

Protección de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: vacíos, contrastes y perspectivas. 1a Parte: Mirada Epidemiológica

Dr. Enrique Barilari
Dra. Ida Morales¹

RESUMEN

El presente estudio analiza fenómenos de desigualdad que afectan en Chile al mundo del trabajo, y las consecuencias sobre sus condiciones de salud, particularmente respecto de categorías y grupos ocupacionales, tipos de empresas, y género, en sus dimensiones de morbi-mortalidad en población en edad económicamente activa. A pesar de un masivo subdiagnóstico y una carencia importante de acceso a información estadística sobre accidentes y enfermedades laborales, se trabajó en la elaboración de perfil epidemiológico de morbimortalidad y asociación con el condicionantes del trabajo.

Dicho perfil se caracteriza por un marcado impacto sobre determinadas categorías de trabajadores, que guarda coherencia con desigualdades en los determinantes de clase social y género. Este proceso tiende a configurar una evolución regresiva en salud, que se traduce por marcadas gradientes para las distintas categorías ocupacionales de daño medido como mortalidad prematura en tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y morbilidad medible por el uso y condición de gravedad de los diagnósticos de licencias médicas comunes. Las gradientes de AVPP se mantienen en un alto nivel de 8 y 7 veces más mortalidad prematura en “obrero/a” que “empleador/a”, en los años 2004 y 2014 respectivamente; en tanto que la brecha se acentúa para las mismas categorías ocupacionales en hombres de 8 a 11 veces, y se atenúa en mujeres de 5 a 4 veces entre “obrero/a” y “empleador/a” en el mismo período. En cuanto a morbilidad causante de licencia médica se sortea el sesgo de accesibilidad según nivel socioeconómico, midiendo un índice de gravedad de patología mentales y músculo-esqueléticas por grupos ocupacionales “directivo”, “profesional-técnico-administrativo” y “obrero”. Se constata una carga excesiva de daño en términos de “tenosinovitis” y “depresión grave” en categoría ocupacional “obrero” y, en empresas con reconocido perfil de riesgo laboral y práctica antisindical.

Los sistemas de información implementados por la Superintendencia de Seguridad Social en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, hoy en revisión, carecen de la opción de registro de licencias médicas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, situación que complica a los/as trabajadores/as al momento de requerir la cobertura de la Ley 16.744 y, lo que está, sin duda, en el origen de subsidios cruzados en beneficio de las Mutuales de Empleadores, privadas “sin fines de lucro”, a cargo mayoritariamente de la cobertura de la Ley 16.744.

Palabras Clave: *Enfermedades Profesionales; Accidentes de trabajo*

Recibido el 3 de agosto de 2017. Aceptado el 7 de septiembre de 2017.

¹ Médicos Contralores, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, Seremi de Salud de Region Metropolitana; Correspondencia a: dante.barilari@redsalud.gob.cl; ida.moralesv@redsalud.gob.cl

Declaran no tener conflicto de intereses para este estudio.

ABSTRACT

The purposes of this paper is to analyse inequalities affecting in Chile working people, and the consequences upon health conditions, particularly through working categories a groups, type of enterprise, and gender, expressed as morbi-mortality of productive population.

In spite of a massive underdiagnosis and a significant lack of access to statistical information on occupational accidents and diseases, we worked on the elaboration of an epidemiological profile of morbidity and mortality and association with the conditions of work.

This profile is characterized by a marked impact on certain categories of workers, which is consistent with inequalities in the determinants of social class and gender. This process tends to shape a regressive evolution in health, which translates into marked gradients for the different occupational categories of damage measured as premature mortality (YPLL) rate and severe morbidity measurable by the use sickness leave diagnoses. The YPLL rate gradients are maintained at a high level of 8 and 7 times more premature mortality in “worker” than “employer”, in the years 2004 and 2014 respectively; while the gap is accentuated for the same occupational categories in men of 8 to 11 times, and is attenuated in women of 5 to 4 times between “worker” and “employer” in the same period. In terms of morbidity causing medical leave, accessibility bias according to socioeconomic level, measuring a mental and muscular-skeletal disease severity index by “manager”, “professional-technician-white collar” and “blue-worker” occupational groups. There is an excessive burden of injury in terms of “tenosynovitis” and “severe depression” in “blue-worker” occupational category, and in companies with a recognized occupational risk profile and anti-union practice.

The information systems implemented by the Superintendency of Social Security in the Commission of Preventive Medicine and Disability, currently under review, lack the option of registering medical sickness-leave for occupational accidents and diseases, a situation that complicates workers at the moment of requesting the coverage of the Law N°16,744 of Accidents and Professional Disease and, what is undoubtedly the source of cross-subsidies for the benefit of the “non-profit” private Employers’ Mutuals.

Key words: *Occupational Diseases; Accidents, Occupational*

PROPÓSITO

El objetivo del presente trabajo es estudiar los fenómenos de desigualdad social que afectan en Chile a los/las trabajadores/as, y las consecuencias sobre sus condiciones de salud agravadas por una cobertura insuficiente de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Ello se expresa de modo más claro en áreas de uso intensivo de fuerza de trabajo, con un alto grado de flexibilización y precarización laboral, feminización de la pobreza, y disciplinamiento por vía de prácticas empresariales anti-sindicales, situación que se encuentra amparada por una débil institucionalidad, norma y reforma laboral pro-mercado y proclive al empleador, en ausencia de conciencia y fomento estatal de un enfoque pro-derechos.

Pretendemos asentar una metodología que apoye la pesquisa de los riesgos de patologías laborales, cuya magnitud, severidad y trascendencia permiten situarlas como prioridad socio-sanitaria. El perfil de evitabilidad de las causas de los accidentes y enfermedades laborales, transforma las brechas por categorías sociales y de género, en iniquidad inadmisibles y, por lo tanto, en imperativo ético de intervención.

Consideramos central redoblar los esfuerzos por contribuir en dotar a los actores/actrices sociales, técnicos y gremiales, con herramientas críticas de análisis del problema de salud laboral. Esperamos favorecer un mayor compromiso profesional, en particular de los equipos médicos, en relevar y prevenir los riesgos de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales. Los estamentos sociales podrán incrementar su incidencia en instalar un enfoque de derechos y corregir distorsiones de mercado que impiden acceso a la cobertura de la Ley 16.744.

Finalmente, la ausencia de estadísticas en el dominio público para accidentes y enfermedades laborales, obliga a destinar una segunda parte ulterior del estudio a la construcción de un perfil de accidentabilidad y morbilidad cubierta por la seguridad social (Ley 16.744, de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de 1968)

ANTECEDENTES GENERALES

1. Mejor distribución aparente del ingreso y pobreza encubierta

El informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo sobre desigualdad social en nuestro país (PNUD, 2017), señala que “la elevada desigualdad de ingresos en Chile se explica por los bajos salarios”. Esto se asocia - agrega el estudio - a una ‘inseguridad laboral’ donde la duración media de los empleos es cercana a los 12 meses. El estudio aporta datos cualitativos sobre estrategias de sobrevivencia, como son “dobles o triples jornadas”. La tendencia estadística es a un mejoramiento de los índices de inequidad en el informe del PNUD, con una reducción entre 1990 y 2015 del Gini de 52,1 a 47,6% (donde 0 es igualdad plena y 100% es máxima desigualdad), así como la caída de la pobreza de 68% a 11,7% y de la Razón de Quintiles de Ingreso Q5/Q1 de 14,8 a 10,8 veces más ingreso del el 20% más rico respecto del 20% más pobre, en el mismo período.

No obstante, una gigantesca concentración de la riqueza en nuestro país se oculta detrás de estas cifras, cuya tendencia en realidad no es lo que aparenta. Al respecto, la Fundación Sol formula críticas a la metodología para determinar la desigualdad, advirtiendo que en los análisis hay que considerar que la encuesta CASEN no incluye la población más rica del país. Es así como, el estudio de economistas de la U. de Chile, López, Figueroa y Gutiérrez, que a diferencia de las investigaciones que se basan en los datos de la encuesta CASEN, demuestra usando información del Servicio de Impuestos Internos (SII), que el 0,1% de la población obtiene un 20% de los ingresos totales en Chile. A su vez, el 1% más rico se apodera de más de un 30% de la riqueza. La desigualdad de la riqueza en el resto de países de la OCDE es menos de la mitad de la que ostenta nuestro país, a excepción de Estados Unidos donde el 1% acapara cerca del 20% del total de ingresos (ver Gráfica 1). Además, Chile ocupa hoy, el primer lugar entre países de la OCDE en la brecha de ingreso entre el 10% más rico y el 10% más pobre (OCDE, 2015).

Tabla N°1: Desigualdad de Ingresos 1990 a 2015

	Gini	Palma D10/(D4-D1)	Razón de Quintiles Q5/Q1	\$ pobreza de ingresos	%salario mujer/hombre
1990	52,1	3,58	14,8	68,0	76,9
2000	54,9	4,17	17,5	36,0	84,8
2011	49,1	3,01	12,2	22,4	86,4
2015	47,6	2,78	10,8	11,7	84,4

Fuente: Datos CASEN, según Informe PNUD, “Desiguales”. Chile, 2017.

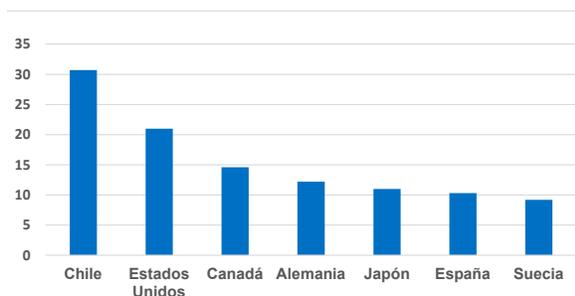


Gráfico N°1: Participación del 1% más rico de la población en el ingreso total, incluyendo ganancias de capital, Chile y Otros Países 2005-2010

Fuente: World Top Income Database. Elaboración propia R.López, E.Figueroa y P.Gutiérrez, “La ‘parte del león’...”, U.de Chile, 2013.

