

"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"

363ª LEGISLATURA

Acta de la sesión 4ª, ordinaria, celebrada en lunes 7 de marzo de 2016.

SUMARIO.

Se completa la información de parte de la ONG Salud Digna y Justa y se recibe a la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, SOCHMET.

Se abre la sesión a las 13:37 horas.

ASISTENCIA

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten los diputados señores Miguel Ángel Alvarado, Claudio Arriagada, Ramón Barros, Germán Becker, Jorge Sabag, Felipe de Mussy, Patricio Melero y José Pérez.

Concurren como invitadas las doctoras de la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, SOCHMET, señoras Marta Cabrera, Presidenta, Gabriela Moreno y Bernardita Cubillos. Asiste además el abogado de la ONG Salud Digna y Justa, señor Rodrigo Cumsille.

Actúa como Secretario el abogado señor Mario Rebolledo Coddou y como abogado ayudante el señor Mauricio Vicencio Bustamante.

ACTAS

El acta de la sesión 2ª, ordinaria, se da por aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 3ª, ordinaria, queda a disposición de las señoras y señores diputados.

CUENTA

Nota del diputado señor Roberto Poblete mediante el cual excusa su asistencia a la presente sesión debido a labores propias de la función parlamentaria. SE TOMÓ CONOCIMIENTO.

ACUERDOS

1.- Oficiar al Superintendente de Seguridad Social, a objeto que informe a la Comisión si existen empresas o entidades eximidas del pago del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Asimismo, se a la informe sobre la estructura, funcionamiento y nómina de sociedades anónimas y fundaciones constituidas por las mutualidades. Del mismo modo, se requiere información de los montos que las mutualidades gastan en marketing. Finalmente, se requieren los ingresos oficiales que registran las mutualidades.

2.- Oficiar a la Biblioteca del Congreso Nacional, BCN, a objeto que remita un informe de la legislación comparada de los países que integran la OCDE, en relación al marco normativo y tratamiento de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; asimismo, se solicita un informe sobre el objeto, procedimiento y falencias de la Circular N° 3167, de 27-10-2015, de la Superintendencia de Seguridad Social.

3.- Invitar a la próxima sesión a la Asociación de Mutuales AG.

4.- Prorrogar el término de la sesión por 20 minutos.

ORDEN DEL DÍA

Se completa la información de parte de la ONG Salud Digna y Justa y se recibe a la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, SOCHMET.

El desarrollo en extenso del debate se encuentra en el archivo de audio digital, según lo dispuesto en el inciso primero del artículo 256 del Reglamento de la Cámara de Diputados y en el acta taquigráfica que se adjunta al final de este documento.

- Se levanta la sesión a las 15:21 horas

MARIO REBOLLEDO CODDOU,
Secretario de la Comisión.

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE ACTOS EJECUTADOS POR
LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR OTROS
ORGANISMOS PÚBLICOS CON EVENTUAL PERJUICIO FISCAL
GENERADO A PARTIR DEL RECHAZO DE DENUNCIAS DE ACCIDENTES
DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES POR MUTUALIDADES**

Sesión 4ª, celebrada en lunes 7 de marzo de 2016,
de 13.37 a 15.21 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Literal

Preside la diputada señora Alejandra Sepúlveda.

Asisten los diputados Miguel Ángel Alvarado, Claudio Arriagada, Ramón Barros, Germán Becker, Jorge Sabag, Felipe de Mussy, Patricio Melero y José Pérez.

Concurren como invitados, las doctoras de la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, SOCHMET, señoras Marta Cabrera, Presidenta, Gabriela Moreno y Bernardita Cubillos. Asiste además el abogado de la ONG Salud Digna y Justa, señor Rodrigo Cumsille.

TEXTO DEL DEBATE

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 3ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **REBOLLEDO** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Esta sesión tiene por objeto continuar escuchando a las organizaciones. Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, ¿hasta cuándo vamos a recibir personas en audiencia?

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Hasta hoy.

Recuerden que hubo una sesión para Biblioteca, para conocer las opiniones y las complicaciones desde el punto

de vista de los usuarios. Inicialmente era una sesión, pero como hubo más organizaciones de lo previsto se acordó realizar dos. Esta es la segunda sesión, para la próxima vienen las mutuales.

El señor **BARROS**.- ¿Cuál es el proceso que sugiere seguir?

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Lo que acordamos en el programa de trabajo. Es decir, en esta sesión terminamos de escuchar a los usuarios y para la próxima vienen las mutuales.

Por favor, que pasen los invitados.

Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Continúa la sesión.

Agradezco la presencia de nuestros invitados.

Esta es la segunda sesión en la cual estamos escuchando a los usuarios y a aquellas organizaciones que quieren venir a exponer su problema o la realidad que han vivido durante este tiempo.

Después de esta sesión vamos a recibir a las mutualidades.

En primer lugar, ofreceré la palabra al abogado señor Rodrigo Cumsille, para que nos complete la exposición que hiciera la ONG Salud Digna y Justa, que se hizo antes del receso legislativo.

Tiene la palabra el señor Rodrigo Cumsille.

El señor **CUMSILLE**.- Señora Presidenta, agradezco la oportunidad.

Mi exposición será lo más breve y acotada posible. No soy un experto en el tema, pero en el examen interpretativo y exegético de la ley N° 16.744, se desprenden algunos puntos que considero de importancia.

Previo a ello, quiero hacer una prevención de tipo personal, y que está referida a un tema que nunca se toca, pero que permea todos los estratos de la administración del Estado y de todas las instituciones en general. Me refiero a esta especie de contaminación y degradación conceptual, esta suerte de trasvasije de conceptos de la economía, de conceptos privatistas, al ámbito de lo público.

Por ejemplo, me pregunto cómo es posible, sin reparar en ello siquiera, y sin pensarlo, de manera casi inconsciente, que muchas personas hablen, cuando se habla de salud pública -es una cosa que, en lo personal, me subleva bastante-, de conceptos como nicho de mercado, emprendimientos empresariales; conceptos como mercado de la salud.

Me parece absolutamente impropio y casi impúdico, obsceno y grosero, utilizar términos que provienen de la economía, de un ámbito totalmente distinto, y que contaminan lo que debiera ser una visión social de la salud en Chile, la que se ha perdido completamente. Basta saber cómo se enseña la medicina en las escuelas de medicina de algunas universidades, de donde egresan profesionales con el solo el afán de ganar dinero rápido y, ojalá, no servir en el ámbito público.

Eso, en lo personal, empobrece mucho el debate cuando se está tratando de contaminar un ámbito que es eminentemente social, o que debiera ser social, con conceptos que vienen del ámbito privado, de la economía, y que no tienen nada que hacer ahí.

Es una especie de perversión del lenguaje, que a mi modo de ver debiera ser desterrada, pero en el sistema en el que estamos resulta bastante difícil. Esta es mi prevención.

En cuanto al examen de la ley, en especial, tratando de investigar o de saber qué es lo que genera esta serie de abusos que, en general, las administradoras del seguro, léase mutualidades o quien sea, hacen respecto de los trabajadores y de su situación de salud, creo que, por desgracia, la misma ley N° 16.744, y algunas modificaciones en especial, que se realizaron con posterioridad, especialmente aquella de 1983, permiten a las mutualidades y a las administradoras de seguros, por ejemplo, eximirse de colaborar o de contribuir al pago de ciertas prestaciones que van en beneficio de los trabajadores. Me refiero a exenciones que no están explicadas en la propia ley, y que no se sabe con certeza a qué obedece o qué criterio se tuvo en cuenta en su momento para establecerlas así.

Al respecto, me remitiré al texto actualizado de la ley N° 16.744, y haré un examen breve y somero de las

disposiciones que a mi modo de ver son las que generan y validan -desgraciadamente- el abuso en que incurren las mutualidades, respecto de la forma en que otorgan las prestaciones.

En el título III de la ley, relativo específicamente a la administración, se dice que "el seguro podrá ser administrado también por las mutualidades de empleadores que no persigan fines de lucro". Aquí ya tenemos un problema, porque todos sabemos que las mutualidades, para esquivar este precepto legal, constituyen sociedades coligadas, que generalmente son sociedades anónimas cerradas, y que, por el hecho de ser cerradas, escapan a la fiscalización de la Superintendencia, de modo que pueden operar libremente en el mercado y ofrecer sus servicios como servicios médicos a privados, a particulares, sin que nadie se lo impida.

De este modo, esta norma, en su artículo 11, que es taxativo al decir "que no persigan fines de lucro", desgraciadamente está siendo violentado y trasgredido a diario por las mutualidades en general.

Entonces, ¿cuál es la solución estructural a todo esto? Hay un aforismo jurídico que dice que en derecho las cosas se deshacen como se hacen. Es decir, mediante una ley. Si mediante una ley se perpetúa una injusticia, o se establece una omisión, o en el decurso del tiempo se ve que la ley se presta para abusos, por el mismo mecanismo que la ley debe corregirse. Es decir, mediante una nueva ley se deben corregir los errores de la anterior.

