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores.	Aprobado y completado	Ley N° 20.101 (28.04.2006)	<a href="#">4009-13</a>
Ley N° 19.619	08.09.1998	Mensaje Presidente de la República a la Cámara de Diputados:  Eduardo Frei Ruiz-Tagle, Presidente de la República; con los siguientes ministros de Estado:  Eduardo Aninat Ureta, Ministro de Hacienda  Germán Molina Valdivieso, Ministro del Trabajo y Previsión Social	Modifica aspectos relativos al fondo de contingencia de las mutualidades de empleadores.	El proyecto establece que respecto de las sanciones que aplica la Superintendencia de Seguridad Social, regirá el procedimiento que señalan los artículos 58 y 60 de la Ley N° 16.395. Estas disposiciones establecen, por una parte, que contra las medidas disciplinarias de la Superintendencia de Seguridad Social, puede reclamarse ante la Corte de Apelaciones de Santiago, dentro del plazo de 10 días hábiles contado desde su notificación por carta certificada. Por la otra, que las multas no pagadas oportunamente, se cobran ejecutivamente.	Aprobado y completado	Ley N° 19.619 (02.08.1999)	<a href="#">2233-13</a>

Normativa que modifica	Fecha de inicio de tramitación	Autores	Nombre del proyecto	Principal contenido	Estado	Última gestión	Boletín
Ley N° 16.744	22.11.1994	Mensaje Presidencial a la Cámara de Diputados:  Siendo Vice-presidente Carlos Figueroa Serrano (de Patricio Aylwin) y ministros: Patricio Tombolini Veliz, Ministro del Trabajo y Previsión Social Subrogante	Modifica el artículo 77 de la Ley N° 16.744, de accidente del trabajo y enfermedades profesionales.”	Establece el organismo que debe otorgar las prestaciones médicas y/o económicas, produce cuando a un trabajador se le rechaza la licencia o reposo médico, fundándose en que la patología invocada tiene o no origen profesional, disponiendo que el trabajador debe concurrir de inmediato ante el organismo del régimen previsional, común o profesional, según el caso, que no sea el que rechazó la licencia o reposo médico, el cual está obligado a otorgar las prestaciones, pudiendo con posterioridad reclamar, directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o reposo médico, en el caso que no concuerde con el carácter de la afección. Se regula, asimismo, el reembolso del valor de las prestaciones, al organismo que las otorga, si la Superintendencia de Seguridad Social resuelve que debieron haber sido proporcionadas con cargo a un régimen previsional diferente.	Aprobado y completado	Ley N° 19.394 (21.06.1995)	<a href="#">1445-13</a>
Ley N° 16.744	21.05.1993	Mensaje del Presidente a la Cámara de Diputados:  Patricio Aylwin, Presidente de la República; siendo ministros: René Cortázar Sanz, Ministro del Trabajo y Previsión Social  Alejandro Foxley Rioseco, Ministerio de Hacienda	Dispone aplicaciones de la Ley N° 16.744, sobre seguro social, contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores del sector público que indica.”	Dispone aplicaciones de la Ley N° 16.744, sobre seguro social, contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores de la administración civil del Estado, la Contraloría General de la República, el Poder Judicial y el Congreso Nacional.	Aprobado y completado	Ley N° 19.345 (07.11.1994)	<a href="#">998-13</a>

<b>Normativa que modifica</b>	<b>Fecha de inicio de tramitación</b>	<b>Autores</b>	<b>Nombre del proyecto</b>	<b>Principal contenido</b>	<b>Estado</b>	<b>Última gestión</b>	<b>Boletín</b>
Ley N° 18.660	28.07.1989		Modifica DFL 251 de 1931; Del Ministerio de Hacienda sobre Compañías de Seguros.	Modifica la Ley N° 18.660: Para estos efectos, tanto las reservas técnicas respecto de asegurados no institucionales, como el patrimonio de riesgo que deben tener para asegurar a éstos, deberán estar respaldados de acuerdo a lo dispuesto en dicha ley. El patrimonio de riesgo se calculará en base a dichas reservas y al total de las otras deudas con terceros y no podrá ser inferior al patrimonio mínimo. Las reservas técnicas respecto de asegurados institucionales, así como el resto de todo el patrimonio, deberán estar invertidos de acuerdo a los artículo 4° y 5°, respectivamente, del decreto ley 1.092, de 1975.	Aprobado y completado	Ley N° 18.814	

