

"LA SALUD OCUPACIONAL EN CHILE"

agosto de 2014



**Gobierno
de Chile**

**DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL
MINISTERIO DE SALUD**

**Dra. Silvia Riquelme Q.
sriquelme@minsal.cl**

TEMAS

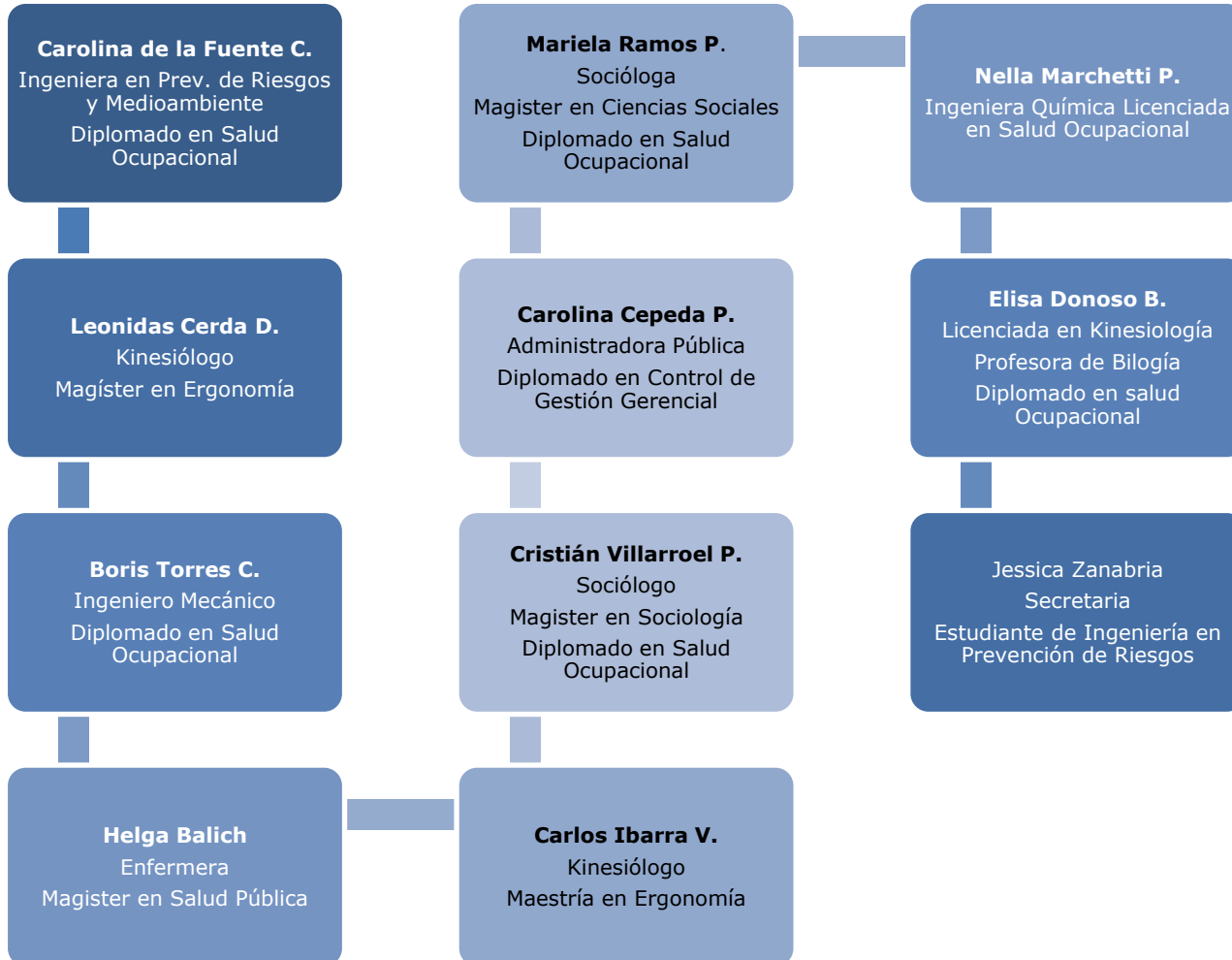


1. **Equipo de Trabajo**
2. **Objetivos y Funciones del Departamento**
3. **Productos esperados**
4. **Énfasis de la gestión para el año 2014**
5. **Determinantes Sociales y Contexto de la Salud Ocupacional**
6. **Sistema de Salud Ocupacional y Modificación de la Ley 16.744**

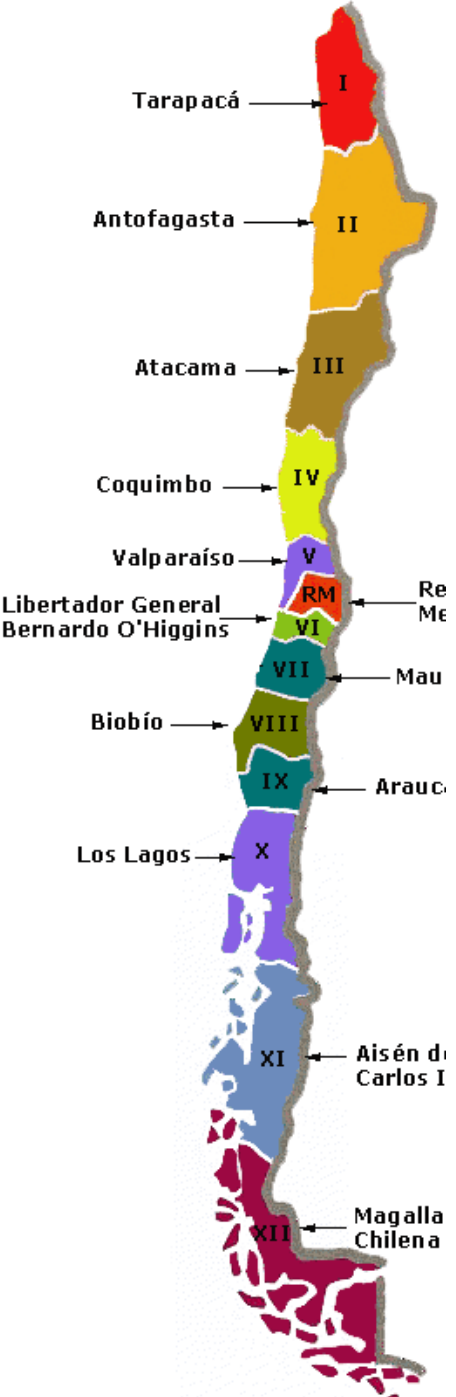


1. EQUIPO DE TRABAJO

Dra. Silvia Riquelme Q.
Médico Cirujano
Magíster Salud Ocupacional y Epidemiología