En estricto rigor, el tema de la administración del seguro da para una pregunta muy importante, muy esencial y muy básica, pero que tampoco se hace: qué significa administrar.

¿Administrar significa lucrar? A mi modo de ver, no. Administrar significa gestionar, diligenciar, operar, pero sin dejar de tener en vista el objetivo final que inspiró la dictación de la ley N° 16.744, en 1968, que era el bienestar de los trabajadores y la seguridad de que ellos iban a recibir las prestaciones en salud. Es así como, sucesivamente, en el tiempo se fueron incorporando, a través de decretos con fuerza de ley, distintas modificaciones que fueron incorporando, a su vez, a núcleos de trabajadores de distintas áreas, como

pirquineros, pescadores artesanales, incluso estudiantes, en fin, a toda una gama de trabajadores, lo que da cuenta de que el espíritu que inspiró la ley era de servicio público, un espíritu que buscaba cubrir las necesidades de salud del modo más amplio para toda la población trabajadoras del país en ese momento.

Respecto de la administración del seguro, el artículo 12 es aún más claro, porque dice que el Presidente de la República podrá autorizar la existencia de las instituciones otorgándoles la correspondiente personalidad jurídica, pero siempre y cuando cumplan algunas condiciones. Algunas de ellas son meramente nominales y no tienen mayor relevancia -tal como la a) y la c)-; sin embargo, a mi modo de ver, las que son relevantes, y una en especial, son la b) y la d), las cuales cito textualmente: b) que dispongan de servicios médicos adecuados propios o en común con otra mutualidad, lo que debe incluir servicios especializados, incluso de rehabilitación. Y la d), que es la más determinante y que, a mi modo de ver, se transgrede a diario, señala que se dará esta autorización por el Presidente de la República a aquellas mutualidades que no sean administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro.

Entonces, si las mutualidades han incurrido en flagrante trasgresión de esta norma, qué le impide a la autoridad -léase la Superintendencia y la misma Presidenta de la República o el Presidente que esté de turno-, de la misma forma en que se las otorgó, revocarles la personalidad jurídica o, simplemente, si no están cumpliendo con la ley o con los trabajadores en general, retirarles la prerrogativa de la administración del seguro y traspasarla a organismos del Estado, léase Fonasa, Superintendencia, Compín, etcétera, dotándolos, al mismo tiempo, de una institucionalidad fuerte que les permita no solo ser un árbitro que mira cómo se transgrede la ley y que no tiene mayores facultades para fiscalizar ni sancionar. En definitiva, eso es lo que pervierte la forma en que se está administrando el seguro y el espíritu de la ley.

La ley siempre tiene una letra, pero también un espíritu. A mi modesto entender, en este caso se está

trasgrediendo no solo la ley, sino también su espíritu. Por eso es especialmente grave lo que está sucediendo en materia de administración del seguro.

¿Qué se desprende de todo esto? Que, por la misma contaminación conceptual de la que hablaba, se ha instalado una especie de cosmovisión de ver la salud como un negocio. A mi modo de ver, se habla impropriamente de "modelo de negocios". ¿De qué estamos hablando? De salud pública, de personas con problemas más o menos graves de salud, de pacientes en términos sociales y comunitarios. No estamos hablando de economía. Estamos llevando este tema a un debate privatista e introduciendo términos absolutamente ajenos.

¿Qué es esto de modelo de negocios? Que la salud es una empresa. Así como se ve, es un negocio, pero así son los resultados que tenemos y la forma en que hoy opera. Realmente, es impresentable.

De partida, debemos desterrar esa visión privatista y sesgada que ha pervertido la forma en que se ve no solo la salud en Chile, sino también otros ámbitos del quehacer institucional.

Hay una especie de vaciamiento del sentido y del contenido prístino y esencial de la ley, una degradación conceptual que hoy nos lleva a ver la salud como un mero negocio que debe ser administrado. Si no puede ser administrado y lucrado directamente por las mutualidades, se constituyen sociedades coligadas, que muchas veces son una fachada -todos lo sabemos-, para que cumplan esa misión y reditúen a las mutualidades todo el excedente que genera la atención de salud. A mi modesto entender, eso realmente es perverso.

Por otro lado, el inciso octavo del mismo artículo 12 dice: "Las Mutualidades estarán sometidas a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social,...". ¿Qué significa sometida? Estar sometido significa estar subordinado a algo. Se supone que la Superintendencia fiscaliza, pero, en los hechos, como muchas veces existen de por medio intereses personales, esa fiscalización no es suficientemente acuciosa ni se hace en beneficio de los trabajadores, como debería ser.

¿Cómo es posible que sea rechazado el 87 por ciento, si no es el 90, de las reclamaciones o apelaciones que se

hacen ante la Superintendencia? Se da toda la razón a las mutualidades y se descartan las reclamaciones y apelaciones de los trabajadores. ¿Cuál es el sentido social de todo eso? ¿Dónde está el sentido social? ¿A favor de quién está actuando la Superintendencia? ¿Cómo es posible que los superintendentes o directores de instituciones que son del Estado, una vez que terminan sus funciones, en algunos casos, sin ningún empacho ni problema, se pasan al área privada a conformar directorios de empresas coligadas a las mutualidades? Eso es impresentable. ¿Dónde está el tema ético en lo personal y en lo institucional? No existe. Pueden funcionar perfectamente sin ningún tipo de cortapisas mentales ni cuestionamientos. Eso debe terminar de raíz. La única forma de hacerlo es mediante la modificación de la ley. Desgraciadamente, no hay otra forma.

Por lo demás, hay un tema de técnica legislativa, de cómo están redactadas las leyes, que da cuenta de cómo estas empresas, estas sociedades, hacen valer su peso institucional en el Parlamento.

Hay un par de incisos que me voy a permitir leer, porque son muy demostrativos de lo que he señalado:

"... los acuerdos de los directorios de estas mutualidades que se refieran a transacciones judiciales o extrajudiciales, serán elevados en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social."

A renglón seguido dice: "Los acuerdos cuyo cumplimiento merezca dudas de legalidad o conveniencia a los directorios de dichas mutualidades podrán ser elevados en consulta por éstas a la mencionada Superintendencia de Seguridad Social."

Estamos hablando de una ley que se modificó en 1981, a través del decreto ley N° 3.536, publicado en el Diario Oficial de 7 de enero de 1981, que señala que aquellos acuerdos que perjudiquen o vayan en contra de la conveniencia de los directorios de las mutualidades podrán ser elevados en consulta a la Superintendencia. ¿Qué justifica legalmente eso? ¿Qué lo valida? No está explicado en la ley.

Otro punto esencial es el relativo al artículo 13, que dice: "Dicho Estatuto deberá prever que el Directorio de estas instituciones -las mutualidades- esté integrado,

paritariamente, por representantes de los empleadores y de los trabajadores...". No sé si eso hoy se está cumpliendo. Tengo serias dudas. Este punto fue introducido mediante un artículo único por la ley N° 18.269, en 1983.

Hay otro tema que es muy importante, cual es que la ley permitió que, a partir de 1998 -si mal no lo recuerdo-, la cotización adicional de 0,90 se elevara en un 0,05 por ciento hasta 2008. Se supone que iba a ser transitorio, porque se trataba de un artículo transitorio. Sin embargo, en la práctica ha quedado como algo definitivo, porque ese año, cuando vencía el plazo, mediante una modificación, se amplió el plazo hasta 2011. ¿Qué pasó en 2011? Cuando se iba a terminar la aplicación de esta norma, se amplió nuevamente el plazo hasta marzo de 2014. Por lo que veo, hoy sigue vigente.

Al parecer, hubo otra modificación posterior a marzo de 2014 que ha prolongado esto en el tiempo hasta no sé qué fecha. Desconozco el dato. Estamos hablando de normas transitorias que, por esta vía, se han ido transformando en definitivas y que han ido gravando con una carga adicional el sueldo de los trabajadores. En el fondo, de eso se trata.

Hay otro tema importante que denomino el incentivo perverso, establecido en el artículo 16, que dice: "Las empresas o entidades que implanten o hayan implantado medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales, podrán solicitar que se les reduzca la tasa de cotización adicional o que se les exima de ella si alcanzan un nivel óptimo de seguridad."

¿Qué es un nivel óptimo de seguridad? No lo define la ley. No hay un nivel óptimo de seguridad. La ley no dice que ese nivel sea, por ejemplo, tener un porcentaje de 80 o de equis por ciento menor de accidentabilidad respecto de un período anterior. La ley no lo dice; sin embargo, deja establecido que las empresas o las mutualidades pueden eximirse del pago de esta cotización adicional.