Ahondando en una mirada crítica sobre los estudios de desigualdad, constatamos que éstos generalmente soslayan una dimensión sensible representada por el alto y creciente nivel de endeudamiento de los hogares, especialmente los más modestos. En Chile, mientras prácticamente 8 de cada 10 trabajadores gana menos de \$500.000 líquidos, un 81% de las personas de 18 años o mayores están endeudadas. Entre ellas, 4,3 millones ni siquiera pueden pagar sus deudas, encontrándose morosas (Fundación Sol, 2017). Esto tiene como resultado que la relación Carga Financiera sobre Ingreso Disponible de los Hogares (RCI) sea la más alta de la OCDE, con un 38% promedio, mientras Holanda (el más alto luego de Chile) es de 18,1%, Noruega 16,3% y Suecia 11,1%. En Chile, un hogar que obtiene el salario mínimo dispone tan sólo de \$150 mil para sobrevivir el resto del mes luego de pagar sus compromisos financieros (A. Páez, “El brutal endeudamiento de los chilenos y la desposesión salarial”, El Mostrador 28/03/2016).

Un distinto enfoque de reconocida rigurosidad sobre distribución de la riqueza recurre a un análisis funcional de la desigualdad, usando las variables de “ingreso” y “patrimonio”, ambas siendo parte de la relación capital/trabajo (Picketty, 2011). Según el autor de “El Capital en el Siglo XXI”, la tasa de rendimiento promedio del capital es mayor que la tasa de crecimiento del ingreso nacional, lo cual tiene como consecuencia un deterioro relativo del ingreso del trabajo respecto de las ganancias del capital, desde la década de los ‘80. Aun así, la participación de los salarios como porcentaje del PIB en los países desarrollados, como Francia o el Reino Unido, se mantiene sobre un 70% de los ingresos totales. Según otra fuente (Fundación Sol, 2014), los países con mejor relación capital/trabajo son Noruega (77%), Suecia (84%) y Holanda (93%). En América Latina, el subcontinente de mayor desigualdad encontramos que la relación se invierte y se configura el despojo masivo de

los ingresos del trabajo en favor del capital. En el caso de Chile, los salarios que alcanzaron a comienzo de los años ‘70, durante el Gobierno de Salvador Allende, un pick del 57% del PIB, hoy tan sólo representan un 41% del ingreso total del país.

Para la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la desigualdad funcional del ingreso es una dimensión central de la desigualdad en la distribución de la riqueza. Según su informe “Panorámica Social de América Latina” (CEPAL, 2016), durante los años ochenta y el primer quinquenio del siglo XXI se detectan los menores niveles de participación del salario en el PIB. No obstante, en los últimos años, la agregación de la información a nivel regional muestra una tendencia favorable para los/as trabajadores/as, a causa de una mejora de la distribución funcional del ingreso, principalmente en la Argentina y el Brasil. En el período 2002 al 2014, de un total de 13 países de los que existen datos actualizados, solo 5 (Brasil, Honduras, Perú, Uruguay y Venezuela), exhibieron aumentos de la participación de los salarios en el PIB, mientras que, por el contrario, dicha participación del salario en el valor agregado disminuyó en tres países, Chile, Guatemala y México, y se mantuvo prácticamente constante en Colombia”. Dicho menoscabo relativo de los salarios, sin duda, no es ajena al deterioro de la calidad de los empleos y calidad de vida de los/as trabajadores/as (véase el gráfico 2).

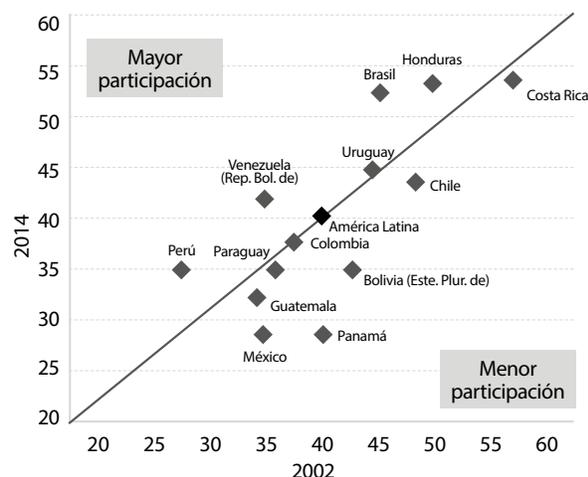


Gráfico N°2: Participación de Salarios en el PIB (%), Chile y A.Latina 2002-2014

Fuente: “Panorámica Social de América Latina, CEPAL 2016”.

2. Realidad desmejorada del empleo: flexibilidad, informalidad, y precariedad laboral

Según el último informe de “Perspectivas de Empleo 2017” (OCDE), Chile está entre los países que más horas trabajan, pero que gana menos por esa labor. En efecto,

a diferencia del promedio de la entidad, donde se trabajan 1.766 horas y se ganan 16,5 dólares por cada una de ellas, el reporte da cuenta de que sumando 1.988 horas trabajadas al año, los/as trabajadores/as de nuestro país se ubican en el cuarto lugar dentro de las 35 naciones de la organización que más trabajan. Paradojalmente, nos ubicamos en el tercer puesto de los que menos recibimos por cada hora laboral, con US\$6,5.

Una parte significativa del alza reciente en los niveles de empleo está dada por formas que escapan a un estándar de empleo decente. Chile en 2015 ocupa el primer lugar entre países de la OCDE, con un 29.1% de contratos temporales. El nivel históricamente bajo de empleo a tiempo parcial se incrementó desde un 4.7% en el 2000 a un 16.8% en 2015. Finalmente, el incremento reciente del empleo se explica por un marcado incremento en la fuerza de trabajo de trabajadores/as independientes, en la modalidad de “cuenta propia”, con bajos ingresos y sin previsión.

Los trabajadores informales representan aproximadamente un 20% del empleo en Chile (fuente: OECD Employment Outlook, Capítulo 5). El trabajo informal tiene un enorme impacto en la redistribución del ingreso: salarios inferiores, menor progresión de la carrera profesional y exclusión del sistema de protección social de los trabajadores informales.

Los trabajadores han debido enfrentar y resistir una progresiva erosión en sus estándares de trabajo y de vida. Una muestra de ello es el aumento sostenido que ha tenido el trabajo en régimen de subcontrato: en faenas mineras, mientras un 5% de los trabajadores mineros se vinculaba a empresas contratistas en el año 1985, hoy dicha relación supera el 70%, según datos de Sernageomin; Chilectra - hoy Enel, empresa de distribución eléctrica monopólica que presta el servicio en un 90% a través de empresas subcontratistas, es superada por fenómenos climáticos que provocan graves y masivos cortes de luz en la Región Metropolitana de Santiago.

3. Realidad de la discriminación de género y trabajo femenino

En el mercado del trabajo, las diferencias de género son altas en Chile. Una mujer tiene una probabilidad de tener un trabajo remunerado 23% inferior a la de un hombre (12% en la OCDE). 53% de las mujeres y 85% de los hombres entre 15 y 64 años de edad tienen un empleo (respectivamente 62% de las mujeres y 74% de los hombres en la OCDE). Más aún, muchas de las mujeres empleadas los hacen en el sector informal o en trabajos con salarios muy bajos (OCDE, 2015).

Según la Encuesta Suplementaria de Ingresos (ESI, 2016)

del Instituto Nacional de Estadísticas (ver www.elmostrador.cl, 25/07/2017), el ingreso promedio de las mujeres es de \$410.486 y el ingreso mediano (es decir, el ingreso igual o menor al que percibe el 50% de ellas) es de \$300.000; la brecha con el ingreso equivalente de hombres es de -31,6% para ingreso medio (hombres ganan promedio \$601.311) y -25% para ingreso mediano (50% de los hombres ganan \$399.790 o menos).

Aunque la situación ha mejorado, todavía existen barreras que disuaden a muchas mujeres de trabajar remuneradamente. Esto incluye los fenómenos de doble y triple carga (trabajo de menor remuneración, tareas del hogar y cuidado de los niños o de los enfermos, entre otros) que subyacen a comportamientos discriminatorios en lo que concierne el equilibrio entre trabajo y familia. Muchas de las mujeres que están fuera de la fuerza de trabajo están en realidad ocupadas (y no remuneradas) pero su aporte económico está invisibilizado. Entre las consecuencias de la situación de desmedro salarial de las mujeres, es aún baja su incorporación a la fuerza de trabajo en comparación con el resto de América Latina, y, más tarde, al momento de jubilar tendrán pensiones más bajas.

MATERIAL Y MÉTODO

I.- El presente estudio comprende una metodología de análisis cuantitativo inspirado de los estudios de desigualdad en salud del Registrar General del Reino Unido (Pamuk, 1985):

A) Como primera etapa, analizamos el comportamiento de la brecha social de mortalidad:

A.1) Calculamos tasas específicas de mortalidad cruda de los/as trabajadores/as en el grupo etáreo entre 15 y 64 años por categoría ocupacional, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 1988 (CIUO-88), para todo el país en los años 2004 y 2014 (expresadas por 100 mil). Para ello, utilizamos como numerador la variable correspondiente del certificado de defunción y como denominador, la población económicamente activa (PEA), clasificada de igual modo en la Encuesta del Empleo I.N.E., disponible para los mismos años. Desde los años 90, el INE dejó de desagregar entre “obreros/as” y “empleados/as” en la Encuesta de Empleo, lo cual se subsanó recurriendo a una estimación en base a datos desagregados en esas dos categorías clásicas, “white collar” (“empleado”) y “blue collar” (“obrero”) de los estudios de desigualdad social del Registrar General de Inglaterra y Gales, disponibles en la Encuesta de Empleo del Gran Santiago (Microdata, U de Chile) para los mismos años y extrapolándolos al país. Las bases de datos de empleo se encuentran disponibles en ex-

tensión SAV, y fueron trabajadas en SPSS v.22 con licencia provisoria.

A.2) Luego, construimos tasas de mortalidad prematura (años de vida potencialmente perdidos) por categoría ocupacional desagregada por sexo, en los mismos años. Esto se hizo calculando la diferencia del número de años entre la edad de ocurrencia de la muerte y un valor máximo correspondiente a la edad de jubilación legal de hombres y común de mujeres (65 - edad de fallecimiento); posteriormente se dividió por la población por categoría ocupacional correspondiente y finalmente se multiplicó por 100 mil. Con ello, se estima el impacto en años de vida potencial o prematuramente perdidos (AVPP) durante el período de edad económicamente activa (15 a 64 años).

A-3) Además, estudiamos el perfil de las causas de muerte por categoría ocupacional desagregado por sexo, expresado en tasas de AVPP por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X), para el mismo período.

