

# CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA DENUNCIA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN CHILE

Dra. Arlene Jacial Ellis \*

Cuad. Méd. Soc. XXX. 4 1989/97-104

**ABSTRACT:** *The application of the 16.744 Law, which creates a Medical Insurance for Industrial Accidents and Occupational Diseases, is discussed, together with its consequences on the active population.*

**Key Words.** MEDICAL INSURANCE, INDUSTRIAL ACCIDENTS, OCCUPATIONAL DISEASES, CHILE.

## I. ANTECEDENTES.

La Ley 16.744 promulgada en 1968 establece un seguro obligatorio contra Accidentes del Trabajo (A.T.) y Enfermedades Profesionales (E.P.). Dicha ley ha sido considerada como un gran avance en estas materias, sin embargo a 20 años de su dictación aparece como una ley muerta y en parte responsable del desconocimiento actual en relación a los problemas de salud que presentan los trabajadores.

Es claro que la aplicación de dicha ley no ha sido suficiente para satisfacer las necesidades en materia de atención de salud de los trabajadores, dado que estos no sólo presentan accidentes del trabajo, sino que también enfermedades profesionales y enfermedades comunes que requieren diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, como así mismo medidas de prevención para evitar el deterioro de la salud. Bajo esta escueta perspectiva podemos decir que la aplicación de esta ley no ha cumplido con los propósitos de la Salud ocupacional.

Un hecho que apoya esta crítica es la carencia de notificación de enfermedades profesionales.

La Ley 16.744 crea un Seguro Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, encargando la administración de este seguro en el Sector Estatal al Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) y al ex S.S.S. En el sector mixto a las Mutualidades de Empleadores (M.E.), Cajas de Previ-

sión (C.P.) y en el sector privado a las Empresas de Administración Delegada (E.A.D.).

Este sistema de seguro se financia mediante el aporte patronal de una cotización básica y de una cotización adicional diferenciada por el riesgo, de 0.9% y de 3,4% de las remuneraciones imponibles de cada trabajador respectivamente. Se suma además el producto de las multas que aplican los organismos administradores, las utilidades o rentas que produce la inversión de los fondos de reserva y las cantidades que le corresponda por el ejercicio del derecho de repetir.

El régimen financiero de este seguro es de reparto y es responsabilidad del Presidente de la República determinar la distribución de los recursos entre los organismos administradores del seguro, mediante Decreto Supremo (Art. 21; Título IV, Ley 16.744; Art. 37 al 46, Título IV, D.S. 101).

Estos organismos administradores del seguro contra A.T. y E.P. tienen en forma global el deber de realizar acciones de prevención de los daños y otorgar beneficios médicos y económicos a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias.

Esta ley establece la obligatoriedad de la denuncia de Enfermedad Profesional, definiéndola para estos

---

\* Médico Cirujano Licenciado en Salud Ocupacional.

efectos como: "aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte".

Sin embargo, a pesar del mandato legal, en Chile se desconoce la frecuencia real de ocurrencia de Enfermedad Profesional como se demuestra a conti-

nuación:

1.- En la Tabla N° 1 se presenta el número de denuncias de E.P. totales según organismos notificadores entre los años 1977 a 1985 en Chile. Se observa un aumento global de las denuncias desde 1.680 casos para 1977; hasta 9.375 casos para el año 1984, cayendo bruscamente a 5.073 casos para 1985.

TABLA N° 1 DENUNCIAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES POR ORGANISMOS NOTIFICADORES EN EL PERIODO 1977 - 1985 EN CHILE

INSTITUCIONES NOTIFICADORAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES										
AÑO	S.N.S.S.		SERVICIOS DELEGADOS		CAJAS DE PREVISION		MUTUALES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1977	469	27.9	37	2	—	—	1.174	69.9	1.680	100
1978	795	37.8	23	1.0	18	0.9	1.269	60.3	2.105	100
1979	963	29.1	24	0.7	27	0.8	2.293	69.3	3.307	100
1980	687	16.8	46	1.1	45	1.1	3.322	81.0	4.100	100
1981	523	8.4	36	0.6	13	0.2	5.687	90.9	6.259	100
1982	385	7.4	41	0.8	13	0.2	4.787	91.6	5.226	100
1983	465	6.7	61	0.9	18	0.3	6.411	92.2	6.955	100
1984	702	7.5	36	0.4	23	0.2	8.614	91.9	9.375	100
1985	564	11.1	58	1.1	10	0.2	4.441	87.5	5.073	100