Entonces, mediante la manipulación de este incentivo, se bajan las tasas de de accidentabilidad ¿Cómo se bajan? Fácil: cuestionando lo que dice el trabajador. Si este dice que tuvo un accidente y que producto del mismo su

capacidad física se ha visto disminuida respecto de las funciones que realizaba, lo primero que hace la institucionalidad que actualmente rige es dudar de la palabra del trabajador; no se hace fe de su palabra. Se ha instalado la duda como forma de abordar el problema de salud de un trabajador. ¿Qué es lo que resulta más fácil para las mutualidades? No considerar eso como un problema de salud y derivar al paciente a Fonasa o a una isapre, para que asuma por su cuenta un financiamiento que debería asumir la mutualidad. Desde el punto de vista legal, es un enriquecimiento ilícito. Las mutualidades se están enriqueciendo sin causa por esta y otras vías.

Otro punto notable es que la ley dice que las exenciones, rebajas o recargos de la cotización adicional, se determinarán por las mutualidades Simple. O sea, las mutualidades determinan, por sí y ante sí, los recargos, las rebajas o la cotización adicional. Si a la mutualidad no le parece bien, puede no pagar y eximirse; es decir, la decisión queda a su mero arbitrio y la ley no determina el fundamento para ello. Simplemente, se asume como una disposición legal que fue introducida el 14 de julio de 1989, según consta en el Diario Oficial de esa fecha. Está más que claro.

A mayor abundamiento, el artículo 21 dice que mediante Decreto Supremo se determinará la proporción en que se distribuirá -entre el Servicio de Seguro Social, léase Fonasa actualmente, y el Servicio Nacional de Salud- el producto de las cotizaciones que recaude para este seguro.

A renglón seguido, en un inciso publicado en el Diario Oficial del 28 de octubre de 1988, dice que los demás organismos administradores, con excepción de las mutualidades de empleadores, deberán, además, entregar al Servicio Nacional de Salud -léase Fonasa- determinado porcentaje de sus ingresos, el que será determinado respecto de cada cual por el Presidente de la República. O sea, olímpicamente, se vuelven a eximir. ¿Cuál es el fundamento legal para eso? No se sabe; la ley no lo dice y no está explicado. Pero podemos colegirlo fácilmente: es un interés empresarial el que ha primado.

El artículo 24 prescribe, -disculpen que sea tan literal, pero debo citarlo así para que se entienda- que

las mutualidades de empleadores estarán exentas de la obligación -que se supone que es general- de efectuar aportes para el financiamiento del seguro de las personas a que se refiere el inciso final del artículo 2° y el artículo 3°. O sea, ¿por qué se exime a los independientes y estudiantes en práctica? ¿Cuál es el fundamento legal? Es una modificación al artículo 24. En 1988 se agregó un artículo 24 bis en la misma fecha: el 28 de octubre. Y así, suma y sigue.

No quiero aburrirlos ni dilatarme demasiado en la exposición, porque entiendo que hay otras personas que también querrán hacer uso de la palabra. Lo que me interesa es dar relevancia a la forma en que se ha estado administrando el seguro, a cómo se ha contaminado la salud social en Chile mediante este trasvasije conceptual que proviene de la economía, de las finanzas, de los negocios y de la empresa, para ver la salud como un negocio, no como un servicio.

En la ley, raramente se habla de medicina social o comunitaria, de pacientes o de personas; solo somos usuarios, consumidores, cualquier cosa, pero no personas. Probablemente, esto es algo que se ha dicho muchas veces, pero seguimos en lo mismo y no hacemos nada por modificarlo. En definitiva, es un tema de voluntad política. Así como se introdujeron modificaciones legales que apuntaban a beneficiar a las mutualidades para que pudieran desarrollar sus labores, creando empresas coligadas, de la misma forma, se debe modificar la ley, y si es necesario revocar la facultad de administrar el seguro a las mutualidades, que se haga. Pero, al mismo tiempo, eso no debe dejar de hacerse sin fortalecer la institucionalidad del Estado; léase Fonasa, Superintendencia o Compin, entre otras instituciones.

Por otro lado, eso requiere, necesariamente -esto es mucho más difícil, porque apelo a una cuestión de esquemas mentales, de cosmovisión, de cómo enfrentamos el tema de la salud en Chile-, cambiar, por ejemplo, los programas educativos o el currículo de cómo se enseña la carrera de medicina en algunas universidades, cuando, por ejemplo, se incluyen posgrados que tienen que ver con economía, cuando se habla de medicina. Eso está bien para los administradores de hospitales Perfecto. ¿Pero qué

tiene que ver eso con los estudiantes? Así, de a poco, se va contaminando e introduciendo lentamente esa mentalidad y esa forma de ver los problemas sociales -en este caso, uno tan delicado como la salud- desde un punto de vista estrictamente negocial, privatista, empresarial, de oportunidades, de emprendimientos, de mercado de la salud, de nichos de mercado. Es absolutamente impropio, casi obsceno -es una opinión personal- recurrir a ese tipo de expresiones lingüísticas para referirse a algo tan delicado.

Si este gobierno o el próximo quieren realmente hacer un aporte en la dirección correcta, no queda otra alternativa que modificar esto de manera estructural, a través de la ley. Para eso, primero hay que comprender el complejo entramado empresarial de intereses que ha nutrido y ha hecho posible todo este abuso que se ha ido perpetuando en los casi 50 años de vigencia de la ley, que, por lo demás, ha tenido muy pocas modificaciones, aunque la mayoría de las que ha tenido han sido cruciales, por lo menos hasta 1989 y 1990, para perpetuar este estado de cosas. Las modificaciones posteriores, que se han hecho en democracia han sido superficiales, pues no atañen al fondo. Es más: tal vez, muchos no sepan que a contar del 1 de abril se hará otra modificación relativa a la forma como se van a atender los reclamos de salud de los trabajadores. Cuando tengan un problema de salud, no podrán reclamar directamente a la mutualidad, sea cual sea, sino que tendrán que llamar a un *call center*. ¿De qué estamos hablando? Y ahí, seguramente, lo van a derivar de un anexo a otro hasta que se aburra. Eso es impresentable. Seguimos en lo mismo, y mientras no se modifique, los únicos perjudicados serán los trabajadores y las trabajadoras.

Esa es mi opinión respecto del tema y disculpen que mi exposición haya sido un poco dilatada y que lo haya hecho a título personal, pero hay que decir estas cosas.

Les agradezco su tiempo y por haberme escuchado.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Agradezco la presencia del abogado Cumsille, quien, además, es asesor de la ONG Salud Digna y Justa, la cual expuso en la sesión anterior.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, en relación a la exposición, cabe mencionar que firmé feliz la convocatoria para crear esta comisión investigadora sobre las mutualidades, porque, a partir de los testimonios que hemos escuchado, que han sido muy impactantes, hemos visto la importancia que tiene que el Estado de Chile cumpla su deber de regular y de fiscalizar, cuestión que no está haciendo.

Ahora bien, la exposición del abogado Cumsille -y lo digo con respeto- hace una suerte de alusión o bien una declaración de principios con respecto a demonizar todo lo que es privado. Y leo el titular de El Mercurio: "Proyectan déficit de más de 117.000 mil millones anuales para atenciones AUGE en sistema público.". En otras palabras, el sistema estatal es incapaz de cumplir las garantías explícitas que por ley se han asignado a la atención de público de este país. Por lo tanto, no sacamos nada con demonizar todo; debemos regular esta situación. De hecho, hay un proyecto de ley que, junto con el diputado señor Melero nos tocó tratar -no sé en qué trámite se encuentra-, regula todos los asuntos corporativos de las mutuales en relación con muchos de los planteamientos a los que hacía alusión el señor Cumsille, en términos de quiénes pueden desempeñarse como directores, como también las empresas que van prestando servicios coligadas a las empresas matrices. Entiendo que fue despachado por la Comisión de Trabajo y Seguridad Social durante el gobierno anterior, pero, aparentemente, nadie le dio importancia.

Entonces, es fácil venir y hacer toda una apología de lo malo que puede ser el sistema privado, que, por cierto, tiene muchas cosas malas como, por ejemplo, las licencias médicas o cuando a las mutualidades no les conviene acoger un caso de enfermedad profesional. Hay muchas cosas que deben ser reguladas y fiscalizadas. Ahora, está el cambio de los gobiernos corporativos, pero, al final, adjudicar al Estado todo, de alguna manera, eliminando todo, no me parece. Me imagino que esos 117.000 mil millones van a sumar y subir de forma exponencial, porque lo que, a mi juicio, hemos sacado como conclusión que es un verdadero desastre en aquellos

países donde solo el Estado administra, como también me parece una deformación que todo sea privado.

La apuesta por un sector mixto, bien regulado y fiscalizado, es lo que debemos hacer. Entiendo las problemáticas que hay al respecto, y soy particularmente crítico de muchas actitudes y responsabilidades que tienen las mutualidades.

Ahora, en razón de lo que exponía el señor Cumsille, me gustaría saber qué empresas en Chile, si es que hay alguna, se encuentran eximidas. Creo que el reglamento determina -que finalmente es una ley- que no es tan sencillo. No creo que haya empresas que, por sí y ante sí, se eximan de dicho pago en virtud de casos o no de accidentes.