B) En una segunda etapa analizamos el perfil de morbilidad en población económicamente activa, a través de una muestra de licencias médicas de Cajas de Compensación (CCAF) Los Andes (32.429 licencias, del año 2014) y La Araucana (51.009 licencias, de Julio 2016 a Junio 2017), el cual entrega - reconocemos esta sería limitación - sólo un diagnóstico indirecto de la morbilidad de trabajadores/as y que podría estar asociado con accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Recurrimos a esta mirada epidemiológica indirecta en ausencia de estadísticas accesibles a público general sobre accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales, por pertenecer a sistemas de información privados de las Mutuales de Empleadores, o sistemas de información, externalizado y de manejo privado en el caso de FONASA (operado por SONDA) o restringido en el caso del Instituto de Seguridad Laboral (ISL, ex-INP). Por su lado, la COMPIN no cuenta con estadísticas de salud de los/as trabajadores/as, a pesar de participar de la administración del seguro público de cobertura de la Ley 16.744 para los afiliados al ISL, como trinomio ISL-COMPIN-SNSS. Los registros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales están descentralizados en las 5 Subcomisiones de COMPIN en Región Metropolitana, sin consolidación estadística.

Las CCAF funcionan con un sistema de información propio que fue diseñado en la década de los '80, cuando éstas asumen la administración del Fondo de Subsidios por Incapacidad Laboral de los/as trabajadores/as afiliados/as a dichas Cajas, constituido conforme al artículo 21 del DFL N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Las CCAF reciben anticipadamente el equivalente a

una cotización del 0,6% de las remuneraciones imponibles de trabajadores/as afiliados a FONASA, para el pago de las licencias médicas de más de las 2/3 partes de cotizantes del seguro público. El 2017, la CCAF Los Andes es la mayor con más el 59% del mercado y pertenece al igual que la Mutual de Seguridad, a la Cámara Chilena de la Construcción, uno de los mayores gremios empresariales del país. La CCAF La Araucana nació al alero de la Cámara Chilena de Comercio y representa la segunda mayor entidad privada sin fines de lucro, dedicada a la administración del subsidio de incapacidad laboral por concepto de licencia médica (SIL), con el 18% del mercado.

A partir de los años 2010 en adelante, se implementa el sistema de información de licencias médicas electrónicas (LME), a cargo del operador principal SONDA y de responsabilidad institucional de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). El sistema de LME cuenta además con dos operadores de los sistemas de alimentación de la plataforma informática, para el ingreso de LME: estos son IMED y MEDIPASS. Desde el 2014 en adelante, entra en funcionamiento un nuevo sistema de información de licencias médicas digitalizadas, acotado a las licencias de papel de afiliados de la CCAF Los Andes. A pesar de que los sistemas de información descritos, en conjunto fueron supuestamente diseñados como fiel reflejo de las licencias médicas de papel, éstos guardan una diferencia sustantiva principal, que está dada por el hecho que ninguno de ellos, tanto el sistema de información de CCAF, como de LME y sus operadores IMED y MEDIPASS, o de licencias médicas digitalizadas, permite ingresar licencias Tipo 5 y 6, de accidentes y enfermedades laborales respectivamente. Veremos cómo conspira esto en contra de resguardar el acceso de los/as trabajadores/as a la cobertura de la Ley 16.744.

La metodología de análisis de morbilidad basada en datos de uso de licencias médicas presenta un importante sesgo de acceso, determinado por nivel socio-económico, con una gran mayoría de licencias médicas emitidas por médico particular. Demás está decir, que se encuentran marginados del beneficio de licencia médica los/as trabajadores/as informales, precarizados/as, indocumentados/as, de trabajo invisibilizado en labores del hogar como es el caso de las mujeres, o el trabajo infantil o de personas con capacidades diferentes. Un segundo sesgo significativo, que alcanzaría un nivel cercano al 10% en estudios europeos y, que no hay razones para sospechar que sería mucho más alto en nuestro país, sería el mal uso de licencias médicas por reposo prolongado o injustificado (OMS, 2010). Ante dichos sesgos que podrían distorsionar un perfil de morbilidad como este, se elaboran indicadores de riesgo relativo de presentar 'gravedad', como sería un mayor riesgo de enfermedad gra-

ve sobre el total de enfermedades, corrigiendo en parte el sesgo de acceso relativo mayor del sector económico más acomodado pero menos gravemente enfermo.

Los indicadores de riesgo relativo son desagregados por grupos y categorías (agrupación especial) ocupacionales, según sexo. La categoría ocupacional CIUO 88 no se encuentra disponible en la licencia médica, y se estima por una agrupación especial en el presente estudio: ocupación “11” (ejecutivo, directivo) como ‘empleador’; “12” (profesor), “13” (otro profesional), “14” (técnico), “15” (vendedor) y “16” (administrativo), como ‘empleado’; y “17” (operario, trabajador manual) como ‘obrero’; la categoría ‘cuenta propia’ es heterogénea y no detectable en el registro de licencia médica utilizado.

El procesamiento de datos para el análisis de la información de licencias médicas se realizó con EPI-INFO v.7, para WINDOWS, software de libre distribución de la OMS.

II.- De modo muy somero, se incorpora una mirada de análisis cualitativo para documentar los hallazgos del presente estudio desde la perspectiva de los actores sociales y técnicos involucrados. Es así, como se recoge la opinión de trabajadores/as, sindicatos, y equipos técnicos, para precisar la información cuantitativa y sugerir líneas de acción. Dada la dificultad de registro de testimonios por parte de las fuentes cuya estabilidad laboral se podría ver comprometida, se recurre a datos de prensa que resulten pertinente tratándose de casos emblemáticos.

Entre los actores sociales y técnicos consultados están profesionales de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), de la Asociación de Mujeres Rurales e Indígenas (ANAMURI), del Dpto. de Salud Pública, Regional Santiago del Colegio Médico, y de Fundación Sol (taller sindical sobre ‘modelo obrero italiano’).

RESULTADOS

1. Daño en salud: mortalidad por categoría ocupacional
Al observar las tasas de mortalidad prematura (años de vida potencialmente perdidos o AVPP de 15 a 64 años) por categoría ocupacional desagregada por sexo, constatamos un estancamiento de la brecha entre categorías extremas (obreros/as versus empleadores/as), que alcanza 7,6 y 7,4 veces respectivamente en 2004 y 2014; no obstante, en hombres la brecha se acentúa de 7,8 a 10,5 veces y, en mujeres la diferencia se atenúa de 4,8 a 3,7 veces más mortalidad prematura de obreras versus empleadoras, en los mismos años. Cabe señalar, que la curva de ingreso promedio (Encuesta Suplementaria de Ingreso, INE 2015) por categoría (empleador/a \$1.176.800; empleado/a \$711.533; obrero/a \$312.465) sigue una tendencia inversa a la mortalidad, ex-

cepto para la categoría “cuenta propia” (\$276.900), posiblemente por su tendencia más reciente a un menor nivel de ingresos (ver Gráfico N°3).

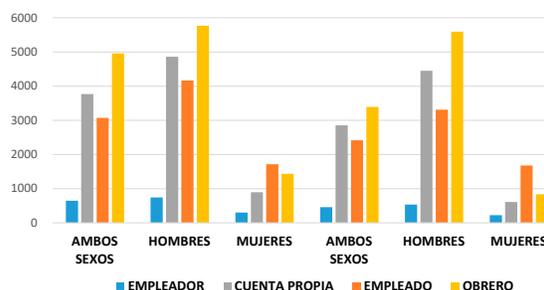


Gráfico N°3: Tasa de mortalidad prematura en población económicamente activa (*) por categoría ocupacional, según sexo. Chile 2004 y 2014.

Fuente: INE y DEIS MINSAL. Elaboración propia EBD. (*) Tasa Años de Vida Prematuramente Perdidos de 15-64 años x 100.000 Trabajadores por Categoría Ocupacional según Encuesta Nacional de Empleo.

El análisis de las tasas de mortalidad cruda por categoría ocupacional desagregada por sexo, muestra un mismo padrón aunque ostenta brechas más atenuadas. La brecha entre categorías extremas (obreros/as versus empleadores/as), alcanza 5 veces en 2004 y 2014; esta brecha se mantiene en 5 al desagregar por sexo en 2004, no obstante, del mismo modo que la mortalidad prematura, la brecha de mortalidad cruda se acentúa en hombres, elevándose de 5 a 7 veces y, se atenúa en mujeres 5 a 3 veces. Estas brechas son muy superiores a las que se puede encontrar en los estudios de mortalidad por categorías ocupacionales “employer” (empleador/a), “white collar” (empleado/a), “blue collar” (obrero/a) y “self-employed” (cuenta propia) del Registrar General de Inglaterra y Gales, donde la brecha entre categorías extremas es menor a la mitad (ver Gráfico N°4).

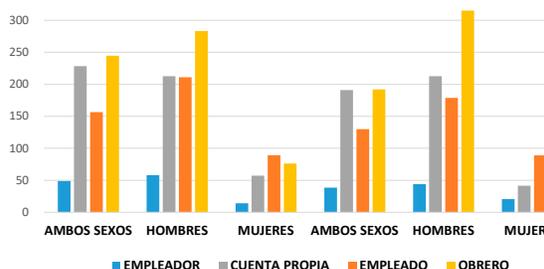


Gráfico N°4: Tasa de mortalidad cruda en población económicamente activa (*) por categoría ocupacional, según sexo. Chile 2004 y 2014.

Fuente: Ine y DESI MINSAL Elaboración propia E.B.D (*) Tasa Cruda de 15-64 años x 100.000 trabajadores por categoría ocupacional según encuesta nacional de empleo.

La mortalidad prematura se diferencia de la mortalidad

cruda por la causa principal, representada por los traumatismos, en la primera (AVPP de 15-64 años de edad), y por las cardiovasculares, en la segunda (mortalidad específica de 15-64 años). Se presenta a continuación el perfil de mortalidad prematura desagregado por los principales grupos de causas, trauma, cánceres, circulatorias y otras, aplicando la metodología de brechas sociales para relevar el padrón de evitabilidad de dichas causas (ver Tabla y Gráfico N°5).

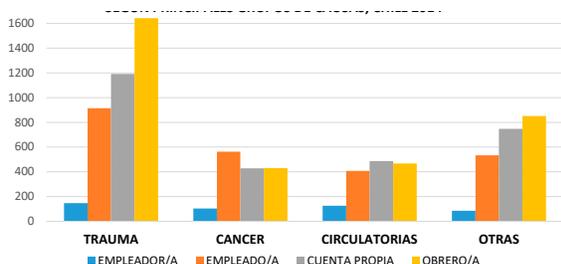


Gráfico N°5: Tasa de mortalidad prematura en población económicamente activa (*) por categoría ocupacional (y gradiente extremo), según principales grupos de causas, Chile 2014. **Fuente:** INE y DESI MINSAL Elaboración propia EBD. (*) Tasa Cruda de 15-64 años x 100.000 trabajadores por categoría ocupacional según encuesta Nacional de empleo.

