

MODERNIZACIÓN DE LA LEY Nº 16.744

INFORME FINAL

CIEDESS

Santiago, junio de 2000

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo I: Descripción del sistema de seguridad social	7
1.1. Descripción del sistema de seguridad social.	7
1.1.1. Contingencias.	7
1.1.2. Administración.	8
1.1.3. Los pilares de la Seguridad Social.	8
1.1.4. Seguridad social en Chile.....	11
1.1.5. Situación del régimen de accidentes del trabajo.	15
1.2. Evolución sistema mutuales	16
1.2.1. Antecedentes históricos.	16
1.2.2. Prestaciones.	16
1.2.3. Financiamiento.	17
1.2.4. Administración.	17
1.2.5. Indicadores.	18
1.3. Informe en Derecho comparado: Los regímenes de protección de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.....	27
1.3.1. Situación en América del Norte, Centro y Sur.	27
1.3.2. Sistemas de Protección social en los países de la Comunidad Económica Europea.	39
1.3.3. Conclusiones.	44
Capítulo II: Análisis conceptual, bases y principios.	51
2.1. Justificación doctrinaria del régimen de accidentes del trabajo.....	51
2.1.1. Origen del seguro social.	51
2.1.2. Organización financiera de los seguros sociales.	52
2.1.3. Organización administrativa.	53
2.1.4. Los seguros sociales en Chile.	53
2.1.5. Los accidentes del trabajo y los seguros sociales.	54
2.2. Principios de la seguridad social y el sistema de cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	55
2.2.1. Principios de la seguridad social.	55
2.2.2. Principios de la seguridad social y el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	56
2.3. Fundamentos de la reforma previsional y el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.	57
2.3.1. Fundamentos de la reforma previsional.	57
2.3.2. El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ante los fundamentos de la reforma previsional.	58
2.4. Cambios que han afectado al sistema de mutualidades	61
2.5. Marco de acción para las propuestas.	62
2.5.1. Marco de acción general.	62
2.5.2. Marco de acción particular.	64

Capítulo III: Administración.	67
3.1. Sistema de Mutualidades.	68
3.1.1. Normativa actual aplicable a las Mutualidades y AFP.	68
3.1.2. Requisitos de las AFP que podrían aplicarse a las mutualidades de empleadores con fines de transparencia.	70
3.2. Eventual participación de sociedades anónimas especiales.	72
3.3. Administración delegada.	73
3.4. Sistema público.	74
3.5. Estructura aplicable a entidades que se incorporan al sistema.	75
Capítulo IV: Financiamiento.	76
4.1. Análisis de la Ley y reglamentación respecto a las tasas de cotización.	76
4.1.1. Cotización mínima.	77
4.1.2. Tarificación sobre la base de costos efectivos.	77
4.1.3. Mantención del nivel de tasa de cotización.	78
4.1.4. Cotización libre.	78
4.2. Constitución e Inversión de Reservas.	78
4.2.1. Análisis de la Ley y reglamentación respecto a las reservas técnicas a constituir por las Mutuales.	79
4.2.2. Bases técnicas para la constitución de los capitales representativos de pensiones.	80
4.3. Inversión de las Reservas.	81
4.4. Contratación de reaseguros.	81
4.4.1. Antecedentes generales sobre el reaseguro de vida.	81
4.4.2. Clasificación de los reaseguros.	82
4.4.3. Aplicación de los reaseguros al seguro de Accidentes del Trabajo.	83
4.5. Margen de solvencia.	84
4.5.1. Margen de solvencia de las Mutualidades.	84
4.5.2. Determinación del margen de solvencia en Chile para las Compañías de Seguros de Vida.	85
4.5.3. Metodología de cálculo para cada uno de los tipos de seguros.	85
4.7. Flexibilidad en los sistemas de recaudación.	87
Capítulo V: Cobertura.	88
5.1. Personas protegidas.	88
5.2. Siniestros cubiertos.	88
5.3. Afiliación al Seguro.	89
5.4. Prestaciones.	89
5.5. Procedimientos de calificación de incapacidades en los distintos regímenes previsionales.	91
5.5.1. Mutualidades de empleadores.	91
5.5.2. Servicio Nacional de Salud.	92
5.5.3. DL N° 3500.	93
5.6. Elementos de discusión.	94
5.6.1. Término del derecho a pensión por invalidez.	94
5.6.2. Evaluación, reevaluación y revisión de la invalidez.	94
5.6.3. Beneficios económicos.	95
5.6.4. Riesgos cubiertos.	95
5.6.5. Personas protegidas.	95

Capítulo VI: Beneficios.	97
6.1. Análisis de subsidios y compatibilidad con el régimen de enfermedad común.	97
6.1.1. Ley N° 16.744.	97
6.1.2. Enfermedad común.	98
6.2. Pensiones mínimas.	102
6.2.1. Tipos de pensiones y requisitos	102
6.2.2. Monto de las pensiones mínimas	103
6.2.3. Imponibilidad de las pensiones.	106
6.2.4. Financiamiento.....	106
6.3. Bonificaciones extraordinarias para pensionados	107
6.4. Compatibilización en materia de pensiones con DL N° 3500.	107
6.4.1. Pensiones de invalidez.	107
6.4.2. Pensiones de sobrevivencia.....	110
Capítulo VII: Propuesta final	114
7.1 Resumen de propuestas específicas	114
7.2 Conclusiones.	118
7.3 Aspectos estratégicos del cambio	125
Bibliografía	128

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Mutualidades, creado en la década del sesenta, fue satisfaciendo de manera gradual las necesidades básicas de las patologías laborales, proceso que estuvo íntimamente ligado, por una parte, al crecimiento y consolidación de su infraestructura física con la creación de una red hospitalaria y de policlínicos a lo largo del país, y por otra, a la incorporación de nuevas tecnologías operacionales y de gestión. Estos últimos factores les permitieron generar y crear instancias para la aplicación y desarrollo de nuevas especializaciones en el campo de la salud, extendiendo la base de sus servicios médicos más allá del ámbito de la medicina laboral. A su vez, especial importancia ha tenido para estas entidades el centrar su accionar en la prevención, por cuanto se considera que es el pilar fundamental para lograr adecuadamente el objetivo general de la normativa que les rige, en relación a dar protección al trabajador ante un accidente laboral o enfermedad profesional. Los resultados obtenidos representan, sin duda, un paradigma válido e impulsor para que entes privados participen en la administración de programas de seguridad social.

No obstante, como consecuencia de los cambios tecnológicos, cambios en el medio ambiente, cambios en la forma de administrar la seguridad social, entre otros, surge la necesidad de estudiar este sistema con el objeto de adecuarlo a los nuevos tiempos.

Por lo anteriormente expuesto, la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, encargó a CIEDESS el estudio denominado “Modernización de la Ley 16.744”.

El estudio se centró básicamente en cuatro aspectos que se consideraron fundamentales, cuales son Administración, Financiamiento, Cobertura y Beneficios.

El resultado del estudio de CIEDESS, que contiene las opiniones de un equipo multidisciplinario de expertos en materias relativas a la seguridad social, se plasma en el presente informe, el cual trata los siguientes aspectos:

En el Capítulo I se realiza una descripción del sistema de seguridad social, en especial de la visión moderna sobre esta materia y se analiza lo que ocurre en el régimen de accidentes del trabajo. Además, se muestra la evolución del sistema mutual así como un estudio en Derecho Comparado, para conocer la situación del régimen en los demás países de América y algunos de Europa.

En el capítulo II se analiza desde el punto de vista doctrinario la fundamentación del régimen, y el impacto que ha tenido en él la evolución de los agentes económicos y el cambio tecnológico que se ha registrado en los últimos años y, se plantea el marco de acción en el que se basan las propuestas para cada uno de los cuatro aspectos analizados.

El Capítulo III aborda el tema Administración, planteándose la administración privada bajo distintas formas jurídicas, identificando el rol que le compete al sector público y analizando la normativa sobre administración delegada.

En cuanto al financiamiento, en el Capítulo IV se abordan temas como la tasa de cotización, la posibilidad de que los órganos administradores puedan contratar reaseguros, la constitución y mantención de reservas, y un análisis al sistema de concurrencias.

El Capítulo V dice relación con la cobertura, en él se identifican los beneficiarios del régimen y el tipo de beneficios que cada uno de éstos recibe. Es decir, se analizan los tipos de siniestros cubiertos, las clases de trabajadores cubiertas, tratando especialmente el caso de los trabajadores independientes y, los procedimientos de calificación de las incapacidades

Respecto de los beneficios del sistema, en el Capítulo VI se analizan los subsidios, las pensiones mínimas, las bonificaciones extraordinarias, y el monto de las pensiones.

Como ya se expresara, del estudio de cada elemento, y de las opiniones de la comisión técnica es que CIEDESS en el Capítulo VII formula propuestas concretas que apuntan al perfeccionamiento de la ley. Finalmente, se entrega una visión estratégica que en nuestra opinión debiera guiar las acciones futuras de la Mutual de Seguridad.

En todo caso, el marco propuesto para las reformas legales, ha considerado el objetivo macro de la seguridad social, cual es el de otorgar protección a los trabajadores sin que esto constituya una traba para la generación de empleo. Por lo mismo, cualquier reforma que se lleve a cabo debe ser armónica, para lograr por una parte la adecuada protección, y evitar, por otra, caer en excesos que en definitiva atenten en contra del empleo.

Capítulo I: Descripción del sistema de seguridad social

Este capítulo aborda por una parte, una descripción del sistema de seguridad social a fin de identificar el rol que les compete a las mutualidades en este contexto, y por otra, una presentación de la evolución que estas instituciones han tenido, medida en términos de indicadores estadísticos que caracterizan su accionar.

Así también, se ha estimado importante agregar un tercer punto, relacionado con la identificación del sistema de accidentes del trabajo en diversos países de América y Europa.

1.1. Descripción del sistema de seguridad social.

1.1.1. Contingencias.

Se sostiene que la seguridad social existe en función de atender y satisfacer los estados de necesidad de los individuos. La presencia del estado de necesidad pone en marcha una serie más o menos compleja de instituciones del derecho, de la economía y de la administración que permiten asegurar recursos o ingresos a una persona, en razón principal de la existencia de estados de necesidad.

Los estados de necesidad que se intentan satisfacer son aquellos que sufren o experimentan los seres humanos de la sociedad industrial, y por extensión, de las demás comunidades, en el campo o en la ciudad, e inclusive, de los que trabajan por cuenta propia.

Por otra parte, los estados de necesidad referidos son aquellos que son causados por ciertos hechos más o menos impredecibles que pueden suceder o no, y que provocan en quien los sufre un menoscabo personal con efectos en la economía en cuanto producen una merma o una pérdida de los ingresos que el trabajador obtiene con su trabajo o un aumento imprevisto e insoportable de sus gastos. Estos hechos dañinos se han denominado riesgos, inspirándose en la terminología de los seguros, o contingencias sociales, con el ánimo manifiesto de incluir entre ellos no solamente los hechos anormales que causan menoscabo en la capacidad o posibilidad de trabajar, sino también aquellos que aún siendo normales, producen un aumento de las necesidades y requieren de alguna cobertura.

Las contingencias sociales que han dado origen a los programas sociales son:

a) Enfermedades y accidentes.

Este grupo de contingencias está constituido por la enfermedad común, el accidente común y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Se considera importante distinguir entre las enfermedades y accidentes comunes y enfermedades y accidentes del trabajo, aún cuando tanto uno como el otro, producen una interrupción de la capacidad de ganancia, requieren de cuidados médicos, necesitan de prótesis y medicamentos, producen invalidez, provocan en algunos casos la muerte del jefe de familia, entre otros.

Las razones para provocar su distinción están más bien relacionadas con la responsabilidad del empleador, que se reconoce que aún cuando no es el culpable del riesgo, es el causante. Se considera importante, por lo tanto, que se desarrollen medidas de prevención y políticas de higiene y de seguridad industrial que la legislación exige a las empresas. Se estima que la mejor forma que esto puede desarrollarse es tratando las contingencias en forma separada.

b) Invalidez.

Esta contingencia puede revestir diversas formas: absoluta o parcial (dependiendo del grado de incapacidad que provoque), profesional o común (según se derive o no de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales), permanente o temporal (dependiendo si es recuperable, mediante aplicación de sistemas de rehabilitación).

c) Vejez.

Se presume que a una determinada edad se pierde o se disminuye sustancialmente la capacidad de trabajo. Las edades más comunes consideradas son 65 años para los hombres y 60 para las mujeres, aun cuando hay sistemas que fijan otros guarismos, o que no distinguen entre hombres y mujeres.

d) Antigüedad.

Aun cuando la antigüedad reconocida como años de servicio no se considera riesgo, en algunos países constituye causal para generar pensiones.

e) Sobrevivencia.

Corresponde a los beneficios de la seguridad social que otorga pensiones, principalmente, a las viudas al fallecimiento de sus cónyuges y a los hijos de éste.

f) Cesantía.

Esta contingencia se produce por pérdida de la fuente de trabajo sin responsabilidad del trabajador.

g) Asignación familiar.

Es discutible si esta prestación es una contingencia o más bien una política salarial, en cuanto tiende a generar un sobresalario para los trabajadores que tienen cargas familiares.

1.1.2. Administración.

Las formas de administración de las contingencias de la seguridad social son a través de los seguros sociales, los cuales se basan en que por la Ley de los grandes números se pueden distribuir los riesgos individuales en una gran población. Se le denomina social, porque el Estado asume un rol tutelar, obligatorio y no lucrativo.

La otra forma reconocida es la asistencia social, que se caracteriza por ser no contributiva, y donde la sociedad entera asume la responsabilidad de cubrir el estado de necesidad.

También, existen los servicios sociales públicos, los que son financiados por el fisco y que a diferencia de la asistencia social requieren de calificación de indigencia.

1.1.3. Los pilares de la Seguridad Social.

Diversos estudios y especialistas de la seguridad social han planteado un nuevo enfoque para esta disciplina, enfoque que ha sido incorporado por el Banco Mundial en su análisis sobre el tema.

Este enfoque se sustenta en que la representación de las estructuras de previsión de un país pueden asimilarse a la configuración de un edificio que descansa en tres pilares. Esto permite ubicar con claridad la participación del Estado y de los particulares en el sistema de seguridad social.

1.1.3.1. Primer pilar: Previsión social asistencial.

Este primer pilar comprende la función asistencial de la Seguridad Social, así como la función de cobertura de previsión general. Tanta importancia tiene esta última que muchos autores han llegado a plantear que la Seguridad Social descansa en cuatro y no en tres pilares.

a) Función asistencial: Se sitúa en la base de la escala de protección social y es asumida de manera invariable por el Estado y la colectividad. Uno de sus objetivos es evitar la extrema pobreza e indigencia de los ciudadanos que se invalidan o llegan a una cierta edad en la cual ya no es posible seguir trabajando. Asimismo, se cubren las necesidades mínimas de los sobrevivientes que se han visto privados del ingreso familiar por la muerte del jefe de hogar. Otro importante objetivo de esta función es dar protección de salud a personas de escasos recursos.

Normalmente, para acceder a estas prestaciones se debe acreditar la falta del ingreso o la insuficiencia manifiesta de éstos, aún para hacer frente a las necesidades más básicas de los individuos.

La función asistencial da lugar a una amplia gama de prestaciones, todas con cargo a fondos fiscales, que pueden ser administrados indistintamente por entes públicos o privados.

Existen por sobre todo prestaciones de carácter patrimonial y de atención médica, pero se entregan también otras como servicios sociales (para los ancianos, inválidos, etc.).

b) Función de cobertura de previsión general: Esta función comprende el régimen legal obligatorio que garantiza a todos los habitantes de un país, un ingreso sustitutivo al momento de retirarse de la vida activa (pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia).

Esta función en la mayoría de los países la administra el Estado, básicamente a través de dos fórmulas:

- Por medio del régimen universal de pensiones que cubre al conjunto de habitantes.
- Por medio de un régimen general de Seguridad Social, con el cual funcionan distintos regímenes especiales a los cuales se encuentran afiliados determinadas categorías de trabajadores (mineros, agricultores, etc.)

Debemos detenernos en este punto para hacer mención a lo que está ocurriendo con este primer pilar en la práctica. En la mayoría de los países en desarrollo los índices de cobertura suelen ser muy inferiores a los de países industrializados, lo que indica que el Estado no es capaz de cumplir cabalmente con la función asistencial.

1.1.3.2. Segundo pilar: Previsión social complementaria.

La función de este segundo pilar apunta a procurar a determinadas categorías de la población, un complemento de la prestación (pensión) concedida por el Estado en cumplimiento de la función asistencial, en caso de interrupción o pérdida de los ingresos, como resultado de una contingencia social.

El enfoque utilizado para realizar la cobertura complementaria es el “colectivo”, en tanto tiene como propósito organizar un sistema de prestaciones (seguro social, cajas o fondos de pensiones, seguros de sectores productivos, etc.) de tipo mutual y solidario, en contraposición con la iniciativa individual de ahorro y seguro que caracteriza al tercer pilar.

El desarrollo de los sistemas de pensiones complementarias es un fenómeno característico de los países industrializados, y cuya evolución se atribuye a que el nivel de las coberturas otorgadas en la práctica por los regímenes públicos de cobertura general, no es siempre el que satisface las aspiraciones individuales. Otro factor es que las clases más acomodadas esperan tener, al momento de pensionarse, un nivel de vida lo más parecido posible al que le permitía su ingreso.

Por lo tanto, los fondos complementarios presuponen la existencia de un modo legal de cobertura general, y una relativa insuficiencia de las prestaciones otorgadas en el marco de la cobertura general.

En la actualidad existen varios modelos de fondos de pensiones complementarias, los que se pueden clasificar principalmente en dos grandes grupos: los fondos complementarios legales u obligatorios y los fondos complementarios voluntarios.

a) Los fondos complementarios legales u obligatorios: Debe entenderse por fondo complementario legal, todo mecanismo colectivo de previsión basado en una Ley que obliga a los trabajadores a afiliarse a una cobertura complementaria.

La tendencia a la institucionalización de la cobertura complementaria se viene manifestando hace apenas unas dos o tres décadas. Se trata de un fenómeno relativamente reciente pero que ha tomado gran fuerza ya que ha significado una mejoría sustancial de las prestaciones.

b) Fondos complementarios voluntarios: Es un modelo de cobertura bastante difundido sobre todo en los países industrializados, en los que de preferencia está organizado en el marco de la empresa o de grupos de empresas e incluso en el campo de las profesiones liberales.

En el aspecto terminológico, se le ha denominado “régimen privado”, en contraposición a los legales u obligatorios que tiene su antecedente en la Ley. No debemos olvidar, en todo caso, que a pesar de ser voluntarios, y tener su fundamento en un contrato y no en la Ley, es ésta la que impone las reglas dentro de las cuales deben funcionar estos modelos, así como la supervisión del Estado en defensa del interés colectivo.

Un término que nos parece adecuado para este tipo de coberturas es el de “régimen contractual colectivo”, dado que su fundamento jurídico se encuentra en los contratos o convenios de trabajo.

El Estado ha estimulado esta tendencia sobre todo a través de importantes beneficios tributarios sobre las cotizaciones, prestaciones y utilidad de las inversiones.

1.1.3.3. Tercer pilar: Previsión personal.

Más allá de la cobertura social establecida por el Estado y por los modos colectivos, legales o voluntarios, que ya hemos descrito, un concepto moderno de Seguridad Social, inserto en una economía de mercado, no puede dejar de considerar modelos de cobertura individual, en los cuales es la propia persona la que toma la responsabilidad de ahorrar para cumplir con sus expectativas de que al término de su vida laboral activa su nivel de ingresos no se vea sustancialmente disminuido.

En la tipología de la previsión sólo se consideran dentro de este modelo los tipos de ahorro individual que cumplen con determinadas características, como un tratamiento fiscal preferencial, o un vínculo entre la edad de retiro y el acceso al ahorro acumulado. No se incluyen los modos genéricos de ahorro individual, como la compra de bienes, la apertura de cuentas de ahorro o la adquisición de títulos representativos de valores, en la medida que el detentador del ahorro no está sujeto a los vínculos mencionados.

La legislación de países como Francia y Estados Unidos nos dan ejemplos de dichos modelos individuales de ahorro-vejez. Debe advertirse que una condición normalmente prescrita por Ley para tener acceso a dichos programas de ahorro-vejez deducibles de impuestos a la renta, es la limitación de los montos que se pueden invertir anualmente.

1.1.4. Seguridad social en Chile.

En el comienzo de los sistemas de seguridad social a nivel mundial, se encuentra la función asistencial y de previsión general dirigida a toda la población. La intervención del Estado, a nivel legislativo e institucional, aparecía como la más apropiada para ejecutar esta función. La aportación privada sólo tenía un rol marginal, y se limitaba, por regla general, a acciones caritativas con diversos grupos de necesitados, como ancianos, minusválidos o huérfanos. Asimismo, solía encontrarse la intervención privada en el primer pilar en las actividades residuales de mutuo socorro en ámbitos gremiales, cuyo papel era el de suplir la carencia de protección estatal. Obviamente, estas situaciones no eran de gran frecuencia, y sólo jugaban un papel muy secundario.

El primer gran intento por asignar a intereses privados una parte importante del proceso de instrumentación de la función de cobertura general, nos atrevemos a decir que a nivel mundial, es la reforma previsional chilena, en vigor desde 1981. Cabe señalar que aún en este sistema privado de administración de fondos de pensiones, los privados comparten responsabilidades con el Estado, ya que este último no sólo entrega el marco jurídico, sino que se reserva la más amplia facultad de control sobre estas instituciones privadas, y además juega un rol importante en cuanto a la entrega de los recursos necesarios para financiar las pensiones mínimas en los casos en que los individuos no han podido capitalizar lo suficiente en sus cuentas.

Pasando al segundo nivel de la estructura de la Seguridad Social, es decir, a los modos de previsión complementarios, se observa un crecimiento de la iniciativa privada. Como ya se indicó, en algunos países el Estado suprime espacios a tal iniciativa institucionalizando las prestaciones complementarias a favor de una gran parte de la comunidad mediante Leyes que crean regímenes complementarios obligatorios.

Es importante señalar que la iniciativa privada puede encontrarse tanto en una fase de constitución del plan complementario, como en la gestión misma del plan lo que incluye la administración de las inversiones de los fondos capitalizados.

En el tercer nivel de la estructura, nos encontramos con que éste es eminentemente privado, por cuanto se trata de previsión individual y voluntaria constituida por mecanismos de ahorro para la vejez

libremente pactados, con referencia a las condiciones prevalecientes en un momento determinado en el mercado.

El actual sistema de seguridad social chileno considera programas de seguros sociales para todas las personas cuyo nivel de remuneraciones o de ingreso sea suficiente para acceder a ellos, y programas asistenciales para quienes se encuentran en una situación de pobreza tal que les impide optar a los primeros. A su vez, cada uno de estos programas tiene el carácter de contingencial o de desarrollo, según si sus correspondientes beneficios están destinados a cubrir determinados hechos o eventos relacionados con la salud, el término o interrupción temporal de la capacidad de trabajo y las responsabilidades familiares, o si propenden a la formación y progreso de las personas.

En el Cuadro N° 1.1.1. se presenta la estructura global del sistema, identificándose como programas destinados a cubrir contingencias sociales las pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia; las prestaciones de salud, incluyendo medicina preventiva y curativa, atenciones por accidentes del trabajo y enfermedad profesional y subsidios por incapacidad laboral; las prestaciones familiares, que consideran las asignaciones familiares, de maternidad y otros beneficios dirigidos a la familia; los subsidios de cesantía; y, otros de carácter asistencial como los programas de alimentación y la atención de menores en situación irregular. A su vez, los programas de desarrollo comprenden, en general, educación, capacitación, crédito, vivienda, deportes y recreación.

En cuanto al tipo de cobertura, en este mismo cuadro se identifican los programas de seguros sociales y los asistenciales. Los primeros, dirigidos a las personas que reciben regularmente una remuneración, estando por tal motivo capacitadas para contratar seguros que las protejan de los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte u otros; y, los segundos, orientados a los sectores más pobres, con el objeto de proporcionarles condiciones mínimas de ingreso, de educación, de salud, de alimentación y de vivienda, lo cual se realiza principalmente a través de pensiones asistenciales, subsidios de cesantía, capacitación laboral, educación gratuita pre-escolar y escolar básica, atención gratuita de salud, alimentación escolar, subsidios habitacionales y atención de menores en situación irregular.

El actual modelo contempla la participación del sector privado en la administración de los programas de pensiones, medicina preventiva y curativa, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y prestaciones familiares. Así, el régimen de pensiones es gestionado por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y Compañías de Seguros de Vida, organizadas jurídicamente como sociedades anónimas; el de medicina preventiva y curativa es administrado por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las que pueden estar constituidas indistintamente como sociedades anónimas o corporaciones de derecho privado sin fines de lucro; y, por último, los regímenes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y de prestaciones familiares, donde participan las Mutualidades de Empleadores y las Cajas de Compensación, respectivamente, ambas con la calidad de corporaciones de derecho privado sin fines de lucro.

La participación estatal en los programas de pensiones corresponde a una situación transitoria¹, estando destinada a atender a los trabajadores afiliados al anterior sistema que optaron por mantenerse en él y a los pensionados que devengan rentas por vejez, invalidez y sobrevivencia en las antiguas Cajas de Previsión. Las funciones correspondientes son realizadas por el Instituto de Normalización Previsional, el que irá gradualmente disminuyendo su población beneficiaria al estar impedido legalmente para incorporar nuevos afiliados. A su vez, el Fondo Nacional de Salud atiende a la población cuyo ingreso no le permite acogerse a los planes de salud de las instituciones privadas.

¹ Con excepción de los regímenes previsionales de Defensa y Carabineros.

Los programas asistenciales son administrados por los Servicios de Salud, la Junta Nacional de Jardines Infantiles, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, el Servicio Nacional de Menores, las Municipalidades y el Servicio de Vivienda y Urbanismo, entre otros.

La relación de los organismos que intervienen en la administración de la seguridad social se presenta en el Cuadro N° 1.1.2., clasificados de acuerdo con los programas en los que participan y la naturaleza pública o privada de la correspondiente institución.

Cuadro N° 1.1.1.

PROGRAMAS		PRESTACIONES Y BENEFICIOS	TIPO COBERTURA
CONTINGENCIALES	Pensiones	- Invalidez - Vejez - Sobrevivencia	Seguros Sociales y Beneficios Asistenciales
	Salud	- Prevención y Curación	
		- Subsidios por Incapacidad Laboral - Accidentes del Trabajo	Seguros Sociales
	Prestaciones Familiares	- Asignación Familiar - Subsidios Maternales - Reposo Hijo Menor	Beneficios Asistenciales
		- Otros Beneficios	Seguros Sociales
	Desempleo	- Subsidios de Cesantía	Beneficios Asistenciales
Otros Beneficios Asistenciales	- Programa de Alimentación - Menores Situación irregular		
DESARROLLO	Educación	- Básica - Media - Especial Adultos	Seguros Sociales y Beneficios Asistenciales
	Crédito	- Crédito Social	Seguros Sociales
	Capacitación	- Programa Empresas	
		- Programas de Becas - Programas Específicos	Beneficios Asistenciales
	Vivienda	- Subsidio Familiar	
Deporte y Recreación	- Escolar - Popular		

Cuadro Nº 1.1.2.

PRESTACIONES Y BENEFICIOS		ENTIDADES GESTORAS	
		PRIVADAS	PUBLICAS ²
Pensiones	- Invalidez - Vejez - Sobrevivencia	- AFP (1) - Cías. de Seguros de Vida	- INP (2)
Salud	- Prevención y Curación	- ISAPRE (3)	- Servicios de Salud - FONASA (4)
	- Subsidios por Incapacidad Laboral	- ISAPRE - CCAF (5)	- Servicios de Salud
	- Accidentes del Trabajo	- Mutualidades	
Prestaciones Familiares	- Asignación Familiar	- CCAF	- INP
	- Subsidios Maternales - Reposo Hijo Menor	- ISAPRE - CCAF	- Servicios de Salud
	- Otros Beneficios	- CCAF	
Desempleo	- Subsidios de Cesantía		- INP
Otros Beneficios Asistenciales	- Programa de Alimentación		- JUNJI (6) - JUNAEB (7)
	- Menores Situación irregular		- SENAME (8)
Educación	- Básica - Media - Especial Adultos	- Establecimientos Educativos Subvencionados	- Establecimientos Educativos Municipales
Capacitación	- Programas empresas	- OTE (9) - OTIR (10)	- SENCE (11)
	- Programas de Becas - Programas Específicos		
Crédito	- Crédito Social	- CCAF	
Vivienda	- Subsidio Habitacional	- Corp. Privadas - AFV (12)	- SERVIU (13)
Deporte y Recreación	- Escolar - Popular		- DIGEDER (14)

(1) Administradoras de Fondos de Pensiones.

(2) Instituto de Normalización Previsional.

(3) Instituciones de Salud Previsional.

(4) Fondo Nacional de Salud.

(5) Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

(6) Junta Nacional de Jardines Infantiles.

(7) Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca

(8) Servicio Nacional de Menores.

(9) Organismos Técnicos de Ejecución de Capacitación.

(10) Organismos Técnicos Intermedios de Capacitación.

(11) Servicio Nacional de Capacitación y Empleo

(12) Administradora de Fondos para la Vivienda

(13) Servicio de Vivienda y Urbanismo.

(14) Dirección General de Deportes y Recreación

Elaboración CIEDESS sobre la base de la legislación vigente.

² No incluye regímenes previsionales de Defensa y Carabineros.

1.1.5. Situación del régimen de accidentes del trabajo.

La primera disposición que es posible encontrar en nuestro país referente a accidentes del trabajo, data de 1916, y estableció prestaciones médicas y económicas en beneficio de un trabajador que sufre un accidente en cumplimiento de sus funciones. La disposición establece, como consecuencia de lo anterior, la responsabilidad del empleador por esta contingencia. Se reemplazó así la antigua responsabilidad del trabajador, que lo llevaba a demandar a su empleador para obtener alguna indemnización, en juicios largos y de alto costo, y muy fáciles de ganar por parte de este último, ya que quien debía probar la culpa del empleador era justamente el trabajador, sobre el cual recaía el peso de la prueba, además de que la inmensa mayoría de los accidentes se producen por caso fortuito y no por culpa del empleador.

La disposición aludida, y una posterior, de 1924 que incluyó dentro de esta responsabilidad del empleador las enfermedades profesionales y suprimió el sistema de juicios en los tribunales para exigir el pago de indemnizaciones, hacen nacer la teoría del “riesgo profesional”, permitiendo la creación de un seguro de carácter privado, voluntario y mercantil, en el cual los organismos que otorgaban la cobertura eran las compañías de seguros.

La misma Ley en cuestión creó un fondo de garantía de cargo del empleador que no hubiese contratado el seguro, para poder hacer frente a las contingencias que afectasen a sus trabajadores.

Como podemos apreciar, esta etapa del sistema de accidentes del trabajo se inserta en lo que hemos descrito como tercer pilar de la Seguridad Social, por cuanto el Estado no otorgaba prestación mínima alguna, y no existía cobertura complementaria, sino sólo un ahorro privado y voluntario para hacer frente a las posibles contingencias que podían interrumpir o incluso terminar con la vida laboral activa de un trabajador.

Recién en 1924, la Ley N° 4.055 esboza un incipiente traslado del sistema hacia el segundo pilar, por cuanto obliga, por primera vez a la constitución de un fondo de garantía, aún de cargo del empleador, pero ya no voluntario como lo sigue siendo la contratación del seguro.

Con el correr del tiempo, los empleadores se dieron cuenta que no sólo bastaba con reparar los daños, sino que era muy importante el desarrollar mecanismos de prevención de riesgos, por lo que a principios de los años 60 nacen las tres instituciones mutuales que hasta hoy existen, las cuales además de su labor de prevención, desarrollan la tarea de entregar prestaciones médicas y económicas para que el trabajador recuperase su estado de salud y no viese interrumpido su ingreso.

Así nació en 1968 el actual sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que sitúa al régimen en el segundo pilar de la estructura de la previsión por cuanto el Estado participa en el sistema en lo que respecta a la creación del plan, permitiendo la administración a entes privados - mutualidades de empleadores- como al propio Estado (INP y Servicios de Salud). Por otra parte, la afiliación ya no es voluntaria para los empleadores, los que se ven obligados a afiliarse a una mutual o al INP con lo que el sistema se sitúa, dentro del segundo pilar, como parte integrante del modelo de los fondos complementarios legales u obligatorios.

Queda siempre la posibilidad que el empleador quiera ir más allá en la búsqueda de cobertura, y contrate una póliza de responsabilidad civil en una compañía de seguros, para hacer frente a las obligaciones con el trabajador que el seguro contra accidentes del trabajo no cubra, como el daño moral y el lucro cesante, lo que da cabida al actual sistema, nuevamente en el tercer pilar.

1.2. Evolución sistema mutuales.

1.2.1. Antecedentes históricos.

En el contexto del ordenamiento jurídico de la época y al amparo de una disposición incluida en el Código del Trabajo de 1925, nacen, a fines de la década del 50 y primeros años de la del 60, las tres agrupaciones empresariales denominadas Mutualidades de Empleadores; entidades de carácter gremial, no lucrativas, basadas en el principio de la solidaridad de sus miembros, que también podían, mediante un contrato de seguro, cubrir los riesgos laborales.

De esta forma, con la inspiración en el modelo de los Mutuos Españoles, en 1958 se crea la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). La primera mutualidad es iniciativa de los empresarios agrupados en la Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA) y la Asociación de Industriales Metalúrgicos (ASIMET), mientras que la segunda surge auspiciada por la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua (ASIVA); cinco años más tarde, la Cámara Chilena de la Construcción crea la Mutual de Seguridad (MS).

Las Mutualidades nacieron con una orientación y vocación por entero diferentes a las de sus competidores, las Compañías de Seguros. Su misión principal era evitar la ocurrencia del accidente del trabajo y la enfermedad profesional, no sólo por factores o razones económicas, sino por una concepción ética y social del trabajo y del trabajador. Sus esfuerzos se volcaron hacia la prevención de los riesgos del trabajo, marcando un nuevo rumbo prácticamente desconocido o, por lo menos, no abordado en el país de manera responsable y sistemática hasta que estas organizaciones iniciaron sus funciones.

El cambio que trajo consigo esta nueva concepción preventiva del riesgo profesional, sus positivos resultados frente a la siniestralidad histórica, unidos a la moderna tendencia impulsada por la OIT que concibe al seguro como una prestación social, motivaron la dictación de la Ley N° 16.744.

1.2.2. Prestaciones.

Las contingencias cubiertas por este régimen son las siguientes:

- Accidentes del trabajo, que corresponde a lesiones incapacitantes que se sufra a consecuencia o con ocasión del trabajo y que provocan al afectado incapacidad o muerte.
- Accidentes del trayecto, definido como aquél que tiene lugar en el itinerario directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo.
- Enfermedades profesionales, que son las causadas de manera directa por la profesión o el desempeño laboral y que producen incapacidad o muerte.
- Accidentes sufridos por los dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.

Las prestaciones que otorgan comprenden:

- Prestaciones económicas a los trabajadores incapacitados en forma temporal o permanente, a causa o con ocasión de un accidente o enfermedad de origen laboral y pago de pensiones de viudez y orfandad a los deudos del trabajador fallecido a causa o con ocasión del trabajo.

- Acciones sistemáticas para prevenir la ocurrencia de los riesgos laborales en las empresas adherentes.
- Atención o cobertura médica integral, incluyendo rehabilitación y reeducación profesional a los trabajadores que sufren accidentes o enfermedad profesional

1.2.3. Financiamiento.

El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con los aportes de cargo del empleador que son los siguientes:

- Cotización básica general del 0,9%³ del total de las remuneraciones imponibles;
- Cotización adicional diferenciada en función de la actividad económica y riesgo de la empresa. El máximo es del 3,4%, pudiendo duplicarse si la entidad empleadora exhibe una tasa de riesgo sobre el nivel correspondiente a la respectiva actividad; y,
- Con las multas, intereses y reajustes aplicados a los empleadores que se atrasan en sus cotizaciones.

A lo anterior se agregan ingresos extrafuncionales, producto de la rentabilidad de inversiones en el mercado de capitales y de la utilidad por la inversión de los fondos de reserva, contemplándose, adicionalmente, la venta de servicios hospitalarios o atención de pacientes privados.

La cotización básica del 0,9%, que si bien es cierto constituye el instrumento para que empresas de mayor nivel de remuneraciones imponibles o de mayor cantidad de trabajadores contribuyan a financiar a las unidades de menor tamaño o a las que pagan remuneraciones más bajas, representa, en la práctica, el precio mínimo de entrada al sistema.

1.2.4. Administración.

Toda entidad empleadora está obligada a asegurar a sus trabajadores contra los riesgos laborales, para lo cual puede elegir entre dos tipos de entidades participantes del sistema o por la modalidad de administración delegada.

- Mutualidades de Empleadores, que son entidades privadas sin fines de lucro;
- Sistema estatal: administrado por el Instituto de Normalización Previsional (INP) que capta las cotizaciones y paga indemnizaciones y pensiones; el Sistema Nacional de Servicios de Salud que otorga las prestaciones médicas y de prevención de riesgos; y, el Fondo Nacional de Salud que paga los subsidios correspondientes; y,
- Sistema de administración delegada o autoseguro, que puede ser elegida cuando la empresa ocupa más de dos mil trabajadores en forma permanente, para lo cual debe contar con servicios médicos y de prevención de riesgos de propiedad de la empresa.

La segunda de las opciones es utilizada principalmente por microempresas, beneficiarios de alta dispersión y atonicidad, y empresas de reciente creación que, por el sólo ministerio de la Ley, se adhieren automáticamente al INP.

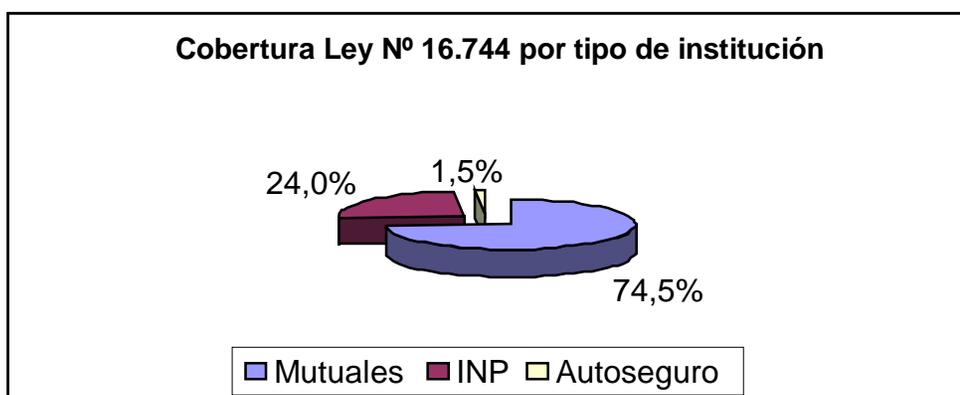
³ Esta cotización tiene un recargo de 0,05%, por el período comprendido entre el 1/04/1998 y el 31/08/2004 por expresa indicación de la ley N° 19.578 del 19 de julio de 1998.

La administración delegada es de carácter excepcional y es aplicada por las empresas compuestas por grandes conglomerados, estatales muchos de ellos, del sector minero y que, de acuerdo a su escala de operaciones, concentración de masa y/o ubicación geográfica apartada de los centros urbanos, les resulta más ventajosa la alternativa de crear y mantener el autoseguro.

En este último caso, la empresa transfiere al INP el 5% de la cotización que le habría correspondido pagar si no fuera administradora delegada, con el objeto de financiar las pensiones ocasionadas por los accidentes del trabajo y/o enfermedades profesionales.

A 1998 sólo 11 empresas con un total de 35.389 trabajadores se encontraban en el sistema de autoseguro, que representa un 1,5% de la cobertura del sistema, según se observa en el Gráfico No. 1.2.1.

Gráfico No.1.2.1.



