



Organización
Internacional
del Trabajo

MEDIO SIGLO AL SERVICIO DE CHILE

**EL SISTEMA PRIVADO DE MUTUALIDADES
DE ACCIDENTES DEL TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES**

1957-2007

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2008
Primera edición 2008

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza o por correo electrónico a: pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

OIT

Medio siglo al servicio de Chile. El sistema privado de mutualidades de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1957-2007

Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2008

ISBN 978-92-321064-9 (impreso)

ISBN 978-92-321065-6 (versión web pdf)

Accidente de trabajo / Enfermedad profesional / Seguro de enfermedad /
Régimen privado de pensión / Administración de la seguridad social /
Prestaciones por accidentes de trabajo / Chile

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT así como los catálogos o listas de nuevas publicaciones pueden obtenerse en Avda. Dag Hammarskjöld 3177, Vitacura, Santiago de Chile o pidiéndolas a Casilla 19.034, CP 6681962, e-mail: biblioteca@oit Chile.cl

Vea nuestro sitio en la red: www.oit Chile.cl

Diseño de portada: Marilú Celedón

Diseño interior: Francisca Galilea

Impreso en Chile por Andros Impresores

ÍNDICE

PRÓLOGO	iv
---------------	----

SISTEMA PRIVADO DE ADMINISTRACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES CHILENO, 1957-2007

PREFACIO	8
PRESENTACIÓN (Edición del 2001)	9
A. ANTECEDENTES, RESEÑA HISTÓRICA, PRINCIPIOS Y ESTRUCTURA LEGAL	10
A.1. Antecedentes	10
A.2. Breve reseña histórica	10
A.3. Pilares y estructura legal del sistema	12
A.4. Principios importantes de su fundamento	14
A.5. Contingencias y Prestaciones cubiertas por el sistema	15
A.6. Financiamiento	16
B. INDICADORES DEL SISTEMA	18
B.1. Estructura del mercado	18
B.2. De estructura y procesos	22
B.3. De resultados	24
B.4. Consideraciones sobre los indicadores	29
C. PRINCIPALES LOGROS DEL SISTEMA	33
C.1. En el desarrollo de un sistema propio para riesgo del trabajo	33
C.2. En legitimidad política, social y económica	34
C.3. En impacto sobre los problemas atacados	34
C.4. En la compatibilidad con conceptos modernos de desempeño	35
D. DESAFÍOS Y CONTROVERSIAS	36
D.1. Viabilidad futura en lo político (legitimidad)	36
D.2. Viabilidad económica (sustentabilidad)	36
D.3. En la regeneración del sistema frente al cambio del entorno	38
E. MODELO DE EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD	40
E.1. Marco conceptual OMS 2000 para evaluar desempeño de sistemas de salud	40
E.2. Ensayo de aplicación del marco conceptual al sistema de mutuales	41
E.3. Propuestas de OIT	42
F. CONCLUSIONES	43
G. BIBLIOGRAFÍA	45
H. ANEXO	46

PRÓLOGO

En 1944, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT reconoció “la obligación solemne de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan (...) extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”. En 2001, la Conferencia renovó dicho compromiso y solicitó a la Oficina Internacional del Trabajo “recopilar y divulgar ejemplos de las mejores prácticas”.

De igual manera, los temas relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo han sido parte del mandato de la OIT desde su creación en 1919. A lo largo de los años, se han elaborado un número considerable de instrumentos que cubren los diferentes aspectos de la seguridad y salud en el trabajo. En 2006 la OIT adoptó un Convenio 187 sobre un marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, el cual centra la seguridad y salud en el trabajo en la consolidación del sistema nacional para garantizar unas políticas y unas prácticas adecuadas. Al contar con el apoyo tripartito, el nuevo Convenio también sitúa claramente a la OIT como el organismo de las Naciones Unidas con mandato para abordar este tema, ya que asocia a los auténticos actores del mundo del trabajo.

Además, la Recomendación 197 de la OIT sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, adoptada ese mismo año, bajo el capítulo referente a la cooperación e intercambio de información a escala internacional, establece que la OIT debería “facilitar el intercambio de información sobre las políticas nacionales ... sobre los sistemas y programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, incluidas las buenas prácticas y los enfoques innovadores y sobre la identificación de los peligros y riesgos nuevos y emergentes en el lugar de trabajo”.

El estudio que presentamos en esta publicación, titulado “*Sistema privado de administración de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales chileno, 1957-2007*”, tiene como objetivo dar respuesta tanto a la solicitud de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001, así como a la Recomendación 197 de la OIT, relativa a divulgar buenas prácticas y los enfoques innovadores, profundizando en el desempeño del sistema chileno de administración privada de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que, al cumplir cincuenta años de existencia, se presenta como una experiencia interesante de gestión privada de políticas sociales.

Durante una misión a Chile en julio de 2007, la Directora del Programa de la OIT para la Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, Dra. Sameera AlTuwaijiri, manifestó su gran interés por el buen funcionamiento del sistema de seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales chileno, especialmente a través de las Mutualidades de Empleadores. En esa ocasión, la Dra.

Al'Tuwaijiri destacó que el sistema chileno podría servir como modelo a los demás países latinoamericanos, no solo con respecto a la cobertura, sino también a la prevención, evidentemente respetando particularidades propias de cada nación.

La OIT ha confirmado reiteradamente que la seguridad social y la seguridad y salud en el trabajo son derechos humanos, y como tales, fundamentales para el bienestar de los trabajadores en particular y de toda la sociedad en general. Son además instrumentos esenciales para crear cohesión social, y de ese modo contribuyen a garantizar la paz y la integración social.

La seguridad social, administrada correctamente, puede aumentar la productividad al proporcionar asistencia médica, seguridad de ingresos y servicios sociales. En conjunción con una economía creciente y unas políticas de mercado laboral activas, la seguridad social puede ser un instrumento para el desarrollo socioeconómico sostenible. Facilita los cambios estructurales y tecnológicos que requieren una fuerza laboral adaptable y móvil. Ante la mundialización y las políticas de ajuste estructural, es necesario encontrar soluciones novedosas para dar respuesta a los retos de la seguridad social y la protección de la salud de los trabajadores.

Para la OIT no existe un modelo idóneo único de seguridad social. Crece y evoluciona con el tiempo. Existen regímenes de asistencia social, regímenes universales, regímenes de seguro social y sistemas públicos o privados. Cada sociedad debe elegir cuál es la mejor forma de garantizar la seguridad de ingresos y el acceso a la asistencia médica. Esta elección reflejará sus valores sociales y culturales, su historia, sus instituciones y su nivel de desarrollo económico. La función prioritaria del Estado es facilitar, promover y extender la cobertura de la seguridad social. Todos los sistemas deberían ajustarse a ciertos principios básicos. En especial, las prestaciones deberían ser seguras y no discriminatorias; los regímenes deberían administrarse de forma sana y transparente, con costos administrativos tan bajos como sea factible y una fuerte participación de los interlocutores sociales. La confianza pública en los sistemas de seguridad social es un factor clave para su éxito. Para que exista esa confianza, es esencial una buena gobernanza.

En la mayoría de las jurisdicciones del mundo existen legislaciones que abordan la seguridad y salud en el trabajo con diversos grados de éxito. El Convenio 187 de la OIT sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo propone un nuevo enfoque, que invita a los gobiernos, empleadores y los trabajadores a crear una cultura de seguridad y salud que contribuya a los esfuerzos desplegados en el plano nacional para prevenir, controlar y reducir la incidencia de los accidentes laborales, las lesiones en el trabajo y las enfermedades profesionales.

La sociedad en su conjunto tiene que formar parte de la solución general, que consiste en crear una mentalidad y una cultura preventiva que sirva de base a los esfuerzos para reducir la incidencia de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

En este contexto, el Convenio 187 de la OIT:

- Reconoce el papel que tienen que desempeñar tanto los gobiernos como los empleadores y los trabajadores para garantizar un entorno laboral seguro y saludable.
- Hace hincapié en la importancia del desarrollo de una cultura preventiva de seguridad y salud en el trabajo a escala nacional que incluya la información, las consultas y la capacitación.

- Destaca que, la creación de una cultura de la seguridad y salud en el trabajo en la que se conceda la máxima prioridad al principio de prevención, tendrá repercusiones positivas sobre el lugar de trabajo, lo cual permitirá reducir los riesgos y sus consecuencias.
- Reconoce que la colaboración en el plano nacional puede contribuir a la elaboración de esa cultura preventiva a nivel nacional, en la que habrán de inspirarse las políticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo.
- Reconoce el papel fundamental del gobierno para que, a través de un enfoque reglamentario, de vigilancia del cumplimiento, de participación bipartita y diálogo social y de programas de formación, se construya tripartitamente una cultura en materia de seguridad y salud en el trabajo.

El estudio *"Sistema privado de administración de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales chileno, 1957-2007"* fue elaborado por el consultor de la OIT, Dr. Jorge Jiménez de la Jara, a quien agradecemos su entusiasmo y minuciosa dedicación en el desempeño de su investigación.

Guillermo Miranda
Director
Oficina Subregional de la OIT
para el Cono Sur de América Latina

Santiago, febrero 2008

SISTEMA PRIVADO DE ADMINISTRACIÓN
DE SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES CHILENO

1957-2007

PREFACIO

El presente documento fue elaborado en su versión inicial al comenzar la década del año 2000, su objetivo era servir como base para un seminario de evaluación patrocinado por la Organización Internacional del Trabajo y la Asociación de Mutuales de Seguridad de Chile, preocupados ambas instituciones por conocer a fondo el desempeño de este sistema de protección sanitaria.

Hoy, a inicios del año 2008, entregamos una versión revisada del documento original, con ocasión de los 50 años de la institucionalidad y también como un aporte académico que sirva a destacar los logros y apuntar las aristas corregibles de este modelo de atención de salud.

Durante los años iniciales del siglo XXI, el sistema de salud de Chile ha iniciado un proceso de sustancial reforma, en el cual los derechos y las garantías en el acceso han sido el tema central. Después de un agitado debate sobre temas tan controversiales como la medición de la carga de enfermedad, las metodologías de priorización de problemas, las estimaciones sobre costo-efectividad de las intervenciones sanitarias, las preferencias sociales y múltiples otros aspectos de la estructura y la funcionalidad de un sistema de salud moderno, se llegó a un conjunto de leyes actualmente en plena y progresiva aplicación.

Uno de los hechos notables del debate ocurrido entre el año 2000 y el 2005, fue que sobre el subsistema de Mutualidades del Trabajo los juicios que se emitieron fueron escasos ya que había conciencia en los legisladores y en las autoridades, de que este componente del sistema funcionaba satisfactoriamente. El criterio positivo de no tocar los elementos que funcionan bien, prevalecieron sobre cualquier tentación intervencionista.

Al cumplir 50 años de existencia, esta original fórmula de atención de salud ocupacional sigue siendo un ejemplo reconocido internacionalmente y establecido en Chile y otros países de la Región de América Latina. Las características que le dan originalidad, están, a juicio del infrascrito, en la conjunción integradora de los principios solidarios de la seguridad social, con los de la buena gestión privada de las instituciones y los sanos conceptos de la integralidad de la salud y la continuidad de la atención de salud.

Muchos de los fracasos e insatisfacciones por la atención de salud se generan precisamente en la falta de respeto por la persona humana y su integridad, además, ciertamente en las consecuencias de la pobreza y la desigualdad persistente en muchas sociedades.

La OIT ha hecho mucho énfasis últimamente en el “Trabajo Decente”, como una manera de enfocar esta actividad primordial desde la perspectiva de la dignidad de las personas. Este modelo de atención y protección social de los trabajadores, cumple precisamente con los principios que bien inspiran a la OIT para hablar de decencia y respeto.

PRESENTACIÓN (Edición del 2001)

No es fácil construir un mecanismo que enfrente con éxito problemas de salud de un sector específico como es el de los riesgos derivados del trabajo. La experiencia internacional indica que en la mayoría de los países en proceso de desarrollo, el trabajo es fuente de pérdida de vidas y de discapacidad. La OIT señala que en algunas regiones, como Asia, hasta el 50% de las muertes tiene relación con el trabajo. La mecanización incontrolada de la agricultura y el trabajo desprotegido en la minería y la construcción son las fuentes más importantes de daño y discapacidad. A su vez, en pocos países existen sistemas de protección frente a riesgos derivados del trabajo que estén establecidos en la sociedad y dentro del sistema de salud.

El presente documento constituye un esfuerzo por describir y analizar el Sistema de Administración Privada de Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Chile, establecido mediante Ley de la República en 1968 (Ley N° 16.744) y que al cumplir cuarenta años de vida, sumando los años anteriores a la ley, presenta una serie de características que le han hecho ser una interesante experiencia de gestión privada de políticas sociales.

En la práctica, el sistema de mutuales chileno es un modelo competitivo, con una organización de integración en una sola estructura de las funciones clásicas de protección de salud, es decir prevención, curación, y rehabilitación. Este modelo organizativo ha ido enfrentando el cambio de las situaciones de trabajo prevalentes en la sociedad chilena a través de los últimos cuarenta años, desde uno principalmente basado en la agricultura y la construcción, a uno basado cada vez mas en los servicios.

Su estructura, pensada en los años sesenta con los criterios dominantes de la época, recoge los modelos de integración vertical de financiamiento y prestación, mientras que los objetivos las declararon entidades sin fines de lucro y les dieron una serie de normas de carácter administrativo muy estrictas tendientes a minimizar el costo de dicha función.

Es interesante concluir que el paso del tiempo les ha dado en primer lugar la solidez de la sobrevivencia en un espacio muy cambiante como es el de los sistemas de salud, en crisis y reforma permanente desde hace más de dos décadas en el mundo. Esta longevidad, producto de su diseño y de su desempeño, no les hace inmunes a las críticas y a las necesidades de reforma o mejoramiento. Es evidente que las experiencias exitosas tienen también aspectos que estudiar con profundidad y corregir. En este estudio concluimos que es indispensable diseñar mejores indicadores que expresen por una parte mejor el daño a la salud de los trabajadores, y que a su vez permitan poder comparar el impacto que las políticas logran en su prevención y curación. Algunos aspectos de estructura y procesos merecen ser también analizados a la luz de propuestas recientes de marcos conceptuales de sistemas de salud y de cambios organizacionales que proponen modelos de separación entre la función de aseguración y de prestación. La oportunidad de estudio y reflexión sobre las formas óptimas de protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados del trabajo es muy amplia y existe por lo tanto una evidente necesidad de abordarlo.

A.

ANTECEDENTES, RESEÑA HISTÓRICA, PRINCIPIOS Y ESTRUCTURA LEGAL

A.1. ANTECEDENTES

La seguridad social en todo el mundo ha sido influida por dos grandes modelos históricos. El primero fue el formulado por el canciller Alemán Otto Von Bismark a fines del siglo XIX que sentenciaba: "Conceder al trabajador derecho a trabajar, mientras esté sano; proporcionarle trabajo; darle garantía de que será atendido cuando esté enfermo y asegurarle asistencia cuando sea anciano", según apunta Novoa. Para materializar estos propósitos se proponía un sistema de seguro obligatorio que protegiera al trabajador en caso de infortunio social.