En efecto, es fácil constatar que el perfil de inequidad social en salud está directamente relacionado con el padrón de evitabilidad de los grupos de causa. La primera causa de mortalidad prematura en edad productiva, los traumatismos, presenta la mayor brecha entre categorías ocupacionales extremas, obreros/as y empleadores/as, alcanzando un 11,2; este grupo de causas donde ocupan un lugar significativo los accidentes, es el más prevenible, y la cobertura de la Ley 16.744 tendría como desafío preventivo central impactar en la brecha de inequidad, es decir, en el perfil de causas a prevenir por Ley. Cabe señalar, que se estima que los accidentes del trabajo fatales ocupan un lugar significativo cercano al 9% (434 accidentes laborales fatales de 5085 muertes por causa externa en 2015, según DEIS/MINSAL); aunque a la luz de la importante subnotificación existente, sin duda, esta cifra es mucho mayor. Esta esta-

dística sólo incluye a trabajadores protegidos (5.736.416, lo que representa un 71% de la Fuerza de Trabajo Ocupada); y, por lo tanto, excluye a un segmento importante de trabajadores no protegidos (29%), informales o independientes no protegidos (más del 85% de trabajadores/as por “cuenta propia” - según la Dirección del Trabajo - en 2015, se encontraban desprotegidos).

Los siguientes grupos de causa, cáncer y circulatorias, ostentan una menor brecha de inequidad social entre categorías ocupacionales extremas, 4,2 y 3,7 respectivamente. Es probable, que el tabaco y el alcohol, sean los factores de riesgo preponderantes que, no obstante, actúan comúnmente en presencia de estresores psicosociales del trabajo, con un impacto similar y algo más alto en cáncer que circulatorias, provocando las gradientes acentuadas en desmedro de los sectores sociales más desfavorecidos.

2. Morbilidad por categoría ocupacional y género

Es difícil encontrar indicadores sensibles que reflejen el deterioro de la salud producto de las condiciones laborales, debido tanto a la multicausalidad de los procesos de enfermedad como a la carencia de información estadística, en parte, por el difícil acceso a los datos por razones de resguardo de la confidencialidad e información sensible, o simplemente por falta de interés y de priorización institucional de la estadística e información para la gestión sanitaria. La tendencia al desuso de la información para la toma de decisiones, no es sin duda, ajena a la avanzada externalización de los procesos de gestión de la información, que no contribuyen necesariamente al fortalecimiento de la institucionalidad, la transparencia y el interés público.

Más allá del problema estructural de la información, la calidad de las estadísticas sanitarias sufre un problema funcional que es mayor. Como ningún otro ámbito de salud, los datos sobre las enfermedades y accidentes profesionales presentan un importante subregistro, lo cual está asociado a un marcado desconocimiento sobre los factores de exposición a riesgos debido al trabajo en la población protegida, en particular por categoría, rama o grupos ocupacionales.

Tabla N°2: Mortalidad Prematura (Tasa de AVPP x 100 Mil) en Población Económicamente Activa (Edad 14-64 Años) por Principales Grupos de Causas según Categoría Ocupacional, Chile 2014

CATEGORÍA OCUPACIONAL X CAUSA	TRAUMA	CANCER	CIRCULATORIAS	OTRAS	TOTAL
EMPLEADOR/A	147	103	126	85	461
EMPLEADO/A	914	563	407	534	2418
CUENTA PROPIA	1191	428	488	747	2855
OBRERO/A	1642	429	468	852	3391

Fuente: Tasa x 100.000. DEIS-MINSAL e INE, 2014

La subnotificación de los accidentes del trabajo, tanto laborales como de trayecto, se hace evidente al observar estadísticas de Mutualidades de Empleadores para el año 2016, en que ocurrieron más de 500.000 denuncias por accidentes del trabajo (acompañadas por su respectiva Denuncia Individual de Accidente del Trabajo o DIAT), siendo rechazadas un 22% como accidente común y, cerca de dos tercios de los accidentes reconocidos como laborales es dado de alta inmediata o alta precoz, siendo el período complementario eventual de reposo frecuentemente asumido por el seguro común. A su vez, 81% de denuncias por enfermedades profesionales son rechazadas por las Mutualidades (ver Gráficos N° 6 y 7).

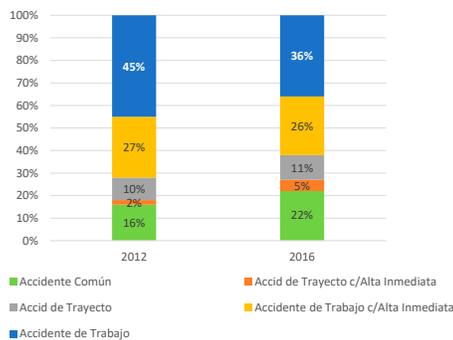


Gráfico N°6: Denuncias por Accidentes de Trabajo y Calificación (%). Mutualidades - Chile 2012 y 2016

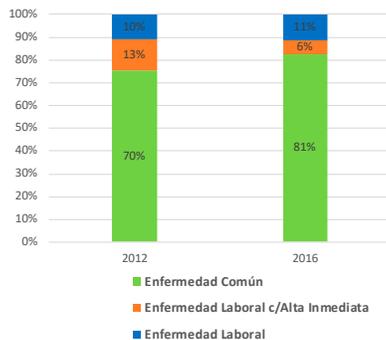


Gráfico N°7: Denuncias por Enfermedades Profesionales y Calificación (%). Mutualidades - Chile 2012 y 2016

La información estadística sobre accidentes y enfermedades profesionales (eventos cubiertos por la Ley N°16.744), está dispersa y desintegrada, aún en el caso del administrador público tripartito del seguro, ISL- COMPIN - SNSS. El sistema nacional de vigilancia en salud ocupacional (SINAISO), es independiente y desvinculado de los sistemas propios de información de los Organismos Administradores de la Ley, Mutualidades de Empleadores o ISL; a su vez, la

plataforma de licencias médicas de FONASA no se retroalimenta con las resoluciones sobre calificación de origen (RECA) del seguro laboral. En COMPIN no hay una plataforma propia ni comunicación con ninguno de los demás sistemas o plataformas de la información. En definitiva, por la falta de acceso a las fuentes de información de SINAISO, SISESAT-ISL, Sistema de Información de FONASA, entre otras, a través de los mecanismos institucionales y conductos regulares, los datos propiamente relacionados a enfermedades y accidentes laborales no estuvieron disponibles para el presente estudio. En razón de lo anterior, y como herramienta poblacional, asume un importante significado la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). No obstante, como un enfoque dirigido al diseño de un método de pesquisa de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales - ATEP (ver Manual de Pesquisa ATEP en licencias médicas tipo 1, MINSAL 2007), el presente estudio recurrió a una metodología basada en la asociación, entre principales patologías trazadoras para salud laboral y la morbilidad desagregada por grupo ocupacional a partir de licencias médicas comunes.

3. Licencias Laborales o Tipo 5 y 6: cobertura virtual y castigo empresarial

La muestra ampliada de 117.007 licencias médicas de CCAF La Araucana y 194.137 de CCAF Los Andes arroja una distribución de tipo de licencias siguiente (Tabla N°3):

En forma inmediata, podemos constatar la ausencia de registro de licencias Tipo 5 o 6 por el sistema de información de las CCAF, lo cual resulta de una primera barrera de acceso a la cobertura de la Ley 16.744. Probablemente, esto ocurre así desde fines de los '80, coincidiendo con la decisión administrativa de incorporar a las CCAF como pagadoras del subsidio por incapacidad laboral (SIL), por mandato de FONASA y supervisión de la Superintendencia de Seguridad Social. Dado que las licencias médicas Tipo 5 y 6 no son canceladas por las CCAF, correspondiéndole su pago a los Organismos Administradores de la Ley 16.744, tanto las Mutualidades de Empleadores como el Instituto de Seguridad Laboral (ISL, ex-INP - en conjunto con la COMPIN en este caso), para separarlas del sistema previsión común se estableció un mecanismo de bloqueo del ingreso de licencias de origen laboral en el sistema de información propio de las Cajas. No obstante, en consonancia con disposiciones impartidas por la SUSESO en sentido contrario, entre otras por

Tabla N°3: Distribución de Tipo de Licencias Médicas, Muestra Ampliada de CCAF Los Andes 2024 y CCAF La Araucana 2016-2017

Tipo de Licencia Médica	N°	%
Tipo 1 - Enfermedad o Accidente Común	278.537	90
Tipo 3- Maternal	10.237	3
Tipo 4 - Hijo Menor de Un Año	12.890	4
Tipo 5 - Accidente del Trabajo	0	0
Tipo 6 - Enfermedad Laboral	0	0
Tipo 7 - Causa Obstétrica	9.479	3
Total	311.143	100

la última Circular N°3244, 13/09/2016, las CCAF ingresan las licencias médicas tipo 5 o 6 para obtener el pronunciamiento de la COMPIN. **Siguiendo la indicación del ente regulador, las licencias Tipo 5 y 6, de modo de poder sortear el bloqueo del sistema de información de las Cajas, son ingresadas como licencias Tipo 1, quedando configurado un claro proceso de adulteración de instrumento público.**

La dimensión supuestamente ínfima del problema para la SUSESO parece no inquietarla. Efectivamente, en la muestra de CCAF La Araucana extrañamente sólo se detectan 3 casos de licencias emitidas como Tipo 5 o 6 e ingresadas como Tipo 1 a pesar de ser accidente o enfermedad laboral (con un índice 2,6 x 100.000 licencias, en el período Julio 2016 - Junio 2017), contra 177 de 194.137 licencias (91 x 100.000 licencias) en CCAF Los Andes (Año 2014). No obstante, la discordancia entre CCAF La Araucana y la CCAF Los Andes parece sugerir la existencia de una **práctica típica** (ver recuadro 1 y 2) por parte de las Cajas, en la primera más que la segunda, de **exigir al paciente que vuelva donde su tratante para obtener una licencia en remplazo Tipo 1**. En cuanto a las licencias Tipo 5 y 6 ingresadas de la muestra (180), las cuales sólo se detectan porque fueron rechazadas aplicando el Artículo 77 Bis², una mayoría parece en definitiva no conseguir cobertura efectiva de la Ley 16.744, reapareciendo posteriormente licencias por igual diagnóstico pagadas como Tipo 1 por el seguro común, y **lo que resulta más lamentable es constatar que los/as trabajadores/as quienes sufren un accidente o enfermedad laboral - tanto en la casuística estudiada, así como en los más de 20.000 casos anuales del ISL, según nos ratifican los propios profesionales de dicha institución - en su mayoría son finiquitados/as.**