Estructura Regional



**CÓDIGO
SANITARIO**

LEY 16.744

**AUTORIDAD
SANITARIA**

**Reglamentación y
fiscalización:**

- Ambiente y condiciones de trabajo
- Vigilancia Epidemiológica
- Equipos críticos
- Sustancias químicas peligrosas
- Autorizaciones sanitarias
- Vigilancia Epidemiológica

LEY 19.937

AUTORIDAD SANITARIA

Coadministrador Seguro:

- Administración Financiera
- Reglamentación y Fiscalización de Ambiente y condiciones de trabajo
- Actividades de los Org. administradores
- Evaluación médico-legal

2. FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO

MISIÓN

Generar políticas públicas en materia de salud ocupacional, considerando las condiciones de trabajo existentes y los determinantes de la salud, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población trabajadora y la de su familia, junto con mejorar los estándares de crecimiento y desarrollo económico del país

VISIÓN

Fortalecer el rol regulador y de vigilancia epidemiológica, ajustando de manera oportuna los marcos normativos para una población en constante cambio y transformación.

OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO

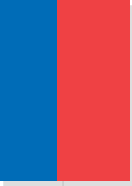
OBJETIVO GENERAL

Disminuir la frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, junto con propender al desarrollo de ambientes de trabajo saludables, amables y seguros, que permitan mejorar la calidad de vida en lo que concierne a la salud física y mental de los trabajadores de nuestro país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar las regulaciones y directrices considerando los Objetivos Sanitarios para la década
- Actualizar y elaborar normativas que apunten a una política preventiva en materia de seguridad y salud laboral
- Fortalecer la implementación de políticas y estrategias considerando enfermedades y factores de riesgo “emergentes” de gran impacto e incidencia en la salud ocupacional
- Establecer regulaciones en materia de salud ocupacional acordes al nivel de desarrollo del país y los niveles de salud esperable.

HITOS Y LOGROS DEL DEPTO. DE SALUD OCUPACIONAL



3. LÍNEAS DE TRABAJO Y PRODUCTOS ESPERADOS

FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA	CONTRIBUCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL
<i>Regulación</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Elaboración y/o actualización de Reglamentos: Modificación al Reglamento sobre Condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.❖ Protección radiológica, plaguicidas, trastornos musculoesqueléticos, equipos críticos, factores de riesgo psicosocial.
<i>Rectoría</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Monitoreo y acompañamiento del desarrollo e implementación de los planes de salud y diagnósticos regionales, en el ámbito de la Salud Ocupacional.❖ Liderar mesas de trabajo nacionales tripartitas por actividad económica, según riesgos y enfermedades profesionales.
<i>Vigilancia Epidemiológica en Salud Ocupacional</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Proponer y elaborar protocolos y guías clínicas de vigilancia, diagnóstico y tratamiento de enfermedades profesionales.❖ Monitoreo de la implementación del Plan de Erradicación de la Silicosis.

3. LÍNEAS DE TRABAJO Y PRODUCTOS ESPERADOS



FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA	CONTRIBUCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL
<i>Promoción en Salud</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Campañas de Promoción de derecho y prevención de riesgos en salud, en grupos de trabajadores(as) vulnerables.❖ Desarrollo de la estrategia de Lugares de Trabajo Promotores de la Salud.❖ Monitoreo de la implementación del PMG Género en los planes regionales
<i>Estudios Epidemiológicos e Investigación</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Generar evidencia sobre los efectos de exposición a agentes específicos por parte de la población trabajadora.

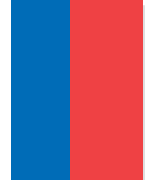
REGULACIÓN

REGLAMENTO O NORMA	ESTADO
Reglamento de Aplicación Aérea de Plaguicidas	Decreto N°5 . D.O. 25/09/2010
Guía Técnica de Radiación Ultravioleta de Origen Solar	R. E. N° 487. D.O. 14/06/2011
Reglamento de Calderas, Autoclaves y Equipos que utilizan Vapor de Agua	D.S. N° 10. D.O. 02/03/2012 (17/04/2014)
Modifica el D.S. N° 594 en materia de "Hipobaría Intermitente Crónica de Gran Altitud"	Decreto N° 28, publicado en el Diario Oficial el 11/2012
Norma Técnica para la implementación de Vigilancia de Accidentes del trabajo con consecuencia de muerte (ALF) y graves (ALG)	R.E. N° 450. 18/07/2012

REGULACIÓN

REGLAMENTO O NORMA	ESTADO
Norma Técnica para la implementación de Vigilancia de Accidentes del trabajo con consecuencia de muerte (ALF) y graves (ALG)	R.E. N° 450. 18/07/2012
Norma Técnica para la Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo de Trastornos Musculo esqueléticos de Extremidades Superiores (TMEES)	R.E. N° 804. 26/09/2012
Norma Técnica para el uso de Radiografía digital en Programas de Vigilancia del riesgo de sílice	R.E. N° 2443. 22/11/2012
Guía Técnica sobre Exposición ocupacional a Hipobaría Intermitente Crónica por Gran Altitud	R.E. N° 1113. 07/11/2013

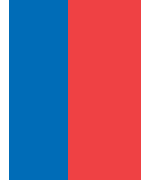
REGULACIÓN



REGLAMENTO O NORMA	
Reglamento de Productos con Acción Antimicrobiana	En proceso de elaboración
Reglamento de Aplicación Terrestre de Plaguicidas	
Reglamento que Regula el Uso del Chorro Arena como Abrasivo	
Reglamento de Pesticidas de Uso Sanitario y Doméstico En proceso de actualización.	
Reglamento de Elementos de Protección Personal	