### 13.4 Anexo 4: Mercado Laboral

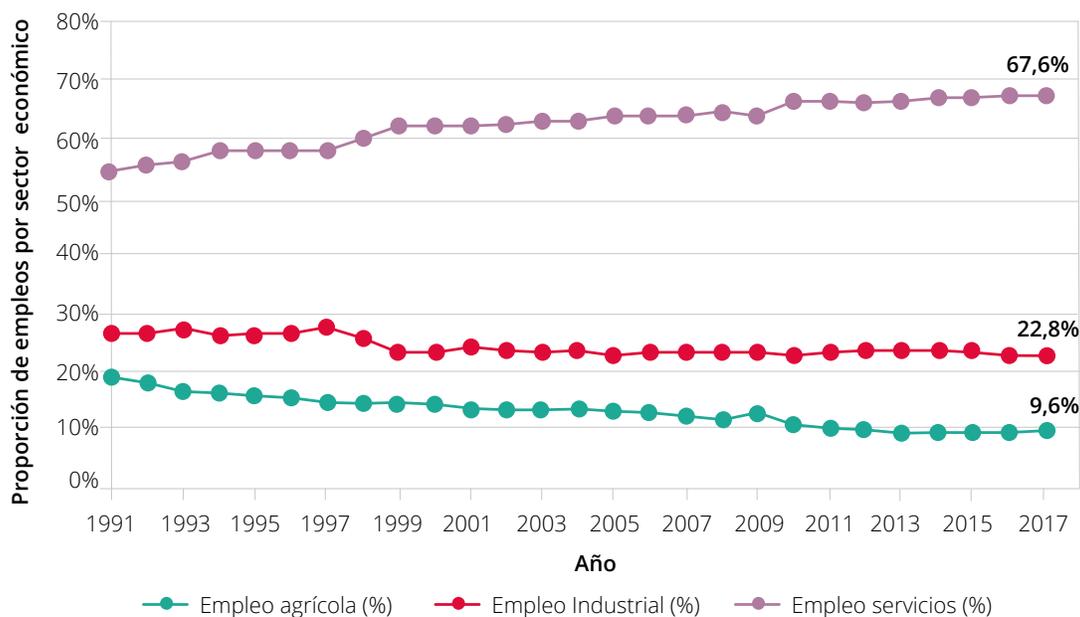
La evolución del mercado laboral es relevante para el sistema de Salud y Seguridad Laboral. Este anexo describe brevemente el mercado laboral chileno, y como ha cambiado en el transcurso de los últimos años.

La Figura 87 se observa cómo ha cambiado el tipo de empleo en el tiempo. Si bien el cambio ha sido gradual, la migración de la fuerza laboral desde empleos agrícolas e Industriales al sector servicios ha sido significativa.

Se observa que la proporción de empleo agrícola ha bajado en -50% desde 1991 al 2017. De la misma manera, la proporción de empleo industrial ha bajado en -13%. Por otra parte, la proporción del empleo en servicios ha aumentado en 23% en el mismo período.

El cambio en el tipo de empleo es esperable que sea uno de los elementos responsables de la reducción de la tasa de accidentes y fatalidades. Por otra parte, es posible que el incremento en las enfermedades profesionales mentales esté dado en parte por el aumento del empleo en el sector servicios.