4. Nuevos sistemas de información reproducen la barrera anti-trabajador/a

En los años 2010, la SUSESO introduce una plataforma informática de licencias médicas electrónicas (LME), como soporte virtual del trámite de licencias desde la emisión hasta su pago. Los operadores Imed y Medipass están a cargo del ingreso de dichas licencias, previa adscripción de prestadores y empleadores. Hoy, las LME representan más de la mitad de todas las licencias del país, y dan cuenta de un exacerbado centralismo al ser tramitadas en su casi totalidad por la COMPIN de Región Metropolitana (con excepción de la Región de Los Lagos, Concepción y El Maule). En el diseño de la plataforma de LME se reprodujo el mismo principio de bloqueo de licencias Tipo 5 y 6 de las CCAF, agregando la misma restricción en los operadores Imed y Medipass para la emisión, solamente habilitada para licencias del seguro común, ISAPRE o FONASA. Este mecanismo se encuentra en revisión por parte de la SUSESO, por las múltiples denuncias por no pago de licencias médicas laborales cuando el reposo está respaldado por una licencia electrónica (ver Recuadros N°1 y 2). Todas las licencias de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que han sido emitidas en formato de LME, son licencias tipificadas obligatoriamente como accidentes o enfermedades comunes.

En una etapa más reciente, desde el año 2014, se incorpora un formato mixto de emisión de licencias de papel que son digitalizadas por la CCAF. El sistema de licencias digitalizadas se ha implementado en CCAF Los Andes, que cubre aproximadamente un 50% de las licencias de Cajas de Compensación. Nuevamente, el modelo repite la restricción a las licencias médicas Tipo 5 y 6. Por lo tanto, todas las licencias laborales escaneadas terminan tipificadas como licencias comunes. Si bien el número de licencias Tipo 5

² El Artículo 77 Bis se incorpora a la Ley 16.744 en el año 1995, de modo de proteger a los/as trabajadores/as cuando uno de los sistemas de previsión de salud común o laboral discrepa sobre el origen de la patología y, se lo refiere al otro que está obligado a entregar las prestaciones y pagar las licencias, hasta que el caso sea resuelto eventualmente por una instancia superior. En el intertanto el trabajador quedaría protegido.

Caso 1: Gran Invalído

- F.P.C 32 años, Junior de Empresa de Arriendo de Vehículos, cumpliendo instrucciones de su jefe, choca en moto, sufre TEC Grave, Hemorragia Subaracnoidea, atendido x Ley de Urg en CLC, sometido a múltiples operaciones, y derivado con Secuelas y Gran Invalidez a Hospital Barros Luco Trudeau
- El Accidente Laboral no es reconocido por Empleador, ISL ni COMPIN. En 2016, trámite de invalidez otorga 84% de incapacidad permanente. Aseguradora de AFP apela por considerar el siniestro de origen laboral. Transcurridos dos años del accidente, SUSESO reconoce origen laboral. ISL emite Resolución de Calificación de Origen (RECA) y COMPIN otorga 90% de incapacidad permanente de origen laboral.
- El paciente se mantuvo por más de dos años con licencias emitidas electrónicamente (como Tipo 1), permaneciendo parte del período sin pago por rechazo acorde al Artículo 77 Bis, el cual resulta inefectivo por bloqueo en sistema de licencias médicas electrónicas (LME) de opción de Licencia Tipo 5 y 6.
- El total de LME, más otras licencias médicas ingresadas por CCAF La Araucana, resultaron tipificadas como Tipo 1 y pagadas por FONASA, a pesar de contar con la Calificación de Origen de ISL como Accidente del Trabajo. A tres años del siniestro, está aún pendiente la indemnización por secuela de accidente del trabajo causante de Gran Invalidez.

Caso 2

- M.C.Q., 36 años, operaria de supermercado, sufre accidente de trayecto por atropello, con DIAT, declaración de testigo y denuncia en fiscalía. Concorre a Mutual de Seguridad (C.Ch.C.), con Dg: Rotura de Tendón de Aquiles Derecho. Esta deniega cobertura de Ley 16.744 y deriva la paciente al hospital público para su resolución, previa emisión de licencia médica tipo 1 por 8 días.
- El mismo día es atendida en el Hospital Salvador, traumatólogo confirmó el diagnóstico; calificó el origen de la patología como laboral, extendiendo una licencia médica tipo 5, por 30 días. Dicha licencia no fue recibida por la CCAF La Araucana, siendo devuelta al empleador, Empresa de Supermercados Jumbo.
- La paciente reclamó por su licencia impaga ante la CCAF, sin obtener respuesta. Transcurrido el período de vigencia de la licencia médica, el empleador reconoció estar en posesión de dicho documento médico, indicándole a la paciente acudir al Hospital para obtener una licencia tipo 1 en remplazo de la que fue calificada como tipo 5. El médico tratante accedió a retipificar el origen del accidente como común, en el período en cuestión y en las posteriores licencia médicas.
- Gestiones de la paciente ante la SUSESO y fiscalía resultan infructuosas. Gestión de COMPIN ante SUSESO idem. Licencias persisten como "accidente común". Atención médica y alta por SNSS. Paciente persiste sintomática, trabajando.

o 6 de Mutualidades que son derivadas por el empleador "por error" a las CCAF es menor, el sistema de información reproduce la negación de la cobertura de la Ley 16.744 y, favorece el pago de la licencia por el seguro común de FONASA (las ISAPRE están exentas del intermediador de CCAF).

5. Impasse de Artículo 77 Bis: bloqueo de tipificación de licencias Tipo 1 como Tipo 5 y 6

A partir del año 2010 en adelante, la SUSESO comienza a detectar un número creciente de licencias sin pago, reclamadas por trabajadores/as cotizantes de ISAPRE con licencias rechazadas por el seguro común acorde al Art.77 Bis, por tratarse de patologías de origen laboral. Dado que las CCAF están vinculadas sólo con FONASA, y no con ISAPRE, el problema de las Cajas de Compensación ha sido soslayado. Para corregir el problema de ISAPRE, la SUSESO comienza en 2016 o quizás un poco antes, a instruir a la COMPIN de emitir licencias en remplazo para ser tramitadas ante el organismo administrador correspondiente de la Ley 16.744. Esta trama burocrática artificiosa y absurda logra dilatar en algunos casos por años el pago de licencias de accidentes o enfermedades laborales. FONASA a diferencia de ISAPRE no ha reparado suficientemente respecto del alto nivel de subsidios cruzados involucrados.

Presentamos a modo de ilustración de esta grave situación (ver Recuadros N°3 y 4), dos casos de pacientes

quienes lograron por medio de la aplicación del Artículo 77 Bis, franquear la barrera para el acceso a las prestaciones y subsidio laborales (ISL). Ello contrasta flagrantemente con el enorme volumen de casos provenientes del seguro laboral, por la masiva aplicación del 77 Bis por parte de las Mutualidades de Empleadores, calificando sin barrera alguna los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales como patología de origen común. Cabe señalar, que a través de la modalidad del 77 Bis donde las Mutualidades no reconocen el origen laboral de la patología, así como por la vía de las altas inmediatas o precoces de patología reconocida como laboral, estas instituciones estarían traspasando una importante carga de enfermedad y peso financiero al seguro común.

6. Eventos trazadores delatarían baja cobertura de accidentes y enfermedades laborales

El análisis del perfil de causas de licencias médicas sitúa los Trastornos Mentales en primer lugar con el 30,7% de los casos, seguidos por los Trastornos Músculo Esqueléticos (19,6%), las Respiratorias (13,2%) y los Traumas (6,0%). Al desagregar dichas causas por tres grandes grupos ocupacionales, constatamos que entre directivos/as las causas mentales tienen un peso aún mayor (37,1%), mientras que las músculo-esqueléticas (12,9%) y respiratorias (9,9%) son relativamente menos importantes; el trauma no varía sensiblemente (6,5%). Por el otro extremo, en el grupo obrero resaltan menos

Caso 3: Accidente Laboral

- J.B.C, 46 años, asesora de hogar, con 3 años de antigüedad, sin contrato laboral, sufre AT por caída a nivel; empleador es profesional de salud, la deriva a consulta médica, Dg: Contusión de Muñeca Izquierda, Rx (-). Sin DIAT, alta inmediata. Trabaja dos meses con dolor e impotencia funcional.
- Consulta en Hospital San José en Unidad de Medicina del Trabajo, TAC con Dg: Fractura de Epifisis Distal del Radio. Inmovilización. Licencia médica Tipo 5. COMPIN rechaza licencia sin DIAT y ordena remplazo por licencia Tipo 1.
- Unidad de ATEP en COMPIN realiza peritaje. Dg: Fx EDR izq. Síndrome de Dolor Regional Complejo de EE.SS Izq. ("Enf de Sudeck"). Aplica 77 Bis. Fiscalización COMPIN y contrato de trabajo firmado + DIAT. RECA de ISL como "obrero". Manejo por SNSS, en U. de Medicina del Trabajo de HSJ. LM Tipo 5 del 16/08/2016 al 28/02/2017. Alta y despido inmediato.
- Paciente con secuela por Sudeck, trabaja por cuenta propia, puesto de venta de sopaipillas. Tratamiento con altas dosis de AINE. Pendiente TAC en HSJ.

Caso 4: Acoso Laboral

- J.V.F, 50 años, técnico informático, en empresa del área de informática, subcontratista para BCI, con antigüedad de dos años. Pertenece a ISL. Sufre "acoso laboral" por parte de su jefe directo que concluye en "agresión". 1ª Atención en ACHS, con DIAT, Licencia Médica Tipo 5, Dg: Acoso laboral. COMPIN rechaza reposo y retipifica como Enfermedad Común (Tipo 1). Derivado a Psiquiatría en CAPREDENA, Dg: Tr. Adaptativo. LM tipo 1.
- Unidad ATEP de COMPIN realiza Peritaje. Dg: Acoso Laboral. Recurso de revisión indica origen laboral y licencia Tipo 5 (Agresión) con reposo del 31/08 al 30/11/2016. Renuncia voluntaria.
- Fallo de Fiscalía Oriente Ñuñoa - Providencia del 13 de Septiembre de 2016, imputa al Sr. R.D.O., Cl., por agresión con resultado de lesiones leves en contra del paciente, y lo condena a la pena de 1 Unidad Tributaria Mensual y Costas (RIT... - 2016).

