

## Propuesta de Calificación y Continuidad de Tratamiento de Enfermedades Eventualmente Laborales\*

Marcos Singer y Francisco Olivares  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### Resumen:

En Chile, los sistemas de salud laboral y común están separados debido a que sus objetivos son diferentes. Ello genera que exista un proceso de ‘calificación’ para determinar el origen de una dolencia o enfermedad, lo cual determina el prestador y asegurador que debe atender al paciente. En relación con lo anterior, se plantean interrogantes acerca de la sostenibilidad del sistema a largo plazo debido a seis problemáticas: 1) La baja cobertura de las enfermedades profesionales y el problema de ‘juez y parte’ del organismo administrador; 2) La incidencia de la calificación en el abandono del tratamiento del paciente; 3) Impedimento de que el paciente sea tratado de manera eficiente por un prestador de salud especializado al ser derivado al sistema de salud común; 4) Los costos y pérdida de tiempo para los trabajadores debido al proceso de reclamación y el traspaso entre sistemas; 5) Cuestionamientos públicos y judiciales ante las suspicacias y diferencias de criterios entre los aseguradores; 6) Los incentivos a los trabajadores para elegir una u otra puerta de entrada al sistema de salud.

El objetivo de este artículo es proponer un nuevo modelo de operación que se basa en dos principios: Crear una Comisión Calificadora Autónoma que externalice la ‘calificación’ y permita una interacción expedita entre los sistemas de salud, y promover la continuidad de tratamiento a través de los organismos administradores, en caso de haber sido calificada la enfermedad como no laboral, independizando con ello las decisiones de tratamiento médico del funcionamiento de los seguros.

---

\* Marcos Singer es PhD en Investigación de Operaciones, Columbia University, EEUU. Profesor titular de la Facultad de Economía y Administración, Pontificia Universidad Católica de Chile, y director del MBA y Magíster en Innovación, Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección: Avda. Libertador Bernardo O’Higgins 440, Santiago Centro, Santiago, Chile, CP 8331010. Email: msinger@uc.cl. Francisco Olivares es Titulado de Ingeniería Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ayudante de investigación de la Facultad de Economía y Administración, Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección: Avda. Libertador Bernardo O’Higgins 440, Santiago Centro, Santiago, Chile, CP 8331010. Email: fjolivares@uc.cl.

Este trabajo fue financiado por la Asociación Chilena de Seguridad.

## Proposal for Qualification and Continuity of Treatment of Eventual Occupational Diseases

### **Abstract:**

In Chile, the occupational and common health systems are separated because their objectives are different. This leads to the existence of a 'qualification' process to determine the origin of an ailment or disease, which determines the provider and insurer that must attend the patient. In relation to the above, questions are raised about the long-term sustainability of the system due to six problems: 1) The low coverage of occupational diseases and the 'judge and party' problem of the administering agency; 2) The incidence of the qualification in the abandonment of the patient's treatment; 3) Impediment of the patient being treated efficiently by a specialized health care provider upon referral to the common health system; 4) Costs and loss of time for workers due to the claims process and transfer between systems; 5) Public and judicial questions in the face of suspicions and differences in criteria among insurers; 6) Incentives for workers to choose one or the other gateway to the health system.

The objective of this article is to propose a new operating model based on two principles: To create an Autonomous Qualifying Commission that outsources the 'qualification' and allows an expeditious interaction between the health systems, and to promote the continuity of treatment through the administering agencies, in case the disease has been qualified as non-occupational, thus making medical treatment decisions independent from the operation of the insurers.

Palabras clave: salud laboral, calificación, legitimidad, continuidad de tratamiento, sistema de salud

Keywords: occupational health, qualification, legitimacy, continuity of treatment, health care system

## 1 Antecedentes

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

Dentro de ese sistema hay dos grandes subsistemas de salud: el que aborda accidentes y enfermedades de origen común, y el que trata las contingencias de origen laboral. Este último, el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales está regido por la Ley N° 16.744 y sus normas reglamentarias, y tiene el objetivo asegurar prestaciones preventivas, médicas y económicas a todos los trabajadores protegidos, entregando a cada uno los mismos beneficios sin distinguir por sexo, edad, tipo de actividad laboral, etc. Es un sistema solidario, y atendido que el origen de los riesgos asociados a enfermedades y accidentes laborales está relacionado al trabajo y son fruto o se producen con ocasión de este, tiene el foco puesto en la prevención de accidentes y enfermedades, orientado a la recuperación de la salud y la función ocupacional para beneficio del trabajador y de las entidades empleadoras (Autor 1 et al., 2020). Las diferencias existentes entre ambos sistemas hacen que en general funcionen por separado, tal como lo muestra Rantanen et al. (2017): de 49 países estudiados, sólo en 22 ambos sistemas están integrados a nivel de atención primaria, mientras que 30 ofrecen el tratamiento clínico de manera especializada.

Si bien el seguro laboral considera accidentes y enfermedades, en este informe abordamos exclusivamente la problemática de las enfermedades profesionales (EP), porque como se verá más adelante, son estas últimas las que podrían afectar la sustentabilidad del sistema en el mediano y largo plazo.

De acuerdo con el artículo 7° de la Ley N° 16.744, se entiende por enfermedad profesional (EP) a “la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”. El reglamento incluye una lista de veinte grupos de enfermedades profesionales, que debe ser revisada cada tres años por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). No obstante, cada uno de los afiliados puede acreditar ante el respectivo organismo administrador (OA) el carácter profesional de alguna enfermedad que no esté dentro de la lista.

Se denomina ‘calificación’ a la determinación del origen común o laboral de la enfermedad. En Chile ha sido delegada a los Organismos Administradores (OA): las mutualidades de empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, bajo la fiscalización de la SUSESO. Es realizada, la mayoría de las veces, por un comité de calificación, el cual elabora un informe y entrega los antecedentes que fundamentan su decisión. En caso de desacuerdo, los trabajadores afiliados al sistema o los otros aseguradores del sistema común de salud pueden reclamar dicha calificación ante la SUSESO, cuya resolución es definitiva en el ámbito administrativo, siendo posible la judicialización la última instancia.

La radicación de la calificación en los OA tiene un conjunto de ventajas prácticas. Entre otras, que la mayoría de los antecedentes son recopilados por los mismos OA, pues es allí donde se desempeña el personal especializado. De los 49 países estudiados por Rantanen et al. (2017), en 42 de ellos la calificación de las EP radica en el mismo sistema laboral.

Sin embargo, tal delegación presenta seis problemáticas, partiendo por el cuestionamiento respecto a la existencia de un conflicto de interés: una calificación del OA que rechaza una cierta dolencia como laboral genera un ahorro de costos para el mismo OA, en desmedro de los aseguradores de salud común y del paciente. Las otras cinco problemáticas son: falta de continuidad de tratamiento, pérdida de eficiencia del tratamiento, burocracia para el trabajador, disputas entre seguros y una selección sesgada de la puerta de entrada. Todo ello produce perjuicios clínicos, afecta la experiencia del usuario, y genera costos innecesarios para el sistema.

El objetivo de este artículo es proponer un nuevo modelo de operación, que se basa en dos principios:

- A. Crear un organismo técnico que realice la calificación de manera autónoma, independiente de los OA, FONASA, e ISAPREs.
- B. Promover y facilitar la continuidad de tratamiento por los OA en caso de que los pacientes hayan entrado al sistema por la ‘puerta laboral’, y así independizar las decisiones de tratamiento médico del funcionamiento de los seguros.

Como se verá, dicho modelo puede implementarse mediante un número relativamente acotado de cambios operativos, aprovechando las capacidades que ya están instaladas en los diferentes actores del sistema. Para analizar la realidad y los factores que afectan a los trabajadores del sistema se utilizan datos internos de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y una encuesta realizada a pacientes cuyas enfermedades fueron calificadas como no laborales en primera instancia por esta mutualidad. No obstante, en ocasiones se utilizan datos de la SUSESO y otras instituciones para exponer un panorama global del sistema, identificándolos como tales.

Lo que resta de este documento se organiza de la siguiente manera. En la Sección 2 explicamos y cuantificamos la forma en que ambos sistemas se interrelacionan. En la Sección 3 resumimos las seis principales problemáticas que proponemos abordar mediante la propuesta detallada en la Sección 4. En la Sección 5 se describen en detalle cada una de las problemáticas y cómo nuestra propuesta las soluciona de manera parcial o total. Finalmente, en la Sección 6 resumimos nuestras conclusiones.

## 2 Interoperación de Ambos Sistemas

En términos generales, el funcionamiento de ambos sistemas se explica en detalle en Autor 1 et al. (2020). Frecuentemente el sistema de salud laboral recibe requerimientos de atención que corresponden al sistema de salud común, y viceversa. Cada sistema está obligado a entregar al trabajador las primeras prestaciones que sean requeridas, pero tiene la opción de rechazar el otorgamiento de prestaciones económicas y de salud futuras, debiendo derivarlo al sistema de salud que, a su juicio, corresponde.

No obstante, el trabajador nunca queda descubierto, ya que el artículo 77° bis de la Ley N°16.744 obliga al seguro que recibe dicha derivación a entregarle tratamiento médico y otorgarle las prestaciones económicas que correspondan. Si el asegurador que recibe al trabajador estima que no correspondió que operara la derivación, puede recurrir a la SUSESO para que dirima la calificación, ajustándose los pagos entre aseguradores si corresponde.

Es importante destacar que sólo los OA están obligados a llevar adelante el estricto proceso de calificación establecido por la autoridad (SUSESO) antes de derivar al paciente, proceso que debe ser costado por el OA correspondiente, sin derecho a cobro al asegurador del sistema común si finalmente se establece que la patología fue de carácter no laboral. Los aseguradores del sistema común no tienen exigencia respecto al desarrollo de un proceso de calificación normado debido a que no tienen las competencias de un especialista en salud ocupacional.