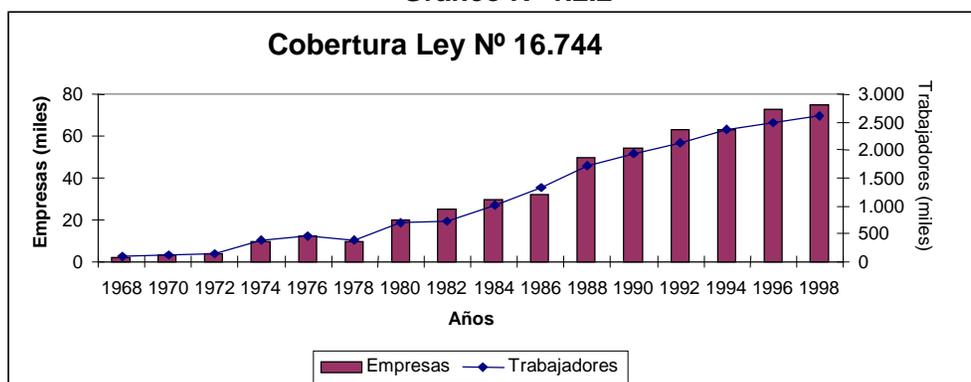
1.2.5. Indicadores.

Con el fin de dimensionar el ámbito en que se desenvuelve el sistema de accidentes del trabajo, a continuación se presentan una serie de indicadores relacionados con trabajadores y empresas, tasa de cotización, tasa de accidentabilidad; remuneraciones de los trabajadores adherentes; siniestralidad; pensiones; subsidios por incapacidad laboral y estados financieros.

1.2.5.1. Empresas y trabajadores.

El Gráfico Nº 1.2.2 muestra la evolución que ha tenido el sistema mutual respecto a los trabajadores y empresas cotizantes incorporados al sistema.

Gráfico Nº 1.2.2

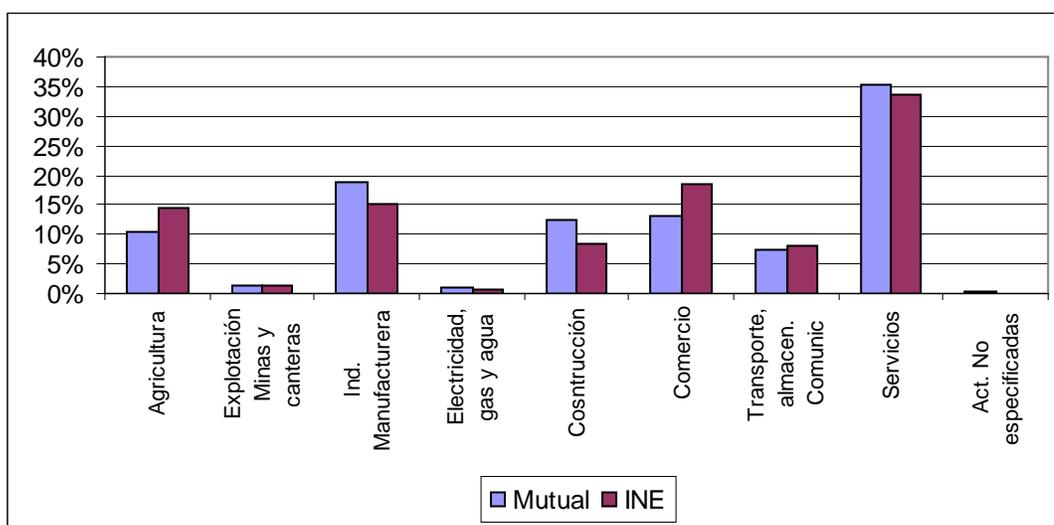


El gráfico anterior permite apreciar el constante crecimiento de la cobertura de este sistema.

Cabe recordar, que el sistema mutuales es administrado por tres instituciones: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad C. Ch. C. e Instituto de Seguros del Trabajo (IST), cuya participación respecto de las empresas adherentes es: 47%; 26% y 27% respectivamente. Sin embargo, en relación a los trabajadores la participación de cada una de estas entidades es: 51%, 35% y 14%; observándose una relación de 37,9 trabajadores por empresa en el caso de ACHS; de 45,9% en el caso de la Mutual C.CH.C y de 18, 5 en el IST.

Esta estructura de participación de mercado indica una alta concentración de la industria. Es así como sólo una entidad cuenta con el 50% del mercado de empresas y trabajadores.

Gráfico No. 1.2.3
Estructura sectorial de mercado de mutuales



Por otra parte, en el Gráfico N° 1.2.3 se observa una distribución homogénea de trabajadores pertenecientes al sistema en cuanto a las actividades económicas de las empresas, si se compara con la distribución de la población económicamente activa de la encuesta INE.

1.2.5.2. Tasa de cotización.

El precio que cobran las mutuales por el servicio que entregan se expresa como una tasa de cotización aplicada sobre el salario imponible de todos los trabajadores de una misma empresa. Esta tasa de cotización al sistema está compuesta por una tasa básica del 0,9% y una tasa adicional que depende del sector de actividad económica en que se desenvuelve la empresa.

Sobre la base de la tasa de riesgo, medida como los días anuales perdidos por cada 100 trabajadores, las empresas pueden solicitar, después de un período de evaluación de dos años, la rebaja en la tasa de cotización o bien se les aumentará en el caso que la tasa de riesgo sea creciente.

La tasa de cotización básica y la adicional según sector de actividad es la siguiente:

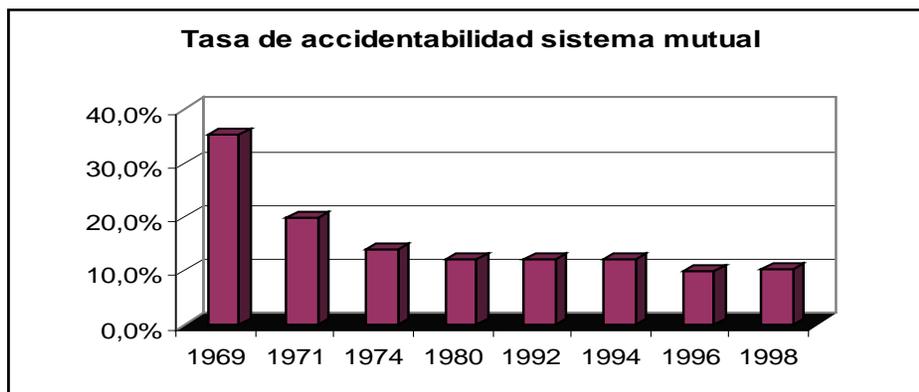
Sector de actividad económica	Tasa de cotización %
Básica	0,9 ⁴
Adicional:	
- Agricultura, caza, silvicultura y pesca	1,70
- Explotación minas y canteras	3,40
- Industrias manufactureras	1,70
- Construcción	2,55
- Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios	1,70
- Comercio	0,00
- Transporte, almacenaje y comunicaciones	2,55
- Servicios	0,00

Esta estructura de tasa de cotización no considera inicialmente el elemento de riesgo asociado a cada empresa en particular, aspecto que afecta especialmente a las empresas con mayor desarrollo tecnológico.

1.2.5.3. Tasa de accidentabilidad.

Uno de los objetivos de estas entidades es el control sobre la tasa de accidentabilidad para que ella disminuya. La evolución de este indicador se muestra en el Gráfico No. 1.2.4:

Gráfico No. 1.2.4



Se estima que las actividades de prevención desarrolladas y los cursos de capacitación impartidos son la causa de la disminución de esta tasa desde niveles superiores al 30% en la década del 70 a niveles inferiores al 10% en el último año.

En todo caso es necesario tener presente que también incide en esta disminución, el nivel de desarrollo tecnológico que han adoptado las empresas.

⁴ Como se señaló en Nota (3) esta cotización tiene un recargo de 0,05% por el período comprendido entre el 1/04/1998 y el 31/08/2004 por expresa indicación de la ley N° 19.578 del 19 de julio de 1998.

Los antecedentes correspondientes al año 1998 por tipo de entidad, respecto de la tasa de accidentabilidad se muestran en el cuadro N° 1.2.1 :

Cuadro No.1.2.1
Tasa de accidentabilidad por actividad económica y entidad

	ACHS	C.CH.C	IST	Total
Agricultura	12,28	8,19	19,3	11,94
Explotación Minas y canteras	6,09	4,47	19,12	5,69
Ind. Manufacturera	13,72	11,28	20,44	14,2
Electricidad, gas y agua	11,17	4,32	9,21	8,37
Construcción	17,46	11,13	25,16	14
Comercio	8,99	6,82	15,47	9,49
Transporte, almacén, Comun.	13,45	8,79	16,39	12,81
Servicios	6,89	4,66	11,05	6,61
Act. No específicas	8,87	3,61	14,29	5,07
Total	10,29	7,92	16,61	10,36

1.2.5.4. Remuneraciones.

Las remuneraciones imponibles media mensuales de los trabajadores cotizantes a las mutuales por sector de actividad se muestran en el Cuadro No.1.2.2

Cuadro No. 1.2.2
Remuneraciones trabajadores mutuales
Diciembre 1998

Sector de actividad	Número de trabajadores	Remuneración imponible total M\$	Remuneración media mensual \$
Agricultura	274.790	498.531	151.185
Explotación Minas y cantera	32.724	193.366	492.416
Ind. Manufacturera	493.820	1.587.468	267.889
Electricidad, gas y agua	27.515	139.627	422.881
Construcción	325.035	891.807	228.644
Comercio	346.082	1.052.308	253.386
Transporte, almacén, Comun.	189.954	559.727	245.554
Servicios	918.436	3.300.157	299.436
Act. No específicas	4.493	44.998	834.595
Total	2.612.849	8.267.989	263.696

Se observa que el sistema de mutualidades tiene una población afiliada de mejor calidad que el total de trabajadores dependientes del país, por cuanto la remuneración media de éstos alcanzó a \$ 223.800 para el mismo mes.

1.2.5.5. Siniestralidad.

La siniestralidad del sistema mutuales, medida como el número de accidentes ocurridos ya sea del trabajo o considerados como enfermedad profesional, se presenta en los cuadros siguientes para el año 1998, clasificados según la consecuencia producida.

Cuadro No. 1.2.3
Número de accidentes del trabajo según consecuencia y entidades

Consecuencia	ACHS	C.CH.C	IST	Total	Distribución porcentual
Sin derecho a licencia	35.077	15.026	12.677	62.780	19,8%
Incapacidad temporal	136.923	68.248	49.259	254.430	80,1%
Invalidez parcial	80	28	23	131	0,0%
Invalidez total	44	3	12	59	0,0%
Gran invalidez	6	3	3	12	0,0%
Muerte	177	111	51	339	0,1%
Total	172.307	83.419	62.025	317.751	100,0%

Cuadro No.1.2.4
Número de enfermedades profesionales según consecuencia y entidades

Consecuencia	ACHS	C.CH.C	IST	Total	Distribución porcentual
Sin derecho a licencia	2.049	341	299	2.689	46,1%
Incapacidad temporal	1.200	1.054	790	3.044	52,2%
Invalidez parcial	70	0	14	84	1,4%
Invalidez total	9	0	2	11	0,2%
Gran invalidez	1	0	0	1	0,0%
Muerte	0	0	0	0	0,0%
Total	3.329	1.395	1.105	5.829	100,0%

En ambos cuadros es posible apreciar la alta participación de los siniestros referidos a incapacidad temporal, lo que fundamenta las acciones de rehabilitación que ejercen estas entidades.

1.2.5.6. Pensiones.

Los antecedentes relativos a pensiones pagadas por el sistema de accidentes del trabajo, se presentan en los cuadros siguientes, desglosado por tipo de pensión y entidad, para los años 1995 a 1998.

Cuadro No. 1.2.5a
Número y monto pensiones acc. de trabajo y enfermedades profesionales por tipo

Tipo de pensión	1995			1996		
	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$
Inv. Parcial	10.429	9.965.110	79.627	10.507	11.254.245	89.260
Inv. Total	2.124	2.935.700	115.180	2.211	3.272.353	123.336
Gran Inv.	339	437.934	107.653	353	516.069	121.829
Viudez	9.577	4.740.477	41.249	9.943	5.654.303	47.389
Orfandad	7.254	1.681.678	19.319	7.491	2.004.444	22.298
Asistencial	617	238.719	32.242	591	264.843	37.344
Total	30.340	19.999.618	54.932	31.096	22.966.257	61.547

Cuadro No. 1.2.5b
Número y monto pensiones acc. de trabajo y enfermedades profesionales por tipo

Tipo de pensión	1997			1998		
	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$
Inv. Parcial	13.362	13.972.306	87.140	10.578	12.922.185	101.801
Inv. Total	2.437	2.497.941	85.417	2.491	4.065.473	136.005
Gran Inv.	356	372.734	87.250	374	674.117	150.204
Viudez	10.136	6.789.049	55.816	10.441	7.034.005	56.141
Orfandad	7.594	2.320.684	25.466	7.706	2.331.090	25.209
Asistencial	579	278.630	40.102	555	293.419	44.057
Total	34.464	26.231.344	63.427	32.145	27.320.289	70.826

Cuadro No.1.2.6
Pensiones sistema AFP (1998)

Tipo de pensión	Número	Monto promedio \$
Invalidez total	20.165	128.154
Invalidez parcial	1.833	92.069
Viudez	41.799	71.500
Orfandad	44.945	25.470

Si se comparan los montos promedios de las pensiones pagadas por el sistema de accidentes del trabajo con las del sistema de AFP, para el año 1998, se observan valores similares en ambos sistemas.

Cuadro No.1.2.7a
Número y monto pensiones acc. de trabajo y enfermedades profesionales por entidad pagadora

Institución	1995			1996		
	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$
INP	15.854	11.802.222	62.036	15.852	13.151.640	69.138
ACHS	6.083	3.543.954	48.550	6.321	4.343.867	57.268
C.CH.C.	6.080	3.510.984	48.122	6.538	4.098.035	52.234
IST	2.323	1.142.458	40.984	2.385	1.372.715	47.963
Total	30.340	19.999.618	54.932	31.096	22.966.257	61.547

Cuadro No.1.2.7b
Número y monto pensiones acc. de trabajo y enfermedades profesionales
por entidad pagadora

Institución	1997			1998		
	Número	Monto	Monto Promedio \$	Número	Monto M\$	Monto Promedio \$
INP	18.781	14.835.180	65.825	15.749	14.886.133	78.768
ACHS	6.642	4.761.775	59.743	6.882	5.081.571	61.531
C.CH.C.	6.712	512.672	63.663	7.084	5.818.791	68.450
IST	2.329	1.506.717	53.911	2.429	1.533.848	52.623
Total	34.464	26.231.344	63.427	32.144	27.320.289	70.828

En este cuadro se observa que el mayor número de pensiones se concentra en el INP como consecuencia de su historia en el sistema, a su vez se observan valores más altos en los montos promedios de las pensiones, lo cual está directamente relacionado con el pago de pensiones de las empresas con administración delegada.

1.2.5.7. Subsidio por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En cuanto a los subsidios pagados por el sistema, el cuadro No.1.2.8 muestra los antecedentes de número de subsidios iniciados, número de días pagados y el monto correspondientes para los años 1996 a 1998 por institución.

Cuadro No. 1.2.8a
Número días y monto de los subsidios por accidentes del trabajo y enfermedades
profesionales

Institución	1996				
	Subsidios Iniciados	Días pagados	Monto \$	Días promedio anual	Monto Promedio \$
ACHS	133.614	1.807.282	10.953.087	13,5	6.061
C.CH.C	98.762	1.503.794	9.371.610	15,2	6.232
IST	55.011	696.216	3.766.442	12,7	5.410
INP	9.895	337.135	1.258.570	34,1	3.733
Total	297.282	4.344.427	25.349.709	14,6	5.835

Cuadro No. 1.2.8b
Número días y monto de los subsidios por accidentes del trabajo y enfermedades
profesionales

Institución	1997				
	Subsidios Iniciados	Días pagados	Monto \$	Días promedio anual	Monto promedio \$
ACHS	144.731	1.925.104	12.954.524	13,3	6.729
C.CH.C	62.983	1.411.021	11.609.540	22,4	8.228
IST	53.746	695.904	4.105.062	12,9	5.899
INP	9.683	324.412	1.431.396	33,5	4.412
Total	271.143	4.356.441	30.100.522	16,1	6.909

Cuadro No. 1.2.8c
Número días y monto de los subsidios por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Institución	1998				
	Subsidios Iniciados	Días pagados	Monto \$	Días promedio anual	Monto promedio \$
ACHS	138.513	1.778.511	11.899.748	12,8	6.691
C.CH.C	46.534	898.023	9.412.086	19,3	10.481
IST	49.766	651.431	4.043.891	13,1	6.208
INP	9.515	312.492	1.371.734	32,8	4.390
Total	244.328	3.640.457	26.727.459	14,9	7.342

De las cifras del Cuadro N° 1.2.8, se observa que el promedio de días mensuales de subsidios es 1,27 como promedio de los tres años. Este promedio es similar al de otros sistemas de salud, como es el caso de las Isapres, cuyo valor es 0,95 días mensuales para los años 1998 y 1999. Cabe destacar, la amplia diferencia que existe entre el promedio de días de subsidio en el sistema de mutuales en relación con el INP, lo cual distorsiona el análisis de los promedios.

A su vez, el costo promedio de subsidios es \$ 7.342 para el año 1998, cifra que representa un 2,8% del salario medio. Cabe señalar, que en el caso de los servicios de salud el monto promedio, de los subsidios por enfermedad común alcanza a \$ 4.141 y en las CCAF a \$ 5.765 para el año 1998.

1.2.5.8. Estados financieros.

El Cuadro No.1.2.9. presenta el Balance General y Estados de Resultados del sistema de mutualidades para el ejercicio 1998.

Cuadro No 1.2.9
Estados Financieros
Diciembre 1998

Balance General		
	MM\$	%
Activos		
Activo circulante	43.474	17,5%
Activos fijos	172.893	69,7%
Otros activos	31.616	12,7%
TOTAL ACTIVOS	247.983	100,0%
Pasivos		
Pasivo circulante	22.827	9,2%
Pasivos largo plazo	99.454	40,1%
Patrimonio	109.893	44,3%
Excedente	15.809	6,4%
TOTAL PASIVOS	247.983	100,0%
Estados de resultados		
Ingresos operacionales	163.453	100,0%
Ingresos por cotización básica	78.607	48,1%
Ingresos por cotización adicional	81.251	49,7%
Otros	3.595	2,2%
Egresos operacionales	153.994	100,0%
Subsidios	26.553	17,2%
Indemnizaciones	2.397	1,6%
Pensiones	13.109	8,5%
Prestaciones médicas	70.434	45,7%
Prevención	20.679	13,4%
Gastos de administración	14.335	9,3%
Fondo para pensiones vigentes	5.561	3,6%
Otros	926	0,6%
RESULTADO OPERACIONAL	9.459	6,1%
Ingresos no operacionales	23.468	100,0%
Egresos no operacionales	17.119	100,0%
RESULTADO NO OPERACIONAL	6.349	100,0%
EXCEDENTE O DEFICIT EJERCICIO	15.808	

El Balance General presenta incluido en su pasivo y patrimonio, las reservas por el equivalente a M\$ 103.048, que están constituidas para cubrir su obligación con los beneficiarios. Esto nace de la normativa que establece en su artículo 19 que las mutuales deberán formar una reserva de eventualidad no inferior al 2% ni superior al 5% del ingreso anual. A su vez, el artículo 20 establece que en el Estatuto Orgánico deberá considerarse que estas instituciones formen, además, de la

reserva de eventualidades a que se refiere el artículo 19, una reserva adicional para atender el pago de las pensiones y sus futuros reajustes.

Cabe señalar, que la reserva de eventualidades representa un 2,7% del patrimonio y las adicionales un 40% del total de pasivos.

Sin embargo, en lo relacionado con los instrumentos de inversión que respaldan estas reservas, no se encuentran adecuadamente normados. En efecto, las inversiones de estas reservas se muestran en el balance, en el activo circulante representando sólo un 4,3% del total de las reservas.

En cuanto, al Estado de Resultados, se aprecia que éste es excedentario en MM\$ 15.800 lo que significa un 14,3% de rentabilidad sobre el patrimonio, porcentaje que se considera razonable para este tipo de entidad.

Por su parte, los gastos de prestaciones médicas, prevención y de administración representan un 68,4% del costo total y, por consiguiente, se estima que este porcentaje no despreciable, no tiene relación con los salarios imponibles. Esta situación podría sustentar una proposición para el cambio de criterio en el cobro del precio de las mutuales. Sin embargo, se debe tener presente el carácter solidario que puede tener implícito esta modalidad de cobro.

1.3. Informe en Derecho comparado: Los regímenes de protección de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

1.3.1. Situación en América del Norte, Centro y Sur.

A) ARGENTINA.

Legislación vigente:

- Ley Nº 24.457, de 13 de septiembre de 1995, con entrada en vigencia el 1 de julio de 1996.
- Decretos reglamentarios Nº 170/96, 334/96 y 585/96.

Campo de aplicación: asalariados de los sectores privado y público nacional, provincial y municipal.

La Ley exige a todo empleador contratar un Seguro de accidentes del trabajo en las ART "Aseguradoras de Riesgos del Trabajo". En algunos casos, las empresas pueden autoasegurarse.

Queda excluido el personal doméstico.

Financiamiento: El costo íntegro es de cargo del empleador, ya sea a través del pago de primas de seguros en las ART, o entregando directamente la prestación, en el caso de las empresas autoaseguradas.

Prestaciones: Para calcular el nivel cuantitativo de las prestaciones es necesario establecer el ingreso base del trabajador, que es el equivalente a la suma de las remuneraciones sujetas a cotización en los últimos 12 meses, dividida por el número de días comprendidos en el período considerado. Su valor mensual se obtiene multiplicando esta suma por 30,4.

a) Incapacidad laboral temporal: Prestación de pago mensual igual al 100% del ingreso base. Los primeros 10 días son de cargo del empleador, y el resto de cargo de la ART.

b) Incapacidad permanente parcial: Prestación de pago mensual del 70% del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad; si la misma es inferior a 20%, la indemnización es de pago único, con un máximo de US\$ 55.000, multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Si el porcentaje es mayor de 20% y menor del 66%, una renta periódica del 70% del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad.

c) Incapacidad permanente total: Mientras es provisoria, 70% del ingreso base. Cuando es declarada definitiva, a la provisoria se le suma una renta mensual que no supere los US\$ 55.000.

d) Pensiones de sobrevivencia: Los beneficiarios podrán acceder tanto a la pensión de sobrevivencia del régimen previsional, como a una pensión por concepto de la Ley de accidentes del trabajo, consistente en un pago mensual igual a la pensión por incapacidad permanente total definitiva.

e) Otras prestaciones: Asistencia médica, farmacéutica; prótesis y ortopedia; rehabilitación, recalificación profesional y expensas funerarias.

Administración: Los fondos y las prestaciones del sistema son administrados por la Caja de accidentes del trabajo de la Dirección Nacional de Protección Social, del Ministerio de Trabajo y Seguridad social.

B) BAHAMAS.

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes e independientes, excluidos miembros de la familia ocupados en empresa familiar.

Financiamiento: de cargo del empleador, equivalente al 2 % del salario del trabajador. En el caso del trabajador independiente, éste debe cotizar el 4 % de su renta. No existen subsidios estatales.

Prestaciones:

a) Por incapacidad temporal: 66,66 % del salario semanal cubierto.

b) Por incapacidad permanente: igual que para las prestaciones por incapacidad temporal, si la incapacidad permanente es del 100 %, reducida proporcionalmente por la incapacidad parcial (25% o menos).

c) Prestaciones a los sobrevivientes: 50% de la pensión del asegurado, pagadera a la viuda mayor de 40 años, o menor incapacitada para ejercer alguna actividad remunerada, o con hijo a cargo menor de 16 años. También pagadera al viudo mayor de 40 años.

Para los hijos, una pensión de US\$ 9,00 a la semana, y de US\$ 12,00 si es mayor de 12 años y es estudiante o inválido.

Para la madre o padre a cargo, 50% de la pensión si no hay otros beneficiarios con mejor derecho.

Administración: Quien tiene a su cargo el funcionamiento del sistema es la Dirección del Seguro Nacional, que depende del Ministerio de la Vivienda y el Seguro Nacional.

C) BARBADOS.

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes, incluyendo empleados públicos, y pescadores remunerados por repartición de la pesca.

Quedan excluidos los trabajadores independientes.

Financiamiento: El empleador debe pagar un monto equivalente al 0,25 % del total de su planilla, con un mínimo de US\$ 21 y un máximo de US\$ 715 semanales.

Prestaciones:

a) Prestaciones por incapacidad temporal: 90% del promedio de los ingresos, pagadera hasta por un período de 52 semanas.

b) Prestaciones por incapacidad permanente: 90% del promedio de los ingresos si la incapacidad es total. Si la incapacidad es parcial, se entrega un porcentaje de la pensión íntegra, proporcional al grado de incapacidad, entre 30 y 99%. Si la incapacidad es inferior al 30%, se entrega una suma alzada.

c) Prestaciones médicas: Reembolso por gastos de tratamientos médicos, quirúrgicos, dentales y hospitalizaciones, asistencia de enfermeras, medicamentos, prótesis y transporte.

d) Prestaciones de sobrevivencia: 50% de la pensión por incapacidad permanente pagadera a la viuda o al viudo inválido dependiente.

Para los hijos se ha establecido una pensión de 16,66% de la pensión del asegurado por cada hijo menor de 16 años, y de 33,33% si es huérfano de padre y madre o es inválido. En todo caso, las pensiones de los beneficiarios en conjunto, no pueden exceder el 100% de la pensión del causante.

Administración: el sistema está a cargo de la Oficina del Gabinete, la que tiene el control general, y de la Oficina Nacional del Seguro, que se encarga de la administración de las prestaciones en dinero.

D) BOLIVIA.

Campo de aplicación: todos los trabajadores. Existen regímenes especiales para los trabajadores bancarios, personal militar, choferes, ferroviarios, petroleros, entre otros.

Financiamiento: el empleador debe enterar el 1,5% de la planilla. No existe ningún tipo de subsidio estatal.

Prestaciones:

a) Prestaciones por incapacidad temporal: 90% de los ingresos en caso de accidente del trabajo, y 75% en caso de enfermedad profesional.

b) Prestaciones de invalidez: Pensión por incapacidad permanente, equivalente al 55% del promedio de los ingresos cubiertos de los 12 meses anteriores a la incapacidad.

Incapacidad parcial: un porcentaje de la pensión total proporcional al grado de incapacidad. Se contempla una indemnización equivalente a cuatro años de pensión en caso de incapacidad de 11 a 25%.

c) Prestaciones médicas: se asegura al trabajador la asistencia médica, quirúrgica y dental necesaria, así como la hospitalización, medicamentos, prótesis, rehabilitación. Estas prestaciones tienen una duración máxima de 52 semanas.

d) Prestaciones de sobrevivencia: 40% de la pensión del asegurado, pagadera a la viuda, o al viudo dependiente. 20% de la pensión del asegurado por hasta dos hijos menores de 19 años, y 50% en caso de que sean 3 ó más hijos.

Administración: El control general del sistema es responsabilidad del Ministerio de Seguridad social y Salud Pública. A través de éste opera el Instituto Boliviano de Seguridad Social, que es el organismo encargado de la coordinación, planificación, control y evaluación del programa. En cuanto a la administración misma del programa, ésta ha sido dejada en manos de la Cajas de salud y los fondos de pensiones.

E) BRASIL.

Legislación vigente:

- Ley Nº 3.724, de 15 de Enero de 1919, sobre accidentes del trabajo.
- Decreto Ley Nº 7.036 de 10 de Enero de 1944, sobre enfermedades profesionales.

Campo de aplicación: trabajadores dependientes (también conocidos como trabajadores por cuenta ajena), y asegurados especiales. No se contemplan los empleados públicos, para quienes existen regímenes especiales.

Financiamiento: de cargo del empleador, quien debe pagar primas del 1, 2 ó 3% de su planilla, dependiendo del grado de riesgo. Las cotizaciones tienen un límite máximo de 10 salarios mínimos.

Prestaciones: La Ley cubre todos los accidentes del trabajo, incluyendo el accidente "*in itinere*", y las enfermedades profesionales.

a) Prestaciones por incapacidad temporal o enfermedad: 91% de los ingresos cubiertos el día del accidente.

b) Prestaciones por invalidez: la pensión por incapacidad permanente alcanza al 100% de los ingresos cubiertos el día del accidente, más un suplemento por asistencia permanente del 25% de la pensión.

En caso de incapacidad parcial, la pensión alcanza al 40% de los ingresos cubiertos el día del accidente, más una prestación suplementaria equivalente al 20 % de los ingresos si el accidente perjudica la capacidad de trabajo normal.

c) Prestaciones médicas: Consistentes en tratamientos médicos y odontológicos, hospitalización, medicamentos, rehabilitación y transporte.

d) Prestaciones a los sobrevivientes: 100% de los ingresos del difunto, que hayan estado cubiertos el día del accidente, dividido por partes iguales entre los sobrevivientes con derecho.

Administración: el encargado del control general del sistema es el Ministerio de Seguridad Social. Por su parte el Instituto Nacional de Seguridad Social se encarga de administrar las prestaciones en dinero. En el caso de las prestaciones de salud, éstas dependen del Ministerio de Salud.

F) CANADÁ.

Campo de aplicación: Asalariados de industria y comercio, con algunas diferencias dependiendo de la provincia. Existen regímenes especiales para marineros mercantes y empleados de los gobiernos federal y provinciales, Yukón y territorios del Noroeste.

Quedan excluidos los agricultores y personal doméstico, y los empleados bancarios salvo en Quebec.

Financiamiento: el empleador debe asumir todo el costo, mediante cotizaciones que varían según el grado de riesgo de la industria (en algunas provincias las grandes empresas pueden autoasegurarse). Estas cotizaciones tienen un límite máximo que varía de los US\$ 27.000 a los US\$ 52.500, dependiendo de la región.

Prestaciones :

a) Prestaciones por incapacidad temporal: 90% de los ingresos netos en la mayoría de las provincias, y 75% de los ingresos netos en la Columbia Británica, Nueva Escocia, Isla del Príncipe Eduardo y Yukón.

La prestación mínima va de US\$ 0 a US\$ 317, según la provincia.

b) Prestaciones de invalidez: la pensión por incapacidad permanente va del 75 al 90% de los ingresos, según la provincia, si la incapacidad es total.

En el caso de la incapacidad parcial, se paga una proporción de la pensión completa, correspondiente al deterioro de la capacidad de trabajo. Si se da el caso que la incapacidad sea inferior al 10%, dicha proporción se pagará por una vez como suma alzada.

c) Prestaciones médicas: Servicio médico quirúrgico, de enfermería y hospitalario, medicamentos y prótesis, en todas las provincias.

d) Prestaciones a los sobrevivientes: Se les entrega una pensión que va desde los US\$ 550 a US\$ 3.153 mensuales más una suma única de US\$ 500 a US\$ 139.000, según la provincia. Esta pensión es pagadera a la viuda o al viudo sin más requisitos.

En el caso de los hijos se les entrega una pensión de tasa fija o un tanto por ciento de los ingresos del fallecido, según la provincia.

e) Subsidio por gastos de sepelio: Va desde US\$ 900 a US\$ 6.000, según la provincia.

Administración: Existe en cada provincia un Consejo de Accidentes del Trabajo (en Quebec se denomina Comisión), que es el organismo que determina y cobra las remuneraciones, dirige la Caja de Accidentes, y otorga las prestaciones y servicios de rehabilitación.

G) COLOMBIA.

Legislación vigente:

- Ley N° 100, de 1993
- Decreto N° 1.295 de 1994

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes de la industria y comercio, afiliados al Seguro General de Riesgos Profesionales. Están excluidos los trabajadores independientes y el clero.

Las situaciones cubiertas por la Ley son los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, considerándose accidentes del trabajo aquel que se produce durante la ejecución de las órdenes del empleador, o durante la ejecución de una tarea bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horario de trabajo.

Financiamiento: Las cotizaciones que financian el sistema son de exclusiva responsabilidad del empleador, quien debe pagar entre el 0,28 a 7% de su planilla, según el grado de riesgo.

Prestaciones: Las prestaciones no están sometidas a períodos previos de cotizaciones, accediéndose a ellas a partir del día siguiente a la afiliación al sistema.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: se concede un subsidio igual al 100% del salario base de cotización.

b) Prestaciones por incapacidad permanente parcial: se concede una indemnización entre 1 y 24 salarios mínimos mensuales, según el grado de incapacidad. (en 1998, el salario mínimo era de US\$200).

c) Prestaciones por incapacidad permanente total:

- Cuando la invalidez sea superior al 66% de la capacidad de trabajo, se concede una pensión equivalente al 75% del ingreso base.
- Cuando el pensionado requiera del auxilio de otra persona para realizar las funciones básicas de la vida, la cuantía se incrementa en un 15%.

d) Prestaciones médicas: consistentes en asistencia médica, quirúrgica, hospitalización, medicamentos, prótesis y transporte.

e) Prestaciones de sobrevivencia: alcanzan al 25% de los ingresos del asegurado a la viuda ó 30% si ésta es inválida. También se paga al viudo inválido a cargo

Para el caso de los hijos, se concede una pensión de 15% por cada hijo menor de 18 años, sin límite si se trata de hijos inválidos.

En todo caso, en conjunto las pensiones de sobrevivencia no podrán exceder el 100% de la pensión de incapacidad total del asegurado.

Administración: La administración nacional del programa está a cargo del Instituto de seguros Sociales, supervisado por el Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios y el Interventor General de la República.

H) CUBA.

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes y miembros de algunas cooperativas de producción, trabajadores independientes y miembros de profesiones liberales.

Financiamiento: El sistema de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia, financia además las prestaciones de salud y de accidentes del trabajo. Para estos efectos, los ingresos que obtiene el sistema provienen de las siguientes cotizaciones: no corresponde cotizar al trabajador, excepto si se trata de los trabajadores independientes, los que enteran el 10% de sus ingresos. El empleador, por tanto es el obligado al pago de las cotizaciones, las que son del 10% de los ingresos de su planilla. El Estado por su parte, cubre el déficit y cotiza también como empleador.

Prestaciones: para tener derecho a las prestaciones por concepto de accidentes del trabajo, no se exige un período mínimo de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: se concede una pensión pagadera desde el cuarto día de enfermedad, y que alcanza al 80% del ingreso. La pensión se pagará hasta que la certificación médica expire (se requiere una certificación nueva cada 26 semanas) o hasta que se otorgue la pensión por invalidez.

b) Prestaciones por invalidez: Se trata de pensiones que alcanzan al 50% del promedio de los ingresos durante los cinco años de ingresos más elevados de los últimos diez años, más un 1% de los ingresos por cada año de empleo que sobrepase los 25.

Si el pensionado requiere de asistencia para desarrollar las funciones vitales básicas, se la adiciona a su pensión un 20%.

En cuanto a los límites mínimos y máximos para las pensiones, la pensión mínima no puede ser inferior a 40 pesos mensuales u 80% de los ingresos, cualquiera que sea menor. En cuanto al monto máximo la pensión no puede ser superior al 90% del promedio de los ingresos.

c) Prestaciones a los sobrevivientes: 100% del promedio de ingresos asegurados por tres meses. Después la pensión definitiva será del 70, 85 ó 100% de ese promedio si el asegurado tenía uno, dos o tres o más sobrevivientes a su cargo.

Las personas que tienen derecho a esta pensión son la viuda, el viudo de más de 60 años y en estado de necesidad, los hijos menores de 17 años o que sean inválidos, y los padres en estado de necesidad.

Para la viuda que trabaja el límite máximo de pensión es de 25%.

En cuanto al subsidio por expensas funerarias, el Estado provee servicios fúnebres gratuitos a todos los habitantes.

Administración: La administración del régimen está a cargo del Comité estatal de Trabajo y Seguridad Social, mediante su Dirección de Seguridad Social. Por su parte, el Ministerio de Salud, supervisa la administración de las prestaciones médicas otorgadas por los centros hospitalarios públicos.

I) ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA.

Campo de aplicación: trabajadores dependientes de todos los Estados incluyendo Puerto Rico, y la mayor parte de los empleados públicos.

Financiamiento del sistema: en algunos Estados los trabajadores deben efectuar cotizaciones.

Todo el costo en la mayoría de los estados y gran parte en aquellos en que los trabajadores cotizan, se financia mediante el pago de primas que hace el empleador, las que varían según el grado de riesgo.

El costo promedio de estas primas de cargo del empleador es de 2,4% de la planilla.

Prestaciones: Para tener acceso a las prestaciones que el sistema contempla, no se requiere de un período mínimo de cotizaciones. Basta el sólo hecho de estar asegurado.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: en la mayoría de los Estados se entrega una prestación que asciende al 66,66% de los ingresos. Alrededor de 1/5 de los estados entregan un suplemento a las personas a cargo.

La prestación máxima va desde los US\$ 225 a los US\$ 1.155 semanales, según el Estado.

b) Prestaciones de invalidez: La pensión por incapacidad permanente alcanza al 66,66% de los ingresos en la mayoría de los estados, si la incapacidad es total. En el caso que el trabajador hubiese adquirido neumoconiosis, la pensión será de US\$ 418 al mes más hasta un 100% de suplementos si tiene tres o más personas a cargo.

La pensión máxima va de US\$ 225 a US\$ 737 según el Estado. Esta pensión es pagadera en forma vitalicia o hasta que desaparezca la incapacidad.

En el caso de una invalidez parcial se paga una pensión proporcional a la pérdida de salario.

c) Prestaciones médicas: Se entrega la más amplia gama de prestaciones médicas en todos los estados.

d) Prestaciones a los sobrevivientes: La pensión que recibe la viuda es de 70% de los ingresos del asegurado. El porcentaje aumenta a 80% si se trata de una viuda con hijos. Así dependiendo del Estado la viuda puede recibir una pensión máxima que va de US\$ 175 a US\$ 1.155, montos que aumentan si se trata de la viuda con hijos.

Administración: En alrededor de la mitad de los estados la administración del programa está en manos de las Agencias Estatales de Accidentes del Trabajo. En el resto, salvo en tres estados en que lo administran los tribunales, el programa está a cargo del respectivo Departamento de Trabajo del Estado.

J) MÉXICO.

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes; miembros de cooperativas de producción, agrícolas y de crédito. El campo de aplicación se está abriendo gradualmente hacia las áreas rurales.

Financiamiento: El sistema se financia con cotizaciones de cargo de los empleadores con tasa que van del 0,87% al 8,75% de la nómina, dependiendo del grado de riesgo. Cabe señalar que la tasa de cotizaciones promedio es del orden del 1,94%.

En cuanto al ingreso máximo para fines de cotizaciones, éste es igual a 18 veces el salario mínimo en el distrito federal.

Prestaciones: Para tener acceso a las prestaciones que contempla el programa de accidentes del trabajo no se exige período mínimo de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: el subsidio que se entrega por este concepto alcanza al 100% del promedio de los ingresos. Esta prestación es pagadera desde el primer día de incapacidad y hasta la certificación de aptitud para volver al trabajo o de incapacidad permanente.

b) Prestaciones de invalidez: Pensión por incapacidad permanente es igual al 70% de los ingresos, con un aguinaldo de Navidad que alcanza a un mes de pensión.

En el caso de incapacidad parcial, que va desde el 16% al 99% de invalidez, se paga un porcentaje de la pensión íntegra dependiendo del grado de incapacidad. Si la incapacidad es inferior al 15%, se paga una suma alzada equivalente cinco años de pensión.

c) Prestaciones médicas: Se entrega una amplia gama de prestaciones médicas, quirúrgicas, hospitalarias, de medicamentos y prótesis.

d) Prestaciones a los sobrevivientes: A la viuda le corresponderá una pensión equivalente al 40% de la pensión por incapacidad total del asegurado. Lo mismo ocurre en el caso del viudo inválido. Si la viuda vuelve a contraer matrimonio, se termina su pensión pero recibe una suma equivalente a tres años de pensión.

Como aguinaldo de Navidad la viuda o el viudo inválido reciben un mes de pensión.

En cuanto a los hijos del fallecido, a cada uno le corresponde el 20% de la pensión si son menores de 16 años, o de 25 años si es estudiante. No existirá límite de edad si el hijo fuere inválido.