**Figura 87:** Evolución del tipo de empleo en Chile.

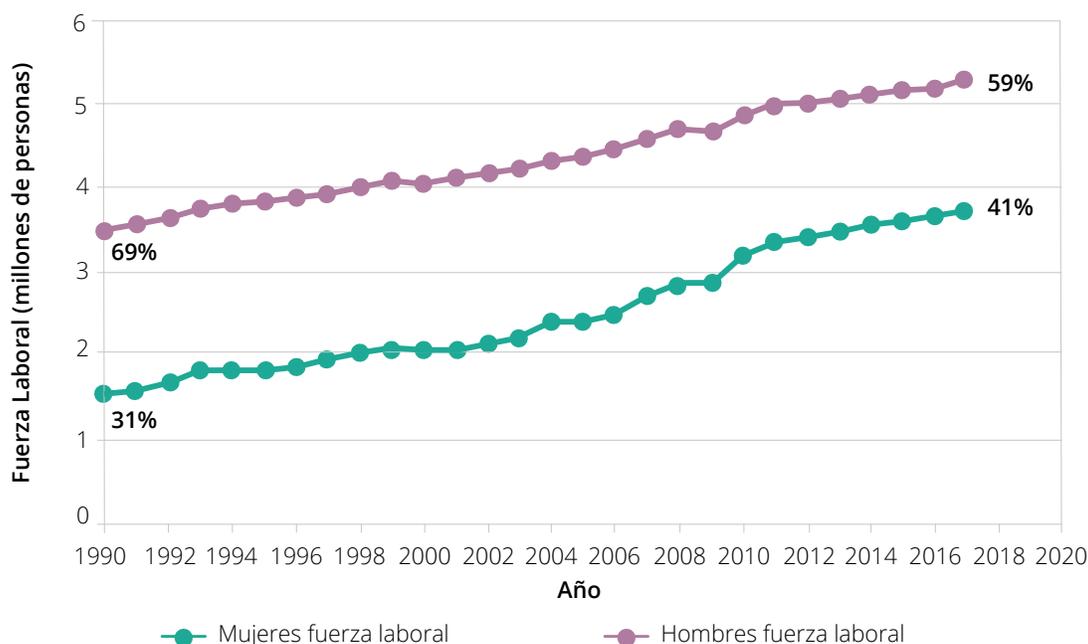


**Fuente:** elaboración propia, basado en datos del Banco Mundial.

Otro aspecto relevante es la evolución del empleo por género. Se puede observar que ambos han aumentado con una tendencia similar, pero en términos de proporciones, si se observa un cambio importante. Así se aprecia que la proporción del empleo masculino baja en -10%, lo que representa una disminución del -15% del empleo masculino. Por otra parte, el empleo feme-

nino sube en 10%, lo que representa (dada la menor base) un aumento del 35% del empleo femenino. El empleo femenino está más ligado al empleo en servicios, y por tanto, el aumento observado de empleo en servicios (Figura 88) probablemente ha sido cubierto por una mayor proporción de mujeres, respecto a los empleos agrícolas o industriales.

**Figura 88:** Evolución del empleo por género.



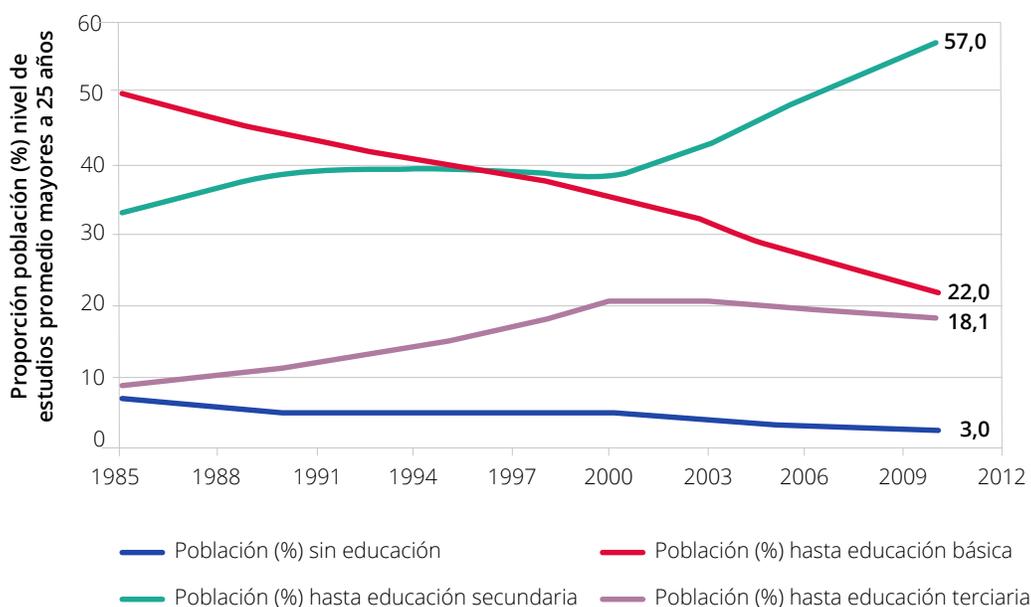
**Fuente:** elaboración propia, basado en datos del Banco Mundial.

