

Estudio de Caso N° 34

**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO,
INNOVACIONES NECESARIAS EN EL SISTEMA
DE SALUD OCUPACIONAL DEL PERÚ**

Cecilia Má Cárdenas

Esta es una versión resumida del Estudio de Caso realizado por la autora para obtener el grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile.

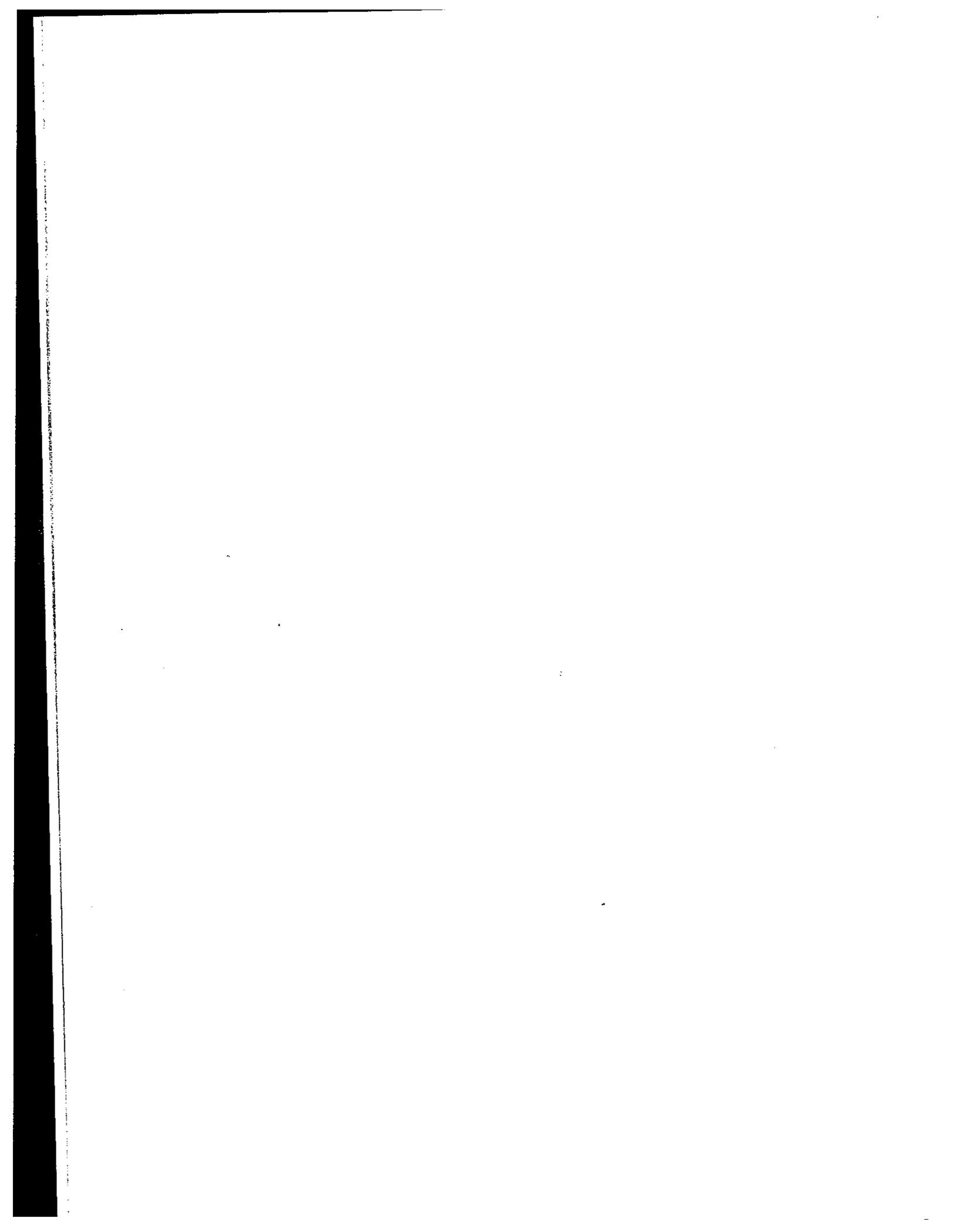
Agradecemos el apoyo proporcionado por la Fundación Andrew W. Mellon y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Este Estudio de Caso además se ha beneficiado del apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI).