El segundo modelo, inspirador de muchos sistemas de seguridad social en el mundo, es el inglés. A mediados del siglo XX, el gobierno británico, preocupado de perfeccionar su sistema de seguridad social, encargó a Beveridge un estudio sobre el tema. Entre las responsabilidades asignadas a Beveridge estaba la definición de lo que hoy llamaríamos la Misión de la seguridad social: eliminar "la miseria, la enfermedad, la ociosidad, la ignorancia y la necesidad". "La seguridad social tiene por objeto abolir el estado de necesidad, asegurando a cada ciudadano en todo tiempo un ingreso suficiente para hacer frente a sus responsabilidades" (Novoa). Posteriormente se determinó que la magnitud de los aportes debía ser proporcional a los beneficios obtenidos tras un intento frustrado de establecer montos y beneficios iguales para todos.

Se crea en Inglaterra un Servicio Nacional de Salud que garantizaba a sus beneficiarios el acceso gratuito a prestaciones médicas de índole preventivo, curativo y de rehabilitación.

La seguridad social, particularmente en materia de protección de la salud de los trabajadores, data de comienzos del siglo XIX con los primeros intentos de proteger la salud de los trabajadores expuestos a faenas de alto riesgo como fue el caso de los mineros del carbón.

A.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

En el desarrollo de la seguridad laboral en nuestro país se reconocen, a juicio del autor, las siguientes tres etapas:

1ª ETAPA: Corresponde al período previo a la promulgación de la Ley 16.744.

La seguridad social, referida a los accidentes del trabajo, data del año 1916 en Chile. Dicho año, la Ley 3.170, hizo efectiva la responsabilidad de los patrones por los accidentes ocurridos a sus trabajadores.

En 1924 se crea el Seguro Social Obligatorio para enfermedad, invalidez y vejez. Con su creación, Chile fue el primer país de Latinoamérica en contar con un seguro social universal

En 1925 se inician las tareas de prevención de riesgos a través de la sección accidentes de la Caja Nacional de Ahorros (DL 379). Posteriormente, en 1942, nace la Caja de Accidentes del Trabajo, que reemplaza y amplía la sección accidentes.

Parte importante de estas funciones de prevención y curación de accidentes se incluye en la legislación que funde todas las instituciones de atención médica en el Servicio Nacional de Salud, en 1952 (Ley 18.383).

Las mutuales de seguridad se originan a fines de la década del 50 como Mutuales de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, por iniciativa de algunos sectores del empresariado chileno, para entregar una solución real y efectiva al problema de los daños a la salud de los trabajadores ocasionados por el trabajo. El objetivo más relevante para la creación de las Mutualidades fue prevenir los riesgos laborales para así bajar la alta tasa de lesiones existentes. Los empresarios se sintieron altamente impactados por las altas tasas de accidentabilidad en sus industrias con las consecuentes pérdidas en vidas, funciones y daños económicos. De hecho las compañías de seguro contratadas para cubrir los casos de infortunio laboral se limitaron en su época a reembolsar gastos, previo pago de primas que negociaban con los empleadores y que llegaban a niveles del 20% de las remuneraciones, con una tasa de accidentabilidad de 35%. El año 2006 la cotización promedio anual del sistema mutual¹ fue 1,74 % y la tasa de accidentabilidad 6,45%².

Las mutuales del trabajo incorporaron la prevención con carácter distintivo comparadas con otros organismos del sistema de salud previsional, lo que sigue vigente hasta la fecha.

LA 2ª ETAPA corresponde al período que se inicia con la promulgación de la Ley 16.744 en el año 1968 y se extiende hasta fines de la década de los 80. La citada Ley legisla acerca del Seguro Social Obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y en ella convergen los intereses de los diversos actores, en materia de seguridad del trabajo, insatisfechos del impacto logrado por los sistemas vigentes hasta los años 60. La Ley 16.744 reconoce en las mutuales de seguridad, personas jurídicas de derecho privado sin fines de lucro, instituciones eficientes que deben incluirse entre los Organismos Administradores del Seguro.

Es así como se institucionaliza la labor desarrollada por las dos mutuales existentes a esa fecha: La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), ambas creadas por iniciativas empresariales de SOFOFA, ASIMET y ASIVA, durante 1957. Se agrega en 1963 la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (M.S.C.CH.C) a iniciativa de los empresarios agrupados en dicha cámara.

Las otras instituciones que participan en la administración del seguro son los siguientes organismos estatales: el Instituto de Normalización Previsional (INP) y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS.); el primero, creado por el Decreto Ley N° 3.502, del 18 de noviembre de 1980, es responsable de la recaudación de las cotizaciones de los trabajadores de las empresas afiliadas al INP y del pago de indemnizaciones y pensiones de invalidez debidas al infortunio laboral. El SNSS, heredero legal del antiguo Servicio Nacional de Salud, es el responsable del pago de los subsidios por incapacidad laboral temporal por accidente del trabajo o enfermedad laboral y del otorgamiento de prestaciones curativas y de rehabilitación por la misma causa y de la ejecución de algunas actividades preventivas en los lugares de trabajo.

¹ Estadística Asociación Gremial de Mutuales AG.

² Se excluyen accidentes de trayecto.

Durante este período se asiste a un incremento explosivo y sostenido de la cobertura de las Mutualidades de Empleadores de 174.000 trabajadores adheridos el año 1968 a 1.800.000 trabajadores en 1988, lo que representa un crecimiento de más de 10 veces en 20 años (tasa promedio de crecimiento anual de 12,4%).

Al mismo tiempo el número de empresas afiliadas se incrementa de 2.000 empresas el año 1968 a 50.000 empresas el año 1990 creciendo 25 veces en 22 años (tasa promedio anual de crecimiento de 15,8%).

Junto a lo anterior la calidad del sistema y algunos de sus indicadores mejoran y como ejemplo el número de días de tratamiento promedio cae de 30 días el año 1969 a 13 días el año 1991.

El florecimiento del sistema permitió que las mutuales coexistieran y se desarrollaran sin gran presión competitiva planificando el futuro sobre la base de su propia realidad y necesidades en un entorno altamente favorable.

LA 3ª ETAPA inicia a partir de la década de los 90 hasta el año 2006. En esta etapa el sistema mutual privado se encuentra consolidado, en una etapa madura de su desarrollo con un crecimiento a tasas menores que en el período anterior.

Entre el año 1990 y 2006 el número de trabajadores cubiertos asciende de 1.835.535 a 3.253.000 trabajadores (tasa promedio de crecimiento anual de 4,8%) y el de empresas asociadas de 64.809 a 78.282 entre los años 1993 y 2006 (tasa promedio de crecimiento anual de 1,6%). En el período 1991-2005 los días de tratamiento promedio del sistema descienden de 13 días el año 1991 a 9,5 el año 2005.

La necesidad de las empresas de rebajar sus costos ha originado presiones sobre el Sistema, lo que se traduce en mayores exigencias que las empresas de mayor tamaño y mayor capacidad negociadora hacen a las Mutualidades con demandas de servicios no indispensables. La creciente exigencia de servicios no indispensables (no competitivos), puede amenazar la supervivencia del sistema, al obligar a una rebaja de costos excesiva.

Para equilibrar este aumento de los costos y maximizar el uso de la infraestructura disponible en algunos casos, se ha decidido diversificar la cartera de prestaciones médicas incluyendo en ella prestaciones extra-ley autorizadas por el D.L. N° 1.819 llamadas así porque están dirigidas a público general y/o se trata de prestaciones originadas a raíz de una enfermedad común.

Por otra parte, se ha privilegiado la externalización de algunos servicios de hotelería y apoyo de los hospitales persiguiendo aumentar la eficiencia en el manejo de los recursos de la Ley 16.744. En este mismo sentido las mutuales se han aliado en proyectos de hospitales conjuntos como una manera de racionalizar las inversiones en infraestructura de acuerdo a la demanda real.

A.3. PILARES Y ESTRUCTURA LEGAL DEL SISTEMA

En nuestro país el sistema de la seguridad laboral queda consagrado con la promulgación de la Ley 16.744 publicada en el Diario Oficial el 01 de febrero de 1968 y que trata del seguro obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Los objetivos de la citada ley son:

- la prevención de accidentes del trabajo;
- la prevención de enfermedades profesionales;
- prestaciones médicas para curar y rehabilitar los accidentados; y
- prestaciones económicas para indemnizar, subsidiar y pensionar.

La Ley 16.744 fija los requisitos para la constitución de las Mutualidades de Empleadores como:

- Tener un mínimo de 20.000 trabajadores afiliados.
- Disponer de servicios médicos propios y adecuados, incluyendo especialización y rehabilitación.
- Realizar actividades permanentes de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- No ser administradas directa o indirectamente por instituciones con fines de lucro.
- Sus empresas miembros son solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por las mutualidades.
- No destinar más de un 10% de sus ingresos a gastos de administración.

Los trabajadores que quedan cubiertos por los beneficios del seguro son:

- Trabajadores por cuenta ajena.
- Todos los funcionarios públicos.
- Trabajadores de la Educación Superior del Estado.
- Trabajadores de las Municipalidades, funcionarios del Poder Judicial, Congreso Nacional y Contraloría General de la República.
- Algunos estudiantes y trabajadores independientes y sus familiares bajo ciertas condiciones normadas en la Ley 16.744.

Autoseguro

La citada Ley también permita que aquellas empresas que cumplan ciertas condiciones, tendrán derecho a que se les confiera la calidad de administradoras delegadas del seguro, respecto de sus propios trabajadores, en cuyo caso deben tomar a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que establece la ley, con excepción de las pensiones. Las condiciones exigidas a dichas empresas son las siguientes:

- Ocupar habitualmente dos mil o más trabajadores.
- Tener un capital y reservas superior a siete mil sueldos vitales anuales y cumplir, además, los siguientes requisitos:
 - a) Poseer servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación;
 - b) Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales;
 - c) Constituir garantías suficientes del fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, ante los organismos previsionales, que hubieren delegado la administración, y
 - d) Contar con el o los Comités Paritarios de Seguridad.

Los organismos administradores deben exigir a las empresas que se acogen a este sistema, un determinado aporte cuya cuantía la fijarán de acuerdo con las normas que establece el reglamento. El

monto de tales aportes será distribuido entre el Servicio Nacional de Salud y los demás organismos administradores delegantes.

Los servicios de las entidades con administración delegada son supervigilados por el Sistema Nacional de Servicios de Salud y por la Superintendencia de Seguridad Social, cada cual dentro de sus respectivas competencias.

La Superintendencia de Seguridad Social es el organismo estatal, al que le cabe las siguientes responsabilidades:

- Orientar, impartir instrucciones, fiscalizar y controlar a las entidades de seguridad social, ya sean instituciones públicas o privadas.
- Ejecutar y evaluar estudios sobre materias de seguridad social
- Interpretar la legislación de seguridad social, como una función permanente y básica.
- Desarrollar las funciones de oficina técnico-jurídica. Esto es, la preparación, revisión, discusión y aplicación de los convenios internacionales de seguridad social.
- Controlar, asignar, supervisar y ejercer la administración financiera de los recursos fiscales que constituyen los denominados Fondos Nacionales.

A.4. PRINCIPIOS IMPORTANTES DE SU FUNDAMENTO

A continuación se enumeran algunas de las ideas fuerza que sustentan el sistema mutual privado:

- De acuerdo a sus estatutos, las mutuales de seguridad presentan dos características principales: la solidaridad, y el no fin de lucro. El principio de solidaridad reside en la obligación básica que tienen las mutuales de dar a todas los beneficiarios del sistema los servicios preventivos, curativos y económicos que necesiten, sin considerar rentas, aportes o tamaño de la empresa. Cabe destacar que la tasa de cotización de las mutuales de seguridad cubre el 100% de las prestaciones. La solidaridad, entendida sin restricciones, junto a la obligación de hacer prevención, conforma el pilar fundamental y diferenciador del sistema actual. Por ello, las mutualidades no puedan tener fines de lucro, ya que si esto ocurriera, el mercado se segregaría y, finalmente, la solidaridad se daría sólo entre pares, perdiendo absolutamente su sentido. El legislador de 1968 fue visionario al incorporar en la Ley estos principios, habida cuenta del beneficio evidente que estos representan para las PYME.
- Debe entregar cobertura sanitaria integral de los infortunios en salud a través de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y los accidentes laborales y rehabilitación. Esta última, de ser necesaria, se extiende a la reeducación profesional concepto que involucra la capacitación del trabajador para un trabajo distinto de aquel que desempeñaba al momento del accidente.
- Las prestaciones médicas se otorgan sin costo para el trabajador, desde el primer día del infortunio laboral hasta su completa rehabilitación, extendiéndose ésta si subsisten las secuelas causadas por la enfermedad profesional o accidente, sin limitaciones en los tratamientos médicos, exámenes, medicamentos u otras prestaciones de salud que permitan una mejor calidad de vida.

- Debe entregar cobertura pecuniaria de los infortunios en salud a través de prestaciones económicas otorgadas al accidentado o enfermo en caso de incapacidad temporal o permanente y a sus causahabientes en el evento de fallecer el trabajador. Estas prestaciones incluyen subsidios, indemnizaciones y distintas pensiones según niveles de invalidez
- Principio de responsabilidad solidaria, de las empresas respecto a las mutualidades, se plasma en los siguientes aspectos particulares;
 - las empresas afiliadas a un determinado organismo administrador del seguro, en caso de caer éste en insolvencia, concurren solidariamente en el cumplimiento de las obligaciones de largo plazo que el organismo administrador ha contraído con los trabajadores; en el caso de los adherentes del sector público, en cambio, la Ley 19.345 declara inaplicable la responsabilidad solidaria.
 - las empresas afiliadas tienen una tasa de cotización mínima que les permite a sus trabajadores acceder a prestaciones de salud y pecuniarias equitativas.
- El sistema otorga cobertura al trabajador una vez celebrado el contrato de trabajo. En nuestra legislación el contrato de trabajo es un contrato consensual y por tanto se perfecciona por acuerdo de las partes, existiendo a partir de dicho acuerdo.
- La adhesión a una mutualidad no es selectiva, ni en cuanto al tamaño de la empresa, ni del nivel de remuneraciones, ni en cuanto al riesgo que involucran los trabajos que en ella se desarrollan.
- Principio de automaticidad del seguro, por el cual el trabajador está cubierto, independiente que el empleador declare, pague o no sus cotizaciones mensuales.
- Principio de libertad de afiliación y competencia mediante el cual el beneficiario, sea persona o empresa, tiene la posibilidad de elegir el régimen privado o estatal que más le satisfaga.
- Los Organismos Administradores del seguro deben contar con servicios médicos propios y adecuados, incluyendo especialización y rehabilitación.
- Los Organismos Administradores del seguro deben circunscribir la administración del seguro al ámbito de las actividades no lucrativas y la administración de estos organismos no estatales se asimila a la de la empresa privada.
- El Directorio de las Mutualidades de Seguridad está integrado, paritariamente, por representantes de los empleadores y de los trabajadores.