Fuente: Anuario de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales. Ministerio de Salud 1977- 1987

Las mutualidades aportan un 69.9% de las denuncias del período, observándose un aumento progresivo. El S.N.S.S. \*aporta inicialmente el 27.9% de la denuncia, cayendo progresivamente hasta 7.5%. Las Cajas de Previsión y los organismos de administración delegada realizan un escaso aporte al sistema de denuncias.

2.- En la Tabla N° 2 se presenta la tendencia de la

denuncia de enfermedades profesionales por grupos diagnósticos entre los años 1977 a 1985.

Los grupos diagnósticos que parecen ser más importantes en la notificación de enfermedades profesionales son las enfermedades reumatológicas y osteo-

\* Sistema Nacional de Servicios de Salud

TABLA N° 2 TENDENCIA DE LA DENUNCIA DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR GRUPOS DIAGNOSTICOS DE 1977 A 1985 EN CHILE

AÑO	GRUPOS DIAGNOSTICOS																			
	ENF. DEL OJO Y CONJUNTIV. ALERGICAS		DERMATOSIS OCUPACIONAL		BRONCO-NEUMOPATIAS OCUPACIONALES		INTOXICACION		REUMATOLOGIAS Y OTRAS ENF. OSTEOMUSCULARES		SORDERA		LARINGITIS CRONICA		NEUROSIS		IGNORADOS Y OTROS MAL CLASIFICADOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1975	500	25.6	580	29.7	541	27.7	260	13.3	31	1.6	33	1.7	3	0.2	—	—	—	—	1956	100
1976	859	35.0	734	29.9	628	25.6	212	8.6	53	2.2	64	2.6	2	0.1	—	—	—	—	2452	100
1977	635	37.8	438	26.1	380	22.6	139	0.3	42	2.5	—	—	2	0.1	44	2.6	—	—	1680	100
1978	786	37.3	597	28.4	367	14.4	194	9.2	100	4.8	—	—	—	61	2.9	—	—	2105	100	
1979	890	26.9	631	19.1	355	10.7	245	7.4	570	17.2	255	7.7	6	0.2	110	3.3	259	7.8	3307	100
1980	1153	28.1	784	19.1	437	10.7	295	7.2	787	19.2	289	7.0	7	0.2	149	3.6	199	4.9	4100	100
1981	939	15.0	1311	20.9	50	0.8	270	4.3	2689	43.0	178	2.8	3	0.0	95	1.5	724	11.6	6259	100
1982	952	18.2	850	16.3	135	2.6	199	3.8	1218	23.3	71	1.41	0	0.2	106	2.0	1685	32.2	5226	100
1983	1614	23.1	1189	17.0	180	2.6	266	3.8	1502	21.5	89	1.31	0	0.1	111	1.6	1994	28.5	6995	100
1984	1887	20.1	1643	17.5	250	2.7	322	3.4	2251	24.0	88	0.92	3	0.2	116	1.2	2795	29.8	9375	100
1985	738	14.5	980	19.5	20	4.3	143	2.8	1087	21.4	39	0.84	7	0.9	63	1.2	1756	34.6	5073	100

Fuente: Idem Tabla 1

musculares, las enfermedades del ojo y conjuntivitis alérgicas y las dermatosis ocupacionales. Además del grupo clasificado con diagnóstico ignorado o mal clasificado (34.6%) lo que apunta a la mala calidad del registro.

**3.-** Las Tasas de Enfermedades Profesionales Notificadas por organismos administradores de la Ley 16.744 en Chile durante los años 1983-1984 y 1985 se presentan en la Tabla N° 3; (4.35, 5.26 y 2.56 x 1000 respectivamente). La tasa más alta de notificación de E.P. la presentan las mutualidades en 1984 con 9.07 x 1000 casos, en cambio el S.N.S.S. muestra una tasa de 0.87 x 1000 para ese año.