En todo caso, todas las pensiones en conjunto no podrán exceder el 100% de la pensión por incapacidad total del asegurado.

Administración: El control general del sistema está en manos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Por su parte, la administración de las cotizaciones y prestaciones le corresponden al Instituto Mexicano de Seguridad Social, a través de sus consejos regionales y locales.

K) PARAGUAY.

Campo de aplicación: Trabajadores dependientes, maestros de enseñanza primaria y servicio doméstico. Los trabajadores independientes pueden optar facultativamente por la protección del seguro.

El seguro cubre toda lesión que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta para un empleador, y durante el tiempo en que lo realiza o debiera realizarlo. Asimismo, cubre todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida en el tiempo, como consecuencia de la clase de trabajo que se realiza, y que provoca en el organismo una lesión o perturbación permanente o transitoria.

Financiamiento: Existe un solo sistema que reúne al régimen de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia, al de prestaciones de salud y al seguro de accidentes del trabajo.

Es por esta razón que aquí tanto empleados como empleadores se ven en la obligación de cotizar. Así, los empleados deben enterar cotizaciones por un monto de 9,5% de sus ingresos. Como este sistema cubre las necesidades de salud los pensionados deben hacerlo por el 5% de sus pensiones.

Por su parte, los empleadores cotizan por el 13% de la planilla. Finalmente, el Estado paga el 1,5% de cada planilla

Prestaciones: para acceder a las prestaciones que se contemplan por concepto de accidentes del trabajo no es necesario presentar un período mínimo de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: alcanza al 65% del promedio de los salarios sobre los que cotizó el asegurado durante los últimos cuatro meses, y pagaderas por un máximo de 52 semanas.

b) Prestaciones por incapacidad permanente: Si la incapacidad permanente es inferior al 30%, no da lugar a indemnización.

Si por el contrario, es superior al 30%, existe una tabla de tramos que van de diez en diez, que combina la incapacidad con la antigüedad, y que va desde el 22,5% al 100% del salario.

c) Prestaciones médicas: Comprenden la atención médicoquirúrgica, dental, farmacéutica y de hospitalización, así como la provisión de las prótesis necesarias.

d) Prestaciones a los sobrevivientes: Estas pensiones alcanzan al 40% de la pensión de incapacidad total del asegurado, pagaderas a la viuda o al viudo inválido a cargo.

En el caso de los hijos, a cada uno le corresponde un 20% de la pensión de incapacidad total del asegurado, si son menores de 16 años, y sin límite si es inválido.

Administración: Quien tiene a su cargo el sistema de pensiones, salud y accidentes del trabajo es el Instituto de Previsión Social, el cual mantiene el control sobre la administración de las cotizaciones y las prestaciones.

L) URUGUAY.

Legislación vigente:

- Ley Nº 16.074 de 10 de octubre de 1989

Campo de aplicación: El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y comprende a todos los empleados dependientes. La norma es además aplicable aprendices y personal a prueba, con o sin remuneración; quienes trabajan en su propio domicilio por cuenta de terceros; serenos, vareadores, capataces, y cuidadores empleados en hipódromos.

El seguro cubre los accidentes laborales, entendiéndose por tales aquellos sucesos repentinos, frecuentemente violento y limitado en su duración, de origen externo, que ocasiona al trabajador una lesión por causa del trabajo, o con ocasión del mismo.

La misma Ley cubre además el accidente *"in itinere"*, siempre que medie alguna de las siguientes circunstancias: Que el trabajador estuviere cumpliendo una tarea específica ordenada por el patrón; que éste hubiere tomado a su cargo el transporte del trabajador; o que el acceso al establecimiento ofrezca riesgos especiales.

Respecto de las enfermedades profesionales, éstas se encuentran cubiertas por la Ley, y el mismo cuerpo legal las define diciendo que son aquellas causadas por agentes, químicos o biológicos utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar de trabajo.

Financiamiento: Todo el costo del sistema recae en el empleador, quien debe efectuar cotizaciones mensuales que varían según el riesgo, y que se sitúan en el orden del 5% de los ingresos de sus trabajadores. Para el caso particular de los trabajadores agrícolas, se hacen estimaciones de acuerdo a la extensión de tierras que el empleador cultiva.

Prestaciones: Para ser beneficiario de las prestaciones que otorga la Ley de accidentes del trabajo no se requiere un período mínimo de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: se tiene derecho a recibir un monto equivalente a los 2/3 de los ingresos que recibía el trabajador al momento del accidente, y pagaderos desde el día siguiente al que se sufre el accidente, hasta la cura o consolidación de la lesión.

b) Prestaciones por invalidez: Si la invalidez es inferior al 10% no da lugar a indemnización. Si ésta fuese de entre el 10 y el 20%, el trabajador recibirá un pago único equivalente a 36 veces la pérdida de remuneración mensual que la incapacidad haya originado.

Si la incapacidad es superior al 20%, se abona una renta igual a la reducción que la incapacidad haya hecho sufrir al sueldo. Si como resultado de las lesiones, el incapacitado no pudiere subsistir sin la ayuda permanente de otras personas, la renta aumentará a un 115% de la remuneración que éste percibía.

Para este efecto, la renta se calcula tomando como base la remuneración anual que la víctima hubiere recibido a título de salario, lo que se hace multiplicando por 24 el promedio del salario medio quincenal en el último semestre anterior al accidente.

c) Prestaciones médicas: comprenden las atenciones médicas, odontológicas, gastos farmacéuticos, aparatos ortopédicos y transporte.

d) Prestaciones de sobrevivencia: Existe aquí una marcada diferencia con el resto de las legislaciones porque dentro de los beneficiarios de pensión de sobrevivencia se incluye a la "compañera" y por otra parte se excluye al viudo. Así, en caso de fallecimiento del trabajador a causa de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional quienes recibirán pensión serán la viuda o la compañera por un monto equivalente al 50% de los ingresos del asegurado y los hijos menores de 16 años, quienes reciben un porcentaje variable de esos ingresos. No se les aplica el límite de edad si los hijos son inválidos.

Administración: El sistema está dirigido y administrado por el Banco de Previsión Social.

M) VENEZUELA.

Legislación vigente:

- Ley Orgánica del trabajo, de 20 de diciembre de 1990, con vigencia desde 01 de mayo de 1991.

- Ley de Reforma Parcial del Seguro Social, de 03 de octubre de 1991.

Campo de aplicación: La normativa es aplicable a todos los trabajadores con relación de dependencia en empresas privadas, públicas o estatales, que cotizan en el IVSS (Instituto Venezolano de Seguridad Social).

Financiamiento: En Venezuela el sistema de Seguridad Social es uno solo y se encarga de cubrir las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia, las prestaciones de salud y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Así el trabajador debe cotizar mensualmente el 8% de su remuneración, cotización que se divide en un 4% que va a financiar el sistema de pensiones, y un 4% que va a financiar los sistemas de salud y maternidad y de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Por su parte, el empleador debe enterar todos los meses en el IVSS, cotizaciones que van del 4,25% al 6,25% de su planilla, dependiendo del nivel de riesgo.

El Estado cotiza alrededor del 1,5% del total de ingresos imposables, con el objeto de cubrir el costo de administración del sistema (además de cotizar lo que le corresponda como empleador).

Prestaciones: Para ser beneficiario del sistema en lo que se refiere a las prestaciones por concepto de accidentes el trabajo, sólo se exige estar afiliado al IVSS, no siendo necesario un período mínimo de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal: se tiene derecho a una indemnización diaria equivalente a los 2/3 del promedio diario de salario, que se devenga por períodos vencidos. Los primeros tres días serán de cargo del empleador, y los siguientes, con un límite de 54 semanas, de cargo del IVSS.

b) Prestaciones por invalidez: si la incapacidad es parcial, se tiene derecho a una indemnización única, igual al resultado de aplicar el porcentaje de incapacidad al valor de tres anualidades de la pensión por incapacidad total que le hubiese correspondido, si la incapacidad es mayor de 5% y menor de 25%.

Si la incapacidad es mayor de 25%, y no superior a los 2/3, se tiene derecho a una pensión de acuerdo al grado de incapacidad.

Si la incapacidad es mayor de 2/3, se recibe una renta vitalicia cuyo monto se establece según el porcentaje de incapacidad y la remuneración que recibía el incapacitado.

c) Prestaciones médicas: Asistencia médica general y especializada gratuita; hospitalización, medicamentos, servicios de laboratorio, prótesis y servicios de rehabilitación.

d) Prestaciones de sobrevivencia: a la viuda mayor de 45 años con hijos a cargo, le corresponde el 40% de la pensión de invalidez total del asegurado. Las demás viudas reciben una suma alzada equivalente a dos años de pensión de viuda. Esta indemnización también es pagadera al viudo inválido a cargo.

A cada uno de los hijos menores de 14 años les corresponderá una pensión del 20% de la pensión del asegurado. Lo mismo ocurre con el hijo menor de 18 años si es estudiante, y sin límite de edad si es inválido.

Administración: El control general del sistema está en manos del Ministerio de Trabajo, el cual a través de su Instituto Venezolano de Seguridad Social administra el sistema de pensiones, de salud y de accidentes del trabajo. El instituto otorga las prestaciones médicas que sean necesarias en sus propias clínicas y hospitales.

1.3.2. Sistemas de Protección social en los países de la Comunidad Económica Europea.

Si bien desde el año 1989 existe para todos los países integrantes de la Comunidad Económica Europea una Directiva Marco que tiende a unificar criterios acerca de cómo deben funcionar los sistemas de Seguridad Social. Esto no quiere decir que la CEE imponga un régimen determinado a los Estados integrantes, ya que cada uno de ellos es libre de establecer el sistema que prefieran. La directiva sienta las bases y cada sistema debe regirse por éstas, manteniendo su individualidad.

En este informe hemos obtenido información acerca de los sistemas de cinco países:

A) ALEMANIA.

El sistema de protección social alemán es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y que reciben salarios de más de US\$ 242 al mes. Además, la asistencia social provee beneficios mínimos a aquellos que no puedan cubrir por sí mismos sus estados de necesidad.

El régimen de pensiones es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y para muchos de los independientes, y aquellos que no se encuentran obligados pueden hacer cotizaciones voluntarias para obtener los beneficios. En caso de invalidez, la persona deberá elegir si recibe su pensión del régimen de pensiones o del régimen de seguros de accidentes del trabajo, dependiendo de la causa de su invalidez.

Por lo anterior, resulta obligatorio para los trabajadores dependientes y para algunos independientes el pertenecer al régimen de seguros de accidentes del trabajo. Estos seguros son administrados por las Employers' Liability Insurance Associations, instituciones públicas autónomas, en cada área de la industria o del comercio.

El sistema provee servicios en caso de accidentes industriales o enfermedades del mismo origen, y beneficios o prestaciones en caso de invalidez, y pensiones de viudez.

Las tasas de las contribuciones varían según la escala de riesgo predeterminada.

B) FRANCIA.

El sistema está dividido en cuatro grandes sistemas, ninguno de los cuales incluye protección contra el desempleo.

a) En primer lugar encontramos el régimen general, para empleados de la industria y del sector servicios que no sean miembros de los regímenes especiales que veremos más adelante. Entrega prestaciones para hacer frente a la vejez, enfermedades comunes, maternidad, invalidez, muerte, accidentes industriales y enfermedades ocupacionales y asignaciones familiares. Asimismo, protege a todos quienes no sean parte de algún sistema obligatorio de salud.

Este sistema se financia con las contribuciones de empleados y empleadores, y solo de empleadores para el caso de los accidentes del trabajo.

b) Régimen agrícola, que cubre a granjeros y trabajadores agrícolas. Las cotizaciones que éstos efectúan cubren sólo el 20 % de los beneficios. El resto se financia con impuestos específicos sobre algunos productos como los cereales y el tabaco, entre otros, y por subsidios estatales.

c) Regímenes especiales para empleados. En el caso de algunas ocupaciones, como soldados profesionales, mineros, trabajadores ferroviarios, por ejemplo, cubre a sus miembros contra todos los riesgos, pero en la práctica entrega sólo una cobertura parcial y deja gran cantidad de riesgos a la cobertura del régimen general.

Muchas de las instituciones de los regímenes especiales son administradas directamente por agrupaciones de empleadores.

d) Régimen para trabajadores independientes, que no formen parte del régimen general. Este sistema no cubre accidentes del trabajo, y sólo incluye pensiones, enfermedad común y beneficios maternales.

C) ESPAÑA.

Bajo el sistema de protección social español encontramos tres grandes niveles de beneficios (El sistema de contribuciones, el sistema voluntario, y el sistema de asistencia). Al mismo tiempo, existe un acceso universal a los beneficios de salud.

Sistema Contributivo: El sistema de seguridad social cubre a todos aquellos que desarrollan una actividad económica, incluyendo temporeros, trabajadores domésticos, estudiantes y trabajadores independientes, así como a sus familias. Bajo ciertas circunstancias, cubre también a españoles que vivan en el extranjero, así como a algunos extranjeros que habiten en España.

Aunque el sistema es diferente para los trabajadores de la industria y servicios en relación a los trabajadores agrícolas, las diferencias son mínimas en la práctica y han perdido importancia a través del tiempo. Sin embargo, el método de financiamiento y de entrega de los beneficios difiere completamente de los empleados del sector público.

Asistencia social: Parte del sistema de seguridad social está orientado a aquellos que se encuentran bajo un cierto nivel. Una pensión mínima debe pagarse a aquellos que se encuentren en la necesidad, sin respecto a sus cotizaciones. La asistencia también debe entregarse a quienes están desempleados y han agotado su derecho a recibir beneficios. Además, existe libre acceso a los servicios de salud para aquellos que no puedan pagar, y a un rango de servicios sociales cubren la salud y la seguridad laboral, entrenando, reentrenando y recapacitando a la persona.

Financiamiento: El gobierno central es responsable del manejo del sistema de seguridad social. Las autoridades locales son responsables por los servicios sociales y en algunos casos de los servicios de salud.

El financiamiento del sistema proviene de las contribuciones que efectúan empleados y empleadores, así como de los impuestos generales. Las contribuciones son proporcionales al monto de la remuneración, sobre un nivel mínimo, y bajo un nivel máximo.

Desde 1986, el financiamiento vía impuestos se ha destinado principalmente a la salud y a las pensiones mínimas, que son universales y no contributivas, dejando las cotizaciones para el financiamiento de los beneficios de los seguros sociales.

Respecto del sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se puede señalar lo siguiente:

Legislación vigente: Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo de 20 de Junio de 1994.

Campo de aplicación: el sistema cubre a todos los trabajadores dependientes.

Situaciones cubiertas:

Accidentes laborales: Toda lesión corporal que sufra el trabajador con motivo o causa del trabajo que ejecuta por cuenta ajena o toda enfermedad no considerada profesional que el trabajador contraiga en el ejercicio de la actividad profesional.

- Accidentes "*in itinere*".

- Enfermedades profesionales: Son aquellas enfermedades reconocidas y que se encuentran en la lista de enfermedades profesionales establecidas junto con las principales profesiones que suelen provocarlas. (Real Decreto N° 1955 de 12 de mayo de 1978).

Prestaciones : En el sistema sólo se requiere para tener acceso a las prestaciones que establece, el estar en situación de alta. No es necesario certificar períodos anteriores de cotizaciones.

a) Prestaciones por incapacidad temporal:

- Asistencia sanitaria en forma ilimitada.

- Asistencia en dinero, durante un plazo de doce meses prorrogables por otros seis.

De no haber recuperación en este período, se declara la invalidez permanente. El monto de la prestación es equivalente al 75% de la remuneración sujeta a cotización.

b) Prestaciones por incapacidad Permanente: El grado de incapacidad lo determina un órgano colegiado dependiente de la entidad gestora. La entidad podrá volver a revisar al pensionado hasta la edad para pensionarse por vejez, ya que cuando el incapacitado cumple la edad, su pensión pasa a denominarse pensión de jubilación.

En cuanto a los montos de las pensiones, si se trata de una incapacidad total para desarrollar la profesión habitual: 55% de la base reguladora.

Si la incapacidad es permanente absoluta, esto es, para desarrollar cualquier actividad: el 100% de la base reguladora.

Si nos encontramos ante un caso de gran invalidez, esto es, se necesita la asistencia de otra persona para realizar las funciones básicas de la vida, existe un incremento de 50%.

c) Prestaciones a los familiares del asegurado:

- Al cónyuge sobreviviente le corresponde el 45% de la base reguladora del afiliado fallecido, con los siguientes mínimos: - viuda o viudo mayor de 65 años US\$ 422; - viuda o viudo de entre 60 y 64 años, US\$ 368,1; - Viuda o viudo menor de 60 años US\$ 280.

El derecho a pensión caduca al contraer la viuda o viudo, nuevas nupcias.

- A los hijos: si hay un cónyuge sobreviviente con derecho a pensión de viudez, y un solo hijo, a éste le corresponde un 20% de la base reguladora. Si son dos, un 40%, y si son tres ó más 55%. En todo

caso, las pensiones de viudez y de orfandad, no podrán exceder el 100% de la base reguladora del fallecido.

Si no existe viuda o viudo con derecho a pensión, y un hijo sobreviviente, éste lleva un 20%, a dos hijos les corresponde un 40%, a tres hijos un 60%, a cuatro un 80%, y si son cinco o más los hijos sobrevivientes, les corresponderá el 100% de la base reguladora.

d) Otras prestaciones: Las lesiones permanentes que no dan lugar a una invalidez, se paga una indemnización que toma en cuenta la disminución real de la integridad física. Esta indemnización va de los US\$ 276, a los US\$ 5.169.

D) PORTUGAL.

Legislación vigente:

a) Normas sobre accidentes del trabajo:

- Ley Nº 2127 de 03 de agosto de 1965, modificada por Ley 22/92.
- Decreto 360/71 de 21 de agosto, modificado por Decreto Ley 459/79.
- Decreto Ley 341/93.

b) Normas sobre enfermedades profesionales:

- Decreto Ley 44.307, de 22 de abril de 1962.
- Decreto Ley 227/81, de 18 de Junio.

Campo de aplicación: El sistema de seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es aplicable a todos los trabajadores asalariados y los trabajadores independientes que hubiesen optado por el sistema.

Cabe señalar que se da en este país una situación excepcional por cuanto el seguro contra accidentes del trabajo queda entregado a la administración de compañías de seguros, y solo aquello que se refiere a enfermedades profesionales está cubierto por el sistema.

Situaciones cubiertas:

- Accidentes del trabajo: debe entenderse aquellos que se producen en el lugar y el tiempo del trabajo; que ocasionen directa o indirectamente una lesión corporal, una perturbación funcional o una enfermedad de la que deriva la muerte o una reducción de la capacidad de trabajo o de ganancia.

Si el accidente ocurre fuera del lugar de trabajo, debe acaecer durante la ejecución de servicios ordenados por el empleador o consentidos por éste; durante la ida o regreso del lugar de trabajo, o utilizando un medio de transporte ofrecido por la empresa; durante la ejecución de actividades que redunden a favor de la empresa y que se hayan realizado espontáneamente.

- Enfermedades profesionales: deben ser reconocidas como tales en la lista oficial, y que constituyan una lesión corporal, o perturbación funcional, o aquellas enfermedades que sin estar incluidas en la lista sean consecuencia directa de una actuación ininterrumpida de la actividad ejercida, y no sea derivada del desgaste normal del organismo.

Prestaciones: Para tener acceso a las prestaciones que contempla el sistema, respecto del trabajador, deben verificarse acumulativamente las siguientes condiciones:

- 1.- Estar afectado por una enfermedad profesional según la lista oficial.
- 2.- Haber estado expuesto al riesgo por la naturaleza de la empresa.

a) Prestaciones por incapacidad temporal parcial: se tiene derecho a una indemnización equivalente a los 2/3 de la reducción sufrida en la capacidad de ganancia.

b) Incapacidad temporal absoluta: existe una indemnización igual a los 2/3 de la remuneración base.

c) Incapacidad permanente parcial: da derecho a pensión vitalicia igual a 2/3 de la reducción sufrida en la capacidad de ganancia

d) Incapacidad permanente total para realizar el trabajo habitual: da derecho a una pensión vitalicia de 1/2 a 2/3 de la remuneración base, según el grado de capacidad funcional residual para el ejercicio de otra profesión.

e) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: pensión vitalicia equivalente al 80% de la remuneración base.

f) Otras prestaciones: al pensionado por enfermedad profesional, se le reconoce el derecho a recibir en el mes de diciembre un subsidio de Navidad equivalente a un mes de pensión. Asimismo, en el mes de Julio se les entrega otro mes de pensión extra, con lo que el pensionado por enfermedad profesional recibe anualmente un total de catorce mensualidades.

g) Prestaciones de sobrevivencia:

- Cónyuge: si es menor de 65 años recibe el 30% de la remuneración base de la víctima; si es mayor de 65 años o en el caso de dolencia física o mental que afecte sensiblemente su capacidad de trabajo recibe un 40% de la remuneración base; el o la cónyuge divorciado judicialmente recibe una pensión equivalente a la pensión alimenticia que en ese proceso hubiere fijado el tribunal.
- Hijos: si son menores de 18 años, menores de 25 si están estudiando, y sin límite de edad si es inválido, reciben 20% si es uno, 40% si son dos y 50% si son tres o más de la remuneración base. Estos porcentajes se duplican si los hijos son huérfanos de padre y madre.

Administración del sistema: se presenta un sistema de seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales separado. Así, para el caso de los accidentes del trabajo los empleadores deben enterar sus cotizaciones en compañías de seguros privados, ya que el sistema estatal está orientado sólo a hacer frente a las enfermedades profesionales, a través de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedades Profesionales, entidad que se encarga de captar las cotizaciones y entregar los beneficios que establece el sistema.

E) ITALIA.

El sistema italiano de Seguridad Social está dividido en tres sectores distintos: el seguro Social, el sistema de salud, y los servicios sociales.

En cuanto al sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, éstos se encuentran cubiertos dentro del régimen de seguros sociales, que proveen de la protección contra los riesgos usuales. Los trabajadores independientes se encuentran también cubiertos, pero sólo en lo que se refiere a la protección de la maternidad y las enfermedades profesionales, en cambio el trabajador dependiente recibe del sistema protección completa, incluyendo pensiones y seguros de desempleo.

En cuanto a la administración del sistema existen más de 50 instituciones, siendo la más importante la INPS (National Institute for Social Security), que pertenece a la unión de sindicatos del comercio, empleadores, trabajadores independientes y el Ministerio del Trabajo.

El sistema se financia fundamentalmente a través de cotizaciones, las que son pagadas mayoritariamente por los empleadores, quienes financian por completo el seguro de maternidad y accidentes del trabajo, y 1/3 de las cotizaciones para pensiones de vejez y sobrevivencia. Los otros 2/3 de dicha cotización son pagados por los propios trabajadores. El Estado por su parte financia el déficit que se produzca en el sistema de seguro social, por ejemplo en períodos de recesión.

1.3.3. Conclusiones.

1.3.3.1. Los regímenes en América del Norte, Centro y Sur.

Una primera gran conclusión extraída del estudio de la legislación comparada de los regímenes de los seguros sociales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en América se refiere a la poca uniformidad que existe entre todos ellos. Así, encontramos sistemas en que los empleadores se ven obligados a entregar ellos mismos las prestaciones, o a hacerlo mediante el pago de primas en instituciones aseguradoras que la propia Ley determina. Es el caso de Argentina, en que el empleador debe asegurar a sus trabajadores en las denominadas Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

Otro conjunto de sistemas, y que son a la vez los más parecidos al vigente en Chile, son aquellos en que el empleador es el único obligado al pago de las cotizaciones que financian el sistema. Estas cotizaciones, eso sí, varían en cuanto a sus montos, desde el 1% del ingreso del trabajador (en el caso de Brasil), al 4% de dicho ingreso (en Bahamas). En la casi totalidad de estos sistemas los porcentajes van a variar de acuerdo al nivel de riesgo de cada industria.

Estos sistemas, en que es el empleador el obligado a enterar las cotizaciones, son a la vez sistemas especialmente creados con el fin de cubrir los daños producidos por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

Pero como existe una gran variedad de sistemas, nos encontramos con un tercer grupo que es el que reúne a países como Cuba, Paraguay y Venezuela, en que el sistema de Seguridad Social es uno solo y por lo tanto éste es a la vez el sistema de pensiones, de salud y de accidentes del trabajo. En estos países por lo tanto, el financiamiento corre por cuenta de tres entes, ya que los obligados a cotizar son en primer lugar, el propio trabajador, con cotizaciones que van del 8% al 10% de sus ingresos imponibles, según el país y el nivel de riesgo. Un segundo grupo obligado a cotizar son los empleadores, los que llegan a enterar hasta el 13% de su planilla, en el caso de Paraguay. El tercer ente obligado es el Estado, que en el caso de Paraguay cotiza por el 1,5% de la planilla de cada empleador, y en otros países es quien se hace cargo del déficit del sistema.

Una segunda conclusión que se puede extraer de este estudio, es la que dice relación con el campo de aplicación de los distintos regímenes. Así, en todos los regímenes de los países estudiados, encontramos un grupo que siempre está cubierto y que corresponde a los trabajadores dependientes.

En la mayoría de estos sistemas, sin embargo, existen excepciones según la actividad que se realice, y que tienen sus propios sistemas, como por ejemplo los trabajadores bancarios en Bolivia, o los marineros mercantes en Canadá.

Cabe señalar que en algunos de estos países, como Argentina, USA y Venezuela, los trabajadores dependientes del sector público están incluidos en el sistema. Por otra parte, en algunos sistemas

como el de Brasil, los empleados públicos están expresamente excluidos, y tienen su propio régimen. En cuanto a las prestaciones que cada sistema entrega, todos ellos cubren la incapacidad temporal, así como la incapacidad permanente o invalidez en sus distintos grados, existiendo sólo diferencias en los requisitos para que ésta sea declarada, y en las bases de cálculo para establecer la pensión o subsidio que corresponderá.

Del mismo modo, todos los sistemas contemplan la entrega de la más amplia variedad de prestaciones médicas, las que van desde la atención profesional, hasta la intervención quirúrgica cuando es necesaria, así como los gastos en medicamentos y prótesis y la reeducación profesional.

Otro punto en común respecto de las prestaciones es que todos los sistemas contemplan pensiones de viudez y orfandad en caso de muerte del trabajador como consecuencia del accidente del trabajo o la enfermedad profesional.

Por último, respecto del control de los sistemas, en todos los países estudiados encontramos que éste se le entrega a los Ministerios de Previsión Social, cualquiera sea el nombre que se les dé en cada país, los que delegan la administración del régimen a las cajas o instituciones previsionales que cada Estado ha dispuesto para este fin.

1.3.3.2. Los regímenes en Europa.

Respecto de la situación de los regímenes de seguros contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en Europa no nos es posible establecer un patrón de sistema puesto que en todos los países estudiados éstos difieren en casi todos sus aspectos. Sí es posible establecer que en cada uno de estos países, excepto Italia, los sistemas de accidentes del trabajo son independientes del respectivo sistema de salud y de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

Por otra parte, y al igual que en el caso de América, el régimen aparece como obligatorio para los trabajadores dependientes de todos los sectores productivos, pudiendo optar por pertenecer al sistema los trabajadores independientes, salvo el caso alemán en que el sistema resulta obligatorio para algunos trabajadores independientes.

Asimismo, creemos que es destacable el sistema francés, que a su vez está dividido en cuatro sistemas, según el sector productivo de que se trate, esto con el objeto de hacer frente con mayor efectividad a las necesidades específicas de cada área.

En cuanto al financiamiento, y al igual que en el caso de América, el sistema se financia a través de cotizaciones de cargo del empleador.

Un caso particularmente distinto, es el que encontramos en Portugal, en que no existe uno, sino que dos sistemas. Uno de ellos está destinado a hacer frente a los accidentes del trabajo, y que queda entregado a compañías de seguros privados, y el otro, independiente del anterior, a las enfermedades profesionales, y que queda entregado al régimen de seguro social.

Cuadro Nº 1.3.1
Régimen de accidentes del trabajo
Comparación entre países

País	Campo de aplicación	Prestaciones	Administración	Financiamiento	Monto de las prestaciones
AMÉRICA					
Argentina	Asalariados de sector público y privado	Subsidio (a) Incapacidad permanente parcial b) Incapacidad permanente total (c) Pensiones de sobrevivencia (d) Otras: farmacia, prótesis, expensas funerarias	Caja de accidentes del trabajo de la Dirección Nacional de Protección Social	Cargo del empleador	a): 100% ingreso base b) Incapacidad <20%: 70% ingreso base*porcentaje de incapacidad Pago único con un máximo de US\$ 55.000 Incapacidad >20% y < 66%: 70% ingreso base por PI c) 70% ingreso base si es provisoria. Si es definitiva 70% ingreso base + suma fija menor o igual a US\$55.000 d) Pago mensual equivalente a incapacidad permanente definitiva
Bahamas	Trabajadores dependientes e independientes	Subsidio (a) Incapacidad permanente (b) Pensiones de sobrevivencia (c)	Dirección del Seguro Nacional	2% del salario de cargo del empleador. 4% del salario si es independiente	a) 66,66% del salario semanal b) 66,66% del salario semanal si incapacidad es 100%. Se reduce por proporcionalmente si es incapacidad parcial
Barbados	Trabajadores dependientes	Subsidio (a) Incapacidad permanente (b) Prestaciones médicas (c) Sobrevivencia (d)	Oficina del Gabinete Oficina Nacional del Seguro	0,25% de la planilla de cargo de empleador.	a) 90% promedio de los ingresos b) 90% de los ingresos si la incapacidad es total. Entre 30% y 99% proporción de la pensión total. Suma única si la incapacidad es inferior al 30%.
Bolivia	Todos los trabajadores excepto bancarios, militar, choferes, ferroviarios, petroleros.	Subsidios (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Prestaciones médicas (d)	Instituto Boliviano de seguridad social.	1,5% de la planilla de cargo del empleador.	a) 90% del ingreso si es accidente. 75% si es enfermedad profesional. b) 55% del ingreso promedio de los 12 meses anteriores al accidente c) Proporción de la pensión según el grado de incapacidad

País	Campo de aplicación	Prestaciones	Administración	Financiamiento	Monto de las prestaciones
Brasil	Trabajadores dependientes y asegurados especiales. Se excluyen los empleados públicos	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Prestaciones médicas (d) Pensiones de sobrevivencia (e)	Ministerio de Seguridad Social. Prestaciones en dinero: Instituto Nacional de Seguridad Social. Prestaciones de salud: Ministerio de Salud.	1%; 2%; 3% de la planilla. Máximo de cotización: 10 salarios mínimos.	a) 91% de los ingresos b) 100% de los ingresos más un 25% por asistencia permanente c) 40% de los ingresos. e) 100% de los ingresos del difunto
Canadá	Asalariados de industria y comercio. Se excluyen personal doméstico y empleados bancarios	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Prestaciones médicas (d) Pensiones de sobrevivencia (e) Gastos de sepelio (f)	Consejo de Accidentes del Trabajo.	Variable según riesgo. Máximo US\$ 27.000 Mínimo: US\$ 52.500	a) 90% de ingresos netos b) 75 % a 90% de los ingresos c) Proporción de la pensión completa. Si la incapacidad es inferior al 10% se paga un valor único. d) Servicio médico, medicamentos e) Pensión desde US\$ 550 a US\$ 3.153, más una suma única, para la viuda. Para los hijos un porcentaje de la pensión del fallecido. f) Desde US\$ 900 a US\$ 6.000
Colombia	Trabajadores dependientes de la industria y comercio	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Prestaciones médicas (d) Pensiones de sobrevivencia (e)	Instituto de Seguros Sociales	0,28% a 7% de la planilla de cargo del empleador	a) 100% salario base b) Invalidez superior al 66%; 75% del ingreso base. Si la incapacidad involucra auxilio de terceros, la pensión se incrementa en 15%. c) Indemnización entre 1 y 24 salarios mínimos (US\$ 200)

País	Campo de aplicación	Prestaciones	Administración	Financiamiento	Monto de las prestaciones
Cuba	Trabajadores dependientes e independientes	Subsidio (a) Invalidez total (b) Pensiones de sobrevivencia (c)	Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Salud supervisa las prestaciones.	Independientes: 10% de los ingresos Dependientes; 10% de la planilla de cargo del empleador	a) 80% del ingreso a partir del 4º día. b) 50% del promedio de los ingresos de 5 años más altos en el periodo de los últimos 10 años. c) 100% de los ingresos del asegurado durante 3 meses. La pensión definitiva es de 70, 85 o 100% dependiendo del número de sobrevivientes.
Estados Unidos	Trabajadores dependientes y empleados públicos	Subsidio (a) Invalidez permanente (b) Invalidez parcial (c) Pensiones de sobrevivencia (d)	Agencias Estatales de Accidentes del trabajo	Costo promedio: 2,4% de la planilla de cargo del empleador	a) 66,66% de los ingresos b) 66,66% de los ingresos c) Proporción de la pérdida de salario. d) 70% de la pensión del asegurado para la viuda. Si tiene hijos es de un 80%.
México	Trabajadores de pendientes	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Pensiones de sobrevivencia (d) Prestaciones médicas (e)	Instituto Mexicano de Seguridad Social.	0,87% a 8,75% de la planilla de cargo del empleador. La tasa promedio es de 1,94%.	a) 100% de los ingresos b) 70% de los ingresos c) Si la incapacidad es < 15%; suma única equivalente a 5 años de pensión. Si la incapacidad es superior al 16%, proporción de la pensión. d) 40% de la pensión del asegurado para la viuda. 20% de la pensión del asegurado para los hijos. Límite 100% de la pensión del asegurado
Paraguay	Trabajadores dependientes, maestros de enseñanza primaria y servicio doméstico Optativo para trabajadores independientes	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Pensiones de sobrevivencia (d) Prestaciones médicas (e)	Instituto de Previsión Social	13% de la planilla de cargo del empleador. 9,5% de remuneración de cargo de trabajador. (Cotización cubre régimen de pensiones, salud y accidentes del trabajo)	a) 65% del promedio salarial de los últimos 4 meses b) 100% del salario c) Desde 22,5 % del salario, desde incapacidad de 30% en tramos de 10, combinando antigüedad. d) 40% de la pensión del asegurado para la viuda e) 205 de la pensión del asegurado para los hijos.

País	Campo de aplicación	Prestaciones	Administración	Financiamiento	Monto de las prestaciones
Uruguay	Trabajadores dependientes. Aprendices, personal con o sin remuneración, trabajadores que trabajan en su domicilio por cuenta de terceros, capataces, cuidadores empleados en hipódromos.	Subsidio (a) Invalidez total (b) Invalidez parcial (c) Pensiones de sobrevivencia (d) Prestaciones médicas (e)	Banco Previsión Social	Tasa de cotización variable. Promedio 5% de cargo del empleador.	a) 66,66% de los ingresos b) 115% de la renta que percibía c) Incapacidad <10%; suma única. Incapacidad entre 10% y 20%; pago único equivalente a 36 veces la pérdida de remuneración. Si la incapacidad es superior al 20% renta equivalente a la reducción de sueldo. d) 50% de los ingresos del asegurado.
Venezuela	Trabajadores dependientes, públicos o privados.	Subsidio (a) Invalidez permanente (b) Invalidez parcial (c) Pensiones de sobrevivencia (d) Prestaciones médicas (e)	Instituto venezolano de Seguridad Social	8% remuneración de cargo del trabajador (4% financia pensiones, 4% financia salud, maternidad y accidentes del trabajo). Empleador desde 4,25% a 6,25% de la planilla. Estado cotiza 1,5% para cubrir gastos de administración	a) 66,66% del salario. Los 3 primeros días de cargo del empleador. b) Renta vitalicia cuando la incapacidad es superior a 2/3; dependiendo del grado de incapacidad y de la renta del asegurado c) Incapacidad < 25%; suma única equivalente a un porcentaje de incapacidad por 3 anualidades de la pensión total.
EUROPA					
Alemania	Trabajadores dependientes Algunos independientes	Prestaciones por invalidez Pensiones de sobrevivencia Prestaciones médicas	Employers Liability Insurance Associations (Instituciones públicas autónomas)	Variable según nivel de riesgo	n.d.
Francia	Empleados de la industria y sector servicios	n.d.		Contribución empleador	n.d.

País	Campo de aplicación	Prestaciones	Administración	Financiamiento	Monto de las prestaciones
España	Trabajadores dependientes	Subsidio Incapacidad total Invalidez absoluta Gran Invalidez Pensiones de sobrevivencia			a) 75% de remuneración b) 55% base reguladora c) 100% de la base reguladora d) 150% de la base reguladora e) 45% de la base del fallecido para la viuda; 20% por cada hijo con tope de 100%.
Portugal	Trabajadores asalariados e independientes	Subsidio (a) Incapacidad total (b) Invalidez absoluta (c) Gran Invalidez (d) Pensiones de sobrevivencia (e)	Caja Nacional del Seguro de Enfermedades Profesionales		a) Indemnización de 2/3 de reducción la capacidad de ganancia b) Pensión vitalicia de 2/3 de reducción de la capacidad de ganancia d) 2/3 remuneración base e) Pensión vitalicia equivalente al 80% de la remuneración base f) 30% de la remuneración del fallecido para la viuda mayor de 65 años. 20% de la remuneración del fallecido para los hijos, 40% si son 2 hijos y 50% si son 3 hijos.
Italia	Trabajadores dependientes e independientes		National Institute for Social Security	Cargo del empleador	

Notas: 1) Las letras entre paréntesis de la columna “prestaciones” es utilizada para hacer referencia en la descripción de la columna “monto de las prestaciones”.

2) n.d.: no disponible

Capítulo II: Análisis conceptual, bases y principios.

Este capítulo ha sido estructurado sobre la base de cinco puntos que describen la fundamentación del régimen de accidentes del trabajo en el marco de un sistema de seguridad social, para finalizar con un marco de acción para las propuestas que se abordarán en los temas relacionados con administración, cobertura, financiamiento y beneficios del sistema.

2.1. Justificación doctrinaria del régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2.1.1. Origen del seguro social.

El seguro social tuvo su origen en Alemania, a fines del siglo XIX. Las causas de su aparición fueron de diversa índole.

Lo primero que debe considerarse es el cambio acaecido en la estructura económica de Alemania. De 25 millones de habitantes en el año 1800, paulatinamente llegó a 65 millones en 1890. Económicamente pasó de país agrícola a país industrial, dadas las grandes industrias que comenzaron a nacer en el oeste y en el sur.

Alemania tuvo su antecedente legislativo en el código prusiano, el cual ya en 1810 obligaba a los empleadores a asegurar contra las enfermedades a sus domésticos y empleados de comercio que vivieran bajo su mismo techo.

Hubo también razones políticas: El proletariado que surgió con la era industrial formó un poderoso movimiento político-social, que a raíz de la crisis que soportó el país después de la guerra de 1870, con resultados de cesantía y cierre de industrias, hizo nacer un movimiento socialista bajo la influencia directa de Marx.

El “Canciller de hierro”, Bismarck, se inquietó con estos movimientos, y dejando a los liberales, renovó su gabinete a base de conservadores prusianos. En seguida, tomando como pretexto algunos atentados ocurridos en Junio de 1878, obtuvo del Reichstag una Ley contra los socialistas, suprimiendo el derecho de reunión, prohibiendo la existencia de dicho partido y desterrando a sus jefes.

Pero Bismarck, hábil político, sabía que no podía basarse sólo en una serie de medidas represivas. Se dirigió entonces a las causas de la inquietud social que llevó a la formación de estos movimientos, y vio que era necesario mejorar las condiciones de la clase obrera, y así nació en él la idea de crear el seguro social.

Así, Bismarck planteó los fundamentos de su política social de Seguros Sociales en su célebre mensaje al Reichstag, el 17 de Noviembre de 1881, y sobre la base de estas ideas se fueron aprobando las siguientes Leyes:

- Seguro Social Obligatorio de las Enfermedades, el 15 de Junio de 1883, en beneficio de los trabajadores industriales.
- Seguro Social de los Accidentes del Trabajo, el 6 de Julio de 1884.
- Seguro Social de Invalidez y Vejez, el 22 de Junio de 1889.

