

## Propuesta de Comisión Calificadora Autónoma para el Seguro Laboral Chileno\*

Marcos Singer y Francisco Olivares  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### Resumen:

La crisis de legitimidad que afecta a Chile provoca que todas las instituciones, tanto públicas como privadas, se replanteen su rol en la sociedad. En este trabajo se analiza a los participantes del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, centrándose en los procesos de interrelación entre los organismos administradores del seguro laboral y los participantes de la salud común.

Si bien existe un problema de legitimidad del sistema debido al rol de ‘juez y parte’ de los organismos administradores del seguro laboral, en esta investigación se profundizan otros inconvenientes relacionados con las posibles ineficiencias existentes en la relación entre los participantes, los cuales pueden acentuar el malestar social hacia el seguro. Los problemas se relacionan con la eficiencia de los prestadores de salud, la burocracia excesiva, el proceso de rendición de cuenta de las instituciones, la incidencia indirecta en la salud de los pacientes, y los sesgos en la elección del sistema de salud de primera atención.

Como solución se propone retomar una política pública olvidada, la creación de una Comisión Calificadora Autónoma que externalice la determinación de la calificación de la enfermedad del trabajador. Para solucionar las ineficiencias descritas con anterioridad, se proponen otras funciones de esta institución que permitan, entre otras tareas, una interacción expedita entre los sistemas de salud, y la continuidad de tratamiento a través de los organismos administradores del seguro laboral, lo cual no se permite en la actualidad.

---

\* 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 MA en Economía Aplicada, 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 an Autonomous Qualifying Commission for the Chilean Labor Insurance System

### **Abstract:**

The legitimacy crisis affecting Chile is causing all institutions, both public and private, to rethink their role in society. This paper analyzes the participants of the Social Security against Occupational Accidents and Diseases Risks, focusing on the interrelation processes between the labor insurance administration agencies and the common health participants.

Although there is a problem of legitimacy of the system due to the role of 'judge and jury' of the labor insurance administration agencies, this research explores other problems related to possible inefficiencies in the relationship between the participants, which may accentuate social unrest towards the insurance. The problems are related to the efficiency of health care providers, excessive bureaucracy, the accountability process of the institutions, the indirect impact on the health of patients, and biases in the choice of the primary health care system.

As a solution, it is proposed to resume a forgotten public policy, the creation of an Autonomous Qualifying Commission that outsources the determination of the qualification of the worker's disease. To solve the inefficiencies described above, other functions of this institution are proposed to allow, among other tasks, an expeditious interaction between the health systems, and the continuity of treatment through the labor insurance administration agencies, which is not allowed at present.

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

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

El rol del Estado de Chile como ente administrador encargado de atender las necesidades de la ciudadanía se ha debilitado, lo que se traduce en una crisis de legitimidad en el país (Peña, 2020). Esta pérdida de confianza repercute en diversas áreas, pudiendo incluso congelar la actividad de los privados (Irrázabal, 2019). Por esta razón, es importante que las empresas se replanteen su rol en la sociedad, identificando las diferentes presiones institucionales a las que están expuestas para ganar legitimidad (Filatotchev y Nakajima, 2014).

Los integrantes del Sistema de Protección y Seguridad Social chileno son unos de los máximos exponentes de la pérdida de legitimidad. Si bien los casos más conocidos por la opinión pública son los de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las ISAPRES, otras instituciones que conforman este manto de protección también pueden estar en riesgo. En particular, en este trabajo abordamos las críticas a la legitimidad de la labor de los Organismos Administradores (OA), más conocidos como mutualidades, del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Esta crítica, que profundizamos en una sección posterior, se centra en quién determina el acceso o la cobertura de los trabajadores a este seguro. Esta no es una discusión reciente ya que con anterioridad ha habido propuestas de políticas públicas que abarcan esta problemática, pero que finalmente se han diluido sin una razón aparente. Nosotros retomamos una de estas propuestas, la creación de un ente autónomo que se encargue de evaluar o calificar el origen de la enfermedad que atañe al trabajador, determinando de esta forma si su dolencia se ampara bajo el seguro laboral antes nombrado.

Introducir una tercera parte desinteresada que tome decisiones independientes, como el ente autónomo, es una forma de conseguir que el sistema gane confianza (Irrázabal, 2019). En esta investigación abordamos otro modo de incrementar la legitimidad de estas instituciones, a través de la eficiencia (Schneider y Scherer, 2019). Para esto primero detectamos los problemas de eficiencia que tiene el sistema actual. Posteriormente, proponemos atribuciones al ente autónomo antes descrito que abarquen estos inconvenientes, mejorando de esta forma el funcionamiento del sistema de salud laboral.

Antes de entrar en profundidad en nuestra propuesta de ente calificador autónomo, consideramos necesario comprender el funcionamiento del sistema de salud laboral y su interrelación con el sistema de salud ‘común’, para posteriormente profundizar en las críticas que ha sufrido respecto a su legitimidad. Este análisis detallado permitirá al lector comprender las complejidades de esta interconexión, haciendo más evidente la necesidad de una reforma a este sistema.

## **Interrelación de los sistemas de salud**

Dentro del Sistema de Protección y Seguridad Social chileno conviven 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 de 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 (Singer 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.

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 radica en el mismo sistema laboral.

Si bien el seguro laboral considera accidentes y enfermedades, en este trabajo 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.

En términos generales, el funcionamiento de ambos sistemas se explica en detalle en Singer 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 costeadado 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 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]

Gracias a datos proveídos por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), una de las mutualidades del sistema, podemos observar estadísticas relacionadas con este flujo entre 2017 y 2019:

- 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 entre 2017 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%.

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.

## Crisis de legitimidad eminente

Una vez esbozada la interconexión de los sistemas de salud, abarquemos los problemas de legitimidad que pueden afectar al sistema.