A.5. CONTINGENCIAS Y PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL SISTEMA

La Ley 16.744 regula el ámbito de acción del Seguro Social Obligatorio contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. La citada Ley define Accidente del Trabajo como toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte. Se habla de accidente a causa del trabajo cuando existe una relación directa entre el accidente y la labor que desempeña el trabajador. En cambio el accidente con ocasión del trabajo es aquel en que la relación es más bien indirecta respecto a la labor que desempeña el trabajador.

Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo (no interrumpido ni desviado), de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo.

Se excluyen de la categoría de accidentes del trabajo los debidos a fuerza mayor extraña, que no tengan relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima.

Por otra parte, las Enfermedades Profesionales son aquellas causadas por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte. A diferencia del accidente del trabajo, que también admite una causalidad indirecta, en este caso, para que se tipifique una enfermedad profesional, debe ser causada "directamente" por el trabajo. El reglamento de la citada ley enumera las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Como fuera dicho, los Organismos Administradores del Seguro deben entregar:

- Prestaciones médicas orientadas a la prevención de riesgos de accidentes del trabajo (Seguridad industrial) y enfermedades profesionales (Higiene Industrial y Medicina Preventiva del Trabajo), a la reparación del daño causado a la salud por los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales y a la rehabilitación del trabajador afectado por un infortunio laboral y su reinserción en el ambiente laboral de origen u otro distinto. Estas prestaciones se otorgan gratuitamente desde el día del infortunio hasta la curación completa o mientras subsistan las secuelas causadas por la enfermedad o accidente sin que exista tope económico.
- Prestaciones pecuniarias dirigidas a cubrir las necesidades económicas que enfrenta el trabajador que ha sido víctima de un infortunio laboral o sus derechohabientes si el infortunio le produjo la muerte. Las diferentes prestaciones pecuniarias se originan a partir de la tipificación y grado de la incapacidad.

La incapacidad temporal da origen al subsidio, monto económico que reemplaza la remuneración mientras el trabajador se encuentre incapacitado y se calcula como el promedio de las tres últimas remuneraciones imponibles anteriores al evento (tope de remuneración imponible mensual = UF 60). El período máximo en que el trabajador puede gozar de este beneficio es de 52 semanas prorrogables por otras 52 semanas. Transcurrido este plazo si el trabajador no puede reintegrarse al trabajo la ley presume la condición de invalidez y el trabajador tiene derecho a una indemnización o pensión según corresponda.

La incapacidad permanente o invalidez de un trabajador le da derecho a una indemnización o a una pensión según el grado de su invalidez. Cuando el grado de invalidez va desde un 15% a un 37,5% tendrá derecho a una indemnización la que se pagará de una sola vez. Si la incapacidad permanente es igual o superior al 40% el trabajador tendrá derecho a una pensión la que se calcula sobre la base del promedio de las remuneraciones imponibles de las percibidas en los 6 meses anteriores al accidente o al diagnóstico de la enfermedad. Si la invalidez es parcial la pensión será el 35% del promedio y si es total será del 70%

A.6. FINANCIAMIENTO

El sistema no tiene costo para los trabajadores. Se financia, básicamente, con las cotizaciones de los empleadores afiliados al sistema quienes aportan con una cotización básica fija equivalente a un porcentaje de las remuneraciones imponibles de sus trabajadores y una cotización adicional diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa. Por regla general, se paga una cotización básica, que corresponde al 0,90% de las remuneraciones imponibles del trabajador. El 1 de septiembre de 1998, el artículo sexto transitorio de la Ley N° 19.578 (seguro de cesantía), estableció un aporte extraordi-

nario de un 0,05% en favor del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Este aporte regiría hasta el 31 de agosto de 2008.

Existe una cotización adicional para aquellas actividades que signifiquen mayor riesgo de accidente y que no puede exceder del 3,4% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores. Aquellas empresas o entidades que no ofrezcan condiciones de seguridad e higiene, deberán pagar la cotización adicional con un recargo del 100%, además de las sanciones que correspondan.

Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo al comportamiento exhibido por las empresas en materia de accidentes y como una manera de incentivarlas a realizar prevención de riesgos del trabajo, éstas tienen derecho en forma automática a exenciones o rebajas de la cotización adicional en caso de tener programas de prevención de riesgos laborales que hayan producido impacto en la ocurrencia de accidentes.

A cambio de esta cotización al trabajador se le garantiza el total de prestaciones médicas que requiera su accidente del trabajo o enfermedad laboral, sin tope económico, y las prestaciones pecuniarias descritas en el punto precedente.

El DS 173 regulaba la forma en que actualmente operaba el sistema de alzas y rebajas de cotizaciones. La tasa global de cotización (básica más adicional) quedaba determinada para cada empresa al momento de su afiliación según tablas diseñadas para la cotización adicional, de acuerdo al riesgo supuesto para cada actividad. Dicha tasa se revisaba periódicamente y se recalcula según se halla modificado el riesgo de la empresa. Este riesgo se medía combinando la tasa de riesgo³ y el porcentaje de trabajadores con incapacidad laboral permanente.

A partir del año 2002 el DS 67 reemplazó al DS 173 vigente en materia de reglamentar la aplicación de los artículos 15 y 16 de la Ley N° 16.744 sobre exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada. De esta manera el sistema de alzas y rebajas de cotización pasa a operar en forma automática para todas las empresas, con evaluaciones que se realizan el segundo semestre cada dos años. La tabla de riesgo que el nuevo reglamento establece es más exigente e incorpora los diferentes grados de incapacidad laboral permanente y las muertes.

³ Número de accidentes por cada 100 trabajadores.

B.

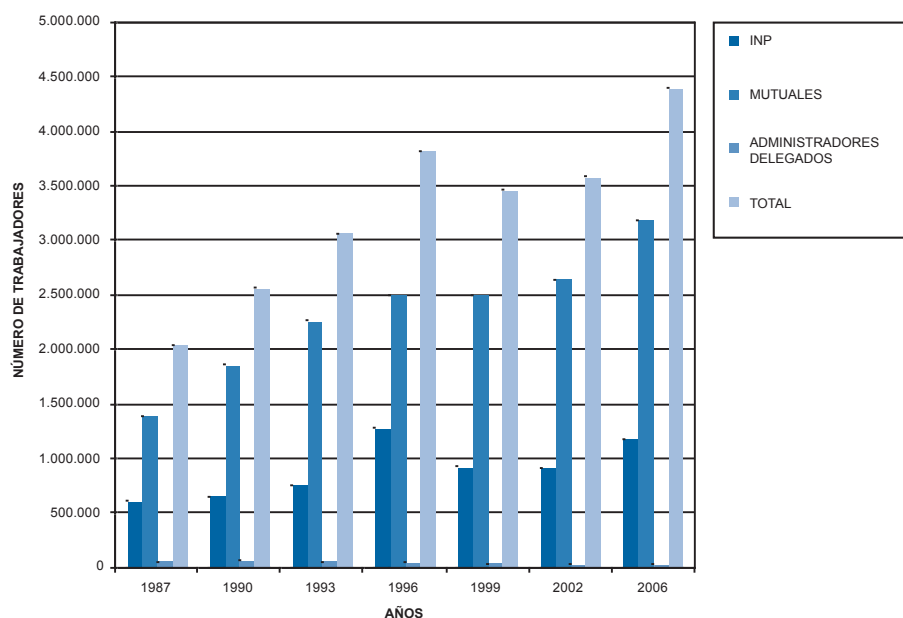
INDICADORES DEL SISTEMA

B.1. ESTRUCTURA DEL MERCADO

Según estimaciones del INE, el trimestre agosto-octubre del año 2006 la fuerza de trabajo a nivel nacional estuvo constituida por 6.772.597 personas. De éstas, 6.274.556 estaban ocupadas y 498.041 desocupadas. De la población ocupada 4.391.855 contaron con protección de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales lo que representa 70% de cobertura.

Las mutuales de seguridad, el año 2006, tuvieron la mayor participación de mercado analizadas como sistema (70%), el sector público reunió al 29% de la población cubierta por la Ley y la alternativa de administración delegada, también conocida como autoseguro, representó la opción para el 1% de la fuerza laboral cubierta. Los guarismos para el año 1985 fueron 39% para las mutuales, 2% administración delegada y 59% las 27 cajas estatales de la época. En la figura 1 se muestra la evolución de la cobertura de la Ley según subsistema de administración para años seleccionados.

FIGURA 1
NÚMERO DE TRABAJADORES PROTEGIDOS POR LA LEY 16.744 SEGÚN SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN,
AÑOS SELECCIONADOS

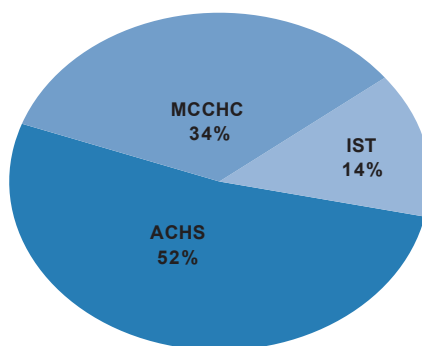


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 1.

Se observa que la opción de administración delegada es la única que muestra una disminución sostenida de su población cubierta en el período señalado. El sistema de mutualidades de empleadores y el sector público muestran un crecimiento de sus trabajadores cotizantes. Esta tendencia se interrumpe el año 1999 con un descenso en la cobertura para retomar el crecimiento posteriormente.

Al examinar la participación al interior del Sistema de Mutualidades de Empleadores el año 2006, se observa el predominio de la Asociación Chilena de Seguridad con un 52% y de la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción con un 34%. El tercer lugar lo ocupó el Instituto de Seguridad del Trabajo con un 14% (figura 2).

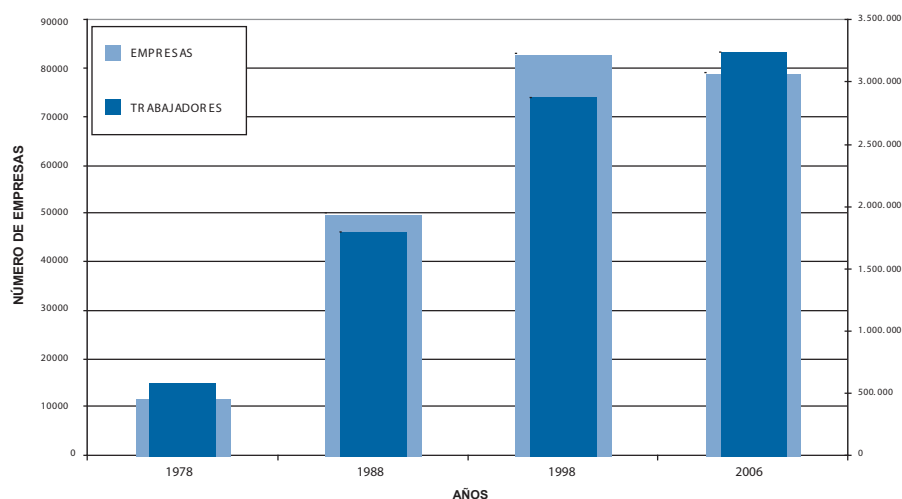
FIGURA 2
PARTICIPACION DE MERCADO DE LAS MUTUALES DE SEGURIDAD, 2006
N = 3.247.113 TRABAJADORES



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

La cobertura del sistema mutual alcanzó el año 2006 a 3.247.113 trabajadores correspondientes a 79.080 empresas afiliadas en comparación a los 592.945 trabajadores y 11.834 empresas cubiertas el año 1978 según se aprecia en la figura 3.

FIGURA 3
NÚMERO DE EMPRESAS Y TRABAJADORES CUBIERTOS POR EL SISTEMA MUTUAL,
1978; 1988; 1998 Y 2006

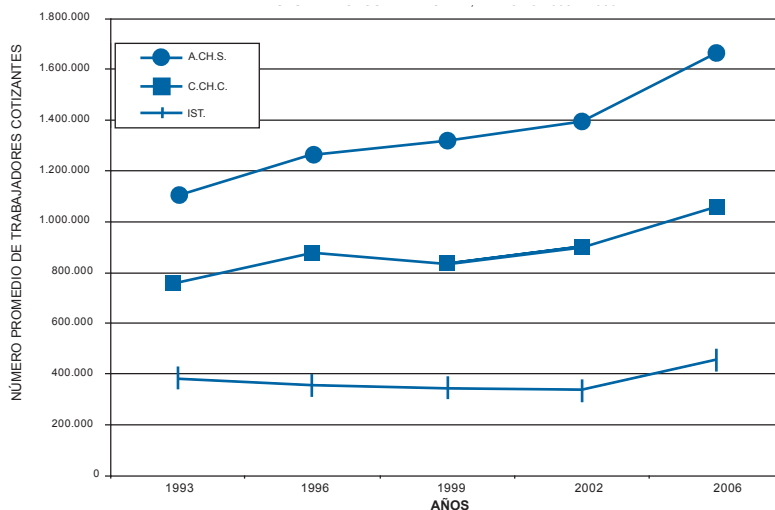


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 2.

La tendencia observada en el crecimiento de la población cubierta por el sistema mutual se verifica también al examinar cada una de las dos mutuales de mayor presencia en el mercado mostrando

una desaceleración del crecimiento alrededor del año 1999. El IST en cambio se observa un descenso sostenido de la población cubierta que se revierte a partir del año 2002 (figura 4).

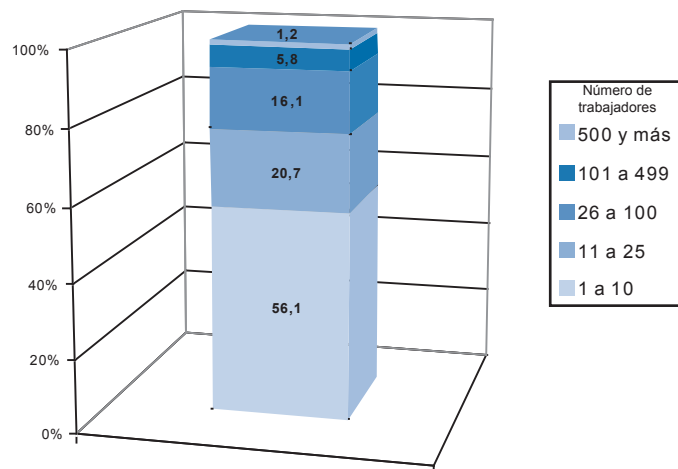
FIGURA 4
NÚMERO PROMEDIO MENSUAL DE TRABAJADORES PROTEGIDOS POR LA LEY 16.744
SEGÚN MUTUAL DE SEGURIDAD, 1993-2006



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 3.

En relación al tamaño de las empresas afiliadas al sistema mutual en la figura 7 se observa que el año 2006, prácticamente 93% de éstas tienen una fuerza laboral representada por 100 trabajadores o menos, con un 76,8% de empresas que cuentan con menos de 26 trabajadores.