Junio 1999



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987
E-mail: mgpp@dii.uchile.cl
Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>
Casilla 86 - D, Santiago - Chile



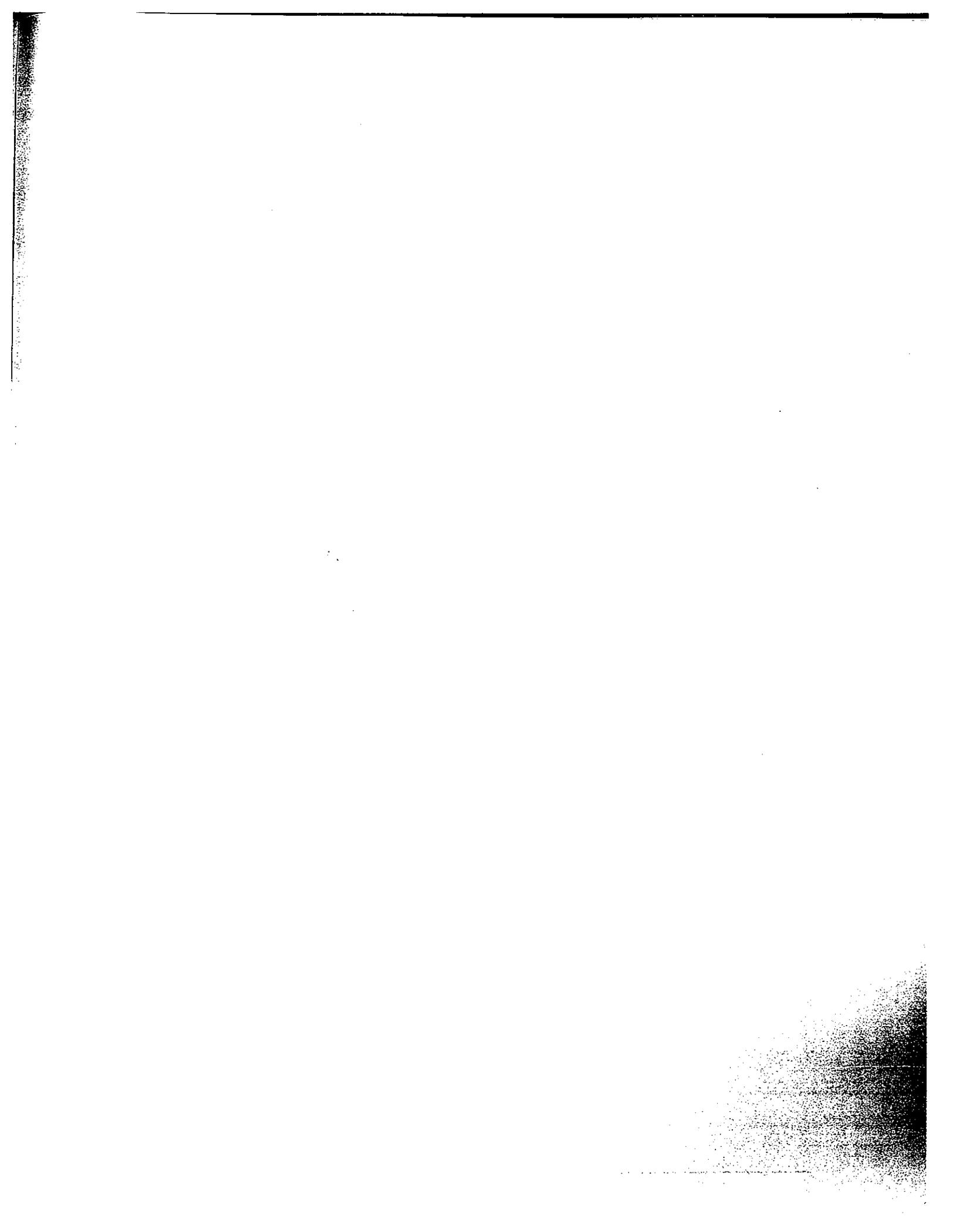
RESUMEN EJECUTIVO

La responsabilidad del Estado peruano por la salud de sus pobladores se expresa en el artículo 9º de la Carta Magna: «El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud».

Para mejorar el cumplimiento de este mandato, en la actualidad se están reformando los sistemas de salud, incluido el sistema de salud ocupacional, modificado el 14 de abril de 1998, fecha en que se promulgó el Decreto Supremo N° 003-98-SA. Su objetivo no es sólo minimizar el riesgo de enfermar o accidentar de los trabajadores, sino que también favorecer el aumento de la productividad y la calidad de los empleos.

El objetivo del presente trabajo es analizar prospectivamente las implicancias de política del actual sistema de salud ocupacional, proponer modificaciones en aspectos relevantes y considerar su viabilidad política. Para comprender mejor la evolución del sistema, se analiza el anterior sistema de salud ocupacional que funcionó desde 1972. Para lograr este propósito, se diseñó un marco analítico que sirve de base para discutir conceptualmente este nuevo sistema. Se concluye que presenta oportunidades de mejora en varios de los criterios revisados y se proponen mecanismos de incentivos económicos para priorizar la promoción y prevención en seguridad y salud ocupacional, cambiando de este modo el énfasis del sistema vigente en las actividades curativas y recuperativas, en especial de accidentes físicos. Otro aspecto importante de destacar es la proposición de una institucionalidad adecuada para que el Estado pueda modular este nuevo sistema.