Por otra parte, hay un combate permanente por evitar inflar accidentes por parte de gente que -en un fin de semana licencioso- intenta pasarlos, normalmente los lunes, por accidentes laborales cuando realmente no lo son. Son malas prácticas, así como también evitar incluir dentro de los accidentes los que se verifican precisamente en lugares de trabajo. ¡Ahí es donde debemos fiscalizar y regular! Debemos ver si la labor de prevención alguien las fiscaliza, que por lo demás está determinada por ley y las mutuales deben asumir. ¿Está regulado aquello? ¡Hay muchas cosas que se deben arreglar! Pero de ahí a hacer una suerte -repito- de apología y asumir que todo está mal, que es un horror y que hay que volver a un sistema solo estatal, me parece que no soluciona nada.

Reitero, me interesa saber si hay alguna empresa en Chile que se encuentre eximida.

Muchas gracias.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señora Presidenta, en primer lugar, quiero agradecer la exposición de nuestros invitados.

Personalmente, no tengo ningún complejo con el emprendimiento privado y con la diferenciación entre el rol del Estado y la iniciativa privada que genera desarrollo económico, emprendimiento y empleo. Sin embargo, en este caso, no estamos frente a cualquier

empresa; estamos hablando de instituciones cuya finalidad es prestar servicio a los trabajadores. Claramente, si algo ya se anticipa del trabajo de esta Comisión es que vamos a concluir la necesidad de actualizar y mejorar la regulación.

Conozco muchas experiencias al respecto, por eso no tengo complejo frente al tema del rol que debe cumplir tanto el Estado como la empresa privada, donde la inteligencia se aplica para maximizar el crecimiento de las instituciones y ganancias, pero no sacrificando cuestiones fundamentales para nosotros, cual es la protección de los trabajadores en todo sentido. Si bien es cierto, a veces, sabemos de prácticas de tipo individual donde alguien se accidenta en la montaña y lo pasa por accidente de trabajo; sin embargo, no es lo habitual de los trabajadores en nuestro país. Por lo tanto, se requiere regulación, porque estos organismos -y nos pasa con otros también- que son sin fines de lucro, terminan transformándose en grandes corporaciones con sociedades cerradas anexas, por las cuales escabullen su responsabilidad y se transforman en el negocio que solo beneficia a algunos. Ocurre con las cajas de compensación de las que son víctimas principales los adultos mayores. Por ello, todas estas cosas se deben transparentar en nuestro país; debemos clarificar las normas y regular algunas situaciones. Si ser nombrado superintendente de cualquiera de estas instituciones significa inhabilitarse por años para ejercer en una economía tan cerrada y tan pequeña como la nuestra, ¿dónde encuentro trabajo? Entonces, me inhabilito por cinco años y los cuatro años que dejé de ser superintendente, ¿cómo mantengo a mi familia? Eso debe estar claro para todos los chilenos. ¿Qué costo le significa a una persona asumir un cargo público y por cuánto tiempo, ética y jurídicamente, estará inhabilitado de cumplir una función? En definitiva, ¿quién lo mantiene? Por lo tanto, hay que pensarlo dos veces antes de aceptar un cargo de ese tipo. Además, ¿quién determina cuando estamos realmente frente a una enfermedad profesional generada objetivamente por condiciones laborales, como las que hemos conocido en tantas experiencias que hemos tenido ahora y anteriormente?

Más allá de lograr identificar los aspectos del desempeño de las mutuales durante un tiempo, a través de los vacíos legales, se han ido por un camino interpretado por ellas que les permite ampliar el negocio, sacrificando las cuestiones principales por las que fueron creadas, y esa es la gran conclusión de esta Comisión. Debemos mejorar la ley, aclarándola, pero sin condenas previas. En eso estoy de acuerdo. ¡Sin ninguna condena previa!, porque felizmente existen experiencias donde estos roles se cumplen bien, donde las ganancias no se orientan para el beneficio de unos pocos con la justificación del rol que el Estado establece a este tipo de entidades, que ese ha sido nuestro problema y, al final, los costos que hay que asumir con todos los trabajadores. Lamentablemente, aquí los vacíos se judicializan. De todas las experiencias que hemos escuchado, la mayoría, está judicializada. En el fondo, la gente recurre a la justicia porque muchos problemas en nuestro país se pretenden solucionar a través de ella y, a veces, sin buenos resultados.

En consecuencia, quiero dejar claro que no todo corresponde al Estado y que en algunos aspectos el sector privado es mucho más eficiente. Sin embargo, en Chile no se dan las condiciones para que exista una economía social de mercado, porque algunos se quedan en la etapa de mercado y olvidan lo social.

A partir de esa identificación de aspectos, de fallas y de testimonios, concluyo que existe la necesidad de avanzar en un proyecto de ley que regule y actualice las normas de Chile, para que esto no ocurra.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señora Presidenta, como sabemos, el modelo de las mutualidades es sin fines de lucro, así lo establece la ley. Sin embargo, a lo largo de todo nuestro país, hay toda una estructura de empresas asociadas y privadas que están indirectamente relacionadas con ella.

En virtud de lo anterior, solicito conocer esa estructura de sociedades anónimas y de fundaciones que estén relacionadas con el tema de mutualidades. Por ejemplo, la Asociación Chilena de Seguridad o a través de empresas relacionadas.

En segundo lugar, conocer la inversión en *marketing* que han realizado en este periodo de tiempo, porque muchas veces supera los gastos de insumos médicos e, incluso, de traslado de pacientes.

Por último, un dato más objetivo, conocer los ingresos oficiales, porque me imagino que debe existir un balance de esto.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para oficiar respecto de la estructura de las empresas relacionadas, como fundaciones o sociedades; *marketing* e ingresos?

Acordado.

En nombre de la Comisión, agradezco la exposición del abogado señor Rodrigo Cumsille, quien nos detalló los puntos débiles que tiene la ley, que han dado lugar a las irregularidades que hemos visto y revisado en esta sesión.

Señor Cumsille, sería bueno que nos hiciera llegar un documento por escrito con el detalle de lo que no nos dijo en su intervención, aunque sabemos que lo tiene anotado. Queremos utilizar esa información como insumo para las propuestas que debemos hacer.

El señor **CUMSILLE**.- Señora Presidenta, con mucho gusto lo enviaré.

Muchas gracias por su valoración.

¿Hay algún plazo para hacer entrega del documento?

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Si fuese posible en un plazo de dos semanas.

Por otra parte, agradezco de forma muy especial a la Asociación Chilena de Medicina del Trabajo, en especial, a la doctora Marta Cabrera. Asimismo, la concurrencia de la doctora Gabriela Moreno y de la doctora Bernardita Cubillos.

Tiene la palabra la doctora señora Marta Cabrera.

La señora **CABRERA** (doña Marta).- Señora Presidenta, en primer lugar, agradezco la invitación para participar en esta comisión, pues es una gran oportunidad para darnos a conocer, ya que somos una sociedad científica bastante nueva.

Además, consideramos que es una excelente oportunidad para contarles quiénes somos, qué es lo que perseguimos

y, de alguna manera, comentar cuál es nuestra visión del conflicto que hace que esta Mesa se ponga en marcha.

La medicina del trabajo y la salud ocupacional son temas que han permanecido por años en la historia. Sin embargo, este último tiempo han ocupado hasta páginas principales de los diarios, cosa que antes no existía. Fundamentalmente, se debe a las nuevas legislaciones o circulares que han emanado desde la Superintendencia de Seguridad Social.

Como Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo somos una organización relativamente nueva, nos formamos en septiembre de 2014 como una sociedad científica, sin fines de lucro, que promueve el desarrollo de la medicina del trabajo y que aspira ser un referente de esta disciplina en el país.

Hoy, contamos con más de cien miembros inscritos, con médicos tanto en Santiago como en regiones. Nuestro directorio es bastante transversal, dado que participamos médicos tanto de la práctica privada como de las distintas mutualidades, Ministerio de Salud, academia y médicos que trabajan en empresas privadas.

Somos miembros de la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional desde el año pasado y, poco a poco, nos hacemos parte de las distintas organizaciones de la especialidad.

Nuestro objetivo es lograr el reconcomiendo de la medicina del trabajo como una especialidad de la medicina. Como bien dijo el señor Rodrigo Cumsille, la medicina del trabajo nos enseña como una especialidad de la medicina. Es más, muchas veces ni siquiera en el pregrado a un médico se le capacita o se le da un barniz de las enfermedades profesionales. Esto es muy importante, porque, además, somos uno de los pocos países donde no existe la medicina del trabajo como una especialidad.

Por eso, en pos de lograr este reconocimiento, formamos esta sociedad científica. De hecho, trabajamos con la Universidad de Chile para que se cree una malla curricular -si Dios quiere- la cual en 2017 ya tendría sus primeros médicos residentes.

Queremos difundir y posicionar la medicina del trabajo en el escenario público para influir en los cambios

regulatorios y en la creación de nuevas leyes. Por eso, estamos fascinados de estar acá, porque es el lugar donde pasarán las cosas.