Tabla N°4: Distribución de Principales Grupos de Causas CIE-10 de Morbilidad Causante de Subsidio de Incapacidad Laboral, según Grupos Ocupacionales, Muestra de CCAF Los Andes 2024 y CCAF La Araucana 2016-2017

GDES GPOS CAUSAS/ OCUPACIONES AGRUPADAS	DIRECTIVOS/AS		PROF-TECN-ADM		OBREROS/AS		OTROS/AS		TOTALES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	46	15,6%	1080	4,1%	951	4,1%	1573	4,5%	3799	4,5%
TUMORALES	1	0,3%	370	1,4%	376	1,6%	585	1,7%	1332	1,6%
HEMATOLÓGICAS	1	0,3%	98	0,4%	118	0,5%	131	0,4%	348	0,4%
NUTRI-ENDOCRINAS	2	0,7%	140	0,5%	146	0,6%	253	0,7%	541	0,6%
MENTALES	109	37,1%	9126	34,9%	5934	25,8%	10662	30,6%	25831	30,7%
NEUROLÓGICAS	2	0,7%	389	1,5%	454	2,0%	629	1,8%	1474	1,8%
OCULARES-OTORRINO	3	1,0%	407	1,6%	389	1,7%	624	1,8%	1423	1,7%
CIRCULATORIAS	2	0,7%	340	1,3%	589	2,6%	892	2,6%	1823	2,2%
RESPIRATORIAS	29	9,9%	3814	14,6%	2803	12,2%	4432	12,7%	11078	13,2%
DIGESTIVAS	8	2,7%	857	3,3%	672	2,9%	1014	2,9%	2551	3,0%
CUTÁNEAS	0	0,0%	182	0,7%	335	1,5%	373	1,1%	890	1,1%
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	38	12,9%	3716	14,2%	5749	25,0%	7009	20,1%	16512	19,6%
UROGENITALES	3	1,0%	795	3,0%	653	2,8%	1024	2,9%	2475	2,9%
MATERNALES	19	6,5%	1727	6,6%	969	4,2%	1719	4,9%	4434	5,3%
PERINATALES	2	0,7%	76	0,3%	41	0,2%	67	0,2%	186	0,2%
CONGÉNITAS	1	0,3%	69	0,3%	38	0,2%	73	0,2%	181	0,2%
MAL DEFINIDAS	4	1,4%	514	2,0%	370	1,6%	527	1,5%	1415	1,7%
TRAUMA	19	6,5%	1179	4,5%	1663	7,2%	1438	4,1%	5032	6,0%
OTRAS	5	1,7%	600	2,3%	625	2,7%	948	2,7%	2178	2,6%
TOTAL	294	100%	26185	100%	22969	100%	34884	100%	84062	100%

Fuente: Muestra 84.062 Casos CCAF La Araucana y Los Andes Desagregados por Grupos Ocupacionales Directivos, Profesionales-Técnicos-Administrativos y Obreros. Región Metropolitana 2014, 2016 y 2017.

Tabla N°5: Principales Grupos de Causas de Morbilidad por Grupos Ocupacionales según Sexo, Muestra de Licencias Médicas CCAF Los Andes 2024 y CCAF La Araucana 2016-2017

GDES GPOS CAUSAS	DIRECTIVOS/AS						PROF-TECN-ADM					
	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
OCUPACIONES x GRUPOS												
MENTALES	25	34,7%	84	37,8%	109	36,7%	1664	27,8%	7462	37,0%	9126	34,9%
MÚSCULO-ESQ	10	13,9%	28	12,6%	38	12,8%	1164	19,4%	2552	12,6%	3716	14,2%
RESPIRATORIAS	7	9,7%	22	9,9%	29	9,8%	869	14,5%	2945	14,6%	3814	14,6%
TRAUMA	6	8,3%	11	5,0%	17	5,7%	495	8,3%	684	3,4%	1179	4,5%
INFECCIOSAS Y PARASITARIA	15	20,8%	31	14,0%	46	15,5%	495	8,3%	1004	5,0%	1080	4,1%
OTRAS	9	12,5%	49	22,1%	58	19,5%	1304	21,8%	5547	27,5%	7270	27,8%
TOTAL	72	100%	222	100%	297	100%	5991	100%	20194	100%	26185	100%

GDES GPOS CAUSAS	OBREROS						TOTALES					
	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
OCUPACIONES x GRUPOS												
MENTALES	1799	17,9%	4135	32,0%	5934	25,8%	6593	23,4%	19238	34,4%	25831	30,7%
MÚSCULO-ESQ	2847	28,3%	2902	22,5%	5749	25,0%	6751	24,0%	9761	17,5%	16512	19,6%
RESPIRATORIAS	1192	11,9%	1611	12,5%	2803	12,2%	3454	12,3%	7624	13,6%	11078	13,2%
TRAUMA	1117	11,1%	546	4,2%	1663	7,2%	2771	9,8%	2261	4,0%	5032	6,0%
INFECCIOSAS Y PARASITARIA	519	5,2%	432	3,3%	951	4,1%	1520	5,4%	2279	4,1%	3799	4,5%
OTRAS	2576	25,6%	3293	25,5%	5869	25,6%	7075	25,1%	14735	26,4%	21813	25,9%
TOTAL	10050	100%	12919	100%	22969	100%	28164	100%	55898	100%	84065	100%

los trastornos mentales (25,8%), y se destacan las osteo-musculares (25%) y los traumas (7,2%); las respiratorias no difieren significativamente (12,2%) del promedio (ver Tabla N°4).

La distribución por sexo de las licencias médicas pone en evidencia una mayor incidencia relativa en las causas mentales en mujeres (34,4%) respecto de hombres (23,4%); la diferencia se atenúa si comparamos directivos/as (varía entre 37,8% en mujeres y 34,7% en hombres) con obreros/as (oscila marcadamente, entre 32% en mujeres y 17,9% en hombres). Una tendencia inversa se observa con las causas musculo-esqueléticas (varía entre 17,5% en mujeres y 24% en hombres) y trauma (4% en mujeres y 9,8% en hombres). Las respiratorias y las infecciosas y parasitarias no presentan variación mayor por sexo (ver Tabla N°5).

El análisis de las gradientes en el perfil de morbilidad por grupos ocupacionales según sexo, permite reconocer una diferenciación de género, en cuanto a un mayor impacto en salud mental en mujeres y menor en accidentes y violencias que los hombres, al medir su incidencia de uso de licencias médicas. Podemos sospechar la presencia de brechas de acceso en atención de salud, que marcan más las gradientes de género en obreros/as respecto de directivos/as. No obstante, no es posible descartar la presencia de estresores psicosociales mayores en las mujeres y condicionantes accidentógenos en varones, incluyendo accidentes laborales no reconocidos.

Ante el sesgo de uso relativamente mayor de licencias médicas en grupos ocupacionales directivos/as o profesionales-técnicos-administrativos/as respecto de obreros/as, presentamos un índice de gravedad, que está asociado más estrechamente con la importancia relativa del daño en salud y menos influenciada por ausentismo laboral incentivado por la práctica médica privada. En salud mental observamos una inversión neta de la brecha con la mayor incidencia relativa de los trastornos neuro-psiquiátricos en el grupo ocupacional “directivos/as” (36,6%), que pasa a tener la menor incidencia relativa de gravedad en dicho grupo (3,4%); por el contrario, en el grupo “obrero/as” ocurre la situación inversa, la menor incidencia relativa de las licencias de salud mental (25,8%), pasa a tener una mayor incidencia relativa de gravedad (10,6%). **El comportamiento de un índice de “gravedad” en salud mental, y del mismo modo que en musculo-esqueléticas y trauma, daría cuenta de una mayor carga de enfermedad con una probable baja cobertura de atención, incluyendo los accidentes y enfermedades profesionales. (Ver Tabla N°6 y Gráfico N°8)**

7. Perfil de Empresas con Mayor Subdiagnóstico Aparente de Accidentes y Enfermedades Laborales

La distribución por empresa de los casos de patología con índice de mayor gravedad resulta especialmente relevante. En el presente estudio hemos detectado tres tipos de empresa cuyas características sociales y envergadura económica, merecen un análisis más detenido. Estas son empresas del retail (p.ej. importante cadena de supermercados), empresas de alimentos y del Transantiago, evaluadas en términos de índices de patologías seleccionadas, “tenosinovitis” o “depresión severa”. Ello arroja un cuadro de marcada exposición donde se destaca una empresa del Transantiago con una tasa en “Tenosinovitis” 7 veces superior y “Depresión Severa” 18 veces mayor al compararla con la tasa promedio del conjunto de “otras empresas” afiliadas a la CCAF La Araucana; y una empresa de alimentos, 12 y 16 veces mayor según la patología respectivamente; en el caso del grupo de empresas de supermercados la tasa es 7 veces más alta en “Tenosinovitis” y 8 veces más alta en “Depresión Severa” (ver Tabla N°7).

Sin lugar a duda, tanto las empresas del retail como las del Transantiago están expuestas a mayores índices de enfermedades profesionales. Dado el fenómeno de subdiagnóstico descrito, podemos sospechar que la tasa de morbilidad excesiva por “tenosinovitis” y “depresión grave” (“F32.2” y “F32.3”), tendría en gran medida un origen laboral. De notoriedad pública son casos, como la empresa del rubro de alimentación, Fruna Ltda. (www.biobiochile.cl), o de empresas del Grupo Walmart, sobre las cuales abundan las denuncias de acoso laboral y constantes prácticas anti-sindicales, denunciadas en Chile y a nivel internacional en el caso de la mayor de las empresas del retail (www.fundacionsol.cl).