Estas Leyes fueron el punto de partida de los seguros sociales modernos y no experimentaron modificaciones sustanciales, y su evolución hasta la primera guerra mundial, miró más bien a la ampliación de algunos nuevos beneficios. Por ejemplo, el seguro de 1883 contra las enfermedades,

que era para los trabajadores industriales, se amplió a los agrícolas y de comercio. Asimismo, en 1911 se contempló la ayuda a la viuda y huérfanos de los trabajadores accidentados.

Creemos importante en este punto, detenernos a examinar las similitudes y diferencias entre los seguros sociales y los seguros privados, a fin de perfilar mejor las características propias de los primeros.

Ambas instituciones, técnicamente están basadas en el mismo principio: reunir y repartir los riesgos. Desde este punto de vista no es posible determinar diferencias fundamentales, sin embargo, los seguros sociales, además de tener un origen legal y no contractual, se diferencian en la falta de fin de lucro, y en su obligatoriedad.

Otra diferencia importante dice relación con el obligado al pago. Mientras en el seguro privado la obligación recae en el asegurado, en el seguro social recae en el empleador, quien, a lo sumo podrá descontar de la remuneración del trabajador lo correspondiente a su cotización, pero no por eso se libera de la relación directa que lo constituye deudor de la institución aseguradora.

En cuanto a la proporcionalidad entre la prima y el riesgo, elemento fundamental en el seguro privado, no se toma en cuenta en el seguro social. Así, el estado de salud, la edad, y otras razones que encarecen la póliza de seguro privado, no pueden dar lugar a lo mismo en el seguro social. Aún más, son estos casos los que merecen mayor protección.

Otra diferencia importante es la que dice relación con los reaseguros. Los seguros privados compensan el servicio de los riesgos a través de este mecanismo, el cual no le es permitido a los seguros sociales, aspecto que, en nuestra opinión, debe ser abordado.

2.1.2. Organización financiera de los seguros sociales.

Se dan a este respecto múltiples discusiones entre los expertos, las cuales se han concentrado básicamente en dos sistemas de financiamiento: la “capitalización colectiva” y el “reparto”.

- **Sistema de capitalización colectiva:** se tiende a la constitución de un fondo común formado por el conjunto de los asegurados a base de una prima o cotización media general y constante. El monto de dicha prima sobrepasa durante un período inicial el gasto anual por beneficios, ya que la mayoría de ellos no serán aún exigibles. Dentro de esta concepción técnica, una generación se basta a sí misma, con cierta independencia respecto de la que habrá de seguirle. Así, la población activa asegurada que constituye dicha generación habría hecho un ahorro que, con sus intereses respectivos, le servirá para ver atendidos sus riesgos sociales en su oportunidad, cuando se transforma en generación pasiva.

Con el excedente que se produce en el período inicial se forma un capital que se denomina reserva matemática, y que constituye una garantía teórica para la institución aseguradora y con su acrecentamiento a base de los intereses que produzca le permite además calcular una prima o cotización más reducida por parte de los asegurados.

- **Sistema de reparto simple:** en este sistema se busca la proporcionalidad directa entre las entradas y salidas de cada ejercicio. Al efecto, el cálculo se establece previamente considerando, además una reserva prudencial para eventualidades. Lógicamente, en este sistema las primas o cotizaciones resultan más altas que en el de capitalización y a la vez están expuestas a una constante variación y encarecimiento a medida que avanzan los requerimientos de beneficios por parte de la generación asegurada cuando envejece y comienzan a tornarse pasivos.

Este sistema tiene además una mayor relación entre una generación y la otra: la prima o cotización de la generación activa está sirviendo a la generación pasiva que le ha antecedido, y así sucesivamente.

2.1.3. Organización administrativa.

Según se señalara, en el Capítulo I de este documento, la administración de los seguros sociales estuvo encargada al Estado y las Leyes orgánicas respectivas dieron cabida a los asegurados en la administración de tales instituciones.

La visión moderna de la seguridad social destaca la importancia del principio de subsidiariedad, según el cual la autoridad del Estado debe limitarse a realizar solamente lo que no hacen o no pueden hacer los organismos intermedios de la sociedad.

2.1.4. Los seguros sociales en Chile.

Nuestro país se ha caracterizado en América por su ferviente adhesión a toda evolución social en el Derecho, y así ha sido uno de los primeros en promulgar Leyes previsionales.

Cabe señalar que en un principio, el campo de aplicación de los beneficios estuvo circunscrito a los trabajadores subordinados. Así, en 1898 se estableció el beneficio de jubilación por antigüedad para los empleados públicos que hubieran cumplido 40 años de servicio ó 65 de edad.

En 1911 se creó la Caja de Ahorros de los empleados de ferrocarriles, con aportes obligatorios de los trabajadores y de la empresa.

En 1921, el Presidente Alessandri presentó un proyecto de Ley sobre Código del Trabajo, cuyo libro IV trataba la atención previsional de los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y desocupación, y proponía crear el "Instituto Nacional de Previsión". A la vez, otro proyecto sobre seguro obrero obligatorio fue elaborado por el Dr. Exequiel González Cortés, proyecto que en definitiva fue el aprobado, siendo la primera Ley que al respecto se dictó en América Latina, y su antecedente legal debemos encontrarlo en la Ley de enfermedad alemana de 1883. Cabe señalar, en todo caso, que la Ley chilena marca diferencias con la primera. A modo de ejemplo, en la Ley de Bismarck el Estado no interviene como contribuyente, en cambio en la Ley chilena sí lo hace.

Esta Ley otorgaba asistencia médica y dental limitada, medicamentos, hospitalización preferencial, subsidio en dinero durante la enfermedad, atención maternal para las obreras o cónyuges de los asegurados, indemnizaciones por muerte del asegurado, pensión de invalidez y pensión de retiro.

La atención estaba encomendada a la Caja de Seguro Obligatorio, encargada de entregar las prestaciones, tanto médicas como pecuniarias, administrar los fondos y fiscalizar el cumplimiento de la Ley.

Ya en la década del treinta fueron naciendo en Chile al amparo de diversa Leyes, innumerables otras instituciones previsionales, que empezaron a prestar sus beneficios a empleados públicos, militares y particulares, aunque con una marcada tendencia a basarse en el ahorro individual en el caso de los últimos, y creando un sistema tan complejo como dispar.

En el avance hacia una previsión más completa y unitaria, como lo exige hoy la Seguridad Social, la legislación chilena entró en una etapa de interesante transición con dos Leyes de gran trascendencia: la Ley No. 6.174, de Medicina Preventiva, y la Ley No. 10.383 de Servicio de Seguro Social de 1952.

2.1.5. Los accidentes del trabajo y los seguros sociales.

Sobre quién hacer recaer la responsabilidad del riesgo del accidente del trabajo, fue para el derecho materia difícil.

Una posición románica hacía presumir a la víctima como responsable del accidente y llevaba al trabajador a un largo proceso en el cual debía liberarse de esta responsabilidad y probar, además, que ella recaía en su patrón.

Como paliativo a esta situación se ideó la inversión de la prueba, es decir, se presumía legalmente que la responsabilidad ahora era del empleador, quien debía demostrar lo contrario, lo que siempre le resultaba tarea fácil, dado que los accidentes del trabajo son, en su mayoría, caso fortuito, por lo que esta medida fracasó en su intento por proteger al trabajador accidentado.

Nacieron entonces las teorías de la llamada “responsabilidad contractual”, ya que la responsabilidad sería parte del contrato mismo de trabajo. Asimismo, surgió la teoría de la “responsabilidad objetiva”, o por el hecho de las cosas, que llevaba al dueño de las máquinas o implementos a ser responsable del daño causado por ellos.

Llegamos así, por fin a la configuración del llamado principio del “riesgo profesional”, que impone a los patrones la responsabilidad en los accidentes del trabajo acaecidos a sus trabajadores aunque provengan de caso fortuito. Más aún, se ha avanzado en esta materia hasta extender la responsabilidad patronal a las enfermedades causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo, las que se conocen hoy en día como Enfermedades Profesionales.

Correspondió a la Ley No. 3.170 de 1916, acoger este principio del riesgo profesional al tratar los accidentes del trabajo, aunque con imperfecta aplicación del mismo ya que excluía de las indemnizaciones pertinentes los accidentes originados por culpa del obrero, materia que fue posteriormente incluida por el Código del Trabajo de 1931. Esta Ley, eso sí, no instituyó el seguro social para los accidentes del trabajo.

Por la libre contratación del seguro del riesgo profesional, costado por el empleador, éste quedaba exento de la responsabilidad, siempre que la institución aseguradora se obligara a responder del pago total de las indemnizaciones. Estos seguros podían ser contratados en las instituciones autorizadas legalmente al efecto, aunque tuvieran fin de lucro. El empleador que tuviera a su cargo más de 5 trabajadores debía contratar este seguro, y de no hacerlo debía constituir garantía suficiente en una institución llamada Caja de Accidentes del Trabajo, de carácter estatal.

Esta situación creó una poderosa red de intereses comerciales en torno al seguro, y que impedía la implantación de un seguro social contra estos riesgos acorde con los principios internacionales sobre la materia.

Ya en 1940, se presentó un proyecto destinado a reformar la Ley de accidentes del trabajo, creando para ello el seguro social contra estos riesgos, pero los poderosos intereses comerciales comentados, lograron mantener el proyecto estancado en el congreso.

Le correspondió a la Ley No. 16.744, promulgada el 1 de Febrero de 1968, terminar por fin con estas anomalías, y poner a Chile en situación de cumplir con los principios internacionales, al sentar las bases, derechos y obligaciones del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

2.2. Principios de la seguridad social y el sistema de cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2.2.1. Principios de la seguridad social.

Tradicionalmente la seguridad social ha sustentado su accionar en un conjunto de principios, cuya definición y su forma de aplicación a partir de la reforma de que fuera objeto, a inicios de los años 80, se presentan a continuación:

▪ Universalidad subjetiva.

Este principio impone a la seguridad social la obligación de proteger a toda la población que resulte afectada por alguna contingencia social. La modernización consideró, a este respecto, programas de seguros sociales para las personas que, en razón de sus ingresos, estaban en condiciones de procurarse por sí misma un nivel determinado de protección; y, programas asistenciales para cubrir necesidades mínimas de ingreso, salud y responsabilidades familiares, aplicando para tal efecto una política de focalización del gasto social en los sectores más desprotegidos.

▪ Universalidad objetiva.

Este principio obliga a la seguridad social a cubrir los diferentes riesgos y contingencias sociales que afectan a la población. En esta materia, la modernización mantuvo la estructura de beneficios y prestaciones del antiguo sistema, reconociéndose cobertura para la vejez, invalidez, sobrevivencia, cesantía, responsabilidades familiares, accidentes del trabajo, medicina preventiva y curativa; y, adicionalmente, programas de desarrollo tales como capacitación, vivienda, crédito social y educación, entre otros.

▪ Suficiencia.

Según este principio las prestaciones económicas originadas por pérdida, suspensión o disminución de la capacidad de trabajo y las de salud en caso de enfermedad, deben ser suficientes para atender adecuadamente las necesidades derivadas de dichas contingencias. Sobre este particular, la modernización consideró en los programas de seguros sociales obligatorios un nivel básico de suficiencia, facultándose a cada persona para asegurarse por sobre dicho nivel, de manera de procurarse, sobre la base de su propio esfuerzo, una cobertura superior.

▪ Solidaridad.

Se identifica a este principio, generalmente, con la redistribución de recursos, aspecto este último que se manifestaba en el antiguo sistema a través de prestaciones de montos uniformes -independientes de los aportes que efectuaran los trabajadores- o de transferencias entre beneficiarios, programas e instituciones. Asimismo, este principio implica reconocer la obligación de todas las personas a cooperar en el cumplimiento de sus postulados y objetivos en cada hombre que lo requiera. En este sentido, el nuevo modelo optó por una concepción de solidaridad en la base, estableciéndose con este propósito beneficios mínimos garantizados por el Estado, de general y uniforme aplicación, para todos los trabajadores que participan del sistema, proviniendo su financiamiento de recursos tributarios.

▪ Unidad.

Según este principio, las acciones y programas de la seguridad social constituyen un todo orgánico, cuyo fin último es el logro de mejores condiciones de salud, de vida y de trabajo para la comunidad. Al respecto, la reforma consideró el conjunto de beneficios e instituciones del nuevo modelo como un todo

coordinado, enfatizando, al contrario del antiguo sistema, su integración con la realidad económica nacional

- **Uniformidad.**

Según este principio, cada régimen de la seguridad social debe considerar que un mismo estado de necesidad debe cubrirse con igual tipo de prestación, mediante el cumplimiento de idénticos requisitos para acceder a ella. Postula a su vez, que debe existir un marco de normas objetivos que defina el accionar de todos los entes involucrados.

Sobre la base de lo expuesto respecto de lo que se consideran los principios de la seguridad social, a continuación se presenta el análisis específico para el régimen de accidentes del trabajo.

2.2.2. Principios de la seguridad social y el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

- **Universalidad subjetiva.**

La Ley N° 16.744 en su definición pretende extender al máximo el alcance de sus disposiciones al señalar, en su artículo 2, que quedaban afectas obligatoriamente al sistema allí establecido todas las personas que detentaren las calidades de trabajadores dependientes del sector privado, los funcionarios públicos, los estudiantes, los trabajadores independientes y los trabajadores familiares. Dicho en términos muy generales, la población toda susceptible de ser víctima de un accidente estimado como laboral, quedó cubierta con este seguro social obligatorio. Dicha cobertura operaría gradualmente, aplicándose de inmediato las disposiciones de la Ley a los trabajadores por cuenta ajena del sector privado.

Desde que se dicta la Ley el año 1968 y por medio de diversos textos legales y reglamentarios, sus disposiciones empiezan a aplicarse al universo, antes enunciado. De esta suerte, entran a participar del régimen en condiciones predeterminadas los funcionarios públicos (Decreto Supremo N° 102, de 1969); grupos de trabajadores independientes señalados expresamente (v.gr.: Decreto con Fuerza de Ley N° 50, de 1979, sobre profesionales hípicas independientes; Decreto con Fuerza de Ley N° 19, de 1984, sobre pirquineros; Decreto con Fuerza de Ley N° 2, de 1986, sobre grupo misceláneo de trabajadores independientes, etc.); los dirigentes sindicales no asalariados (artículos 7 del D.S. N° 10.269); los estudiantes (artículo 8 D.S. N° 102/69); los escolares (Decreto Supremo N° 313, de 1973), etc.

De lo anterior, se deduce que aun cuando la Ley es universal, en la práctica, sólo ha tenido un alcance parcial, particularmente si se analiza el caso de los trabajadores independientes.

- **Universalidad objetiva.**

La Ley considera la cobertura de todas las contingencias producidas por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (invalidez y muerte) y todas las prestaciones preventivas y reparadoras en servicios, especies y pecuniarias (subsidios, indemnizaciones y pensiones), incluyendo beneficios por incapacidad transitoria y permanente, y también la rehabilitación y reeducación profesional.

Por otra parte, en materia de enfermedades profesionales existe la posibilidad de incorporar nuevas dolencias causales.

- **Uniformidad.**

Este es un principio muy importante de la reforma de pensiones, pues, a diferencia del sistema antiguo, en el nuevo se aplican en general las mismas reglas a todos los actores, sean estos afiliados, pensionados, empleadores o administradores. Sin embargo, desde hace algunos años se han comenzado a incorporar al sistema algunos elementos de discriminación a favor de ciertos grupos específicos.

El seguro de accidentes del trabajo vigente fue el primero en Chile en adherir a este principio.

Existen en la Ley algunas excepciones, como el artículo 53, que no es aplicable a los trabajadores afiliados al nuevo sistema y que debería ser objeto de análisis a fin de buscar una alternativa de solución acorde a este principio. Esta disposición consagra que el pensionado de la Ley N° 16.744 que cumple el requisito para pensionarse por edad, en su respectivo régimen, deja de percibir la pensión de invalidez para llevar la pensión de vejez que le corresponda. Y la norma agrega que la pensión no podrá ser inferior a aquella de que disfrutaba, ni inferior al 80% del sueldo base que sirvió para calcularla. Esta norma no puede ser aplicada a los pensionados del nuevo sistema creado por el DL N° 3.500, de 1980 por la obvia razón de que allí la prestación se deriva y calcula exclusivamente del capital acumulado. No obstante esta desuniformidad en el trato, el punto merece alguna reflexión ya que a los pensionados del nuevo sistema tampoco les es aplicable la Ley N° 17.252, que en sus artículos 11 y 12 consagra la compatibilidad, dentro de ciertos límites, de las prestaciones de pensión y cuota mortuoria establecidas en la Ley N° 16.744 con las derivadas de los regímenes previsionales.

Otras excepciones están referidas al financiamiento de las pensiones mínimas por parte de la Mutualidades y a los empleados públicos que, por ejemplo, durante los períodos de incapacidad laboral, continúan gozando del total de sus remuneraciones.

- **Suficiencia.**

Sobre la base de considerar que por suficiencia se entiende que la prestación debe reemplazar el ingreso que se deja de percibir y tender a la recuperación del individuo. Se considera que en el sistema de accidentes del trabajo este principio está acotado, considerando que se incluyen las etapas de rehabilitación como parte integrante de la prestación. Por otra parte, si se analiza el monto pecuniario de las prestaciones se estima que en su definición éstas contemplan cubrir adecuadamente y con un nivel de suficiencia las necesidades derivadas de las contingencias. Así, en el caso del subsidio, se contempla como base de cálculo, la remuneración promedio de los 3 últimos meses; en el caso de la gran invalidez se considera un 100% del sueldo base del trabajador.

2.3. Fundamentos de la reforma previsional y el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

2.3.1. Fundamentos de la reforma previsional.

La reforma previsional ha estructurado su funcionamiento sobre la base de un esquema de economía de mercado, caracterizado principalmente por la administración privada, la libertad de elección, la descentralización de los programas y el rol subsidiario del Estado.

- **Administración privada.**

La seguridad social ha sido, por lo general, administrada por sistemas centralizados de carácter estatal –que al estar dirigidos por personas no vinculadas patrimonialmente con las instituciones gestoras y al disponer de mercados cautivos- no incentivaban a realizar una buena gestión,

terminando por transformarse dichas instituciones en organizaciones burocráticas e ineficientes.

- **Libertad de elección.**

En los sistemas tradicionales los trabajadores están obligados a afiliarse a determinadas instituciones previsionales y recibir las prestaciones en la forma, monto y condiciones que las disposiciones legales establecen para cada caso, no existiendo, por lo tanto, posibilidad de elegir entre alternativas distintas de entidades gestoras y/o cobertura de beneficios.

El nuevo modelo reconoce la formación adquirida por el trabajador en cuanto a sus derechos y obligaciones previsionales, confiándole la responsabilidad para decidir sobre las opciones que más le favorezcan (o se adecuen a sus preferencias) en materia de instituciones y de prestaciones.

Esta particularidad, además de los beneficios que en términos de satisfacción personal le reporta al trabajador, implica la eficiencia de los programas a través de la competencia que esta libertad de elección provoca entre las instituciones oferentes.

- **Descentralización de los programas.**

En los sistemas de seguridad social en que programas de distinta naturaleza son administrados por una misma institución, se manifiestan, en el común de los casos, inconvenientes que dificultan evaluar la eficacia de cada uno de ellos. Entre éstos, cabe destacar el posible ocultamiento de déficit a través de transferencia de recursos entre programas; las dificultades de control y fiscalización; y, las presiones de tipo político o sectorial que se pueden ejercer para canalizar fondos a favor de determinados grupos de poder.

En el nuevo modelo se ha tendido a la especialización por programas, creándose, en los casos necesarios, estructuras institucionales propias para cada uno de éstos, con el fin de evitar los aspectos negativos señalados. De allí que en el sistema coexistan sociedades anónimas y corporaciones de derecho privado sin fines de lucro para administrar los diferentes regímenes de prestaciones.

- **Rol subsidiario del Estado.**

Este rol implica que el Estado asume sólo aquellas funciones que los particulares no son capaces de emprender y que son necesarias desde un punto de vista social, correspondiéndole realizar en el ámbito de la seguridad social labores de: regulación, fiscalización y garante.

El financiamiento del sistema sobre la base de cotizaciones obligatorias y los efectos sociales que de éste se derivan para la población, obligan a la autoridad a mantener una preocupación especial sobre su funcionamiento. La subsidiariedad del Estado se hace efectiva, en este aspecto, a través de diferentes organismos contralores que tienen como objetivo asegurar el cumplimiento de las normas legales y reglamentarias vigentes.

2.3.2. El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ante los fundamentos de la reforma previsual.

En el marco de los fundamentos descritos se ha elaborado un análisis específico para el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales:

- **Subsidiariedad.**

Este principio no sólo es propio de la seguridad social, sino que corresponde a un enfoque de toda la estructura política, económica y social, que se manifiesta en el concepto de Estado subsidiario.

Llevado a la seguridad social postula que el individuo es el principal responsable de su seguridad y la de su grupo familiar, para lo cual se procura los medios necesarios principalmente a través de su trabajo y de la cobertura del grupo social al que pertenece. La participación del Estado cobra real importancia cuando la capacidad económica del individuo y de su grupo de pertenencia no alcanzan para cumplir el fin de cobertura de los estados de necesidad de ese individuo y su grupo familiar.

Acorde a este postulado, el Estado debe incentivar las acciones de los grupos intermedios tendientes a la cobertura y, cuando ello no es posible, debe asumir el rol de administrador directamente.

Además, en este esquema al Estado le corresponden siempre tres funciones principales: establecer el marco jurídico (o dictar las reglas del juego); supervisar la acción de los grupos intermedios, y garantizar el funcionamiento del sistema y solventar prestaciones básicas o mínimas en su calidad de último responsable de las acciones de seguridad social.

El seguro establecido por la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se inspira parcialmente en este principio, pues aun cuando considera la participación de entidades privadas en la gestión, las que compiten entre sí, incluye al Estado como administrador. Además, en lo que se refiere a la garantía de prestaciones básicas o mínimas, sólo opera parcialmente en el régimen de la Ley pues en tal caso el Estado cubre únicamente los reajustes extraordinarios de las pensiones mínimas.

- **Fin de lucro.**

Uno de los aspectos más cuestionados por la doctrina clásica de la seguridad social es el fin de lucro como motivación para quienes organizan y administran a las entidades operadoras de regímenes o ramas de esta disciplina.

La legislación chilena, pionera en este tema, sólo permite el fin de lucro en dos tipos de operadores de servicios de seguridad social: las AFP e ISAPRE; estas últimas, incluso, pueden tenerlo o no.

El fin de lucro tiene en esta materia una clara connotación de eficiencia, elemento cada vez y con más fuerza presente en algunos campos de la seguridad social y que, en su búsqueda, se complementa con la necesidad que exista pluralidad de operadores y con la libertad para elegir el operador.

El fin de lucro de los operadores privados (Mutualidades) está prohibido por la actual legislación de este seguro y así lo establece expresamente el artículo 11 de la Ley.

En cuanto a la naturaleza jurídica de estas entidades, ellas son corporaciones privadas regidas por el Título XXXIII del Libro I del Código Civil.

Sus excedentes, atendidas las restricciones y la ausencia de fin de lucro, sólo pueden destinarse a la constitución de las reservas y, en especial, a las destinadas a instalación, ampliación o mejoramiento de sus servicios médicos, de prevención y administración.

Ahora bien, la incorporación del fin de lucro en este campo necesariamente lleva a otras consideraciones: en primer término, la necesidad de cambiar la naturaleza jurídica de las entidades

administradoras a fin de someterlas a reglas que permitan repartir utilidades a los propietarios y que otorguen transparencia ante el regulador (hoy existe), ante los dueños, especialmente los minoritarios y los clientes.

- **Cotizaciones de cargo del trabajador.**

La tendencia actual es a reconocer que las cotizaciones deben ser de cargo del trabajador por dos razones: los empleadores tienden a traspasar el costo de las cotizaciones que formalmente son de cargo de aquéllos, por diferentes vías, por ejemplo, a través de inferiores niveles de remuneraciones; y porque, reconociéndose formalmente que las cotizaciones las pagan los trabajadores, éstos tienen otro motivo más para ejercer efectivamente su derecho de elección y cambio de entidad operadora.

En el seguro contra riesgos profesionales hay dos buenas razones para mantener las cotizaciones de cargo de empleador: Es la empresa la que crea el riesgo profesional; y permite que funcione el sistema de incentivos positivos y negativos de las rebajas y recargos de la cotización adicional según la empresa realice o no acciones de prevención eficaces.

- **Libre elección del administrador y cambio.**

En las reformas del sistema de pensiones y del régimen de salud, la elección del administrador está considerada como una libertad personal del trabajador.

Este principio es funcional a ambos regímenes, pues posibilita la competencia entre los operadores y ésta, la eficiencia.

El seguro de accidentes del trabajo contempla la posibilidad de elegir entre el Estado y los operadores privados y entre estos últimos, pero en este caso la elección se denomina adhesión, es ejercida por la empresa y genera la afiliación de todos los trabajadores de ésta.

En este seguro, la responsabilidad del riesgo es del empleador y por consiguiente es a éste a quien le corresponde elegir el ente asegurador. No obstante, podría plantearse la libertad de elección de los trabajadores respecto de las prestaciones.

- **Competencia.**

En el sistema de pensiones la competencia es un elemento esencial que propende a la eficiencia. La competencia se da por diferentes factores, pero fundamentalmente por tres: precios (comisiones que cobran las AFP), rentabilidad de las inversiones del Fondo de Pensiones y calidad del servicio.

En el sistema de salud existe competencia entre el sector público (FONASA) y el privado (Sistema ISAPRE) y dentro de este último, también por diferentes elementos y principalmente por precios (monto de la cotización), calidad de las prestaciones económicas (contenido de los planes de salud) y calidad del servicio.

En el régimen de la Ley el nivel de competencia no es adecuado o, al menos, no se da en los términos que opera en los sistemas de pensiones y salud. Ello se debe fundamentalmente a que los precios (tasa de cotización y adicional) están fijados en la Ley y, si bien existen recargos y rebajas de la cotización adicional por aumentos o disminuciones de la siniestralidad, el sistema no opera con una adecuada flexibilidad. Por otra parte, existen importantes barreras de entrada a esta actividad, como lo son el que las Mutualidades deban tener servicios médicos adecuados y la responsabilidad solidaria de sus miembros.

- **Régimen financiero.**

El régimen financiero de la Ley es el de reparto con reserva de eventualidades, la que no puede ser inferior al 2% ni superior al 5%, cuyo porcentaje se fija por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, previo informe de la Superintendencia de Seguridad Social. Esta reserva debe invertirse en valores reajustables de fácil liquidación.

Además, las Mutualidades deben formar una reserva adicional para atender el pago de las pensiones y sus futuros reajustes (reparto con capitales de cobertura).

Pueden, también, constituir reservas para atender la futura instalación, ampliación o mejoramiento de sus servicios médicos, de prevención y administración.

- **Modalidades de pensión.**

La Ley no establece la posibilidad de elegir entre distintas modalidades de pensión. En efecto, éstas deben ser otorgadas y pagadas por la entidad administradora, INP o Mutual, conforme a la base de cálculo expresamente establecida.

2.4. Cambios que han afectado al sistema de mutualidades

El sistema de mutualidades, creado en la década de los 60, fue satisfaciendo de manera gradual las necesidades básicas de patologías laborales, proceso que estuvo íntimamente ligado, por una parte, al crecimiento y consolidación de su infraestructura física con la creación de una red hospitalaria y de policlínicos a lo largo del país y, por otra, a la incorporación de nuevas tecnologías operacionales y de gestión. Estos últimos factores les permitieron generar y crear instancias para la aplicación y desarrollo de nuevas especializaciones en el campo de la salud, extendiendo la base de sus servicios médicos más allá del ámbito de la medicina laboral. Los resultados obtenidos representan, sin lugar a dudas, un paradigma válido e impulsor para que entes privados participen en la administración de programas de seguridad social.

En este contexto, se pueden distinguir dos áreas en las cuales las mutualidades han sido afectadas en su accionar, el primero, referido al cambio en las formas de administrar las entidades y beneficios de la seguridad social y, el segundo, producido por el vertiginoso cambio tecnológico que ha afectado a las empresas y las mutuales.

En materia de cambios en la forma de administrar las entidades y beneficios de la seguridad social se pueden destacar los siguientes:

- **Entidades con fines de lucro:** La modernización de los sistemas de pensiones y de salud incorporó el fin de lucro en los entes gestores de la seguridad social, tal como ocurrió con las AFP y con las ISAPRE. Estas nuevas instituciones se relacionaron con las mutualidades en la decisión de la entidad que debe concurrir al pago de beneficios a sus afiliados, situación que implicó asumir una nueva forma de negociar. Asimismo, la existencia de entidades privadas con fines de lucro en la seguridad social constituye un punto de reflexión para su incorporación al sistema de mutualidades.
- **Seguros:** El sistema de pensiones incorporó seguros para responder al siniestro de invalidez y muerte de sus afiliados, aspecto que también afectó a las mutualidades en términos similares al punto anterior. La incorporación de la industria de seguros al sistema de pensiones presenta un concepto de complementariedad para la cobertura de riesgo de los afiliados a un

programa de la seguridad social, que podría ser evaluado por las mutualidades para su implementación.

- **Reservas:** La metodología de constitución de reservas en el sistema de seguros previsionales considera riesgos en curso, riesgos no incurridos, tasa de rentabilidad de inversión de las reservas, entre otros factores, aspectos que no son incluidos en la legislación de mutuales y que sería conveniente considerar en las mismas con el objeto de dimensionar adecuadamente en sus registros contables las obligaciones contingentes que tienen. Asimismo, las normas sobre inversiones del nuevo sistema previsional han sido objeto de una precisión y diversificación que podría ser incorporado de alguna medida en el sistema de mutualidades.
- **Desarrollo del Mercado de Capitales:** Es innegable que con la aparición de inversionistas institucionales el mercado de capitales se expandió en cantidad y variedad de instrumentos, aspecto que puede ser utilizado por agentes que necesitan colocar recursos de largo plazo como son las mutuales respecto de sus reservas.

Por su parte, el cambio tecnológico cuyo desarrollo en las últimas décadas ha sido exponencial, ha afectado directamente a las mutualidades, por cuanto, han aparecido nuevas patologías asociadas a nuevos trabajos y han reducido riesgos al incorporar elementos de seguridad en trabajos físicos. Esta realidad en permanente cambio ha sido asumida por las mutualidades y, tal como señalamos inicialmente en este punto, ha significado la creación de una infraestructura física y médica que, acompañada del desarrollo tecnológico, ha incorporado la atención de las nuevas patologías aparecidas por este desarrollo.

Asimismo, la eficiencia administrativa producida por el avance en el área de sistemas, ha permitido a las mutuales enfrentar los nuevos requerimientos de una forma adecuada, logrando con ello una atención de mayor y mejor calidad para sus beneficiarios y empresas y un mejor nivel de información para su gestión.

2.5. Marco de acción para las propuestas.

Los temas que se han abordado en los capítulos 1 y 2 de este documento, en relación con el funcionamiento de la Ley 16.744 han tenido por objeto entregar, por una parte, una visión descriptiva de la evolución del sistema de mutuales y, por otra, un análisis crítico de conceptos que, en opinión de CIEDESS, deben ser incorporados en la propuesta de reforma al sistema de mutuales, teniendo en consideración el marco general existente para la seguridad social que se puede visualizar a través de los principios y fundamentos enunciados y analizados en los puntos 2.2 y 2.3 de este documento.

2.5.1. Marco de acción general.

Este marco será definido sobre la base de cuatro conceptos que han sido analizados anteriormente: solidaridad, competencia, transparencia y libertad de elección.

▪ Solidaridad.

Tal como se señaló anteriormente la solidaridad, en una de sus diversas acepciones, plantea la obligatoriedad de todas las personas a cooperar en el cumplimiento de los fines del programa de seguridad social de que se trate, de los individuos que participan en él. Es necesario señalar que, en este programa de la seguridad social, si bien los beneficiarios del mismo son los trabajadores y su grupo familiar, el responsable del riesgo cubierto es el empleador, puesto que la naturaleza del trabajo y las condiciones del mismo determinan dicho riesgo.

En el caso del sistema de accidentes del trabajo, se ha planteado tradicionalmente el cumplimiento de este principio a través de la forma que se expresa la tasa de contribución al sistema y en la atención a los beneficiarios del mismo (prevención, curación y rehabilitación). En efecto, la tasa de cotización al sistema está compuesta por una básica uniforme para todas las empresas por igual, más una tasa de cotización adicional asociada al sector de actividad, tasa esta última que puede ser aumentada o reducida hasta su extinción dependiendo de la siniestralidad de la empresa. En opinión de CIEDESS la tasa de cotización tal como está planteada constituye el precio por los servicios que proveen la mutuales y, por ello, incorporan los elementos de riesgo asociado a cada empresa, con un componente mínimo correspondiente a la tasa de cotización básica. Adicionalmente, esta tasa de cotización inicial puede constituir un freno para que las mutuales se interesen por incorporar a aquellas empresas más riesgosas dejándolas fuera de los beneficios de las mutualidades.

Por su parte, la atención a los beneficiarios garantizada a todos por igual independiente del nivel de ingreso o características de la empresa asegura la igualdad de acceso a las prestaciones del sistema de mutualidades.

En este sentido CIEDESS estima que el principio de solidaridad debería reflejarse en el establecimiento de mecanismos de incentivos para que toda la fuerza de trabajo pueda incorporarse a las mutualidades, manteniendo las condiciones uniformes de acceso a las prestaciones y beneficios mínimos garantizados. En particular respecto de esto último, es conocida la exigencia financiera que deben soportar las mutuales por los incrementos en el monto de pensiones mínimas que afectan, en definitiva, a los beneficiarios activos del sistema.

▪ **Competencia.**

En el marco de las reformas a los sistemas de seguridad social, se ha considerado que el accionar de las instituciones y de los sistemas, con el objeto de alcanzar un funcionamiento eficiente, se debe dar en un contexto de una economía de libre mercado, la que se caracteriza principalmente porque los agentes que participan en ella lo hacen en un ambiente competitivo.

Este ambiente competitivo se manifiesta a través del precio que se fija en función de la oferta y demanda de los agentes involucrados; la libre movilidad de oferentes y demandantes para entrar y salir del mercado, y, por último, por la homogeneidad del producto.

En el caso del sistema de mutualidades y según se ha señalado, se estima que existen elementos que restringen la competencia en el mercado de las mutuales y, consecuentemente, afectarían el nivel de eficiencia de dichas entidades. Es así como, el precio es fijado por Ley; existen fuertes barreras a la entrada, como son la exigencia de constitución con instalaciones médicas propias; la ausencia de incentivos como es el fin de lucro para el ingreso de oferentes; las restricciones de cambio de los demandantes con sobreprecio por mayor siniestralidad, y la venta de un producto que considera tres productos en sí mismo, como son la prevención, las prestaciones económicas definidas por Ley y las prestaciones médicas y rehabilitación.

Sin embargo, es necesario tener presente que al igual que lo que ocurre en otros mercados asociados al sistema de seguridad social, como es el caso del sistema de pensiones y del sistema Isapre, los demandantes se encuentran obligados a comprar el producto “cobertura del riesgo de accidentes del trabajo” introduciéndose con ello una limitación a la libre competencia, situación que debe ser superada a través del marco normativo definido por la autoridad en su rol subsidiario.

En este contexto se pueden proponer los siguientes puntos como componentes del marco de acción general referido a la competencia: libertad de precios, posibilidad de subcontratación de servicios,

reaseguros, fines de lucro, flexibilidad para los cambios de entidad administradora y separabilidad de productos (prestaciones económicas, médicas y prevención).

- **Transparencia.**

Es de la mayor importancia para los demandantes, empresas y trabajadores, contar con información completa respecto de los productos que compran en este mercado y de la capacidad de obtener los beneficios de largo plazo de acuerdo con lo pactado contractualmente con los oferentes. Como se identificara en los puntos anteriores de este capítulo, el sistema de mutualidades entrega información que, bajo las condiciones actuales, satisface los requerimientos de los clientes activos y potenciales. Sin embargo, en opinión de CIEDESS, este aspecto puede ser mejorado significativamente, mediante la incorporación de normas que permitan contar con información pública sobre la capacidad económica, financiera y de gestión de estas entidades.

Asimismo y como se propone en este punto, la variedad de elementos que se incorporarían al sistema mutuales exigen una mayor y mejor información al estilo de las requeridas a las sociedades que operan en el mercado de valores.

- **Libertad de elección.**

La libertad de elección del proveedor de servicios, es considerada un elemento primordial para el funcionamiento eficiente de un sistema de seguridad social. En general, se observa que las reformas introducidas a partir del año 81, privilegiaron esta facultad entregando al trabajador la decisión de optar por la institución que le entregaría el servicio; manteniendo un determinado nivel de permanencia que no generara imperfecciones en el funcionamiento del mismo, ante la posibilidad de traspaso continuo y debido a la obligatoriedad del sistema.

En opinión de CIEDESS el sistema de accidentes del trabajo cubre un riesgo asociado a la actividad que desarrolla la empresa, por consiguiente, es ella la responsable por la ocurrencia de siniestros asociados a dicho riesgo, y para cubrir este riesgo debe existir la obligatoriedad de contratar un “seguro” que permita cubrir las contingencias provenientes de estos siniestros. En este contexto se identifica como demandante en este mercado a las empresas y no a los trabajadores como ocurre en el resto de las áreas de la seguridad social.

Por su parte, cuando el trabajador sufre la contingencia debe tener la libertad para elegir, entre los diversos oferentes del mercado, las prestaciones a que tiene derecho. Todo ello dentro de las limitaciones que puedan existir por la naturaleza de este mercado.

En consecuencia, CIEDESS considera dos áreas en las cuales se deben centrar las proposiciones: la primera, referida a la libertad individual por empresa de optar por una mutual, y, la segunda, relativa a la libertad del trabajador para optar por diferentes prestadores y mecanismos para gozar de los beneficios asociados a los accidentes del trabajo, principalmente en materia de pensiones.

2.5.2. Marco de acción particular.

Sobre la base de considerar que se deben cumplir los aspectos de solidaridad; competencia; transparencia y libertad enunciados; se define el siguiente ámbito de acción para el estudio de los aspectos que se señalan, sin que esta definición sea exhaustiva, puesto que en el desarrollo del mismo pueden aparecer o replantearse líneas de acción.

▪ **Administración.**

En esta área la propuesta se centrará en:

- ❑ Identificar la necesidad de obligatoriedad de la participación del Estado en la administración de la Ley.
- ❑ Analizar la conveniencia de eliminar el rol de “codeudor solidario” que la Ley entrega al empleador.
- ❑ Compatibilizar la administración del sistema de accidentes del trabajo, como seguro obligatorio, a través de organizaciones que operan sin fines de lucro pero que deben mostrar transparencia al mercado.
- ❑ Identificar los elementos que han permitido que las mutuales se especialicen en patologías médicas asociadas a riesgos del trabajo, que pueden ser diferentes a las especialidades de las clínicas de salud común, que pudiera no resultar conveniente generar prestación de servicios médicos.
- ❑ Revisión de la existencia de administración delegada.
- ❑ Estudiar el ajuste de los requisitos para formar una mutual a la normativa moderna, contenida en el DL N° 3500 y DFL N°3, que se identifica mediante exigencias de capital mínimo más reservas, prospecto de factibilidad, etc.
- ❑ Flexibilizar la operación del sistema mediante la facultad para que las mutuales puedan hacer asociaciones con terceros, entre ellas (por ej., para atender la rehabilitación) o con otros centros médicos con el objeto de lograr una mayor eficiencia

▪ **Cobertura.**

- ❑ Compatibilizar las acepciones de trabajadores que considera la legislación laboral con las que faculta la Ley para proteger (ej.; trabajadores familiares)
- ❑ Revisar los incentivos para la inclusión de diversos grupos de trabajadores y la facultad de elegir la pertenencia al sistema.
- ❑ Analizar si la forma de afiliación es la que mejor se adecua al objetivo primordial de la Ley, cual es la prevención de riesgos.