Como dije, para nosotros es importante participar y que nos conozcan como un referente técnico en estos temas. De hecho, todas las opiniones que daremos serán absolutamente técnicas. Como venimos de distintos ámbitos del quehacer de los médicos del trabajo y por el hecho de trabajar en diferentes áreas, tratamos de aunar y sacar los sesgos de cada uno, para presentar una opinión netamente técnica. Tal vez, en algún momento pareceré repetitiva, porque durante mi intervención volveré a hablar de lo importante que es para nosotros que la medicina del trabajo sea reconocida como una especialidad de la medicina.

Le voy a contar el porqué. En primer lugar, ¿qué es un médico del trabajo? Es aquel que tiene una formación clínica, un médico legal, epidemiológico y que integra, en su capacitación o formación, aspectos tanto preventivos como de promoción de salud, de diagnóstico y curativos, incluyendo la rehabilitación.

Según el Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental, el médico del trabajo debe tener varias competencias. Describen diez, pero me referiré solo a algunas. Principalmente, lo que nos convoca en cuanto a la calificación de accidentes y enfermedades profesionales, el médico del trabajo debe conocer todos los aspectos, las causas y los elementos -son muchos y, además, multifactoriales- que pueden llevar al desarrollo de una enfermedad profesional, y debe conocer no solamente esos aspectos, sino también las causas que la provocan y la forma de prevenirla.

Lo señalado no es fácil de lograr, puesto que hay elementos multifactoriales que requieren de muchísima información, como el riesgo y la manera de evaluarlo, la determinación del tiempo que la persona ha estado expuesta a determinada fuente y si la magnitud del riesgo es suficiente para causar la enfermedad, aspectos que deben ser procesados en conjunto para definir si todos los elementos involucrados permiten que una enfermedad pueda ser calificada de carácter profesional. Todo lo anterior debe ser considerado sobre la base de la

legislación vigente, porque la definición de enfermedad profesional es propia para el país, de manera que no puede ser aplicada en otras naciones, ni siquiera de la misma región.

En la imagen que tienen a la vista se observan varias características que debe poseer el médico del trabajo, sobre las cuales no creo que sea necesario profundizar, pero sí quiero señalar que los médicos que pertenecen a nuestra asociación científica en general se han formado a partir de la experiencia, pues si bien han tenido algún tipo de formación académica formal, no cumplen con todos los aspectos ni poseen las competencias que en el contexto internacional se requiere para este tipo de especialistas.

Por lo tanto, si bien tenemos médicos disponibles, tanto en las mutualidades como en las empresas privadas, así como de algún modo en el sistema público, estos no tienen la formación de carácter formal que se requiere, salvo excepciones, entre las que me incluyo, puesto que pocos hemos tenido la oportunidad de especializarnos en el extranjero.

Es importante que en el futuro contemos con médicos del trabajo, que se puedan desempeñar no solamente en las mutualidades, sino también en los servicios de salud pública, con el objeto de reconocer enfermedades profesionales y derivarlas al sistema correspondiente.

En la actualidad, la gente que no se encuentra asegurada bajo la ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como una gran cantidad de independientes, los que no tienen la obligación de pagar por su seguro en las mutualidades, si tiene una enfermedad profesional o una sospecha de padecerla y recurren al sistema de salud común, lo más probable es que no sean diagnosticadas, porque no hay especialistas, ya que a los médicos no les pasan en pregrado el ramo o la cátedra de medicina del trabajo.

Aparte de desempeñarse en los sistemas de salud común, ya sea públicos y privados, esperamos que en un futuro no muy lejano exista algún tipo de regulación con exigencias para las empresas, de acuerdo con su nivel de riesgo y su número de empleados, con el objeto de que cuenten con un

sistema de salud y de seguridad en el trabajo. Hoy solo se exige que las empresas tengan expertos en prevención de riesgo, pero no en el resto del equipo de salud ocupacional, entre ellos el médico del trabajo.

El médico del trabajo es reconocido por la OIT en el Convenio N° 161, ratificado por Chile en 1999, así como por otros países de la región. Si vemos el análisis de la situación de salud y seguridad en el trabajo en el resto de los países de América del Sur, se observa que todos tienen reconocido el médico del trabajo en algunos de sus documentos legales, excepto Bolivia, Chile y Paraguay.

Por otra parte, en el cono sur, específicamente en Argentina y Brasil, la legislación establece que los servicios de medicina del trabajo deben estar a cargo de los médicos del trabajo, y las facultades de medicina ofrecen la especialidad a los graduados de la carrera de medicina, lo que no ocurre en Chile.

En ausencia de una definición local de médico del trabajo, de la especialidad médica y de criterios legales para la definición de médico del trabajo, como sociedad establecimos algunos criterios, a través de los cuales nos reconocemos como especialistas entre los pares, y acordamos que se llama médico del trabajo y son socios titulares de nuestra sociedad los médicos cirujanos egresados de algunas universidades reconocidas y que estén en el registro de prestadores de la Superintendencia de Salud, los que deben contar con formación clínica formal en salud ocupacional o medicina del trabajo en el extranjero o tener algún tipo de formación formal, ya sea vía diplomado de salud ocupacional o magister de salud pública con mención en salud ocupacional, pero que además tengan años de experiencia clínica asociada a la práctica de la medicina del trabajo en algún centro validado. Lo otro es que tenga práctica por algunos años o que haga una mezcla entre práctica e investigación.

Estos mismos criterios son los que utilizó la Superintendencia de Seguridad Social para definir al médico del trabajo en la actual circular N° 3.167, que establece que los diagnósticos de enfermedades profesionales deben ser realizados por médicos del trabajo que forman parte de un comité de calificación.

A falta de criterios locales, la Suseso (Superintendencia de Seguridad Social) estableció esos requisitos para que los médicos de las mutualidades puedan calificar enfermedades como enfermedades profesionales.

Nuestro aporte como sociedad científica consiste en señalar nuestra visión de las potenciales causas que puedan estar asociadas a la generación del conflicto, específicamente al punto que se relaciona con la calificación de las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo. Por eso, creemos importante enfatizar que el efectuar el diagnóstico y la calificación de una enfermedad, dentro del marco regulatorio, es tarea de especialistas. No todos los médicos lo pueden hacer, y desgraciadamente estamos en falencia de esos especialistas.

Por otro lado, me gustaría aclarar algunos conceptos o definiciones, con la finalidad de que aquí hablemos en el mismo idioma: qué es una enfermedad profesional y qué es un accidente del trabajo, aunque tal vez para algunos es de Perogrullo.

La enfermedad profesional es causada en forma directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realiza una persona, la que puede provocar su incapacidad o muerte.

Para establecer que existe esa causalidad directa deben existir factores de riesgo suficientes y por un tiempo definido y prolongado para que cause esa enfermedad. O sea, yo no podría tener sordera ocupacional si no he estado expuesta a ruido; tampoco podría tener una asbestosis si tuve una exposición de un mes, porque son enfermedades que requieren de determinado tiempo de exposición para desarrollarse.

En consecuencia, para que se desarrolle una enfermedad ocupacional es indispensable que haya tenido origen en el trabajo, aunque la persona ya no esté ejerciéndolo. Por ejemplo, puede haber estado expuesta muchísimos años atrás a sílice y tener el diagnóstico de silicosis ahora, aunque no necesariamente se desempeñe como minero en estos momentos.

La definición de accidente del trabajo es más fácil, pues es todo accidente o lesión que pueda provocar la

incapacidad o muerte y que sea causado o con ocasión del trabajo. Y eso puede ser en el trayecto de la casa al trabajo, del trabajo a la casa, entre un trabajo y otro. También o puede ser el que le ocurra a un dirigente sindical o a cualquier miembro de un sindicato en el ejercicio de sus funciones; puede ser por estar involucrado en algún tipo de capacitación empresarial, y también todos los daños síquicos o físicos que puedan sufrir los trabajadores producto de algún asalto, violencia, robo o lo que ocurra dentro del lugar de trabajo.

A veces, lo difícil es establecer el límite entre lo laboral y lo común. No siempre es tan fácil, tan nítido, especialmente porque muchas de las enfermedades son multifactoriales; hay cosas propias de la persona y otras propias del ambiente de trabajo. Además, hay una serie de factores sicosociales que afectan a ambos lados de la línea. Entonces, hay que analizar todos esos puntos, tenerlos bien evaluados, y después de eso uno puede definir.

Veamos algunos ejemplos. La sordera sensorioneural de origen laboral, que es la pérdida auditiva originada por la exposición a ruido laboral, es fácil diagnosticarla porque uno tiene una curva audiométrica típica, la historia de exposición a ruidos, los años de exposición y la magnitud del riesgo. De hecho, hasta ahora es la enfermedad que causa más pensiones e indemnizaciones. Por lo tanto, es la que provoca más incapacidad. Hasta ahora el ruido ha sido el riesgo más prevalente, porque es más fácil medirlo y además está normado. Hay normas del Instituto de Salud Pública que las mutuales deben seguir. De hecho, lo hacen. Van, evalúan con la audiometría y realizan el diagnóstico.