El estudio se divide en tres capítulos: en el primero se proponen criterios de evaluación de un sistema de salud en general; en el segundo se propone una reforma al actual sistema de salud ocupacional en el Perú y; en el último se plantea una evaluación de la viabilidad política de la reforma propuesta.



I. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

1. MARCO ANALÍTICO

Para analizar el sistema de salud ocupacional peruano se proponen tres grupos de criterios: de política pública, de funcionamiento y de resultados.

1.1. Criterios de política pública

La participación del gobierno en las políticas sociales de un país se justifica por la búsqueda de equidad y eficiencia (Stiglitz, 1992). Como mencionan Celedón, Leiva y Zuleta (1996), los criterios de política pública son: equidad, sustentabilidad social y económica, responsabilidad compartida entre el Estado, empleadores y trabajadores, trato justo y digno, y promoción de la participación. Dichos criterios se adaptaron a un sistema de salud ocupacional y se les añadieron los criterios de eficiencia y eficacia.

Equidad. Un sistema es equitativo si garantiza una atención de salud ocupacional integral a todos los trabajadores de un país, de acuerdo a los riesgos laborales a que están expuestos. Como define Enthoven (1988), la equidad es el acceso de todos los trabajadores a un conjunto mínimo y bien definido de servicios, que incluye todas las intervenciones con costo razonable y que de manera efectiva puedan promocionar, prevenir y curar la enfermedad. Por costo razonable se entiende que los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con ingreso promedio.

La inversión de un país en un sistema de salud ocupacional equitativo y eficiente garantizaría el mantenimiento del capital humano y promovería su desarrollo, ya que está dirigido al sector de la población que produce los bienes y servicios de un país.

Eficiencia. El objetivo es que el Estado regule la inversión en las intervenciones de salud colectivas o individuales más costo-efectivas. En general, se busca que el sistema maximice la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, al mínimo costo social de la enfermedad, lo que incluye su tratamiento a través de la provisión de servicios de salud ocupacional. Para tener una idea de la importancia de la prevención de accidentes laborales, hay que conocer los diferentes costos que ocasionan (Gastañaga, 1973):

Costos directos: Asistencia médica hospitalaria, subsidios, indemnizaciones y rentas.

Costos indirectos: Tiempo perdido por el trabajador lesionado (día del accidente) y los compañeros que pararon por ayudarlo. Pérdida de tiempo de los jefes y ejecutivos en asistirlo, en investigar las causas del accidente, en reorganizar

su reemplazo, y seleccionar y entrenar a un nuevo trabajador (si la lesión lo incapacita para continuar con la misma labor). Tramitación del reporte del accidente. Pérdida en la producción debido al nerviosismo, falta de atención al trabajo, y el tiempo demandado en arreglar maquinarias. Daños en la maquinaria, equipo, herramientas, etc. Pérdidas por interferencias con la producción y retraso en las entregas, etc. Cuando regrese el trabajador, existe una pérdida variable de eficiencia.

Se estima que los costos indirectos cuadruplican los costos directos. Otros estudios consideran que la relación es siete a uno¹.

Eficacia. Para que el sistema sea eficaz debe cumplir los siguientes objetivos, planteados por el Comité OIT/OMS, en su primera reunión en 1950: promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; prevenir todo daño causado a su salud por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, y adaptar el hombre al trabajo y cada hombre a su actividad.

Sustentabilidad económica. Se define como la compatibilidad de las restricciones macroeconómicas con las políticas sociales. Al respecto, en el área de la salud ocupacional existe una particularidad especial, ya que en la medida en que se proteja la salud integral de los trabajadores, se garantiza una base física, psicológica y social apropiada para incorporar medidas de incremento de la productividad. Esto evitaría pérdidas en la producción de bienes y costos directos producidos por accidentes y enfermedades laborales, junto con garantizar que los gastos en el sistema no crezcan más allá de lo que puede soportar el ámbito macroeconómico.

Sustentabilidad social. Se refiere a la estabilidad del sistema. Un sistema de salud que está en permanente crítica no es estable. Es decisivo compartir una mínima jerarquía de valores entre Estado, empresarios y trabajadores.

Responsabilidad compartida entre el Estado, empleadores y trabajadores. Reconocer y explicitar las responsabilidades de cada uno en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores. Además, hay que definir las dimensiones de funcionamiento del sistema: modulación, financiamiento, articulación y provisión.

¹ Revista de Administración en Salud N° 2, 1988.

Trato justo y digno. La opinión y necesidades de los usuarios, trabajadores y empleadores, deben ser tomadas en consideración. Una de las formas más efectivas es a través de la promoción de la competencia y la libertad de elección, que se favorecen con el ingreso al sistema de muchas organizaciones aseguradoras especializadas y proveedores de servicios de salud públicos y privados.