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.

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 (Singer 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 3<sup>2</sup>. Todo esto explica, en parte, la relativamente buena evaluación que se tiene sobre el sistema de salud laboral.

[Insertar Figura N°3]

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 4.

[Insertar Figura N°4]

Como se observa, la alineación de expectativas antes descrita 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.

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

---

<sup>2</sup> Las Figuras 2 y 3 corresponden a estadísticas de todos los OA.

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. En el mundo actual, para lograr la legitimidad no basta con demostrar que se está cumpliendo la ley (Schneider y Scherer, 2019), es necesario alinear las expectativas de los ciudadanos.

Por esta razón consideramos necesario realizar la propuesta de una Comisión Calificadora Autónoma (CCA) que busque, 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.

No es suficiente solo abarcar el inconveniente de “juez o parte” para lograr la legitimidad a largo plazo del sistema, ya que los posibles problemas de eficiencia existentes pueden incrementar el descontento de la ciudadanía. Por este motivo, gracias a datos proveídos por la ACHS, indagaremos la existencia de estas posibles ineficiencias, para posteriormente proponer como la CCA puede abarcarlas.



## **Análisis de ineficiencias del sistema**

A partir de una revisión de literatura consideramos que existen cinco posibles ineficiencias en el sistema actual: 1) Impedimento de que el paciente sea tratado de manera eficiente por un prestador de salud especializado; 2) La excesiva burocracia debido al proceso de reclamación y el traspaso entre sistemas; 3) Problemas en el proceso de rendición de cuentas entre los participantes del sistema de salud; 4) Incidencia de la calificación en la salud de los pacientes; 5) Los incentivos a los trabajadores para elegir una u otra puerta de entrada al sistema de salud. Para realizar esta indagación 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 en 2021 a 800 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. Para evitar problemas de causalidad en los análisis, se aleatorizó la muestra y solo se encuestaron a personas con un diagnóstico del tipo ‘laboral’ donde la ACHS es especialista.

Los participantes se subdividieron en dos grupos, de igual cantidad, dependiendo de 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 en común que se describen en la Tabla 1 con su media y desviación estándar (D.E.). Para facilitar la interpretación causal, solo se utilizaron como variables independientes “Apelo” y “SUSESO”. El resto de las variables de la Tabla 1 se utilizaron como controles. Además, todos los análisis se controlaron por tipo de tratamiento o diagnóstico, y por el año. Las variables dependientes se describen en cada análisis econométrico.

[Insertar Tabla N°1]

Según Worthington (2004), uno de los factores que puede influir en la eficiencia de las instituciones de salud es el grado de especialización. 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.

Una de las razones es que 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 (Espinoza 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.

Un segundo argumento que puede apoyar nuestra hipótesis es que 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 lado de los prestadores públicos, se ha encontrado que la asignación de fondos basada en presupuestos genera ineficiencias (Worthington, 2004). En los 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.

Un último punto por considerar es que muchos prestadores públicos incurren en aumentos de costos unitarios debido a un conjunto de brechas de gestión, tales como (Comisión Nacional de Productividad, 2020):

- i) Jornadas parcializadas, que reducen la utilización de infraestructura crítica, como por ejemplo los quirófanos.
- ii) Largas listas de espera, que aumentan la gravedad de los cuadros clínicos e incrementan los costos económicos de tratamiento.
- iii) Bajo uso de tratamientos ambulatorios, aumentando innecesariamente el uso de los recursos.
- iv) Fuerte heterogeneidad de tratamiento para Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).
- v) 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 5. 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°5]

Estos antecedentes promueven que se permita 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 en el marco regulatorio del sistema de salud laboral. Este cambio permitirá una mayor eficiencia del sistema de salud, y reducir sus costos. Para poder llevar a cabo esta reforma de manera justa para todos los actores del sistema es necesario que los protocolos médicos estén bien definidos para así determinar los costos de manera competitiva, por ejemplo, mediante licitaciones (recordar que el OA se debe hacer cargo de los costos solo si la enfermedad es calificada como de origen laboral).

Un costo competitivo será de conveniencia de todas las partes, especialmente para los trabajadores y para los aseguradores de salud común. La determinación de estos protocolos se puede encargar al CCA, o a la autoridad que se consideré más pertinente.

Para que esta propuesta mejore la eficiencia del sistema es necesario que solo se permita que los OA atiendan las patologías donde ellos son especialistas, es decir, patologías del tipo “laboral”.

El funcionamiento del proceso de rendición de cuentas entre los actores sanitarios también puede generar ineficiencias en el sistema de salud (Brinkerhoff, 2004). Un debate público relacionado con este punto ocurrió en 2015 debido al posible subsidio implícito de FONASA al sistema de salud laboral. En una entrevista, la directora de FONASA Jeanette Vega estimó que los OA tenían una deuda con la institución por un monto de \$90 mil millones por EP que no fueron identificadas o catalogadas como laborales cuando debieron serlo. 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.

Otra demostración de los conflictos existentes en el proceso de rendición de cuentas son las 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 como de origen común son muchas veces ignoradas 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.

Un último conflicto se origina ante el aumento de los casos derivados como laborales por parte del sistema de salud común a los OA. 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.

Por estos inconvenientes consideramos necesario que la CCA mantenga 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.

Otra atribución que se le debe otorgar a la CCA es la función de 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 el proceso de rendición de cuentas. 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.

Otra posible ineficiencia que restringe el acceso correcto a la asistencia de salud es la burocracia excesiva (Lofthouse y McKinley, 2022). El funcionamiento del sistema actual obliga al trabajador a pasar de un sistema de salud a otro, haciéndolo transitar por 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 continuidad de tratamiento antes dicha 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 6: un 45,75% por desconocimiento del sistema y un 33,75% por el inconveniente de perder tiempo en ello.