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



PROTOCOLO DE VIGILANCIA	ESTADO
<u>De la Pérdida Auditiva por Exposición a Ruido en los Lugares de Trabajo</u>	D.E. N° 1029. 11/11/ 2011
<u>Para Trabajadores Expuestos a Factores de Riesgo de Trastornos Músculo esqueléticos de Extremidades Superiores (TMERT-EESS)</u>	R.E N° 503. 03/08/2012
<u>De Riesgos Psicosociales en el Trabajo</u>	R.E. N° 336. 12/06/2013
De Trabajadores Expuestos a Plaguicidas	R. E. N° 150. 06/03/2014

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA	ESTADO
De Trabajadores y Buzos Expuestos a Condiciones Hiperbáricas	En proceso de elaboración
De Trabajadores Expuestos a Citostáticos	
De trabajadores Expuestos a agentes provocadores de Dermatitis	
De Trabajadores Expuestos a Agentes Asmogénicos	
De Trabajadores Expuestos a Asbesto	
De Trabajadores Expuestos a Metales Pesados (Arsénico, plomo, zinc, cromo, mercurio, manganeso)	
De Trabajadores Expuestos a Riesgos Hospitalarios (riesgos químicos y físicos)	

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN POBLACIÓN TRABAJADORA



4. ENFASIS DE LA GESTIÓN PARA EL 2014

- Desarrollar una Política y un Programa Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (en el marco del Convenio 187 de la OIT).
- Relevar la PREVENCIÓN de las Enfermedades Profesionales: **Visibilizar**
- Fortalecer la ASR en el ámbito de S.O.
- **Incorporar a los trabajadores en el quehacer de la Autoridad Sanitaria. Fortalecer la relación con los dirigentes sindicales.**



5. DETERMINANTES SOCIALES Y CONTEXTO



ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TRABAJO




DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TRABAJO

- ESCOLARIDAD, EDUCACIÓN, FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN
- AMBIENTE Y PATRÓN SOCIOCULTURAL
- ETNIA
- ACCESO A PROTECCIÓN SOCIAL.
- NIVEL DE INGRESO
- JEFATURA DE HOGAR
- SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD
- ESTILOS DE VIDA



DIAGNÓSTICO

- SUB-NOTIFICACIÓN. SUB-DIAGNÓSTICO
 - CAMBIO PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO
 - PATOLOGÍAS TRADICIONALES Y EMERGENTES
 - CAMBIO EN EL PERFIL PRODUCTIVO
 - HETEROGENEIDAD SECTORES PRODUCTIVOS
- 

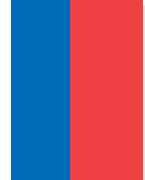
DIAGNÓSTICO. INEQUIDADES

- 30% A 40% INFORMALIDAD. DESPROTEGIDOS
- TERCERIZACIÓN Y SUBCONTRATACIÓN
- DESCONOCIMIENTO DE LOS SECTORES MÁS PRECARIOS DE LA ECONOMÍA
- SEGREGACIÓN
- FALTA DE CAPACITACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS POR PARTE DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS











DESIGUALDADES E INEQUIDADES DE GÉNERO

- ✓ Inequidad en la distribución del ingreso: Diferencia se acrecienta a medida que mejora el nivel de ingreso.
- ✓ Feminización de los rubros de la economía peor remunerados
- ✓ Acceso regresivo en el ingreso al mercado laboral y a la “Seguridad Social”
 - Monto Jubilación: < monto ingresos, lagunas
 - Subsidio por incapacidad laboral
- ✓ Acceso regresivo al Sistema de Salud común y laboral
- ✓ Escasa participación de las mujeres en los círculos de poder y en las organizaciones de trabajadores(as). Parlamentarios. Cargos directivos. Capacidad Negociación.
- ✓ Doble presencia



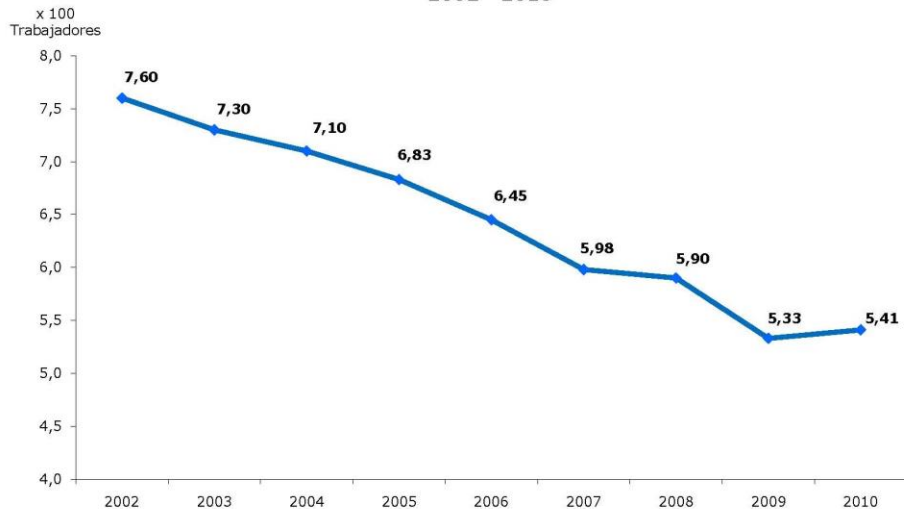




ACCIDENTES DEL TRABAJO

La Ley 16.744 establece la cobertura total de las prestaciones médicas en que se incurra a causa o con ocasión de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

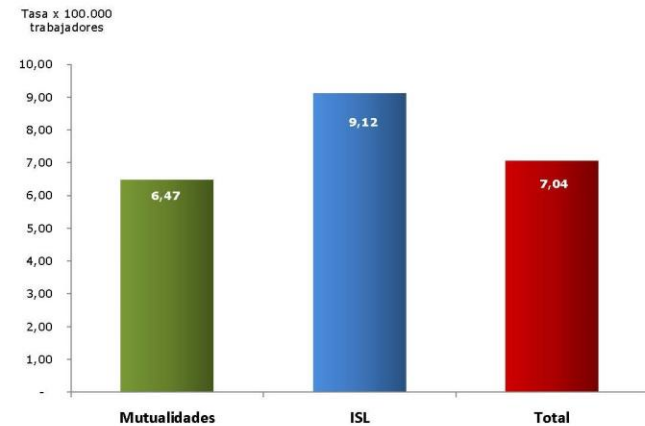
**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ACCIDENTABILIDAD DEL TRABAJO
MUTUALIDADES
2002 - 2010**



No incluye accidentes de trayecto.