Promoción de la participación. Tanto de los trabajadores del sistema de salud como de los usuarios del sistema de salud ocupacional, además de todas las personas o entidades que deseen hacerlo. La participación buscada es el esfuerzo de innovación que cada trabajador u organización realice para mejorar las condiciones de seguridad y salud laboral.

1.2. Criterios de funcionamiento del Sistema de Salud Ocupacional

Para analizar sistemas de salud existen diversos modelos y esquemas. En este caso, se escogió el modelo de pluralismo estructurado propuesto por Frenk y Londoño (1997), que da una «visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre las poblaciones y las instituciones». Al modelo básico se incorporaron modificaciones² para integrar el sistema de salud ocupacional con el sistema de salud general. Se entiende por sistema de salud ocupacional aquél destinado a satisfacer las necesidades de salud originadas por las actividades laborales remuneradas (no se consideran las actividades domésticas no remuneradas), con independencia de la relación contractual del trabajador con el empleador, y de la formalidad o informalidad del empleo.

Las demás necesidades de salud de la población no empleada y originadas por otras actividades y riesgos (accidentes de tránsito, violencia, enfermedades infectocontagiosas, etc.), serán satisfechas por el sistema de salud general.

En estricto rigor la salud es integral, y no se debiera separar aspectos de salud relacionados con el ambiente o tareas domésticas, de aquellos ligados a las actividades laborales. Pero la atención de las distintas necesidades de salud, de índole orgánica, psicológica o social, se financian y proveen por diferentes instituciones u organizaciones. El reto es que éstas se articulen de la manera más eficiente y eficaz, y que sean equitativas al satisfacer estas necesidades. Es más, de acuerdo a cómo se asignan las responsabilidades de financiar la atención de salud, se puede crear incentivos que favorezcan la promoción y prevención de la salud, así como la contención de costos³.

² De mi autoría.

³ Tanto en la forma de pago como en la asignación de recursos.

Se propone distinguir entre el sistema de salud general y el sistema de salud ocupacional, porque los incentivos para ambos son distintos. En el caso del primero, se trata de evitar enfermedades infecciosas, y los incentivos se dirigen a incrementar el autocuidado familiar y la recuperación precoz, si se presenta la enfermedad. Estas necesidades de acciones de salud tienen una gran incertidumbre y la intervención para mejorar el estado de salud involucra medidas como educar a las madres y dotar de agua potable a toda la población.

En cambio, en el caso de la salud ocupacional se busca lograr un ambiente de trabajo seguro, con condiciones para un desarrollo integral de los trabajadores. Hay que crear incentivos para los empleadores y los trabajadores, ya que con medidas de prevención y promoción se puede disminuir la probabilidad de ocurrencia de accidentes, enfermedades y muerte.

A continuación, se señalan las características de los dos tipos de servicios de salud ocupacional, los individuales⁴ y los colectivos⁵.

Servicios de salud ocupacional individuales. Son los bienes y servicios de salud privados. Es decir, el beneficio del consumo es totalmente recibido por el trabajador. Estos bienes y servicios debieran ser financiados por los empleadores. Está en discusión la subvención parcial o total de las empresas pequeñas y medianas, o las que se ubican en sectores industriales prioritarios para el Estado. Estos servicios absorben la gran parte de los recursos, no presentan externalidades y se pueden aplicar incentivos y desincentivos individuales para el autocuidado de la salud.

Servicios de salud ocupacional colectivos. Dentro de las intervenciones colectivas se incluyen bienes y servicios públicos⁶ y con externalidades⁷. Respecto de los servicios de salud colectiva, se distinguen los relacionados con la salud general y con la ocupacional.

Los servicios de salud ocupacional colectiva tienen una estrecha relación con la conservación y mejora del medio ambiente, pues la mayoría de las externalidades negativas que afecta al medio ambiente tienen su origen en actividades productivas. Estas pueden afectar la salud de los trabajadores

⁴ Frenk y Londoño (1997) lo denominan personales.

⁵ Frenk y Londoño (1997) lo denominan como públicos.

⁶ Bienes y servicios que al ser producidos benefician a todos los trabajadores de un país.

⁷ Bienes que producen beneficio directo a una persona y también a otras.

y luego la de la población en general (uso de pesticidas en la agricultura) o hacerlo en forma simultánea (emisión de gases tóxicos).

A continuación, se describen las funciones de un sistema de salud: modulación, financiamiento, articulación y prestación.

Modulación. Es un concepto más amplio que el de regulación. Implica establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud, además de gerenciar estratégicamente al sistema, no sólo dar una dirección (Frenk y Londoño, 1997), ya que debe adaptarse a los cambios en el entorno.

En el caso del sistema de salud ocupacional, la modulación no está restringida sólo al Ministerio de Salud, sino que requiere una coordinación con otros ministerios sectoriales como el del Trabajo, de Energía y Minas, de Industria, de Comercio, etc.