▪ **Beneficios.**

- ❑ Identificar las contingencias que deben cubrirse, cuestionando la inclusión del accidente del trayecto, excepto cuando se trata de un medio de transporte puesto por la propia empresa.
- ❑ Compatibilizar la cobertura de la Ley N° 16.744 al accidente del trayecto con la que se otorga a través del seguro automotriz.
- ❑ Modernizar las prestaciones económicas acordes con la legislación de la reforma.
- ❑ Generar incentivos correctos para los actores: médicos, pacientes, empleadores; en el otorgamiento de las licencias médicas.
- ❑ Revisar los procedimientos de calificación de una enfermedad profesional.
- ❑ Analizar la factibilidad de desagregar los beneficios de la Ley de accidentes del trabajo, con el objeto de que el beneficiario elija aquel administrador o modalidad que optimice su preferencia.

▪ **Financiamiento.**

- ❑ Estudiar el reaseguro como opción de financiamiento
- ❑ Proponer la conveniencia de contar con una normativa para las inversiones de las reservas similares a la contenida en el DL N° 3500
- ❑ Estudiar el mecanismo de definición de precios.

- Analizar la conveniencia de incorporar subsidio estatal para el financiamiento de pensiones mínimas.
- **Compatibilidades con otros regímenes.**
 - Estudiar la compatibilización en materia de pensiones con el DL N° 3.500, particularmente relativas al traspaso a pensión de vejez.
 - Análisis de las pensiones mínimas, por cuanto se detectan diferencias con los otros sistemas.
 - Analizar la conveniencia de traspasar la responsabilidad del financiamiento cuando el trabajador percibe una pensión mínima por Ley N° 16.744 y pasa al DL N° 3500.
 - Revisar las instancias y plazos de reclamos de cada régimen (pensiones, salud y accidentes del trabajo).
 - Estudiar los montos y reajustabilidades en relación con los subsidios de enfermedad común.

Capítulo III: Administración.

El régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es administrado por dos tipos de entidades ó por la modalidad de administración delegada:

- Sistema privado: administrado por Mutualidades de empleadores, las cuales son entidades sin fines de lucro;
- Sistema estatal: administrado por el Instituto de Normalización Previsional que capta las cotizaciones y paga las pensiones; el Sistema Nacional de Servicios de Salud que otorga las prestaciones médicas y de prevención de riesgos; y el Fondo Nacional de Salud que paga los subsidios correspondientes.
- Sistema de administración delegada, al cual se puede optar si la empresa ocupa más de dos mil trabajadores y cuenta con servicios médicos y de prevención de riesgos de su propiedad.

En el ámbito de la administración de las prestaciones de seguridad social, durante las últimas dos décadas el sector privado ha incursionado en la administración de las prestaciones de seguridad social, sustentado en el principio de subsidiaridad del Estado. Esto implica que el Estado ha asumido un rol activo en materia de regulación y fiscalización, con el objeto de cautelar el adecuado funcionamiento del respectivo sistema. A su vez, el Estado ha dirigido sus esfuerzos económicos hacia los sectores más desprotegidos en su rol subsidiario.

Por su parte, la administración privada se ha desarrollado en un ambiente competitivo que le ha permitido actuar eficientemente, debido a la existencia de incentivos para ello, que en la mayoría de los casos corresponde al fin de lucro de sus operadores.

En este contexto se puede plantear un modelo de administración teórico para el sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, basado en:

- Administración privada con incentivos para la existencia de múltiples operadores en un mercado competitivo.
- Libertad de los demandantes (empresas) para elegir el oferente que mejor administre los recursos para el sistema.
- Aprovechamiento de economías de escala en la industria o con industrias relacionadas, a través de la subcontratación de servicios.
- Información completa y oportuna al mercado sobre los oferentes para apoyar la toma de decisiones de los demandantes.
- Exigencia de un capital mínimo, en particular, o activos mínimos, en general, que permita a los administradores cubrir las exigencias de beneficios devengados y por devengar en un evento de incremento excesivo de éstos.
- Participación estatal en su rol normativo, fiscalizador y garante subsidiario.

Cabe señalar, que tratándose de un sistema de carácter compulsivo, por cuanto sus demandantes están obligados a comprar el servicio de la seguridad social, en este caso, la cobertura y prevención de riesgos de accidentes del trabajo, se hace indispensable que las instituciones administradoras, independiente de la naturaleza jurídica con que se organicen para otorgar las prestaciones, muestren un alto nivel de transparencia, con el objeto que los demandantes dispongan de toda la información necesaria para tomar la mejor decisión respecto del ente administrador.

Si bien, el planteamiento anterior obedece a un marco conceptual que en teoría entrega un funcionamiento eficiente, la realidad actual del sistema y sus componentes merece una discusión particular con el objeto de introducir proposiciones adecuadas a cada uno de ellos. En este sentido, a continuación se analizan las Mutualidades, la eventual participación de sociedades anónimas especiales, la administración delegada y el rol del Estado en este sistema.

3.1. Sistema de Mutualidades.

3.1.1. Normativa actual aplicable a las Mutualidades y AFP.

Naturaleza jurídica.

Mutualidades

En conformidad a los artículos 11 y 12 de la Ley N° 16.744 y al Decreto Supremo N° 285 de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, las Mutualidades de Empleadores son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, que tienen por fin administrar el seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con las disposiciones de la referida Ley.

AFP.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones son sociedades anónimas especiales, lo cual significa que están sujetas a resolución de autorización de existencia por parte del Estado, en este caso de la Superintendencia de AFP.

Además, independientemente de que sean sociedades anónimas abiertas o cerradas, y en atención a su objeto consistente en administrar recursos provenientes del ahorro forzoso de los trabajadores y, por consiguiente, a la necesidad de que exista transparencia en sus operaciones, se les aplican las normas de la Ley N° 18.046 relativas a las sociedades abiertas, en cuanto puedan conciliarse o no se opongan a las que les son propias, es decir, las contenidas en el D.L. N° 3.500, de 1980. Ello se traduce en la obligación de comunicar permanentemente al mercado, al público en general y a la Autoridad Fiscalizadora, información sobre sus operaciones, como la publicación del balance, estructura de comisiones, cartera de inversiones, hechos esenciales, etc.

Constitución.

Mutualidades

El artículo 4° del D.S. N° 285 dispone que la solicitud en que se pida la personalidad jurídica para la Mutualidad de Empleadores, la aprobación de sus estatutos y la autorización para administrar el seguro social contra riesgos del trabajo, deben dirigirse al Presidente de la República, por intermedio del Ministerio de Justicia.

La solicitud de personalidad jurídica para una Mutualidad debe ser patrocinada por una organización patronal con personalidad jurídica que no tenga fines de lucro y a ella deberá acompañarse, además de los antecedentes exigidos por el reglamento sobre concesión de personalidad jurídica, constancia de que los constituyentes de la mutualidad ocupan, en conjunto, un mínimo de 20.000 trabajadores, en faenas permanentes, mediante certificados expedidos por los servicios del trabajo.

Asimismo, la solicitud deberá acreditar satisfactoriamente la forma como la Mutual otorgará las prestaciones médicas y atenderá las labores de prevención.

Recibida la solicitud y sus antecedentes, el Ministerio de Justicia debe remitirla al Ministerio del Trabajo y Previsión Social para ser informados, quien lo hace previa audiencia de la Superintendencia de Seguridad Social

De aprobarse la solicitud, el Presidente de la República emite un Decreto Supremo concediendo la personalidad jurídica y aprobando los estatutos de la Mutual, decreto que debe llevar además las firmas de los Ministros del Trabajo y Previsión Social y de Justicia, y contiene la autorización para participar como ente administrador del seguro.

El mismo decreto debe fijar el plazo para que la Mutualidad acredite, con certificados del Servicio Nacional de Salud, el cumplimiento de las exigencias del artículo 12 de la Ley N° 16.744 a que nos referiremos más adelante.

AFP

De acuerdo con el artículo 130 de la Ley N° 18.046, para constituir una AFP se requiere que los organizadores de la misma presenten un prospecto ante la Superintendencia de AFP, en el que se describen los aspectos esenciales de la futura sociedad y la forma como desarrollará sus actividades. Este prospecto básicamente obedece a la viabilidad que debe tener el proyecto y la conveniencia de crear la AFP.

La Superintendencia puede aprobar el prospecto, solicitar modificaciones o rechazarlo de plano. En caso de aceptación, la Superintendencia debe emitir un certificado provisional que autoriza a los organizadores para continuar realizando las gestiones destinadas a obtener la autorización de existencia y preparar los actos de constitución y su futuro funcionamiento. Se considera que la sociedad tiene personalidad jurídica desde la emisión de dicho certificado, el cual caduca transcurridos 10 meses.

La constitución de la sociedad administradora consta de varios actos, conforme a los artículos 131 y 132 en relación con otras disposiciones de la Ley N° 18.046.

- ✓ Escritura pública de constitución, la que debe contener los estatutos de la sociedad y llevar inserto el certificado provisional de autorización.
- ✓ Resolución de autorización de existencia y de aprobación de los estatutos, emitida por la Superintendencia de AFP.
- ✓ Certificado emitido por la Superintendencia, que acredite las circunstancias anteriores y contenga un extracto de los estatutos.
- ✓ Inscripción del certificado en el Registro de Comercio del lugar del domicilio social.
- ✓ Publicación del certificado, por una vez, en el Diario Oficial.

Requisitos.

Mutualidades

Adicionalmente a las solemnidades necesarias para su constitución, las Mutualidades deben cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Objeto exclusivo, consistente en administrar, sin ánimo de lucro, el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
- ✓ El número de trabajadores ocupados por sus miembros, en conjunto, no, puede ser inferior a 20.000.
- ✓ Disponer de servicios médicos adecuados, propios o en común con otra mutualidad, los que deben comprender servicios especializados, incluso en rehabilitación.
- ✓ Realizar actividades permanentes de prevención.
- ✓ No ser administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro.
- ✓ Sus miembros deben ser solidariamente responsables de las obligaciones asumidas por la Mutualidad.

- ✓ Constituir una reserva de eventualidades no inferior al 2% ni superior al 5% del ingreso anual. Este porcentaje se fija por decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- ✓ Constituir una reserva adicional destinada al pago de las pensiones y sus futuros reajustes.

AFP

Además de las solemnidades de constitución ya descritas y de las exigencias que le impone su condición de sociedades anónimas, las AFP deben cumplir los siguientes requisitos previos a la autorización de existencia:

- ✓ Objeto exclusivo, consistente en administrar dos fondos de pensiones, denominados Tipo 1 (cuyos recursos se invierten en instrumentos de renta fija y variable) y Tipo 2 (cuyos recursos se invierten sólo en instrumentos de renta fija) y otorgar y administrar las prestaciones que establece el DL N° 3.500 de 1980, es decir, pensiones de vejez, anticipadas de vejez, de invalidez y de sobrevivencia, cuota mortuoria, excedente de libre disposición y administración de la cuenta de ahorro voluntario. En virtud de otras disposiciones legales, pagan asignaciones familiares a sus pensionados, administran las cuentas de ahorro de indemnización para trabajadores de casa particular y las cuentas de ahorro de indemnización convencional sustitutiva, a todo evento, para trabajadores dependientes del sector privado.
- ✓ Capital mínimo equivalente a 5.000 Unidades de Fomento, el que debe encontrarse suscrito y pagado al momento de extenderse la escritura de constitución.

Asimismo, durante su funcionamiento, deben cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Patrimonio mínimo igual al capital mínimo (UF 5.000) el que aumenta hasta 20.000 Unidades de Fomento en consideración al número de afiliados.
- ✓ Encaje equivalente a un 1% de cada Fondo administrado, que debe invertirse en cuotas del respectivo Fondo.
- ✓ A lo menos una agencia u oficina a nivel nacional destinada a la atención de público.

3.1.2. Requisitos de las AFP que podrían aplicarse a las mutualidades de empleadores con fines de transparencia.

Las consideraciones que siguen suponen un escenario en que no se modifica la naturaleza jurídica de las Mutualidades de Empleadores correspondiente a corporaciones sin fines de lucro. En caso contrario, habría muchos otros elementos propios de las sociedades anónimas y, en especial de las AFP, cuya aplicación podría analizarse, como se señala en el punto 3.2. de este capítulo.

En el contexto señalado y en términos generales, los requisitos que deben cumplir unas y otras entidades son adecuados a su condición de instituciones que operan en el ámbito de la seguridad social, como lo son las solemnidades especiales de constitución y que culminan con una licencia otorgada por el Estado en una de las manifestaciones de su rol subsidiario; y el objeto exclusivo que, en general, tiende a evitar las confusiones patrimoniales.

A las Mutualidades no se les exige un capital y un patrimonio mínimos, pero la necesidad de contar con servicios médicos propios o compartidos con sus competidoras, es una exigencia similar. Por otra parte, en la práctica los requisitos de esta naturaleza que deben cumplir las AFP son de montos poco significativos, por lo que en la práctica no constituyen ni una barrera de entrada a la actividad ni una garantía de funcionamiento.

El encaje exigido a las AFP sí es un elemento significativo por su destino (responder de la rentabilidad mínima), magnitud (1% de los Fondos administrados) y forma de inversión (sólo en

cuotas del respectivo Fondo de Pensiones) y realmente constituye hoy en día una garantía para los afiliados y un gravamen importante para los dueños de la administradora.

En el caso de las Mutualidades no existe encaje o alguna reserva similar que se constituya con recursos de los miembros, pero a cambio se exige la responsabilidad solidaria de éstos, la que puede llegar a ser mucho más gravosa por cuanto no tiene más límite que el monto de las obligaciones asumidas por la Mutualidad.

Por otra parte, la exigencia de contar con servicios médicos propios o en común con otras mutualidades, constituye una barrera de entrada y atenta contra la competencia y la obtención de economías de escala, especialmente en momentos en que el compartir no sólo éste sino una gran gama de servicios o subcontratarlos es una práctica común en otros ámbitos de los sectores financieros y de la seguridad social.

En el caso de las AFP la designación de su Directorio es de resorte exclusivo de los dueños, cuya voluntad se manifiesta en su Junta de Accionistas; los directores son esencialmente revocables; están afectos a una serie de incompatibilidades, responsabilidades, normas aplicables a la solución de los conflictos de interés y, en general, a un estatuto propio destinado a garantizar que su actuar será en pro del conjunto de los accionistas y no de aquellos que les eligieron. En el caso de las Mutualidades de Empleadores, el Directorio tendrá igual cantidad de miembros representantes de los adherentes y de los trabajadores que presten servicios a los empleadores adheridos a la mutualidad.

En todo caso, el Presidente de las mutualidades será elegido por los miembros del Directorio que tengan la calidad de representantes de las empresas adherentes, y deberá tener esa misma calidad.

La importancia de lo anterior, radica en que el voto del Presidente, tendrá carácter de voto decisivo en aquellos casos en que se produzca empate en la adopción de algún acuerdo.

En cuanto a su estatuto, éste es más bien precario.

Materias que podrían ser objeto de regulación similar.

Sobre la base de lo señalado, a continuación se indican algunos aspectos que podrían analizarse en cuanto a la conveniencia de su aplicación a las Mutualidades y que en el ámbito de las sociedades anónimas abiertas en general y de las AFP en particular, tienen amplia aceptación.

- ◆ Dejar directamente en manos de la autoridad fiscalizadora, al igual que en el caso de las sociedades anónimas especiales, la calificación de los requisitos para la constitución de las Mutualidades y la autorización de existencia.
- ◆ Aplicar a las Mutualidades el otorgamiento de una garantía patrimonial acotada a un cierto monto de actualización automática acorde a la cuantía de los recursos bajo administración provenientes de cotizaciones, aportada por sus miembros y que reemplace la responsabilidad solidaria de éstos actualmente vigente.
- ◆ Eliminar la exigencia de contar con servicios médicos propios o sólo en común con otras Mutualidades, abriendo la posibilidad de que sean conjuntos con cualesquiera otras entidades del sector seguridad social o salud e, incluso, subcontratarlos. En el último caso los contratos podrían quedar sujetos a una revisión previa de la autoridad.
- ◆ La conformación del Directorio y la esencialidad de la revocación de sus miembros podrían ser similares a las sociedades anónimas, especialmente si se considera que sólo los empleadores

aportan y cuanto más si se concede a los trabajadores participación en la elección de la Mutualidad.

- ◆ Los balances, memorias y otros elementos de entrega de información y transparencia, podrían asimilarse a las exigencias de las sociedades anónimas especiales: balances trimestrales y anuales auditados por auditores independientes, publicación del balance anual, inversión de las reservas y excedentes, hechos relevantes, convenios de atención médica, etc.
- ◆ Otros aspectos tales como la designación de prestadores de servicios médicos – para el evento que se les permita la subcontratación – podrían someterse a procedimientos de licitación, sin perjuicio de la facultad del Directorio de adjudicar los contratos a quienes estime más convenientes para la Mutualidad, sus miembros y trabajadores afiliados.

3.2. Eventual participación de sociedades anónimas especiales.

Si bien, el sistema de mutualidades ha demostrado eficacia en la administración de las prestaciones y las proposiciones señaladas en el punto 3.1 anterior permitirían adecuar la operación de dichas entidades a las nuevas condiciones del resto de las industrias de la seguridad social, CIEDESS estima provechoso presentar algunos elementos de discusión para evaluar la conveniencia de que participen en la administración entidades con fines de lucro, como son las sociedades anónimas especiales.

En el evento que se desee incorporar el fin de lucro a las Mutualidades, no sería, en principio, estrictamente indispensable someterlas al estatuto de las sociedades anónimas especiales, como es el caso de las AFP. En efecto, en la práctica existe un sector, el de las Isapre, que admite el fin de lucro y en el cual, de hecho, la competencia es importante.

Por consiguiente, podría bastar con aplicar a las Mutualidades un estatuto propio que contuviere todos los elementos de competencia y transparencia que se quisieren incorporar en términos similares a los de las Isapre, entidades que sin estar obligadas a constituirse como sociedades anónimas, tienen en su estatuto, contenido en la Ley N° 18.933, algunos elementos similares a los de las AFP.

Entre los requisitos que deben cumplir las Isapre en el trámite de su constitución están:

- ✓ Capital mínimo de UF 5.000, al momento de presentar la solicitud.
- ✓ Una garantía de UF 2.000 al momento de ser registradas.

Además, durante su funcionamiento deben cumplir con:

- ✓ Un patrimonio mínimo de UF 5.000.
- ✓ Una garantía constituida en dinero o en instrumentos de deuda emitidos por ciertas instituciones estatales o financieras, equivalente a un mes de cotizaciones percibidas.

Sin embargo, en el actual estatuto de las Isapre se aprecian algunas deficiencias que obedecen a razones históricas, fundadas en un estatuto inicial que permitió la creación de Isapre de todo tipo. Por mencionar algunas, sólo requieren constituirse como personas jurídicas, concepto amplísimo y que engloba genéricamente a todas las personas no naturales o físicas. Por consiguiente, pueden ser sociedades de personas, en comandita o anónimas (abiertas o cerradas, más no especiales), etc.; y en su constitución no aparece como requisito la autorización del Estado sino el mero registro ante la Superintendencia del ramo.

Todo parece indicar, entonces, la conveniencia que en esta hipótesis se aplique a las Mutualidades un estatuto propio más similar al de las AFP, lo que, aparte de los requisitos de capital mínimo, patrimonio mínimo, garantías y objeto exclusivo, implicaría a lo menos, lo siguiente:

- ✓ Todas ellas, sin excepción, deberían constituirse como sociedades anónimas especiales, entidades que por esencia persiguen fin de lucro. Esta naturaleza jurídica, de paso, generaría una competencia más justa en cuanto todas ellas deberían generar retornos sobre el capital invertido por sus dueños y se dificultaría que pudieran recibir subsidios de otras entidades.
- ✓ Deberían ser, además, sociedades anónimas especiales, elemento que implica una autorización de existencia por el parte del Estado y la consiguiente fiscalización de éste; y que permite conciliar el perseguir fin de lucro y al mismo tiempo ser operador de un giro socialmente importante, como son las propias AFP, los bancos y las compañías de seguros.
- ✓ Quedarían afectas a todas las normas de publicidad, transparencia y conflictos de interés que estableciera su propio estatuto y simultáneamente a las que se aplican a las sociedades anónimas.

Por último, si bien esta estructura incluye formalmente el fin de lucro por el sólo hecho de ser S.A., los accionistas de las nuevas mutualidades podrían decidir no generar utilidades en la realidad, por la vía de establecer estructuras de niveles de ingresos iguales a sus costos de operación.

3.3. Administración delegada.

Según se señalara en este trabajo, la administración delegada es de carácter excepcional y es aplicada por algunas empresas compuestas por grandes conglomerados, estatales muchos de ellos, básicamente del sector minero y que, de acuerdo a su escala de operaciones, ubicación geográfica apartada de los centros urbanos u otras causas, les resulta más ventajosa la alternativa de crear y mantener esta modalidad. Para ello, la empresa que adopte esta administración debe ocupar más de 2.000 trabajadores en forma permanente y contar con servicios médicos y de prevención de riesgo de su propiedad.

En términos financieros la empresa debe contar y financiar los centros médicos necesarios para otorgar a sus trabajadores las prestaciones médico-hospitalarias del sistema, como asimismo la rehabilitación y prevención. A su vez, debe transferir al INP el 5% de la tasa de cotización aplicado sobre la masa de salarios imposables de la empresa, para financiar las pensiones que se generen por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

La existencia de esta modalidad se justifica en la medida que no existan operadores que puedan administrar los beneficios del sistema a un costo inferior al de la empresa. En un ambiente competitivo con múltiples operadores y con las capacidades tecnológicas y de transporte que existen hoy, no se visualiza que una empresa cuyo objetivo es distinto a la administración de prestaciones de salud tenga costos menores que dichos operadores. Quizá históricamente es un sistema que tuvo su justificación.

Un elemento interesante que contiene esta modalidad se refiera a una separación de las prestaciones. En efecto, las prestaciones médicas las administra la empresa y las pensiones las administra un tercero que es el INP, situación que también podría ser asumida por un tercero distinto a este administrador público.

Por consiguiente, se plantean las siguientes proposiciones:

- Mantener el régimen de administración delegada, como régimen transitorio, por cuanto en la medida que enfrente un mercado competitivo y con oferentes interesados en ganar mercado, debiera tender a desaparecer naturalmente.
- Obligar a las entidades con administración delegada a contratar el seguro de pensiones con los operadores del sistema, para lo cual será necesario establecer normas sobre reservas técnicas para el adecuado nivel de financiamiento de las prestaciones a dichos agentes.
- Permitir a las entidades con administración delegada la transferencia paulatina de diferentes áreas de prestaciones a otros operadores del mercado, de manera tal que en la medida que existan áreas de mayor eficiencia en las mutualidades respecto de las empresas con administración delegada, éstas puedan ser atendidas por ellas.
- Considerar el hecho que entidades que desarrollan funciones relacionadas con alguno de los ámbitos de acción de las mutualidades, pueden obtener economías de escala, en la medida que administran directamente alguna de las prestaciones, transformándose por lo tanto en una alternativa posible de administración. Esta situación se presenta claramente en aquellas instituciones que administran prestaciones de salud, las que pueden derivarlas para sus propios trabajadores.

3.4. Sistema público.

En general, se estima que la participación de un organismo público en una industria competitiva, tiende a producir competencia desleal, por cuanto, el ente público puede actuar bajo determinadas circunstancias introduciendo subsidios que afectan la transparencia del mercado. En este sentido, es recomendable que el Estado sea explícito con los subsidios a empresas o personas.

No obstante, el INP como administrador de los beneficios de la Ley accidentes del trabajo y enfermedades profesionales no ha desarrollado acciones sistemáticas para atraer empresas, no afectando con ello el área de competencia de las mutualidades. Por consiguiente, el INP está administrando los beneficios de las empresas que no son atractivas para las mutualidades.

Ahora bien, la acción del INP aparece cumpliendo el rol subsidiario del Estado en cuanto a administrar los beneficios de aquellos sectores que no son atractivos para el sector privado. En este contexto, cabe plantearse si es bueno para el sector privado no generar las condiciones de acceso al sistema para todos los trabajadores.

En este mismo sentido, es necesario señalar que los beneficios médico-hospitalarios que el INP otorga, se materializan a través del sistema público de salud, que como es de conocimiento público es altamente deficitario. A lo anterior se debe agregar la falta de especialización sobre la materia de dichos servicios.

En el INP se encuentra un 24% de la población protegida por el sistema de accidentes del trabajo, porcentaje no despreciable y que incluye la población de menores ingresos.

CIEDESS, estima necesario incorporar obligatoriamente a toda la población protegida por el sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a los administradores privados de este sistema.

Por otra parte, la administración de las pensiones por el INP mantiene los vicios de los sistemas de reparto, en los cuales se asumen obligaciones de largo plazo sin el respaldo financiero equivalente.

Un elemento que podría discutirse respecto de la incorporación obligatoria de los trabajadores de empresas con bajo salario medio a entes privados, es que ellas son subsidiadas por el fisco en este sistema. Sin embargo y en virtud de la neutralidad de las políticas fiscales, no es conveniente que determinadas empresas o sectores reciban subsidios implícitos que no tienen una justificación clara.

3.5. Estructura aplicable a entidades que se incorporan al sistema.

Se estima que debiera haber un mayor número de competidores en el sistema, para lo cual se propone que los administradores que ingresen al sistema, puedan adoptar la estructura que se ha definido en los números 3.1. o 3.2. mientras que las existentes se ajusten a la estructura definida en el punto 3.1.

Capítulo IV: Financiamiento.

Según lo establece la normativa legal que regula este sistema, el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con los siguientes aportes de cargo de los empleadores:

- Cotización básica general del 0,90%¹ de las remuneraciones imponibles de cargo del empleador (a);
- Cotización adicional diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa, también de cargo del empleador, que no podrá exceder de un 3,4% de las remuneraciones imponibles (b);
- El producto de multas (c);
- Utilidades o rentas que produzca la inversión de los fondos de reserva (d), y
- Ingresos por el ejercicio del derecho de repetir de acuerdo con los artículos 56 y 69 de la Ley (e).

La cotización adicional (b) se podrá ver disminuida si se rebajan apreciablemente los riesgos, pudiéndose eximir de ella si alcanza un nivel óptimo de seguridad, o bien aumentada, si no se ofrecen condiciones satisfactorias de seguridad o higiene, o si no se implantan las medidas de seguridad que se les ordene, pudiendo llegar tal aumento hasta el 100% de recargo.

El régimen financiero de este sistema es el de reparto, sin perjuicio de formarse una reserva de eventualidades no inferior al 2% ni superior al 5% del ingreso anual, debiendo las Mutualidades formar, además, una reserva adicional para atender el pago de las pensiones.

Con relación a la referida cotización adicional diferenciada en función de la actividad económica y riesgo que éstas representen, inicialmente, las empresas pagan una cotización adicional en función de su actividad económica de acuerdo a un riesgo laboral teórico o presunto, la que está establecida en el Decreto Supremo N° 110, de 1968. Después de transcurrido sus primeros años de operación y en función de su siniestralidad real o riesgo laboral efectivo experimentado en los dos años anteriores, la empresa puede mantener, subir o disminuir su tasa de cotización adicional original, situación que se encontraba regulada por el Decreto Supremo N° 173, de 1970, el que fue recientemente reemplazado el 7 de marzo de 2000 por el Decreto Supremo N° 67 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Así, este D.S. aprueba el nuevo reglamento sobre exenciones, rebajas y recargos de la cotización diferenciada.

4.1. Análisis de la Ley y reglamentación respecto a las tasas de cotización.

El Decreto Supremo N° 110, de 1968, que establece las tasas de cotización adicional presuntas o teóricas para cada una de las actividades económicas, tiene ya más de 30 años y muchas de las tasas allí mencionadas, no guardan relación con su real riesgo asociado y al ambiente en el cual hoy día generalmente se desarrollan, producto de los avances en la tecnología y mejores métodos de trabajo. Del mismo modo, se han creado nuevas actividades que no están tipificadas y se deben asimilar en forma aproximada a algunas de las que allí se establecen.

Por otro lado, el Decreto Supremo N° 173, de 1970, de una antigüedad similar al antes referido, presentaba algunos problemas en la metodología establecida para asignar las tasas de cotización adicionales al basarse fundamentalmente en la tasa de riesgo y por ende en los días de trabajo perdidos, con subsidio pagado. Así por ejemplo, no se consideraba dentro de la medición de la siniestralidad los casos de fallecimientos como producto de accidentes, lo que representa el riesgo más importante para las personas, su sobrevivencia. De la misma manera, el hecho de medir la

¹ Esta cotización tiene un recargo de 0,05%, por el período comprendido entre el 1/04/1998 y el 31/08/2004 por expresa indicación de la ley N° 19.578 del 19 de julio de 1998.

siniestralidad con dicha metodología, inducía a las empresas hacia acciones tendientes a disminuir los casos y tiempos de licencias médicas de sus trabajadores por estos riesgos.

Al respecto, cabe señalar que los costos asociados a los días perdidos por concepto de subsidios corresponden solo a uno de los beneficios que otorgan las Mutuales de acuerdo a la Ley. Así, el definir las tasas de riesgo en función solamente de este ítem, además de los problemas señalados anteriormente, no permite identificar claramente la incidencia de las demás variables de costos y por consiguiente efectuar un control eficiente sobre la asignación y financiamiento de los recursos.

Los principales cambios que establece el D.S. N° 67, son los siguientes:

- Las empresas que tengan un recargo en las tasas superiores a los niveles de su actividad económica, podrán cambiar de mutualidad, eliminando así la inamovilidad actual que afecta a determinadas empresas.
- Se extiende de dos a tres años la base de evaluación temporal para determinar la siniestralidad laboral.
- Se extiende de uno a dos años la vigencia de las referidas tasas.
- Para determinar la siniestralidad de las empresas de incluirán las indemnizaciones, pensiones y muertes, además de los días perdidos por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- A todas las empresas que tengan más de dos años de operaciones, las exenciones, rebajas y recargos serán automáticos en un proceso de evaluación simultáneo y universal.
- Las empresas estarán afectas a recargos adicionales, de oficio, por incumplimiento de las medidas de seguridad, prevención e higiene.

Sobre la forma en que se determina la tasa de cotización que rige para el sistema Mutualidades se estima que podrían efectuarse algunas recomendaciones o discusiones, las que se presentan a continuación:

4.1.1. Cotización mínima.

Sobre la base que uno de los principales objetivos del sistema Mutuales es la prevención, se estima que la tasa de cotización debiera al menos permitir solicitar un nivel mínimo de ésta, que pudiera considerarse como requisito legal. Es decir, en esta modalidad se propone la compra de un paquete básico que contemple actividades de prevención y un nivel adicional que permita adquirir las prestaciones adicionales, esto es, prestaciones médicas, rehabilitación y pensiones que determina cada Mutual.

4.1.2. Tarifación sobre la base de costos efectivos.

Esta proposición está basada en tarificar sobre la base de los costos asociados a los riesgos cubiertos.

Primero se debe distinguir e identificar cada uno de los riesgos o estados de necesidad que cubren las Mutualidades. Así, se distinguen Prevención, Medicina Curativa, Rehabilitación y Reeduación, Subsidios y, pago de Pensiones e Indemnizaciones.

En cada uno de estos ítems, se deben considerar los componentes de los costos totales, es decir, el número de casos y los costos unitarios promedios.

Para llevar a cabo esta metodología, se debe recopilar información que permita determinar las frecuencias con el fin de estimar las probabilidades de pago o de ocurrencia de los siniestros. Asimismo, se debe recopilar información asociada a los tipos de riesgos que cubre el sistema.

Los antecedentes anteriores permiten calcular los costos totales, lo que sería la base para determinar el precio mínimo que cada Mutual debiera cobrar; incluyendo lo que cada entidad estime razonable como adicional para gastos de administración y utilidad esperada.

Esta metodología debiera contemplar un sistema de actualización permanente que permitiera ajustar los valores reales de prevención y costos considerados en la tarificación.

4.1.3. Mantención del nivel de tasa de cotización.

Dado que el sistema actual en la práctica opera sin inconvenientes, se propone que sin hacer cambios a su forma de cálculo, se generen incentivos para que las propias empresas se sientan motivadas a disminuir la tasa de accidentabilidad. Estos incentivos podrían ser entre otros; devolución de cotización en base a beneficios o participación de las empresas en las ganancias obtenidas por ahorros en el otorgamiento de prestaciones.

4.1.4. Cotización libre.

Sobre la base de que se propone para el sistema una mayor competencia y transparencia, se estima recomendable, liberar la tasa de cotización de manera que operando en un libre mercado, el precio quede determinado en virtud del equilibrio entre oferta y demanda.

4.2. Constitución e inversión de Reservas.

La Ley N° 16.744 de 1968, establece el seguro obligatorio que cubre a los trabajadores contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que les pudieran provocar una incapacidad temporal, una incapacidad permanente (parcial, total o gran invalidez) o la muerte. De acuerdo a lo anterior, mediante dicha Ley se otorgan al afiliado prestaciones médicas, subsidios por incapacidad temporal, indemnizaciones y pensiones por invalidez y, pensiones de supervivencia al grupo familiar en caso de fallecimiento del afiliado.

Con relación a las pensiones por invalidez y supervivencia que estipula esta Ley, éstas tienen las siguientes características:

- Las pensiones de invalidez son de carácter temporal y son recibidas por el afiliado hasta la fecha de su fallecimiento ó hasta la edad de 65 años (en caso de hombres) y 60 años (en caso de mujer), lo que ocurra antes.
- Las pensiones de supervivencia se otorgan al grupo familiar del afiliado a partir de su fallecimiento y son de carácter temporal para los hijos no inválidos (hasta los 18 años de edad y se pueden extender hasta los 24 años si están estudiando) y vitalicias para los hijos inválidos. En el caso de las cónyuges viudas y madres de hijos naturales, éstas reciben pensiones temporales hasta los 45 años de edad. A partir de dicha edad tales pensiones se convierten en vitalicias siempre que mantengan su calidad de viudez o soltería. La Ley también contempla beneficios de pensiones vitalicias para los cónyuges viudos inválidos.

Según lo establece el Decreto Supremo N° 285, de 1969, las Mutuales deberán formar una reserva de eventualidades no inferior al 2% ni superior al 5% de su ingreso anual y, una reserva adicional para atender el pago de las pensiones y futuros reajustes. Esta última reserva denominada de capitales representativos de rentas y pensiones.

El Decreto Supremo N° 97 de 1983, aprueba las tablas para el cálculo de los capitales representativos de pensiones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Así, se establecen los factores a utilizar en caso de pensiones invalidez (determinados con la tabla de

mortalidad de inválidos MI-81) y, para pensiones de orfandad y viudez (obtenidos utilizando la tabla M-70).

Por otro lado, mediante Circular N° 849 de 1983, la Superintendencia de Seguridad Social estableció la metodología para la constitución de los Capitales Representativos por parte de las Mutualidades de Empleadores.

4.2.1. Análisis de la Ley y reglamentación respecto a las reservas técnicas a constituir por las Mutuales.

La Circular N° 849 presenta algunos problemas respecto al establecimiento de las reservas técnicas por pagos futuros de pensiones que deben constituir las Mutualidades en el seguro establecido en la Ley N° 16744, los que se detallan a continuación:

4.2.1.1. Reserva de siniestros ocurridos y no reportados.

La referida circular N° 849 no contempla la constitución de reservas técnicas por aquellos siniestros de invalidez o fallecimiento que a la fecha de cálculo de la provisión han ocurrido pero no han sido reportados las Mutuales.

4.2.1.2. Reserva de siniestros en proceso de liquidación.

Tampoco establece la Circular N° 849 la reserva técnica por los siniestros en proceso de liquidación, correspondiente a aquellos siniestros por los cuales aún no se emite una resolución de pago de pensión.

4.2.1.3. Reserva de siniestros liquidados.

Con relación a los siniestros de invalidez y fallecimiento por los cuales los beneficiarios se encuentran recibiendo pensiones de sobrevivencia, la Circular N° 849 presenta dos problemas que determinan una reserva insuficiente por las obligaciones generadas por el pago de pensiones que deben asumir las Mutualidades.

La primera de ellas se refiere a la mención explícita en la referida circular donde se señala que no se debe constituir capital representativo por las pensiones correspondientes tanto a viudas como a madres de hijos naturales del causante si, en ambos casos, se tratara de personas no inválidas y menores de 45 años. Al respecto, la condición establecida por la Ley N° 16744 para otorgar las referidas pensiones es cumplida en la práctica por la gran mayoría de los beneficiarios, lo que implica en términos reales que tales pensiones se pagarán con una alta probabilidad en forma vitalicia. Así, la provisión por reservas técnicas debiera contemplar desde un comienzo el período temporal desde el inicio del pago de las pensiones hasta los 45 años de edad y también con una probabilidad alta la correspondiente reserva por las pensiones diferidas que se generarán a partir de dicha edad.

La segunda de ellas y, al igual que el caso anterior, se refiere a la mención explícita en la referida circular en términos de no constituir reservas por las pensiones que corresponde a huérfanos no inválidos de 18 años y más. Al respecto, una vez que los hijos superan los 18 años y cursan niveles superiores, una gran parte de éstos logran la obtención de sus títulos alcanzando los 23 años como estudiantes. El no reconocer esta realidad involucra la constitución de una insuficiente provisión para cubrir el pago de estos beneficios.

El tercer problema que se presenta se refiere a la determinación de los capitales representativos en caso de invalidez, los cuales de acuerdo al D.S. N° 97 de 1983 sólo contemplan el pago de las

pensiones a los afiliados, omitiendo la eventual obligación que se generará si el afiliado fallece antes de cumplir la edad de jubilación normal, correspondiente a las pensiones de sobrevivencia para su grupo familiar. Estas reservas sólo se vienen a constituir cuando fallece el afiliado inválido. En todo caso la constitución de esta reserva será necesaria sólo en el evento que la entidad administradora mantenga la obligación de pagar las pensiones que ésta representa. Es necesario señalar, que en el capítulo en que se analizan los beneficios se propone poner a disposición del afiliado o sus beneficiarios el capital constitutivo de las pensiones, con el objeto de que éste contrate alguna de las modalidades de pensión que se proponen. En este evento la obligación de constitución de la reserva cesa al momento de la respectiva transferencia.

4.2.1.4. Reserva de riesgos catastróficos por accidente.

Otro elemento no incorporado en la normativa y que se debiera incluir dentro de las reservas técnicas, corresponde a la provisión a constituir por los eventos catastróficos causados por accidente, que involucren varias vidas en los riesgos de fallecimiento e invalidez cubiertos por la Ley N° 16.744.

Todo lo anterior configura un escenario en el cual, las reservas técnicas actualmente constituidas por las Mutuales para estos efectos, son posiblemente inferiores a las necesarias para cumplir con las obligaciones futuras por pago de pensiones de sobrevivencia. Solo habría que plantearse el hecho de no recibir más ingresos por primas, para determinar si las actuales provisiones alcanzarían para cumplir con los compromisos antes mencionados.

Finalmente cabe señalar, que en el evento que la entidad administradora contrate un seguro con el objeto de cubrir todas o algunas de las obligaciones contingentes, las reservas deberán ser constituidas sólo por aquella parte de las obligaciones no cubiertas por el seguro.

4.2.2. Bases técnicas para la constitución de los capitales representativos de pensiones.

Las bases técnicas para calcular los capitales representativos las constituyen las tablas de mortalidad y la tasa de interés técnico. Esta última de acuerdo a la circular N° 849 corresponde al 6 % real anual.

Respecto a las tablas de mortalidad, el D.S. N° 97, de 1983, establece las siguientes tablas.

- **Tabla de mortalidad M-70.**

Esta tabla fue elaborada con información de asegurados de Compañías de Seguros y tiene ya una vigencia de casi 30 años. Para su elaboración, se consideró básicamente la experiencia de mortalidad de la cartera de asegurados de la Mutual de Seguros de la Armada en su mayoría hombres, para seguros en caso de muerte, es decir, que el beneficio del seguro o capital asegurado se paga a la muerte de la persona asegurada. Dado su uso y finalidad dentro del seguro privado esta tabla de mortalidad sobreestima los fallecimientos y por lo tanto subestima la sobrevivencia y conlleva por lo tanto a bajas expectativas de vida.

De acuerdo a lo anterior, la referida tabla de mortalidad no corresponde ni a la población beneficiaria del seguro establecido en la Ley N° 16744 ni tampoco al riesgo asegurado, el que corresponde a la sobrevivencia, no siendo adecuado su uso para constituir reservas técnicas por el pago de pensiones dado que no proyecta las reales expectativas de vida de los beneficiarios de pensiones vitalicias, sobre todo de las viudas.