Otro caso es el esguince de tobillo. Si un traumatólogo, en un centro de salud común, privado o público, ve un esguince de tobillo, se va a preocupar de hacer bien el diagnóstico, de definir si es grave, moderado o leve, y se va a preocupar de dar el tratamiento.

El médico del trabajo va a ir un poco más allá. Aparte de preocuparse del tipo de esguince, también debe averiguar cómo le pasó y lo debe anotar. Por ejemplo, si

es una persona joven, en día lunes, que dice que le pasó en el trayecto de su casa al trabajo, uno también debería preguntarle si juega fútbol, porque podría obedecer a una pichanga dominguera y amanecer con el tobillo hinchado. Malas prácticas, pero suceden.

Por otro lado, también tiene que definir si es un accidente de trayecto o de trabajo, y hoy la definición se hace en base a la declaración del trabajador, quien tiene que demostrar que fue de trayecto. El peso de la prueba recae en el trabajador, quien debe demostrar que no se desvió del trayecto desde su casa al trabajo y que efectivamente es la ruta que realiza normalmente.

Otro ejemplo bastante frecuente, para definir si es laboral o no, se da entre personas de edad mediana, con sobrepeso, que trasladan una maceta de aproximadamente dos kilos, y sufre un episodio agudo de dolor lumbar.

Entonces, se estudia si tiene una hernia de algún disco. ¿Es laboral o no? Hoy, ese caso, si estuvo movilizand o macetas de dos kilos, en una mutualidad no sería laboral, porque no existe una exposición suficiente como para explicar el daño que tiene en la espalda.

Si ese mismo caso sucediera en Estados Unidos sería calificado como una enfermedad relacionada con el trabajo, porque las definiciones son diferentes.

En Chile tiene que ser con causa directa. No existe la definición de agravada por el trabajo, porque esta misma persona puede haber tenido sobrepeso y una hernia, pero se agachó y tomó el peso en el trabajo; por lo tanto, habría sido relacionada con el trabajo. Pero en Chile no ocurre, porque no es suficiente el peso que levantó.

Por eso, es muy importante que el médico del trabajo no solamente sepa diagnosticarlo, sino también que conozca las definiciones legales, porque muchas veces el trabajador quisiera que el caso fuera laboral, porque le pasó en el trabajo, pero el mecanismo no es suficiente para explicar el problema de espalda. Por lo tanto, no es laboral y debe irse al sistema común.

En cuanto a nuestra visión del conflicto, en primer lugar, creemos que hay un grupo de trabajadores, los independientes, cuyo número aproximado es de 2 millones, que no cotizan en el sistema. Hoy sabemos que solo cotiza

el 70 por ciento de los trabajadores en el sistema de mutualidades, pero hay un grupo que no está cubierto.

Por ejemplo, mi peluquera tiene una tendinitis. Le recomendé que fuera a la mutualidad a la cual está adherida, porque probablemente esa es una enfermedad profesional, pero me dijo que no estaba inscrita porque no es obligatorio. Por consiguiente, va a recurrir al sistema de salud común, y siendo una enfermedad profesional, será tratada en el sistema común, porque para los independientes todavía no es obligatorio cotizar.

Por otro lado, sabemos que los médicos del sistema común tampoco tienen formación en medicina del trabajo. Entonces, aunque yo esté asegurada, si voy al sistema común por desconocimiento y con el mismo problema de tendinitis -en el caso de la peluquera-, primero, el médico no me va a preguntar qué hago, pues, en general, el tema de la anamnesis o historia clínica de la persona casi nunca la consultan, porque no están mentalizados en averiguar si se trata de una enfermedad del trabajo.

Entonces, los médicos del sistema común no tienen formación en medicina del trabajo y, por lo tanto, mal harán el diagnóstico de una enfermedad profesional de alguien que consulte en el sistema común.

Además, como el sistema funciona con la dinámica de seguros, donde a mayor siniestralidad aumenta la prima, puede que haya un incentivo para que las empresas no denuncien o no notifiquen todos sus accidentes o enfermedades.

Hasta el 1 de marzo no existían estándares para el estudio y calificación de enfermedades profesionales. En diciembre se publicó la circular N° 3.163, de la Suseso, que regula y norma el estudio y calificación de enfermedades, específicamente para enfermedades músculo-esqueléticas de extremidades superiores -el caso de mi peluquera-, y para las patologías de salud mental. Norma cómo se deben calificar todas las enfermedades profesionales. Hasta ahora eso no existía, entonces la calificación era realizada, hasta anteayer, por médicos que no tenían formación en salud ocupacional.

Por lo tanto, la credibilidad no es la misma entre las mutuales y tampoco dentro de la misma mutual en distintas

regiones, porque la formación de los médicos puede ser muy buena, pero también puede ser muy básica. Entonces, va a depender de donde uno esté, de donde uno caiga.

En general, no es mala, porque la Suseso, de hecho, solamente revierte el 25 por ciento de las calificaciones cuando las personas apelan.

Hasta hace poco también había dificultad por falta de normativa en cuanto a cómo se deben evaluar los riesgos y cómo deben estar formados los profesionales que hacen esas evaluaciones de riesgo.

Entonces, la circular también se hace cargo normando, hasta con los formularios, de cómo se debe hacer, por ejemplo, la evaluación de riesgo de trastorno músculo-esquelético, de patologías de salud mental, y qué competencias deben tener los evaluadores.

Obviamente, hay subsidio cruzado entre los organismos administradores y el sistema común, pero va dirigido hacia ambos lados. De hecho, este es el objetivo que perseguía la doctora Vega, porque no todas son enfermedades laborales. Tal es así que el total de sospechas de enfermedades profesionales alcanza a 8.500 casos. Uno puede ir a la mutualidad y decir: "Mire, me duele acá, y yo creo que esto es laboral". Pero no necesariamente tiene que ser laboral. Ya vimos que hay un tema detrás, que hay que averiguar.

Entonces, lo que hacen las mutuales es definir si las enfermedades son laborales. Tenemos que casi el 23 por ciento de las denuncias de enfermedades profesionales son reconocidas como tales, y el otro 77 por ciento es derivado al sistema común. Este 77 por ciento equivale a 23 mil casos.

Por otra parte, de las 500 mil denuncias de accidentes de trabajo, incluyendo los de trayecto, solo el 20 por ciento no son reconocidos. Pero ese 20 por ciento equivale a 100 mil casos, los que son atendidos por las mutualidades, al menos una primera atención con evaluación y tratamiento, y otros casos son tratados y rehabilitados hasta que se demuestre que no son accidentes de trabajo. Con todo, desconocemos si los subsidios verdaderamente se reconocen para ambos lados.

Finalmente, ante la pregunta de por qué creemos que son necesarios los especialistas. Primero, porque hay que

calificar, y la calificación es un tema complejo que requiere mucha información. Segundo, porque las enfermedades profesionales van evolucionando. Ya vimos que la sordera no va a ser un gran tema. Hay enfermedades emergentes, de acuerdo con riesgos emergentes, y los médicos que califiquen, que evalúen y que ojalá prevengan este tipo de enfermedades, deben estar al día.

Creemos que los especialistas son necesarios. Tenemos una visión que nos interesa que sea considerada como insumo en los futuros cambios regulatorios. Creemos que los médicos del trabajo tenemos un rol principalmente preventivo y esperamos poder desempeñarnos más en donde se genera el riesgo, y el riesgo de la enfermedad no se genera de la mutual para adentro; se genera antes, en la empresa, y allí es donde debiéramos tener un rol más preventivo. De ahí que pensamos que, junto con el resto del equipo de salud y seguridad en el trabajo, debiera manejarse o gestionarse mejor ese riesgo.

Somos agentes de promoción de salud en la empresa, y el hecho de que existan especialistas le da más credibilidad a todo este proceso.

Nadie duda del reflujo en un niño si el diagnóstico lo hace un pediatra, independientemente de que el profesional trabaje en la clínica A, en el centro médico B o en el consultorio C. Lo importante es que el pediatra es quien hace el diagnóstico.

Nosotros pensamos que si un médico del trabajo hace el diagnóstico y califica una enfermedad como laboral, es así, independientemente de lugar de trabajo. Después se verá, en el seguro, quién corre con los costos, pero el diagnóstico es una evaluación de carácter técnico.

Muchas gracias.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por quince minutos?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, agradecemos la excelente exposición que han hecho la doctora Cabrera y el equipo que la acompaña.

Más allá de entrar en algunas de las visiones particulares, entiendo que la agrupación que encabeza la

doctora Cabrera, que es reciente, agrupa profesionales médicos y no médicos, que trabajan en el mundo de las mutuales o en el mundo del trabajo.

No quiero dejar pasar la oportunidad de tener, de parte de ustedes, una visión más general del funcionamiento de este sistema de mutuales, que data de 1950, sistema que se implementó más fuertemente en el año 68, pero que tiene una larga trayectoria en nuestro sistema de salud.