De acuerdo con las circunstancias, las personas elijen el sistema al cual recurrir en primera instancia. La Figuras y **tablas**

Figura 1 muestra esta situación cuando el trabajador entra por la ‘puerta’ del sistema laboral. Se parte con la denuncia de Enfermedad Profesional (DIEP) y una primera atención clínica (tratamiento correspondiente y eventual reposo laboral). En paralelo se realizan exámenes y una evaluación del puesto de trabajo que sirven de antecedentes para la decisión de calificar como de origen laboral o común. En el primer caso, la cobertura del trabajador se aborda hasta el término del tratamiento que corresponda. En el segundo se notifica al trabajador y se envía una carta de cobranza al seguro correspondiente, quien con posterioridad le realiza los cobros al trabajador según su plan de salud. El paciente y/o el empleador puede reclamar a la SUSESO la calificación. En caso de hacerlo, y que la SUSESO dictamina que la patología es laboral, el paciente puede regresar a la mutualidad o abandonar el tratamiento, siendo reembolsados los costos incurridos en el tratamiento que se hubiera desarrollado a través del sistema de salud común. La carta de cobranza emitida por la mutualidad es aceptada por la ISAPRE o FONASA si considera que la patología es de origen común, en cuyo caso homologa los procedimientos realizados y, en conjunto con la mutualidad, los concilia para saldar cuentas posteriormente. En caso contrario, reclama a la SUSESO la calificación.

[Insertar Figura N°1]

Algunas magnitudes generales basadas en los ingresos a la ACHS de los años 2017, 2018 y 2019 son:

- Entraron 13.006 usuarios promedio al año a la ACHS.

- De ellos, a 1.467 se les calificó su enfermedad como laboral (11,3%) y a 11.539 como no laboral.
- De este último grupo, 1.651 reclamaron la calificación ante la SUSESO, siendo 307 rectificadas por la autoridad como laborales. Ello implica que 18,6% de los casos reclamos son revertidos por la SUSESO, en fallo definitivo.

La

Figura 2 muestra la situación en que el trabajador entra por la ‘puerta’ del sistema de salud común. Después de realizarse el primer tratamiento, la Contraloría de la ISAPRE acepta que la dolencia es de salud común, en cuyo caso se continúa el tratamiento y procesan las licencias. En caso contrario deriva al paciente a la salud laboral, a la que el trabajador puede o no concurrir. Si lo hace, se tramita la denuncia y realizan los exámenes y evaluación de puesto de trabajo. El OA está obligado a darle tratamiento y reposo de ser necesario. Si el OA estima que no debió ser derivado, la mutualidad continua con el tratamiento, entrega las prestaciones económicas, pero reclama a la SUSESO, la cual evalúa y determina como laboral o no. El resto del proceso es similar al caso anterior.

[Insertar Figura N°2]

Algunas magnitudes generales basadas en los ingresos de los años 2017, 2018 y 2019 son:

- Entraron 552 pacientes promedio al año desde la salud común a la ACHS.
- De ellos, a 82 se les calificó su enfermedad como laboral y la ACHS reclamó a la SUSESO por los 470 casos restantes.
- De este último grupo, 53 fueron ratificados por la SUSESO como laborales, es decir, 11,2%.

Comparando ambos ingresos, desde la salud común sólo llega un 4% de los usuarios de los que se sospecha que sufren de una EP. En tal caso, la probabilidad de ser calificado como EP sube desde un 11,3% a un 14,9%.

Como se verá más adelante, la parte (A) de nuestra propuesta, de que la calificación sea autónoma, debería incidir en una reducción significativa de los reclamos a la SUSESO, cuyo costo humano y material es significativo. La parte (B) de continuidad de tratamiento se enfoca en reducir los traspasos de un sistema al otro, que tiene efectos negativos en lo clínico, en la experiencia del usuario y en los costos.

Es importante señalar que la entrada del trabajador a uno u otro sistema no debiera ser determinada por su decisión. En el caso de la entrada por la salud laboral, esta debiera ser siempre que se sospeche que la dolencia es originada por el desarrollo del trabajo, siendo abordada por la mutualidad en virtud de una denuncia por parte del empleador.

### 3 Seis Grandes Problemáticas

La necesidad de calificar una EP genera que la frontera entre ambos sistemas no sea completamente nítida. Ello produce seis problemáticas que se resumen a continuación, y que más adelante son analizadas en profundidad a la luz de la propuesta de mejoramiento del sistema que estudiamos en este documento.

1. Legitimidad de la cobertura: Se denomina ‘cobertura’ a la proporción de dolencias que son calificadas como laborales sobre el total que son denunciadas ante el OA. Dado que el seguro laboral es usualmente preferido por los trabajadores (buen servicio, incluye medicamentos y traslados, sin copagos entre otros), para ellos será siempre mejor una alta cobertura, además que se alinea con las expectativas de creer que la dolencia es efectivamente de origen laboral. Esta alineación de expectativas se da en la mayoría de los accidentes del trabajo, dado que su naturaleza permite identificar una ubicación y momento de ocurrencia y, por lo tanto, facilita que el paciente se autoseleccione de acuerdo con el origen laboral del accidente; pero no se da de manera tan evidente en las EP donde el origen puede ser más difuso.
2. Continuidad de tratamiento: Cuando el trabajador inicia su proceso en el sistema de salud laboral, pero su patología es calificada como de origen común, se produce un desmedro en aspectos clínicos, que causan un grave impacto. En efecto, muchos trabajadores simplemente abandonan su tratamiento. Los que lo continúan deben en muchos casos reiniciarlo, porque la derivación a la salud común es a través de la atención primaria, salvo en los excepcionales casos de una patología GES. Esto acarrea costos en recursos y tiempo debido a la repetición de exámenes, los horizontes de cita para ser analizado por un especialista, y peor aún, al eventual cambio en el enfoque clínico. Si luego de reclamar y obtener un pronunciamiento favorable ante la SUSESO, la persona es reintegrada al tratamiento de su afección en un OA, puede darse por segunda vez un cambio en el enfoque clínico, lo cual produce un eventual daño al paciente.
3. Eficiencia del tratamiento: Los costos de tratar una EP dependen, entre otros, de la especialización del prestador y de los incentivos que tenga para ser eficiente. Dada la alta especialización y estandarización de los OA en el tratamiento de las EP, es dable pensar que sus protocolos son los más eficientes en este tipo de enfermedades. Además, sus incentivos están puestos en recuperar al paciente de manera óptima, (sin consecuencias futuras, porque los gastos médicos vinculados a dicha patología serán de su responsabilidad permanente, y por exigencias de buen servicio a sus trabajadores por parte de las entidades adheridas), en los tiempos adecuados y de manera eficiente, a diferencia de los prestadores de salud común, cuyos ingresos crecen en la medida en que realizan más procedimientos. Ya sean los protocolos de los OA o de la salud común los más eficientes, el tratamiento no es asignado al que más lo es, sino al que define la calificación, con lo cual se pierde una oportunidad de producir ahorros de costos para el sistema como un todo.
4. Burocracia para el trabajador: Cuando el trabajador es derivado de un sistema a otro debido a la calificación, debe ‘navegar’ la burocracia de un sistema que le es desconocido y complejo. En muchos casos no reclama el fallo porque desconoce cómo hacerlo, si bien podría ser que su dolencia fuere genuinamente laboral.

5. Disputas entre seguros: El eventual conflicto de interés debido a que la calificación está en manos de los OA ha producido suspicacias cruzadas, que se han traducido en cuestionamientos de algunos sectores y conflictos judiciales. Se ha señalado que la salud común subsidia a la salud laboral al atender dolencias que son EP, pero que no han sido identificadas o calificadas como tal. Los OA replican que, si ése fuera el caso, la normativa vigente contempla todos los mecanismos para que los organismos de la salud común soliciten los reembolsos respectivos.
6. Selección sesgada de la puerta de entrada: Debido a un conjunto de razones, con frecuencia los trabajadores prefieren ingresar al sistema de salud laboral (buena atención, no hay copago, ni carencia en días para el pago de licencia, etc.), mientras que en ciertas oportunidades sus empleadores preferirían que se atendiesen en el sistema de salud común (por razones de siniestralidad y precio de la prima, o eventuales litigios laborales), incluso cuando existen razones para pensar que podría tratarse de una patología de origen laboral. Por último, cada sistema puede tener incentivos para derivar a sus pacientes al otro, aun cuando los OA deben llevar adelante un riguroso proceso normado de calificación, con el fin de evitar incurrir en los costos de tratamiento. Todo lo anterior induce a un comportamiento sesgado (de buena o mala fe) de a dónde requerir las prestaciones en caso de una enfermedad que pueda tener su origen en el trabajo.



#### **4 Propuesta de Comisión Calificadora Autónoma (CCA)**

Para abordar estos seis problemas proponemos implementar una Comisión Calificadora Autónoma (CCA). Dicha comisión gozaría de una gobernanza independiente y autonomía técnica (siempre circunscrito a lo establecido por la Ley N°16.744), similar al que opera en Alemania (GSE Salud Consultores, 2018), pero bajo la supervisión de la autoridad competente (SUSESO).

- Misión: posibilitar una interacción más expedita entre los sistemas de salud común y laboral, y que de esa manera el trabajador obtenga una mejor respuesta clínica, una mejor experiencia en términos administrativos y de servicio, a un menor costo clínico, cumpliendo reglas de decisión de mayor legitimidad desde el punto de vista de los actores involucrados.
- Principales Funciones:
  - Calificar como común o laboral las patologías de los pacientes que les sean presentados por los seguros de salud común y por los OA, valiéndose de los antecedentes que sean aportados a priori, y por nuevos antecedentes que sea necesario encargar para calificar de mejor manera.
  - La definición de qué enfermedades podrían o no ser profesionales, así como el diseño de los protocolos específicos de calificación, no son funciones que le competen a la CCA. Esas tareas seguirán siendo realizadas según lo disponen los Decretos Supremos N°s 101 y 109, ambos de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y la normativa de la SUSESO.
  - Definir los protocolos base de tratamiento para las enfermedades que sean susceptibles de ser de tipo común o EP (recordemos que los protocolos de calificación ya están definidos).

Este protocolo sería un mínimo, que podrían complementarse con otras prestaciones que estén contratadas por cada paciente. La aplicación del protocolo la harán los prestadores tradicionales de la salud común o las mutualidades, en función de dónde decida tratarse el paciente.

- Fijación de los aranceles correspondientes a los protocolos de atención de tales enfermedades. Estos aranceles serían cobrados por el prestador de salud común al OA o viceversa, dependiendo si el caso termina siendo calificado como laboral o no, respectivamente. Con ello se controla que los costos no suban en caso de que una parte ejecute la prestación que corresponde a la otra, ya sea parcial o totalmente.