- **Tabla de mortalidad de inválidos MI-81.**

La tabla MI-81 tampoco corresponde ni a la población cubierta por el seguro ni a los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales cubiertas por la Ley 16744. Lo anterior implica un gran factor de conservantismo para el caso de algunas invalideces provocadas por enfermedades profesionales que conllevan a cortas expectativas de vida y algo más cercana a la realidad en caso de inválidos por accidentes que produzcan desmembramiento.

Todo lo anterior nos indica que debieran construirse tablas de mortalidad basadas en la experiencia de la cartera de beneficiarios cubiertos por este seguro, separadas por sexo, para ser establecidas en la constitución de los capitales representativos de pensiones de sobrevivencia.

Por otro lado, también debiera revisarse la metodología a fin de establecer una continuidad mes a mes y no tener valores discretos anuales para los capitales representativos.

4.3. Inversión de las Reservas.

Con la modernización de la seguridad social, las entidades administradoras de obligaciones de largo plazo entraron a participar fuertemente del mercado de valores, mediante la adquisición de instrumentos financieros representativos de dichas obligaciones.

De la misma manera, ha ocurrido con los inversionistas institucionales, AFP y Compañías de Seguros, entre otros, en cuanto al establecimiento de regulación para la inversión de los Fondos y Reservas. En este contexto, se propone para las mutualidades que se elabore una normativa basada al menos en:

- Las reservas técnicas y el patrimonio de riesgo de las mutuales, sin perjuicio de los depósitos que mantengan en cuenta corriente deberán estar respaldado por inversiones en determinados instrumentos financieros y activos.
- Sin embargo, no podrán ser inversiones representativas de reservas técnica y de patrimonio de riesgo de los instrumentos clasificados en las categorías **D** o **E** de clasificación de riesgo.
- Se establecerá un límite máximo sobre las inversiones representativas de reservas técnicas y de patrimonio en riesgo.
- Las inversiones representativas de reservas técnicas y de patrimonio de riesgo no podrán estar afectas a gravámenes, prohibiciones, embargos, litigios, mediadas precautorias, condiciones suspensivas o resolutorias, iniciar objeto de ningún otro acto o contrato que impida su libre cesión o transferencia.
- La inversión en los distintos tipos de instrumentos o activos representativos de las reservas técnicas y patrimonio de riesgo, estará sujeto a determinados límites máximos.
- La inversión en los distintos tipos de instrumentos o activos representativos de las reservas técnicas y patrimonio de riesgo, estarán sujetos de a límites de diversificación por emisor.

Cabe señalar que fundamenta el hecho de disponer de normativa emitida por el Estado para la inversión de las reservas por cuanto en última instancia le corresponde al organismo estatal responder por las obligaciones contratadas, en su carácter de garante subsidiario.

4.4. Contratación de reaseguros.

4.4.1. Antecedentes generales sobre el reaseguro de vida.

El reaseguro es un contrato mediante el cual una compañía de seguros traspasa a otro asegurador, una parte o el total de los riesgos asumidos por ella en las pólizas emitidas en favor de sus clientes.

Los reaseguros tienen por objeto principalmente suministrar protección contra el riesgo de mortalidad e invalidez, dado que existen fluctuaciones entre el número real de siniestros durante el año y el número esperado o proyectado de éstos.

Las diferencias entre las indemnizaciones reales y previstas pueden deberse por ejemplo a la aparición de epidemias, desastres naturales, guerras y actos semejantes que pueden originar una variación importante, aunque transitoria respecto de la situación normal.

También se recurre al reaseguro cuando la cartera total o cualquier parte de la misma, quizás incluya solamente un número pequeño de vidas aseguradas y en consecuencia la siniestralidad experimentará fluctuaciones aleatorias. Estas serán mayores cuando más pequeño sea el período considerado o vigencia de las mismas.

4.4.2. Clasificación de los reaseguros.

Atendiendo el contenido de las cesiones, los reaseguros pueden ser:

a) Reaseguros de riesgos.

Aquí se determina la participación del reasegurador, tomando como base la suma asegurada. Además, esa participación se hace en cada uno de los riesgos asumidos por el asegurador directo.

En estos reaseguros se distinguen:

i) Reaseguro de Cuota-Parte.

En este caso el asegurador directo cede al reasegurador un determinado tanto por ciento de todos los riesgos asumidos. Es decir, el reasegurador paga un tanto por ciento del importe de los siniestros, a cambio de una prima de reaseguro determinado por él, lo que corresponde a un porcentaje de la prima directa menos el descuento o comisión de reaseguro.

ii) Reaseguro de Excedente.

En este otro caso, el asegurador directo fija el importe máximo de suma asegurada que quiere asumir en cada operación del seguro directo, que se llama **pleno de retención** y cede el resto o excedente al reasegurador. Al igual que en el caso anterior, las primas de reaseguro y su descuento pueden no coincidir con la prima cobrada por la compañía en los negocios directos.

iii) Reaseguro Mixto.

Participa de las características del reaseguro cuota-parte y del excedente, es decir, el reasegurador asume una cuota-parte (un porcentaje) en todos los riesgos y además una participación en lo que exceda del pleno de retención del asegurador directo.

b) Reaseguro de siniestros.

Aquí no se tiene en cuenta la suma asegurada para fijar la participación, sino los posibles siniestros. Así, el asegurador directo fija la parte de daños que quiere asumir y reasegura el exceso. Dentro de los anteriores puede darse dos modalidades:

- Cuando el reasegurador pague al asegurador directo en cada siniestro la cantidad de daños que exceden del límite señalado en el convenio, el reaseguro es de “**exceso de pérdida operativo**”.

Si el reaseguro se mide a nivel de toda la cartera, es decir, si los siniestros superan a un monto determinado, se refiere a un “**excess of loss**”.

- Cuando el asegurador pague la cantidad correspondiente a los siniestros ocurridos en el ejercicio (un año), que sobrepasen la cifra señalada en el convenio expresado como porcentaje de las primas directas, el reaseguro es de “stop loss”.

4.4.3. Aplicación de los reaseguros al seguro de accidente del trabajo.

En el seguro de accidente del trabajo que cubre a los afiliados activos a las Mutuales, se pueden aplicar todos los tipos de reaseguros antes vistos ya sean proporcionales o no proporcionales, y que se establezcan mediante convenios automáticos.

a) Reaseguro proporcional cuota-parte.

Mediante estos contratos se cede un porcentaje del costo de cada siniestro, es decir, una parte del aporte adicional que debe enterar la mutual de seguros para constituir el capital necesario. El reasegurador a cambio recibe igual porcentaje de las primas directas recaudadas.

Las reservas matemáticas son constituidas por la cedente y el reasegurador.

b) Reaseguro proporcional de exceso de pérdida operativo.

A través de estos contratos se fija un monto, denominado prioridad, a partir del cual empieza la responsabilidad del reasegurador en cada siniestro. Bajo la prioridad, el monto de los siniestros es de cargo de la cedente.

Se determina también un monto límite de cobertura por los siniestros para el reasegurador y se establece además un monto acumulado total de responsabilidad del reasegurador, para toda la vigencia del contrato.

En estos contratos se establece una prima mínima y de depósito ajustable al final de la cobertura de acuerdo a la cartera final reasegurada.

La prima se determina sobre la base de un cuadro estadístico que muestra un perfil de los siniestros de la cartera ordenados por montos asegurados.

c) Reaseguro no proporcional de stop loss.

Mediante este convenio de reaseguro, si la siniestralidad del seguro de invalidez y sobrevivencia es superior al 100% de la prima recaudada, los siniestros que excedan la prioridad de cargo de la cedente y hasta un monto límite de cobertura establecido en dicho convenio, son de cargo del reasegurador.

d) Reaseguro catastrófico por accidente.

En este tipo de reaseguro no proporcional se define como **evento catastrófico** la muerte o la invalidez total o parcial de un número determinado de vidas, como consecuencia de un accidente, a partir del cual comienza la responsabilidad del reasegurador.

Se establece un monto total de pérdida como **retención** de la cedente, por cada evento. A partir de dicha cantidad se considera la **capacidad** del contrato, es decir, el monto máximo de pérdida que asumirá el reasegurador por persona y para toda la cartera.

Además, el reasegurador establece una capacidad máxima de cobertura por año o vigencia del reaseguro.

En definitiva, se ha querido dejar estipulado que en materia de reaseguros existen múltiples modalidades que pueden ser adoptadas por las entidades administradoras del régimen de accidentes del trabajo y que la decisión de cual considerar estará exclusivamente en función de aquella que la entidad considere más conveniente, y por consiguiente CIEDESS es de la opinión que la normativa permita a los operadores del sistema contratar reaseguros.

4.5. Margen de solvencia.

En este punto se analizan los elementos a considerar en la determinación del margen de solvencia asociado al seguro de riesgos profesionales que cubre a los afiliados a las mutualidades sobre la base de las especificaciones y normativa que rige a las Compañías de Seguros.

Una Mutual de Seguridad al igual que una empresa de seguros, se encuentra protegida y ha alcanzado en forma teórica su equilibrio técnico financiero si en general cuenta con tarifas y condiciones de suscripción adecuadas, cuenta con reaseguros alineados con las coberturas de su cartera, sus reservas están correctamente definidas y calculadas, sus inversiones se encuentran en activos libres de riesgo, de fácil liquidación, bien diversificados y rentables, y su administración mantiene celosamente criterios de eficiencia y de reducción de costos. Todo lo anterior permitirá que una aseguradora cumpla eficazmente con su rol de ser una empresa de compensación de riesgos y redundará por lo tanto en la seguridad de los asegurados.

Sin embargo, como toda empresa, una aseguradora está sujeta a riesgos externos como por ejemplo la insolvencia de reaseguradores o la incidencia de variables macroeconómicas no controladas, que determinan la existencia de un patrimonio mínimo no comprometido, que le permita garantizar su solvencia y su permanencia en el tiempo.

El margen de solvencia corresponde a los fondos que constituyen una parte del patrimonio que permitirá cubrir en todo momento aquellos siniestros ocurridos por sobre los esperados de acuerdo a las tablas de mortalidad o morbilidad utilizadas para determinar sus primas.

También puede constituir el margen de solvencia una diferencia positiva entre el valor real de las inversiones y su valor libro. Del mismo modo representa un margen de solvencia una sobrevaloración de los pasivos de reservas técnicas por un monto superior al mínimo establecido en las normativas y regulaciones.

4.5.1. Margen de solvencia de las Mutualidades.

Respecto de las Mutualidades, se propone establecer un margen de solvencia de manera similar a las compañías de seguros de vida, para lo cual el riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se puede asimilar al seguro de invalidez y sobrevivencia que cubre a los afiliados a las AFP. De este modo la normativa específica aplicable a las mutualidades se expresa en el punto 4.5.3.

Previo a la aplicación de los márgenes de solvencia, es preciso que se hayan corregido los problemas que actualmente presenta la normativa sobre la constitución de los capitales representativos de los riesgos cubiertos por las Mutualidades.

4.5.2. Determinación del margen de solvencia en Chile para las Compañías de Seguros de Vida.

Las compañías de seguros deberán presentar a la Superintendencia de Valores y Seguros (S.V.S.), la determinación del margen de solvencia establecido por la norma de Carácter General N° 53, de fecha 2 de Enero de 1995.

De acuerdo a la referida norma, el margen de solvencia tiene por finalidad determinar los recursos necesarios para cubrir variaciones extraordinarias provocadas por desviaciones de los riesgos en exceso de lo esperado estadísticamente.

El patrimonio de riesgo, de acuerdo a lo establecido en el D.F.L. N° 251 (Ley de Seguros), se define como el correspondiente al mayor entre los siguientes ítems:

- El pasivo exigible de la compañía dividido por 15 .
- El pasivo financiero de la compañía
- 90.000 UF
- Margen de solvencia de la compañía

El margen de solvencia establece entonces otro parámetro para medir el patrimonio de riesgo de la compañía.

Existen tres clasificaciones de seguros para la aplicación de la norma.

a) Seguros de Accidentes personales, Salud y los Adicionales a los de Vida.

En esta clasificación encontramos los seguros individuales y colectivos de accidentes personales, salud, complementario de salud, los adicionales a los seguros principales como el beneficio por muerte accidental, invalidez en sus distintas clasificaciones y los gastos médicos por accidente entre otros.

b) Seguros de vida que no generan reservas matemáticas, excluidos los del artículo N° 59, del DL 3.500.

En esta clasificación se incluye a todos los seguros a un año plazo calculados a prima de riesgo y que generan reserva matemática de corto plazo.

c) Seguros de vida que generan reservas matemáticas.

Corresponde a los seguros de largo plazo, a los seguros de vida tradicionales y seguros previsionales como la renta vitalicia y los seguros de A.F.P.. Se deben incluir todos aquellos seguros que no están considerados en los puntos anteriores.

4.5.3. Metodología de cálculo para cada uno de los tipos de seguros.

La suma de los tres márgenes de solvencia correspondiente a los diferentes tipo de seguros nos entregará el margen de solvencia de la Compañía.

4.5.3.1. Seguros de Accidentes personales, Salud y los adicionales a los de Vida.

Se deberá comparar los siguientes requerimientos de patrimonio, producto del cálculo del margen de solvencia en **función de las primas** y el margen de solvencia en **función de los siniestros**, quedando el mayor como margen de solvencia para este grupo.

a) Margen de solvencia en función de las primas (MSFP)

$$MSFP = FP \cdot PRIMA \cdot FR$$

donde,

FP = Factor de prima 14%

PRIMA = Prima directa + Prima aceptada

FR = Factor de reaseguro, determinado como:

$$\frac{\text{Costo de siniestros retenido neto}}{\text{Costo de siniestros directos} + \text{Costo de siniestro aceptado}}$$

b) Margen de solvencia en función de los siniestros

$$MS = FS \cdot \bar{x} \text{ Siniestros} \cdot FR$$

donde,

FS Factor de siniestros: 17%.

\bar{x} Siniestros Promedio de siniestros de los últimos 3 años

FR Factor de reaseguro, ídem letra a) anterior

4.5.3.2. Seguros de vida que no generan reservas matemáticas, excluidos los del artículo N° 59, del DL 3.500.

$$MS = \text{Cap. en riesgo} \cdot FCR \cdot \text{Coef. R}$$

donde,

Cap. en riesgo = Capital asegurado - Reserva técnica

FCR = Factor de capital en riesgo : 0,5%

$$\text{Coef. R} = \frac{\text{Capital de riesgo retenido}}{\text{Capital en riesgo directo} + \text{Capital en riesgo aceptado}}$$

4.5.3.3. Seguros de vida que generan reservas matemáticas.

$$MS = \left(\frac{\text{Pasivo Total} + \text{Pasivo Indirecto} - \text{Reserva seguros A y B}}{15} \right)$$

donde,

Pasivo total Suma de los pasivo de corto plazo y de largo plazo.

Pasivo indirecto Obligaciones contraídas por la Compañía a terceros que no se reflejan en el pasivo.

Reservas de seguros

A y B Corresponde a las reservas de los seguros indicados en los puntos 4.5.3.1 y 4.5.3.2 anteriores.

4.6. Concurrencias.

Se sugiere eliminar el sistema de concurrencias entre las distintas entidades administradoras de los beneficios de esta Ley. De esta manera el costo de las prestaciones que deban otorgarse a un afiliado al sistema a causa de una enfermedad contraída con anterioridad a su afiliación, deberá ser asumido por la última administradora, que podrá tener asegurado este riesgo.

4.7. Flexibilidad en el sistema de recaudación.

Se estima que es posible introducir sistemas más flexibles de recaudación con el fin de evitar excesivos costos de administración para empresas pequeñas. En este sentido, se considera posible aplicar un esquema de pago adelantado que permite pagar cotizaciones por 6 meses o un año.

Capítulo V: Cobertura.

A diferencia del sistema de seguros privados, de carácter voluntario, que evalúa el riesgo de siniestralidad exclusivamente desde un punto de vista económico, determinado por el costo indemnizatorio del siniestro, esta Ley estableció el seguro social obligatorio contra el riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, sustentándolo en los siguientes principios:

- prevención del riesgo;
- reparación del daño con prestaciones médicas y pecuniarias y,
- rehabilitación del trabajador afectado, para reinsertarlo como elemento útil a la vida laboral y social.

Este capítulo identifica los tipos de beneficiarios, los siniestros cubiertos y los beneficios a que tienen acceso los afiliados a este régimen, con el objeto de proponer las modificaciones que CIEDESS considere necesarias para lograr un mejor funcionamiento de la Ley.

5.1. Personas protegidas.

La normativa legal distingue a los siguientes tipos de individuos como protegidos del sistema:

- a) todos los trabajadores por cuenta ajena;
- b) los funcionarios públicos de la administración civil del Estado, municipales y de instituciones descentralizadas;
- c) los estudiantes que ejecuten trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para su establecimiento;
- d) los trabajadores independientes y los trabajadores familiares. Sin embargo, la obligatoriedad del seguro para éstos está entregada a la oportunidad que determine el Presidente de la República, junto con el financiamiento y condiciones para su incorporación al sistema, lo que hasta la fecha no ha ocurrido, salvo el caso de algunos trabajadores independientes.
- e) También se encuentran amparados por esta Ley todos los estudiantes, tanto de establecimientos fiscales como particulares, por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica educacional, habiendo también entregado la oportunidad y forma de tal cobertura a la determinación del Presidente de la República.

De las cinco categorías antes enunciadas, al sistema de Mutualidades sólo se encuentran incorporados los trabajadores referidos en las letras a) ,b) y algunas categorías específicas de trabajadores independientes, cuyo ingreso ha sido autorizado expresamente por el Presidente de la República.

5.2. Siniestros cubiertos.

Atendida la naturaleza de este seguro social las contingencias cubiertas por él son las siguientes:

- a) los accidentes del trabajo, que se definen como toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte;
- b) los accidentes de trayecto, esto es, los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo;

- c) los accidentes sufridos por dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales, y
- d) las enfermedades profesionales, que son aquellas causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

No se considerarán como accidentes cubiertos las siguientes excepciones:

- a) los producidos intencionalmente por la víctima, y
- b) los debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo. Sin embargo, en estos casos el organismo administrador podrá conceder los beneficios de la Ley a los afiliados afectados en razón de su necesidad de residir o desempeñar sus labores en el lugar del siniestro.

5.3. Afiliación al seguro.

La afiliación se produce automáticamente por el solo inicio de la relación laboral en el caso de los trabajadores por cuenta ajena. Si la empresa para la cual el trabajador presta sus servicios se encuentra adherida a alguna Mutualidad de Empleadores, éste accede al seguro a través de dicha entidad.

La Ley no prevé la afiliación a este seguro social de todos los trabajadores independientes, como ocurre en el Nuevo Sistema Previsional regido por el D.L. N° 3.500, de 1980, sino que sólo la de aquellos que autoriza el Presidente de la República. Es así como en la actualidad sólo se pueden afiliar al seguro algunos trabajadores independientes autorizados, entre los que se encuentran los pescadores artesanales, los suplementeros, los propietarios de taxis, los pirquineros, los campesinos asignatarios de tierras, etc.

5.4. Prestaciones.

La Ley establece el otorgamiento de prestaciones de tipo médico y otras de carácter económico, para los trabajadores que sean víctimas de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional.

a) Prestaciones médicas:

Se otorgan gratuitamente desde el accidente o enfermedad hasta la curación completa o mientras subsistan las secuelas del siniestro. Comprenden tanto la medicina curativa, como la rehabilitación física y la reeducación profesional.

b) Prestaciones económicas:

Consisten en el pago de una suma de dinero, por los siguientes conceptos:

b.1. Subsidios por incapacidad temporal:

Se rige por las mismas disposiciones que el subsidio laboral previsto para las licencias por enfermedad del trabajador.

b.2. Indemnizaciones:

Proceden en caso de mutilaciones importantes o deformaciones notorias a causa de un accidente, y en caso de invalidez presumiblemente permanente, que haya significado una disminución de la capacidad de ganancia del trabajador no inferior al 15% ni superior al 40%.

Su monto no podrá exceder de 15 veces el sueldo base, en la forma y condiciones previstas en el Reglamento. La indemnización podrá pagarse de una sola vez o en mensualidades iguales y vencidas, a opción del interesado.

b.3. Pensión mensual.

b.3.1. Por invalidez (presumiblemente permanente):

- Parcial: Si la disminución de la capacidad de trabajo es igual o superior al 40% e inferior al 70%, su monto será equivalente al 35% de su sueldo base, y
- Total: Si es igual o superior al 70%, su monto será equivalente al 70% de su sueldo base.
- Gran invalidez (puede ser temporal), si el afiliado requiere el auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida. Da derecho a un suplemento de pensión equivalente a un 30% del sueldo base.

Dichos montos podrán aumentarse según el número de hijos del afectado y el tipo de invalidez que éste sufre, con un tope máximo de hasta un 50, 100 o 140% del sueldo base, según se trate de invalidez parcial, total o gran invalidez respectivamente.

La incapacidad cubierta por esta Ley dice relación con la disminución de la capacidad de ganancia del trabajador, a diferencia del Nuevo Sistema de Pensiones que la relaciona con la pérdida de la capacidad de trabajo de éste.

Lo anterior implica que en la determinación del grado de incapacidad física deben considerarse factores especiales de ponderación como el sexo, edad y profesión habitual del afiliado.

b.3.2. Por muerte.

Origina pensiones de sobrevivencia para los siguientes beneficiarios:

Cónyuge superviviente:

- mayor de 45 años o inválida: Derecho a pensión vitalicia equivalente al 50% de la pensión básica del causante por invalidez total o de la que efectivamente estuviera percibiendo, según el caso.
- menor de 45 años: Igual derecho que la anterior, pero limitado a un año, prorrogable durante el tiempo que mantenga a su cuidado hijos legítimos causantes de asignación familiar, hasta cumplir los 45 años, donde se transforma en pensión vitalicia.

Cesa el derecho si contrae nuevas nupcias (lo que genera cohabitación), pero si su pensión era vitalicia tiene derecho a que se le pague por una vez el equivalente a dos años de pensión.

- Madre de hijos naturales del causante: Idéntica situación que la cónyuge, pero monto de la pensión es equivalente al 30% de la pensión básica del causante.

Debe ser soltera o viuda; haber vivido a expensas del causante hasta el momento de su muerte y éste haber reconocido a los hijos antes del accidente o diagnóstico de la enfermedad.

- El viudo inválido: Si vivía a expensas de la cónyuge causante, tiene los mismos derechos que los previstos para la viuda invalida.
- Hijos del causante: Monto de pensión equivalente al 20%.

Deben ser menores de 18 años o mayores de 18 pero menores de 24 si siguen estudios regulares, o inválidos de cualquier edad.

- Ascendientes y demás descendientes: Sólo a falta de los demás beneficiarios, si son causantes de asignación familiar, y el monto de su pensión será equivalente al 20%. Los descendientes tienen derecho hasta cumplir 18 años. Si los descendientes son huérfanos de padre y de madre, el monto de su pensión se aumenta en un 50%.

Las pensiones de supervivencia tienen como límite que en su conjunto no pueden superar el 100% de la pensión básica del causante, en cuyo caso se reducirán a prorrata de sus respectivas cuotas, las que acrecerán en la medida que los beneficiarios dejen de tener derecho.

Las acciones para reclamar las prestaciones por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales prescriben en el plazo de cinco años, que se cuenta desde la fecha del accidente o desde el diagnóstico de la enfermedad. En el caso de la neumoconiosis el plazo de prescripción será de quince años que se cuenta desde que fue diagnosticada.

5.5. Procedimientos de calificación de incapacidades en los distintos regímenes previsionales.

5.5.1. Mutualidades de Empleadores.

Según se desprende de la lectura del artículo 76 del D.S. N° 101 de 1968, corresponderá exclusivamente al Servicio Nacional de Salud la declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes, sin embargo, respecto de los afiliados a las mutualidades, esta responsabilidad, cuando se trata de incapacidades derivadas de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, recae en estas mismas instituciones.

En caso de existir discrepancias con lo resuelto por la Mutualidad, se deberá recurrir a la "Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales".

Esta comisión es una entidad autónoma, que se relaciona con el ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y que está integrada por:

- Dos médicos en representación del servicio nacional de salud, uno de los cuales la presidirá.
- Un médico en representación de las organizaciones más representativas de los trabajadores.
- Un médico en representación de las organizaciones más representativas de las entidades empleadoras.
- Un abogado.

Los integrantes señalados son nombrados por el Presidente de la República.

La Comisión tendrá competencia para conocer y pronunciarse en primera instancia sobre todas las decisiones de las mutualidades derivadas de accidentes del trabajo de sus afiliados, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico.

Estas reclamaciones deberán interponerse por escrito, ante la comisión médica o ante la inspección del trabajo, caso en el cual el inspector deberá remitir de inmediato la reclamación y demás antecedentes a la Comisión.

Dicha reclamación se entenderá interpuesta a la fecha de su presentación en las oficinas de la comisión o en la que conste en el timbre de correos si se ha enviado a través de carta certificada. El plazo para la presentación de la reclamación es de noventa días hábiles, contados desde la fecha en

que se hubiere notificado de la resolución o acuerdo del cual se está apelando. Si la notificación se hubiese realizado por carta certificada, se contará desde la recepción de dicha carta.

De las resoluciones de la comisión médica se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Dicha apelación deberá interponerse directamente ante la superintendencia dentro del plazo de treinta días hábiles, contados desde la notificación de la resolución de la comisión médica.

La competencia que a este respecto se reconoce a la Superintendencia es excluyente y sin ulterior recurso.

5.5.2. Servicio Nacional de Salud.

Según se desprende del artículo 206 del D.S. Nº 42 del Ministerio de salud, de 1986, en cada Servicio de Salud existirá una “Comisión Médica Preventiva e Invalidez” (Compín), la que constituirá una unidad técnica y administrativa, y que será presidida por un médico cirujano.

La Comisión tiene tres áreas, las cuales son: La Comisión Técnica, la Secretaría, y la Contraloría Médica.

La Comisión Técnica constituirá una unidad técnica, que sesionará presidida por el presidente del Compín y tendrá las siguientes funciones:

- Estudiar la documentación clínica y los antecedentes sociales y laborales de los casos que deban considerar.
- Relatar en sus sesiones, los fundamentos del diagnóstico y pronóstico del caso clínico en análisis.
- Practicar el control clínico cuando así se requiera.

La secretaría es la unidad que presta apoyo administrativo, y la contraloría médica es una unidad de apoyo técnico, encargada del correcto uso de la licencia médica, y el correcto otorgamiento del subsidio de enfermedad o accidente.

El Compín, la unidad de licencias médicas, o la misma Isapre podrán aceptar o rechazar las licencias médicas, ampliar o restringir su duración, o cambiarlo de total a parcial y viceversa. En estos casos la resolución se estampará en el mismo formulario de licencia, con constancia de los fundamentos tenidos en cuenta para adoptar dicha resolución.

Para el mejor acierto de las disminuciones o rechazos de licencias, así como para otras modificaciones, el Compín, la unidad de licencias médicas o la Isapre podrán solicitar nuevos exámenes o interconsultas, o disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, solicitar al empleador el envío de nuevos antecedentes, etc.

En el ámbito de su competencia, la unidad de licencias podrá elevar a consideración del Compín, los antecedentes de cualquier trabajador que se encuentre acogido a licencia médica y cuya afección se estime de naturaleza irrecuperable.

El Compín tendrá un plazo de siete días hábiles para pronunciarse sobre las licencias, ampliable por otros siete días en caso de necesitarse otros antecedentes

En el caso de las Isapre, corresponderá a estas instituciones la tramitación y autorización de las licencias médicas de su competencia.

En caso que una Isapre rechace una licencia, se podrá recurrir ante el Compin que corresponda. El mismo derecho tendrán los empleadores que estimen que una licencia no haya debido otorgarse o se haya otorgado por un período excesivo.

El plazo para interponer estos reclamos es de quince días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento de la Isapre, y deberá presentarse por escrito directamente ante el Compin que corresponda al domicilio del trabajador, señalando sus fundamentos.

La Comisión tiene un plazo de diez días para pronunciarse sobre el reclamo, contado desde su recepción.

La Comisión por su parte conocerá del reclamo en única instancia, y su resolución será obligatoria para las partes.

En caso que la Isapre no acatare lo resuelto por la comisión, el trabajador podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud, para que se haga efectiva la garantía que dicha institución mantiene en ese organismo.

5.5.3. DL N° 3500.

La invalidez será calificada por una Comisión de tres médicos cirujanos que funcionará en cada región, designados por el Superintendente de AFP.

La persona que solicita la pensión de invalidez, deberá someterse a los exámenes que le requiera la comisión. Dichos exámenes serán decretados por la Comisión y financiados por las Administradoras y por los propios interesados.

Los dictámenes que emitan las comisiones Médicas Regionales serán reclamables ante la Comisión Médica Central, por el afiliado afectado, por la Administradora, y por las Compañías de Seguros de Vida que corresponda.

La Comisión Médica Central estará integrada también por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente, y conocerá de la reclamación sin forma de juicio, ateniéndose al siguiente procedimiento:

- El reclamo deberá interponerse por escrito, dentro del plazo de quince días hábiles, contados desde la fecha de notificación del dictamen, ante la comisión regional que lo emitió y sin patrocinio de abogado.
- La comisión regional remite los antecedentes a la comisión central, dentro del plazo de cinco días contados desde la recepción del reclamo.
- La comisión central estudiará los antecedentes, y podrá disponer que se practiquen nuevos exámenes, para lo cual oficiará a la comisión regional. Los nuevos exámenes deberán practicarse dentro del plazo de sesenta días.
- La Comisión Médica Central tendrá un plazo de diez días, desde que reciba el reclamo o los nuevos análisis, para emitir su fallo, el que deberá remitir a la comisión regional para que practique la notificación al reclamante.
- Si la reclamación se fundare en que la invalidez proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, la Comisión Médica Central se integrará además, por un médico cirujano designado por la Superintendencia de Seguridad Social

5.6. Elementos de discusión.

5.6.1. Término del derecho a pensión por invalidez.

Si el pensionado cumple la edad para tener derecho a pensión dentro del correspondiente régimen previsional, entrará en el goce de ésta última, dejando de percibir la pensión que disfrutaba por este sistema.

En ningún caso la nueva pensión podrá ser inferior al 80% del sueldo base que sirvió para calcular la pensión anterior.

CIEDESS estima que esta situación debe corregirse mediante la incorporación del pensionado, a partir de la declaración de invalidez definitiva, al sistema de pensiones del DL N° 3.500 mediante el traspaso del capital necesario que requería la Mutualidad para financiar la pensión hasta la edad de 65 o 60 años a la entidad administradora de la pensión de vejez. Cuando esto ocurra, el pensionado puede optar a las modalidades de pensión que están definidas y contenidas en el DL N° 3.500.

5.6.2. Evaluación, reevaluación y revisión de la invalidez.

Uno de los principios de la Ley es el procurar la rehabilitación del trabajador siniestrado, razón por la cual se contempla la facultad de evaluar, reevaluar y revisar el estado de invalidez, facultad que en caso de enfermedad tienen los COMPIN y en caso de accidente, las Mutualidades.

Esto supone entonces, que la declaración de invalidez tiene el carácter de transitoria. La revisión procederá por agravación, mejoría o error en el diagnóstico, lo que puede implicar el término del pago de pensiones o aumentar o disminuir el monto de las que se estén otorgando. En todo caso, al practicarse la nueva evaluación deben tenerse en cuenta las nuevas posibilidades que haya tenido el inválido para actualizar su capacidad residual de trabajo. Además, si el inválido sufre un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional, se procederá a hacer una reevaluación de la incapacidad en función del nuevo estado que presente. Y, del mismo modo, será procedente hacer una reevaluación de la incapacidad cuando a la primitiva le suceda otra u otras de origen no profesional.

El inválido debe someterse a examen o revisión de su estado cada dos años, durante los primeros ocho años contados desde la fecha en que se le concedió la pensión. Además, en los períodos intermedios de los controles, por una sola vez, el propio trabajador podrá solicitar la revisión de su capacidad.

Pasados los ocho años antes referidos, será el organismo administrador el que podrá exigir nuevos controles médicos o exámenes a los pensionados, cuando se trate de accidentes o enfermedades profesionales que por su naturaleza puedan experimentar cambios, por mejoría o agravación.

Se podrá suspender el pago de las pensiones a quienes se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados, o que rehusen, sin causa justificada, someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y reeducación profesional que les sean indicados. El interesado podrá reclamar de tal suspensión ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Sobre los procedimientos asociados a la evaluación y reevaluación de la invalidez cabe señalar el siguiente comentario:

Se propone homologar el procedimiento de reevaluación de la invalidez con el del sistema de pensiones del DL N° 3.500 en cuanto a revisar el estado del inválido después de un período de 3 años y por una

sola vez. Después de esta evaluación, y de mantenerse o aumentar el grado de invalidez del individuo se deberá declarar la invalidez definitiva.

El objetivo de la homologación señalada es reducir los tiempos asociados al procedimiento de reevaluación de la invalidez, basado en el hecho que en la práctica no se revierten situaciones de invalideces declaradas inicialmente.

Del mismo modo, se propone el establecimiento de un sistema único de evaluación de las incapacidades temporales y permanentes, sin importar el régimen previsional al que pertenezca el trabajador. Esto con el objeto de no discriminar frente a contingencias sociales que producen los mismos estados de necesidad. Obviamente, una modificación de esta naturaleza, descansa en el principio de subsidiariedad del Estado, y por ende las entidades administradoras de este sistema único serían de carácter privado.

5.6.3. Beneficios económicos.

Sobre los beneficios económicos asociados al sistema de accidentes del trabajo se propone lo siguiente:

- * Homologar la cobertura de invalidez parcial generadora de pensión y los beneficios económicos a las prestaciones del sistema de AFP, lo que se traduce en:
 - Invalidez parcial: que su rango sea entre el 50% y los 2/3 y total la mayor a 2/3
 - Beneficios económicos: Determinarlos en porcentajes fijos y no en función del número de hijos, aumentando el porcentaje del 35% del sueldo base como pensión de invalidez parcial al 50%
- Eliminar como exigencia para percibir la pensión que la mujer no contraiga nuevo matrimonio, pues sólo genera convivencias afectando la constitución de la familia

5.6.4. Riesgos cubiertos.

Al respecto se propone:

- Eliminar como riesgo cubierto por esta Ley a los accidentes de trayecto, salvo en los casos donde es el empleador quien proporciona el medio de transporte y en los lugares donde el trabajador deba vivir a causa del trabajo.
- Precisar en la normativa que no se considera accidente del trabajo aquel que ocurre por hecho culposo del trabajador.
- Incluir como accidente de trabajo todos aquellos que se produzcan en viajes del trabajador a causa del trabajo, incluso los viajes al extranjero, los que podrían ser cubiertos por seguros de asistencia en viaje.

5.6.5. Personas protegidas.

CIEDESS estima que cualquier incorporación de los trabajadores independientes (incluido el pequeño empresario) debiera considerar una solución integral para ellos, esto es, una incorporación a los sistemas de salud, pensiones y accidentes del trabajo, que se concrete en la práctica.

Respecto de los trabajadores independientes, se debe considerar la posibilidad que puedan acceder al sistema de accidentes del trabajo en conjunto con otros independientes según su área de actividad, u otra forma de agrupación, con lo que su afiliación sea más atractiva para los entes administradores.

Capítulo VI: Beneficios.

Este capítulo incluye un análisis asociado a los beneficios de subsidios y de pensiones contempladas en la Ley N° 16.744.

6.1. Análisis de subsidios y compatibilidad con el régimen de enfermedad común.

En este punto se hace un análisis respecto de los subsidios por incapacidad laboral, en cuanto a establecer diferencias si las hubiere tratándose de licencias que se originan por enfermedad común o accidente del trabajo.

Con este fin se hace una descripción de los conceptos involucrados en ambos casos, para comparar a través de los conceptos más representativos del beneficio las diferencias entre ambos.

Es de opinión de CIEDESS, que en caso de haber diferencias, éstas debieran homologarse por cuanto el individuo afectado es el mismo, independiente de la causa que originó su suspensión temporal de actividad. Lo anterior, no obsta a que las entidades que asuman el costo de este beneficio, no sean respectivamente las mutualidades cuando se trate de accidentes del trabajo o las correspondientes cuando se trate de enfermedad común.

6.1.1. Ley N° 16.744.

Según se establece en la Ley N° 16.744, artículo 30, la incapacidad temporal da derecho al accidentado o enfermo a un subsidio al cual le serán aplicables las normas contenidas en los artículos 3º, 7º, 8º, 10, 11, 17, 19 y 22 del Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, en el inciso segundo del artículo 21 de la Ley N° 18.469 y en el artículo 17 del Decreto Ley N° 3.500 de 1980.)

El D.F.L. N° 44, de 1978, de Previsión Social, fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado.

a) Cálculo del subsidio.

La base de cálculo para la determinación del monto de los subsidios será una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendarios más próximos al mes en que se inicia la licencia.

Tratándose de trabajadores independientes, el subsidio total o parcial se calculará sobre la base del promedio de la renta mensual imponible, del subsidio, o de ambos, por los que hubieren cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes que se inicia la incapacidad laboral.

En todo caso, el monto diario de los subsidios del inciso primero del artículo 195 y del inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, y del artículo 2º de la Ley N° 18.867, no podrá exceder del equivalente a las rentas imponibles deducidas las cotizaciones previsionales, los subsidios o ambos, por los cuales se hubiera cotizado en los tres meses anteriores al octavo mes calendario anterior al del inicio de la licencia, dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor en el período comprendido por los ocho meses anteriores al mes precedente al del inicio de la licencia, e incrementado en un 10%. Los aludidos tres meses deberán estar comprendidos dentro de los seis meses inmediatamente anteriores al octavo mes calendario que precede al mes de inicio de la licencia. Si dentro de dicho período sólo se registraren uno o dos meses con renta y/o subsidio, para determinar el límite del subsidio diario se dividirá por 30 ó 60, respectivamente.

b) Cotizaciones previsionales.

Los trabajadores afiliados al Sistema, menores de 65 años de edad si son hombres, y menores de 60 años si son mujeres, estarán obligados a cotizar en su cuenta de capitalización individual el 10 por ciento de sus remuneraciones y rentas imponibles. Además, deberán efectuar una cotización adicional en la misma cuenta y calculada sobre la misma base que será determinada por cada Administradora y que estará destinada a su financiamiento, incluido el pago de la prima de seguro a que se refiere el artículo 59 del DL N° 3.500. Esta cotización adicional deberá ser comunicada de acuerdo a lo señalado en el inciso quinto del artículo 29 del DL N° 3.500 y tendrá el carácter de uniforme para todos los afiliados a una Administradora, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso tercero del mismo artículo. Durante los períodos de incapacidad laboral, estos afiliados deberán efectuar las cotizaciones a que se refiere este artículo.

Asimismo, durante los referidos períodos de incapacidad laboral, los afiliados deberán efectuar la cotización para salud establecida en los artículos 84 y 92, calculada sobre las remuneraciones o rentas imponibles para salud, según corresponda. Las cotizaciones establecidas en los incisos precedentes deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración o renta imponible, correspondiente al mes anterior a que se haya iniciado la licencia o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato, en su caso.

Para este efecto, la referida remuneración o renta imponible se reajustará en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajuste el subsidio respectivo.

Las entidades pagadoras del subsidio deberán efectuar las retenciones correspondientes y enterar dichas cotizaciones en las instituciones que correspondan.

El beneficiario de subsidio, durante todo el tiempo que dure su otorgamiento, se considerará como activo en la respectiva institución de previsión social para todos los efectos legales.

c) Suspensión del beneficio.

Si el accidentado o enfermo se negare a seguir el tratamiento o dificultare o impidiere deliberadamente su curación, se podrá suspender el pago del subsidio a pedido del médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente.