[Insertar Figura N°6]

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 de insatisfacción con el proceso que por el real origen de su dolencia.

Para indagar la relación existente entre insatisfacción y el proceso de apelación, se realiza un modelo poisson con datos de 800 personas cuyas patologías fueron calificadas como de origen común por la ACHS en 2019 y 2020, divididos en igual proporción entre los que reclamaron y los que no. A los pacientes se les solicitó que calificaran, con una nota de 1 a 7, su satisfacción con el proceso, y con la explicación entregada por la ACHS (la media de la respuesta fue de 3,17 y 2,57, respectivamente). Los resultados se muestran en la Tabla 2. Se observa que apelar tiene un efecto negativo de un punto aproximadamente. Respecto a la media, esto significa la disminución de un 33% de la satisfacción.

[Insertar Tabla N°2]

Este análisis resalta la necesidad que un tercero realice la calificación, como lo propuso originalmente la Política Nacional de SST. El CCA debería percibirse como no sesgado en su decisión, aminorando con ello la motivación por reclamar.

La cuarta ineficiencia que consideramos relevante es que las tareas administrativas, como la calificación, pueden tener efectos en la salud de los pacientes (Erickson et al., 2017). Uno de los efectos más perniciosos de la calificación como no-laboral de la patología que afecta a un paciente es que abandone su tratamiento médico. Este abandono 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 7.

[Insertar Figura N°7]

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 8, 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°8]

Si bien se puede pensar que la causal de costo puede sobrepasar los límites del sistema de salud y seguridad laboral, y por lo tanto del alcance de la CCA, la eficiencia económica de los tratamientos y del sistema en general reduce los gastos de salud (Cylus et al., 2017), lo que se traspasará a los pacientes reduciendo su abandono. La continuidad de tratamiento, antes propuesta, debería reducir significativa de costos. 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.

El abandono de tratamiento antes descrito no necesariamente es uniforme entre los trabajadores. Reclamar a la decisión del OA ante la SUSESO puede incidir en la decisión de tratamiento de los pacientes si estos consideran que el fallo será positivo para ellos. La literatura ha encontrado que el optimismo de los pacientes incide en la búsqueda de tratamiento médico (Ozdemir y Finkelstein, 2018). Para indagar este punto, 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 3.

[Insertar Tabla N°3]

El efecto de 9% de haber reclamado (un aumento del 29% respecto a la media) es razonable atribuirlo al optimismo antes planteado. El usuario tiene la expectativa de ser aceptado en el sistema laboral y que, por ende, no incurrirá en los costos y copagos de la salud común. Este

resultado resalta la importancia de los costos en la decisión de abandono del tratamiento de los trabajadores, y por lo tanto la importancia de nuestra propuesta.

Otro efecto de la calificación sobre la salud de los trabajadores es el subtratamiento posterior al rechazo. Aun cuando la Figura 7 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 subtratamiento, se analizó el número de consultas y exámenes que los usuarios se realizaron, y la probabilidad de que se sometieran al menos a una cirugía<sup>3</sup> (Tabla 4) desde que fueron calificados como no laborales por la ACHS. Para esto se utilizó una encuesta realizada a 697 usuarios atendidos en 2019 y 2020. La media del número de consultas y la probabilidad de someterse a una cirugía es 18 y 17,2% respectivamente.

[Insertar Tabla N°4]

Con respecto a las medias, los individuos que realizan la reclamación tienen un 38% más de consultas y exámenes médicos, y un 78% más de probabilidad de someterse a cirugía.

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 subtratamiento de su enfermedad, por lo que existe un costo implícito de agravamiento de su enfermedad por el hecho de no realizar la reclamación. Las soluciones propuestas para el abandono del tratamiento deberían aplacar de igual forma este punto.

El sobretratamiento por los prestadores de salud también puede ser una ineficiencia existente (Kale, 2013). El sobretratamiento ocurre debido al funcionamiento diferenciado de los sistemas de salud laboral y común. Cuando la enfermedad del trabajador es calificada como no laboral, el OA debe realizar la derivación 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, exámenes e imágenes, y por normativa el traspaso de información no puede hacerse directamente entre instituciones. Estos traspasos también pueden implicar cambios en los enfoques terapéuticos debido a las diferencias de protocolos existentes entre los sistemas de salud laboral y común, lo que genera reiniciaciones de los tratamientos.

Relacionado con este último punto, aunque son inusuales<sup>4</sup>, puede ocurrir que la SUSESO revierta la calificación de la OA, reincorporando al trabajador a la institución (generando nuevamente un reinicio de los tratamientos).

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

---

<sup>3</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.

<sup>4</sup> Entre 2017 y 2019 solo hubo 150 reingresos a la ACHS debido al fallo de la SUSESO.

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°5]

Como se observa en la Tabla 5, existe un aumento significativo en el ciclo de atención solo por el hecho de ser reincorporado al OA, lo que se puede asociar a una reiniciación del tratamiento o cambio en el enfoque terapéutico. La posibilidad de continuar su tratamiento en el OA, aun cuando su patología haya sido calificada como de origen no laboral, debería disminuir los sobretratamientos.

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.

La última ineficiencia que afecta al sistema son los sesgos e incentivos que tienen los participantes (trabajadores, empleadores y aseguradoras) para decidir el prestador de la primera atención o la puerta de entrada.

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.

En muchos casos los trabajadores prefieren el sistema laboral al de salud común para atenderse enfermedades que están en la frontera entre ambas categorías debido a que, entre otras posibles razones: el Seguro no contempla copago alguno; el subsidio en caso de reposo laboral se paga desde el primer día; y 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. Es importante recordar que los trabajadores siempre deben asistir por ley al OA en caso de que sufran una EP (no deberían escoger el prestador de su primera atención). Para analizar este punto, 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 30%. En la Tabla 6 se observan los determinantes que pueden afectar a esta probabilidad.