El mecanismo de fijación de los aranceles podría hacerse por encargo a comités de expertos, por licitación, por negociación, o por benchmark de mercado, y con una lógica de eficiencia como el utilizado en el modelo GRD.

- Producir acciones administrativas de cobro efectivas que permitan a los distintos actores, de ambos sistemas de salud, cobrarse mutuamente por los servicios prestados de manera incuestionable, lo que debería facilitar los procesos de pago. Para dicho efecto, las acciones de cobranza deberían tener mérito ejecutivo.

- Generar instrucciones de restitución del copago en favor de los usuarios que lo hayan realizado en el sistema de salud común, debiendo haberse atendido en el sistema laboral.
- Informar sobre el comportamiento de trabajadores, empleadores y aseguradores acerca del uso que se está dando en el sistema, con el objeto de detectar problemas de uso sesgado y proponer soluciones.
- Proponer consultivamente a la SUSESO, otras autoridades y, en general, a todos los actores del sistema, mejoras que sean de beneficio general para el sistema.
- Ejemplos de organismos en contextos similares
  - Coordinador Eléctrico: Administra el Sistema Eléctrico Nacional, con el objeto de preservar la seguridad del servicio, asegurar la operación más económica y garantizar el acceso abierto a todos los sistemas de transmisión. Es un organismo técnico e independiente, constituido en una corporación autónoma de derecho público, sin fines de lucro.
  - Comisión Médica de Reclamos (COMERE): Recibe las reclamaciones en contra de las decisiones de las COMPIN o de las Mutualidades, en su caso, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico de la Ley N° 16.744.
  - Comisión Médica Regional (CMR): Evalúa la invalidez permanente del DL3500. Es un comité de tres médicos, independientes en lo técnico, regulados por la Superintendencia de Pensiones. Es autónoma en lo técnico, y los médicos se designan por concurso público.
- Orgánica: el organigrama de la CCA sería el de la Figura 3.

[Insertar Figura N°3]

Las funciones generales de cada ente son las siguientes.

- Consejo tripartito: asume funciones similares a la de un directorio, incluyendo la designación de un(a) director(a), la definición de la estrategia, el control de la ejecución y presupuesto, el control de los riesgos, entre otros.
- Director(a): asume funciones similares a la de un gerente general, lo que incluye la presupuestación, ejecución de la estrategia, control de gestión, entre otros.
- Subdirector(a) de Estudios: se preocupa de definir y actualizar los protocolos de atención de EP y los aranceles correspondientes. Participa de la discusión de mejoras del sistema en general y particular y los protocolos de calificación, entre otros.
- Subdirector(a) de Operaciones: ejecuta la calificación a través de subcomisiones de especialidad, para lo cual recluta y administra a los equipos técnicos. También ejecuta las acciones de cobranzas y pagos.

- Subdirector(a) de Sistemas: habilita y opera los sistemas de apoyo a la operación, que vinculan a la CCA con los diferentes actores del sistema. Esta labor se podría realizar en colaboración con la SUSESO debido a que es la entidad con más información del sistema.
- Subdirector(a) de Administración: realiza las funciones generales de recursos humanos y gestión financiera, entre otras.
- Financiamiento: proviene de una parte del seguro laboral, de acuerdo con el costo de los procesos a ser encargados a la CCA.

El costo en el caso de la ACHS de los equipos médicos calificadores es de aproximadamente \$70 millones al mes, que en teoría serían traspasados a la CCA. A menos que se modifique significativamente la cobertura declarada por la CCA, no deberían cambiar los flujos de pacientes que deben ser calificados, porque los incentivos de las partes permanecerían relativamente constantes.

El costo del equipo administrativo, de infraestructura y otros, no está siendo incurrido en la actualidad, y por lo tanto es un costo neto del proyecto, necesario para alcanzar los beneficios que se han descrito.

- Operación: los diagramas de flujo de la Figuras y **tablas**
- Figura 1 y la
- 
- 
- Figura 2 sufren los siguientes cambios:
  - Se agrega la CCA como nuevo actor. Su rol es ejecutar el rombo que dice ‘¿Laboral?’, que corresponde a la calificación. Debe registrar el acta de la votación de la comisión médica.
  - La mutualidad manda los antecedentes a la CCA para que registre el caso. Verifica si están todos los antecedentes y eventualmente encarga nuevos trámites a quien corresponda.
  - Mientras la CCA está evaluando se le informa al paciente que puede continuar el tratamiento o suspenderlo hasta el pronunciamiento definitivo. Hay plazos explícitos, recordar que en la actualidad hay un plazo de 30 días.
  - La comunicación al paciente, empresa y cualquier otro actor, de que su caso ha sido calificado de una u otra manera emana del OA, a partir de lo resuelto y comunicado por la CCA.
  - El paciente decide continuar tratamiento en la mutualidad o no; en este segundo caso, la mutualidad emite la notificación de derivación.
  - La posibilidad de reclamar de los trabajadores o las empresas a la calificación sigue siendo ante la SUSESO, pero se admite bajo condiciones muy restrictivas. Por ejemplo, sólo si la decisión de la CCA no fue por unanimidad.
  - Se elimina cualquier reclamo a la SUSESO por parte de los aseguradores, ya sean de salud común o laboral.

- La resolución definitiva de calificación sigue siendo por parte de la SUSESO.
- La CCA produce acciones administrativas de cobro a cada uno de los actores.
- La CCA da instrucciones de restitución del copago a los usuarios que les corresponda, esto es, en caso de que hayan sido atendidos por la salud común para luego ser calificada la dolencia como EP.
- La CCA da instrucciones de restitución del seguro de salud común a la mutualidad por la licencia que esta última le entrega al usuario cuando es atendido por una dolencia no laboral.
- Las actividades de emisión de carta de cobranza, conciliación y homologación se simplifican significativamente, dado que las prestaciones de cada protocolo están predeterminadas, al igual que su arancel. Solamente hay que hacer una contabilidad.
- Experiencia para el usuario: todos los trámites de copago y de subsidio por licencias se resolverían en el OA o en el prestador de salud común, según corresponda. La liquidación entre los seguros laboral y común, incluyendo los seguros complementarios, se realizarían de manera transparente para el trabajador.

## 5 Evaluación de la Propuesta

A continuación, se hace una descripción detallada de las seis problemáticas antes resumidas, y cómo la CCA propuesta las aborda parcial o totalmente. Para esta labor se realizaron diversos análisis econométricos con la información de dos fuentes de datos:

- Datos internos de la ACHS: 39.956 siniestros entre el año 2017 y 2019 identificando características sociodemográficas del paciente, aspectos administrativos de su ingreso y salida de la mutualidad e información relacionada con la atención de salud que recibió.
- Encuesta: realizada a 1.152 pacientes que se atendieron en el sistema de salud laboral los años 2019 y 2020, pero fueron rechazados en primera instancia por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), catalogando a sus enfermedades como no laborales. Los participantes se subdividieron en tres grupos dependiendo de la forma de entrada al sistema de salud laboral (directa o indirectamente) y por su respuesta ante el rechazo de la mutualidad antes mencionada (si reclama o no). La ventana de estudio fueron los años 2019 a 2020 para facilitar la respuesta de los usuarios, pero se tuvo en consideración omitir todos los casos relacionados con la enfermedad COVID-19.

En estos análisis se utilizaron diversas variables independientes en común que se describen en la Tabla 1.

[Insertar Tabla N°1]

### 5.1 Legitimidad de la decisión de cobertura

Tradicionalmente el foco de atención de los OA ha sido el ámbito de los accidentes laborales. Por diversos motivos, tales como una buena gestión de prevención (Autor 1 et al., 2020), su ocurrencia ha disminuido sistemáticamente, en tanto que su cobertura se ha mantenido relativamente alta, tal como se observa en la Figura 4. Todo esto explica, en parte, la relativamente buena evaluación que se tiene sobre el sistema de salud laboral.

[Insertar Figura N°4]

Aun cuando se deseara independizar la calificación de los accidentes de las mutualidades, en términos operativos sería muy complejo. La calificación de los accidentes es *in situ* y casi instantánea, en el momento mismo en que el equipo médico está atendiendo la emergencia. Dicho contexto no podría gestionarse por un ente autónomo, al menos no con la rapidez y precisión que se requiere. Por tal motivo, no tenemos antecedentes de ningún sistema de salud laboral en el mundo en que la calificación de accidentes sea a través de una entidad autónoma.

La situación de las EP es muy diferente: su cobertura es muy inferior a la de los accidentes, mientras que las denuncias crecen, tal como lo muestra la Figura 5.

[Insertar Figura N°5]

La condición de ‘juez y parte’ de los OA en la calificación de las EP produce suspicacias que han sido abordadas de diversas maneras. Un ejemplo son las fiscalizaciones periódicas y aleatorias que realiza la SUSESO con el fin de verificar que la cobertura sea la que corresponde.

Como resultado de lo anterior, los casos rechazados por la ACHS como EP que son reclamados y luego resueltos por la SUSESO como laborales son un 18,6% de los casos reclamados entre 2017 y 2019.

No obstante, el costo en tiempo y recursos de la fiscalización por parte de la SUSESO es improbable que tenga efectos en la legitimidad del sistema. Por ejemplo, en la fiscalización de 2019 a la ACHS respecto a casos musculoesqueléticos excluidos de la cobertura durante el 2018, se señala que en un 15% de las veces pudo tener ‘un posible origen laboral’, pero no se cambia la calificación porque la SUSESO acepta que es materia de interpretación. En salud mental la coincidencia con la ACHS es de 91,6%; en el resto de los casos no se pronuncia por falta de información.

Aun así, se da un cuestionamiento sistemático por el aparente conflicto de interés de los OA al momento de calificar. Lo anterior puede ejemplificarse con la investigación de la Cámara de Diputados en contra de la SUSESO (Cámara de Diputados de Chile, 2016) donde se concluyó que la “errada calificación de una afección laboral como común, y tiene como causas principales a las restricciones normativas” agregando que:

La falta de una integración real de los sistemas de salud, común (representado por FONASA e ISAPREs) y laboral, permiten la ocurrencia de situaciones que resultan injustas para los trabajadores afectados por ellas .... puesto que se ven en la necesidad de hacer uso de sus planes de salud y enfrentar copagos, aumento en los costos de sus seguros y eventualmente ser desplazados hacia FONASA. (Cámara de Diputados de Chile, 2016)

En parte, como respuesta a esta presión, la Política Nacional de SST (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2016) reconoció entre sus compromisos normativos una propuesta de proyecto de ley para establecer una Comisión Nacional de Calificación y Evaluación de Incapacidades. Dicha Comisión tendría el objetivo de calificar el origen laboral o común de las enfermedades por las cuales los trabajadores presentan reposo o licencias médicas y, en caso de incapacidad presumiblemente permanente, determinar el origen y grado de la invalidez. En la redacción final del Programa se omitió dicha propuesta sin una causa aparente.