Además del empleo y la composición de género, también ha cambiado el nivel de preparación de la fuerza laboral. Como se puede apreciar en la Figura 89, ha aumentado fuertemente la cantidad de personas que alcanzan educación secundaria y terciaria. Se observa un aumento del 24% en el número de personas que terminan sus estudios secundarios, lo que representa un aumento del 71% (76% si se considera que el alza de educación terciaria, que necesariamente deben pasar

antes por educación secundaria). De la misma manera, las personas con educación terciaria aumentan desde un 9% a un 18% de la fuerza laboral, lo que representa un aumento del 94% en el período de estudio.

Estos importantes cambios en preparación inciden probablemente sobre el conocimiento y percepción de los riesgos en el trabajo, facilitando además las labores de prevención. En las empresas.

**Figura 89:** Evolución del nivel educativo de la fuerza laboral mayor a 25 años.

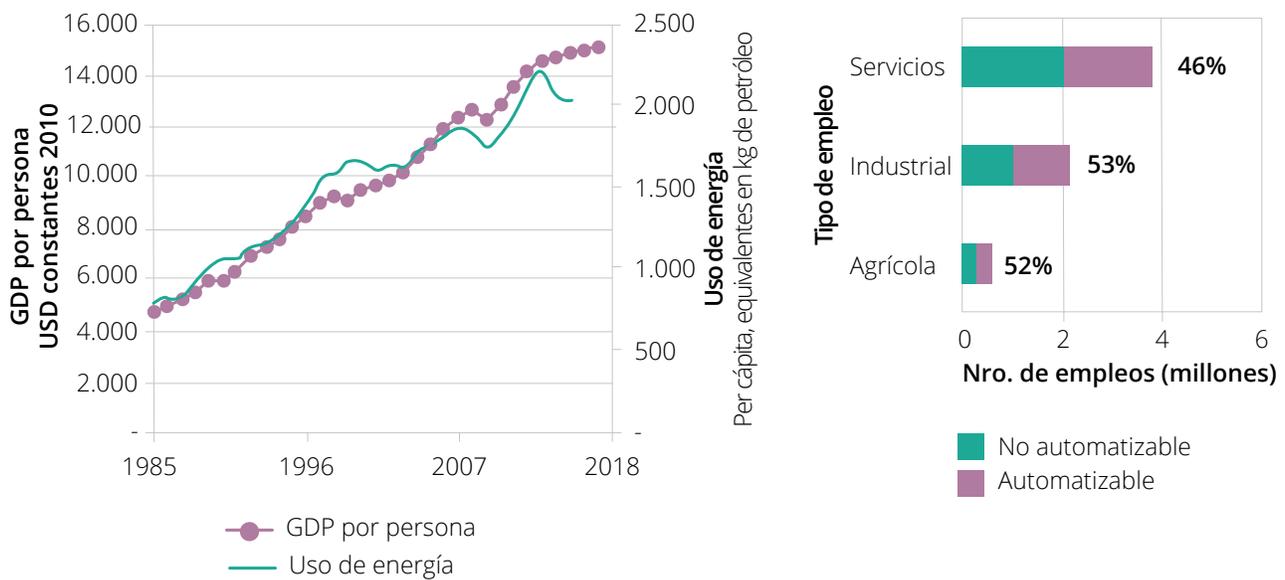


**Fuente:** elaboración propia, basado en datos del Banco Mundial.

De la mano con una migración de la mano de obra a servicios y mayor capacitación de los trabajadores, se observa un aumento en la automatización en la industria. Si bien la automatización per se no es directamente medible, es sabido que las maquinas requieren energía para funcionar. Desde esa base, se puede utilizar el uso de energía como un proxy de automatización.

Como se puede observar en la Figura 90 (izquierda), el uso de energía en Chile correlaciona con el aumento de la productividad por persona, y se observa una fuerte tendencia al alza del uso de energía per cápita.<sup>147</sup> Asimismo, en el cuadro de la derecha se presentan los empleos por sector económico, y una estimación de McKinsey sobre la proporción de empleos que serán automatizados<sup>148</sup> en Chile durante los próximos 20 años. Por tanto, la automatización está y seguirá transformando el mercado laboral.