¿Qué diagnóstico general tienen ustedes de las mutuales? ¿Han sido un aporte relevante a la salud de los chilenos en el ámbito de los accidentes del trabajo? ¿Tienen ustedes una visión crítica, como la que hemos escuchado del expositor anterior, de la necesidad de cambiar radicalmente la ley, de vulneración de la ley, de trampa en el sistema, de sociedades paralelas? En fin, quisiera tener una visión general.

Todos compartimos la necesidad de implementar algunos cambios, desde la formación de los profesionales médicos en el mundo del conocimiento de la medicina del trabajo y que usted misma en su exposición ha dicho. Pero quisiera saber si ustedes tienen una visión positiva del sistema o más bien una visión negativa; si creen que los cambios deben ser radicales; si creen que es un sistema más bien abusivo, o hay una carga compartida de pacientes que tienden a abusar del sistema; de fallas en el sistema de control o de mutuales que son abusadoras, en fin.

Pongo varias hipótesis, porque tener una visión general del sistema, ayudaría mucho al tono y al énfasis de esta comisión.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señora Presidenta, felicitamos a la doctora por la exposición.

Llama la atención -a veces las cosas son así- que hayan pasado casi 37 años, para darnos cuenta de que estamos atrasados en esta área médica, en comparación con Latinoamérica y con el mundo.

Creo que es muy importante potenciarla como sociedad, que esté presente en la formación de pregrado y que haya actividades en terreno. Durante la formación de pregrado, nunca nos llevaron a alguna empresa. Después, en la subespecialidad, nos encontramos con agentes cancerígenos

de todo tipo, vinieron hace poco los trabajadores contaminados con asbesto.

Y también esto evoluciona con el pasar del tiempo. No es lo mismo el año 1978 a lo que es actualmente, hay otras patologías generales, como la obesidad, que es un gran tema entre los trabajadores y en la sociedad chilena; los cambios epidemiológicos, la gente está viviendo más años. A lo mejor, vamos a tener que discutir más adelante -me estoy adelantado- el tema de la edad de jubilación de las mujeres o quizás la de los hombres.

La doctora se refirió a las definiciones de accidente y de enfermedad y agregó un tema que, a mi juicio, siempre es fundamental en el área de la salud, que es la prevención. ¿Qué valor le agrega a ese aspecto y si debería estar inserto con letras doradas en las definiciones de lo que tiene que ser el tema laboral?

Ella dijo también que tuvo experiencia en el extranjero y, a lo mejor, en países más desarrollados que el nuestro, por lo que deseo preguntarle cuál es el ideal de profesionales del área médica que debería haber por número de trabajadores.

Quizás el déficit de especialidades en Chile sea un gran tema. En algunas áreas de las mutualidades, como dice el diputado Melero, se ha desarrollado bastante el tema y hay que admitirlo. Si con plata compra huevos calados, esta cuestión es así: la salud es cara.

Además, quiero saber qué relación tienen con el mundo de las mutualidades, sea como un ente independiente o que pudieran tener una interrelación para la formación, para los estudios epidemiológicos, para investigación también, porque tenemos patologías que son propias nuestras.

Entonces, incluir el tema de la prevención, el de la formación y el de la cantidad de especialistas que deberíamos tener por empresa.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señora Presidenta, deseo éxito en la formación futura de especialistas en enfermedades laborales. Sin embargo, me voy a ubicar, desde el sentido común, en el plano del chileno desconfiado. Quiero recordar una experiencia que me tocó conocer y que me llevó a enfrentar el tema y a profundizar en sus

antecedentes. Se trataba de una gran cantidad de personas que tenían que dializarse, pero como los centros de diálisis eran de propiedad de urólogos, especialistas de nuestros hospitales públicos cercanos, las personas no tenían la posibilidad de pedir una segunda opinión, por lo que terminaron como pacientes de diálisis. Y por estar en categoría Fonasa ingresaban a las doce de la noche y salían a las tres de la madrugada.

Ante esa situación, respondimos muy eficientemente. Se creó la única clínica pública, un centro de diálisis público, en el que el ciento por ciento lo aporta Fonasa -alrededor de un millón de pesos por paciente-, lo que permite que allí se entregue todo a personas que necesitaban dializarse tres veces por semana: medicamentos, alimentación, traslado de primer nivel en horas normales.

En la misma línea del sujeto desconfiado, que caracteriza al chileno común, conocí la experiencia de una persona que era víctima de un cáncer generalizado; sin embargo, a pocos días de morir, un médico sugirió una operación para retirar un par de quistes de los riñones, en consecuencia que la persona estaba por morir. Felizmente, tuvimos la opinión de otro médico que dijo: "No, esta persona tiene tumores hasta en el cerebro, está a punto de morir".

Chile cuenta con una carga valórica para todos los temas, y la eutanasia, que es algo sobre lo que debiéramos conversar como sociedad, está marcada por esa carga que es la muerte natural de un ser humano, cuestión que comparto. Sin embargo, uno conoce de situaciones en que se prolonga artificialmente la vida con la sujeción de algún aparato que provoca también el sufrimiento de alguien que no tiene ni siquiera la posibilidad de salvarse, porque está en la etapa final.

Ahí vemos este nivel económico de la medicina, del que hablaba el señor Cumsille, y que se experimenta a diario, porque una sociedad con normas reguladas permite al ciudadano saber cuando está frente al derecho de la muerte natural y cuando es sujeto de la falta ética de la prolongación de la vida en forma artificial, solo con fines comerciales, cosa que ocurre muy fuertemente en nuestras clínicas.

Quiero instalar mi duda sobre la estructura de la sociedad que ustedes han constituido los médicos, porque el ideal sería que fuese un ente -soy pretencioso en la aspiración- como una contraloría que le diera garantías a todos, garantía que estará muy marcado por la procedencia de sus integrantes. La doctora ha sido bastante enfática en señalar que la garantía estaría dada solamente por el hecho de ser especialista en salud laboral, independientemente de la procedencia del profesional. Me atrevo a anticipar que eso no va a ser así, porque usted no puede responder por la composición ética de todos sus integrantes.

Incluso eso va a requerir de una regulación, para saber si estamos ante un conjunto de médicos especialistas, con formación en enfermedades laborales, y si ellos, a su vez, son trabajadores de las mutuales o son trabajadores que tienen que definir, tema que no resuelven, a mi juicio, la forma como se distribuye el seguro, para qué lado se distribuye el seguro.

Por lo tanto, será muy importante conocer en profundidad sus estatutos, cuál va a ser la regla que los va a regular, entendiéndolo que en Chile se suprimió la dimensión ética de los colegios profesionales, cuestión que echo de menos. Me gustaría mucho que en Chile se restableciera la facultad de los colegios profesionales, con una comisión ética, que es un ente que sí responde al comportamiento de cada profesional. Lo señalo, porque la sola conformación de una sociedad de especialistas en medicina laboral, la sola ampliación y profundización de formación médicos en esa área no nos garantiza lo que estoy señalando.

Esas discusiones debemos tenerlas abiertamente, y no las hemos tenido.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Felipe De Mussy.

El señor **DE MUSSY**.- Señora Presidenta, quiero hacer tres preguntas bien concretas. En primer lugar, la especialidad médica, al parecer, por lo que nuestras invitadas explicaron, existe en algunos países donde existen fundaciones o universidades que investigan, aunque en otros no. En Chile, al parecer, estamos bastante al debe en esta materia.

Quiero saber si existe la especialidad médica para ser estudiada, en general, en todo el mundo, y cómo se conjuga eso con la parte legal del país donde uno va a ejercer.

En segundo lugar, el ejemplo del lumbago lo encontré muy interesante. En este caso hay una línea límite. Ustedes dicen que en Chile la ley es de forma directa y, en Estados Unidos, es de otra forma. ¿Eso es directamente a través de la ley que así lo expone, o los distintos tipos de definiciones se pueden ver a través de juntas médicas, de decretos o siempre al final, en cada una de las enfermedades, se terminan viendo a través de leyes, o simplemente una cosa tan ambigua, como directo o indirecto, quién define qué es directo o indirecto?

En tercer lugar, quiero saber -esta inquietud la hemos planteado en otras sesiones- si las enfermedades del trabajo están subdiagnosticadas o no.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Me pareció interesante el ejemplo del lumbago; de cómo, al final, lo conceptual hace que sea una cosa o no. Quiero saber si es posible que la Biblioteca del Congreso Nacional nos pudiese hacer un análisis de legislatura comparada. Por ejemplo, saber cómo tratan en la OCDE los accidentes laborales o las enfermedades profesionales, para, como lo dijimos con el abogado Cumsille, tener la posibilidad de mejorar lo conceptual que tenemos en el país.

Lo segundo, me gustaría conocer la opinión de ustedes acerca de la circular N°3167. Si bien es una circular nueva, que hace poco salió, trabaja lo que nosotros estamos diciendo. O sea, cómo lo normas, cómo dices esto es o no. Entonces, si nos pudieran señalar, desde el punto de vista de un especialista, qué piensan de esta circular, si está completa, si falta algo.

Me preocupa mucho lo conceptual, lo normativo, pero también me preocupa mucho el cómo se implementa. En eso tenemos una tremenda distancia.