Relevamos aquí un hallazgo importante del presente estudio que señala un nivel importante de desprotección social encubierta en Chile, por un significativo incumplimiento de las obligaciones previsionales por parte del empleador. Efectivamente, constatamos que FONASA da derecho a subsidio por incapacidad laboral, a pesar de la morosidad que presenta el trabajador/a en el pago de sus cotizaciones por parte del empleador. Este último regulariza la situación previsional de su empleado comúnmente en el momento en que enferma. No obstante, según una encuesta reciente del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), el 17,6% de trabajadores dependientes encuestados no registran la cancelación de cotizaciones previsionales por parte

Tabla N°6: Índice de Gravedad (%) de Principales Patología Seleccionadas de Morbilidad Psiquiátrica, Musculo-Esquelética y Trauma según Sexo, Muestra de Licencias Médicas CCAF Los Andes 2024 y CCAF La Araucana 2016-2017									
Índice de gravedad x grupos de causa	Casos graves			Casos totales			Índice de gravedad		
	H	F	AS	H	F	AS	H	F	AS
F32.2+F32.3/F32	182	602	784	1815	5922	7737	10,0%	10,2%	10,1%
M65/TOTAL "M"	257	605	862	3703	6300	10003	6,9%	9,6%	8,6%
Traumas graves/TOTAL	607	530	1137	1332	1175	2507	45,6%	45,1%	45,4%

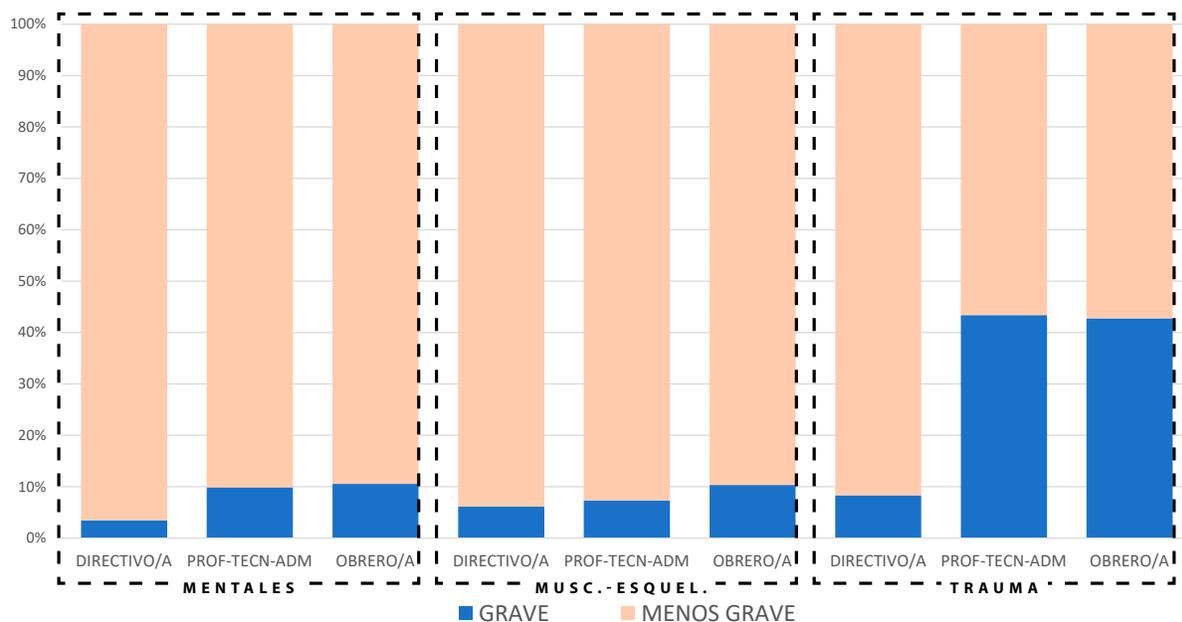


Gráfico N°8: Morbilidad principal por grupos ocupacionales según índice de gravedad: causas mentales, musculo-esqueléticas y trauma, muestra ccaf región metropolitana 2014, 2016 y 2017

Fuente: Muestra 47.375 Datos CCAF La Araucana y Los Andes. Gravedad en Causas Mentales F32.2 y F32.2 / F32 Total; M65 / Musc. Esquel. Totales; Fracturas, Lesiones Vasos, Tendones y Nervios, Quemaduras, Amputaciones / Trauma Total,. Desagregados por Grupos Ocupacionales Directivos, Profesionales-Técnicos-Administrativos y Obreros. Región Metropolitana 2014, 2016 y 2017.

Tabla N°7: Prevalencia de Morbilidad por Tenosinovitis y Depresión Severa en Empresas Trazadoras, Muestra de CCAF La Araucana 2016-2017						
Empresa	Rut	Dotacion	Tenosinovitis		Depresion severa (f32.2+F32.3)	
			Casos	Tasa	Casos	Tasa
Adm. de Supermercados Hiper Ltda.	76134941-4	11400	80	70,2	31	27,2
Jumbo Supermercados Administradora Ltda.	96988680-4	8875	35	39,4	78	87,9
Alimentos Fruna Ltda.	84156500-2	2813	23	81,8	25	88,9
Buses Vule SA	76071048-2	4458	21	47,1	46	103,2
Adm. de Supermercados Express Ltda.	76134946-5	9034	20	22,1	17	18,8
Otras empresas		1041150	683	6,6	587	5,6

Fuente: Dpto de Salud Ocupacional, SEREMI de Salud RM y datos CCAF La Araucana, Muestra Jul.2016-Jun.2017

de su empleador, situación en gran medida corroborada en el presente estudio. Cabe señalar que - según la Superintendencia de AFP - la deuda acumulada por el sistema previsional (sin incluir FONASA) alcanzaría los US \$ 3.961 millones (Informe Anual de Deuda Previsional, S-AFP 2017).

8. Problema emergente de desprotección social: población migrante

Nuestro país vive un fenómeno acentuado de migración de población extranjera en búsqueda de mejores condiciones de vida. Más allá de su impacto en términos de discriminación social y desarraigo cultural, familiar y comunitario, se observa un grave riesgo de vulneración de derechos, trata de personas, y estigmatización creciente en salud (p.ej. Caso de Lepra).

En la casuística de accidentes del trabajo relevamos el caso de una paciente haitiana indocumentada, afectada por un grave accidente laboral (ver recuadro N°5)

9. Alcances sobre líneas de acción de organizaciones sociales, técnicas y gremiales

Finalmente, este estudio recoge someramente algunos elementos de análisis cualitativo sobre líneas de acción en salud de los/as trabajadores/as:

Para ALAMES, la salud de los trabajadores/as debe transformarse en pilar de una salud integral, que incorpore sin discriminación a los sectores excluidos de una protección social en salud laboral: trabajadores/as informales, independientes, migrantes, mujeres dueñas de casa, personas con capacidades diferentes. El rol de la organización social es clave para exigir salud como derecho, y ANAMURI releva la dimensión social, rural, indígena y medioambiental de salud y trabajo, con especial énfasis en la prevención de la exposición de mujeres temporeras y comunidad en general a los plaguicidas. Entre integrantes del Dpto. de Salud Pública del Colegio Médico, Regional Santiago, es importante destacar el papel del médico y equipo de salud en general, en cuanto a fortalecer la autonomía e idoneidad técnica del acto médico, desprendido de incentivos económicos por metas ajenas al proceso de atención, como ha ocurrido con ISAPRES y estaría ocurriendo

hoy en las Mutualidades de Empleadores. La capacitación a los actores sociales, comunitarios y sindicales, siguiendo una pedagogía popular, autogestionada, tipo 'modelo obrero italiano', es - según la Fundación Sol - más relevante que nunca hoy para el conjunto del movimiento sindical.

DISCUSIÓN

Nuestro país se caracteriza por una inserción subalterna en la división internacional del trabajo, y su modelo económico sustentado en la renta extractivista se agota por su dependencia de la dinámica enlentecida de la economía mundial. El deterioro de la calidad de los empleos y condiciones de salud en el trabajo resulta del lugar más frágil que ocupamos en la cadena de producción de valor. La reproducción social de la fuerza de trabajo es crítica en ámbitos sensibles para la población como salud, educación y pensiones. La marcada desigualdad social se mantiene sin mayor impacto de las políticas sociales de focalización ni la promesa de ascenso social por acceso al mercado de la educación. La concentración de la riqueza fortalece el "patrimonio" en desmedro del esfuerzo del trabajo y "mérito" personal.

La protección social pasó a ser un privilegio del cual cada vez más amplios sectores se ven excluidos: informales, nuevos "cuenta propia", trabajadores a honorarios, migrantes, discapacitados. A su vez, la lógica de mercado imperante ha introducido distorsiones que conspiran en contra de la equidad y eficiencia en salud, socializando riesgos y privatizando ganancias en salud. La salud de los trabajadores/as se encuentra "protegida" por los gremios empresariales, con fuerte integración vertical y lucro encubierto entre empresas relacionadas, en particular, a través de una amplia red de salud privada (CIPERCHILE, 2011). El subdiagnóstico de enfermedades profesionales alcanza niveles mayores en "obreros" ISL con índices casi nulos de patología laboral (ISL, 2017) y, muy alta subnotificación en Mutualidades de Empleadores (ver Comisión Investigadora Cámara de Diputados, Subsidio del Sector Público de Salud a la Ley 16.744, Dra. J. Vega, Directora de FONASA, 2016). Una relación intrincada de las CCAF que administran el subsidio de incapacidad laboral y se

Caso 5: Accidente en Migrante Indocumentada

- D.J.B. Haitiana, indocumentada, trabaja sin contrato en Empresa de Reciclaje, desde el 02/05/2016, y sufre Accidente del Trabajo el 27/10/2016, al quedar su mano atrapada en prensa de cartones a alta temperatura. Atendida en el HUAP-Posta Central. Sin cobertura de salud ni Ley 16.744 reconocida.
- Unidad de Pesquisa de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (U-ATEP) de COMPIN: realiza Peritaje. Se emite DIAT. ISL deriva a prestador en convenio ACHS en modalidad de caso especial (trámite manual, paciente indocumentada).
- Se realiza fiscalización a empresa ¿"Trata de personas"? Se obtiene firma de contrato.
- Obtención RUT provisorio para efectos de salud. Dg: Mano derecha gravemente lesionada. Reposo por ATEP desde el 27/10/2016 a la fecha. Trámite en Extranjería para regularizar residencia.
- Pendiente evaluación de secuela en COMPIN.

han transformado en una industria financiera mínimamente regulada, en complicidad con las Mutuales de Empleadores, ha permitido obstruir el acceso de los/as trabajadores/as a la cobertura de la Ley 16.744. **Según hemos constatado en presente estudio, recae sobre aquellos que persisten en reclamar sus derechos, el castigo lamentablemente común de la pérdida de la fuente laboral por despido. Los sindicatos alertan sobre la falta de respeto de los derechos laborales, mientras que los empresarios responden con crecientes niveles de práctica antisindical.**

En este marco, podemos entender algunas condicionantes socioeconómicas como son la discriminación de la cobertura en salud, desprotección social y perfiles de riesgo de los trabajadores/as, tanto por exposición laboral, por doble o triple jornada, por triple carga de trabajo de la mujer, los que determinan un alto grado de vulnerabilidad, accidentabilidad por fatiga excesiva y marcados niveles de sobremortalidad y morbilidad más grave según las categorías ocupacionales subordinadas en la dimensión de sus relaciones sociales de producción y de género.