**Figura 90:** Energía y Automatización.



**Fuente:** elaboración propia, basado en datos del Banco Mundial y McKinsey.

Junto con la automatización, el otro cambio tecnológico importante en el mercado del trabajo es el gran aumento del teletrabajo. El teletrabajo tiene dos formas, empleado directamente por una empresa, con un contrato formal de trabajo, la cual le permite al empleado trabajar a distancia, sin importar su ubicación geográfica o controles. Por otra parte, se encuentra el empleo

independiente, contratos por servicio, como suele ocurrir en productos informáticos, de consultoría y otros servicios de información en general.

Si bien el empleo formal con teletrabajo resulta difícil de observar, si hay información sobre el teletrabajo por cuenta propia, el cual se espera tenga un compor-

147 Se asume que los principales consumidores de energía son las industrias, y empresas en general. Las personas tienen un impacto marginal.

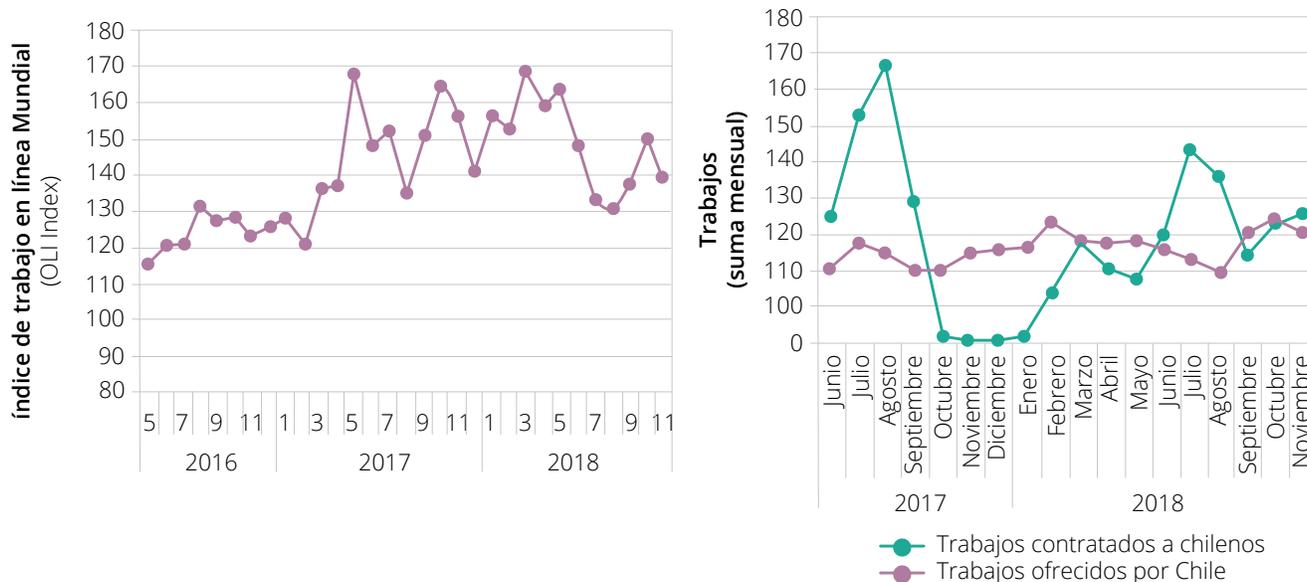
148 Personas reemplazadas por maquinaria y computadoras.

tamiento homólogo. La evolución del teletrabajo por cuenta propia se observa en la Figura 91, a la izquierda la evolución mundial del teletrabajo por cuenta propia, y a la derecha el teletrabajo generado por chilenos, y el teletrabajo capturado por chilenos.

Como se puede apreciar en la Figura 91, se ha estancado el crecimiento del teletrabajo en el último año.

Hay que considerar que solo ciertos tipos de empleos pueden ser llevados a cabo de esta manera, sin contacto directo con otros trabajadores, clientes u otros elementos de la cadena productiva. Por tanto, si bien es esperable que el teletrabajo de ambos tipos siga siendo un factor de cambio importante del mercado laboral, el alcance esperado es menor y el proceso de transformación a futuro se espera sea más gradual.