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, 2012.

**TASA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO
MUTUALIDADES e ISL
2010**



Nota: No incluye accidentes de trayecto. Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, 2012. Incluye la declaración de muerte presunta (Mutualidades).

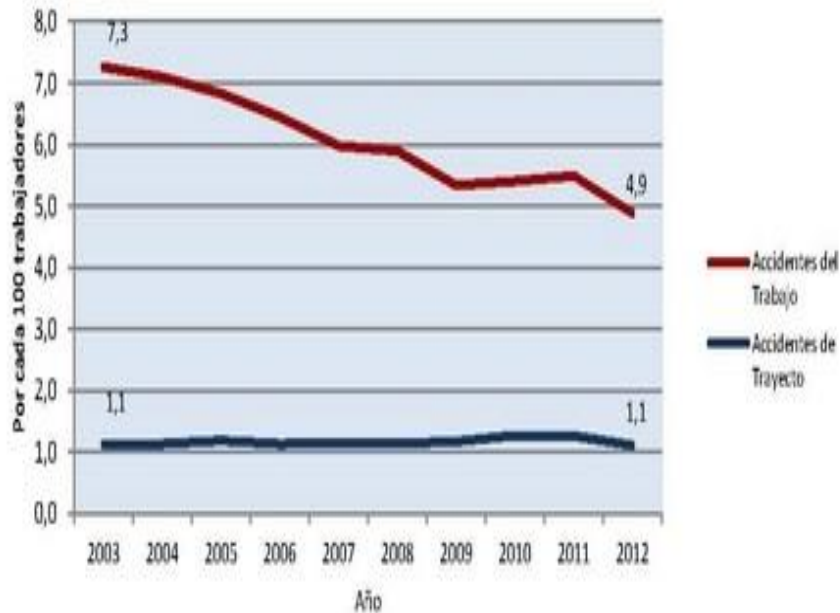
“La tendencia hacia la baja en la tasa de accidentes del trabajo en Chile podría ser un resultado que se explique no sólo por las características del sistema de seguridad laboral, pero también (y, eventualmente, en parte importante) por el reemplazo de medios mecánicos de producción por otras formas basadas en la electrónica; por el aumento en la participación del empleo en el sector servicios (con menor tasa de siniestros); y por la apertura de la economía al comercio internacional”.

ACCIDENTES DEL TRABAJO

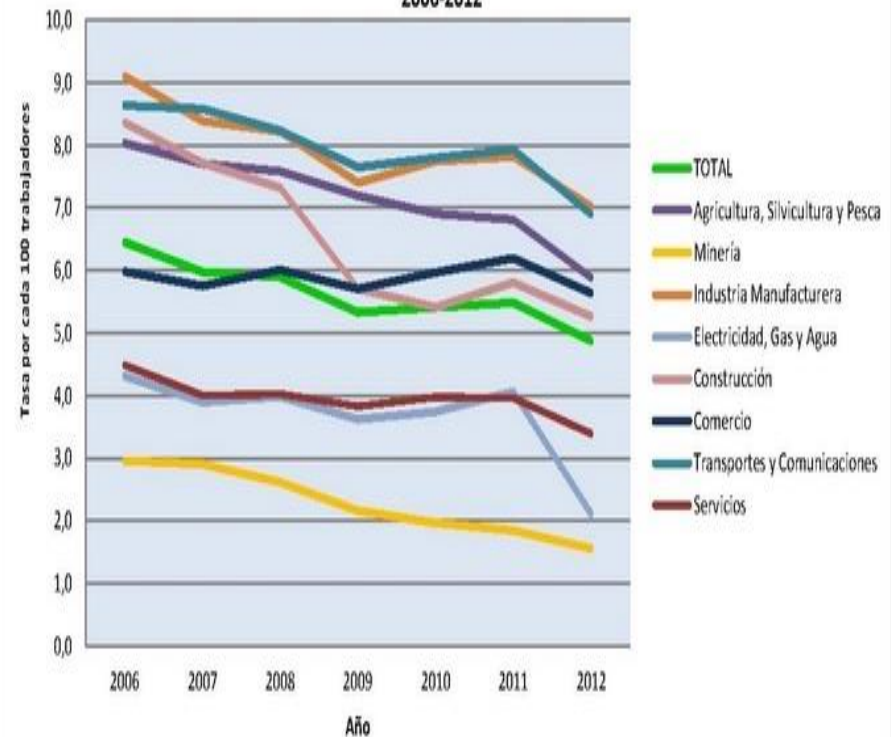
La Ley 16.744 establece la cobertura total de las prestaciones médicas en que se incurra a causa o con ocasión de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Año 2012
ALF: 325
ALG:3.111

Tasa de Accidentabilidad por Accidentes del Trabajo y de Trayecto
Mutualidades
2003-2012



Tasa de Accidentabilidad por Accidentes del Trabajo según Actividad Económica
Mutualidades
2006-2012



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, 2012.

Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2010



ENFERMEDADES PROFESIONALES

- ✓ Según la estimación de la OIT cada año mueren 185 millones de trabajadores y trabajadoras debido a enfermedades relacionadas con el trabajo.
- ✓ Las enfermedades profesionales (EP) están directamente relacionadas con las condiciones de trabajo, empleo y exposición a agentes y factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo.
- ✓ La mejoría de estas condiciones constituye un gran desafío para nuestro país.