TABLA N° 3

TASA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES NOTIFICADAS POR ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY 16.744 EN CHILE DURANTE 1983 - 1984 - 1985

ORGANISMO MODIFICADOR	TASA DE MORBILIDAD PROFESIONAL NOTIFICADA POR O.A.X. 1.000		
	1983	1984	1985
S.N.S.S.	0.63	0.87	0.65
Mutualidades	7.67	9.07	4.07
Adm. Delegada	3.98	1.93	3.46
Cajas de Previsión	2.75	3.09	1.39
Total	4.35	5.26	2.56

Fuente información TABLAS N° 1- -2

Anexo Tablas

Anuarios de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ministerio de Salud. 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1987.

**4.-** La diferencia de las tasas de notificación entre las mutualidades y el S.N.S.S. resulta asombrosa si consideramos que las poblaciones de trabajadores afiliados a estos organismos en 1984 no era tan dispar, y por otra parte las empresas adheridas a mutualidades son frecuentemente mejores en cuanto a las condiciones de higiene y seguridad industrial que las de aquellas adheridas al S.N.S.S.

Estas diferencias dejan en evidencia el problema de subregistro en la notificación de los eventos.

**5.-** Si se acepta el supuesto de que la tasa de notificación de E.P. más cercana a la real es la de 9.07 casos x 1000, (cifra entregada por las mutualidades en 1984) y esta tasa se aplica a las poblaciones afiliadas a cada organismo administrador, el número mínimo estimado de Enfermedades Profesionales que

deberían ser notificadas en el país ascendería a 16.155 casos en lugar de los 9.375 casos notificados para 1984 y de los 5.073 casos de 1985 (Tabla N° 4).

**6.-** Lo anterior indica que el subregistro en la notificación de Enfermedades Profesionales a nivel nacional es de 42%, y en el S.N.S.S. el subregistro asciende a 90.4% (Tabla N° 4).

TABLA N° 4

NUMERO DE DENUNCIAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES OBSERVADAS Y PORCENTAJES DE SUBREGISTRO EN LOS DIFERENTES ORGANISMOS ADMINISTRADORES.

ORGANISMO ADMINISTRADOR	POBLACION AFILIADA N°	ENFERMEDADES PROFESIONALES		
		CASOS OBSERVADOS N°	CASOS ESPERADOS N°	SUB REGISTRO %
S.N.S.S. - S.S.S	805.407	702	7.305	90.4
Cajas de Previsión	7.444	23	67	65.7
Adm. Delegada	18.643	36	169	78.7
Mutualidades	949.902	8.614	8.614	0.0
Total	1.781.396	9.375	16.155	42.0

Fórmula para obtener los casos esperados de E.P.

$$\text{Casos Esperados} = \frac{\text{Población del Org. Administr.} \times 9.07}{1000}$$

**7.-** Otro antecedente importante es que las E.P. que provocan incapacidad temporal y por lo tanto hacen uso de licencias médicas, no se registran adecuadamente como tales en los formularios de Licencias Médicas.

El número de licencias médicas por Enfermedades Profesionales o Accidentes del Trabajo señalados correctamente en los formularios de éstas son mínimos.

Con los datos de los antecedentes se puede concluir que la denuncia de Enfermedades Profesionales a través del formulario establecido (207) es insuficiente en calidad y cantidad, como asimismo no se suplen estas deficiencias a través de la correcta clasificación de E.P. en los formularios de licencias médicas.

Esta situación es de gran trascendencia, ya que impide y dificulta el desarrollo y financiamiento de programas de salud para los trabajadores, e históricamente ha provocado un desfinanciamiento del S.N.S.S. y actualmente pudiese tener algún grado de repercusión en las ISAPRES. Es probable que la situación evidenciada en los antecedentes se deba a factores de diversa índole; entre los cuales cabe señalar los siguientes:

## II.- FACTORES CONDICIONANTES DE LA SITUACION.

### 1.- Factores de Orden Legislativo.

1.1.- La Ley 16.744 establece la obligatoriedad de realizar acciones de prevención de riesgos profesionales (Título VIII), las cuales se han enfocado desde el punto de vista de la Seguridad e Higiene Industrial, olvidando los conceptos de Vigilancia Epidemiológica y Médica Laboral.