[Insertar Tabla N°6]

La disminución, respecto a la media, del 31% de la probabilidad de optar por la ACHS como prestador de primera atención solo por el hecho de reclamar se puede explicar por la insatisfacción de los trabajadores descrita en la Tabla 2. Como se explicó anteriormente, la probabilidad de optar por la ACHS como el prestador de la primera atención debería ser cercana al 100% porque eso exige la ley, pero en la práctica no ocurre debido a problemas de desconocimiento, desconfianza, insatisfacción, etc.

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.

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, la 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).

La propuesta de la CCA aborda estas problemáticas al garantizar la continuidad de tratamiento, controlar sus costos y reducir la burocracia, ya que esto permitirá 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.

Otra función que se le puede asignar a la CCA es la producción de estadísticas que permitan analizar el comportamiento de las entidades empleadoras y aseguradores, pudiendo de esta



forma detectar sesgos sistemáticos, y facilitar información para adoptar medidas contra los involucrados.

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

Una vez abordado el problema de legitimidad y las ineficiencias actuales del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, consideramos necesario desarrollar a grandes rasgos los aspectos esenciales que debe poseer la Comisión Calificadora Autónoma (CCA), para que sea un punto de partida para el desarrollo de la política pública. 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).

La misión de la CCA será 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. Para llevar a cabo este objetivo, las principales funciones que debe tener son:

- 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.

Actualmente en el país existen organismos con características similares a las que proponemos. Un primer ejemplo es el Coordinador Eléctrico. Es el ente encargado de administrar 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. Un segundo ejemplo es la Comisión Médica de Reclamos (COMERE), organización que 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. Un último ejemplo es la Comisión Médica Regional (CMR), institución que 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.

Un último tópico relevante para considerar es el financiamiento de la CCA. Este debe provenir de una parte del seguro laboral, de acuerdo con el costo de los procesos a ser encargados a la CCA. Actualmente el costo para 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.

## Conclusiones y recomendaciones

En el contexto global actual, la búsqueda de legitimidad debe ser un objetivo tanto para los organismos públicos y privados. En este trabajo se planteó los problemas de legitimidad que tiene el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales chileno, centrándose en las ineficiencias que posee el sistema.

Con evidencia circunstancial se demostró que los organismos administradores (OA) del seguro laboral son más eficientes en costos que los prestadores de salud común. A pesar de esto, no se les permite a los OA continuar con el tratamiento de los pacientes en caso de que su enfermedad sea catalogada como no laboral. Otro inconveniente es la disputa existente en el proceso de rendición de cuentas entre los participantes del sistema de salud, lo cual genera costos innecesarios y presión en las finanzas de las instituciones. Posteriormente se observó que la actual interrelación de los sistemas genera inevitablemente una burocracia excesiva que debe realizar el paciente, lo cual puede traer consecuencias en la satisfacción hacia el sistema. Gracias a datos de una encuesta realizada por la ACHS se pudo demostrar que por solo el hecho de tener reclamar la calificación ante la SUSESO la satisfacción por el sistema disminuía en un 33%.

Una ineficiencia menos evidente es el efecto que puede tener las tareas administrativas en la salud de los trabajadores. A través de un análisis econométrico evidenciamos que el proceso de reclamación ante la SUSESO tiene efectos sobre los tratamientos de los trabajadores que fueron rechazados por el OA. Los individuos que reclaman tienen un 29% menos de probabilidad de abandonar sus tratamientos, un 38% más de consultas y exámenes médicos, y un 78% más de probabilidad de someterse a una cirugía. Estos resultados los atribuimos al optimismo de ser reintegrados al sistema de salud laboral (y así no tener que pagar por sus tratamientos). Por otro lado, también evidenciamos la existencia de un sobretratamiento a los pacientes que fueron reintegrados al OA por la SUSESO, posiblemente debido a las reiniciaciones de tratamientos debido a los diferentes enfoques terapéuticos de los sistemas de salud. Las ineficiencias antes mencionadas se incrementan debido a los sesgos e incentivos existentes en los actores del sistema para fomentar la entrada al sistema de salud incorrecto, haciendo de esta forma necesario que se sometan al proceso de calificación actual con todos los inconvenientes antes mencionados.

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.

## Referencias

Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning*, 19(6), 371-379.

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].

Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2017). Identifying the causes of inefficiencies in health systems. *Eurohealth*, 23(2), 3-7.

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

Erickson, S. M., Rockwern, B., Koltov, M., McLean, R. M., & Medical Practice and Quality Committee of the American College of Physicians\*. (2017). Putting patients first by reducing administrative tasks in health care: a position paper of the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 166(9), 659-661.

Espinoza, M., Singer, M. y Traverso, P. (2021). Análisis comparativo de los subsistemas de salud general pública, privado y laboral: Identificando nuevas propuestas para la reforma del sistema de salud chileno.

Filatotchev, I., & Nakajima, C. (2014). Corporate governance, responsible managerial behavior, and corporate social responsibility: organizational efficiency versus organizational legitimacy?. *Academy of Management Perspectives*, 28(3), 289-306.

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.

Irrázabal, F. (2019). Objetivos y estrategias utilizados para consolidar a la Fiscalía Nacional Económica como un servicio público confiable. *Estudios Públicos*, (154).

Kale, M. S., Bishop, T. F., Federman, A. D., & Keyhani, S. (2013). Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *JAMA internal medicine*, 173(2), 142-148.

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

Lofthouse, J., & McKinley, K. (2022). Native American Healthcare, Bureaucracy, and Poverty: Institutional Problems and Solutions. *Mercatus Research Series*.

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.

Ozdemir, S., & Finkelstein, E. A. (2018). Cognitive bias: the downside of shared decision making. *JCO Clinical cancer informatics*, 2, 1-10.