NÚMERO DE DÍAS PERDIDOS (1)
 POR ACCIDENTES DEL TRABAJO Y DE TRAYECTO Y POR ENFERMEDADES PROFESIONALES, SEGÚN MUTUAL
 2007 - 2011

MUTUALES / DÍAS PERDIDOS	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL POR ACCIDENTES	3.579.999	3.782.704	3.463.290	3.793.710	4.192.749
Asociación Chilena de Seguridad	1.653.527	1.787.378	1.722.745	1.884.779	1.962.368
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	1.331.553	1.381.891	1.196.521	1.344.336	1.671.684
Instituto de Seguridad del Trabajo	594.919	613.435	544.024	564.595	558.697
ACCIDENTES DEL TRABAJO	2.891.811	3.008.797	2.696.488	2.918.742	3.248.574
Asociación Chilena de Seguridad	1.322.733	1.420.737	1.339.674	1.446.710	1.509.901
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	1.081.571	1.089.940	920.122	1.026.826	1.290.489
Instituto de Seguridad del Trabajo	487.507	498.120	436.692	445.206	448.184
ACCIDENTES DE TRAYECTO	688.188	773.907	766.802	874.968	944.175
Asociación Chilena de Seguridad	330.794	366.641	383.071	438.069	452.467
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	249.982	291.951	276.399	317.510	381.195
Instituto de Seguridad del Trabajo	107.412	115.315	107.332	119.389	110.513
TOTAL POR ENFERMEDADES PROFESIONALES	144.298	167.451	136.488	176.325	225.180
Asociación Chilena de Seguridad	65.318	77.992	78.841	104.197	128.215
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	54.784	54.228	39.096	44.385	80.168
Instituto de Seguridad del Trabajo	24.196	35.231	18.551	27.743	16.797

(1) Se entiende por "número de días perdidos" aquellos en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente o enfermedad profesional, sujeto a pago de subsidio, sea que éste se pague o no.

6. SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL Y MODIFICACIÓN DE LA LEY 16.744



LEY 16744

- **HISTORIA**
- **PRINCIPIOS**
- **DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN EL TRABAJO**
- **DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL**
- **PROPUESTA MODIFICACION LEY 16744**
- **CONCLUSIONES**

HISTORIA

Las ideas que dieron origen al Sistema de Salud del Trabajo se dan en el marco de una elevada tasa de accidentes >30% durante los años 50`s y 60`s. Originalmente la propuesta nace de un análisis realizado por el Colegio Médico de la época y no consideraba la existencia de Organismos Administradores Privados (Mutuales).

Fue en el gobierno de D. Eduardo Frei Montalva, que se presentó el proyecto de la Ley 16.744 con la figura de **Seguro Social Obligatorio**, incorporando a estos organismos privados

Ante la inclusión de Organismos Administradores Privados (mutuales) por delegación del Servicio Nacional de Salud y del Servicio de Seguro Social:

✓ Se mantuvieron roles de supervigilancia de las actividades de prevención y médicas en el Servicio Nacional de Salud y Superintendencia de Seguridad Social, con el fin de asegurar que estos nuevos actores privados cumplieran su rol “*sin lucrar*” y sus actividades de prevención y médicas fueran de calidad, sin entrar en las prácticas financieras de reducción de costos de las aseguradoras. Pero dejando al SNS de la época como administrador del sistema.

Principio de Unidad: “*Este sistema institucionalmente, entrega la administración del seguro a un solo organismo, en este caso el Servicio Nacional de Salud, y su administración operativa a las instituciones anteriormente señaladas*”.

HISTORIA

Informe Comisión Asistencia Médico Social e Higiene, 15 de junio, 1966

Reconocimiento de la especialidad del sector salud en materia sanitaria:

- Experiencia acumulada en el otorgamiento de prestaciones médicas
- Infraestructura
- Experiencia en la calificación médico legal
- Idoneidad técnica para la formulación de propuestas de incorporación de enfermedades y nuevos riesgos para la salud de los trabajadores.

Reconocimiento de manera transversal al SNS su idoneidad en la identificación del riesgo sanitario en las empresas y por lo tanto la supervigilancia y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad de todos los sitios de trabajo, cualesquiera que sean las actividades que en ellos se realicen, en empresas privadas e instituciones públicas.

Se le facultó incluso la potestad para **clausurar** las fábricas, talleres, minas o **cualquier sitio de trabajo** que signifique un **riesgo inminente** para la salud de los trabajadores o de la comunidad.

De hecho estaba provisto que, el **50% de los excedentes** que se produzcan en los diversos fondos, al final de cada ejercicio, serán *destinados al SNS, para que los dedique a programas extraordinarios de prevención de riesgos profesionales y rehabilitación y reeducación de inválidos.*

Boletín de Estadísticas de la SUSESO, Nº 25 del presente año:

Personas	
Población activa (1954)	2.800.000
Asegurados contra accidentes del trabajo	572.300
Total de la población asegurada	895.400

27 junio 1945. Discurso en Sala sobre la política de seguridad social, la patología del trabajo.

“Los hombres bregan contra los riesgos comunes: la enfermedad, la invalidez, el accidente, la vejez y la muerte; la desocupación obligatoria y el paro forzoso”.

“La inseguridad social es cesantía, bajos salarios, enfermedad, invalidez, vejez y muerte; ignorancia y miseria.”

“En Chile, cada cinco minutos y siete segundos, ocurre un accidente del trabajo; cada cinco minutos y nueve segundos, se inutiliza un obrero;”. ¡Y la ley para ampararlos lleva **veintiséis años** en el Congreso! ¡Qué humano, qué tremendamente humano es el régimen en que vivimos!

“Cada **dos horas y 21 minutos y 28 segundos, muere un trabajador**; y cada segundo, se pierde en Chile un peso veinte centavos por este capítulo.”

HISTORIA

“Tenemos **la cifra de accidentes del trabajo más alta del mundo**; habiendo alcanzado a cerca de 50.000 x año, determinando invalidez total o permanente en el 0,4 %, y de invalidez total y transitoria, en el 3,10 %. La invalidez temporal alcanza al 96,04 %. Los estudios nos demuestran que el porcentaje de mineros enfermos de **silicosis** alcanza a **32,1%** en Potrerillos.

Frente a las enfermedades profesionales: Alemania **5,4 EP/100 AL**; Estados Unidos **3/100**; Inglaterra **2,8/100**. En Chile, las estadísticas nos hablan de un **0,2/100**, lo que demuestra que no están estudiadas en nuestra legislación y no han sido englobadas en ella. En nuestro país se considera una enfermedad profesional cada 472 accidentes del trabajo.