Esta situación representa un gran riesgo para la sustentabilidad del sistema de salud laboral. No basta con demostrar que se está cumpliendo la ley si al mismo tiempo ocurre un desalineamiento de expectativas por parte de los ciudadanos.

La propuesta de la CCA busca, en primer término, abordar este problema de legitimidad del sistema. Al ser un organismo autónomo, carece de incentivos para calificar en una u otra dirección, y de ahí que la Política Nacional de SST de 2016 y el Programa Nacional de SST 2017-2020 hayan recomendado esta independencia de manera tan taxativa.

Una entidad no sesgada también relajará la necesidad técnica y política de ser fiscalizada de manera tan estricta, lo cual reducirá costos e inconvenientes para todos los actores del sistema. Puesto de otra manera, la necesidad de transparencia que tiene el sistema actual demanda un enorme esfuerzo de control, que puede ser reducido a través de un ente autónomo.

## **5.2 Continuidad de tratamiento**

Uno de los efectos más perniciosos de la calificación como no-laboral de la patología que afecta a un paciente es que tal situación tiene consecuencias en su tratamiento. A continuación, describimos algunas de esas consecuencias.

- a) Abandono del tratamiento: Abandonar su tratamiento expone a los pacientes a consecuencias de largo plazo en su salud, bienestar y capacidad de sostenerse económicamente. Para indagar el tamaño de este problema, se encuestó a 800 personas que fueron calificadas como no laborales en los años 2019 y 2020. De ellas, 250 personas abandonaron su tratamiento, tal como lo muestra la Figura 6.

[Insertar Figura N°6]

Para indagar las causas de abandono, se les consultó a esas 250 personas que lo hicieron, pudiendo expresar más de una razón. El resultado se muestra en la Figura 7, de acuerdo con la cual la consideración financiera es la principal, seguida por los tiempos de espera de manera similar a los tiempos de tratamiento. En el caso de ‘Otros’, en varios casos mencionaron confusión, por ejemplo, porque se les informó que estaban de alta, aun cuando ellos sentían que seguían enfermos. También mencionaron frustración, porque sintieron que fueron tratados de manera injusta.

[Insertar Figura N°7]

La causal de costo es abordada por nuestra propuesta, al promover la continuidad de tratamiento en el OA. Como se verá en la próxima sección, esperamos reducciones significativas de costos en la nueva modalidad propuesta. Dicha continuidad también incidirá en los tiempos de tratamiento, porque el paciente no tendrá que repetir procedimientos. La propuesta también limita la confusión, pues la continuidad de tratamiento reduce las implicancias de índole burocrático. El carácter autónomo de la calificación debería aminorar la frustración, ya que el ente que califica como no laboral no se estaría beneficiando de ello.

Las causas mostradas en la Figura 7 correlacionan con ciertos aspectos sociodemográficos. Para indagarlos, ajustamos un modelo de regresión probit para calcular la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento a pesar de seguir enfermo. La media de la probabilidad (obtenida a partir de la encuesta) es de un 31,3%. La estimación del modelo y sus efectos marginales se muestran en la Tabla 2.

[Insertar Tabla N°2]

El efecto FONASA del 7,6% de aumento puede estar relacionado con el poder adquisitivo de las personas y confirma que el costo es una preocupación principal, lo cual representa una alerta, pues el daño que emerge al abandonar el tratamiento se agudiza en personas vulnerables.

Suponemos que el efecto de 11,9% de haber reclamado es por la expectativa del usuario de que sea aceptado en el sistema laboral y que por ende no incurra en los costos y copagos de la salud común.

- b) ‘Cuasi-abandono’ de quienes continúan: aun cuando la Figura 6 muestra que la mayoría de quienes han sido calificados como no laborales continúa su tratamiento, la evidencia muestra que no lo hacen con toda la dedicación que se requiere. Para testear esta hipótesis de ‘cuasi-abandono’, se analizó el número de consultas y exámenes que los usuarios se realizaron y la probabilidad de que se sometan al menos a una cirugía<sup>2</sup> (Tabla 3) desde que fueron calificados como no laborales por la ACHS, separando los grupos entre los que reclaman y no reclaman a la resolución de calificación. Para esto se utilizó una encuesta realizada a 697 usuarios atendidos en 2019 y 2020. Incluimos la posible explicación de que los usuarios que reclamaron estaban más enfermos y, por ende, necesitaban más tratamientos o cirugía. La media del número de consultas y la probabilidad de someterse a una cirugía es 18 y 17,2% respectivamente.

[Insertar Tabla N°3]

Se observa que reclamar en contra de la calificación del OA, con la expectativa de ser reintegrado al sistema laboral, produce que el trabajador se realice más consultas y exámenes, y que aumente la probabilidad de que se someta a una cirugía. Dado que no es razonable pensar que el paciente se sometería a más tratamientos de los que necesita, estos resultados se deben interpretar como que el grupo de personas que no reclama recibe un sub-tratamiento de su enfermedad, por lo que existe un costo implícito de agravamiento de su enfermedad por el hecho de no realizar la reclamación.

Todos los argumentos expuestos en el acápite anterior (a) aplican a este problema de “cuasi-abandono”, porque sus causales deberían ser muy similares.

- c) Reiniciación del tratamiento: salvo que excepcionalmente se trate de casos que sean una patología GES, la derivación que hace el OA es a la salud primaria. Esto acarrea costos en recursos y tiempo debido a la repetición de exámenes, pues el paciente con frecuencia no solicita al OA o no entrega a su médico tratante la carpeta con informes,

---

<sup>2</sup> Para este análisis no se consideraron a los pacientes con una enfermedad relacionada con la salud mental. Aun así, hay dolencias que nunca requieren cirugía, por lo cual los efectos calculados están subestimados.



exámenes e imágenes, y por normativa el traspaso de información no puede hacerse directamente entre instituciones.

- d) Cambio de enfoque terapéutico: como se verá en la sección siguiente, los OA manejan un alto nivel de protocolización, lo que no ocurre en la salud común. Y aunque fuera así, tales protocolos no han sido necesariamente consensuados entre ambos sistemas, razón por la cual es muy probable que se cambie (y reinicie) el enfoque terapéutico. Por ejemplo, se puede pasar de un enfoque quirúrgico a uno ortopédico o quínésico, o viceversa; o pasar de un enfoque general a uno de especialidad, o viceversa.
- e) En caso de una reincorporación al OA, se puede producir una reiniciación del tratamiento: aunque estos casos son inusuales, aproximadamente 150 al año entre 2017 y 2019 para la ACHS, puede ocurrir que al volver el paciente al OA se cambie nuevamente el enfoque terapéutico.

Para testear esta hipótesis, comparamos el ciclo de atención de los usuarios desde la primera atención recibida en la ACHS y la última alta médica registrada en el sistema. Son 1.133 registros entre los años 2017-2019, eliminándose los de 500 días o más, para no considerar extremos. Ajustamos tres modelos de regresión: lineal, binomial negativa y Poisson, siendo este último el de mejor desempeño. El promedio de la duración del ciclo de atención es de 114,1 días.

[Insertar Tabla N°4]

Como se observa en la Tabla 4, existe un aumento significativo en el ciclo de atención (principalmente en enfermedades no correspondientes a salud mental) que se puede asociar a una reiniciación del tratamiento o cambio en el enfoque terapéutico.

Cabe señalar que esta información no corresponde a los días de reposo médico entregados por la ACHS, cuyo promedio es 26,8 para el mismo período.

Nuestra propuesta aborda los inconvenientes (c), (d) y (e) recién descritos, al ofrecerle al paciente la posibilidad de continuar su tratamiento en el OA, aun cuando su patología haya sido calificada como de origen no-laboral. Esta posibilidad hoy no está contemplada y, aunque lo estuviera, sería improbable que alguien que es rechazado por el seguro quiera permanecer en el OA, dada su natural frustración. Por el contrario, si la calificación es de responsabilidad de un tercero, es más probable que el paciente no sienta un rechazo, y esté llano a continuar tratándose donde está.

### **5.3 Eficiencia del tratamiento**

Existe un conjunto de antecedentes que permite suponer que los OA son más eficientes que los prestadores de la salud común, tanto privada como pública, para tratar enfermedades que podrían ser calificadas como de origen laboral. Algunas de las razones son:

- i) La salud común carece del nivel de protocolización que tiene la salud laboral en esta materia, en parte por la variedad y complejidad de la salud común, que es

muy superior (Autor 1 et al., 2021). Esto hace muy difícil definir y actualizar guías médicas que se traduzcan en protocolos concretos de tratamiento, en particular para aquellas dolencias que podrían ser calificadas como laborales.

La falta de suficiente protocolización por parte de la salud común produce una fuerte heterogeneidad en la atención y tratamiento, en parte por criterios médicos, pero también por consideraciones comerciales. Esta diversificación impide capturar economías de escala, de coordinación y de aprendizaje, lo cual necesariamente amplifica los costos de operación.

- ii) Los prestadores privados tienen incentivos para multiplicar los procedimientos y exámenes, porque sus ingresos dependen de ello. Dado que los costos los asume el seguro privado o FONASA, eventuales seguros complementarios y también el mismo paciente mediante el copago, no existe una fuerza significativa que haga un contrapeso para ahorrar costos. Por el contrario, para un OA los incentivos están puestos en resolver el problema médico de la manera más eficiente posible, porque asume íntegramente los costos, además de ser fiscalizada por la SUSESO en el otorgamiento del tratamiento adecuado.
- iii) Muchos prestadores públicos incurren en aumentos de costos unitarios debido a un conjunto de brechas de gestión, tales como (Comisión Nacional de Productividad, 2020):
  - a. Jornadas parcializadas, que reducen la utilización de infraestructura crítica, como por ejemplo los quirófanos.
  - b. Largas listas de espera, que aumentan la gravedad de los cuadros clínicos e incrementan los costos económicos de tratamiento.
  - c. Bajo uso de tratamientos ambulatorios, aumentando innecesariamente el uso de los recursos.
  - d. Fuerte heterogeneidad de tratamiento para Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).
  - e. Alto ausentismo, lo que obliga a sobredotar a las instituciones.