FIGURA 5
DISTRIBUCIÓN DE EMPRESAS AFILIADAS AL SISTEMA MUTUAL SEGÚN NÚMERO PROMEDIO
DE TRABAJADORES QUE LA COMPONEN, 2006
N = 79.080 EMPRESAS

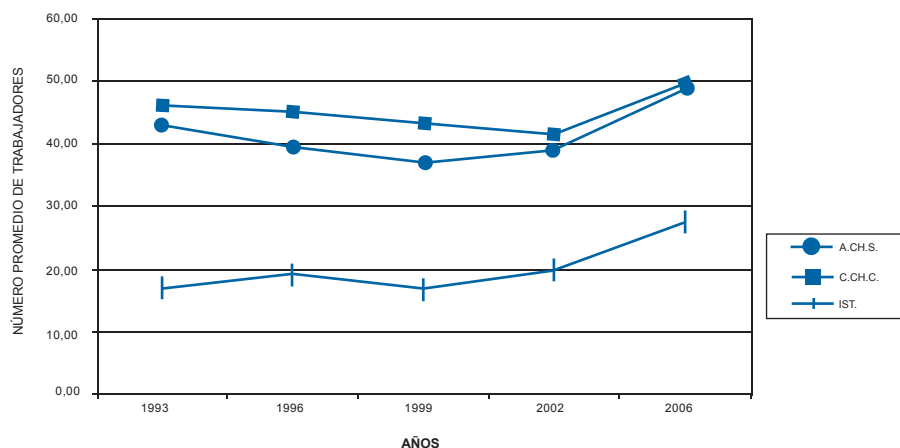


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

El promedio de trabajadores por empresa es 42 trabajadores, cifra que ha ido en aumento en los últimos 14 años (año 1992 = 35,04 trabajadores). Sin embargo, dicho promedio esconde realidades diversas al interior del sistema mutual (figura 6).

Las cifras para la ACHS y la CCHC se mueven en el rango de 37 a 50 trabajadores promedio por empresa. En cambio el IST lo hace en el rango de 17 a 27 trabajadores promedio por empresa.

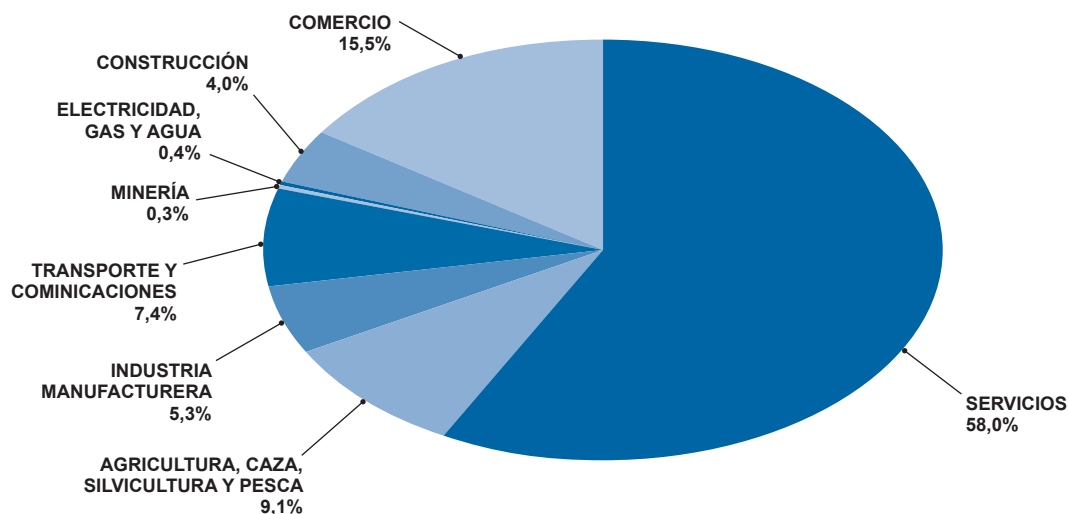
FIGURA 6
NÚMERO PROMEDIO DE TRABAJADORES POR EMPRESA COTIZANTE DE LA LEY 16.744 SEGÚN MUTUAL CHILE, 1993-2006



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 4.

La composición de las empresas afiliadas al sistema mutual según tipo de actividad se muestra en la figura 7. Destaca la preeminencia relativa de empresas de los sectores de servicios, comercio y agricultura y ramas afines que representan casi el 83% de las empresas cubiertas.

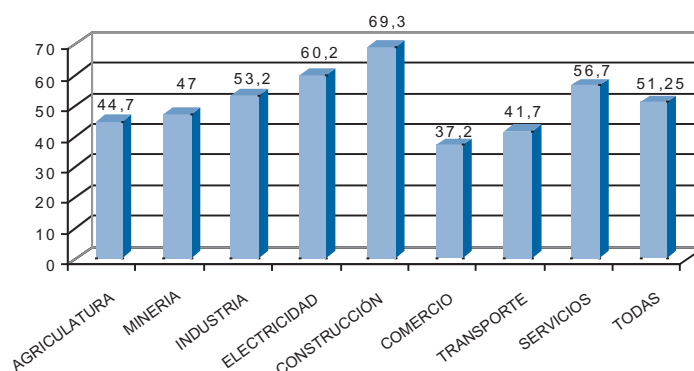
FIGURA 7
EMPRESAS CUBIERTAS POR EL SISTEMA MUTUAL CHILENO SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA, 2006



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Reducida es la participación relativa de la minería, electricidad gas y agua y construcción que, en conjunto, representaron cerca del 10% de las empresas afiliadas al sistema en el año 1999 y que se redujo al 4,7% en el 2006. Es posible que esta composición responda a un fenómeno estructural y represente la composición relativa de las empresas según actividad económica a nivel nacional. Sin embargo más importante que la composición empresarial es el análisis de la fuerza laboral cubierta por el seguro, especialmente si se la compara con la población ocupada a nivel nacional ambas estratificadas según actividad económica. Esta comparación se muestra en la figura 8.

FIGURA 8
RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE TRABAJADORES CUBIERTOS POR SISTEMA MUTUAL
Y POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA, 2006



Destaca la figura 8 la menor penetración del sistema mutual en la población en trabajo proveniente de las actividades de agricultura, comercio y transporte comparada con la elevada penetración en el rubro construcción. Esto respaldaría la tesis que el mayor número de trabajadores desprotegidos se encuentra entre los campesinos y corresponde en su mayoría a trabajadores temporeros y pequeños propietarios de explotaciones familiares en régimen de economía de subsistencia y entre los trabajadores independientes tradicionalmente concentrados en el sector comercio. La penetración global del sistema en el mundo laboral es, en promedio, 50%.

B.2. DE ESTRUCTURA Y PROCESOS

Las prestaciones médicas que otorga el sistema mutual son proporcionadas por una variada gama de centros de atención a lo largo del país. Este sistema está concebido como una RED de atención que incorpora desde una flota motorizada de técnicos paramédicos hasta complejos hospitales especializados en trauma. El resumen de los centros se muestra en la tabla 1.

TABLA 1
CENTROS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA MUTUAL, 2005

RECURSO	NÚMERO
HOSPITALES	22
CLINICAS	55
POLICLINICOS	142
POLICLINICOS DE EMPRESAS	142
CAMAS PROPIAS	1.170

Fuente: Asociación Gremial de Mutuales A.G.

De acuerdo a los registros proporcionados, el sistema mutual aportó con 1.009 y 1.170 camas propias los años 1986 y 2005 con un aumento de 161 camas propias en el período. Esto representa una tasa de 0,78 y 0,36 camas por cada 1.000 trabajadores afiliados para cada año analizado respectivamente. La disminución de la tasa se explica por el mayor incremento de la población respecto del incremento de camas. No obstante durante el período mencionado el número de camas propias fue mayor. A modo de ejemplo el año 1999, fue de 1.561 camas.

En el período 1993-2005 la dotación de personal de salud se modificó de manera diferenciada según estamento profesional. Es así como se produjo un aumento de 48% de kinesiólogos y una disminución de 75% de nutricionistas. Destaca el aumento y la profesionalización del personal preventivo (tabla 2).

TABLA 2
PERSONAL DEL SISTEMA MUTUAL, 1993 y 2005

PERSONAL	1993	2005	CAMBIO %
Médicos	655	737	12,5
Enfermeras universitarias	421	501	19,0
Kinesiólogos	131	194	48,1
Tecnólogos médicos	76	52	-31,6
Nutricionistas	20	5	-75,0
Auxiliares paramédicos	1.304	1.623	24,5
Número de expertos en prevención	290	621	114
- Profesionales	186	564	203
- Técnicos	44	48	9
- Prácticos	60	9	-85

Fuente: Asociación Gremial de Mutuales A.G.

En la tabla 3 se muestran las variaciones experimentadas en algunos indicadores biomédicos entre los años 1993 y 2005. La relación entre altas inmediatas y accidentes con tiempo perdido se duplicó lo que pudiera deberse a una menor gravedad de los accidentes producidos, un mejor manejo clínico o al aumento de la demanda por atenciones en casos de menor severidad. La reducción del número de defunciones por accidentes del trabajo apoya en parte tanto la hipótesis de la menor gravedad de los accidentes como la de la mayor eficacia del manejo clínico que a su vez es avalada por la reducción del promedio de días de estada.

TABLA 3
INDICADORES BIOMÉDICOS DEL SISTEMA MUTUAL, 1993 y 2005

INDICADORES BIOMÉDICOS	1993	2005
Índice altas inmediatas*/accidentes con tiempo perdido	0,26	0,52
Días de tratamiento promedio (promedio anual)	12,51	9,5
Número de defunciones por accidentes del trabajo	298	257

Fuente: Asociación Gremial de Mutuales A.G.

* Accidentes sin tiempo perdido.

En relación a los aspectos preventivos, en la tabla 4 se presentan algunos indicadores. La tasa de riesgo es un indicador que relaciona la cantidad de días perdidos, con la masa promedio de trabajadores y que se ha reducido en 75 puntos en el período. El número de comités paritarios y departamentos de prevención aumentaron más de tres veces en el período.

TABLA 4
INDICADORES DE PREVENCIÓN DEL SISTEMA MUTUAL, 1993 y 2005

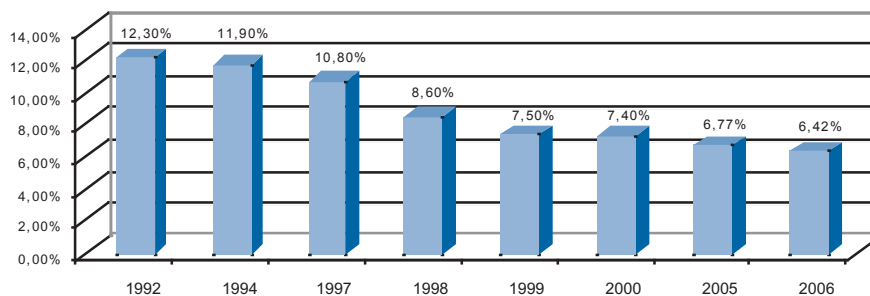
INDICADORES DE PREVENCIÓN	1993	2005
Tasa de riesgo	185	110,1
Número de Comités Paritarios a Dic.2005	3.804	12.492
Número de Departamentos de Prevención	1.424	5.050

Fuente: Asociación Gremial de Mutuales A.G.

B.3. DE RESULTADOS

Uno de los indicadores más relevantes de uso común en el sistema es la tasa de accidentabilidad que corresponde al cociente entre el número de accidentes del trabajo ocurridos durante un año y el número promedio de trabajadores cotizantes en el mismo año, amplificado por 100. Esta tasa, aproximación a la tasa de frecuencia recomendada por la OMS⁴, se usa por no estar disponibles los datos requeridos para la elaboración de la tasa recomendada. La evolución de la tasa de accidentabilidad muestra una cierta estabilidad entre 1987 y 1997 año a partir del cual se inicia una disminución sostenida hasta llegar a 7,59 el año 2006 (figura 9).

FIGURA 9
EVOLUCIÓN DE LA ACCIDENTABILIDAD EN EL SISTEMA MUTUAL DE EMPLEADORES, 1992-2006



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Nota: La ACHS sólo a partir del año 1996 incluye los accidentes de trayecto. Desde el año 1995 la tasa es calculada por la Superintendencia. Accidentes de trayecto son el 1,1%.

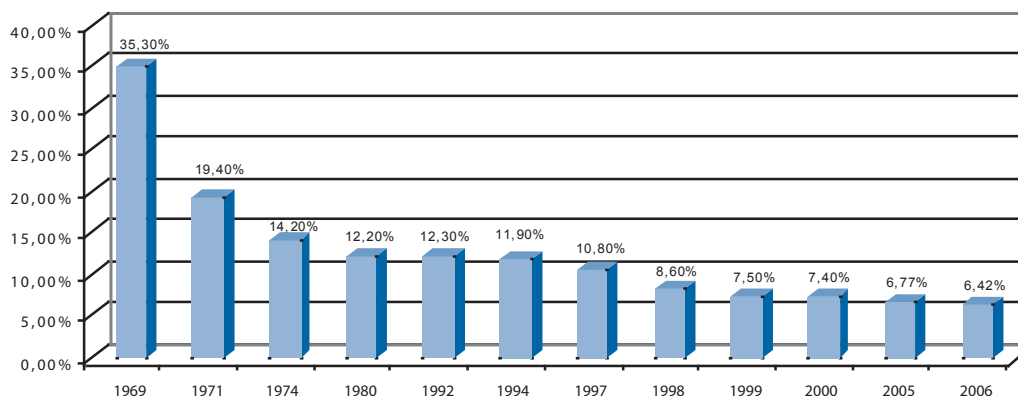
Con la intención de evaluar tendencias de este indicador hemos intentado prolongar el período de análisis⁵. A partir de la información de la Superintendencia de Seguridad Social y de información de la Asociación Gremial de Mutuales AG. se construyó la figura 10. Se observa un período de dismi-

⁴ La tasa de frecuencia usa como denominador el "Millón de horas-hombre trabajadas", con el objeto de compensar las diferencias de jornadas de los trabajadores estandarizando la medida de exposición al riesgo.

⁵ La serie continua de la Superintendencia de Seguridad Social se inicia el año 1987.

nución rápida entre los años 1969 y 1973. Para el período 1987-1997 las tasas permanecen relativamente estables y a partir de este último año se reactiva su disminución.

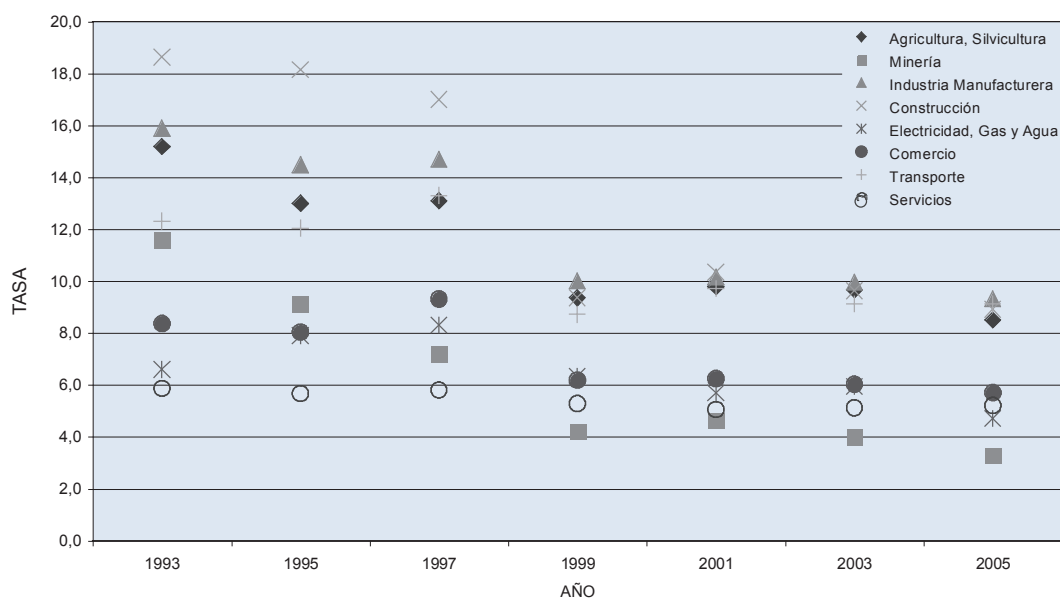
FIGURA 10
EVOLUCIÓN DE LA ACCIDENTABILIDAD EN EL SISTEMA MUTUAL DE EMPLEADORES,
1969-2006



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social. Asociación Gremial de Mutuales A.G.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 5.