1.2.- El Decreto N° 40 que aprueba el reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales en el Título III; Art. 8; establece la obligatoriedad de contar con un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, dirigido por un experto en prevención en aquellas empresas que ocupen más de 100 trabajadores; e incluye la definición de experto en Prevención (Art. 9), y establece las horas que deben ser contratados según el número de trabajadores (Art. 10).

Esta ley no contempla disposiciones de obligatoriedad equivalentes a las señaladas, para las acciones de diagnóstico y pesquisa precoz de Enfermedades Profesionales. Vale decir, dotación de horas para el desempeño obligatorio en empresas, de profesionales de la salud debidamente entrenados en Salud Ocupacional tales como médicos, enfermeras, u otros.

1.3.- El Título V de los Reglamentos Internos del Decreto N° 40 dispone en:

— Artículo N° 14: "Toda empresa o entidad estará obligada a establecer y mantener al día un Reglamento Interno de Seguridad e Higiene del Trabajo".

— Artículo N° 17: "En el capítulo sobre disposiciones generales se podrán incluir normas sobre materias tales como los procedimientos para exámenes médicos o psicotécnicos del personal, sean preocupacionales o posteriores...".

Luego las acciones de Vigilancia Médica quedan relegadas a la existencia de un reglamento interno de Seguridad e Higiene, que habitualmente no existe en las empresas y menos aún en las afiliadas de S.N.S.S. y a las Cajas de Previsión. Esto hace pensar que, la interpretación que se ha dado a la Ley 16.744 no promueve las actividades de vigilancia médica ni epidemiológica tales como se conciben para salud ocupacional.

### 2.- Factores vinculados con la organización y Funciones de las Instituciones Administradoras del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

2.1.- En los antecedentes se observa que la notificación de Enfermedades Profesionales es muy superior en las Mutualidades en relación al número de denuncias del Sistema Nacional de Servicios de Salud y Cajas de Previsión. Este hecho se debe en parte a que las Mutualidades cuentan con una organización y dotación de personal relativamente adecuada para el desarrollo de sus acciones.

2.2.- En la organización de las Mutualidades encontramos (en algunas), Departamentos de Medicina Preventiva y/o Servicios de Medicina del Trabajo y cuya principal función es la atención médica de morbilidad profesional. Según la información existente, la demanda de atención médica y el flujo de pacientes depende de las acciones y la referencia de trabajadores desde los Departamentos de Prevención de Riesgos. Por otra parte, este flujo depende de la voluntad del empleador para derivar al enfermo o trabajador a la Mutualidad. Este sistema crea un sinnúmero de dificultades, ya que no existe la demanda espontánea para efectos de los Servicios de Medicina del Trabajo.

En algunas de las Mutualidades, junto con la atención de morbilidad se desarrollan programas para la detección de riesgos específicos, tales como: Hipacusia Sensorineural, Neumoconiosis, Saturnismo, Intoxicación por Solventes e Intoxicación por Plaguicidas. Estos programas no son de gran cobertura poblacional.

Sin embargo, a pesar de contar las Mutualidades con una organización e infraestructura habitualmente adecuada, es frecuente observar que los departamentos de Prevención Médica y/o Servicios de Medicina del Trabajo son los que cuentan con la menor dotación de personal médico y paramédico.

2.3.- El S.N.S.S. como de todos es conocido, no cuenta con los recursos ni con una infraestructura "ad hoc" para el desarrollo de programas de Medicina Preventiva para Adulto y/o Medicina del Trabajo. La situación de las Cajas de Previsión es diferente.

La carencia de recursos a nivel del S.N.S.S. para los propósitos de Salud Ocupacional ha sido crónica desde la promulgación de la Ley 16.744. Recordemos que en el título III, Art. 9 se encomienda al S.N.S.S.

desarrollar todas sus funciones... "a través de sus servicios técnicos quienes proveerán los medios y el personal para realizar las obligaciones".