No existen estudios concretos que demuestren empíricamente el diferencial de costo recién expuesto, pero sí se dispone de evidencia circunstancial. En la licitación de 2021 de FONASA de servicios médicos, la ACHS y la Red de Clínicas Regionales asociadas ofertaron precios muy por debajo de la competencia, lo que se puede observar en la Figura 8. Por ejemplo, en el Clúster 1 la oferta más usual fue ACHS, que estuvo entre \$1,3 y \$1,4 millones, mientras que los oferentes privados y públicos ofertaron por encima de \$2 millones.

[Insertar Figura N°8]

Dado que los protocolos estarán bien definidos, será posible determinar costos de manera competitiva, por ejemplo, mediante licitaciones. Un costo competitivo será de conveniencia de todas las partes, especialmente para los trabajadores y para los aseguradores de salud común.

#### 5.4 Burocracia para el trabajador

Pasar de un sistema de salud a otro obliga al trabajador a ‘navegar’ una burocracia desconocida, lo cual lo obliga a realizar trámites como son la solicitud de documentación médica, para entregarla en el sistema de salud al cual fue derivado, y los trámites de licencia en el OA que lo rechazó, en caso de que la licencia se extiende por más de 30 días.

La propuesta de una CCA aborda estas situaciones porque la persona sigue siendo tratada por el OA respectivo, que funciona como ventanilla única para los aspectos administrativos. La posterior liquidación entre los seguros sería transparente para el paciente.

La burocracia también tiene un efecto en la probabilidad de reclamar en contra de la calificación de la ACHS. Eso se comprueba en una encuesta a 400 personas cuyas dolencias no fueron calificadas como EP en 2019 y 2020 por la ACHS. Al preguntarles por qué no reclamaron, sus respuestas se repartieron tal como se observa en la Figura 9: un 45,75% por desconocimiento del sistema y un 33,75% por el inconveniente de perder tiempo en ello.

[Insertar Figura N°9]

Uno de los inconvenientes que sufren las personas que deciden reclamar su calificación es la desigualdad al ejercer su derecho. Esto se evidencia en que, si bien al paciente se le aclara que si su patología es calificada como de origen común por el OA respectivo está habilitado para reclamar ante la SUSESO, no todos lo hacen, y quienes reclaman lo hacen más bien por razones sociodemográficas y de insatisfacción con el proceso que por el real origen de su dolencia.

Para indagar este aspecto, consideramos 800 personas cuyas patologías fueron calificadas como de origen común por la ACHS en 2019 y 2020, divididos en igual proporción los que reclamaron y los que no. Al analizar sus características con un test de comparación de medias, se observa que los pacientes que reclaman la calificación de la ACHS tienen una satisfacción promedio menor, una menor probabilidad de pertenecer a FONASA y una edad promedio mayor. Los resultados se muestran en la Tabla 5. Las variables ‘Satisfacción proceso’ y ‘Satisfacción explicación’ se obtienen de la encuesta y hacen relación con la satisfacción de los pacientes con el proceso general de evaluación de EP en la ACHS y la explicación entregada por la mutualidad sobre la calificación, respectivamente.

[Insertar Tabla N°5]

La diferencia que más llama la atención es la de pertenecer a FONASA, lo cual puede explicarse por la potestad que tienen las ISAPREs de reclamar ante la SUSESO por la calificación, incluso sin que el paciente se entere de ello. Esto será abordado nuevamente en la Sección 5.6.3 en que discutimos la selección sesgada de la puerta de entrada al sistema de salud.

La propuesta de una CCA entrega la calificación a un tercero, el cual debería percibirse como no sesgado en su decisión, aminorando con ello la motivación por reclamar.

## 5.5 Disputas entre seguros

El eventual conflicto de interés debido a que la calificación está en manos de los OA ha producido suspicacias cruzadas, que se han traducido en conflictos entre varios de sus actores.

- i. Aumento de los casos derivados como laborales por parte del sistema de salud común y la consecuente baja de la cobertura del Seguro: Una primera complicación es que el costo de la calificación es íntegramente asumido por el OA, por lo cual el sistema de salud común tiene incentivos para inducir el mayor número de casos a ser investigados como eventualmente laborales. Esto no sólo produce un costo para el sistema de las mutualidades, sino gran frustración a los pacientes cuando se les crea la expectativa de que serán mejor atendidos y subsidiados por la salud laboral, para posteriormente ser excluidos de la cobertura del Seguro.
- ii. Eventual subsidio de la salud común a la laboral: Una segunda línea de conflicto es la acusación de que la salud común subsidia a la salud laboral al atender dolencias que son EP, pero no han sido identificadas o calificadas como tal, tal como presentó la directora de FONASA Jeanette Vega en una entrevista en el año 2015, que estimaba un monto de \$90 mil millones.  
  
Los OA replicaron que, si ése fuera el caso, los organismos de la salud común deberían cursar los cobros según lo mandata la Ley, en cuyo caso las deudas serían saldadas según correspondiere. Sin embargo, tales cobros no se han realizado y, por lo tanto, los OA no tienen ningún mecanismo legal para saldar una eventual deuda que se alega por los diferentes medios, pero que no se acredita formalmente.
- iii. Demandas de los OA a la salud común: los cobros de los OA a la salud común por las prestaciones de patologías que son calificadas, en definitiva, como de origen común, son ignorados por los Servicios de Salud, quienes se limitan a rechazar los cobros. Dado que los OA sólo pueden emitir cartas de cobranza, las cuales no constituyen títulos ejecutivos, ello se traduce en que los cobros se ventilen ante los tribunales de justicia a través de juicios ordinarios, de larga y entrabada tramitación.

Nuestra propuesta es que el calificador independiente aborda (i) al mantener un registro de los actores que más acrecientan los casos investigados y que, por lo mismo, más impacto tienen en la baja de la cobertura. Nótese que dicho registro en el modelo actual no tendría ningún efecto disuasivo, porque siempre se podría alegar que el responsable de la baja cobertura es el OA, no la institución que produce la denuncia.

Las situaciones (ii) y (iii) se abordan al hacer que la CCA tenga como función producir las acciones administrativas que permitan a los distintos actores, de ambos sistemas de salud, cobrarse mutuamente por los servicios prestados de manera incuestionable, lo que debería facilitar los procesos de pago. Para ello se propone que los documentos que den cuenta de la deuda respectiva tengan mérito ejecutivo. Esto no solamente tiene una consecuencia práctica, sino un beneficio de fondo: subsanar una debilidad del Estado, que no está pagando ni cobrando como corresponde.

## **5.6 Selección sesgada de la puerta de entrada**

### **5.6.1 Sesgo en personas**

En muchos casos los trabajadores prefieren el sistema laboral al de salud común para atenderse enfermedades que están en la frontera entre ambas categorías. Algunas de estas razones son:

- i. El Seguro no contempla copago alguno; en el sistema de salud común mayoritariamente sí existe copago, salvo ciertos tramos de FONASA o la existencia de seguros complementarios. La Ley 16.744, en su artículo 29, incluye de manera gratuita para el paciente, entre otras cosas, medicamentos, prótesis y productos farmacéuticos, e incluso gastos de traslado cuando el paciente no puede hacerlo por sus propios medios a juicio del médico tratante.
- ii. El subsidio en caso de reposo laboral se paga desde el primer día, y desde el cuarto en la salud común cuando la licencia es inferior a 11 días.
- iii. La calidad de la atención recibida es con frecuencia mayor en el sistema laboral, porque en el sistema público existen importantes listas de espera.

Todas estas fuerzas inciden en que la entrada por la puerta de la seguridad laboral esté tan sobre-utilizada. En el caso de la ACHS, sólo un 11,3% es efectivamente laboral, y del total anual de 11.539 de las rechazadas, sólo 307 son rectificadas como laborales (recordar que 1.651 son reclamados).

Sin embargo, también puede ocurrir lo contrario, esto es, que la persona elija no ir a la salud laboral no obstante sospecha que sufre de una EP. Para constatarlo, consideramos 800 usuarios de la ACHS cuya dolencia no fue calificada como laboral entre los años 2019 y 2020. Al preguntarles ‘¿Cuál sería su preferencia para realizarse su primera atención?’, la probabilidad media de que opte por la ACHS es de un 27,4%. En la Tabla 7 se observan los determinantes que pueden afectar a esta probabilidad.

[Insertar Tabla N°6]

### **5.6.2 Sesgo en empresas**

También podría ocurrir que los empleadores prefieran que sus trabajadores se atiendan en el sistema de salud común en el caso de que sufran una enfermedad que podría tener origen en el trabajo. El seguro se financia principalmente con las cotizaciones sobre la renta imponible, con cargo al empleador, teniendo un componente fijo de 0,90% más uno variable, que va de 0% hasta 6,8%, según la actividad económica desarrollada y la siniestralidad que exhiba durante el período de evaluación respectivo. Si aumenta la siniestralidad, entonces a las empresas les sube la cotización y, por ende, sus costos. Por esta razón es posible que las organizaciones que presentan una relativamente alta siniestralidad sean menos proactivas para informarle a sus trabajadores que deben acudir a la salud laboral en caso de sospecha sobre el padecimiento de una enfermedad laboral.

Esta situación fue denunciada por la Comisión de Trabajo y Seguridad Social de la Cámara de Diputados, que el 12 de marzo de 2019 redactó el Boletín N° 11.276-13-1, que busca

sancionar al empleador que no cumpla con la obligación legal de denunciar los accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales.

### **5.6.3 Sesgo en seguros**

Ambos tipos de seguro, laboral y de salud común, tienen incentivos para derivar a sus pacientes al otro, con el fin de evitar incurrir en los costos de tratamiento.

El bajo número de casos rectificadas por SUSESO, 307 de un total anual de 11.539, conduce a plantear que no hay un sesgo significativo en este sentido. Dado que la tasa de reclamos es relativamente baja, 14,3%, tales reclamos deberían ser buenos candidatos para ser rectificadas como laborales. Sin embargo, sólo 18,6% de ellos lo son.