Peña, C. (2020). La revolución inhallable. *Estudios Públicos*, (158), 7-29.

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.

Schneider, A., & Scherer, A. G. (2019). Reconsidering the legitimacy and efficiency of corporate strategies: A case for organizational democracy. In *Corporate social responsibility and corporate change* (pp. 77-96). Springer, Cham.

Singer, M., Irarrázaval, I., Traverso, P. Muñoz, N. Coloma, M., Jiménez, H. y Aylwin, A. (2020). Análisis del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional en Chile y Propuestas de Mejoramiento. En prensa.

SUSES0 (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].

Worthington, A. C. (2004). Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications. *Medical care research and review*, 61(2), 135-170.

## Figuras y tablas

Figura 1: Diagrama de flujo entrada laboral.

Fuente: Elaboración propia.

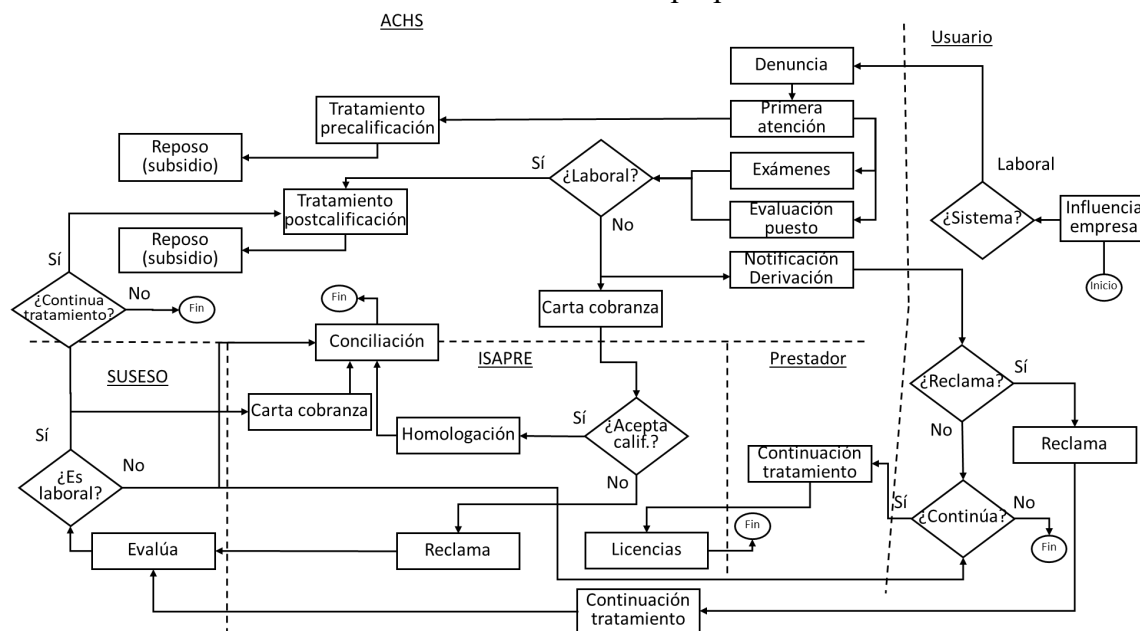


Figura 2: Diagrama de flujo entrada salud común.

Fuente: Elaboración propia.

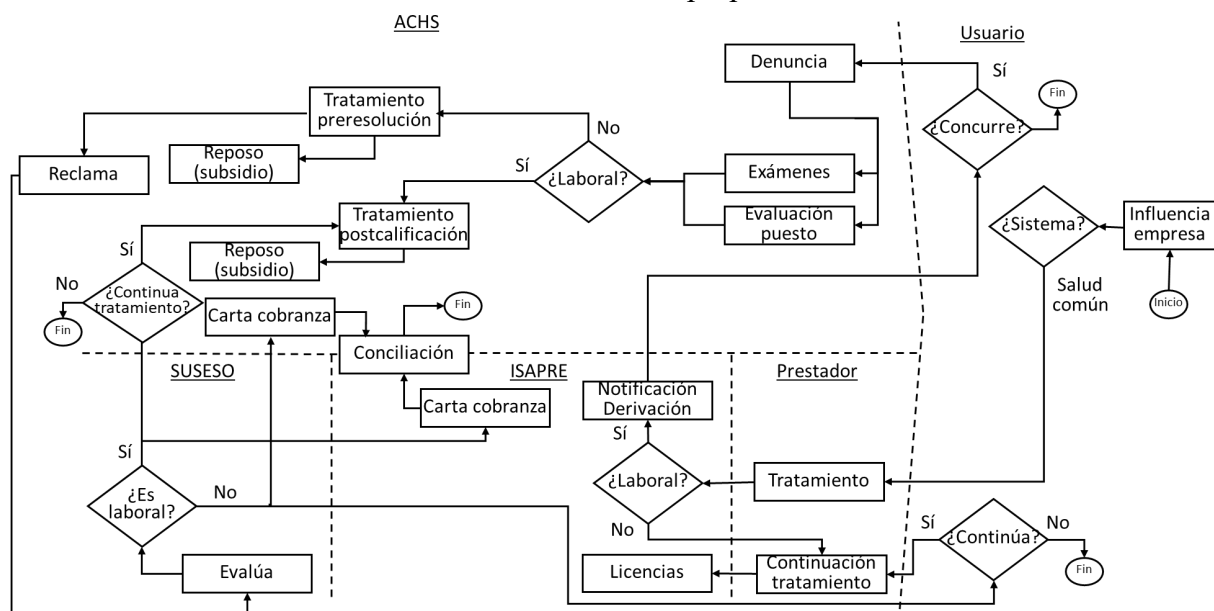
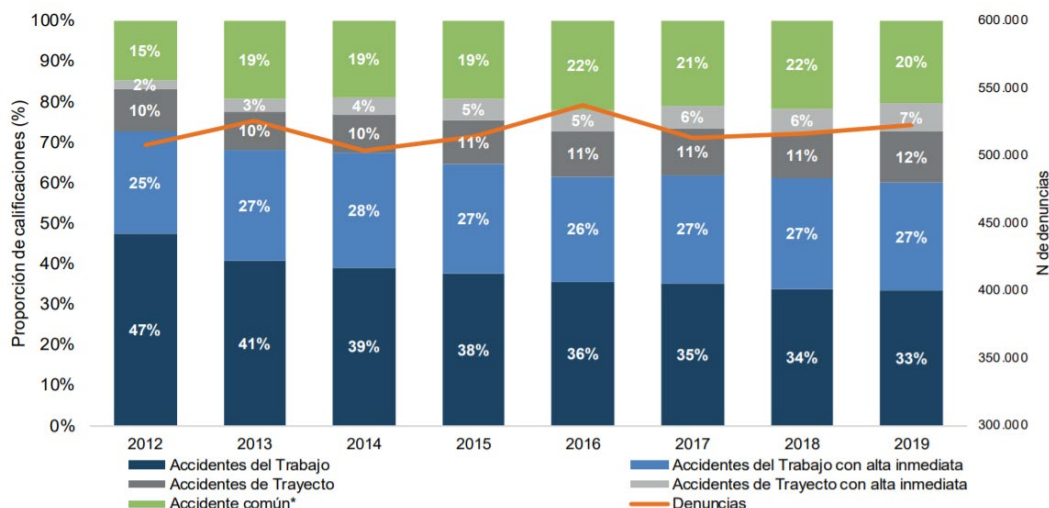