Financiamiento. Es la función de movilizar recursos financieros de las fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (gobierno, empresas aseguradoras y organismos internacionales) y acumularlos en fondos reales o virtuales que se asignan para la producción de servicios de salud, a través de diferentes mecanismos.

Dada las particularidades del mercado de los servicios de salud, y de la incertidumbre de los eventos y costos, en la mayoría de sistemas de salud ocupacional se opta por el mecanismo de seguros. Este tiene sus fallas como la reducción de la sensibilidad a los precios, tanto del consumidor como del proveedor, el riesgo moral o de comportamiento, la selección adversa, la selección de riesgos y las asimetrías de información. En el caso de países que tienen un seguro de salud general paralelo al de salud ocupacional, hay que evitar los subsidios cruzados.

Articulación. Como menciona Chernichovsky (1995), la articulación es la «organización y gerencia del consumo de la atención». También abarca las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores (Enthoven, 1988, Starr, 1994)⁸. La articulación es clave para permitir que los recursos financieros fluyan de la manera más eficaz y eficiente a la producción y el consumo de la atención de salud.

⁸ Citado por Frenk y Londoño (1997)

Dadas las asimetrías de información que existen en el mercado de salud, hay que determinar a una institución o persona responsable de la articulación. Esta debe disponer de información simétrica con los proveedores de servicios. Dentro de la teoría de la competencia regulada (Restrepo, 1997) estos articuladores son denominados patrocinadores (*sponsors*). Se pueden definir como compradores de servicios -inteligentes y activos- que contratan planes de salud a nombre de un grupo grande de afiliados, y que monitorean, estructuran y ajustan el mercado para evitar la natural tendencia a la competencia por precio.

El objetivo principal es afectar los incentivos que enfrentan los prestadores al ofrecer sus servicios. Según Oyarzo (1995), estos incentivos tienen dos características: la dimensión temporal y el tipo de unidad de pago:

Dimensión temporal: las formas en que el articulador paga al proveedor determinará los distintos grados en que le transfiere el riesgo: el pago retrospectivo no transfiere riesgo, mientras que sí lo hace el pago prospectivo.

Tipo de unidad de pago: también producen distintos incentivos para controlar costos. Tenemos los siguientes tipos: presupuestos globales prospectivos (introduce incentivos a disminuir costos); pago por prestación (induce fuertemente a expandir la oferta); pago por caso o diagnóstico (induce a la eficiencia en la solución del caso), y pago per cápita (no induce a la expansión de costos).

Prestación. Es la combinación de una serie de insumos dentro un proceso productivo. Como resultado, se crean bienes y servicios que generan un cambio en el estado de salud del usuario. Estos pueden dirigirse a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. En el caso de la salud ocupacional, los más relevantes son aquéllos producidos para prevenir y promocionar, ya que el objetivo es evitar accidentes y enfermedades laborales.

Finalmente, son muy importantes las interrelaciones del sistema de salud ocupacional con dos sistemas externos claves: la generación de recursos y el mercado laboral.

Generación de recursos. En este sistema sobresalen las universidades e instituciones profesionales que tienen la doble función de formar recursos humanos y suministrar recursos de salud. Asimismo, los centros de investigación de centros universitarios u hospitalarios producen conocimientos y desarrollan nuevas tecnologías, al igual que el extenso grupo de empresas que forman el «complejo médico-industrial» (compañías farmacéuticas, de equipo médico y en el caso de salud ocupacional, las empresas que producen equipos de protección para los trabajadores).

Mercado laboral. Las tendencias del mercado laboral están cambiando (incremento del empleo en el sector de servicios, e incorporación de la mujer). No siempre estos cambios se traducen en mejores empleos. En algunos casos, como en las maquilas y en trabajos temporales, se prefiere contratar a mujeres en condiciones desfavorables, ya que se considera que no aportan el principal ingreso al hogar.

También se deben considerar algunos aspectos macroeconómicos. Puede existir un *trade off* entre aumentar el empleo de un país e incrementar la legislación laboral, ya que algunos empresarios reaccionan de inmediato ante el «aumento de los sobrecostos laborales». Al respecto, es importante destacar el círculo virtuoso que existe entre condiciones de trabajo óptimas, salud ocupacional, incremento de la productividad y mayores ganancias para la empresa. Inicialmente se requiere una inversión para crear esas condiciones óptimas. Un punto de discusión es cuánto es óptimo, y si en todos los sectores se pueden exigir las mismas condiciones. Hasta el momento hay consenso en algunos aspectos⁹, pero no en otros temas.

1.3. Criterios de resultado de un sistema de salud

Una dimensión adicional para definir los criterios de evaluación de los sistemas de salud son los resultados que ha obtenido en la población destinada a recibir sus servicios y beneficiarse de su funcionamiento. Muchos autores incorporan estos indicadores en la eficacia y eficiencia del sistema (criterios de política pública), pero en este trabajo se quiere enfatizar la existencia de indicadores técnicos y médicos, y no sólo la eficacia económica.