Los desafíos de la política sectorial en materia de protección de salud de los/as trabajadores/as en nuestro país, a corto plazo, si bien representan sólo un paliativo ante los determinantes sociales profundamente inequitativos, resultan hoy más urgentes ante los vacíos y contrastes de cobertura del seguro laboral: **plan de normalización de la Ley 16.744 para el fortalecimiento del trinomio ISL-COMPIN-SNSS, por la vía de una atención pública integral de salud de los/as trabajadores/as; término al apartheid entre afiliados ISL (trámite legislativo avanzado), por un lado, de “obreros/as” con una cobertura crítica en la atención en el sistema público de salud - y, por otro lado, “empleados/as” con acceso a prestadores privados en convenio de mayor resolutivez aunque también alto costo. Y sin duda, atendiendo el clamor de trabajadores/as afectados/as ante la triste realidad de que “los médicos no saben de derechos ni salud laboral”, hace falta una intensa capacitación de pre y postgrado en salud de los/as trabajadores/as (ver “Desafíos de la Salud Pública...”, Coloquios de Salud Ocupacional, MINSAL 2014)**

Por su parte, la SUSESO ha asumido para antes de fin del 2017, corregir el bloqueo de los sistemas de información que hace posible hoy que la mayoría de las licencias Tipo 5 y 6 ingresadas en COMPIN se paguen como licencias Tipo 1; el Artículo 77 Bis de la Ley 16.744, debería dejar de operar cuesta arriba para trabajadores/as que intentan obtener el reconocimiento de la cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, siendo ínfima la cantidad de casos que COMPIN y SUSESO dictaminan como patologías de origen

laboral. Por el contrario, las Mutualidades de Empleadores ya no podrían deshacerse por esta vía, y en especial, por el uso de licencias médicas electrónicas, de un importante grupo de pacientes referidos fraudulentamente al seguro de salud común. La cuantificación de casos y de los subsidios cruzados que están involucrados es un desafío pendiente, para lo cual se contaría con el apoyo inicial del Departamento de Salud Ocupacional del MINSAL.

En una perspectiva de más largo plazo, el envejecimiento de la población asociado al aumento de enfermedades crónicas, preocupa por un creciente impacto en discapacidad (ver Informe Mundial sobre la Discapacidad OMS, 2011). No obstante, de modo particularmente marcado en nuestro país donde se da una bajísima cobertura del seguro de invalidez y paupérrimas pensiones otorgadas por el sistema de AFP, **asistimos a la tendencia a prolongar la vida laboral más allá de la edad de jubilación, sin adecuaciones preventivas para evitar un riesgo aumentado de accidentes y enfermedades laborales.**

A su vez, el Informe Mundial sobre Morbilidad Causante de Subsidio de Incapacidad Laboral (OMS, 2010), reporta una estrecha asociación a nivel global entre el uso de licencias médicas y el contexto de desempeño o ciclo de la economía, el impacto en términos de desempleo, prácticas de despido o discriminación, características del sector productivo, del ámbito público o privado, y factores socio-económicos relacionados con la edad, el ingreso y el género, los que se conjugan muchas veces como es el caso de mujeres jefas de hogar pobres. Además, en muchos países que enfrentan altos índices de desempleo en período de crisis, es común observar un incremento de pensionamiento por invalidez. Más aún, en países con alto nivel de necesidades insatisfechas de atención de salud, los índices de ausentismo laboral pueden acrecentarse considerablemente. Finalmente, el gasto por concepto de licencias médicas guarda estrecha relación con el nivel de ingresos y la estructura del mercado laboral, y – según los datos para 27 países europeos en 2005, alcanzaría un promedio cercano a los 200 EUROS (en Paridad de Poder Adquisitivo) sobre un gasto total en salud de 1600 EUROS (12%), es decir, levemente superior a nuestra cifra cercana al 10% como país – no pudiendo establecerse generalizaciones en cuanto a la generosidad o abuso respecto a dicho beneficio.

No obstante, **debemos señalar que la cobertura insuficiente de la Ley 16.744 no sólo perjudica a los trabajadores/as afectados/as, sino además se convierte en incentivo perverso para el sistema de Mutualidades de Empleadores, al ampliar su giro hacia el negocio altamente lucrativo de la salud privada que viene desarrollando subrepticamente y al margen del marco de la Ley 16.744. Ello exige una restructuración completa del**

funcionamiento del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades, pensando en un sistema único de salud integral y solidario, de carácter público y eventuales prestadores privados sin fines de lucro. De otro modo, resulta improbable que Chile logre cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de trabajo decente (N°8).

“La discusión sobre la consecución de los medios disponibles para la salud se concentra sólo en los recursos monetarios, a los que siempre se define como “escasos” (sin distinguir ni siquiera entre escasez absoluta o relativa), descuidando al aspecto de recursos humanos, las modificaciones laborales y ambientales, la información y la instrucción, esto es, factores de salubridad y recursos inmateriales que en muchos casos son potencialmente ilimitados”. (Giovanni Berlinguer, “Bioética Cotidiana”, 2002)

CONCLUSIÓN

La realidad médico-social actual de Chile, particularmente del mundo del trabajo, está fuertemente marcada por el sello de la desigualdad, con las más altas brechas de inequidad social en salud entre países de la OCDE. El comportamiento del modelo es culpabilizar a la fuerza de trabajo por los bajos salarios, productividad y crecimiento estancados. El enfoque de protección social bismarkiano da paso a la mercantilización de la seguridad social, donde el lucro desplaza el rol esencial de prevención de los riesgos de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que debiera tener la cobertura empresarial del seguro de salud laboral. Ello redundaría en la entrega de una cobertura insuficiente, teniendo el trabajador que asumir los costos antes cubiertos por la Ley 16.744; por su parte, el FONASA reclama en justicia por los masivos subsidios cruzados que afectan al seguro público y benefician a las Mutualidades de Empleadores.

El presente estudio introduce una metodología de análisis de desigualdades en los determinantes sociales de la salud que grafica elocuente el severo impacto del modelo de flexibilización y precarización laboral, carente de lógica de derecho social. Una fuerza de trabajo crecientemente desprotegida ostenta gradientes gigantescos de sobremortalidad y morbilidad grave sostenidos en el tiempo y acentuados en áreas económicas más concentradas en uso intensivo de mano de obra, como el retail, transporte, y servicios. Incluso, la brecha entre “empleadores” y “obreros” se acentúa en la última década, en cuanto a pérdida prematura de años de vida (AVPP) que pasa de 7,8 en 2004 a 10,5 veces en 2014 entre dichas categorías ocupacionales extremas; la morbilidad presenta una cara menos desigual donde los grupos ocupacionales de más alto nivel socio-económico sobrerrepresentados aparentan mayor afectación, tendencia que se invierte al aplicar un índice de morbilidad grave donde el gradiente in-

versa da cuenta de mayor afectación en sectores de menores ingresos. El análisis del perfil de morbilidad hasta el nivel de empresa alerta sobre la coexistencia de altos niveles de “morbilidad severa”, con otras manifestaciones de desprotección laboral, como el masivo incumplimiento de obligaciones previsionales (más del 17% de cotizaciones de salud y AFP impagas - según INE 2016) y, finalmente un cuadro ampliamente difundido por los medios de información, de abuso patronal, que toma formas tanto de acoso laboral como de prácticas anti-sindicales.

Los sistemas de información implementados por la Superintendencia de Seguridad Social en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, hoy en revisión, carecen de la opción de registro de licencias médicas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, situación que complica a los/as trabajadores/as al momento de requerir la cobertura de la Ley 16.744 y, sin duda, está al origen de subsidios cruzados en beneficio de las Mutuales de Empleadores, privadas “sin fines de lucro”, a cargo mayoritariamente de la cobertura de la Ley 16.744. La cobertura insuficiente de la Ley 16.744 resultante no sólo perjudica a los trabajadores/as afectados/as, sino además se convierte en mecanismo perverso, que incluye incentivos anti-éticos a los equipos médicos por parte del sistema de Mutualidades de Empleadores, que los apartan del objetivo que les asigna la ley. Una reestructuración completa del funcionamiento del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades, pensando en un sistema único de salud integral y solidario, de carácter público, sería una garantía para Chile de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de trabajo decente levantado por la Organización de Naciones Unidas (Objetivo de Desarrollo Sostenible N°8, ONU).

REFERENCIAS

1. Gobierno de Chile. Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile: ENETS 2009-2010. [en línea]. 2014. Santiago: 2011 [fecha de acceso mayo de 2017]. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-99630_recurso_1.pdf
2. Superintendencia de Seguridad Social. Gobierno de Chile. Informe Anual de Estadísticas de Seguridad Social 2016. [en línea]. 2017 [fecha de acceso junio de 2017]. Disponible en: http://www.suseso.cl/607/articles-40371_archivo_01.pdf
3. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Desafíos de la salud pública para protección de la salud y calidad de vida de los trabajadores. [en línea]. 2015 [fecha de acceso abril de 2017]. Disponible en: http://web.min-sal.cl/Informe_Final_Coloquios_Salud_Ocupacio

- nal_2014.pdf.
4. Vega, Jeannette. Subsidio del Sector Público de Salud a la Ley 16.744. En: Ponencia presentada a la Comisión Investigadora de Salud de la Cámara de Diputados. Valparaíso: Congreso Nacional de Chile, 2016.
 5. Informe para Comisión Investigadora Cámara de Diputados Sobre Actos de la SUSESO y Otros Órganos de la Administración del Estado en la Fiscalización de Las Mutuales, 2016. Valparaíso. Congreso Nacional de Chile, 2016.
 6. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Manual de Procedimientos para la Pesquisa de Accidentes y Enfermedades Profesionales, a partir de Licencias Médicas Tipo 1 de Trabajadores Afiliados a FONASA. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007.
 7. PNUD. Desiguales: Orígenes, Cambios y Desafíos de la Brecha Social en Chile. [en línea]. 2017 [fecha de acceso julio de 2017]. Disponible en: <http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/desiguales--origenes--cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-.html>