Agrupadas las empresas sobre la base de la actividad económica principal que desarrollan, la tasa de accidentabilidad que registró cada sector de la economía en el período 1994-2006 se muestra en la figura 11.

FIGURA 11
EVOLUCIÓN DE ACCIDENTABILIDAD SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA, 1993-2005



Fuente: Asociación Gremial de Mutuales A.G.
Ver Anexo Tabla auxiliar 6.

El sector de la construcción reconocido como aquel que registra, históricamente, la mayor tasa de accidentabilidad, parece revertir esta condición a partir del año 1998 pasando a situarse en el tercer lugar junto con agricultura, caza, silvicultura y pesca, siendo superados por la industria manufacturera y transporte, almacenaje y comunicaciones.

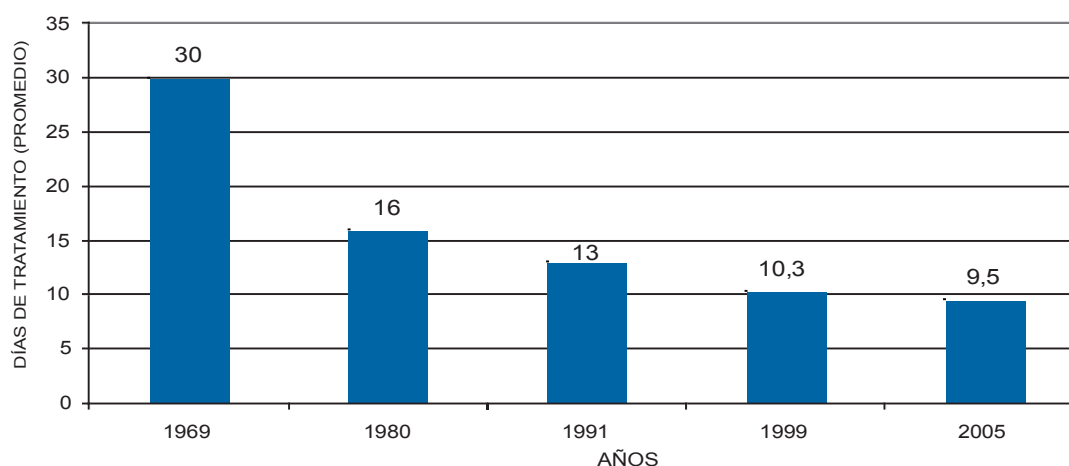
Todos los sectores presentan mejoría (descenso) de este indicador en el último quinquenio. La excepción la constituye servicios, que aunque mantiene tasas relativamente bajas, se mantiene sin variaciones en el período.

Entre los principales objetivos de la Ley N° 16.744 se cuentan la prevención de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales. Resulta fácil suponer una relación inversa entre la magnitud de las actividades preventivas y la de las prestaciones curativas y de rehabilitación. De tal manera que orientando mayores recursos a la prevención se esperaría una economía de las prestaciones de recuperación de la salud. Sin embargo, esta relación dependerá del impacto logrado por la prevención.

No obstante que la tendencia global para el período examinado es hacia el aumento de las actividades educativas y al descenso de la accidentabilidad, el beneficio de las primeras parece ser marginal a partir de la segunda mitad de los años 70 dado el lento descenso de la tasa de accidentabilidad. A partir del año 1995, parece reactivarse el descenso de la tasa. Esto pone de relieve la importancia de evaluar periódicamente la calidad, propiedad y oportunidad de las actividades educativas y su influencia sobre los indicadores de impacto.

Otro indicador relevante que da cuenta de la mejoría de los procesos y por extensión de los resultados, es la eficiencia técnica en el manejo de los pacientes lo que se ve reflejado en la duración del tratamiento previo al alta médica. En la figura 13 se muestra la evolución del promedio de días de tratamiento que en los últimos 36 años se ha reducido en un 68%.

FIGURA 12
EVOLUCIÓN DEL PROMEDIO ANUAL DE DÍAS DE TRATAMIENTO EN EL SISTEMA MUTUAL,
AÑOS SELECCIONADOS



Fuente: Asociación de Mutuales A.G.

La efectividad de tal manejo debiera ser examinada a la luz de la información sobre magnitud de recaídas y rehospitalizaciones.

El último aspecto a analizar se refiere a los resultados económico financieros del sistema mutual.

TABLA 5
INGRESOS POR COTIZACIONES (MILLONES DE PESOS DE 2003 Y PORCENTAJE DEL PIB)

AÑOS/MUTUAL	ACHS	C.CH.C.	I.S.T.	TOTAL	PORCENTAJE DEL PIB
1993	58.747	51.375	20.048	130.169	0,462
1994	65.401	55.417	21.409	142.227	0,446
1995	72.100	58.711	22.334	153.145	0,417
1996	78.506	64.497	23.354	166.357	0,432
1997	85.804	68.628	23.502	177.934	0,435
1998	89.189	70.554	23.989	183.732	0,444
1999	89.308	62.106	23.440	174.855	0,425
2000	89.903	59.668	23.762	173.332	0,401
2001	90.627	60.684	23.393	174.704	0,387
2002	96.471	64.135	24.992	185.599	0,396
2003	99.105	65.369	26.665	191.140	0,384

Fuente: Tendencias en la situación financiera de las mutuales 1993-2003 y proyecciones futuras (Arellano, 2004).

Los ingresos están determinados por las cotizaciones. La tabla 5 presenta el comportamiento de las cotizaciones totales a lo largo de estos años. En promedio han crecido 4,1% en términos reales por año. Esto es inferior al crecimiento que ha tenido el PIB a lo largo del periodo (casi 6% promedio anual). Los ingresos de las mutuales por cotizaciones representaban cerca de 4,5 por mil del PIB. Al año 2003 representaban alrededor de 3,9 por mil.

El comportamiento de los ingresos por cotizaciones depende de la cantidad de trabajadores que cotizan, de su renta y de la tasa promedio de cotización. El número de trabajadores ha crecido casi sin interrupción a lo largo del período. Registraron una leve baja el 99 que ya esta más que recuperada.

La evolución de la estructura de gastos se presenta en la tabla 6.

TABLA 6
TASA DE COTIZACIÓN Y GASTOS COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DE REMUNERACIONES IMPONIBLES (PORCENTAJES)

AÑOS	MÉDICOS	PENSIONES	SUBSIDIOS	PREVENCIÓN	ADMINISTRACIÓN	TOTAL	TASA DE COTIZACIÓN
1993	0,87	0,13	0,39	0,24	0,09	1,72	2,09
1994	0,88	0,14	0,37	0,26	0,10	1,75	2,08
1995	0,90	0,14	0,37	0,27	0,09	1,79	2,07
1996	0,94	0,15	0,37	0,27	0,11	1,85	2,08
1997	0,87	0,15	0,37	0,25	0,15	1,78	1,94
1998	0,84	0,16	0,32	0,25	0,17	1,74	1,94
1999	0,87	0,17	0,26	0,25	0,17	1,72	1,89
2000	0,89	0,18	0,27	0,27	0,16	1,77	1,79
2001	0,84	0,18	0,26	0,26	0,14	1,69	1,74
2002	0,83	0,19	0,26	0,25	0,14	1,68	1,77
2003	0,83	0,19	0,25	0,25	0,15	1,66	1,77

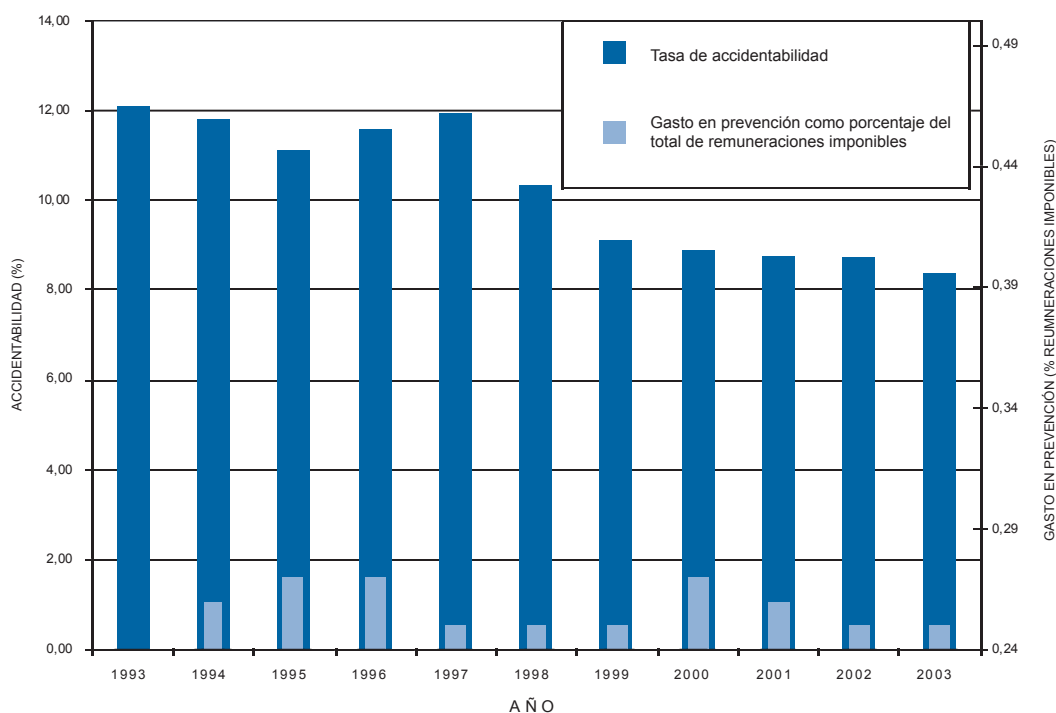
Fuente: Tendencias en la situación financiera de las mutuales 1993-2003 y proyecciones futuras (Arellano, 2004).

Se presenta el total de gastos como proporción de las remuneraciones imponibles y los compara con la tasa de cotización. Como se aprecia claramente la diferencia entre la tasa de cotización y los gastos se ha ido reduciendo de manera sistemática. Esta reducción de la diferencia entre ingresos y gastos se produce a pesar que el total de gastos como proporción de las remuneraciones imponibles ha disminuido, ya que la caída en la tasa de cotizaciones ha sido muy superior. Esto se ha traducido en una constante reducción de los márgenes.

Finalmente, resultaría de interés analizar las cifras entregadas bajo la perspectiva de costo-efectividad. Disponer de información sistemática que permita evaluar periódicamente los costos de distintas intervenciones (preventivas y curativas) que muestren resultados similares, debe ser una objetivo deseado al interior de este subsistema.

A falta de este análisis hemos querido indagar en la influencia que la variable económica tiene sobre ciertos resultados. Específicamente hemos relacionado la evolución del gasto en actividades preventivas versus la disminución de la accidentabilidad tal como en la figura 13. En esta oportunidad hemos utilizado el gasto en prevención como porcentaje del total de remuneraciones imponibles.

FIGURA 13
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ACCIDENTABILIDAD Y DEL GASTO EN PREVENCIÓN EN EL SECTOR MUTUALES, 1993-2003



Fuente: Valores calculados sobre cifras de la Superintendencia de Seguridad Social y Asociación de Mutuales A.G.
Ver Anexo: Tabla auxiliar 8.

En la figura 13 se aprecia la disminución ya descrita para la accidentabilidad en el sector durante el período, al tiempo de una comportamiento variable del gasto en actividades de prevención. El comportamiento observado no es el esperado pues cabría pensar que debiera existir asociación entre estos indicadores. Sin embargo, afirmar que no existe en función de estos datos resultaría aventurado pues la serie es muy corta y el impacto de la capacitación no depende solamente de aspectos económicos si no de aspectos cualitativos tal vez mucho más relevantes. Parece interesante observar el comportamiento

futuro de estas variables así como ensayar otras relaciones que contribuyan a conocer los determinantes involucrados en los resultados exhibidos por el sistema.

B.4. CONSIDERACIONES SOBRE LOS INDICADORES

Los indicadores analizados en los párrafos precedentes son elaborados por los propios Organismos Administradores del Seguro de acuerdo a su información disponible y son de divulgación pública de manera periódica. Una de las principales dificultades de estos indicadores es que su formulación es de resorte local y sólo permite realizar comparaciones entre sistemas que enfrentan marcos reglamentarios y jurídicos comunes. En el caso chileno las tres mutuales de seguridad se someten a las mismas exigencias, impuestas por la ley que las rige y la Superintendencia de Seguridad Social que las fiscaliza. De esta manera la evaluación del sistema sólo permite a las mutuales compararse sobre la base de su desempeño histórico y con aquel exhibido por las otras dos restantes.

En este sentido, las recurridas comparaciones internacionales pierden validez si no se realizan los ajustes correspondientes de acuerdo a las diferencias entre países, proceso que complejiza la operatoria de un sistema de monitoreo y vigilancia permanente del desempeño del Sistema. A manera de ilustración la tabla 7 sintetiza algunas de las diferencias observadas con relación a cobertura y cotización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en una comparación hecha entre países seleccionados destacando el buen pie en que se encuentra Chile de acuerdo a los indicadores seleccionados.

TABLA 7
COBERTURA Y COTIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.
COMPARACIÓN ENTRE PAÍSES SELECCIONADOS

Detalle	Cobertura			Días ausentismo Pago de subsidio y Registro	Subsidio como % del sueldo	Sistema			Tasa de Cotización				
	País	Acc. del trabajo	Acc. de trayecto	Enf. Profesi.		Estatal	Mutuas	Cías. Seguros	Acc. Trabajo	Acc. Trayecto	Enf. Profes.	Promedio total	Máxima
Alemania		Si			4	90%		35	1,4	0,4*	1,1*	2,9%	
Bélgica		Si	Si		1			6	2,2	Si	1,1	3,3%	
Suiza		Si			4	80%	1	30	12	1,3	0,4*	1,1*	28,2%
Italia		Si	Si	Si	4		4		Si	Si	Si	3%	13%
Francia		Si	Si		1		16		1,8	0,4	Si	2,2%	
España		Si	Si	Si	2	75%		28	Si	Si	Si	2,7%	
Chile		Si	Si	Si	1	100%	1	3	Si	Si	Si	1,7%	7,7%
Portugal		Si					1	Si					

Fuente: Jornada Técnica Internacional de Asociación de Mutuas de Accidentes del Trabajo - AMAT. Septiembre de 2000. (Gentileza de Eduardo Undurraga. ACHS).