Además, los indicadores de eficiencia están centrados en la costo-efectividad de las actividades. A pesar de los avances logrados, existen muchos indicadores que no especifican costo-efectividad, pero son útiles para evaluar el sistema. Por esto se propone como un grupo de criterios distinto.

Indicadores de impacto. Se refieren al resultado último de los sistemas de salud. En el caso de la salud ocupacional, éstos son: las tasas de accidentabilidad por tipo de actividad industrial o empresa; de siniestralidad; y el número de horas-hombre perdidas por accidentes y enfermedades laborales.

⁹ Acuerdos de la OIT acerca del trabajo infantil, o condiciones de esclavitud.

Indicadores de producto. Se refieren a los resultados de las acciones de prevención y promoción sobre la población beneficiada. Por ejemplo, el porcentaje de trabajadores que utiliza anteojos de seguridad.

Indicadores de insumos. Muestran cuántos insumos o bienes intermedios se utilizan por persona beneficiada. En el caso de la salud ocupacional, los indicadores globales serían: porcentaje de empresas con servicio propio de salud ocupacional; porcentaje de empresas con comité de seguridad e higiene industrial; porcentaje de trabajadores con acceso a un sistema de salud ocupacional de un sector productivo determinado o país, etc.

2. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL VIGENTE EN PERÚ

Garantizar la protección y promoción de la salud de los trabajadores, es un deber del Estado peruano y un derecho de los trabajadores. Esta obligación se ha traducido en distintas disposiciones legales. Al comienzo, el objetivo era generar en los empleadores la responsabilidad legal de cubrir los costos de atención médica (en caso de accidentes de trabajo) y de indemnizaciones (en caso de incapacidades permanentes), pero no se originó un sistema de salud ocupacional. Este sólo se inició en 1972 y funcionó hasta el 14 de abril de 1998, fecha en que se promulgó el DS. N° 003-98-SA que estableció un nuevo marco legal.

2.1. Marco legal

Antes de 1972, la legislación sólo estipulaba que los empleadores asumían el pago de los gastos de atención médica y las indemnizaciones causadas por accidentes y enfermedades laborales. A partir de 1972 se crea un sistema de salud ocupacional. En el cuadro N° 1 se presenta la evolución del marco legal del sistema de salud ocupacional:

CUADRO 1: NORMAS LEGALES RELEVANTES PARA EL SISTEMA OCUPACIONAL DEL PERÚ

NORMA LEGAL	FECHA	CONCEPTO
DL. N° 18.846	28/04/1971	Establece que el Seguro Social Obrero asume exclusivamente el Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Satep).
DS. N° 002-72-TR	24/02/1972	Establece el reglamento e inicia la implementación del DL. N° 18.846.
DS. N° 007-75-TR	26/08/1975	Adiciona enfermedades al artículo 60 del DS. N° 002-72-TR, por trabajos que entrañan riesgos.
DL. N° 23.161	16/07/1980	Se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), sobre la base de Seguro Social del Perú.
Ley N° 24.786	28/12/1987	Ley General del IPSS.
DL. N° 2.5897	27/11/1992	Crea el sistema privado de pensiones y deroga el DL. N° 18.846.
Ley N° 26.182	12/05/1993	Restituye la vigencia de la norma sobre el pago de primas a trabajadores obreros para el Satep.
Ley N° 26.183	13/05/1993	Restablece la vigencia del DL. N° 18.846.
Ley N° 26.790	17/05/1997	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Deroga el DL. N° 18.846 y se elimina el monopolio que tenía el IPSS, tanto en la provisión de servicios de salud en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como en el otorgamiento de pensiones de invalidez y sobrevivencia, y los gastos de sepelio.
DS. N° 009-97-SA	09/09/1997	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, incluye reglamento del Satep.
Ley N° 26.842	02/01/1998	Ley General de Salud. Contiene un capítulo sobre la higiene y la seguridad en los ambientes de trabajo y otro sobre sustancias y productos peligrosos para la salud. En el título sexto, sobre medidas de seguridad, infracciones y sanciones, contempla la suspensión de trabajos, la suspensión temporal del ejercicio de actividades de producción y comercio y el cierre temporal del ejercicio de actividades de producción y comercio y el cierre temporal o definitivo de empresas o sus instalaciones.
DS. N° 003-98-SA	14/04/1998	Establece las Normas Técnicas del Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADO DE MARCH CONSULTORES S.A., 1997.

La secuencia en la promulgación de las leyes evidencia el conflicto existente entre los actores sociales involucrados: los empleadores, los trabajadores, el Estado y el Congreso de la República, además de la falta de previsión ante las consecuencias de derogar una ley. Otro aspecto es la falta de coordinación o integralidad entre las leyes específicas del sector salud general y las de la salud ocupacional.