Por el contrario, la alta tasa de rechazo de la ACHS a la calificación como laboral por parte de la salud común, que no es rectificada por la SUSESO, hace pensar que la salud común sí sobreexplota la entrada laboral a su favor. Del total de 552 usuarios derivados anualmente por la salud común, 135 sufren realmente de una EP, lo que constituye el 24,5% del total derivado.

### **5.6.4 Impacto de la propuesta de una CCA**

Las preferencias de los trabajadores y empleadores podrían inducir a un comportamiento sesgado, de buena o mala fe, de a dónde reclamar las prestaciones en caso de una enfermedad cuyo origen podría ser laboral. Esto es difícil de detectar por el personal médico, dada la falta de capacitación al respecto. El sesgo sistemático aumenta la incidencia de las otras problemáticas (Legitimidad de la cobertura, Continuidad de tratamiento, etc.), es decir, funciona como círculo vicioso que se potencia a sí mismo.

Éste es un ejemplo de ‘riesgo moral’, en que un agente (entidades empleadoras) que toma decisiones con mejor información perjudica, voluntaria o involuntariamente, a otro (mutualidades, ISAPREs, FONASA). Ello ha sido ampliamente investigado en el contexto de los seguros de salud, proponiéndose soluciones que se relacionan con cambios de incentivos y mayor transparencia de la información (Einav et al., 2013). Coherentemente, nuestra propuesta aborda este eventual sesgo de la siguiente manera:

- 1) Incentivos: Al garantizar la continuidad de tratamiento, controlar sus costos y reducir la burocracia, se tiende a ecualizar ambos seguros desde el punto de vista del paciente. Entonces, la elección de la puerta de entrada no es tan crucial, así se reduce el sesgo de elección.
- 2) Transparencia de la información: Dado que una de las funciones de la CCA es producir estadísticas de comportamiento de entidades empleadoras y aseguradores, se podrán detectar sesgos sistemáticos, lo que facilitará adoptar medidas tendientes a que los involucrados corrijan sus errores.

## 6 Conclusiones y Recomendaciones

El actual proceso de calificación de enfermedades que pueden tener su origen en el trabajo expone al sistema de salud laboral a un fuerte cuestionamiento de legitimidad debido al rol de ‘juez y parte’ de los OA, un abandono o ‘cuasi-abandono’ del tratamiento por parte de los pacientes cuyas dolencias son rechazadas como laborales, una pérdida de eficiencia de los tratamientos debido a la poca especialización y protocolización de la salud común, una burocracia excesiva para los trabajadores, disputas entre los aseguradores por el cobro de las prestaciones y licencias, y una selección sesgada de la puerta de entrada al sistema de salud laboral debido a un problema de ‘riesgo moral’.

La creación de una Comisión Calificadora Autónoma (CCA) puede solucionar o mitigar los problemas anteriores al ser un organismo independiente que vele por una mayor eficiencia y, por lo tanto, que genere menores costos del sistema de salud, una estandarización de los tratamientos mínimos, la agilización los cobros entre los aseguradores, una mayor transparencia de las actuaciones de los actores del sistema, y una menor burocracia para los pacientes. Además, para solucionar los problemas de abandono de los tratamientos y excesiva burocracia, proponemos que se promueva la continuidad de tratamiento por los OA en caso de que los pacientes hayan entrado por estas entidades en primer lugar, y así independizar las decisiones de tratamiento médico del funcionamiento de los seguros.

Varias de estas problemáticas, así como elementos de la solución acá propuestas, ya han sido planteadas por diversos actores del sistema de salud común y laboral. Sin embargo, no se han traducido en acciones concretas, no obstante, los altos costos humanos y materiales involucrados.

La recomendación de este estudio es que las entidades participantes del sistema de salud laboral se sumen a la discusión y, en conjunto, propongan un cambio en la normativa para la creación de la CCA y la continuación del tratamiento médico en los prestadores especializados, para así asegurar la sostenibilidad del sistema, que ha demostrado su alta contribución al bienestar de la sociedad chilena.

## 7 Referencias

Cámara de Diputados de Chile (2016). Informe de la Comisión Especial Investigadora encargada de conocer y analizar los actos ejecutados por la Superintendencia de Seguridad Social y por otros organismos públicos que se vinculen con el eventual perjuicio fiscal generado a partir del rechazo de las denuncias individuales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por parte de las mutualidades. Disponible en: [https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=30783&prmTipo=INFORME\\_COMISION](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=30783&prmTipo=INFORME_COMISION) [9 de noviembre 2021].

Comisión Nacional de Productividad (2020). Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no GES. Disponible en: <https://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2020/01/INFORME-FINAL-Eficiencia-en-Pabellones-y-priorizaci%C3%B3n-de-pacientes-para-cirug%C3%ADa-electiva.pdf> [9 de noviembre 2021].

Einav, L., Finkelstein, A., Ryan, S., Schrimpf, P. y Cullen, M. (2013). Selection on Moral Hazard in Health Insurance. *American Economic Review*, 178-219.

Gattini, C. (2017). Protección y seguridad social en Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública. Disponible en: [http://ochisap.cl/images/ene20/Proteccion\\_Seguridad\\_Social\\_Chile\\_Gattini\\_2018.pdf](http://ochisap.cl/images/ene20/Proteccion_Seguridad_Social_Chile_Gattini_2018.pdf) [9 de noviembre 2021].

GSE Salud Consultores (2018). Estudio de procedimiento de actualización de lista de enfermedades profesionales contenidas en el Decreto Supremo N°109, de 1968 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Ley N° 16.744. Diario Oficial de la República de Chile, 01 de febrero de 1968.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2016). Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 16 de septiembre de 2016. D.O. No. 41561.

Rantanen, J., Lehtinen, S., Valenti, A. y Iavicoli, S. (2017). A global survey on occupational health services in selected international commission on occupational health (ICOH) member countries. *BMC public health*, 17(1), 1-15.

SUSESO (2020). Informe Anual: Estadísticas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo 2019. Santiago, Chile. Disponible en: [https://www.suseso.cl/607/articles-595996\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/607/articles-595996_archivo_01.pdf) [9 de noviembre 2021].



## 8 Figuras y tablas

Figura 1: Diagrama de flujo entrada laboral.

Fuente: Elaboración propia.

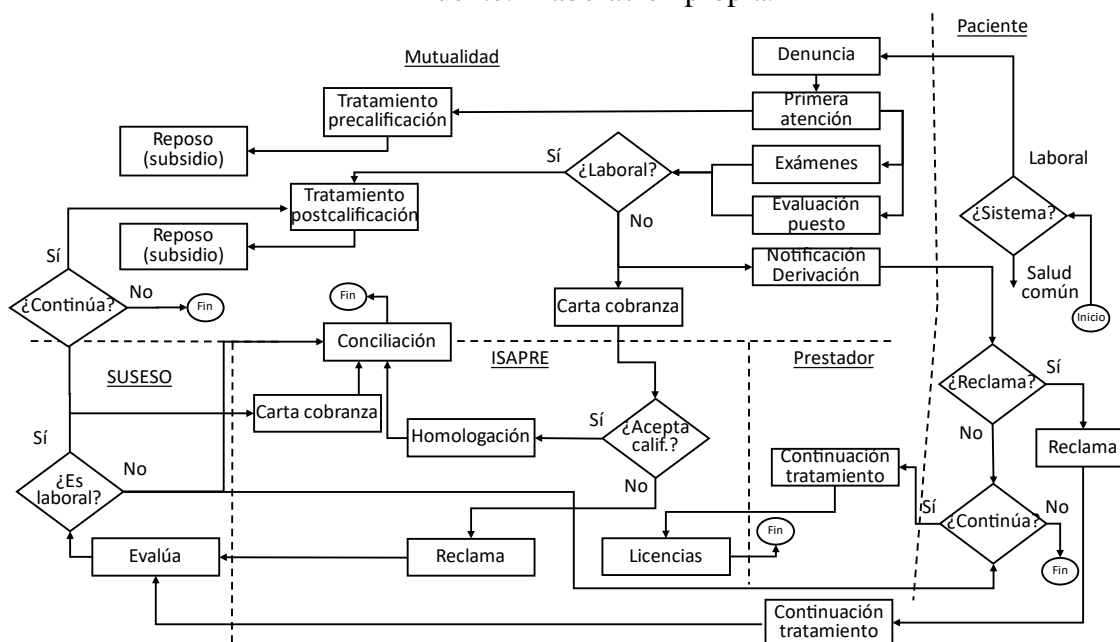


Figura 2: Diagrama de flujo entrada salud común.

Fuente: Elaboración propia.

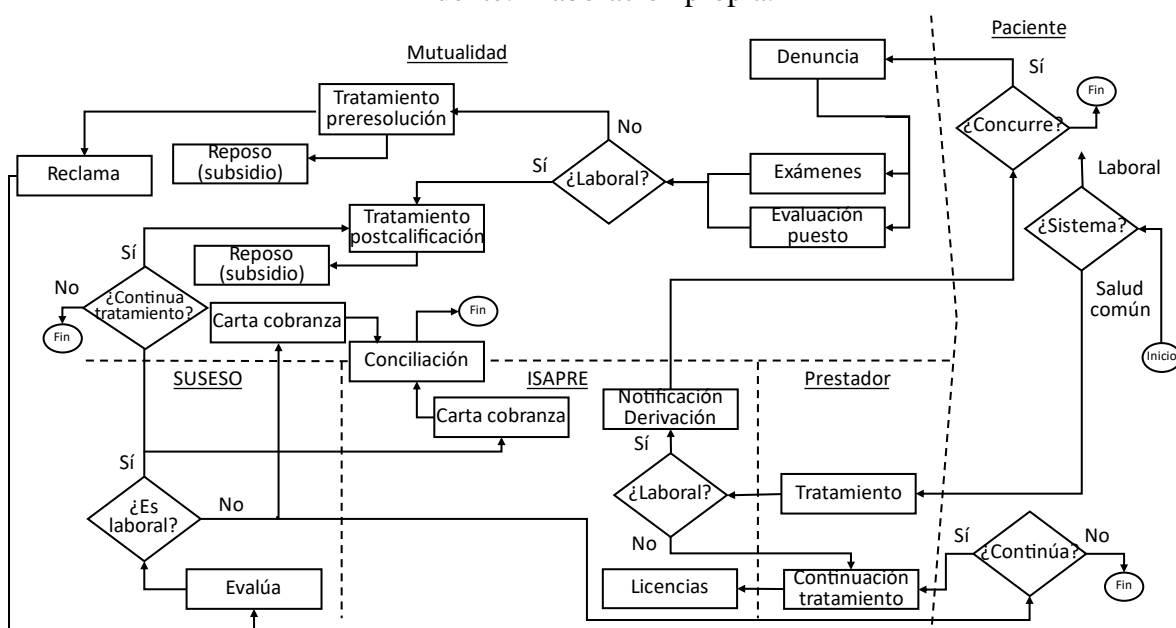


Figura 3: Organigrama de la Comisión Calificadora de Enfermedades.  
Fuente: Elaboración propia.