Esto explica el por qué se ha ido manteniendo el subregistro y subnotificación de Enfermedades Profesionales como consecuencia de carencia de infraestructura y personal entrenado.

### **3.- Factores relacionados con los procedimientos para las rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada (Decreto N° 173).**

La denuncia de Enfermedades Profesionales, al igual que la de Accidentes del Trabajo, es la que proporciona antecedentes para modificar la Tasa de Cotización Adicional Diferenciada a las empresas de acuerdo a sus riesgos.

Existen algunos antecedentes que permiten sospechar que cuando una empresa experimenta un alza de la cotización adicional, por algún caso de Enfermedad Profesional atendido en el organismo administrador especialmente Mutualidades, posteriormente evitaría derivar espontáneamente a los trabajadores a esos centros de atención para eludir un nuevo "castigo".

Luego, es probable que muchos accidentes y enfermedades profesionales opten por la atención privada o estatal (FONASA, ISAPRES, S.N.S.S.) evitando así sanciones para la empresa.

Es así como muchos casos de Enfermedades Profesionales quedan inmersos en la consulta y registros médicos de morbilidad común, incluso para efectos de licencias médicas.

### **4.- Factores propios de los usuarios.**

Los trabajadores afiliados al S.N.S.S. - S.S.S.; frecuentemente se encuentran en lo que se ha dado en llamar la pequeña empresa (menos de 20 trabajadores). Habitualmente no cuentan con reglamentos de higiene y seguridad y en este tipo de empresas no existen Departamentos de Prevención de Riesgos.

Estos trabajadores generalmente desconocen sus derechos y deberes en materias de salud laboral. En otras ocasiones cuentan con información, sin embargo cuando sufren un accidente o enfermedad laboral en muchas ocasiones deciden ocultarlo, o piden al médico que no la denuncie para evitar la sanción al

empleador o para proteger su empleo.

### **5.- Factores de Orden Técnico.**

5.1.- Factores relacionados con la causalidad de la Enfermedad Profesional.

El criterio de causalidad directa de la Enfermedad Profesional que propone el Art. 7, de la ley 16.744, en muchas ocasiones dificulta su diagnóstico. Sin embargo, cuando existen evidencias epidemiológicas que apoyan al diagnóstico clínico el problema es superable.

Generalmente, los factores de riesgos son variados tales como, presencia de múltiples exposiciones a agentes químicos, o bien físicos y o biológicos a los que se suman muchas veces los factores psicosociales y de organización del trabajo. Es así como aplicar el criterio de causalidad unívoca es prácticamente imposible en muchas circunstancias. En estas situaciones es imprescindible contar con sistemas de vigilancia médica y epidemiológicas, pues no bastan los datos que aportan las acciones de Seguridad e Higiene Industrial para identificar los agentes que provocan la enfermedad.

5.2.- Factores relacionados con el Diagnóstico de la Enfermedad Profesional.

Las Enfermedades Profesionales pueden ser: agudas o crónicas, según el período de latencia entre la exposición al agresor y la aparición de los síntomas.

Las Enfermedades Profesionales de carácter agudo, tales como, intoxicaciones por anilina, plaguicidas organofosforados, tricloroetileno, monóxido de carbono, cianuros y sus derivados, sulfuro de hidrógeno y otros, son probablemente clasificados como accidentes, dado el comienzo brusco del cuadro clínico. Algo similar ocurre con el lumbago.

Las Enfermedades Profesionales de curso crónico ofrecen dificultad diagnóstica principalmente por la inespecificidad de sus signos y síntomas. En muchas ocasiones el cuadro clínico de ésta no difiere de la enfermedad común del adulto; (como por ejemplo; asma bronquial, dermatitis de contacto, daño cerebral progresivo, cáncer de piel, aborto espontáneo, hepatopatías, nefropatías).

En estos casos la diferencia estriba en los antecedentes o historia ocupacional de los pacientes que apunta hacia las diferencias etiológicas.