Para situar al lector se describe el funcionamiento del sistema de salud ocupacional vigente:

CUADRO 2: MODELO DE SALUD OCUPACIONAL VIGENTE EN PERÚ

FUNCIONES	TRABAJADORES			
	SECTOR FORMAL		SECTOR INFORMAL	
	<p>Con seguro de atención de salud ocupacional Sólo trabajadores de áreas de producción de empresas cuyas actividades son de riesgo (1).</p>	<p>Sin seguro de atención de salud ocupacional Trabajadores de áreas administrativas y todos los trabajadores de empresas de «no riesgo».</p>	<p>Trabajadores sin contrato de trabajo e independientes.</p>	<p>Grupos vulnerables: adultos y niños empleados ilegalmente.</p>
Modulación				
Financiamiento				
Articulación				
Prestación				

INSTITUCIÓN
ESPECIALIZADA

ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD GENERAL, SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

(1) EL EMPLEADOR PUEDE DECIDIR ASEGURAR A TODOS LOS TRABAJADORES, PERO LA LEY SÓLO LO OBLIGA PARA ALGUNAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DE RIESGO.

NOTA: ALGUNOS GRUPOS VULNERABLES, EN ALGUNOS CASOS, NO TIENEN ACCESO A NINGÚN SISTEMA DE SALUD GENERAL.

FUENTE: ADAPTADO DE FRENI Y LONDOÑO, 1997.

2.2. Evaluación de los criterios de política pública

Equidad. El sistema de salud ocupacional excluye a todos los trabajadores que se desempeñan en actividades calificadas de «no riesgo» (la mayoría de las actividades laborales), ya que legalmente sólo se definieron las actividades de «riesgo»¹⁰. Las empresas pertenecientes a las industrias calificadas de riesgo deben financiar obligatoriamente un seguro complementario para los trabajadores, sean

¹⁰ Construcción, construcción de maquinarias, electricidad, gas y vapor, explotación de minas de carbón, extracción de madera, extracción de minerales metálicos, extracción de otros materiales, fabricación de otros productos minerales no metálicos, fabricación de otros productos químicos, fabricación de productos derivados del petróleo y del carbón, fabricación de productos metálicos, fabricación de productos plásticos, fabricación de sustancias químicas industriales, fabricación de textiles, fabricación de vidrio y productos de vidrio, industria básica de hierro y acero, industria de la madera y productos de madera y corcho, industria del cuero y productos del cuero, y sucedáneos del cuero, industria del tabaco, industrias básicas de metales no ferrosos, pesca, producción de petróleo crudo y gas natural, refinerías de petróleo, servicios de saneamiento y similares, servicios médicos y odontológicos, otros servicios de sanidad veterinaria, y transporte aéreo.

empleados u obreros, o si su contrato es eventual, temporal o permanente. Sólo se incluyen a los trabajadores de las unidades de producción y de las unidades administrativas y de servicios, que por su proximidad a las primeras, exponen al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Las empresas que desarrollan actividades de «no riesgo» pueden contratar este seguro complementario en forma facultativa.

Como conclusión, la nueva ley es aún más inequitativa que la anterior, y desconoce los riesgos laborales de todos los trabajadores que laboran en actividades calificadas de «no riesgo». Además, deja al empleador un margen de discrecionalidad al obligarlo solamente a asegurar a los trabajadores de las unidades de producción, lo que puede ser contraproducente para reducir la tasa de siniestralidad de la empresa y de todo el sistema.

La discriminación dentro de la empresa puede restringir la movilidad interna de roles y funciones entre los trabajadores. Es decir, si un trabajador del área administrativa debe cumplir temporalmente funciones en el área de producción, la obligación de pagos adicionales por parte de la empresa para asegurarlo para injurias laborales puede limitar su desarrollo.

En el antiguo sistema (DL. N° 18.846) se protegía exclusivamente a los obreros, definidos en la planilla de pagos de cada empresa. También se consideraba a los pescadores y trabajadores del servicio doméstico, con independencia del tipo de empleador y tipo de contrato.

De los trabajadores adecuadamente empleados, sólo el 17,6% contaba con seguro especializado en salud ocupacional. Dado el alto nivel de subempleo y desempleo, la proporción de la población económicamente activa asegurada para recibir servicios de salud ocupacional representaba sólo el 8,7% de la PEA.

Se concluye que ambos sistemas son inequitativos, lo que se refleja en una cobertura muy limitada y en la gran discrecionalidad, por parte del empleador, para definir quién era obrero y quién empleado. En ambas leyes se discrimina a un sector de trabajadores, en la ley anterior por su tipo de contrato (obrero y empleado) y en la actual ley por el área de trabajo y el tipo de actividad que realiza la empresa.

Eficiencia. La nueva ley no estructura incentivos para que las empresas inviertan en la prevención de accidentes y enfermedades laborales: no se establecen primas variables ligadas a la siniestralidad ni se crea una institucionalidad fuerte para hacer cumplir el marco legal.