Tiene la palabra la señora Marta Cabrera.

La señora **CABRERA** (doña Marta).- Para contestar a la pregunta del diputado Melero, somos más de 100 personas. Creemos que el sistema de las mutuales es mejorable, no es malo; es bueno, pero mejorable, tiene muchas

oportunidades, las que se han ido dando a través del tiempo. Pese a que el sistema se basa en una ley que tiene cuarenta y tantos años, las cosas han evolucionado, hay en nuevas enfermedades, nuevos requisitos, nuevos riesgos, el proceso productivo es distinto. Es otro mundo, y tenemos que ponernos al día, porque estamos un poco al debe.

Creemos que muchos aspectos son mejorables, pero nosotros en ningún momento queremos -usando las mismas palabras del diputado Barros- demonizar el sistema. Creemos que funciona y que tiene oportunidades de mejorar.

La señora **MORENO** (doña Gabriela).- Es absolutamente mejorable, pero ha cambiado el mundo, la economía, la forma de ser, el autocuidado de las personas, porque, ojo, no todo es culpa del trabajo. Así, muchos de nosotros nos cuidamos y vivimos más. Las enfermedades crónicas no trasmisibles son, en este minuto, la primera causa de muerte y de carga de enfermedad en este país. Por lo tanto, hay una conjunción muy importante al respecto.

Tenemos un tema de la estructura completa del país en que la promoción de la salud, tanto en la parte privada como en la laboral, ha de ser un hito importante. Por eso, pensamos que donde haya gente que está empleada debe haber un médico del trabajo que se encargue de la alimentación, del ejercicio, de tratar de hacer la unión entre salud común y salud laboral, con el fin de contar con un buen trabajador y que llegue a su jubilación en buenas condiciones. Esa es una parte muy importante.

Por otro lado, como país tenemos que dar cuenta del desafío de que el trabajo es independiente. Cada vez hay más incentivos para que uno tenga su Pyme, para dar trabajo a la ciudadanía. Eso se hace por las pequeñas empresas. Es imposible que el modelo conceptual de 1968, cuando salió la ley, que fue una maravillosa ley para la seguridad social del país, hoy día siga imperando. Es imposible que una persona que contrata a tres trabajadores se haga cargo de ellos. Tenemos que encontrar una forma en que también se les dé cobertura.

Además, hay un tema estructural, porque existe una tremenda inequidad. Debemos recordar los objetivos

sanitarios hasta 2020. Uno de los grandes desafíos es disminuir la desigualdad en salud. Si uno ve que una persona entra al sistema laboral cubierto por la ley N° 16.744, tiene todo gratis: buena atención médica, le pagan subsidio, y si queda con incapacidad, todo el mundo se hace cargo. Si esta persona no entra en ese sistema y se va por el sistema de salud común, las inequidades son gigantescas. Primero, por el problema de acceso si está en un sistema de salud financiado por el Estado, donde no hay posibilidad de dar todo lo que se requiere, pero, por otro lado, la tremenda inequidad que significa el gasto de bolsillo, que es uno de los más altos de los países de Latinoamérica, porque también tiene que pagar todo.

Entonces, quiero explicar que no es que uno sea malo y otro bueno, sino que se debe repensar la estructura completa del sistema, porque hay un tema de acceso. Tenemos objetivos sanitarios que cumplir y esta parte no ha sido cubierta.

Respecto de lo que dijo la señora Marta Cabrera, el sistema mutual es bueno. Trabajé en el sistema mutual y ahora trabajo en la empresa privada y créanme que uno llega a emocionarse cuando ve lo que le pasa al trabajador y queda bien cubierto por la ley. Hay cosas muy buenas del sistema, pero sí debe ser cambiado, no porque sea malo en sí mismo, sino porque el mundo cambió; la estructura de la sociedad es distinta y el peso del autocuidado es muchísimo mayor en ese sistema.

La señora **CUBILLOS** (doña Bernardita).- Quiero complementar lo señalado por las señoras Marta Cabrera y Gabriela Moreno, en el sentido de que es perfectible lo relacionado con el organismo administrador, pero es un sistema bueno. Hay que compararlo con lo que sucede en países vecinos y europeos, pues lo único que quieren es unir las mutualidades para brindar una mejor atención al trabajador.

Nosotros tenemos camino recorrido, tenemos estas administradoras de la ley; nos faltan los médicos del trabajo. Ellos, al revés, tienen médicos de trabajo en formación, pero les falta el conglomerado.

La señora **CABRERA** (doña Marta).- Contestando la consulta sobre la ética, tiene razón; nosotros lo

pensamos cuando creamos la Sociedad. De hecho, nuestros estatutos señalan que adherimos al Código de Conducta Ética del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental.

Creemos que nuestros socios, al adherirse a nuestra institución, deben respetar nuestros estatutos. Por ejemplo, en nuestra Sociedad, la mayor parte de los médicos trabaja en las mutualidades y muchos trabajan directamente para la empresa; los menos trabajamos en forma independiente. En mi caso, doy asesoría técnica a la Superintendencia de Seguridad Social; otros trabajan con el Ministerio de Salud.

Por eso hice el descargo al principio, pues queremos dar una opinión técnica; no queremos teñirla con la camiseta de cada una de las instituciones donde trabajamos.

Repito, ante la consulta sobre la ética, tiene razón; va a depender de la ética de cada médico, pero también las mismas organizaciones van regulando eso. De hecho, tenemos un comité de ética; se eligió en la elección del primer directorio.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por cinco minutos?

Acordado.

Tiene la palabra la señora Gabriela Moreno.

La señora **MORENO** (doña Gabriela).- En cuanto a si las distintas definiciones son por ley o por consenso, aclaro que son por ley. Es clarito.

Esa es la gran diferencia en las estadísticas. No podemos comparar las estadísticas de Chile con las de otros países, en que uno es relacionado con y otro en causa directa. Si no hubiera existido ese trabajo, esa persona podría haber hecho la enfermedad. Es por ley; no es por consenso.

El señor **DE MUSSY**.- Señor Presidenta, perdón, pero si por ley es directa y no indirecta, ¿quién define que una enfermedad es un poco más compleja? Porque nuestras invitadas pusieron casos más o menos fáciles de definir.

La señora **CUBILLOS** (doña Bernardita).- El médico del trabajo, con el antecedente clínico del paciente y con la expertise...

El señor **MELERO**.- Y la circular última...

La señora **CABRERA** (doña Marta).- A través de la circular. Pero si la persona no está de acuerdo, apela a la Superintendencia y ésta decide.

La señora **MORENO** (doña Gabriela).- Sí, pero se hace sólo en el organismo administrador, no en una clínica privada o en una consulta.

La señora **CABRERA** (doña Marta).- Finalmente, la Superintendencia corta.

La señora **MORENO** (doña Gabriela).- Claro.

En el caso de los accidentes de trabajo, se debe apelar en la Comisión Médica de Reclamos.

La señora **CABRERA** (doña Marta).- En relación con la circular, participamos médicos de la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo, médicos de las distintas mutualidades, que se sentaron en dos mesas distintas: una, de trastornos músculo-esqueléticos y la otra de enfermedades de salud mental.

De ambas mesas salieron documentos de recomendaciones en cuanto a cómo debían evaluarse, cuáles eran las herramientas de evaluación y cómo se debía definir y estudiar cada caso.

Eso se presentó a la Superintendencia de Seguridad Social, la cual tomó conocimiento y generó la circular no solamente para estos dos grupos de patología en particular, sino que, primero, hace un tema general, que aplica a todas las enfermedades del trabajo, y, después, específicamente para patologías mentales o trastornos músculo-esqueléticos, y luego señala que se use equis herramienta en particular. Las herramientas en particular, los diagnósticos cubiertos y los elementos para evaluar clínicamente al paciente salieron literalmente de las mesas.

Ahora, en la manera en que la superintendencia lo hace operativo o le indica a las mutuales cómo operar hay un problema, porque hay un tema operacional; o sea, las mutualidades no estaban preparadas para establecer todos los requisitos exigidos por la circular en tres meses.

Por eso se apeló, con lo cual el plazo se extendió por un año, para que haya tiempo de formar o de que los médicos terminen su formación y cumplan con los

requisitos establecidos de tres, cinco o diez años de experiencia.

Es perfectible la versión 1.0 de la circular, aunque podría mejorarse, pero, desde el punto de vista técnico, de las herramientas, del diagnóstico y de la manera de estudiar cada caso, creo representar a todos los que participamos al decir que ella es casi literal respecto de lo que expidieron las mesas de trabajo.

La señora **CUBILLOS** (doña Bernardita).- Como sociedad, hay que ver cómo se va desarrollando esta circular para perfeccionarla, para que sea aplicable y para que se califique todo lo que es laboral como laboral, y lo que no lo es, que se vea en el sistema previsional.

La señora **SEPÚLVEDA**, doña Alejandra (Presidenta).- Agradecemos a nuestros invitados su presencia en esta Comisión.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 15.21 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor
Coordinador Taquígrafos Comisiones.