**Figura 91:** Evolución de mercado del Teletrabajo Mundial y Chileno.



**Fuente:** elaboración propia, basado en OLI Índice.

Los independientes han aumentado en términos absolutos en el mercado laboral, tanto por la emergencia de nuevos tipos de trabajo, como el teletrabajo independiente anteriormente mencionado, tercerización de servicios u otros tipos. Cualquiera sea la causa, hay un aumento del trabajo independientes en términos absolutos (visto anteriormente en la Figura 65, que no refleja aún el impacto de los servicios por cuenta propia como Uber, Beat, Cornershop, etc.). Esta tendencia en el mercado está siendo abordado con una modifi-

cación a la ley, con lo que se espera que el sistema de Mutualidades cubra de forma obligatoria a 649.958 trabajadores independientes<sup>149</sup>.

Por último, cabe mencionarse que el mercado laboral Chileno presenta una alta tasa de rotación en el trabajo, de los más altos de la OCDE. Esta flexibilidad (tanto del empleador como empleado) también está asociada a mayor rapidez de ajuste ante los cambios, y por tanto, a incertidumbre y precariedad ante la evolución del mercado laboral.

149 Independientes formales.

## 14. REFERENCIAS

AFC Chile. (s.f.). *Financiamiento*. Obtenido de AFC Chile: <https://www.afc.cl/descripcion-del-seguro/financiamiento/>

Akerlof, G. A. (1978). *The market for "lemons": Quality uncertainty and the market mechanism*. In *Uncertainty in Economics*.

Altunkaynak, B., & Öztürk, P. (2016). *How to Minimize Occupational Accidents in Turkey: The Bonus-Malus System*. Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneğinin bilimsel yayın organıdır.

Arrow, K. J. (1968). The economics of moral hazard: further comment. *The American Economic Review*, 58(3), 537-539.

Biglaiser, G., & Albert Ma, C. T. (2007). Moonlighting: public service and private practice. *The RAND Journal of Economics*, 38(4), 1113-1133.

Bryson, A., & Dale-Olsen, H. (2017). Does Sick Pay Affect Workplace Absence? *IZA Workshop: Health and Labor Markets*. Bonn: IZA Institute for Labor Economics.

Cámara Chilena de la Construcción. (2014). *Informe MACH N°41: Macroeconomía y Construcción*.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, E. U. (21 de 12 de 1995). Ley del Seguro Social (última reforma en el año 2018). México.

CENSO. (2017). *CENSO 2017*. Santiago, Chile: INE.

Chalkley, M., & Khalil, F. (2005). Third party purchasing of health services: Patient choice and agency. *Journal of health economics*, 24(6), 1132-1153.

ChileAtiende. (05 de octubre de 2018). *¿Qué es la Asignación Familiar y el Subsidio Familiar (SUF)?* Obtenido de ChileAtiende: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/36386-que-es-la-asignacion-familiar-y-el-subsidio-familiar-suf>

CIEDESS. (2016). *La Seguridad Social en Chile, 1980 - 2015*.

CLAPES UC. (marzo de 2016). *Radiografía al empleo por cuenta propia*. Obtenido de Clapesuc: <http://www.clapesuc.cl/assets/uploads/2016/03/informe-laboral-marzo-2016.pdf>

Cochrane, J. H. (1995). Time-consistent health insurance. *Journal of Political Economy*, 103(3), 445-473.

Colombia, C. d. (2012). Ley 1562. *Se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*.

Committee, F. I. (2010). *Oportunities in Agribusiness*. Obtenido de Oportunities in Agribusiness: <http://www.amchamchile.cl/sites/default/files/agribusiness.pdf>

CONASET. (2017). *Ocurrencia de accidentes por región*. Carabineros de Chile.

Congreso Nacional. (2006). *Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

*Decreto Supremo N°67*. (1 de Marzo de 2000). Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=159800>

Diario Pyme. (29 de Abril de 2016). Deanda de Profesionales en el Rubro Energético No Convencional Crecerá 15% Durante 2016. *Diario Pyme*.

Díez, F., Blanco, A., Cruz, A., & Prado, C. (2014). Efecto de la Responsabilidad Social Empresarial sobre la Legitimidad de las Empresas. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 325-348.

Economía y Negocios. (17 de Junio de 2018). Más de la mitad de los chilenos con patologías mentales no está recibiendo tratamiento. *Economía y Negocios*.

Elsler, D., Treutlein, D., Rydlewska, I., Frusteri, L., Krüger, H., Veerman, T., . . . Taylor, T. N. (2010). A review of case studies evaluating economic incentives to promote occupational safety and health. *Scand J Work Environ Health* 2010; vol 36, no 04, 289–298.