* Estimación.

LA EXPERIENCIA DE ARGENTINA A CONTAR DE 1995

Vale la pena, a propósito de comparaciones, una breve digresión para describir sucintamente la experiencia transandina. Argentina realizó importantes cambios legales y estructurales al sistema de

seguridad de los infortunios laborales a partir del año 1995. Existe una causa básica, no observada en nuestro país, que operó como activador de la crisis a la que había llegado el régimen anterior y sus consecuencias negativas: la gestión intrínsecamente litigiosa que caracterizó el tratamiento de los siniestros laborales. Aunque se pueden determinar factores conexos o secundarios dentro de la causalidad, y es admisible una multiplicidad de matices, fue la litigiosidad –cuyo nivel no tiene antecedentes en ningún otro país– el elemento esencial que explica la decadencia del régimen anterior.⁶ Con el foco de atención en el litigio, los temas verdaderamente importantes relacionados con el tratamiento de los riesgos laborales ocuparon un lugar marginal. La despreocupación por la prevención, la reparación del daño o el impacto sobre los costos fueron las consecuencias naturales de las reglas de juego aplicadas, que hacían que cada una de las partes involucradas canalizara sus esfuerzos casi completamente en el proceso del litigio mismo.

La Ley N° 24.557 del 3 de octubre de 1995 estableció las bases del nuevo sistema de seguridad del infortunio laboral. En términos generales establece que la seguridad laboral, hasta ese momento de responsabilidad individual, pasa a ser un subsistema de la Seguridad Social. El órgano rector está representado por el Estado y sus organismos dependientes y un consejo consultivo constituido por representantes de los empleadores, los trabajadores y el Estado, encargado de velar con el correcto cumplimiento de la normativa vigente. Los administradores del seguro (cotización obligatoria), son organismos privados sin importar su fin de lucro privilegiando así el carácter privado de la gestión de las administradoras. Deberán tener además especificidad de giro, vale decir dedicación exclusiva al aseguramiento de los infortunios laborales, tanto accidentes como enfermedades laborales. Se excluyen de esta consideración aquellas aseguradoras que operaban al momento de dictarse la ley.

El financiamiento se produce por una cotización o precio que considera una porción básica dependiendo de la actividad laboral a la que corresponde la empresa afiliada y una porción adicional variable según el riesgo adicional que exhiba la empresa. Dado que el sistema no contaba con información confiable sobre siniestralidad, en una primera etapa se determinó el riesgo adicional sobre la base los distintos grados de cumplimientos que las empresas mostraban en relación a las normas de higiene y seguridad.

Sobre la base de sus riesgos diferenciales, las empresas pueden negociar los precios de transacción con las distintas aseguradoras que para este efecto operan en un régimen de mercado libre.

Las prestaciones que el sistema contempla son de carácter asistencial y pecuniario. Las primeras se refieren a actividades de fomento, prevención, y protección de la salud establecidas en un plan nacional y que –en su mayoría responsabilidad del empleador– y de recuperación de la salud. Estas últimas deben ser garantizadas por la Aseguradora correspondiente o por la empresa en caso de contar ésta con autoseguro. La recuperación es concebida integralmente y financiada en el 100% a costos razonables.

Las prestaciones pecuniarias se refieren a aportes económicos al trabajador infortunado en montos y períodos variables según la temporalidad y el grado de la incapacidad.

Así descrito la gran diferencia del sistema argentino respecto al nuestro parece referirse al carácter abierto del mercado argentino en materia de administradores del seguro operando en un mercado libre. Las ventajas o debilidades del sistema deberán evaluarse a la luz de los resultados de más largo plazo.

⁶ *Riesgos del trabajo: La modernización de las instituciones laborales en la Argentina*, Osvaldo Giordano, Alejandra Torres y Mara Bettiol. Fundación del Trabajo, Buenos Aires, 1996, pág. 47.

DISEÑO DE INDICADORES

Retomando el tema de diseño y utilización de indicadores, los utilizados en nuestro país para medir impacto de las actividades desarrolladas por las Administradoras del Seguro adolecen de algunas deficiencias. Por ejemplo, las empresas afiliadas sólo a partir del 1 de junio del año 2000 están obligadas a consignar la nómina de trabajadores en la planilla mensual de cotizaciones. Previamente, la norma exigía declarar el número de trabajadores empleados durante el mes al que correspondían las cotizaciones en el momento de pagarlas o declararlas, sin identificar al trabajador. Esta situación podía generar duplicidades en el registro de aquellos trabajadores empleado en más de una empresa.

Por otra parte, no se dispone de información sistemática que permita realizar análisis estratificados por variables biodemográficas relevantes.

La Oficina Internacional del Trabajo recomienda el uso de dos tasas de accidentes: la tasa de frecuencia y la tasa de gravedad. Ambas utilizan como denominador el "Millón de Horas-Hombre trabajadas", con el objeto de compensar las diferencias de jornadas de los trabajadores estandarizando la medida de exposición al riesgo lo que permite hacer comparables las estadísticas. La Tasa de Frecuencia corresponde al número de accidentes por un millón de horas-hombre trabajadas, que hayan ocasionado una ausencia del trabajo igual o superior a una jornada normal. La Tasa de Gravedad es el número de días de ausencia al trabajo, por millón de horas-hombre trabajadas. Estas dos tasas de Accidentes son usadas por algunas empresas grandes. Las mutuales han tenido problemas con su implementación debido a la imposibilidad de obtener de las empresas asociadas la cifra de horas-hombres trabajadas mensualmente.

Dada esta restricción, las mutuales utilizan dos aproximaciones prácticas a las tasas señaladas como son la Tasa de Accidentabilidad y la Tasa de Riesgo. La tasa de Accidentabilidad es una variante de la Tasa de Frecuencia que a diferencia de ésta usa como denominador los 100 trabajadores. De la misma manera la Tasa de Riesgo es una variante de la Tasa de Gravedad que utiliza como denominador los 100 trabajadores. El cociente entre la Tasa de Riesgo y la Tasa de Accidentabilidad representa el promedio de días de tratamiento. Por las razones expuestas estas dos tasas no discriminan entre los diferentes grados de exposición al riesgo. La Tasa de Accidentabilidad fue establecida por el Decreto 173 para los efectos de la fijación de los recargos y rebajas a la cotización que debe cancelar la empresa. Además del problema señalado, no incorpora los diferentes grados de incapacidad laboral permanente y las muertes. El DS 67 corrige esta situación definiendo una tasa de siniestralidad total que incluye la tasa de riesgo, que pasa a llamarse tasa de siniestralidad de incapacidad temporal, y tasa de siniestralidad de invalideces y muerte.

La validez y sensibilidad de estos indicadores dependerá en gran medida de la detección, registro y notificación oportunos de los infortunios laborales y de los incentivos adecuados para que esto ocurra. Si existen incentivos negativos para la declaración tales como que el pago de subsidio sea a partir del tercer día de la indicación de reposo o el subsidio represente un porcentaje bajo de la remuneración, el trabajador estará inclinado a no declarar el siniestro. Si los recargos en las cotizaciones de las empresas por aumento de la accidentabilidad son excesivos, los empleadores se verán incentivados a no declararlos. En Chile el subsidio es casi el equivalente a la remuneración y se paga desde el primer día por lo cual el único desincentivo para las empresas está dado por el alza de sus cotizaciones. Este es otro elemento que dificulta la comparación internacional.

Cabe destacar que gran parte de la normativa, en materia de indicadores, ha sido pensada enfatizando el tema de los accidentes del trabajo. La tasa de accidentabilidad, principal indicador de impacto del Sistema, es una expresión de ello. No existe un indicador de "morbilidad profesional" que tenga un significado homologable.

Finalmente, se debe mencionar que el principal problema de los indicadores usados para evaluar el sistema es el denominador. Sea por su ausencia, como ocurre con los indicadores de cobertura que dan cuenta de la población de trabajadores o empresas afiliados sin relacionarlos con la masa potencialmente susceptible de afiliación, sea por su generalidad como ocurre con los mismos indicadores citados en los cuales es imposible estratificar por variables de interés, sea por su inexactitud como ocurre en las variantes de las tasas de accidentes en las que por falta de información se recurre a una aproximación incapaz de discriminar y hace que los resultados no sean comparables.

C.

PRINCIPALES LOGROS DEL SISTEMA

C.1. EN EL DESARROLLO DE UN SISTEMA PROPIO PARA RIESGO DEL TRABAJO

En sus casi 40 años de existencia como tal, sumados los diez años previos a la aprobación de la ley correspondiente, el sistema de protección para riesgos propios del trabajo ha alcanzado una madurez importante producto de su adecuación a la problemática que enfrenta y a la efectividad de sus soluciones.

No es fácil construir un mecanismo que enfrente con éxito problemas de salud de un sector específico como es el de los riesgos derivados del trabajo. La experiencia internacional indica que en la mayoría de los países en proceso de desarrollo, el trabajo es fuente de pérdida de vidas y de discapacidad. La OIT, a su vez, señala que en algunas regiones, como Asia, hasta el 50% de las muertes tiene relación con el trabajo. La mecanización incontrolada de la agricultura y el trabajo desprotegido en la minería y la construcción son las fuentes más importantes de daño y discapacidad. A su vez, en pocos países existen sistemas de protección frente a riesgos derivados del trabajo que estén establecidos en la sociedad y dentro del sistema de salud.

En la práctica, el sistema de mutuales chileno es un modelo de integración de las funciones clásicas de protección de salud, es decir prevención, curación, y rehabilitación. Este modelo organizativo ha ido enfrentando el cambio de las situaciones de trabajo prevalentes en la sociedad chilena a través de los últimos cuarenta años, desde uno principalmente basado en la agricultura y la construcción, a uno basado cada vez más en los servicios.

Igualmente, aunque este tema es hoy discutido, la integración vertical de tipo financiero y organizativo, ha demostrado tener un desempeño adecuado hasta la fecha. La recolección de las cotizaciones, la agregación de fondos y riesgos, la compra –aunque aquí es fundamentalmente a prestadores propios– y el pago a los prestadores, también ocurre al interior de cada entidad mutual por separado.

En cuanto al uso de prestadores comunes, las principales mutuales han desarrollado algunas iniciativas conjuntas para compartir el uso de infraestructura única para situaciones geográficas de baja demanda o en condiciones de salud menos frecuentes, como pueden ser enfermedades raras o daños permanentes de tipo neurológico.

Financieramente existe frente a la bancarrota o falla de alguna de las mutuales la solidaridad de las empresas miembro de cada mutual con respecto a la entidad respectiva. Si bien se discute si en caso de fallo total quien sería el responsable final, para algunos el Estado, para otros alguna forma necesaria de reaseguro o provisión financiera ya establecida por ley (reservas técnicas). En todo caso es un asunto que cada cierto tiempo es revisado por parte de las propias mutuales y su autoridad contralora.

En cuanto a la rectoría del sistema, ésta está entregada principalmente a la Superintendencia de Seguridad Social, la cual ejerce además una función contralora y supervisora.

C.2. EN LEGITIMIDAD POLÍTICA, SOCIAL Y ECONÓMICA

La legitimidad política del sistema chileno de protección de salud contra los riesgos del trabajo es extraordinariamente alta y se ha mantenido por un período consistente de tiempo desde su creación legal hace cuarenta años. El hecho de ser éste una institucionalidad en la cual trabajadores y empresarios se encuentran paritariamente para dirigirla, es un factor armónico con los planteamientos de la OIT, la cual promueve activamente la integración de las partes para el desarrollo y la protección del trabajo como elemento esencial del progreso y la estabilidad de las sociedades. En el caso que se analiza, ambas partes, empleadores y trabajadores, apoyan plenamente el sistema y salen a la opinión pública cada vez que se expresan críticas o se plantean modificaciones. Esto le da un estatus social que ninguna otra estructura de salud tiene en Chile. Ni el sector privado ni el público de atención de salud, cuentan con el grado de consenso que tiene el de mutuales. En los últimos quince años del funcionamiento político en Chile, no se ha presentado ninguna iniciativa formal que pretenda modificar el sistema⁷, lo cual da prueba de la magnitud del apoyo o aceptación en el nivel político. Esto es un hecho extraordinario en un terreno de tan alta disensión como es el del sistema de salud. Por ello debe entenderse que este consenso con que gozan las mutuales en los aspectos políticos y sociales, son una de sus principales fortalezas.

El sistema de mutuales tiene también una legitimidad económica que es importante destacar. En general no existen críticas importantes en los aspectos económicos, es decir cotizaciones y costos. Las críticas u observaciones que se han deslizado en los últimos tiempos, se refieren a las variaciones y cálculo de la prima a pagar por riesgos diferenciados, planteándose algunas correcciones que están en proceso de implementación y que se analizan en otra sección, al igual que el tema de la viabilidad económica global del sistema.

C.3. EN IMPACTO SOBRE LOS PROBLEMAS ATACADOS

Los indicadores definidos para medir volumen de problemas de salud laboral son los ya mencionados de Accidentabilidad y Riesgo de Enfermedades Profesionales y en la evolución de ellos debemos evaluar el impacto del sistema.

Ya se ha dicho que las caídas en las tasas de accidentabilidad han sido sostenidas desde el inicio (desde 35,3% en 1968 a 7.59% en 2006) y que, a pesar de que hay observaciones a la construcción de los indicadores, estos mantienen su tendencia en el tiempo de manera consistente.

No es posible tener la misma claridad de impacto en materia de enfermedades profesionales, especialmente por la dinámica propia de estas condiciones y por su desarrollo más bien lento en el tiempo. El único indicador objetivo es el aumento importante de las enfermedades catalogadas como profesionales por las mutualidades en los últimos años y el ordenamiento de pesquisas para buscarlas activamente. Sin embargo es posible decir que en este asunto falta mucho por avanzar, tanto en el área

⁷ A fines de los años 90, hubo un proyecto de Mutualidad de los Trabajadores de la Gran Minería, encabezado por la empresa estatal chilena del cobre CODELCO, que no llegó a pasar del diseño. Por otra parte con cierta periodicidad se vuelve a plantear la alternativa de una agencia pública, misión que está cumpliendo en alguna medida el llamado INP Activo desde mediados del año 2005.

de las definiciones, como la del conocimiento propio de prevalencias reales y de la evolución de las mismas en las poblaciones afectadas. Aquí es lógico plantear la necesidad de un mayor desarrollo de la capacidad de investigación conjunta entre las entidades dedicadas al tema.

C.4. EN LA COMPATIBILIDAD CON CONCEPTOS MODERNOS DE DESEMPEÑO

La evolución histórica del subsistema de salud de mutuales está condicionada por diversos cambios de entorno que han ocurrido en las cuatro décadas de su existencia. Por de pronto ha cambiado de manera importante la razón de ser de su estructura, cual es la de las condiciones de trabajo, accidentalidad y enfermedades profesionales. Han ocurrido diversas crisis económicas que afectan el empleo y el nivel de ingreso, a la vez que ha cambiado el mercado del trabajo, y seguirá cambiando.