En cualquiera de las circunstancias, es de alguna importancia contar con los datos que proporcionan las evaluaciones de los ambientes laborales. Cuando éstas son de relevancia son un gran aporte en el diagnóstico etiológico. Sin embargo, la evaluación ambiental tiene algunos déficit, pues no contempla la exposición a agentes combinados y es sólo un indicador de una fracción del tiempo de exposición a agentes físicos y químicos exclusivamente.

Luego, el diagnóstico de Enfermedad Profesional en ausencia de un monitoreo de ambiente laboral concordante con la enfermedad, se basa en el cuadro clínico y en la historia ocupacional que indica en forma más o menos acertada los tiempos y años de exposición a diversos agentes nocivos.

5.3.- Otras de las dificultades para confirmar el diagnóstico de enfermedad profesional es la carencia de laboratorios clínicos y toxicológicos y de exámenes complementarios.

5.4.- Por otra parte, en muchas ocasiones los médicos no realizan esfuerzos para definir la enfermedad profesional propiamente tal, ni la enfermedad común agravada por las condiciones de trabajo.

#### **6.- Otros Factores.**

6.1.- Desconocimiento por parte de los médicos y personal de salud de los procedimientos, formularios y obligatoriedad de la denuncia de Enfermedades Profesionales.

6.2.- El sistema de denuncia de Enfermedades Profesionales en el S.N.S.S. es poco eficaz para desencadenar las acciones de prevención, investigación y control propios de un "Sistema de Vigilancia Epidemiológica". Esta situación probablemente se genera en la organización y funcionamiento de los Departamentos de Programas del Ambiente, en los cuales residen las funciones de Salud Ocupacional, habitualmente no coordinados ni integrados al quehacer de los programas de salud del adulto.

6.3.- Existen muchas empresas que cuentan con "médicos de personal". El quehacer de éstos presenta los siguientes problemas:

- a) Sólo satisfacen demanda espontánea.
- b) Habitualmente no han sido capacitados en Salud Ocupacional.
- c) El Ministerio de Salud no realiza acciones de audi-

toría médica y evaluación de programas de Salud Ocupacional destinados a este tipo de médicos ni a los servicios de medicina del trabajo de las Mutualidades. d) Los médicos de personal o del trabajo de las distintas instancias relacionadas con Salud Ocupacional, no disponen de atribuciones ni suficiente garantía para desarrollar programas de vigilancia médico-epidemiológica, ni cumplir con la obligatoriedad de la denuncia.

6.4.- Las Facultades de Medicina no cuentan con programas de capacitación y/o formación en Salud Ocupacional, Medicina del Trabajo y Toxicología en la formación de postgrado.

6.5.- La formación de postgrado en Medicina del Trabajo, en sus aspectos clínicos, no ha sido reconocida como especialidad médica por las Facultades de Medicina. Este hecho tiene algún grado de importancia en la carencia de actividades médicas en materias de Salud Ocupacional.

6.6.- Las Mutualidades no aportan información al Ministerio de Salud sobre Licencias Médicas (incapacidad temporal) por Enfermedad Profesional.

### **III.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

Se ha pretendido mostrar cuáles son algunos de los factores condicionantes de la subnotificación de enfermedades profesionales en nuestro país.

Es por muchos reconocido que la ley 16.744 sobre seguro contra accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales fue un gran avance en la materia, sin embargo, la interpretación que se ha dado a este cuerpo legal dista mucho de promover las actividades de Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Médica en materia de salud laboral, actividades que son de real importancia en materia de prevención y control de estos eventos.

Dado que actualmente el accionar en materia de accidentes y Enfermedades del Trabajo se fundamenta en dicho cuerpo legal, sería deseable que dicha ley y sus reglamentos se sometieran a revisión para corregir el déficit en la acción, como asimismo en las estructuras, organización y objetivos de las entidades involucradas en materias de prevención y atención de la salud laboral.

Más aún, es necesario establecer una legislación o

tal vez un programa nacional con respaldo legal y económico que no sólo contemple actividades de seguridad industrial, sino que incorpore conceptos amplios de vigilancia epidemiológica ambiental y laboral, vale decir, que un programa de protección de salud laboral debe incluir entre sus objetivos acciones para proteger la salud de la comunidad y debe ser abordado en forma integral.