Energía, C. N. (Junio de 2016). *Comisión Nacional de Energía*. Obtenido de <http://energiaabierta.cl/visualizaciones/capacidad-instalada/>

Estado, J. d. (2011). Ley 36/2011 reguladora de la jurisdicción social. España.

European Agency for Safety and Health at Work. (2010). *Economic incentives to improve occupational safety and health: a review from the European perspective*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.

European Commission. (2003). *Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC*. European Agency for Safety and Health at Work.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Ezell, S. (2014). *Countries' Policies to Support Advanced Manufacturing. NIST VCAT Meeting*. The Information Technology & Innovation Fundation.

Froneberg, B., Timm, S., Liebers, F., Ertel, M., Lorenz, A., & Grünes, D. (2004). *The National Profile of the Occupational Safety and Health System in Germany*. Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Gattini, C. (Octubre de 2017). *Protección y seguridad social en Chile*. Santiago: Observatorio Chileno de Salud Pública.

Generadoras. (Agosto de 2016). *Boletín del Mercado Eléctrico*. Obtenido de <http://www.revistaei.cl/wp-content/uploads/sites/5/2016/08/Bolet%C3%ADn-Generaci%C3%B3n-Agosto-2016.pdf>

Georghiou, L., Cassingena, J., Keenen, M., & Miles, I. (2010). *Manual de Prospectiva tecnológica. Conceptos y práctica*.

Gertler, P., & Gruber, J. (2002). Insuring consumption against illness. *American economic review*, 92(1), 51-70.

Gobierno de Chile. (Octubre de 2018). *Compromiso País*. Obtenido de Compromiso País: <http://www.compromisopais.cl/>

Goic, A. (2015). *El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente*. *Revista médica de Chile* 143(6), 774-786.

Gruber, J., & Madrian, B. C. (1994). Health insurance and job mobility: The effects of public policy on job-lock. *ILR Review*, 48(1), 86-102.

Handel, B., Hendel, I., & Whinston, M. D. (2015). Equilibria in health exchanges: Adverse selection versus reclassification. *Econometrica*, 83(4), 1261-1313.

He, J., Mahoney, J. T., & Wang, H. (2019). Firm capability, corporate governance, and firm competitive behavior: A multi-dimensional framework. *International Journal of Strategic Change Management*, vol. 1 no. 4, 293-318.

Houtepen, R., & Meulen, R. (2000). New types of solidarity in the European welfare state. *Health Care Analysis*, 8(4), 329-340.

ILO. (2010). *List of Occupational Diseases (revised 2010)*. Geneva, Switzerland: International Labour Organization (ILO).

INE. (5 de Febrero de 2019). *Boletín Estadístico: Informalidad Laboral*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas: <https://www.ine.cl/estadisticas/laborales/informalidad-laboral>

Insurance, N. A. (2018). *Workers' Compensations: Benefits, Coverage and Costs*. Washington DC, USA.

ISSA (Asia and the pacific). (2016). *Social Security Programs Throughout the World Asia and the pacific*. Geneva, Switzerland: International Social Security Association (ISSA).

ISSA (Europe). (2018). *Social Security Programs Throughout the World Europe 2018*. Geneva, Switzerland: International Social Security Association (ISSA).

ISSA (The Americas). (2017). *Social Security Programs Throughout the World The Americas*. Geneva, Switzerland: International Social Security Association (ISSA).

Koh, D. (2012). *Can We Reduce Workplace Fatalities by Half? Safety and Health at Work, Volume 3*, 104-109.

*Ley General de Seguridad Social*. (s.f.). Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>.

Ley N° 19.728. (30 de Abril de 2001). *Diario Oficial de Chile*. Obtenido de <http://bcn.cl/221co>

Macías, O. (18 de Abril de 2017). *El Seguro de Invalidez y Sobrevivencia en el Sistema Chileno de Pensiones*. Obtenido de Superintendencia de Seguridad Social: [https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-11237\\_recurso\\_1.pdf](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-11237_recurso_1.pdf)

Macías, O. (18 de octubre de 2018). *El Sistema Chileno de Pensiones*. Obtenido de Superintendencia de Pensiones: [https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-13449\\_archivo\\_01.pdf](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-13449_archivo_01.pdf)

Mcguire, T. G. (2000). *Physician Agency*. North Holland: JP Newhouse Handbook of Health Economics.