¡Durante cuántos años obreros del cobre y del carbón han tenido que arrastrar su drama brutal, carcomidos sus pulmones por la antracosis o la silicosis, sin prestación médica, sin amparo legal!

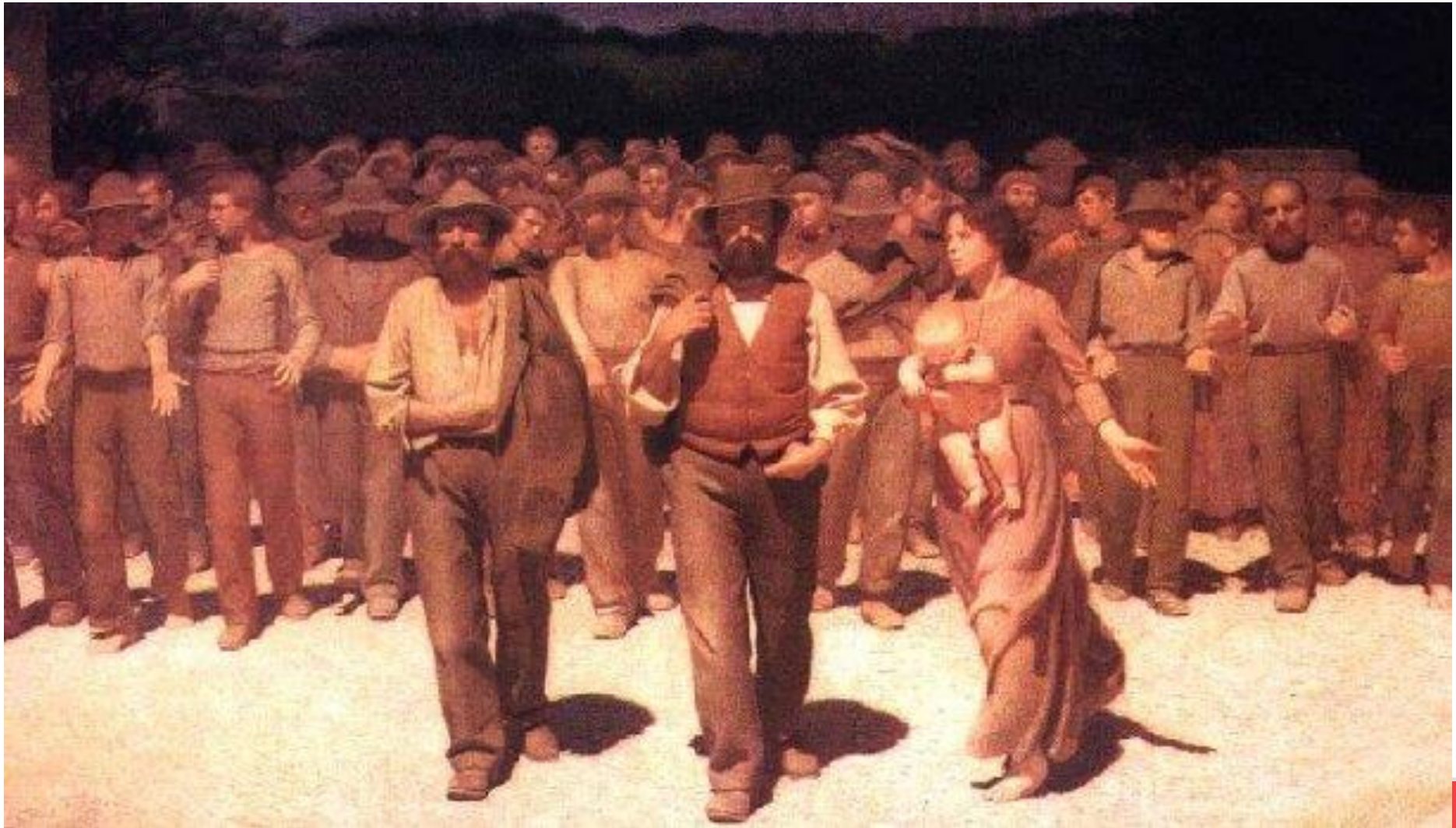
Para el período de la llamada "República Salitrera" no existían los contratos de trabajo ni menos los sistemas de previsión; por el contrario, eran usuales las jornadas laborales de 14 horas de duración. La pulperia, lugar donde se abastecían en la época. Las pésimas condiciones laborales eran aumentadas en las oficinas salitreras a través del sistema de fichas.....



Los temidos "cachuchos", que tantas muertes de obreros provocaron en la industria salitrera. La imagen muestra la peligrosa forma de operarlos, que produjo muchas muertes de trabajadores, los que carecían de las seguridades mínimas para proteger sus vidas.



Aparece el obrero





LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

FALTA CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 16.744 promulgada el año 1968 fue formulada bajo principios doctrinarios que sustentaban la creación de un seguro social, transcurridos 45 años aquellos principios se han debilitado e incluso algunos de ellos están prácticamente ausentes.

UNIVERSALIDAD SUBJETIVA

- La cobertura actual de los Organismos que Administran el Seguro Social es *70% de la FTO*. 30 % de los trabajadores (2 mill.), no tienen acceso protección social en Salud y Seguridad en el Trabajo: prestaciones preventivas, curativas y económicas del seguro.
- Principalmente trabajadores independientes e informales, pequeñas empresas, trabajo doméstico, por cuenta propia, a domicilio, ocasional y agrícola de subsistencia.
- 42,1 % de los trabajadores de menores ingresos y 25 % de los trabajadores de mayores ingresos desconocen estos derechos, condicionando la falta de ejercicio de ellos.

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

SOLIDARIDAD

- Se identifica ausencia de solidaridad y una creciente estratificación y segmentación entre los organismos administradores debido a la **estratificación** y la asignación sesgada de los recursos.
- Los empleadores adheridos a las mutualidades cuentan con un promedio de **49,8** trabajadores por empresa, con remuneraciones imponibles promedio de **\$420.775** mensuales.
- Los empleadores adheridos al ISL tienen un promedio de **2,9** trabajadores por empresa, con remuneraciones imponibles promedio de **\$254.250** mensuales. 40% menos.