Figura 3: Denuncia y calificación de accidentes laborales.  
Fuente: SUSESO (2020).

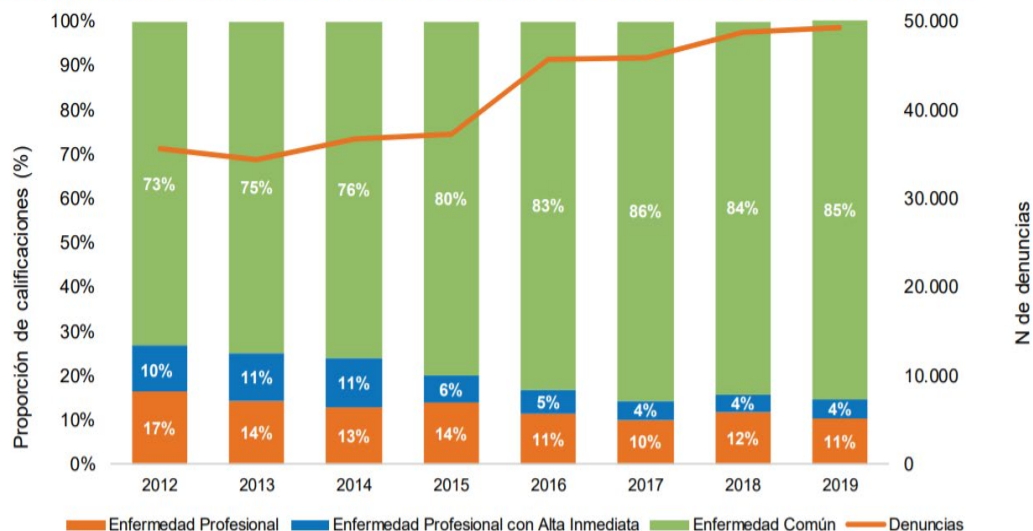
**Denuncias por Accidentes Laborales y Calificación. Mutualidades e ISL, 2012-2019.**



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 4: 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 5: Ofertas de la licitación 2021.  
Fuente: ACHS.

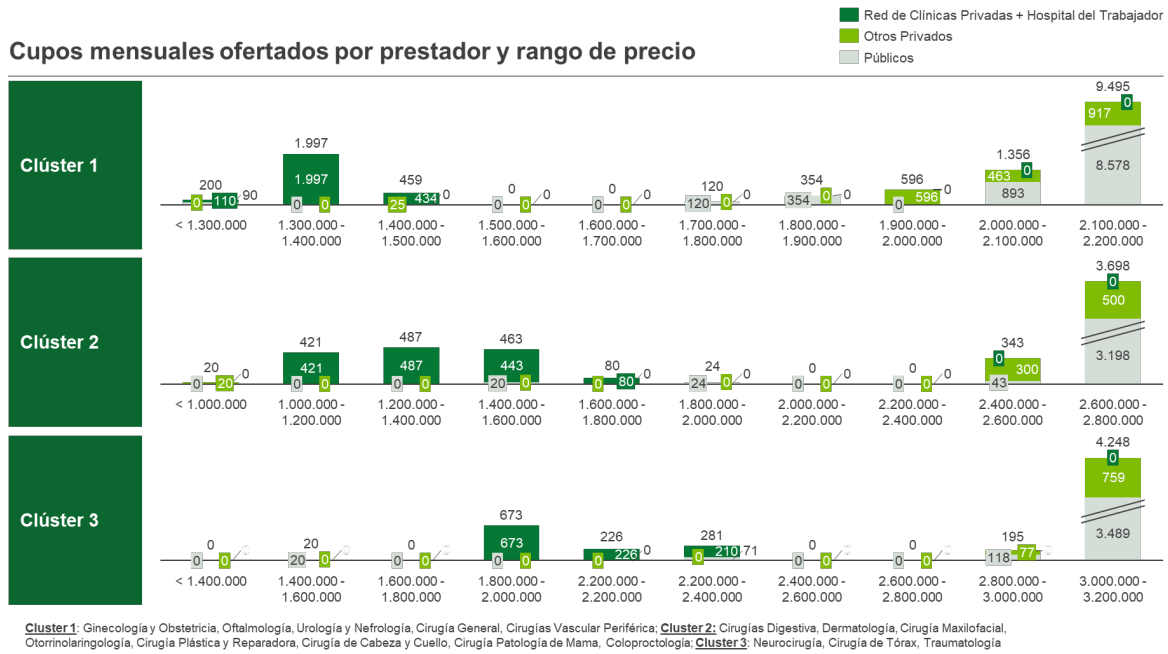


Figura 6: Causas para no apelar al fallo de la ACHS (pueden escoger más de una causa).  
Fuente: Elaboración propia.