Ministerio de Desarrollo Social. (03 de Febrero de 2010). *Ley 20.422*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>

Ministerio de Economía Fomento y Turismo. (2016). *Productividad para un Crecimiento Inclusivo. Proyecto de Ley Presupuesto 2017*.

Ministerio de Energía, G. d. (Agosto de 2016). *Ministerio de Energía, Gobierno de Chile*. Obtenido de Ministerio de Energía, Gobierno de Chile: <http://www.energia.gob.cl/tema-de-interes/historica-licitacion-de-0>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, R. d. (1994). Decreto 1295 de la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2008). *Decreto 67*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional.

MINSAL. (30 de Junio de 2015). *Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)*. Obtenido de Banco Integrado de Programas Sociales: [http://www.programassociales.cl/pdf/2015/PRG2015\\_5\\_61024.pdf](http://www.programassociales.cl/pdf/2015/PRG2015_5_61024.pdf)

MINSAL. (10 de marzo de 2018). *Programa de Salud 2018-2022*. Obtenido de MINSAL: <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-2018-2022/>

Newhouse, J. P. (1993). Free for all?: lessons form the RAND health insurance experiment. *Harvard University Press*.

Newhouse, J. P. (1996). Reimbursing health plans and health providers; efficiency in production versus selection. *Journal of economic literature*, 34(3), 1236-1263.

OIT. (2016). *Perfil Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*.

Oyanedel, J. C., Sánchez, H., Inostroza, M., Mella, C., & Vargas, S. (2014). Conocimiento y Evaluación Acerca de las Mutuales de Seguridad en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 16(51).

Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: comment. *The American Economic Review*, 58(3), 531-537.

Pauly, M. V., Kunreuther, H., & Hirth, R. (1995). Guaranteed renewability in insurance. *Journal of risk and Uncertainty*, 10(2), 143-156.

Pichler, S., & Ziebarth, N. R. (2015). *The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: A Method to Test for Contagious Presenteeism and Shirking Behavior*. Bonn, Germany: The Institute for the Study of Labor (IZA).

Pichler, S., & Ziebarth, N. R. (2015). The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: A Method to Test for Contagious Presenteeism and Shirking Behavior. *IZA Discussion Papers, No.8850*.

Pita Barros, P., & Martinez-Giralt, X. (2002). Public and Private Provision of Health Care. *Journal of Economics & Management Strategy*, 11, 109-134.

Rautiainen, R., Ledolter, J., Sprince, N., Donham, K., Burmeister, L., Ohsfeldt, R., . . . Zwerling, C. (2005). Effects of premium discount on workers' compensation claims in agriculture in Finland. *American Journal of Industrial Medicine Vol 48 No 100*.

Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629-649.

Shepard, M. (2016). Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange (No. w22600). *National Bureau of Economic Research*.

Social, M. d. (1968). Ley 16.744. *Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Chile*.

Superintendencia de Pensiones. (s.f.). *Asignación por Muerte*. Recuperado el 2019, de Superintendencia de Pensiones: <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-10154.html>

Superintendencia de Salud. (2012). *Coberturas Financieras de los Planes de Salud de Isapres*.

SUSESO. (2016). *Ingresos y gastos de las Mutualidades de Empleadores*.

SUSESO. (2017). *Informe Anual Estadísticas de Seguridad Social*. Santiago: Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

SUSESO. (2018). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. Santiago, Chile: SUSESO.

SUSESO. (s.f.). *SUSESO*. Obtenido de Estadísticas de la Seguridad Social 2017: <https://www.suseso.cl/608/w3-article-496793.html>

Unión Europea. (2003). *Diario Oficial de la Unión Europea (Recomendación de la Comisión, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales)*. Unión Europea.

Van de Ven, W., & Ellis, R. (2000). *Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets*. In *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, The Netherlands: Newhouse, J.P.

Vargas, C. (2015). *Seguridad y Salud en el Trabajo en Chile: Diagnóstico y Propuestas*.

Young, S., & Thyil, V. (s.f.). A holistic model of corporate governance - a new research framework. *Corporate governance : the international journal of business in society* vol. 8, no. 1.

Ziebarth, N., & Karlsson, M. (2012). The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *IZA Discussion Papers*, No. 7250.