Por otra parte, la legislación inicial establecía una serie de requisitos estructurales y funcionales que eran el reflejo de los conceptos de la época (década del 60) y que tenían como paradigma el modelo integrado verticalmente de los de servicios públicos de salud, agregándose a ésta la de ser un ente de carácter privado y sin fines de lucro. Por ello vemos que se entremezclan conceptos propios de la seguridad social tradicional y otros de carácter empresarial privado, pero en el cual predomina el concepto autárquico de que cada organización debe contar con suficiencia en servicios e infraestructura propia para cumplir sus tareas asignadas.

Entre los diversos caminos para lograr más eficiencia, las mutualidades, tomando conciencia de la necesidad de cambio, han desarrollado algunas iniciativas conjuntas para compartir el uso de facilidades comunes frente a situaciones geográficas de baja demanda o en situaciones de salud menos frecuentes.

Otras adaptaciones, como la separación de funciones al interior de cada mutualidad, financieras y de prestación, están siendo intentadas según se analiza más adelante.

D.

DESAFÍOS Y CONTROVERSIAS

D.1. VIABILIDAD FUTURA EN LO POLÍTICO (LEGITIMIDAD)

El sistema chileno de mutuales de seguridad en el trabajo, ya se ha dicho, tiene una trayectoria de casi 50 años, lo cual lo hace ser una organización madura y estabilizada desde el punto de vista político. Esto no significa que la madurez le haga inmune a problemas de carácter organizativo que incidan en su viabilidad. De hecho, una de las pocas impugnaciones que el sistema ha recibido nace de grupos que aluden a la ortodoxia de la libre competencia. La objeción es que, siendo una industria protegida, con clientela cautiva y tasas de cotización relativamente rígidas, generan una condición de oligopolio y establecen barreras de entrada que impiden la participación de otros aseguradores de riesgo, como podrían ser las compañías de seguros de vida o salud.

Otra objeción, la cual ha sido llevada a las cortes de justicia sin éxito, es la acusación por parte de la Asociación de Clínicas Privadas, de que la incursión de las mutualidades con su infraestructura de atención médica en patologías que no son del riesgo laboral, implica desleal y subsidiada, por lo tanto ilegítima e ilegal.

La Corte Suprema falló un juicio sobre la materia, reconociendo la labor de las Mutualidades.

D.2. VIABILIDAD ECONÓMICA (SUSTENTABILIDAD)

El desafío de la viabilidad económica de las mutuales chilenas constituye un tema de preocupación permanente para ellas. El sistema no ha tenido grandes crisis y en este momento tiene las finanzas relativamente sanas, sin embargo, hay algunas objeciones que apuntan hacia las siguientes supuestas debilidades estructurales del sistema:

- Sobreaseguramiento.
- Subsidios cruzados al interior del sistema.
- Subsidios hacia el exterior del sistema.
- Sobre inversión en infraestructura física y tecnológica con baja rentabilidad de las inversiones.
- Incapacidad eventual de pago de prestaciones financieras a beneficiarios.
- Costos relacionados o indirectos.
- Sobreaseguramiento.

Producto del mecanismo de cálculo de la prima de riesgo, basada en una cuota fija y una variable según el riesgo de la faena, a menudo se ha dicho que este sistema tiene un exceso de recursos con relación al riesgo. En el último tiempo, sin embargo, se han corregido algunas imperfecciones mediante un Decreto Supremo (N° 67), el cual sitúa el mecanismo de cálculo más cerca de la realidad.

En todo caso, las comparaciones internacionales indican que el precio de la prima promedio que pagan las empresas en Chile es al menos igual e inferior al de los mecanismos comparables del mundo industrializado. Dichas comparaciones, sin embargo, deben hacerse en el entendido de que el producto ofrecido a trabajadores y empleadores es semejante. En otras palabras, para comparar precios y costos de un seguro de riesgos del trabajo, tenemos que tener en cuenta con qué grado de integralidad se protege el riesgo laboral y sus consecuencias.

Paradójicamente, debemos en este mismo párrafo plantear el tema de un Re-Aseguro, que permita a las mutualidades enfrentar los mayores riesgos derivados de algún cambio o conjunto de cambios internos o de su entorno financiero. Para ello, se ha estado discutiendo entre autoridad y mutualidades, las fórmulas que pudiera tener un reaseguro, más allá de las reservas técnicas establecidas por ley. Estos reaseguros deberían ser explicitados en cuanto a su volumen y fórmula práctica para hacerlos operativos.

- **Subsidios cruzados al interior del sistema**

Claramente existen además subsidios cruzados entre las actividades laborales de baja accidentabilidad, como servicios y comercio, hacia aquellas de mayor tasa. Este intercambio constituye un mecanismo de solidaridad en el subsidio que podríamos llamar legítimo, al igual que aquel que debe ocurrir en un fondo de salud para medicina curativa. En este último caso los subsidios deseables son aquellos que van desde los afiliados de mayor ingreso a los de menos, desde los jóvenes a los viejos y desde los sanos a los enfermos. En el caso de las actividades laborales, aquellas de menor accidentabilidad tienen menores tasas *per se*, sin embargo en su tasa básica, contribuyen al fondo que financia a las de mayor riesgo.

Por otra parte, al tratarse de organizaciones con más de 30 o 40 mil empresas asociadas en cada una de las grandes mutuales, inevitablemente se produce una dispersión de tamaño, desde empresas que tienen menos de 50 trabajadores hasta aquellas de varios miles. Ellas son abordadas con estrategias de negociación comercial las cuales pueden implicar eventuales rebajas por volumen para las empresas más grandes que irían en desmedro de las más pequeñas. Es conocido el hecho que las empresas de mayor tamaño, al negociar con las mutuales su afiliación, obtienen beneficios adicionales en materia de servicios complementarios (centros de atención en obra, ambulancias destacadas en sitio de trabajo, otras prestaciones médicas no ligadas a la ley respectiva, etc.) En la práctica estos mecanismos de carácter comercial pueden estar incidiendo en el resultado financiero final de las mutualidades pues significan mayores costos.

- **Subsidios desde el sistema hacia el exterior**

Se ha objetado a las mutuales que utilicen su infraestructura de atención médica para cuidar problemas que no sean propiamente de trauma y a pacientes que no sean sus beneficiarios directos. Para algunos esto constituye una competencia desleal con otros prestadores ya que opera a menores costos con el subsidio de todos los trabajadores y empresarios que ayudan a financiar la operación del sistema de protección a la salud laboral. Esta objeción, como ya se anotó, fue desechada por los tribunales de justicia hace algunos años.

- **Sobre inversión en infraestructura física y tecnológica y consecuente baja rentabilidad de las inversiones**

El modelo de organización de la mutuales, de integración vertical de financiamiento y prestación, junto con el no fin de lucro y la obligatoria reinversión de los excedentes, en alguna medida ha provocado un fenómeno de sobre inversión en infraestructura y tecnología, especialmente en el área médica. Este modelo surgió en una época, hace cuatro décadas, en que los conceptos de mercados internos en los sistemas de salud no se conocían, y en que la velocidad del cambio tecnológico era mucho menor, con lo cual la obsolescencia técnica de los equipos era bastante más lenta y su reposición menos frecuente. Por otra parte, como cualquier mecanismo de atención de salud, el de las mutuales ha evolucionado hacia la ambulatorización de los cuidados y a la disminución de la intensidad en el uso de las camas de hospitalización, con lo cual se ha acentuado el fenómeno. Esto ha traído consigo una menor rentabilidad de las inversiones en infraestructura de la mutuales y un aumento de los riesgos financieros que enfrentan frente a los pagos de prestaciones monetarias actuales y futuras.⁸

- **Incapacidad eventual de pago de prestaciones financieras a beneficiarios**

Como consecuencia del punto anterior, se ha especulado sobre la eventual incapacidad del sistema para responder ante demandas explosivas de pagos de prestaciones financieras (pensiones por incapacidad fundamentalmente). Algunas de las entidades mutuales han hecho simulaciones frente a eventos catastróficos de esta naturaleza, declarándose confiadas en que ello no ocurriría. Sin embargo, en todas las entidades se sabe que esta debilidad, producto del cambio del entorno y de la estructura integrada de las propias mutuales, merece un enfrentamiento de cambios mas o menos graduales, mas o menos drásticos en su modelo de integración y de gestión.⁹

- **Costos relacionados o indirectos**

Es sensato plantearse algunos costos eventuales indirectos como pueden ser aquellos derivados de los litigios jurídicos en el ámbito de los derechos laborales producto de los accidentes laborales. En general, si bien no hay estadísticas al respecto, este tipo de eventos son escasos y de baja ocurrencia en relación al volumen de prestaciones y de eventos, por lo tanto, su impacto en costos indirectos del sistema es poco significativo.

D.3. EN LA REGENERACIÓN DEL SISTEMA FRENTE AL CAMBIO DEL ENTORNO

El cambio del entorno laboral en que se desenvuelven los sistemas de prevención y tratamiento de los riesgos de infortunio en el trabajo es extraordinariamente dinámico. De hecho en los cuarenta años en

⁸ Una de las mutuales ha estimado la menor rentabilidad de sus inversiones físicas en un 8% anual acumulado si se la compara con tasas normales de mercados financiero, a lo cual debe sumarse el mayor costo operacional y la consecuente falta de liquidez (información Mutual Cámara Chilena Construcción).

⁹ Las mutualidades más importantes están enfrentando ambas el problema de la sobreinversión en activos fijos buscando nuevas formas de carácter empresarial para generar mayor liquidez en su patrimonio. Por una parte la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción se ha propuesto buscando vender o arrendar a muy largo plazo sus establecimientos de bajos índices ocupacionales, a terceros operadores privados que destinen las facilidades a la atención médica general. Con ello ingresan recursos monetarios frescos a sus fondos de reserva y se desprenden de los costos operacionales de activos de baja utilización. Por su lado, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), ha establecido sociedades de explotación de facilidades con terceros privados, como por ejemplo en algunas clínicas de provincias, servicios de laboratorio e imagenología. Con estas medidas, ambas evitan invertir o mantener inversiones de baja rentabilidad o de costo creciente que dañen su patrimonio.

que ha funcionado la ley 16.744 en el sistema chileno, los cambios de composición de este han sido notables, al igual que en el resto del mundo. En todas partes hemos presenciado un traslado progresivo de la fuerza del trabajo desde las faenas agrícolas y rurales hacia las urbanas, mecanizadas y de servicios. Por otra parte, el llamado sector informal, por esencia no cubierto por este tipo de mecanismos de salud, predomina en la creación de oportunidades de empleo en los países en desarrollo, lo cual acentúa el fenómeno.

El mercado del trabajo, por otro lado, se orienta, según los expertos, hacia la flexibilidad y el trabajo de intensidad y contratación variable, por esencia menos estable aunque sea mejor remunerado. Los cambios predecibles en los modelos de contratación, ciertamente han hecho y harán más complejo y riesgoso el funcionamiento de sistemas como el analizado. Esto, en gran medida debido a que la continuidad de la afiliación y por lo tanto de la cotización, esenciales para el desarrollo, en este nuevo escenario tienden a cambiar, con lo cual se dificulta el desempeño de mecanismos de aseguración basados en la estabilidad del trabajo y el contrato del mismo.

E.

MODELO DE EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

En la actualidad, diversas instituciones académicas y sectoriales han propuesto modelos de evaluación anual de desempeño para los sistemas de salud. Tal es el caso con el Informe Anual de Salud de la OMS del año 2000, en el cual propone un interesante marco conceptual que explicamos e intentamos aplicar de una forma inicial al subsistema de mutualidades de Chile.

E.1. MARCO CONCEPTUAL OMS 2000 PARA EVALUAR DESEMPEÑO DE SISTEMAS DE SALUD

Evaluar un subsistema de protección de salud como éste es una tarea que podemos hacer comparando los tres objetivos fundamentales propuestos por la OMS para analizar cualquier sistema de salud en general en su Informe Anual del año 2000.

Para OMS, **un sistema de salud es aquel conjunto cuyo propósito principal es el de realizar acciones de promoción, restablecimiento y mantención de la salud.**

No se consideran por lo tanto las acciones que indirectamente tienen consecuencias en salud, como puede ser el nivel de ingreso o pobreza, la educación en general de las personas, aunque sí aquellas intervenciones educativas con un fin preventivo. En el caso de seguridad en el trabajo cabe las de carácter informativo como por ejemplo las charlas, disposiciones verbales o afiches instructivos de carácter preventivo.

Las tres metas u objetivos de salud para la OMS, por lo tanto son las siguientes:

- a) **Salud**, medida en un indicador aceptado y aceptable. En el caso de salud general, se usa la Expectativa de Vida Ajustada por Discapacidad (EVAD).
- b) **Capacidad de respuesta sensible a las legítimas aspiraciones de los actores.** Cuyos componentes son el respeto a la dignidad de la persona, la confidencialidad y la autonomía de la persona por una parte, y la orientación al cliente que se compone de la prontitud en la atención, las comodidades elementales en la atención, el acceso a redes de soporte personal familiar y libertad para escoger el prestador. Normalmente este indicador se mide a través de encuestas de satisfacción específicas a los usuarios de los sistemas o a informantes calificados.
- c) **Equidad en la carga financiera del sistema a las personas** significa que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad: un sistema financiado en forma equitativa garantiza la protección financiera de sus usuarios.

E.2. ENSAYO DE APLICACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL AL SISTEMA DE MUTUALES

a) Indicadores de resultado en salud

Si bien no existe aún consenso en cual sería el indicador único para medir el daño en la salud de los trabajadores, se ha utilizado tradicionalmente el de **Accidentabilidad**, medido como el número de accidentes laborales por cada cien trabajadores que ocurren en una empresa o en un sector laboral en el período de un año.

El indicador de Accidentabilidad ha experimentado caídas sustanciales en los últimos 30 años, si bien en la década reciente se ha detenido la magnitud de su descenso.