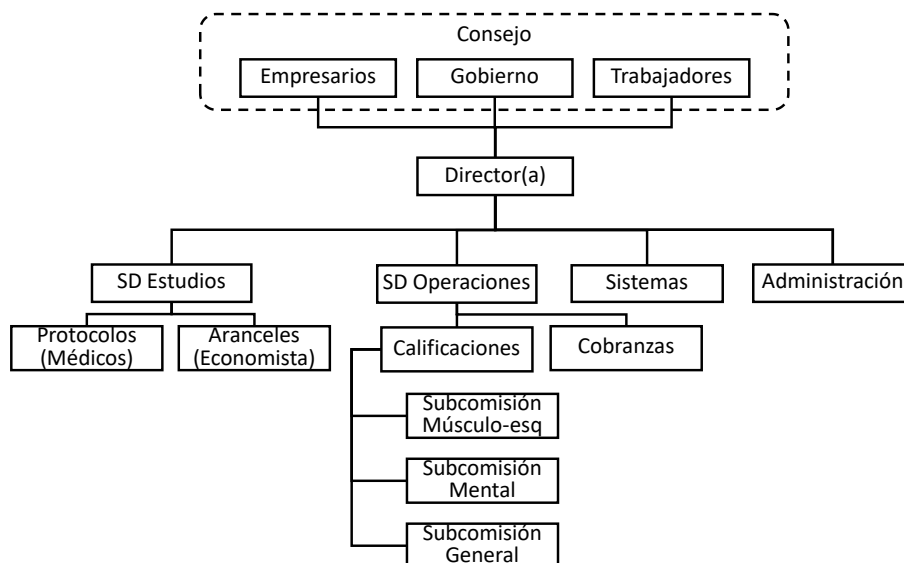
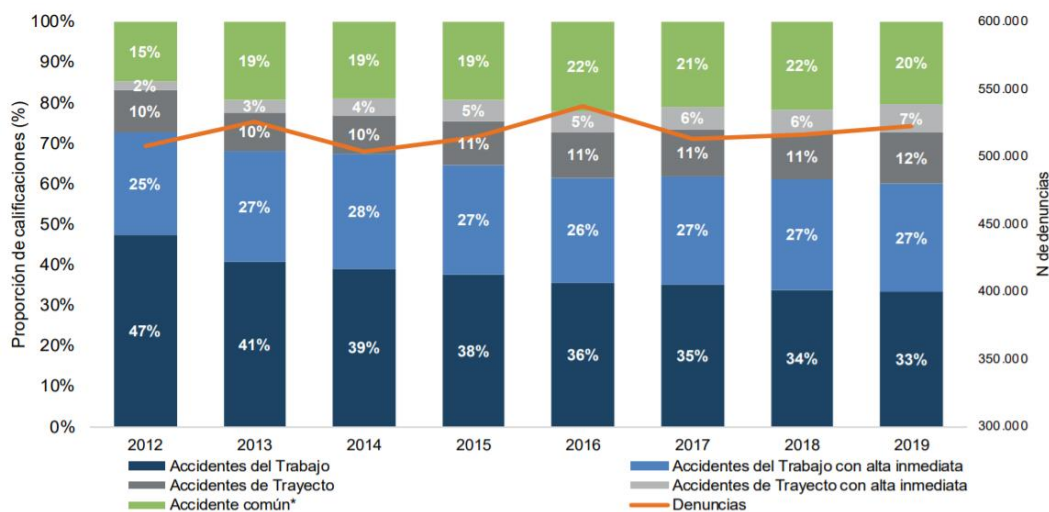


Figura 4: Denuncia y calificación de accidentes laborales.  
Fuente: SUSESO (2020).

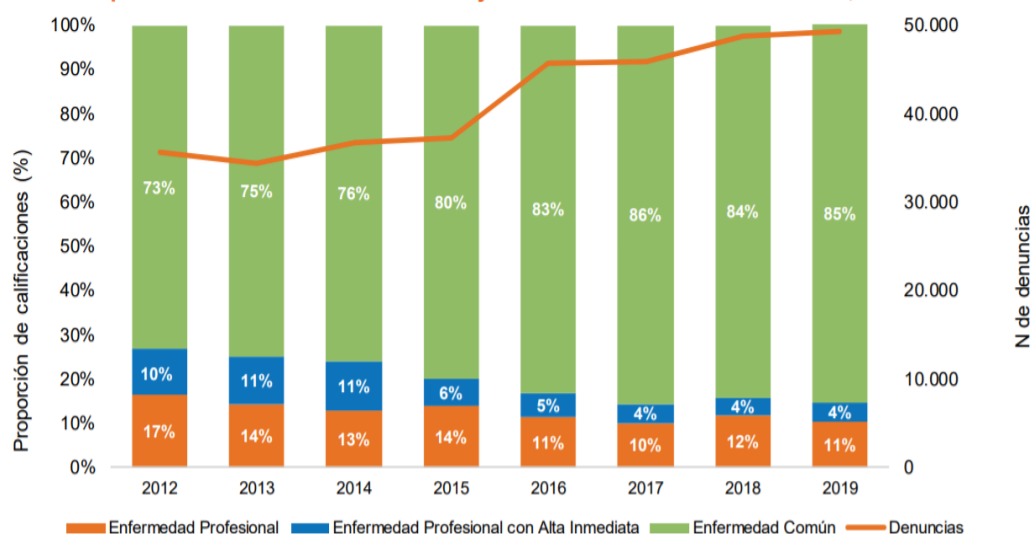
#### Denuncias por Accidentes Laborales y Calificación. Mutualidades e ISL, 2012-2019.



Nota: La suma de los porcentajes puede diferir en el total al sumar con mayor número de decimales.  
(\*) Accidentes comunes considera también los accidentes que ocurren a trabajadores no protegidos, y accidentes debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo.

Figura 5: Denuncias y calificación de enfermedades profesionales.  
Fuente: SUSESO (2020).

**Denuncias por Enfermedades Profesionales y Calificación. Mutualidades e ISL, 2012-2019.**



Nota: La suma de los porcentajes puede diferir en el total al sumar con mayor número de decimales.

Figura 6: Resultados de la encuesta sobre la continuación del tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

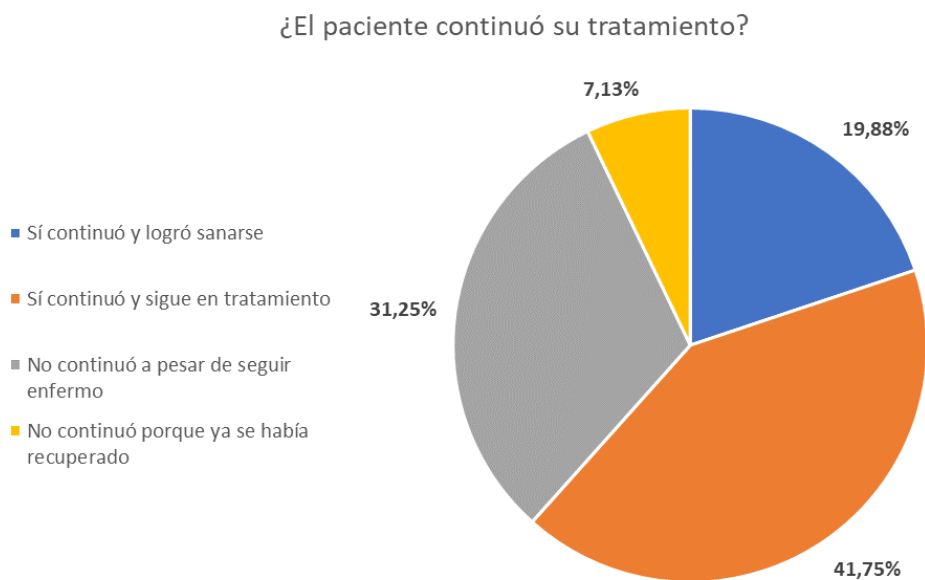


Figura 7: Causas de abandono de tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

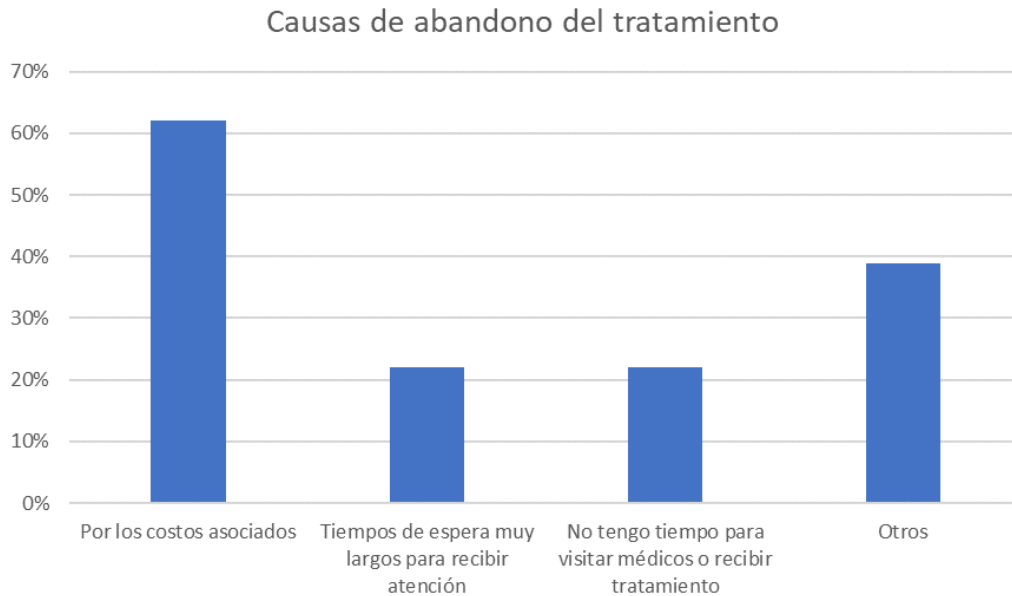


Figura 8: Ofertas de la licitación 2021.  
Fuente: ACHS.