El afectado podrá reclamar en contra de esta resolución ante el Jefe del Area respectiva del Servicio Nacional de Salud, de cuya resolución, a su vez, podrá apelar ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

6.1.2. Enfermedad común.

Este subsidio es una prestación de carácter pecuniario que se otorga al trabajador con el objeto de sustituir su remuneración mientras está acogido a licencia médica. Se paga por el período que dure la incapacidad y permite mantener la continuidad previsional en los regímenes de pensiones y de salud a los que se encuentre afiliado el trabajador.

El DFL N° 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, regula el otorgamiento de esta prestación para los trabajadores dependientes del sector privado, los de las instituciones o empresas del Estado afectos a los regímenes de subsidios contemplados en las disposiciones que menciona su artículo N° 1 y los trabajadores de las Municipalidades regidos por la Ley N° 15.565.

Los funcionarios públicos regidos por el Estatuto Administrativo, contenido en D.F.L. N° 338 de 1960, y los profesionales de la educación afectos al Estatuto Docente a que se refiere el artículo 36 de la Ley N° 19.070 de 1991, si bien no tienen derecho al subsidio propiamente tal, mantienen durante los períodos de licencia médica el derecho al pago de sus remuneraciones. Sus respectivos empleadores, en este caso, pueden recuperar de los Servicios de Salud, Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) o Cajas de Compensación, según proceda, una suma equivalente al subsidio que les habría correspondido de acuerdo a las disposiciones generales que regulan esta prestación.

La Ley N° 18.469 de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones médicas, establece este subsidio para los trabajadores dependientes e independientes, fijando el plazo de su prescripción.

a) Requisitos.

El requisito básico para acceder al beneficio es la obtención, por parte del trabajador, de una licencia médica otorgada por un facultativo que certifique la causa médica que lo obliga a ausentarse, total o parcialmente de su trabajo, durante el lapso que determine el profesional. El facultativo debe ser médico cirujano, cirujano dentista o matrona, según corresponda.

La legislación vigente distingue los siguientes tipos de licencias:

- Enfermedad común o curativa;
- Reposo maternal suplementario, que comprende las prórrogas del reposo prenatal, postnatal prolongado y las enfermedades provocadas por el embarazo;*
- Licencia a la madre trabajadora por enfermedad grave del hijo menor de un año que requiere de su atención en el hogar;
- Licencia que se extiende a la mujer trabajadora que tenga a su cuidado un menor con edad inferior a seis meses y respecto del cual ha iniciado un juicio de adopción plena. Se otorga el permiso mientras dure la tramitación del juicio con un máximo de 12 semanas y, en los casos de enfermedad grave del menor, hasta un año de edad;
- Licencia que se extiende al trabajador o trabajadora que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a 6 meses, por habersele otorgado judicialmente la tuición o el cuidado personal del menor como medida de protección. Se otorga el permiso hasta por 12 semanas; y,
- Las licencias por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales regidas por la Ley N° 16.744.

Además de la licencia médica, para tener derecho a ese beneficio, se requieren antecedentes adicionales según se trate de trabajadores dependientes o independientes.

Trabajadores dependientes.

Deben tener contrato de trabajo vigente a la fecha de inicio de la licencia y contar con 180 días de afiliación y 90 días de cotización dentro de los 180 días anteriores a la fecha inicial de la licencia médica.

No se requiere los períodos de afiliación y de cotización señalados si la incapacidad es causada por un accidente común, es decir, que no corresponda a un accidente del trabajo regulado por la Ley N° 16.744.

Trabajadores independientes.

Deben registrar 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia; registrar seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 12 meses anteriores al mes en que se inicia la licencia; y, estar al día en el pago de las cotizaciones, entendiéndose por tal cuando el trabajador ha pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produce la incapacidad.

b) Características especiales.

Imponibilidad a los otros regímenes previsionales.

A la entidad pagadora del beneficio le corresponde enterar las cotizaciones para pensiones y salud ante las instituciones de previsión a las que el trabajador se encuentre afiliado. Dichas cotizaciones deben efectuarse por el número de días que dure la licencia y sobre la base de la última remuneración imponible correspondiente al mes anterior en que ésta se haya iniciado. Cuando en el referido mes no ha habido remuneración, debe considerarse la remuneración pactada en el contrato de trabajo, actualizada.

El pago de estos aportes por parte de la ISAPRE, Servicio de Salud o Caja de Compensación, según corresponda, debe efectuarse dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a la fecha en que se autorizó la respectiva licencia médica.

Concepto	Ley Nº 16.744	Enfermedad común
Cobertura	El subsidio se pagará durante toda la duración del tratamiento desde el día que ocurrió el accidente o se comprobó la enfermedad, hasta la curación del afiliado o su declaración de invalidez.	Los subsidios se devengan desde el primer día de la licencia si ésta fuere superior a 10 días o desde el cuarto día si ella fuere igual o inferior a dicho plazo. Cabe hacer presente que no existe disposición legal que obligue al empleador a pagar remuneraciones por el período de carencia de los subsidios, salvo que ello esté establecido en forma contractual, ya sea individual o colectivamente.
Duración	La duración máxima del período del subsidio será de cincuenta y dos semanas, el cual se podrá prorrogar por cincuenta y dos semanas más cuando sea necesario para un mejor tratamiento de la víctima o para atender a su rehabilitación. Si al cabo de las cincuenta y dos semanas o de las ciento cuatro, en su caso, no se hubiere logrado la curación y/o rehabilitación de la víctima, se presumirá que presenta un estado de invalidez. El subsidio se pagará incluso por los días feriados	El trabajador que estando acogido a licencia médica es afectado por un finiquito de contrato de trabajo, tiene derecho a continuar percibiendo el subsidio hasta el término del plazo estipulado, entendiéndose como una sola licencia las prórrogas que se le otorguen y que tengan su origen en la misma enfermedad.

Concepto	Ley N° 16.744	Enfermedad común
	y no estará afecto a descuentos por concepto de impuestos o cotizaciones de previsión social.	
Prescripción	El plazo de prescripción es de 6 meses.	El derecho a impetrar el subsidio prescribe en el plazo de seis meses, contados desde el término de la correspondiente licencia médica.
Reajustabilidad	El monto del subsidio se reajustará en un porcentaje equivalente al alza que experimenten los correspondientes sueldos y salarios en virtud de Leyes generales, o por aplicación de convenios colectivos de trabajo.	Los subsidios por incapacidad laboral son reajustados en cada oportunidad en que éstos cumplan 12 meses de duración ininterrumpida, cualquiera que sea el diagnóstico de las licencias que los originen. Dicho reajuste será equivalente al 100% de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el último día del mes anteprecedente al de inicio del subsidio del último mes considerado en el reajuste anterior, según corresponda, y el último día del mes anteprecedente a aquél que comience a devengarse el reajuste.
Incompatibilidad	Los subsidios por incapacidad laboral son incompatibles entre sí, de modo que un trabajador acogido a licencia por enfermedad común no puede acceder simultáneamente a un subsidio regido por la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales o a un subsidio de cesantía.	Los subsidios por incapacidad laboral son incompatibles entre sí, de modo que, por ejemplo, una trabajadora acogida a licencia por enfermedad común no puede acceder simultáneamente a una licencia maternal. Esta incompatibilidad es igualmente válida para los subsidios regidos por la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y con el subsidio de cesantía. El valor diario de los subsidios no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo que rige para el sector privado.
Cálculo	Los subsidios por incapacidad laboral se calculan sobre la base del promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, devengados en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia, no siendo necesario el que los meses a considerar sean inmediatamente anteriores a aquel en que comienza la licencia. La remuneración neta está constituida por los ingresos imponibles, menos las cotizaciones previsionales y los impuestos. Las remuneraciones ocasionales o que corresponden a períodos de mayor extensión de un mes, tales como gratificaciones,	Los subsidios por incapacidad laboral se calculan sobre la base del promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, devengados en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia, no siendo necesario el que los meses a considerar sean inmediatamente anteriores a aquel en que comienza la licencia. Tratándose de accidentes comunes, si el trabajador no registra remuneraciones suficientes para enterar los tres meses a promediar, se debe considerar, para el cálculo correspondiente, la remuneración neta mensual establecida en el contrato de trabajo, las veces que sea necesario. La remuneración neta está constituida por los ingresos imponibles, menos las cotizaciones previsionales y los impuestos. Las remuneraciones ocasionales o que corresponden a períodos de mayor extensión de un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de navidad o fiestas patrias, no se consideran para el cálculo de los subsidios. Si la licencia corresponde a un reposo parcial, la base de cálculo debe guardar relación con el tiempo de reposo. Los subsidios de trabajadores independientes, de acuerdo al artículo N° 21, inciso 2° de la Ley N° 18.469, son calculados

Concepto	Ley N° 16.744	Enfermedad común
	bonificaciones o aguinaldos de navidad o fiestas patrias, no se consideran para el cálculo de los subsidios. Los subsidios de trabajadores independientes, de acuerdo al artículo N° 21, inciso 2° de la Ley N° 18.469, son calculados sobre la base del promedio mensual de las rentas por las que se hubiere cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia la licencia médica.	sobre la base del promedio mensual de las rentas por las que se hubiere cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia la licencia médica.
Cobertura previsional	Mientras dure la licencia se debe cotizar al sistema de AFP y de salud	Mientras dure la licencia se debe cotizar al sistema de AFP y de salud

Sobre la base de las disposiciones vigentes para los subsidios de incapacidad laboral originados por enfermedad común y accidentes del trabajo, sólo se puede deducir que existen diferencias asociadas a la cobertura de los tres primeros días en el caso de los accidentes y a partir del cuarto día en el caso de enfermedad común, si la licencia tiene una duración de 10 días o menos.

Lo anterior se justifica si se considera que en el caso de enfermedad común las variables que generan una licencia son más controlables por el propio trabajador, situación que en el caso de accidente del trabajo es responsabilidad del empleador.

El período de duración del subsidio es de 52 semanas y prorrogable por otras 52 en el caso de accidentes del trabajo, mientras que en el sistema de salud dicha prórroga es indefinida. Se estima que la Ley de accidentes del trabajo refleja correctamente la intención del subsidio, por cuanto le pone término luego de un período razonable, transcurrido el cual debe iniciarse el trámite de pensión por invalidez, situación que debiera corregirse en el sistema de salud.

Respecto de los subsidios, se estima que debiera haber mayor flexibilidad en la concesión de los mismos. Esta flexibilidad tiene por objetivo no caer en sobreprotección a los trabajadores lo que hoy se da en la práctica, ya que las licencias exageradas perjudican la productividad de la empresa, y en definitiva al trabajador mismo. Se propone que el médico pueda determinar licencias más cortas, de media jornada o de reintegro parcial o transitorio a otras labores, y que en definitiva la empresa no se vea privada de un trabajador injustificadamente por largos períodos.

6.2. Pensiones mínimas.

En este punto se establecerán comparaciones entre la normativa que regula las pensiones mínimas de los afiliados del DL N° 3500 y los de Mutualidades de Empleadores.

6.2.1. Tipos de pensiones y requisitos.

DL N° 3.500.

Los pensionados del Nuevo Sistema de Pensiones tienen garantizadas las siguientes pensiones mínimas:

- Pensiones de vejez, a partir de los 65 años de edad los hombres y 60 años las mujeres, siempre que a la fecha de la solicitud de la garantía registren 20 años de cotizaciones.

- Pensiones de invalidez, siempre que a la fecha de la solicitud de la garantía registren 10 años de cotizaciones, o bien, hayan registrado a la fecha del siniestro 2 años de cotizaciones en los últimos 5 o estuvieren con un contrato de trabajo vigente, si la invalidez se produjo por un accidente.
- Pensiones de sobrevivencia cuando sean generadas por un pensionado del sistema y por un activo que la fecha de fallecimiento haya registrado 10 años de cotizaciones, o bien, haya registrado a la fecha del siniestro 2 años de cotizaciones en los últimos 5 o estuvieren con un contrato de trabajo vigente, si el fallecimiento se produjo por un accidente.

Los 20, 10 o 2 años de cotizaciones exigidos para tener derecho a Garantía Estatal, pueden completarse con periodos con subsidios de cesantía, los que en conjunto no pueden exceder 3 años. Se deben considerar como años cotizados aquellos en que el afiliado tuvo derecho al pago aunque éste no se haya materializado. No deben considerarse los periodos en que el afiliado trabajó en el PEM y/o POJ.

El abono por gracia al tiempo considerado para el cálculo del Bono de Reconocimiento pagado por la Ley N° 19.234, exonerados políticos, es computable para la determinación de la Garantía Estatal para pensiones mínimas de vejez, invalidez y sobrevivencia.

Mutualidad.

El sistema cuenta con un régimen de pensiones mínimas, que se encuentra establecido en el artículo 26 de la Ley N° 15.386, que cubre a todos los trabajadores afiliados a una mutualidad y que se pensionen por invalidez, así como a los beneficiarios de pensión de sobrevivencia de éstos.

A diferencia de lo que ocurre con las pensiones mínimas que otorga el DL N° 3500, no se exigen requisitos específicos para acceder al beneficio.

6.2.2. Monto de las pensiones mínimas.

DL N° 3.500.

Las pensiones mínimas de vejez e invalidez serán equivalentes al monto general que se establezca de acuerdo a los incisos primero y segundo del artículo 26 de la Ley N° 15.386, y sus modificaciones, y se reajustarán en la misma forma y oportunidad que dicha pensión.

Las pensiones mínimas de vejez o invalidez vigentes, a partir de diciembre de 1999 corresponden a la Pensión Mínima base más el incremento del inciso 1° artículo 11 Ley N° 19.578.

De afiliados menores de 70 años de edad:	\$ 67.067,53
De afiliados de 70 año de edad o más	\$ 73.333,16

Pensiones mínimas de sobrevivencia garantizadas por el Estado corresponden a los porcentajes legales sobre la Pensión Mínima base. (*Artículo 79 DL N° 3.500*), más el incremento del inciso 1° Artículo 11 Ley N° 19.578, más la Bonificación establecida en la Ley 19.403.

Las pensiones mínimas de sobrevivencia serán equivalentes a los siguientes porcentajes de la pensión mínima de vejez o invalidez vigente:

- 60% Para la cónyuge, sin hijos con derecho a pensión.
Para el cónyuge inválido total, sin hijos con derecho a pensión.
- 43% Para el cónyuge inválido parcial, sin hijos con derecho a pensión.

- 50%⁽¹⁾ Para la cónyuge, con hijos con derecho a pensión.
 Para el cónyuge inválido total, con hijos con derecho a pensión.
- 36%⁽¹⁾ Para el cónyuge inválido parcial, con hijos con derecho a pensión.
- 36% Para la madre de hijos naturales reconocidos por el causante, sin hijos con derecho a pensión.
- 30%⁽²⁾ Para la madre de hijos naturales reconocidos por el causante, con hijos comunes que tengan derecho a pensión.
- 50% Para el padre o madre que sean causantes de asignación familiar a la fecha de fallecimiento del causante y siempre que no existan otro beneficiarios.
- 15%⁽³⁾ Para cada hijo que cumpla con alguno de los siguientes requisitos:
- Ser menores de 18 años de edad.
 - Ser mayor de 18 y menor de 24 si son estudiantes. La calidad de estudiante debe tenerla a la fecha de fallecimiento del causante o a los 18 años de edad.
 - Ser inválido. Para estos efectos, la invalidez puede producirse después del fallecimiento del causante pero antes que cumpla 18 ó 24 años, según corresponda.

Si dos o más personas invocaren la calidad de cónyuge o de madre de hijos no matrimoniales del causante, a la fecha de fallecimiento de éste, el porcentaje que le correspondiere a cada una de ellas se dividirá por el número de cónyuges o de madres de hijos no matrimoniales que hubiere, respectivamente, con derecho de acrecer entre ellas.

Pensiones mínimas de sobrevivencia garantizadas por el Estado corresponden a los porcentajes legales sobre la Pensión Mínima base. (artículo 79 DL N° 3.500), más el incremento del inciso 1° artículo 11 Ley N° 19.578.

A partir de julio 1995, la Pensión Mínima Garantizada por el Estado para las viudas, viudos inválidos, y madres de hijo natural, se han incrementado a través de una bonificación otorgada por la Ley N° 19.403 del 21.08.95. Estas bonificaciones se reajustan en la misma forma y oportunidad en que las Pensión Mínima Garantizada por el Estado, es decir, recibirán el reajuste legal sobre la base de la Ley N° 15.386.

Menores de 70 años de edad:

	Pensión Mínima Vigente 01.12.99	Bonificación Ley 19.403	Total	%
Pensionado de vejez o invalidez	\$ 67.067,53	No	\$ 67.067,53	100%
Viuda y viudo inválido total, sin hijos	\$ 43.522,44	\$ 23.545,09	\$ 67.067,53	100%
Viudo inválido parcial, sin hijos	\$ 28.839,04	\$ 33.551,76	\$ 62.390,79	93%
Viuda y viudo inválido total, con hijos	\$ 36.405,45	\$ 20.601,96	\$ 57.007,40	85%
Viudo inválido parcial, con hijos	\$ 24.144,31	\$ 28.84274	\$ 52.987,05	79%
Madre de hijo natural, sin hijos	\$ 26.113,46	\$ 14.127,06	\$ 40.240,52	60%
Madre de hijo natural, con hijos	\$ 21.843,27	\$ 12.052,63	\$ 34.204,45	51%
Madre o padre	\$ 36.405,45	No	\$ 36.405,45	54 %
Hijo menor de 24 años	\$ 10.060,12	No	\$ 10.060,12	15%
Hijo inválido total	\$ 10.060,12	No	\$ 10.060,12	15%
Hijo inválido parcial, mayor o igual 24 años	\$ 7.705,62	No	\$ 8.609,02	11%

⁽¹⁾ Estos porcentajes se elevan a 60% o 43%, respectivamente, cuando los hijos dejen de tener derecho a pensión.

⁽²⁾ Este porcentaje se eleva a 36% cuando estos hijos dejen de tener derecho a pensión.

⁽³⁾ Este porcentaje se reduce al 11% para los hijos declarados inválidos parciales al cumplir 24 años de edad

Mayores de 70 años de edad:

	Pensión Mínima Vigente 01.12.99	Bonificación Ley 19.403	Total	%
Pensionado de vejez o invalidez	\$ 73.333,16	No	\$ 73.333,16	100%
Viuda y viudo inválido total, sin hijos	\$ 47.281,82	\$ 26.051,34	\$ 73.333,16	100%
Viudo inválido parcial, sin hijos	\$ 31.533,25	\$ 37.123,16	\$ 68.656,42	94%
Viuda y viudo inválido total, con hijos	\$ 39.538,26	\$ 22.794,92	\$ 62.333,18	85%
Viudo inválido parcial, con hijos	\$ 26.399,94	\$ 31.912,9	\$ 58.312,84	80%
Madre de hijo natural, sin hijos	\$ 28.369,09	\$ 15.630,81	\$ 43.999,90	60%
Madre de hijo natural, con hijos	\$ 23.722,96	\$ 13.676,95	\$ 37.399,91	51%
Madre o padre	\$ 32.564,18	No	\$ 39.538,26	54 %
Hijo menor de 24 años	\$ 10.999,97	No	\$ 10.999,97	15%
Hijo inválido total	\$ 10.999,97	No	\$ 10.999,97	15%
Hijo inválido parcial, mayor o igual 24 años	\$ 8.394,84	No	\$ 8.394,84	11%

Mediante la Ley N° 19.398, del 4 de agosto de 1995, se establece que los afiliados que hubieran retirado Excedente de Libre Disposición o hayan optado por una pensión de vejez anticipada, el monto garantizado de sus pensiones y de la de sus beneficiarios se verán reducidas. Respecto a la forma de determinar esta deducción y cómo debe informarse a los afiliados que se pensionen, la Superintendencia de AFP y la Superintendencia de Valores y Seguros han emitido Circular Conjunta N° 679 y N° 1008.

En resumen, los pensionados del Nuevo Sistema que cumplen con los requisitos señalados, tienen derecho a recibir de parte del Estado, la Pensión Mínima Garantizada, que incluye el incremento establecido en la N° 19.578.

Por su parte los beneficiarios que cumplen con los requisitos establecidos en la Ley, tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión equivalente a los porcentajes establecidos en el artículo 79 del DL N° 3.500 más la bonificación establecida en la Ley N° 19.403.

Los afiliados o beneficiarios que no tienen derecho a Garantía Estatal, pueden de acuerdo a Ley ajustar su pensión a la Pensión Mínima Garantizada por el Estado, agotando probablemente en vida su capital. Una vez agotado el saldo, podrán recurrir a pensiones asistenciales.

De acuerdo al Oficio PB 16141 del 20.12.1999 del Superintendencia de AFP, los pensionados y beneficiarios que cumplan con los requisitos para optar a Garantía Estatal sólo podrán ajustar su pensión, al porcentaje legal de la Pensión Mínima Garantizada por el Estado excluida la Bonificación establecida en la Ley N 19.403.

Mutualidad.

Las pensiones mínimas, del mismo modo que para el DL N° 3500, se establecerán de acuerdo a lo dispuesto en los incisos 1 y 2 del artículo 26 de la Ley N° 15.386 y sus modificaciones.

Dichas pensiones tendrán un mecanismo de reajustabilidad conforme a lo establecido en el artículo 14 del D.L. N° 2448 de 1979, que dice que todas las pensiones de régimen de mutualidades de empleadores de la Ley N° 16.744 se reajustarán automáticamente en un 100% de la variación

experimentada por el Índice de Precios al Consumidor (IPC), entre el mes anterior al último reajuste, y el mes en que dicha variación alcance o supere el 15%. En el caso que transcurran doce meses desde el último reajuste sin que la variación del IPC alcance el 15%, las pensiones se reajustarán en la variación que dicho índice hubiere alcanzado en ese período.

6.2.3. Imponibilidad de las pensiones.

DL N° 3.500.

Las pensiones pagadas a través del sistema AFP están afectas sólo a la cotización del 7% para salud.

Mutualidad.

Las pensiones pagadas por la Mutualidad están afectas al 7% para salud y a las cotizaciones establecidas en el artículo 17 del DL N° 3.500, 10% y cotización adicional.

Lo anterior se traduce que un afiliado afecto a la Garantía Estatal por Pensión Mínima recibirá si está en AFP, un 93% de la Pensión Mínima, si está en una Mutualidad aproximadamente un 81% de la Pensión Mínima.

Al respecto, como consecuencia de la propuesta de CIEDESS en el sentido que el pensionado por accidentes del trabajo pueda elegir su modalidad de pensión, como ocurre con los pensionados del DL N° 3.500, se produce la homologación automática del monto de las pensiones, ya que cualquiera sea la causa de la pensión esta sólo sería imponible por el 7% correspondiente a salud.

6.2.4. Financiamiento.

DL N° 3.500.

La Garantía Estatal opera una vez que los afiliados o beneficiarios demuestren no tener ingresos superiores a la Pensión Mínima Garantizada, o la proporción que le corresponda en caso de los beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Los pensionados por la modalidad Retiro Programado tendrán derecho al pago de la Pensión Mínima Garantizada una vez que hayan agotado el saldo de su Cuenta de Capitalización Individual.

Los pensionados por la modalidad de Renta Vitalicia tendrán derecho a complementar su pensión hasta llegar a la Pensión Mínima Garantizada por el Estado, una vez que la pensión pagada por la Cía. de Seguros se hace menor que la mínima. Cabe señalar que las Cías. de Seguros no pueden ofrecer pensiones inferiores a la Pensión Mínima Garantizada y que estas pensiones se expresan en UF. Por lo tanto, la Garantía Estatal en estos casos sólo opera cuando el monto de la Pensión Mínima Garantizada por el Estado aumenta más que la variación de la UF.

Mutualidad.

Las pensiones mínimas en el régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales no tienen un tratamiento especial distinto al de las demás pensiones del sistema, y su pago será de responsabilidad de los organismos administradores. Respecto a sus montos y revalorizaciones, se rigen por lo establecido en la Ley N° 15.386.

6.3. Bonificaciones extraordinarias para pensionados.

DL N° 3.500.

En general los pensionados del Nuevo Sistema no reciben bonificaciones extraordinarias.

Por Ley N° 19.649 del 02.12.99 se concede por una sola vez en el año 2000, un Bono de Invierno ascendente a \$ 26.537, que se pagará en el mes de mayo, a los pensionados del Nuevo Sistema, que se encuentren percibiendo Pensión Mínima con Garantía Estatal.

Lo anterior significa que quienes todavía financian la Pensión Mínima con recursos propios, no tienen derecho a este bono.

Mutualidad.

Cada año se dictan específicas que establecen aguinaldos de fiestas patrias y navidad. Estas mismas Leyes determinan las instituciones previsionales que deben pagar estos aguinaldos. Estas normas habitualmente son aplicables a los pensionados del INP y por extensión a los pensionados de las mutualidades.

En relación con el Bono de Invierno, éstos se otorgan también a través de Leyes especiales y se establecen de acuerdo al monto de las pensiones y a la edad de los pensionados, normalmente se beneficia a los pensionados de pensión mínima y mayores de 65 años, por lo que no serían aplicables a los pensionados de mutualidades, pero nada impide que se fijen edades inferiores.

6.4. Compatibilización en materia de pensiones con DL N° 3500.

6.4.1. Pensiones de invalidez.

DL N° 3.500.

INVALIDEZ TOTAL	70% INGRESO BASE
INVALIDEZ PARCIAL	50% INGRESO BASE

Ingreso Base: promedio de las remuneraciones debidamente actualizadas de los 120 meses anteriores al siniestro.

Mutualidad.

GRAN INVALIDEZ	100% SALARIO BASE MENSUAL
INVALIDEZ TOTAL	70% SALARIO BASE MENSUAL
INVALIDEZ PARCIAL	35% SALARIO BASE MENSUAL

Más un 5% del salario base mensual por cada hijo, en exceso sobre dos, causantes de asignación familiar, con un límite de 140%, 100% y 50% respectivamente.

Salario base mensual: promedio de las remuneraciones o rentas, sujetas a cotización, excluidos los subsidios, percibidas por el afiliado en los últimos 6 meses, inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico médico, en caso de enfermedad profesional. (Artículo 26 Ley N° 16.744)

a) Extinción de la pensión de invalidez.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 53 de la Ley N° 16.744, las pensiones de invalidez pagadas se extinguen cuando el pensionado cumple la edad legal para tener derecho a pensión dentro del correspondiente régimen previsional.

Con esta disposición los afiliados a las AFP, verán extinguida su pensión de invalidez a los 60 años las mujeres y a los 65 años los hombres.

b) Incompatibilidad de pensiones.

De acuerdo al artículo 52 de la Ley N° 16.744, las prestaciones en ella establecidas son incompatibles con las que se contemplan en los otros regímenes previsionales.

La incompatibilidad en las pensiones produjo que a los afiliados a las AFP que voluntariamente se pensionaban en forma anticipada, sacrificando con ello el monto de su pensión de vejez futura, se les suspendía la pensión de invalidez.

Mediante la Circular Conjunta N° 1273 de la Superintendencia de Seguridad Social y N° 746 de la Superintendencia de AFP, del 06.11.1992, se estableció que a los 65 años los hombres y 60 años las mujeres, se les suspenderá la pensión de invalidez, se pensionen por vejez en sus AFP o no.

Además, establece que en el caso que el pensionado por la Ley N° 16.744 se acoja a pensión de vejez anticipada en su AFP la pensión de invalidez no debe ser suspendida, recibiendo el afiliado pensiones simultáneas.

Se establece que en este caso, si el afiliado fallece percibiendo ambas pensiones, generará para sus beneficiarios pensiones de sobrevivencia por ambos sistemas.

En el caso de las pensiones de sobrevivencia generadas, éstas se financian sólo con el saldo de la Cuenta de Capitalización Individual y el Bono de Reconocimiento, sin que opere el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

c) Cotizaciones.

Las pensiones otorgadas a través del DL N° 3.500 están afectas a la cotización de salud, 7% y al impuesto a la renta si corresponde.

Las pensiones por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, además de los descuentos anteriores, están afectas a la cotización del 10% de la pensión y a la cotización adicional.

Para esos efectos la cotización adicional a aplicar corresponde a la diferenciada, ya que estos afiliados no tienen derecho al Seguro de Invalidez y Sobrevivencia ofrecido por las AFP. El valor de esta cotización varía actualmente entre un 0% y un 2,95%.

No está claro que el descuento del 10% y de la cotización adicional diferenciada debe aplicarse en los casos que el afiliado se haya pensionado anticipadamente por vejez en su AFP.

d) Discontinuidad del monto de las pensiones.

El artículo 53 de la Ley N° 16.744 establece en su inciso segundo que en ningún caso la nueva pensión podrá ser inferior al monto de la que disfrutaba, ni al 80% del sueldo base que sirvió para calcular la pensión anterior.

Esta disposición no es aplicable al DL N° 3.500, ya que en él no se pueden garantizar pensiones de vejez.

Dada la forma de calcular las pensiones en el nuevo sistema de pensiones, las pensiones de vejez que se pagarán pueden ser muy superiores y mucho menores que las pagadas por las Mutualidades.

Lo anterior produce cambios en los montos de las pensiones a la edad legal.

Propuesta.

Se propone para los afiliados a las AFP que se pensionen por la Ley de accidentes del trabajo, un financiamiento igual al establecido el DL N° 3.500.

La entidad encargada del pago de las pensiones de invalidez, paga por tres años la pensión, y si la persona sigue inválida al término de dicho periodo, se hace un aporte a la Cuenta de Capitalización Individual del afiliado para constituir el capital necesario para financiar las pensiones de invalidez, la cuota mortuoria y las pensiones de sobrevivencia.

Esta solución evita la discontinuidad de las pensiones y otorga al pensionado la posibilidad de elegir su modalidad de pensión, tal como lo hacen los pensionados por invalidez del Nuevo Sistema.

Esta solución tiene un costo financiero, al pagar las pensiones en forma adelantada, pero se compensa con los fondos del afiliado.

A continuación se presentan dos ejemplos que permiten cuantificar el efecto financiero de esta propuesta:

Ejemplo 1:

Afiliado de 50 años	
Salario Base Mensual:	43 UF
Pensión por accidente del trabajo:	30 UF (70%)
Valor presente al 6% de los pagos:	3.706 UF
Saldo Cuenta de Capitalización Individual:	1.872 UF (1)
Capital necesario para pagar pensión de 30 UF vitalicia:	5.400 UF (2)
Aporte Adicional Mutualidad:	3.528 UF
(1) 20 años de cotizaciones por 40 UF al 6%	
(2) a un costo por unidad de pensión al 5% de 15.	

Para este ejemplo el costo para la Mutual será casi el mismo 3.706 UF versus 3.528 UF, ahorrándose la posibilidad de pagar pensiones de sobrevivencia.

Si el Fondo de Pensiones renta un 5% real anual, registrará a los 65 años, si cotiza sus 3 UF mensuales, un capital de 4.669 UF, con lo que financiaría una pensión de vejez (cnu 12,5) de 31 UF.

Ejemplo 2:

Afiliado de 35 años	
Salario Base Mensual:	15 UF
Pensión por accidente del trabajo:	10.5 UF (70%)
Valor presente al 6% de los pagos:	1.838 UF
Saldo Cuenta de Capitalización Individual:	251 UF (1)
Capital necesario para pagar pensión de 10.5 UF vitalicia:	2.104 UF (2)
Aporte Adicional Mutualidad:	1.853 UF
(1) 10 años de cotizaciones por 15 UF al 6%	
(2) a un costo por unidad de pensión al 5% de 16.7 a los 35 años.	

Para este ejemplo el costo para la Mutua será casi el mismo 1.838 UF versus 1.853 UF, ahorrándose la posibilidad de pagar pensiones de sobrevivencia.

Si el Fondo de Pensiones renta un 5% real anual, registrará a los 65 años un capital, si cotiza sus 1.05 UF mensuales, de 1.922 UF, con lo que financiará una pensión de vejez (cnu 12,5) de 12.8 UF.

Sobre la base de estos dos ejemplos, se puede apreciar que el costo de la modificación propuesta sería casi nulo para las Mutuales.

6.4.2. Pensiones de sobrevivencia.

a) Beneficiarios.

DL N° 3.500.

- La cónyuge, si ha contraído matrimonio con el causante 6 meses antes del fallecimiento o 3 años, si el matrimonio se verificó siendo el causante pensionado de vejez o invalidez. No se aplicarán estas restricciones si a la época del fallecimiento la cónyuge se encontrare embarazada o quedaran hijos comunes. Su pensión será vitalicia.
- El cónyuge inválido, si ha contraído matrimonio con la causante 6 meses antes del siniestro, con pensiones vitalicias
- Los hijos menores de 18 años, o de 24 si son estudiantes, si son solteros.
- Los hijos inválidos, con pensiones vitalicias.
- La madre de hijos no matrimoniales, soltera o viuda, que vive a expensas del afiliado a su fallecimiento, con pensiones vitalicias.
- Los padres causantes de asignación familiar, si no existen otros beneficiarios.

Mutualidad.

- La cónyuge mayor de 45 años o inválida, con pensiones vitalicias.
- La cónyuge menor de 45 años con hijos con derecho a pensión, con pensiones por un año. El que prorrogará hasta mientras cumpla con los requisitos. Si cumple 45 años con hijos con derecho a pensión su pensión se transforma en vitalicia.

- La cónyuge que contraiga nuevas nupcias pierde el derecho a pensión. Si el hecho se produce estando con derecho a pensión vitalicia recibirá por una vez el pago correspondiente a 2 años de su pensión.
- El cónyuge inválido, que vive a expensas del afiliado a su fallecimiento, con pensiones vitalicias.
- Los hijos menores de 18 años, o de 23 si son estudiantes.
- Los hijos inválidos, con pensiones vitalicias.
- La madre de hijos naturales, soltera o viuda, mayor de 45 años o inválida, que vive a expensas del afiliado a su fallecimiento, con pensiones vitalicias.
- La madre de hijos naturales, soltera o viuda, menor de 45 años con hijos con derecho a pensión, con pensiones por un año. El que prorrogará hasta mientras cumpla con los requisitos. Si cumple 45 años con hijos con derecho a pensión su pensión se transforma en vitalicia.
- La madre de hijos naturales que contraiga matrimonio pierde el derecho a pensión. Si el hecho se produce estando con derecho a pensión vitalicia recibirá por una vez el pago correspondiente a 2 años de su pensión.
- Los padres causantes de asignación familiar, si no existen otros beneficiarios.

c) Monto de las pensiones de sobrevivencia causadas por afiliados activos cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

DL N° 3.500.

- Las pensiones de sobrevivencia serán equivalentes a los siguientes porcentajes del 70% del Ingreso Base o del 50% del Ingreso base, según el afiliado se encontrare cubierto o cubierto desempleado a la fecha de fallecimiento.
- 60% Para la cónyuge, sin hijos con derecho a pensión.
- 60% Para el cónyuge inválido total, sin hijos con derecho a pensión.
- 43% Para el cónyuge inválido parcial, sin hijos con derecho a pensión.
- 50%⁽¹⁾ Para la cónyuge, con hijos con derecho a pensión.
- 50%⁽¹⁾ Para el cónyuge inválido total, con hijos con derecho a pensión.
- 36%⁽¹⁾ Para el cónyuge inválido parcial, con hijos con derecho a pensión.
- 36% Para la madre de hijos naturales, sin hijos con derecho a pensión.
- 30%⁽²⁾ Para la madre de hijos naturales, con hijos comunes que tengan derecho a pensión.
- 50% Para el padre o madre
- 15%⁽³⁾ Para cada hijo menor de 18 años de edad, menor de 24 años y estudiante, o inválido total.
- 11% Para cada hijo mayor de 18 años o 24 años si es estudiante e inválido parcial.

⁽¹⁾ Estos porcentajes se elevan a 60% o 43%, respectivamente, cuando los hijos dejan de tener derecho a pensión.

⁽²⁾ Este porcentaje se eleva a 36% cuando estos hijos dejan de tener derecho a pensión.

⁽³⁾ Este porcentaje se reduce al 11% para los hijos declarados inválidos parciales al cumplir 24 años de edad.

Mutualidad.

Las pensiones de sobrevivencia serán equivalentes a los siguientes porcentajes del de la pensión básica de invalidez total que le hubiere correspondido al afiliado, es decir, del 70% del salario Base.

- 50% Para la cónyuge
- 50% Para el cónyuge inválido
- 30% Para la madre de hijos naturales
- 20% Para el padre o madre
- 20% Para cada hijo que cumpla con alguno de los siguientes requisitos:
 - a) menores de 18 años
 - b) menores de 23 si están siguiendo cursos reguladores secundarios, técnicas o superiores
 - c) inválidos de cualquier edad

d) Monto de las pensiones de sobrevivencia causadas por afiliados pensionados.

DL N° 3.500.

Los pensionados del Nuevo Sistema tienen tres opciones para recibir su pensión de vejez, y dependiendo de la elegida financiarán las pensiones de sobrevivencia.

Por ejemplo en Renta Vitalicia Simple, las pensiones de sobrevivencia se determinan aplicando los porcentajes legales sobre la pensión del causante.

El afiliado puede optar por una Renta Vitalicia garantizada, caso en el cual las pensiones de sobrevivencia que se generen durante el periodo garantizado equivalen al 100% de la pensión del causante.

Si el afiliado opta por una renta temporal, las pensiones de sobrevivencia también corresponden al 100% de la pensión percibida por el afiliado a su fallecimiento.

Por último, bajo la modalidad de Retiro Programado las pensiones de sobrevivencia son siempre mayores a la proporción legal de la pensión del causante y dependen de las edades de los beneficiarios.

Mutualidad.

El pensionado por accidente del trabajo que fallece genera pensiones de sobrevivencia para los mismos beneficiarios antes señalados y sus montos se determinan aplicando los porcentajes establecidos para cada uno sobre la pensión que percibía el afiliado a su fallecimiento.

Los recursos acumulados por este afiliado en su Cuenta de Capitalización Individual en su AFP, constituyen herencia.

Esta disposición produce fuertes inequidades respecto a quien fallece por un accidente o enfermedad común, ya que el Nuevo Sistema sólo entera el capital adicional para el financiamiento de las pensiones de sobrevivencia sin generar herencia.

Propuesta.

Asimilar el financiamiento a lo establecido en el DL N° 3.500, debiendo la Mutualidad enterar el Aporte Adicional en la Cuenta de Capitalización Individual del afiliado fallecido, para el financiamiento de las pensiones de sobrevivencia.

El costo de esta solución será variable, por un lado debe enterarse en forma adelantada el pago de las pensiones, pero se contrarresta al considerar el capital de la Cuenta de Capitalización Individual.

Esta solución además permite a los beneficiarios elegir modalidad de pensión.

A continuación se presentan dos ejemplos, que permiten medir el impacto financiero de esta propuesta:

Ejemplo 1:

Afiliado de 50 años	
Viuda de 47 años	
Salario Base Mensual:	43 UF
Pensión básica:	30 UF (el 70%)
Pensión viuda:	15 UF (el 50%)
Valor presente al 6% de los pagos:	2.742 UF (1)
Saldo Cuenta de Capitalización Individual:	1.872 UF (2)
Capital necesario para pagar pensión de 15 UF vitalicia:	2.880 UF (3)
Aporte Adicional Mutualidad:	1.008 UF

(1) Considerando pagos ciertos durante toda la expectativa de vida, 34 años.
(2) 20 años de cotizaciones por 40 UF al 6%
(3) A un costo por unidad de pensión al 5% de 16.

Para este ejemplo el costo para la Mutual resulta mucho menor, 2.742 UF versus 1.008 UF. En todo caso debiera aumentarse la pensión a la que otorga la AFP, 42% de la remuneración. Es decir, 18 UF, con lo que el Capital Necesario aumentaría a 3.456 UF y el aporte tendría que ser de 1.584.

Ejemplo 2:

Afiliado de 50 años	
Viuda de 47 años	
Salario Base Mensual:	15 UF
Pensión básica:	10.50 UF (el 70%)
Pensión viuda:	15 UF (el 50%)
Valor presente al 6% de los pagos:	1.053 UF (1)
Saldo Cuenta de Capitalización Individual:	251 UF (2)
Capital necesario para pagar pensión de 15 UF vitalicia:	1.134 UF (3)
Aporte Adicional Mutualidad:	883 UF

(1) Considerando pagos ciertos durante toda la expectativa de vida, 50 años.
(2) 10 años de cotizaciones por 15 UF al 6%
(3) A un costo por unidad de pensión al 5% de 18.