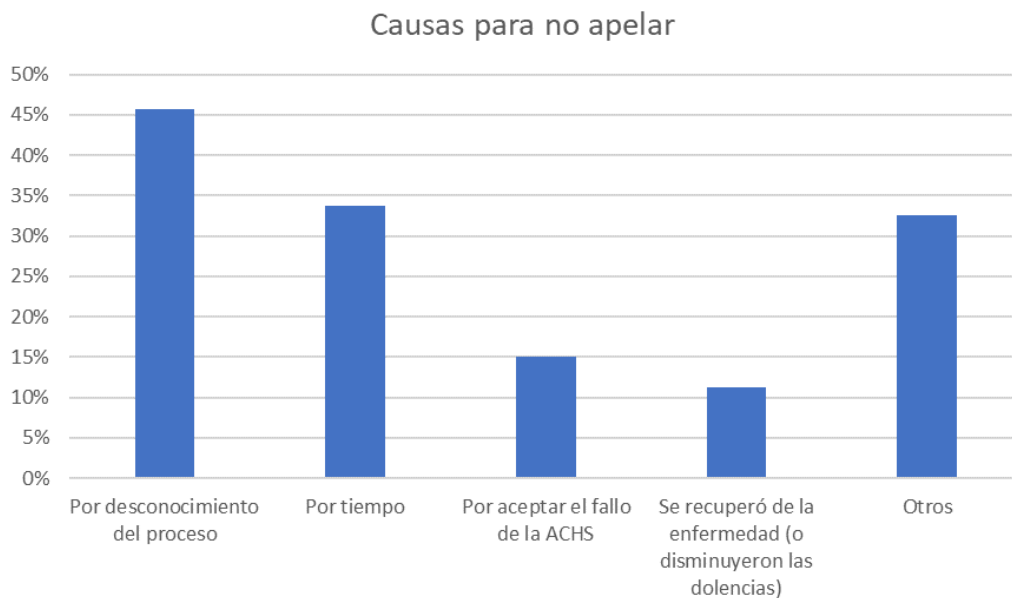


Figura 7: Resultados de la encuesta sobre la continuación del tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

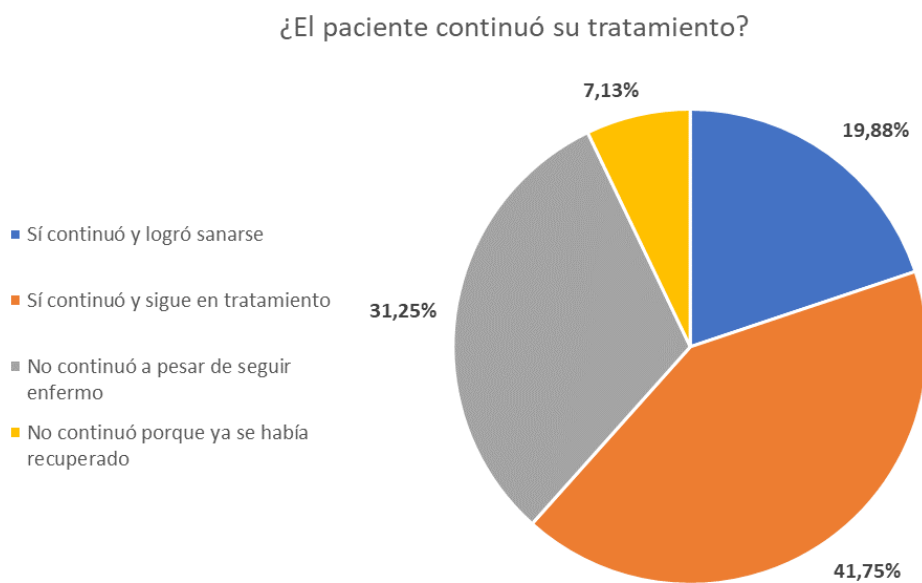


Figura 8: Causas de abandono de tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

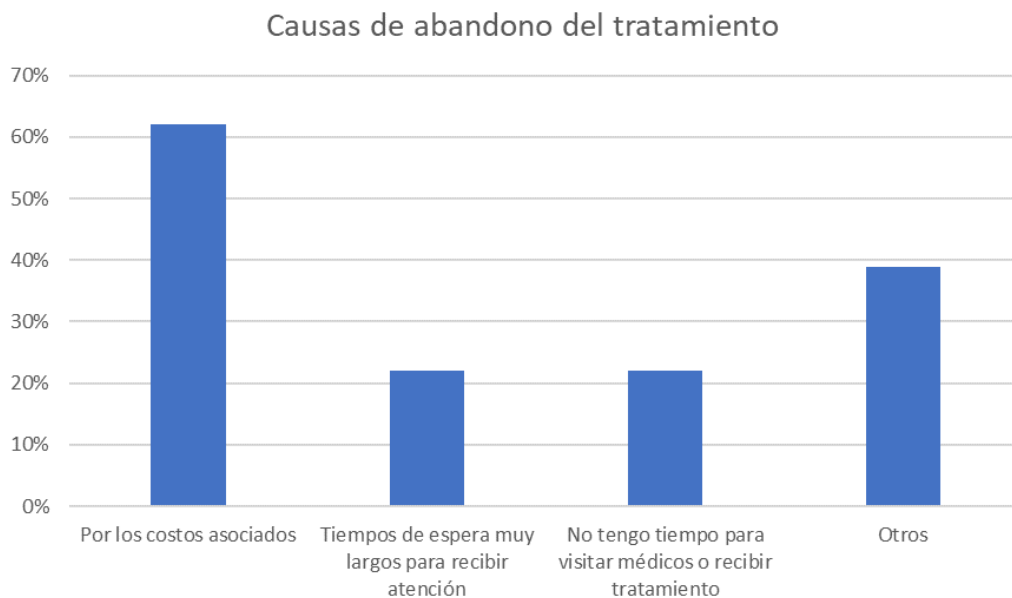


Tabla 1: Descripción de variables del análisis econométrico.  
Fuente: Elaboración propia.