En cuanto a **Riesgo de Enfermedades Profesionales**, el otro componente del objetivo de salud de los trabajadores, se debería buscar un indicador compuesto de riesgos teóricos *versus* riesgos reales determinados, prevenidos, diagnosticados, y cubiertos efectivamente por el sistema. Lamentablemente este indicador no está disponible y sólo tenemos algunas aproximaciones, como puede ser el reconocimiento de un creciente número de enfermedades en las listas nacionales e internacionales. En el caso de Chile, la lista de enfermedades definidas como profesionales ha crecido sustancialmente en los últimos años y en paralelo su diagnóstico y tratamiento. En la actualidad se discute intensamente si debería incorporarse como riesgos laborales ciertas patologías del área de la salud mental (el llamado stress laboral), sin embargo, no hay acuerdo aún en la materia y hace falta mucha información relacionada. En realidad la discusión se centra en si las patologías mentales producidas por circunstancias laborales (directas o indirectas) y, además, concurriendo otras ajena a ellas, deberían o no considerarse enfermedades profesionales cubiertas por la Ley 16.744. Actualmente, el stress producido directamente por el ejercicio de la actividad desarrollada por el trabajador es considerado laboral y queda cubierto por el Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

b) Capacidad de respuesta sensible a las demandas legítimas de los actores

En este terreno, las mutuales chilenas se han preocupado persistentemente de sondear la opinión de sus usuarios mediante encuestas de percepción de calidad las cuales han sido muy favorables siempre. Lo mismo ha ocurrido con la percepción de la opinión pública en general y con los líderes de los dos estamentos laborales: empleadores y trabajadores. En este último aspecto, una encuesta de 1998 confirma que los niveles de satisfacción por la cobertura y la calidad de la atención de las mutualidades son del orden 80 a 89% entre los trabajadores y de 73% entre los empleadores. Estos últimos hacen también valer en un 70% su posición favorable a que el sistema sea administrado por organismos sin fines de lucro.

c) Equidad financiera

Este objetivo, como se ha dicho anteriormente, pretende proteger el riesgo financiero de la enfermedad en las personas, planteando la equidad en términos de aporte según capacidad y recepción de beneficios según necesidad. En el sistema de mutualidades chilenas este concepto se respeta íntegramente ya que los servicios se financian con el aporte de los empleadores sin costo para los trabajadores. Los beneficios, por otra parte, cubren los costos de la atención del accidente o la enfermedad profesional en todos sus aspectos y sin topes. Sí tienen algunas restricciones los beneficios pecuniarios tales como las remuneraciones durante la incapacidad y pensiones e indemnizaciones por invalidez sobrevinientes al infortunio laboral, según niveles de incapacidad.

En teoría el sistema no discrimina frente a iguales riesgos y eventos a los trabajadores o afiliados, los cuales reciben todos un trato igualitario en las prestaciones médicas. Las únicas desigualdades

que pudieran presentarse están relacionadas con el acceso producto de faenas instaladas a mayores distancias de los centros de atención. Tampoco se observan en general desigualdades provenientes de condición de género o de nivel socioeconómico.

En este terreno, sin embargo, cabría plantearse algunas consideraciones, no sólo de equidad sino que también sobre la eficiencia y costo eficacia de los desembolsos financieros frente a las prestaciones. Ello será realizado mas adelante en el capítulo sobre desafíos y controversias (sección D).

E.3. PROPUESTAS DE OIT

El sistema mutual chileno incorpora desde su creación la filosofía y estructura tripartita de la OIT como principio central en las relaciones laborales mundiales.

La OIT ha propuesto algunas ideas para evaluar el estado de desarrollo e impacto de la protección del riesgo de salud laboral en el mundo. En ella, distingue tres áreas para las metas de desempeño:

- de capacidad, tales como número de inspectores o profesionales de salud dedicados a salud laboral;
- de actividad, tales como días dedicados a capacitación, número de inspecciones;
- de resultado, tales como número de enfermedades, accidentes y tasas de mortalidad.

Las metas que se proponen para el período más inmediato son más bien de procesos tales como:

1. Mejorías en políticas y legislación para cubrir riesgos laborales.
2. Servicios de salud laboral.
3. Infraestructura y recursos humanos.
4. Registro de accidentes, enfermedades profesionales y costos de accidentes y enfermedades; y
5. Existencia de cuerpos técnicos y supervisores.

Este conjunto de ideas de OIT son extraordinariamente interesantes y podrían dar origen a una aplicación relativamente fácil en Chile, ya que existen estadísticas que permitirían hacerlo en un plazo relativamente breve, retroalimentando así a la organización con un estudio de país muy concreto y completo.

F.

CONCLUSIONES

- 1°** El sistema de administración privada del seguro de riesgos del trabajo y enfermedades profesionales a través de mutualidades de empleadores de Chile, ha desarrollado en sus más de cincuenta años de vida un modelo eficaz de enfrentamiento de los problemas de los riesgos de salud del trabajo. Su concepción de integralidad en la aproximación al problema de salud, prevención, curación y rehabilitación, ha sido implementado con éxito y constancia en el período.
- 2°** Principal mérito de este sistema es haberse estructurado con conceptos básicos de ser entes privados de servicio a la comunidad laboral, su integración armónica de las partes interesadas (empresarios y trabajadores), su carencia de fines de lucro y respeto por la solidaridad, existencia de requisitos formales de eficiencia administrativa, haber desarrollado una red propia de atención altamente especializada en enfermedades y accidentes del trabajo, entre otros. En la práctica se constituyen en una experiencia exitosa de gestión privada de una política social de protección de un grupo de riesgo, como es el de los trabajadores del sector formal.
- 3°** La mayor medida de impacto del sistema se refleja en la caída rápida y sostenida en las tasas de Accidentabilidad en todo el período analizado y en las enfermedades profesionales, progresivamente incorporadas, diagnosticadas y tratadas por el sistema.
- 4°** El sistema, siendo un conjunto de entidades autónomas y sin aporte estatal, ha tenido un alto grado de sustentabilidad política, económica y técnica, reflejado en su sobrevida larga hasta la fecha y en la gran cantidad de evaluaciones positivas que permanentemente recibe del público en general, usuarios y sostenedores. Las mutuales han enfrentado toda clase de crisis políticas, económicas y de cambios del entorno, a los cuales han podido responder adecuadamente.
- 5°** Si se aplican los marcos conceptuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desempeño a este sistema de salud, propuestos en su Informe Anual 2000, se observa que el sistema de mutuales cumple muy bien con los requisitos de buenos resultados. La OMS distingue tres metas u objetivos de un sistema de salud: buena salud, financiamiento equitativo y capacidad de respuesta sensible a las demandas de los usuarios. El estudio concluye que es posible hacer un parangón de estos tres objetivos del sistema global de salud al de un sistema de salud del trabajo. Contrastados con la realidad chilena los requisitos de cobertura y eficacia propuestos por OIT recientemente, se observa igualmente que ellos se cumplen en un alto grado.
- 6°** Si bien se trata de un modelo establecido y maduro, no por ello está exento de desafíos, entre los cuales cabe anotar:

- i) **Mejorar y homogeneizar la calidad de los indicadores** que permitan al sistema nacional ser evaluado mejor y poder así también entrar en comparaciones válidas internacionalmente. El tema estadístico es complejo en cualquier campo, pero las iniciativas que permiten mejorar son deseables. En este terreno, es claro que la recolección de datos que permitan construir denominadores comunes de población o de tiempo de exposición al riesgo laboral son una alternativa interesante.
- ii) **Mantener una política de mejoramiento y perfeccionamiento permanente** para hacer frente a los cambios del entorno social, económico, laboral y de manejo empresarial. Se ha hecho hincapié en la evolución del mercado del trabajo hacia formas menos estables y más flexibles de empleo, desde la producción física a la de servicios como forma predominante de desempeño, desde los modelos integrados verticalmente hacia formas cooperativas o de mercados más abiertos de financiamiento y prestaciones.
- iii) **Enfrentar el cambio que viene en la estructura del mercado del trabajo** cuya tendencia es hacia la informalidad, la flexibilidad y la contratación menos estable. Ello pues las mutualidades obtienen su equilibrio con la contratación permanente y continua de un número de empresas y trabajadores con primas calculadas como un porcentaje de su remuneración y que al disminuir porcentualmente sobre el total, las puede afectar negativamente.

7º Necesidades de mayor estudio y evaluación

Una agenda de investigación y búsqueda de consensos entre especialistas y ejecutores de políticas emerge como consecuencia de este análisis de la realidad chilena. Esta agenda debiera incluir como mínimo los siguientes aspectos:

- i) **Análisis y propuestas de indicadores** que reflejen mejor la realidad del impacto del sistema en las metas del mismo. Tanto en la estructura, como en los procesos y en los resultados. Si se parte de una concepción de evaluación de políticas sociales y se le aplica los métodos clásicos de carácter descriptivo y de análisis de eficiencia y eficacia final al sector de la salud laboral, se deberá enumerar y probar en la práctica indicadores que tengan simpleza, robustez y capacidad predictiva. En un plano de propuesta se debiera estudiar indicadores que resuman los elementos de población, riesgos y daños a la salud relacionados con el trabajo, otros que recojan las acciones de salud, sus aspectos de proceso y de resultados, con la evaluación económica pertinente, incluidos sus impactos epidemiológico y económico.
- ii) **Seguimiento y evaluación de las reformas** de adaptación al entorno económico social cambiante que están llevando a cabo las mutuales para enfrentar sus desafíos. Un conjunto de estudios tanto al nivel de Chile como de otros países que están implementando sistemas semejantes de ejecución privada de políticas de protección social.
- iii) Adaptación y aplicación de un marco conceptual para el análisis del desempeño de los sistemas de salud laboral en el caso de Chile, y eventualmente otros países. Al respecto, la idea es revisar el Modelo Conceptual de OMS para análisis de desempeño de sistemas de salud al área específica de lo laboral.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece la colaboración de María Paz Figueroa, Gabriel Jaramillo, Jaime Peirano, Eduardo Undurraga, y a la Asociación de Mutuales A.G. y sus personeros.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO J. P. Tendencias en la situación financiera de las mutuales 1993-2003 y proyecciones futuras. Junio de 2004.
- BODEN LI. Policy evaluation: better living through research. *Am. J. Ind. Med.* 1996 Apr;29(4):346-52.
- CURSO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD OCUPACIONAL. ACHS, 1996.
- CONTE-GRAND A., RODRÍGUEZ CARLOS. Cobertura de los riesgos del trabajo. Manual con experiencias actuales y alternativas, 1999. OIT.
- DECRETO SUPREMO N° 67. Aprueba Reglamento para aplicación de artículos 15 y 16 Ley N° 16.744, sobre exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada. *Diario Oficial de la República de Chile*, martes 7 de marzo de 2000.
- ESTADÍSTICAS ANUALES DE SEGURIDAD SOCIAL. Superintendencia de Seguridad Social. Chile 1996-2006.
- ESTADÍSTICAS ANUALES DE SEGURIDAD. Asociación Gremial de Mutualidades. Chile 1996-2006.
- Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. *Occup. Environ. Med.* 1999 Jun;56(6):361-77.
- Hulsshof CT, Verbeek JH, van Dijk FJ, van der Weide WE, Braam IT.
- Imagen de las mutualidades de empleadores en el marco de la ley 16.744. Estudio ADIMARK 1998.
- Informe de la Salud en el Mundo, 2000: Sistemas de Salud: Mejorando el desempeño, OMS, Ginebra, 2000.
- JIMÉNEZ, J. "Subsistema de Mutuales de Seguridad", en libro "Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile", ed. Romero María Inés, CPU, 1990.
- Las mutualidades de empleadores, Chile. Asociación de Mutuales A.G. 2000.
- Memorias mutuales de seguridad. Chile 1987-1999.
- MILLER P, WHYNES D, REID A. An economic evaluation of occupational health. *Occup. Med. (Lond)*. 2000 Apr;50(3):159-63.
- MINUTA JORNADA TÉCNICA INTERNACIONAL DE ASOCIACIÓN DE MUTUAS DE ACCIDENTES DEL TRABAJO - AMAT. 26-28 de septiembre de 2000. Atención Sr. Eduardo Undurraga.
- NOVOA, Derecho de seguridad social, Ed. Jurídica de Chile 1977.
- PLOMP HN, VAN DER WAL G, WEEL AN. Market effect on social security and occupational health services. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 Jun. 26;143(26): 1374-8.
- SEGURIDAD SOCIAL. Revista 1997. Superintendencia de Seguridad Social. Santiago de Chile.
- SHI L. The impact of increasing intensity of health promotion interventions on risk reduction. *Eval Health Prof.* 1992 Mar;15(1):3-25.
- TAKALA J. Indicators of death, disability and disease at work. *Safe Work. The Global Programme on Safety, Health and the Environment*, 2000. OIT.
- Una mirada al futuro: ¿Qué trae el nuevo siglo?, *Revista Mercado*, marzo 2000 pp. 37 a 44.

TABLA AUXILIAR 1

AÑO	INP	MUTUALES	ADMINISTRADORES DELEGADOS	TOTAL
1987	602.341	1.389.193	54.461	2.045.995
1990	649.481	1.853.535	59.520	2.562.536
1993	756.758	2.259.330	50.651	3.066.739
1996	1.274.032	2.500.421	43.708	3.818.161
1999	921.987	2.502.944	34.587	3.459.518
2002	911.847	2.643.739	30.331	3.585.917
2006	1.182.980	3.247.113	26.022	4.391.855

TABLA AUXILIAR 2

AÑO	EMPRESAS	TRABAJADORES
1978	11.834	592.945
1988	50.000	1.800.000
1998	83.000	2.880.000
2006	79.080	3.247.114

TABLA AUXILIAR 3

AÑO	A.C.H.S.	C.CH.C.	IST
1993	1.107.913	767.052	384.365
1996	1.263.242	879.353	357.826
1999	1.319.334	836.951	346.659
2002	1.399.066	906.272	338.401
2006	1.666.456	1.060.507	455.890

TABLA AUXILIAR 4

AÑO	A.CH.S.	C.CH.C.	IST
1993	42,71	46,22	17,18
1996	39,47	45,29	19,00
1999	39,96	43,46	17,10
2002	38,9	41,7	19,8
2006	48,7	49,6	27,4

TABLA AUXILIAR 5

AÑO	TASA DE ACCIDENTABILIDAD
1969	35,30%
1971	19,40%
1974	14,20%
1980	12,20%
1992	12,30%
1994	11,90%
1997	10,80%
1998	8,60%
1999	7,50%
2000	7,40%
2005	6,77%
2006	6,42%

TABLA AUXILIAR 6

ACTIVIDAD ECONÓMICA	AÑO						
	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Agricultura, Silvicultura	15,2	13,0	13,1	9,3	9,8	9,7	8,6
Minería	11,6	9,1	7,2	4,2	4,6	4,0	3,3
Industria Manufacturera	15,9	14,5	14,7	10,0	10,1	9,9	9,4
Construcción	18,6	18,1	17,0	9,3	10,3	9,6	8,9
Electricidad, Gas y Agua	6,6	7,9	8,3	6,3	5,7	5,9	4,7
Comercio	8,4	8,0	9,3	6,2	6,2	6,0	5,8
Transporte	12,3	12,0	13,3	8,7	9,7	9,1	9,2
Servicios	5,9	5,7	5,8	5,3	5,0	5,1	5,2

TABLA AUXILIAR 7

AÑO	TASA DE ACCIDENTABILIDAD (%)	CURSOS Y CHARLAS
1969	35,30	5
1971	19,40	10
1974	14,20	500
1980	12,20	1.300
1992	12,30	4.900
1994	11,90	5.000
1997	10,80	8.800
1998	8,60	9.200
1999	7,50	9.895

TABLA AUXILIAR 8

AÑO	TASA ACCIDENTABILIDAD (%)	GASTO EN PREVENCIÓN COMO % DEL TOTAL DE REMUNERACIONES IMPONIBLES
1993	12,12	0,24
1994	11,9	0,26
1995	11,13	0,27
1996	10,4	0,27
1997	10,8	0,25
1998	8,6	0,25
1999	7,5	0,25
2000	7,4	0,27
2001	7,4	0,26
2002	7,4	0,25
2003	7,3	0,25