Para este ejemplo el costo para la Mutual resulta también menor, 1053 UF versus 883 UF. En todo caso debiera aumentarse la pensión a la que otorga la AFP, 42% de la remuneración. Es decir, 6.3 UF, con lo que el Capital Necesario aumentaría a 1.360 UF y el aporte tendría que ser de 1.109 UF, en cuyo caso el costo sería levemente mayor.

Sobre la base de estos dos ejemplos, se puede estimar que el costo de la modificación propuesta sería despreciable para las Mutuales.

Capítulo VII: Propuesta final.

7.1 Resumen de propuestas específicas.

En el siguiente cuadro se incluyen las propuestas que han surgido a raíz del análisis realizado por la Comisión Técnica de la consultora relativas a la Ley N° 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en relación con administración, financiamiento, cobertura y beneficios.

Conceptos	Propuesta
Administración	<p>Mutualidades</p> <p>1) Que operen como instituciones sin fines de lucro pero incorporando los elementos de transparencia de las S.A., entre las principales se pueden destacar los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La calificación de los requisitos para la constitución y autorización de existencia en manos de la autoridad fiscalizadora. - Aplicar a las mutualidades el otorgamiento de una garantía patrimonial acotada a un cierto monto, de actualización automática acorde a la cuantía de los recursos bajo administración provenientes de cotizaciones aportadas por sus miembros y que reemplace la responsabilidad solidaria de éstos. - Eliminar la exigencia de contar con servicios médicos propios o en común con otras mutualidades, abriendo la posibilidad que sean en conjunto con cualquier otra entidad del sector salud e incluso subcontratarlos. - Revisar la conformación del Directorio. La esencialidad de la revocación de los directores y la responsabilidad personal de ellos, podría ser similar a la de las S.A. - Entrega de información y transparencia sobre la base de emisiones de balances trimestrales y anuales auditados por auditores independientes, publicación del balance anual y memoria. - En caso de subcontratación de servicios definir normas de licitación, sin perjuicio de la facultad del Directorio de adjudicar los contratos a quien estime más conveniente. <p>2) Que incorporen formalmente el fin de lucro y se constituyan como S.A. especiales. Esto implica establecer para las Mutualidades un estatuto propio que contenga todos los elementos de competencia y transparencia enumerados en el punto 1 anterior.</p> <p>La figura que aquí se propone es similar a la existente para las AFP, las que por Ley son S.A. especiales de objeto exclusivo independientes de que sean S.A. abiertas o cerradas; y también se asemeja a la estructura de las ISAPRE, la cual, si bien no es jurídicamente la de S.A. especiales (pues existen ISAPRE de diversa naturaleza jurídica) se asemeja a la de tales sociedades en cuanto a la autorización de existencia por el ente regulador y elementos de transparencia.</p> <p>Al constituirse como S.A. especiales debieran exigirse los siguientes requisitos: Capital mínimo, patrimonio mínimo, garantías y objeto exclusivo; Autorización de existencia por parte del Estado con su consiguiente fiscalización; Sujeción a todas las normas de publicidad, transparencia y conflictos de interés que estableciera su propio estatuto y todas las normas que se aplican a las S.A.</p> <p>Por último, si bien esta estructura incluye formalmente el fin de lucro por el sólo hecho de ser S.A., los accionistas de las nuevas mutualidades podrían decidir no generar utilidades en la realidad, por la vía de establecer estructuras de niveles de ingresos iguales a sus costos de operación.</p>

Administración	<p>3) Operar como S.A. con captación de sus empresas afiliadas como accionistas.</p> <p>4) Se estima que debiera haber un mayor número de competidores en el sistema, para lo cual se propone que los administradores que ingresen al sistema, puedan adoptar la estructura que se propone en el número 1 ó 2, mientras que las existentes se ajusten a la estructura definida en el punto 1.</p> <p>Administración delegada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mantenerla como régimen transitorio ya que a raíz de una mayor competencia debiera tender a desaparecer. 2) Mantenerlas en la normativa permanente y: <ul style="list-style-type: none"> - Obligar a las empresas con administración delegada a contratar el seguro de pensiones con los operadores del sistema. - Permitir que las entidades a las que les es ventajoso otorgar directamente alguna de las prestaciones del ámbito de acción de las mutualidades operen como administración delegada para sus propios trabajadores. - Otorgarles libertad para la subcontratación de servicios. <p>Sistema público:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se estima que debiera dejar de prestar servicios como administrador y por lo tanto se incorpora obligatoriamente a toda la población protegida por el sistema a los administradores privados. -
Financiamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tasa de cotización. <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar sobre la base de costos efectivos asociados a la ocurrencia de siniestros. - Mantener la tasa de cotización pero generar incentivos para bajar la tasa de siniestralidad: Devolver beneficios o participar de las ganancias, - Definir una tasa básica mínima diferenciada sobre la base de las categorías de actividad económica que existen en la actualidad, la que operaría como punto de partida. Posteriormente, la tasa la ajustará libremente cada administradora considerando factores como la competencia y los antecedentes históricos de la propia empresa. - Cotización libre y establecer las causales que permitan la diferenciación. 2) Multas y recargos. <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilizar su aplicación y los montos aplicados. 3) Reservas. <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar normativa de inversión de reservas basado en patrimonio de riesgo de las Mutualidades. - Establecer un límite máximo sobre las inversiones representativas de reservas técnicas y de patrimonio de riesgo. - Incorporar la exigencia de constituir reservas por los riesgos incurridos (o devengados), los en proceso de liquidación y por los ocurridos y no reportados en forma similar a las Compañías de Seguros.

Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de límites de diversificación por instrumento y emisor. - Establecer un margen de solvencia de manera similar al de las Cías. de Seguros. <p>4) Reaseguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de que los operadores del sistema contraten seguros y reaseguros en cualquiera de las modalidades vigentes en el mercado sobre la base de aquél que la entidad estime más conveniente. <p>5) Concurrencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminarlas. <p>6) Recaudación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexibilizar el sistema de recaudación para disminuir los costos de administración de pequeñas empresas o trabajadores independientes.
Cobertura	<p>1) Personas protegidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener cobertura a los trabajadores por cuenta ajena y funcionarios públicos y de la administración del Estado, municipales y de instituciones administrativamente descentralizadas del Estado, pero todos atendidos en el sistema privado. - Reforma integral para incorporación obligatoria de los trabajadores independientes al sistema de seguridad social. - Eliminar la protección de los trabajadores familiares y los estudiantes a que se refiere el artículo 3º de la Ley. - Revisar los beneficiarios de pensiones de sobrevivencia y homologar con los del DL 3500. <p>2) Siniestros cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se estima que debe enfatizarse que no se debe considerar accidente del trabajo aquel provocado por hecho culposo del trabajador. - Eliminar como riesgo cubierto el accidente del trayecto salvo en los casos donde es el empleador quien proporciona el medio de transporte y en los lugares donde el trabajador debe vivir a causa del trabajo. - Dar la opción a las administradoras para que los accidentes que se produzcan durante la estadía del trabajador en un lugar distinto al de desarrollo habitual de sus tareas, incluso en el extranjero, puedan ser cubiertos por seguros de asistencia en viaje. - Establecer un sistema único de evaluación de las incapacidades, temporales y permanentes, cualquiera sea el régimen previsional y el ente administrador. Por lo tanto, esto significa homologar las instancias y procedimientos de reclamación.

<p>Beneficios</p>	<p>1) Subsidios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la diferencia que existe en los subsidios por accidente del trabajo respecto de accidente común relativa a la cobertura de los 3 primeros días. - El período de duración del subsidio es de 52 semanas y prorrogable por otras 52 en el caso de accidentes del trabajo, mientras que en el sistema de salud dicha prórroga es indefinida. Se estima que la Ley de accidentes del trabajo refleja correctamente la intención del subsidio, por cuanto le pone término luego de un período razonable, transcurrido el cual debe iniciarse el trámite de pensión por invalidez, situación que debiera corregirse en el sistema de salud. - Se estima que debiera haber mayor flexibilidad en la concesión de los subsidios. <p>2) Bonificaciones extraordinarias.</p> <p>Existen diferencias entre las bonificaciones que se entregan en este sistema y en el DL 3500. Se propone homologar las bonificaciones para ambos sistemas.</p> <p>3) Pensiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los beneficios económicos sólo en porcentajes fijos y no en función del número de hijos. - Se propone homologar los porcentajes de pensiones con los del DL 3500. - Se propone para los afiliados a las AFP que se pensionen por accidentes del trabajo un financiamiento igual al establecido en el DL 3500; es decir, la entidad encargada del pago de las pensiones de invalidez, paga por 3 años la pensión, y si la persona sigue inválida al término de dicho período se hace un aporte a la cuenta de capitalización del afiliado para constituir el capital necesario para financiar las pensiones de invalidez, la cuota mortuoria y las pensiones de sobrevivencia. Con ello se entrega a los inválidos (definitivo, total o parcial) y a los beneficiarios de pensiones de sobrevivencia la opción de elegir la modalidad de pensión: retiro programado o renta vitalicia. <p>Este cambio contempla que los requisitos y montos de los beneficios económicos se homologuen a los generados de acuerdo a lo establecido en el DL 3500.</p> <p>El financiamiento para la constitución del capital necesario podría efectuarse a través de un autoseguro o un seguro de invalidez y sobrevivencia similar al de las AFP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homologar el procedimiento de reevaluación de la invalidez con el del D 3500, revisando después de 3 años y por una sola vez, de forma que, de mantenerse o aumentar el grado de invalidez, el individuo sea declarado inválido definitivo; o en caso de mejoría pierda la pensión transitoria. - Revisar los beneficios de los empleados públicos para homologarlos al sector privado. <p>4) Pensiones mínimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El financiamiento de las pensiones mínimas en la Ley de accidentes del trabajo es de cargo de las mutualidades. Se plantea que debieran operar garantías estatales similares a las contenidas en el DL 3500. - Se plantea revisar la legislación respecto a que los porcentajes líquidos percibidos por pensionados mínimos de la Ley de accidentes del trabajo son menores a los de los pensionados mínimos que paga el sistema de AFP o el INP.
--------------------------	--

7.2. Conclusiones.

En el ámbito de la seguridad social, en Chile la contingencia relacionada con los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales está al amparo de la Ley N°16.744, normativa que nace el año 1968, inspirada en los positivos resultados de las tres agrupaciones empresariales denominadas Mutualidades de Empleadores que se habían creado a fines de la década de los 50 y primeros años de la de los 60.

Estas entidades, han desarrollado su accionar principalmente hacia un objetivo específico, cual es la prevención, sin desmedro de otorgar las prestaciones derivadas de la ocurrencia de la contingencia, tales como, subsidios en caso de licencias por enfermedad, prestaciones médicas incluida la rehabilitación y pensiones en caso de invalidez y fallecimiento. El éxito de la gestión de prevención se mide a través de un indicador que refleja la tasa de siniestralidad respecto de los trabajadores afiliados al sistema durante un período determinado, indicador que se ha reducido sistemáticamente desde que estas entidades iniciaron su accionar, desde aproximadamente un 33%⁽¹⁾ en el año 1969 hasta un 8,8%⁽²⁾ en 1999.

Este sistema actualmente cuenta con más de 75.000 empresas y cerca de 2.600.000 trabajadores, otorgando cobertura a un 48% de la fuerza de trabajo ocupada, lo que sitúa al sistema en una buena posición. Asimismo, por todos es reconocida la especialización que estas entidades han adquirido en su accionar, lo que se refleja en una atención especializada y del más alto nivel.

No obstante el vigoroso desarrollo que este sistema ha experimentado durante sus más de 30 años de existencia, situación que se refleja en las cifras e indicadores señalados anteriormente, la Mutual de Seguridad C.Ch.C., atendiendo a los significativos cambios ocurridos en la administración de la seguridad social en la década de los 80 y la evolución de las tecnologías y modos de trabajo de las empresas que se han observado en el mundo durante las tres últimas décadas; ha considerado de especial importancia estudiar la opción de una modernización a la Ley N°16.744 con el fin de perfeccionar el sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y definir algunos procedimientos que sean acordes con los aplicados por otras entidades del sector seguridad social y que se relacionan con él. En este contexto, encargó a CIEDESS el estudio del referido cuerpo legal con el fin que esta consultora, en su rol de entidad de estudio de la seguridad social, recomiende proposiciones que permitan introducir mejoras a la normativa existente.

Para desarrollar este estudio, CIEDESS definió en primer lugar un marco de acción general, basado en cuatro grandes conceptos: solidaridad, libertad de elección, competencia y transparencia, marco sobre el cual se basaron las proposiciones de reforma.

▪ **Solidaridad.**

La solidaridad, en una de sus diversas acepciones, plantea la obligatoriedad de todas las personas a cooperar en el cumplimiento de los fines del programa de seguridad social de que se trate, respecto de los individuos que participan en él.

Previo al análisis de este principio, es necesario puntualizar que, si bien los beneficiarios del programa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son los trabajadores y su grupo

(1) La Administración de Seguros de Salud en Latinoamérica, CIEDESS, 1998. La cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: resultados y tendencias en Chile; Humberto Prieto.

(2) Cálculo estimado efectuado por CIEDESS sobre la base de los antecedentes estadísticos disponibles en el Boletín Estadístico Mensual de la Superintendencia de Seguridad Social. Enero- Julio de 1999.

familiar, el principal responsable del riesgo cubierto es el empleador, puesto que la naturaleza del trabajo y las condiciones del mismo son los principales determinantes de dicho riesgo.

En este régimen, tradicionalmente, se ha planteado el cumplimiento del principio de solidaridad a través de la forma que se expresa la tasa de contribución al sistema y en la atención a los beneficiarios del mismo (prevención, curación, rehabilitación y reeducación). En efecto, la tasa de cotización al sistema está compuesta por una básica uniforme para todas las empresas (por igual), más una tasa de cotización adicional asociada al sector de actividad, tasa esta última que puede ser aumentada o reducida hasta su extinción dependiendo de la siniestralidad de la empresa. En opinión de CIEDESS la tasa de cotización tal como está planteada constituye el precio por los servicios que proveen las mutualidades y, por ello, incorporan los elementos de riesgo asociado a cada empresa, con un componente mínimo correspondiente a la tasa de cotización básica. Adicionalmente, esta tasa de cotización inicial puede constituir un freno para que las mutualidades se interesen por incorporar a aquellas empresas más riesgosas dejándolas fuera de los beneficios de las mutualidades.

Por su parte, la atención a los beneficiarios garantizada a todos por igual independiente del nivel de ingreso o características de la empresa asegura la igualdad de acceso a las prestaciones del sistema de mutualidades.

En este sentido CIEDESS estima que el principio de solidaridad debería reflejarse en el establecimiento de mecanismos de incentivos para que toda la fuerza de trabajo pueda incorporarse a las mutualidades, las condiciones uniformes de acceso a las prestaciones y beneficios mínimos garantizados. En particular respecto de esto último, es conocida la exigencia financiera que deben soportar las mutualidades por los incrementos en el monto de pensiones mínimas que afectan, en definitiva, a los beneficiarios activos del sistema.

▪ **Competencia.**

En el marco de las reformas a los sistemas de seguridad social, se ha considerado que el accionar de las instituciones y de los sistemas, con el objeto de alcanzar un funcionamiento eficiente, se debe dar en un contexto de una economía de libre mercado, la que se caracteriza principalmente porque los agentes que participan en ella lo hacen en un ambiente competitivo.

Este ambiente competitivo se manifiesta a través del precio que se determina libremente en función de la oferta y demanda de los agentes involucrados; la libre movilidad de oferentes para entrar y salir del mercado; la libertad de los demandantes para elegir el oferente, y, por último, por la homogeneidad del producto.

En el caso del sistema de mutualidades y según se ha señalado, se estima que existen elementos que restringen la competencia en el mercado de las mutualidades y, consecuentemente, afectarían el nivel de eficiencia de dichas entidades. Es así, como el precio es fijado por Ley; existen fuertes barreras a la entrada, como son la exigencia de constitución con instalaciones médicas propias; la ausencia de incentivos como es el fin de lucro para el ingreso de oferentes; las restricciones de cambio de los demandantes con sobreprecio por mayor siniestralidad, y la venta de un producto que considera tres productos en si mismo, como es prevención, prestaciones económicas definidas por Ley y prestaciones médicas y rehabilitación.

Sin embargo, es necesario tener presente que al igual que ocurre en otros mercados asociados al sistema de seguridad social, como es el caso del sistema de pensiones y del sistema Isapre, los demandantes se encuentran obligados a comprar el producto "cobertura del riesgo de accidentes del trabajo" introduciéndose con ello una limitación a la libre competencia, situación que debe ser superada a través del marco normativo definido por la autoridad en su rol subsidiario.

En este contexto se pueden proponer los siguientes puntos como componentes del marco de acción general referido a la competencia: libertad de precios, posibilidad de subcontratación de servicios, facultar la contratación de seguros sobre los riesgos cubiertos, fin de lucro, flexibilidad para los cambios de entidad administradora, separabilidad de productos (prestaciones económicas, médicas y prevención)

- **Transparencia.**

Es de la mayor importancia para los demandantes, empresas y trabajadores, contar con información completa respecto de los productos que compran en este mercado y de la capacidad de obtener los beneficios de largo plazo de acuerdo a lo pactado contractualmente con los oferentes. Como se identificara a lo largo de este trabajo, el sistema de mutualidades entrega información que, bajo las condiciones actuales, satisface los requerimientos de los clientes activos y potenciales. Sin embargo, en opinión de CIEDESS, este aspecto puede ser mejorado significativamente, mediante la incorporación de normas que permitan contar con información pública sobre la capacidad económica, financiera y de gestión de estas entidades.

Asimismo, se propone incorporar la obligación al sistema de mutualidades para entregar una mayor y mejor información al estilo de la exigida a las sociedades que operan en el mercado de valores.

- **Libertad de elección.**

La libertad de elección del proveedor de servicios, es considerada un elemento primordial para el funcionamiento eficiente de un sistema de seguridad social. En general, se observa que las reformas introducidas a partir del año 1981, privilegiaron esta facultad entregando al trabajador la decisión de optar por la institución que le entregaría el servicio sin perjuicio de mantener un determinado nivel de permanencia que no genere imperfecciones en el funcionamiento del mismo, ante la posibilidad de traspaso continuo y debido a la obligatoriedad del sistema.

En opinión de CIEDESS el sistema de accidentes del trabajo cubre un riesgo asociado a la actividad que desarrolla la empresa, por consiguiente, es ella la responsable por la ocurrencia de siniestros asociados a dicho riesgo, y para cubrir este riesgo debe existir la obligatoriedad de contratar un “seguro” que permita cubrir las contingencias provenientes de estos siniestros. En este contexto se identifica como demandante en este mercado a las empresas y no a los trabajadores como ocurre en el resto de las áreas de la seguridad social.

Por su parte, cuando el trabajador sufre la contingencia debe tener la libertad para elegir, entre los diversos oferentes del mercado, las prestaciones a que tiene derecho. Todo ello dentro de las limitaciones que puedan existir por la naturaleza de los servicios que se transan en este mercado.

El marco de acción descrito en conjunto con el análisis efectuado en cada uno de los aspectos tratados en el presente trabajo, dio origen a variadas propuestas sobre las distintas materias analizadas. Estas propuestas fueron revisadas sobre la base de las condiciones prevalecientes, los cambios ocurridos en la seguridad social y el objetivo que deben cumplir las instituciones administradoras de estas contingencias, seleccionándose aquellas que a juicio del equipo consultor de CIEDESS se estiman como más razonables de proponer. Las referidas propuestas se han clasificado en los siguientes ámbitos de acción: administración, financiamiento, cobertura y beneficios.

1. Administración.

La propuesta que se incluye en este ámbito está relacionada con el principio sustentado por CIEDESS en cuanto a que los programas de seguridad social deben ser administrados por entidades privadas que actuando en un marco de competencia y transparencia, permitan lograr un óptimo social.

En virtud de lo anterior, se propone para el sistema de accidentes del trabajo que se estructure un marco regulatorio que permita el ingreso de entidades administradoras al sistema bajo una figura de sociedades anónimas especiales. Respecto de las entidades existentes, éstas podrían continuar operando bajo la figura de entidad privada sin fines de lucro pero incorporando elementos en cuanto a normativa de operación y exigencias de información que sean similares a las S.A. especiales, o bien adecuarse derechamente a la estructura jurídica global de esta última.

En particular, entre los elementos que permitirían reflejar transparencia se destacan:

- La calificación de los requisitos para la constitución y autorización de existencia mantenerla en manos de la autoridad fiscalizadora.
- Aplicar a las mutualidades la constitución de una garantía patrimonial acotada a un cierto monto, de actualización automática acorde a la cuantía de los recursos bajo administración provenientes de cotizaciones aportadas por sus miembros y que reemplace la actual responsabilidad solidaria de éstos.
- Eliminar la exigencia de contar con servicios médicos propios o en común con otras mutualidades, abriendo la posibilidad que éstos sean adquiridos en conjunto con cualquier otra entidad del sector salud e incluso subcontratarlos.
- Revisar la conformación del Directorio. La esencialidad de la revocación de los directores y la responsabilidad personal de ellos, podría ser similar a la de las S.A.
- Entrega de información y transparencia sobre la base de emisiones de balances trimestrales y anuales auditados por auditores independientes, publicación del balance anual y memoria.
- En caso de subcontratación de servicios definir normas de licitación, sin perjuicio de la facultad del Directorio de adjudicar los contratos a quien estime más conveniente.

Por su parte, para que opere la figura de S.A. Especial se deberá establecer un estatuto propio para las Mutualidades que contenga todos los elementos de competencia y transparencia enumerados anteriormente.

La figura que aquí se propone es similar a la existente para las AFP, las que por Ley son S.A. especiales de objeto exclusivo, independiente de que sean S.A. abiertas o cerradas; y también se asemeja a la estructura de las ISAPRE, en cuanto a la autorización de existencia por el ente regulador y elementos de transparencia, así como por la diversa naturaleza jurídica que pueden adoptar los administradores.

En resumen, al constituirse como S.A. especiales debieran exigirse los siguientes requisitos: constitución de un capital mínimo inicial, la mantención de un patrimonio mínimo, la constitución de garantías y el desarrollo del giro exclusivo; autorización de existencia por parte del Estado con su consiguiente fiscalización; sujeción a todas las normas de publicidad, transparencia y conflictos de interés que estableciera su propio estatuto y todas las normas que se aplican a las S.A. especiales.

Por último, si bien esta estructura incluye formalmente el fin de lucro por el sólo hecho de ser S.A., los accionistas de las nuevas entidades podrían decidir no generar utilidades en la realidad, por la vía de establecer estructuras de niveles de ingresos iguales a sus costos de operación.

En esta propuesta el Estado deja su función administradora, asumiendo solamente su rol normativo, fiscalizador y garante.

Por su parte, la administración delegada se propone mantenerla, por cuanto en la medida que enfrente un mercado competitivo y con oferentes interesados en ganar mercado, debiera tender a desaparecer naturalmente.

2. **Financiamiento.**

Se estima que el actual sistema de financiamiento que opera sobre la base de una tasa de cotización básica y una diferenciada por sector de actividad económica, con un valor máximo, no contiene los incentivos suficientes para que las entidades de mayor riesgo orienten sus esfuerzos a reducir la tasa de siniestralidad, o las de menor riesgo en reducirlo más aún, por cuanto operan los límites que desincentivan a ello.

Por otra parte, se debe reconocer que se produce un trade-off en cuanto a reconocer si el objetivo de las mutualidades es disminuir la siniestralidad como objetivo en si mismo o lograr un óptimo social en cuanto a costos en prevención y tasas de siniestralidad. Sin embargo, también se debe reconocer que el hecho del objetivo de disminuir la siniestralidad puede llevar a incurrir en ingentes costos los cuáles podrían significar la ausencia de un óptimo social.

CIEDESS estima que, en la medida que exista libre competencia, se darán las condiciones para que, al fijar las propias administradoras (mutualidades) libremente el precio, se logre una situación de equilibrio con un óptimo social. En este contexto, se propone operar con una tasa inicial que sea el punto de partida en la relación de la empresa con cada operador, tasa que deberá ajustarse sobre la base de los costos de la siniestralidad histórica de cada empresa.

Esta tasa inicial debe reflejar el nivel de siniestralidad “óptimo” para cada empresa en consideración al costo de prevención que el operador le debe proveer y el costo efectivo de los siniestros esperados, por que se estima que debiera calcularse considerando al menos los siguientes factores: sector de actividad, tamaño de planta y ubicación geográfica.

Respecto de las obligaciones que estas instituciones tienen para con sus afiliados, y con el fin de asegurar los recursos financieros involucrados, se propone incorporar la **exigencia de constituir reservas técnicas**, con la consiguiente normativa de inversión de las mismas, con el objeto de mantenerla con un nivel de riesgo razonable de acuerdo al objetivo de estas inversiones, correspondiéndole a los operadores (mutualidades) lograr el máximo rendimiento para ese nivel de riesgo. En efecto, por tratarse de obligaciones con terceros se estima relevante que sea la normativa la que establezca determinados límites de diversificación e instrumento que propendan a limitar el riesgo en el que se puede incurrir, en la medida que se propicie la obtención de alta rentabilidad, sobre todo considerando el carácter de garante subsidiario que le corresponde al Estado en caso que las entidades no puedan responder a estas obligaciones.

Por su parte, respecto del patrimonio de las instituciones administradoras se propone la **definición de un capital mínimo** para asegurar los adecuados resguardos al inicio de las operaciones y garantizar la seriedad de los operadores que se inician en el sistema. Asimismo, se propone **definir un margen de solvencia** cuyo objetivo será el de mantener estas garantías durante el período de funcionamiento de la administradora (mutual) asegurando con ello a lo menos el costo de un mes de beneficios, sin perjuicio de las reservas técnicas obligadas a constituir.

En el marco de los riesgos que cubre el sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y en virtud de la flexibilidad que se estima necesaria introducir al sistema se considera

necesario que los **operadores puedan contratar seguros y reaseguros** en cualquiera de las modalidades vigentes en el mercado sobre la base de aquél que la entidad estime más conveniente.

En términos de funciones operativas tendientes a lograr una eficiencia y eficacia en el sistema, se estima necesario que se consideren alternativas de **flexibilización al sistema de recaudación** para disminuir los costos de administración de pequeñas empresas o trabajadores independientes, quienes podrían enterar los recursos correspondientes a sus aportes previsionales o precio de los servicios prestados, por ejemplo, una vez al año, con los valores correspondientes a la anualidad.

Respecto de las **conurrencias** que operan en el sistema asociadas a las enfermedades profesionales que tienen un largo período de desarrollo, se propone eliminarlas con el objeto de no generar costos excesivos en la administración del mismo. A su vez, se estima que los costos por concurrencias podrían ser compensados si existe el número suficiente de operadores en el mercado y una distribución homogénea del mismo.

3. Cobertura.

Sobre la base de uno de los fundamentos de la seguridad social, cual es otorgar la mayor cobertura a la población trabajadora, CIEDESS considera que se deben generar los incentivos para que trabajadores que no cuentan con cobertura en el sistema se incorporen a él. En particular, tratándose de **trabajadores independientes** se considera indispensable resolver la materia en virtud de generar una **reforma integral** para los mismos.

La reforma de mayor importancia está asociada con la necesidad de **homologar los beneficiarios de pensiones de invalidez y sobrevivencia, con los establecidos en el DL 3500**, todo ello sobre la base de que no se justifica una diferenciación entre los considerados por un sistema y otro, dado que en general se trata de cobertura a la población trabajadora.

En relación con los riesgos cubiertos se considera que debe enfatizarse el hecho de no considerar accidente del trabajo aquel provocado por hecho culposo del trabajador, así como el de **eliminar** como riesgo cubierto el **accidente del trayecto** salvo en los casos en que es el empleador quien proporciona el medio de transporte y en los lugares donde el trabajador debe vivir a causa del trabajo.

Asimismo, y en el marco de la flexibilización que se estima necesario introducir al sistema se considera recomendable dar la opción a las administradoras (mutualidades) para que los **accidentes** que se produzcan durante la estadía del trabajador en un lugar distinto al de desarrollo habitual de sus tareas, incluso en el **extranjero**, puedan ser cubiertos **por seguros de asistencia en viaje**.

De la misma forma, se propone establecer un **sistema único de evaluación de las incapacidades, temporales y permanentes**, cualquiera sea el régimen previsional y el ente administrador a que pertenezca el trabajador, con el objeto de no discriminar a los trabajadores frente a contingencias sociales que producen los mismos estados de necesidad. Asimismo, se deberían homologar las instancias y procedimientos de reclamación.

4. Beneficios.

La modernización de la seguridad social basó su planteamiento en el marco de la libertad de los individuos para elegir la forma en que desean recibir los beneficios. En este marco los cambios que se proponen tienden a definir un esquema de operación de los beneficios sobre la base que la institución administradora disponga del capital necesario para cubrir el beneficio asociado y que el

trabajador cuente con las alternativas que le permitan gozar del monto pecuniario respectivo en la modalidad que él considere más conveniente. En particular, se trata de definir para los afiliados a las AFP que se pensionen por accidentes del trabajo, un **financiamiento igual al establecido en el DL Nº 3500**; es decir, la entidad encargada del pago de las pensiones de invalidez, paga por 3 años la pensión, y si la persona sigue inválida al término de dicho período se hace un aporte a la cuenta de capitalización del afiliado para constituir el capital necesario para financiar las pensiones de invalidez, la cuota mortuoria y las pensiones de sobrevivencia. Con ello se entrega a los inválidos (definitivo, total o parcial) y a los beneficiarios de pensiones de sobrevivencia la opción de elegir la modalidad de pensión: retiro programado o renta vitalicia. Cabe señalar en todo caso, que las rentas vitalicias que se originen serán de características similares a las de las compañías de seguros.

Este cambio contempla que los **beneficiarios** y los **requisitos** y **montos** de los beneficios económicos se **homologuen** con los generados de acuerdo a lo establecido en el **DL 3500**.

El financiamiento para la constitución del capital necesario podría efectuarse a través de un autoseguro o un seguro de invalidez y sobrevivencia similar al de las AFP.

Esta revisión significa considerar que la legislación iguale los porcentajes líquidos percibidos por pensionados de la Ley de accidentes del trabajo con los de los pensionados que paga el sistema de AFP, lo cual es especialmente relevante tratándose de pensiones mínimas.

Otro de los efectos deseados de esta propuesta es la **eliminación de la temporalidad** de las **pensiones de invalidez** de la Ley 16.744, lo cual hoy día genera una incertidumbre del monto a percibir cuando pasa a pensión de vejez, tratándose de afiliados al sistema del DL 3500.

Asimismo, se estima que en la medida que exista un procedimiento único de reevaluación de la invalidez, como el del DL 3500, que consiste en revisarla después de 3 años y por una sola vez, de forma que, de mantenerse o aumentar el grado de invalidez, el individuo sea declarado inválido definitivo; o en caso de mejoría pierda la pensión transitoria, se logrará un sistema armónico que no diferencia entre los accidentes de naturaleza común y los de accidente del trabajo cuando el siniestrado es la misma persona. Es decir, a igual efecto o estado de necesidad causado por la contingencia igual protección de la seguridad social.

A su vez, en el marco de homologación de beneficios, se considera necesario revisar los **beneficios** de los **empleados públicos** con el fin **homologarlos** a los del **sector privado**.

Esta homologación, también contempla el hecho que no haya diferencias entre los porcentajes de pensiones y la forma como éstos se definen.

En materia de **pensiones mínimas**, se plantea que debieran **operar garantías estatales** similares a las contenidas en el DL 3500, con el fin de que opere el rol subsidiario que se le asigna al Estado.

En esta misma línea, respecto de las **bonificaciones extraordinarias** se propone **homologar** las bonificaciones para **ambos sistemas**, con el objeto que el Estado, al determinar bonificaciones en un sistema, contemple el de accidentes del trabajo haciendo de esta forma efectivo el rol subsidiario del Estado.

Respecto de los **subsidios**, se estima que debiera haber **mayor flexibilidad en la concesión** de los mismos. -Esta flexibilidad tiene por objetivo no caer en sobreprotección a los trabajadores lo que hoy se da en la práctica, ya que las licencias exageradas perjudican la productividad de la empresa, y en definitiva al trabajador mismo. - Se propone que el médico pueda determinar licencias más cortas, de

media jornada o de reintegro parcial o transitorio a otras labores, y que en definitiva la empresa no se vea privada de un trabajador injustificadamente por largos períodos.

7.3. Aspectos estratégicos del cambio.

La Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción ha encargado el presente estudio con el objeto de contribuir al perfeccionamiento de la normativa relacionada con la cobertura del riesgo de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales y, para ello, CIEDESS ha propuesto modificaciones y adecuaciones en las áreas de administración, financiamiento, beneficios y cobertura.

Las propuestas efectuadas están circunscritas en un marco que tiende, por una parte, a perfeccionar el marco en el cual se desenvuelve la industria de las ~~mutuales~~ Mutuales con el objeto de hacerlo más competitivo, levantando restricciones a la creación de nuevas entidades y proporcionando una mayor y mejor información a los organismos fiscalizadores y público en general; y, por otra, a homogeneizar los procesos administrativos en las diversas actividades que desarrollan estas entidades, entre las cuales se encuentra el otorgamiento de beneficios, con aquellos que desarrollan otras entidades del ámbito de la seguridad social.

En este contexto, CIEDESS ha estimado oportuno proponer grandes líneas de acción para que la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, esté preparada frente a eventuales modificaciones que, en el marco de las propuestas efectuadas en este trabajo, se implementen.

□ Competencia.

La incorporación de nuevas entidades o la transformación de las entidades existentes en organizaciones con fines de lucro, genera la necesidad de mantener y reforzar la imagen de la Mutual de Seguridad como una entidad confiable del área de la seguridad social, donde la importancia de su gestión reside en el bienestar de sus trabajadores afiliados más que en el incentivo ~~económico~~ económico que ello puede significar.

Esto implica la mantención o adecuación de la campaña promocional que ella efectúe destacando sus logros y aquellos elementos que a juicio de la misma Mutual son los que el trabajador valora y permiten contar con su lealtad.

Por otra parte, se debe incorporar a la campaña promocional mensajes dirigidos a población que actualmente no forma parte del mercado objetivo de la Mutual, con el objeto de sensibilizarlos para su posterior incorporación a estas entidades.

□ Información al público.

En esta materia sería recomendable que la Mutual incorporara a sus sistemas de información, en forma complementaria o paralela a la exigida por la Superintendencia de Seguridad Social, los requerimientos que en materia de situación financiera y económica exige la Superintendencia de Valores y Seguros a las sociedades anónimas, con el objeto de entregarla al público en general bajo periodicidad exigida por dicha superintendencia. De esta manera, se podrá estar preparado frente al evento de que esa exigencia sea realidad y, adicionalmente, se contribuirá a mantener una buena imagen ante el público en general.

□ Tasa de cotización

La definición de la tasa de cotización sobre la base de costos reales, tal como se propone en el

presente estudio, implica replantear el tema de tarificación al interior de la Mutual, con el objeto de estar preparado ante el eventual cambio de normativa. En este sentido, CIEDESS propone efectuar un estudio donde se determinen las tasas de cotización a que estarían afectas las empresas actualmente afiliadas a la Mutual, con el objeto de determinar el efecto que eventualmente tendría el cambio de normativa sobre la situación financiera de la misma. Adicionalmente, este estudio debiera permitir elaborar una estrategia de redefinición de precios que evite un eventual traspaso de empresas con bajos costos de siniestralidad a otros organismos administradores.

Relevante para este estudio es contar con información confiable sobre los costos asociados a las prestaciones económicas y médicas, como asimismo los gastos relacionados con la prevención, razón por la cual se recomienda estructurar sistemas de información que permitan contar con estos datos desagregados.

□ **Constitución de reservas.**

Considerando la eventual exigencia de reservas adicionales a las actualmente requeridas por la legislación vigente, es que CIEDESS recomienda que se implementen los mecanismos para calcular las reservas adicionales y evaluar el impacto que ellas tendrían sobre la situación financiera y económica de la Mutual. Este cálculo permitirá definir una estrategia financiera para hacer frente a esta mayor exigencia.

□ **Información por afiliado**

Los servicios que proveen las Mutualidades, las nuevas exigencias para estas entidades que se proponen en este estudio y las condiciones más competitivas en el mercado, hacen recomendable que la Mutual mantenga información detallada por afiliado, además de por empresa, respecto de la siniestralidad, de los costos involucrados y de los ingresos para cada uno de los afiliados. Esta información permitirá adecuar más ~~rapidamente~~rápidamente las tasas de cotización y entregar los servicios eficientemente según las necesidades de cada afiliado.

□ **Administración**

Del análisis efectuado durante el desarrollo del trabajo se puede señalar que en materia de administración las Mutualidades se enfrentan a tres negocios de naturaleza diferente, como son el negocio asegurador, el de otorgamiento de prestaciones y el de prevención. En este sentido se recomienda adoptar una estrategia que considere, desde un punto de vista administrativo, la división de la empresa en tres grandes áreas, como son, el área de seguros, el área de prevención y el área de prestaciones. Esto debiera llevar aparejado la identificación de los costos de cada una de ellas, como unidades de negocio independientes, de manera tal que permita identificar los costos asociados a cada una de ellas y poder adoptar decisiones que aumenten su eficiencia, como por ejemplo, la contratación de servicios externos o la formación de empresas especializadas dedicadas a la prestación de servicios en algunas materias relacionadas con su gestión.

Esta readecuación le permitirá a la Mutual enfrentar de mejor manera los nuevos escenarios bajo un marco de eficiencia, situación que le entregará una mayor flexibilidad para enfrentar de mejor manera la competencia. Dividir estratégicamente la Mutual en tres segmentos constituirá un avance significativo para enfrentar la mayor competencia y adecuarse a los eventuales cambios en la legislación.

□ **Inversiones.**

El replanteamiento en materia de beneficios, especialmente el referido a la constitución de capitales para el pago de pensiones, requieren de la adecuación de sistemas de información que permitan calcular estos capitales, como asimismo, la definición de una política de inversiones que permitan hacer frente a las exigencias financieras que ello conlleva. Por consiguiente, se sugiere elaborar una estrategia de inversiones que permita hacer frente a los cambios sugeridos por CIEDESS, en orden a utilizar criterios similares a los Fondos de Pensiones para ello.

□ **Beneficios.**

En materia de beneficios se recomienda efectuar una readecuación de los sistemas de información y un análisis particular de las exigencias que se plantean para cada uno de ellos, especialmente teniendo en cuenta la segregación del negocio en las áreas señaladas, como son, seguros, prestaciones y prevención. La prevención y prestaciones constituyen los elementos básicos de los beneficios y, por consiguiente, son las que requieren una readecuación con el objeto de determinar qué segmentos de estas prestaciones deben ser mantenidos al interior de la mutual o externalizarse y a esta decisión ayudará los análisis señalados.

Se estima conveniente que los sistemas de información relacionen el gasto en beneficios con los esfuerzos en prevención, de manera de lograr medir el óptimo social a que se refiere el estudio.

Finalmente, cabe señalar que esta enumeración no pretende ser exhaustiva, sino que sólo indicativa para proponer las grandes líneas de acción que deberían ser abordadas por la Mutual, de manera tal que si las propuestas de reforma son acogidas por la autoridad, la Mutual se encontraría mejor preparada para este cambio; y, en el evento que las proposiciones no fueran aceptadas de todas maneras contribuirían a un desarrollo más eficiente de ella.

Bibliografía

Fuentes de Cuadros Estadísticos

- Boletín Estadístico de Seguridad social, Superintendencia de Seguridad Social, 1998.
- Boletín Estadístico N° 148, Superintendencia de AFP, 1998.
- Estadísticas de población y remuneración, INE.

Bibliografía

- Modernización de la Seguridad Social en Chile, CIEDESS, 1996.
- Regímenes de Seguridad Social en las Américas, US Department of health and human services, 1993.
- Introducción a la seguridad social; Alfredo Bowen Herrera, Editorial Jurídica, 1992
- La Seguridad Social y el Estado Moderno, Instituto mexicano del seguro social, 1992
- Social Protection in Europe; Commission of the European communities, 1993.