Variable	Descripción	Datos ACHS		Total encuesta		Segmento 1		Segmento 2	
		Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Variables independientes									
Apelo	El paciente apeló al fallo de la ACHS			0,5	0,5	0	0	1	0
SUSESO	El paciente atendido por la ACHS fue reintegrado por el fallo de la SUSESO	0,11	0,31						
Variables de control									
Edad	Edad del paciente al año 2021	47,89	13,73	42,52	10,98	41,55	11,40	43,49	10,48
Género	El paciente se identifica como mujer	0,50	0,50	0,65	0,48	0,65	0,48	0,64	0,48
Fonasa	El paciente tiene como previsión a FONASA	0,26	0,44	0,71	0,45	0,81	0,39	0,61	0,49
Etnia	El paciente pertenece a una etnia	0,02	0,15						
Malestar	El paciente expresa que aún tiene un malestar que le impide trabajar con normalidad			0,35	0,48	0,26	0,44	0,45	0,50

Tabla 2: Nivel de satisfacción por el proceso y por la explicación entregada por la ACHS.  
Fuente: Elaboración propia.

	Satisfacción con el proceso		Satisfacción con la explicación	
	Modelo poisson	Efecto marginal	Modelo poisson	Efecto marginal
Apela	-0,3276*** (0,0475)	-1,0386*** (0,1523)	-0,3458*** (0,0516)	-0,8888*** (0,1357)
Fonasa	0,1159** (0,0521)	0,3673** (0,1653)	0,1505*** (0,0559)	0,3869*** (0,1441)
Edad	0,0004 (0,0021)		0,0004 (0,0023)	
Género	0,0269 (0,0455)		0,0145 (0,0482)	
Malestar	-0,2809*** (0,0503)	-0,8905*** (0,1596)	-0,2805*** (0,0538)	-0,7209*** (0,1396)
Constante	1,0721*** (0,2618)		1,0236*** (0,2844)	
Observaciones	800		800	
Pseudo R cuadrado	0,0574		0,0551	

Notas: i) Se controló por diagnóstico, y por año. ii) Se utilizaron errores robustos.

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

Tabla 3: Probabilidad de abandonar tratamiento.  
Fuente: Elaboración propia.

Probabilidad de abandono	Modelo probit	Efecto marginal
Apela	-0,2681*** (0,1028)	-0,0906*** (0,0343)
Fonasa	0,2434** (0,1125)	0,0822** (0,0377)
Edad	-0,0028 (0,0047)	
Género	-0,0928 (0,1005)	
Malestar	-0,1231 (0,1063)	
Constante	-0,2681*** (0,1028)	
Observaciones	788	
Pseudo R cuadrado	0,0489	

Notas: i) Se controló por diagnóstico, y por año. ii) Se utilizaron errores robustos.

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

Tabla 4: Número de consultas y exámenes fuera de la mutualidad.  
Fuente: Elaboración propia.

	Número de consultas		Probabilidad de cirugía	
	Modelo poisson	Efecto marginal	Modelo probit	Efecto marginal
Apela	0,3857*** (0,1071)	6,9294*** (2,0539)	0,6406** (0,2504)	0,1338** (0,0504)
Fonasa	-0,1676 (0,1137)		0,0704 (0,3096)	
Edad	0,0050 (0,0053)		0,0039 (0,0105)	
Género	-0,0665 (0,1161)		-0,8340*** (0,2539)	-0,1754*** (0,0502)
Malestar	0,2875** (0,1122)	5,1658** (2,0601)	0,2395 (0,2469)	
Constante	2,4751*** (0,3433)		-0,8418 (0,6098)	
Observaciones		493		217
Pseudo R cuadrado		0,0935		0,2245

Notas: i) Se controló por diagnóstico, y por año. ii) Se utilizaron errores robustos.

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

Tabla 5: Duración de ciclo de atención ACHS y cambios marginales.  
Fuente: Elaboración propia.

Duración del tratamiento	Modelo poisson	Efecto marginal
SUSESO	0,4299*** (0,0832)	49,0337*** (9,6601)
Fonasa	-0,0766 (0,0667)	
Edad	0,0011 (0,0027)	
Género	0,1337 (0,0838)	
Etnia	-0,0012 (0,0027)	
Constante	4,7340*** (0,2522)	
Observaciones		1133
Pseudo R cuadrado		0,2343

Notas: i) Se controló por tipo de enfermedad, por año, y por industria. ii) Se utilizaron errores robustos.

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	-0,2906*** (0,1054)	-0,0936*** (0,0335)
Fonasa	0,3715*** (0,1196)	0,1197*** (0,0378)
Edad	0,0035 (0,0047)	
Género	-0,2257** (0,1022)	-0,0727** (0,0326)
Malestar	-0,2770** (0,1096)	0,0893** (0,0349)
Constante	-0,6917 (0,5213)	
Observaciones		788
Pseudo R cuadrado		0,072

Notas: i) Se controló por diagnóstico, y por año. ii) Se utilizaron errores robustos.

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