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

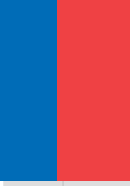


INTEGRALIDAD

- **Baja cobertura** de los programas preventivos y de los sistemas de vigilancia que no superan el **4 a 5%** de la población laboral activa.
- Limitado acceso a una óptima rehabilitación laboral.
- Mínimo desarrollo de la reeducación profesional, lo que genera un alto número de trabajadores con **menor capacidad de ganancia**, iniciando un círculo de precarización e informalidad laboral que lleva a mayor uso y dependencia de los seguros asistenciales y en algunos casos al empobrecimiento.
- Incumplimiento de la **continuidad** de las prestaciones pecuniarias, la complejidad administrativa de las mutuales e ISL, lleva a que no se logre la continuidad en el pago de este derecho, creando lagunas de ingreso del sustento familiar que potencia los círculos de dependencia económica de entidades financieras y el empobrecimiento del núcleo.



LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

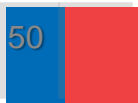


UNIDAD

- Materialización se cumpliría en el marco del desarrollo de una política nacional de salud seguridad y calidad de vida en el trabajo, cuya construcción sea: participativa, intersectorial y tripartita, instancia que no ha ocurrido aun a pesar del ratificación del convenio 187 de la OIT.

PRINCIPIO DE LA IGUALDAD, EQUIDAD O UNIFORMIDAD EN EL TRATO

- Existe un **descrome** del sistema de salud laboral, similar al que ocurre en la dualidad del sistema de salud entre FONASA- ISAPRE.
- **No existe una libre afiliación** de empresas en el sistema, existiendo barreras de las mutualidades y las empresas de menor tamaño y de menores ingresos y habitualmente de mayor riesgo, se concentran en el sistema público, es decir, el ISL.



LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL



PRINCIPIO DE LA IGUALDAD, EQUIDAD O UNIFORMIDAD EN EL TRATO

- Los trabajadores no tienen las mismas oportunidades para ejercer sus derechos, existiendo un incentivo a no utilizar el Seguro por cuanto el ajuste de la tasa adicional para el período subsiguiente puede ser superior al costo del beneficio que el Seguro entrega a la empresa. Lo que se traduce en subregistro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, evasión por parte de los empleadores y pérdida de los beneficios por parte de los trabajadores.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos **prohibió** cualquier tipo de **discriminación** basada en raza, género, idioma, religión, política, nacionalidad, propiedad, ingreso u otras causas. La OIT considera que la “igualdad de trato es un principio guía de la seguridad social”.



LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

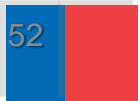


SUBSIDIOS CRUZADOS ENTRE EL SISTEMA DE SALUD GENERAL (LEY 18.869) Y EL SISTEMA DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (LEY 16.744).

Tienen una estrecha relación con el sub-diagnóstico y sub-registro de la patología ocupacional. Por subsidios cruzados entendemos que el sistema de salud general, FONASA e ISAPRES (principalmente FONASA ya que es la cubre al 70 % de la población en Chile) subsidia al sistema de la ley 16.744 al atender, tratar, rehabilitar y pagar reposos médicos por patología laboral que no ha sido diagnosticada y que en la práctica es absorbida como patología de origen común, no laboral.

FALTA DE TRANSPARENCIA DEL SISTEMA

Durante la dictadura militar, se introdujeron modificaciones en la ley 16.744 en beneficio de una mayor flexibilidad en el actuar de las mutuales, que se tradujo en deformaciones de sus propósitos iniciales como organismos sin fines de lucro.



LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

- En junio de 1977, el Ministerio de Hacienda emitió un decreto ley que permite a las mutuales “extender la atención médica que presten sus establecimientos cuando estén en condiciones para ello”. La norma también las faculta para “celebrar los convenios que sean necesarios”. A partir de este decreto, las mutuales tuvieron el campo libre para atender pacientes particulares utilizando instalaciones que han sido construidas, compradas y mantenidas gracias a las cotizaciones que las empresas pagan por cada trabajador.
- Modificaciones legales adicionales: traspaso de la responsabilidad de determinar el grado de incapacidad por accidente desde la COMPIN (pensiones), y que en la propuesta actual del MINTRAB de modificación de la ley 16.744, se pretende que ocurra de manera similar para las enfermedades profesionales; además definir rebaja de la cotización adicional. **“juez y parte”**.

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

INSTALACIÓN DEL LUCRO EN EL ABORDAJE DE SALUD Y SEGURIDAD LABORAL

- **Creciente externalización de servicios: servicios de aseo, lavandería, seguridad y alimentación, transporte de pacientes y la atención en salas de procedimientos no invasivos (policlínicos de empresas).**
- **Constitución en sociedades anónimas.**

COMPETENCIA COMERCIAL POR AFILIACIÓN

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

LIMITACIONES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA SALUD LABORAL

- Rol determinante en el desarrollo de diagnósticos adecuados para la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas públicas en Salud Laboral.
- Es necesario complementar diversos modelos de vigilancia y la estructura y organización de los sistemas de vigilancia de salud ocupacional y como estos se asocian a estrategias de fiscalización preventiva, eficiente y de cobertura que tengan un grado de impacto mayor en los resultados de salud de los trabajadores.

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

DEBILITAMIENTO DE LA FISCALIZACIÓN Y MODELO NO DA CUENTA DEL ACTUAL CONTEXTO

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DEL TRABAJO

- Subdiagnóstico de Enfermedades Profesionales y falta de reconocimiento
- Definición de Enfermedades Profesionales en la Ley 16.744
- Accidentes del Trabajo y Accidentes Fatales del Trabajo

INCOMPATIBILIDAD DE PENSIONES

La diferencia que se hace respecto al origen de la incapacidad, pudiendo una misma persona presentar ambas situaciones en cualquier momento de su vida, y ambas, a su vez evolucionar a una condición de incapacidad laboral; sin embargo la legislación actual no permite que se otorguen ambas prestaciones económicas y obligan al trabajador a tener que renunciar a uno de sus derechos.