## RESUMEN

La aplicación de la Ley 16.744 que crea un seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales no ha sido suficiente para satisfacer las necesidades en materia de atención de salud de los trabajadores como tampoco para cumplir con acciones de prevención. Este enunciado se apoya en la escasa notificación de enfermedades profesionales que se observa en Chile durante el período comprendido entre 1977 a 1985.

Los factores que condicionan esta situación, entre otros son:

La Ley 16.744 adolece de la falta de un concepto claro de Vigilancia Epidemiológica y Médica. No otorga al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) posibilidad de establecer en sus plantas de personal, profesionales y técnicos dedicados a Salud Ocupacional.

Dotación de personal inexistente en el S.N.S.S. e insuficiente en el área de Medicina del Trabajo en las Mutualidades.

El procedimiento de rebajas, recargas de la cotización adicional diferenciada y la aplicación de multas a las empresas, hacen que el empleador e incluso el trabajador eludan la atención médica en Mutuales, y eviten la denuncia de enfermedad profesional.

Falta de divulgación a nivel médico y de trabajadores de los beneficios legales.

Ante esta situación, las autoridades deberían revisar la legislación y las estructuras destinadas a resolver los problemas de salud de los trabajadores. Se trata que el financiamiento de dicha ley sea realmente utilizado en proteger la salud de la población laboralmente activa.

## SUMMARY

The application of the law 16.744, which creates a

Medical Insurance for Industrial Accidents and Occupational Diseases, has not resulted in adequate health care for workers nor in the creation of any kind of preventative work. This statement is based on the poor notification of occupational diseases observed in Chile between 1977 and 1985.

The following factors, amongst others, have produced this situation:

—The law lacks a clear concept about epidemiological and medical surveillance and does not give the National System of Health Services (NSHS) the opportunity to have professionals and technicians dedicated to occupational health on its staff.

— There are no occupational health staff in the National Health Service and insufficient in the mutualities.

—The employer, and even the employee, tend to avoid medical attention in the mutualities, and even reporting disease, because these may have an adverse effect on additional differential dues and could lead to the application of fines to the companies concerned.

— The lack of knowledge among doctors and workers about the legal benefits.

Facing this situation the authorities should review the present legislation and the structures designed to solve workers health problems. The aim should be that the funds created through the application of the law should be used to protect the health of the active population.

## RESUME

L'application de la loi N° 16.744 qui crée une assurance contre les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles n'a pas suffi a satisfaire les besoins en matière de soins de santé (prévention incluse) donnés aux travailleurs. Cette réflexion est appuyée par la rareté de notifications faites des maladies professionnelles qu'on observe au Chili pendant la période comprise entre 1977 et 1985.

Les facteurs conditionnant cette situation sont, parmi d'autres, les suivants:

La loi 16.744 n'tablit pas une conception claire de surveillance épidémiologique et médicale. Elle n'octroie pas au Système National de Services de

Santé (SNSS) la possibilité d'incorporation dans les cadres de personnel, des professionnels et des techniciens consacrés à la santé occupationnelle. Dotation inexistante au SNSS de personnel et insuffisante dans le domaine de la Médecine du Travail dans les Mutuelles.

Le procédé de rabais, surcharges de la cotisation additionnelle différenciée et l'application d'amendes aux entreprises, mènent l'employeur et même l'employé à éluder les soins médicaux fournis par les Mutuelles, évitant ainsi la notification de la maladie professionnelle.

Le manque de diffusion à niveau des médecins et des travailleurs sur les bénéfices légaux.

Face à cette situation les autorités devraient faire une révision de la législation et des structures

destinées à ressoudre les problèmes de santé des travailleurs. Il s'agit que les fonds mis à la disposition de cette loi soient réellement utilisés dans la protection de la santé de la population de travailleurs en activité.

## **BIBLIOGRAFIA**

— Ministerio de Salud; Anuarios de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 1978 - 1987.

— JACIAL A., CANCEC E., "Magnitud de las Enfermedades Profesionales en Chile". Actas VI Jornadas Chilenas de Salud Pública 1985; pp 226-228.

— MUÑOZ P., Legislación chilena sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744). Ed. Universitaria 1979.