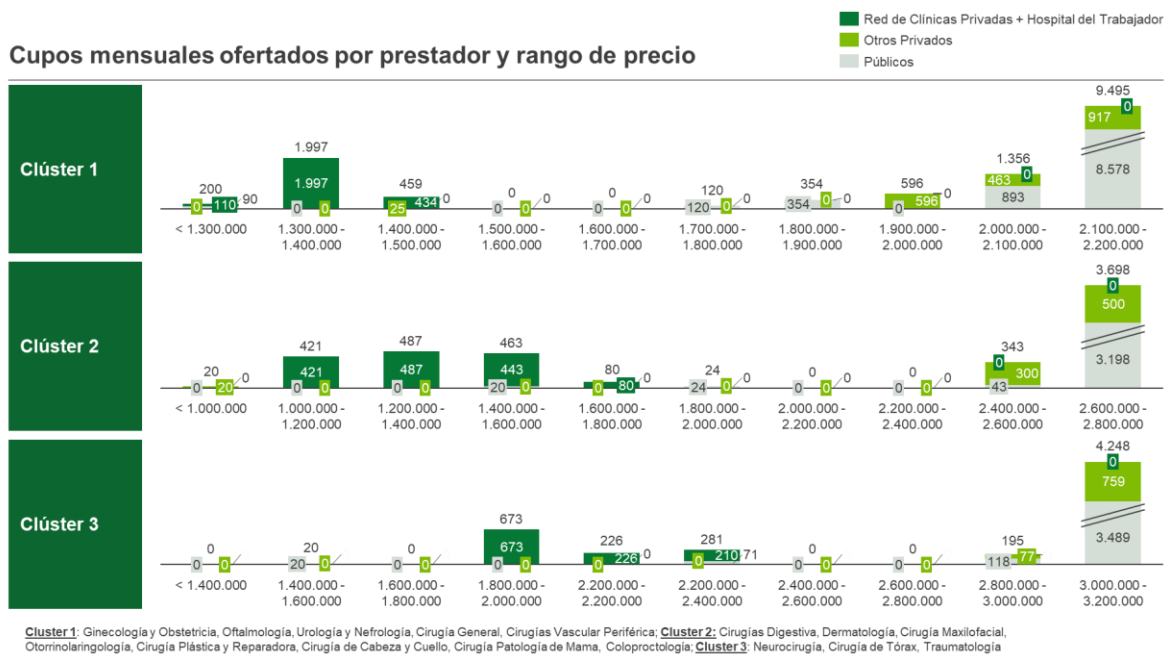


Figura 9: Causas para no apelar al fallo de la ACHS (pueden escoger más de una causa).  
Fuente: Elaboración propia.

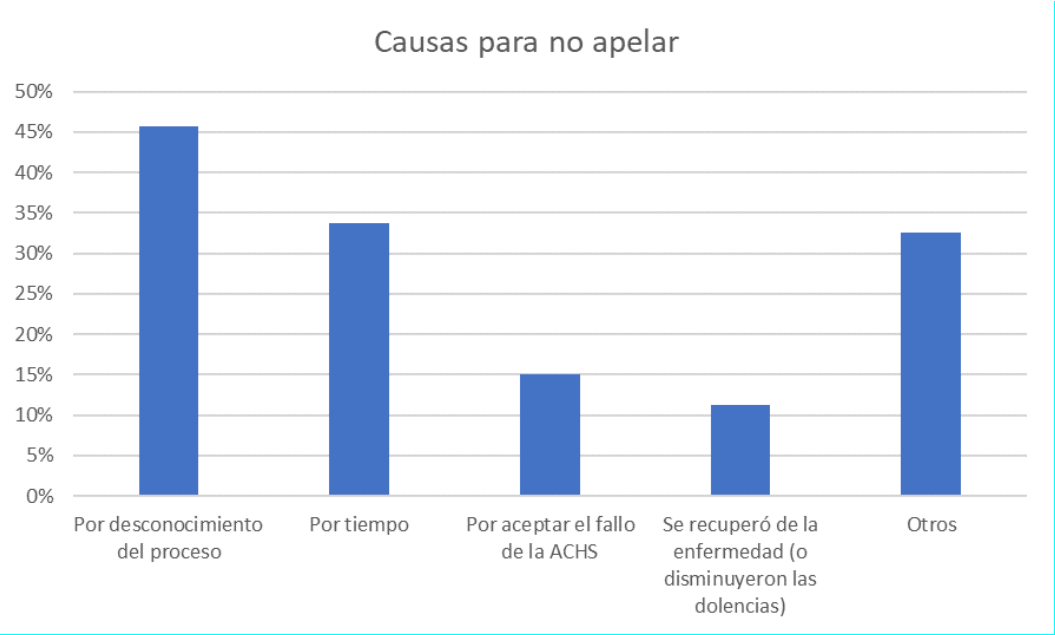


Tabla 1: Descripción de variables del análisis econométrico.  
Fuente: Elaboración propia.

Nombre de variable	Tipo de variable	Descripción
Edad	Continua	Edad del paciente al año 2021.
Género	Binaria	El paciente se identifica como mujer.
Etnia	Binaria	El paciente pertenece a una etnia.
Apela	Binaria	El paciente reclamó a la calificación de la ACHS.
SUSESO	Binaria	El paciente atendido por la ACHS fue reintegrado por el fallo de la SUSESO.
Mental	Binaria	La enfermedad del paciente se cataloga como de salud mental.
Fonasa	Binaria	El paciente tiene como previsión a FONASA.
Malestar	Binaria	El paciente expresa que aún tiene un malestar que le impide trabajar con normalidad.
Salud común	Binaria	El paciente ingresó a la ACHS derivado desde el sistema de salud común.

Tabla 2: Probabilidad de abandonar tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

Probabilidad de abandono	Modelo probit	Efecto marginal
Fonasa	0,2265** (0,1086)	0,0758** (0,0372)
Apela	-0,3387*** (0,0956)	-0,1186*** (0,0323)
Edad	-0,0018 (0,0043)	
Género	-0,0914 (0,0981)	
Constante	-0,3556 (0,2184)	
Observaciones	800	
Pseudo R cuadrado	0,0223	

Significancia estadística: \* al 90%, \*\* al 95% y \*\*\* al 99%.

Tabla 3: Número de consultas y exámenes fuera de la mutualidad.  
Fuente: Elaboración propia.

	Consultas		Probabilidad de cirugía	
	Modelo poisson	Efecto marginal	Modelo probit	Efecto marginal
Apela	0,3947*** (0,104)	7,6180*** (1,9714)	0,8353*** (0,2349)	0,1966*** (0,0457)
Género	-0,055 (0,1145)		-0,7447*** (0,2238)	-0,1671*** (0,0433)
Fonasa	-0,1365 (0,1135)		0,2491 (0,2751)	
Edad	0,0055 (0,005)		0,0134 (0,0092)	
Malestar	0,2558** (0,1024)	4,5757** (1,9585)	0,2765 (0,2154)	
Mental	0,0359 (0,1127)			
Constante	2,3901 (0,2785)		-1,9513 (0,5001)	
Observaciones	493		239	
Pseudo R cuadrado	0,0611		0,1557	

Significancia estadística: \* al 90%, \*\* al 95% y \*\*\* al 99%.



Tabla 4: Duración de ciclo de atención ACHS y cambios marginales.  
Fuente: Elaboración propia.

Duración del tratamiento	Modelo poisson	Efecto marginal
Género	0,0262 (0,0751)	
Etnia	-0,3688 (0,2861)	
Edad	0,0116*** (0,0025)	1,2828*** (0,2727)
Fonasa	-0,0927 (0,0784)	
SUSESO	0,7659*** (0,1163)	87,7796*** (12,707)
Mental	0,3338*** (0,0785)	37,0955*** (8,08)
SUSESO x Mental	-0,5245*** (0,1829)	-61,8379*** (19,8354)
SUSESO x Fonasa	-0,0043 (0,1974)	
Constante	3,9682*** (0,1498)	
Observaciones	1133	
Pseudo R cuadrado	0,0652	

Significancia estadística: \* al 90%, \*\* al 95% y \*\*\* al 99%.

Tabla 5: Comparación de medias entre las personas que reclamaron y no reclamaron.  
Fuente: Elaboración propia.

	Satisfacción proceso	Satisfacción explicación	Fonasa	Género	Edad	Mental
No apela	3,8175 (0,1055)	3,13 (0,0984)	0,8125 (0,0195)	0,6475 (0,0239)	41,5525 (0,57)	0,4 (0,0245)
Apela	2,5225 (0,0888)	2,01 (0,0724)	0,6125 (0,0244)	0,6425 (0,024)	43,4875 (0,5239)	0,5675 (0,0248)
Diferencia	1,295*** (0,1379)	1,12*** (0,1221)	0,2*** (0,0313)	0,005 (0,0339)	-1,935** (0,7742)	-0,1675*** (0,0349)
Observaciones	800					

Significancia estadística: \* al 90%, \*\* al 95% y \*\*\* al 99%.

Tabla 6: Probabilidad de entrar por la puerta correcta.  
Fuente: Elaboración propia.

Probabilidad de entrada	Modelo probit	Efecto marginal
Apela	-0,4010*** (0,097)	-0,1271*** (0,0301)
Género	-0,2883*** (0,083)	-0,0914*** (0,0259)
Fonasa	0,2559*** (0,0925)	0,0811*** (0,029)
Mental	-0,2610*** (0,0917)	-0,0827*** (0,0288)
Salud común	-0,2511** (0,1155)	-0,0796** (0,0364)
Constante	-0,2235* (0,1153)	
Observaciones	1152	
Pseudo R cuadrado	0,0473	

Significancia estadística: \* al 90%, \*\* al 95% y \*\*\* al 99%.