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

FALTA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL

Conocer la evidencia científica de los problemas de Salud de los trabajadores con el fin de tomar decisiones con fines preventivos.

No existe un plan de desarrollo de investigación que dé respuesta a los requerimientos actuales y que le den la independencia necesaria para el desarrollo de la agenda de investigación nacional

VULNERABILIDAD DEL PROCESO DE EVALUACION MEDICO LEGAL

LEY 16744. DEBILIDADES DEL SISTEMA ACTUAL

PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES: CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN

El trabajo y las relaciones laborales actualmente se desenvuelven en un marco de baja participación sindical cercana al 15% y débil negociación colectiva (ENCLA 2011), contexto diferente al existente en el año 1968 cuando se promulgo la ley 16.744.

Los trabajadores organizados, además de los representantes laborales de los comités paritarios, tienen **derecho y obligación** de ser actores directos en el examen previo de los **nuevos procesos productivos**, en las **investigaciones** de accidentes y enfermedades del trabajo, en requerir asesoría de consejeros y expertos independientes, dotados por el Estado del financiamiento requerido al efecto, pedir **inspecciones**, hacer **denuncias** a la autoridad, requerir y obtener una completa información de la empresa sobre los **riesgos** de las faenas y las medidas para su control (CUT 2010).

- **RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA**
 - **ORGANISMOS ADMINISTRADORES JUEZ Y PARTE**
 - **TRASLADO DE COMPETENCIAS**
 - **NO FORTALECE OBJETIVO PREVENTIVO NI LA INSTITUCIONALIDAD**
- ✓ **Traspaso de las facultades fiscalizadoras desde las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Autoridad Sanitaria) a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), en el ámbito de fiscalización de las actividades de prevención y la calidad de las prestaciones médicas que otorgan los Organismos Administradores de la Ley (Mutuales, etc.).**
- ✓ **Aumenta los costos del estado en aproximadamente 9.000 millones en 4 años para aumentar dotación del sector trabajo en 120 fiscalizadores y a su vez debilita la fiscalización del sector salud, generando mayor ineficiencia del sistema.**



- ✓ **Cambios del sistema de evaluación de incapacidades laborales temporales y permanentes.**
- ✓ **Se propone que la Comisión Médica de Reclamos (COMERE), que es un organismo técnicamente autónomo, y que actualmente dependiente del Ministerio de Salud, pase a depender administrativamente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, debilitando además su rol en el sistema.**
- ✓ **Comisión Medicina Preventiva e Invalidez: Deja de realizar la calificación de Incapacidad definitiva por enfermedad Profesional, realizándolo cada Organismo Administrador, convirtiéndose en juez y parte.**



- ✓ Quita la independencia técnica al sector salud en materia de elaboración de normativa de las Condiciones Sanitarias e Higiene Ocupacional y Protocolos de Vigilancia de Exposición Ocupacional, que tendrán que ser visadas por MINTRAB; y, establece que las normas de evaluación Médico-Legal de las Incapacidades (Circular 3G40) y los procedimientos de diagnóstico médico de las Enfermedades Profesionales las realizará la SUSESO.
- ✓ Traspaso de las competencias fiscalizadoras en materia de inspección y prevención de riesgos, que incluye la normativa de higiene ocupacional y seguridad (materias del Código Sanitario/D.S. 594), en los lugares de trabajo a la Dirección del Trabajo. Las SEREMIS de Salud deberían cumplir este rol en el sector público, lo que representa una clara discriminación y estratificación para un grupo de los trabajadores., generando además una ineficiencia en el sistema.

- ✓ **No aborda los problemas de fondo**
- ✓ **Se centra en modificación Normativa y no en el fortalecimiento de la institucionalidad**
- ✓ **No optimiza la oportunidad de mejorar la Ley y el Sistema**
- ✓ **No adopta como eje central la PREVENCIÓN**
- ✓ **No asegura o mejora el acceso de los trabajadores a los derechos establecidos en la propia Ley**
- ✓ **No mejora la transparencia del sistema**
- ✓ **No da respuesta ni aborda la condición de los trabajadores y trabajadoras del sector precario/informal.**

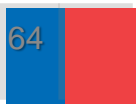
A diferencia de lo que ocurre con la Ley actual este proyecto fue concebido en la Administración anterior, con un fuerte sello hacia las empresas y fortaleciendo aún más el papel de las mutualidades privadas y los seguros privados en esta materia.

- Una modernización del sistema de seguridad y salud en el trabajo, debe incorporar una mirada integral al sistema, centrándose en la efectividad y **prevención** de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y no sobre la viabilidad de los seguros privados.
- Es preciso que los cambios apunten a resolver la **desigualdad** que hoy tiene el sistema de salud laboral en sus resultados sanitarios.
- La discusión sobre la modernización de la Ley 16.744, debe darse en un marco **tripartito** y con una participación importante de los organismos del estado directamente involucrados en el quehacer de salud laboral, es decir, Salud y Trabajo.
- Dicha discusión debiera abordar en primer lugar la formulación de una Política Nacional de Salud, Seguridad y Calidad de Vida en el Trabajo, de la cual surjan los principios que regirían el sistema de salud, seguridad y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras.



Construcción de:


- Una Política Nacional que defina los principios y valores que el país acuerda para la protección de la salud de los trabajadores, que da sustento a la infraestructura que conforma el marco para su aplicación.
- Un **Programa Nacional** de Seguridad y Salud del Trabajo que defina los objetivos, las prioridades y medios de acción para mejorar la Seguridad y Salud del Trabajo
- Los **medios de evaluación**, y finalmente,
- La cultura de prevención que se debe respetar en todos los niveles.





Muchas gracias





“...y les dije a los dirigentes sindicales que debían comprender que si tenían que luchar por un reajuste de salarios, mucho más conveniente era hacerlo por leyes de previsión social que ampararan a los trabajadores en su enfermedad, en sus accidentes, invalidez o incapacidad, que protegieran fundamentalmente a los suyos cuando hubiera disminuido la capacidad de ganancia o de trabajo o cuando fuera necesario, después de su muerte, pagar a sus familias una pensión...”

***Salvador Allende Gossens
27 junio 1947. H. CONGRESO***