Las empresas que están dentro de las actividades de «riesgo» tienen la facultad de asegurar sólo a los trabajadores de las áreas de producción. De este modo, sólo se invertiría en actividades preventivo-promocionales para un sector de trabajadores. Esto es ineficiente, porque los costos indirectos de la injuria sufrida por un trabajador del área administrativa pueden ser mucho más costosos que en el área de producción. Por otra parte, algunas de las actividades preventivo-promocionales no producen externalidades positivas y sólo beneficiarían a los trabajadores del área de producción, lo que podría causar conflictos al interior de la empresa.

Si analizamos el sistema de salud en su conjunto, esta medida mantiene el subsidio del sistema de salud general al de salud ocupacional, lo que impide destinar recursos a las actividades más costo-efectivas, ya que por lo general se subsidiarán las actividades recuperativas y de rehabilitación. Por lo tanto, no sólo es ineficiente dentro del sistema de salud ocupacional, sino origina ineficiencias en el sistema de salud general.

Se dispone de poca información acerca de los costos de accidentes y enfermedades ocupacionales en Perú. Entre 1980 y 1991 hubo una pérdida anual de US\$ 2.740.232 (incluye costos directos e indirectos). Este cálculo está basado sólo en el 30% de los asegurados.

Eficacia. Entre los objetivos de un sistema de salud ocupacional está la disminución de los riesgos de siniestralidad (por accidentes o enfermedades profesionales). La nueva legislación no establece mecanismos que incentiven a empleadores y trabajadores a crear condiciones que favorezcan la salud integral de todos los trabajadores, ya que prioriza la recuperación y reparación de las injurias de un sector específico. Esto es más grave si se focaliza sólo en las áreas productivas de sectores económicos que no siempre son los que dan mayor valor agregado a los bienes y servicios. Si se desea incrementar la productividad, hay que buscar mecanismos que protejan la seguridad y salud laboral de los sectores que tienden a crecer más, por ejemplo, los servicios y el comercio.

Sustentabilidad económica. Si este sistema es financiado totalmente por los empleadores, no estaría en riesgo la sustentabilidad económica del sistema, salvo que el Estado se convierta en un

empleador muy importante y que sus aportes sean muy altos, debido a la cantidad y riesgo de las actividades productivas que realiza. Este escenario es poco probable, ya que los procesos de privatización han disminuido el número de trabajadores que dependen del Estado.

Sustentabilidad social. La actual ley y la anterior quebraron el equilibrio entre Estado, trabajadores y empresarios. Hay un claro balance a favor de los últimos y una disminución del poder de negociación de los trabajadores. Según la nueva ley «la atención de enfermedades ocupacionales y accidentes laborales de los trabajadores de empresas de actividades definidas de 'no riesgo', serán cubiertas por el régimen de salud general, por diferentes instituciones como el Instituto de Seguridad Social (IPSS) y las Empresas Prestadoras de Salud (EPS)¹¹. De las pensiones de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio consecuencia de esta contingencias, se encargarán las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y la Oficina de Normalización Previsional (ONP)»¹². Con ello, se incrementa la demanda ante el sistema de salud general, que tiene serias deficiencias en la provisión de servicios.

Propongo las siguientes causas que explicarían la falta de reclamos o demanda de los trabajadores por los servicios de salud ocupacional:

- a) El nivel de desempleo fomenta aceptar trabajos en condiciones poco favorables;
- b) La falta de sindicalización en muchos sectores productivos y un gran sector informal. En contraste, aquellos que contaban con sindicatos poderosos, como el minero¹³ y el del petróleo, lograron importantes servicios de salud ocupacional;
- c) Falta de previsión de los trabajadores. Al igual que con las pensiones de jubilación, el Estado debe obligar a las empresas y trabajadores a realizar provisiones para el futuro;
- d) Factores socioculturales. Algunos trabajos muy rudos y que exponen la vida e integridad física de los trabajadores, son vistos como retos o demostración de valentía;
- e) Asimetrías de información de las actividades laborales riesgosas. El desarrollo de tecnologías seguras está muy ligado a la mayor demanda de seguridad de los trabajadores. Por desconocimiento, éstos no demandan mayor salud ocupacional.

Responsabilidad compartida entre el Estado, empleadores y trabajadores. En Perú no ha existido un consenso previo, que incluya a los trabajadores, en la promulgación de esta nueva

¹¹ Hasta el 10 de julio de 1998 sólo una organización tenía la licencia para funcionar como EPS, la aseguradora Rimac Internacional. Diario Gestión del 10-07-98.

¹² La ONP administra los fondos del antiguo Sistema Nacional de Pensiones, correspondientes a personas que no se trasladaron a las AFP.

¹³ Sobre todo las grandes empresas, pues las condiciones laborales en la pequeña minería son muy deficientes.

ley. Si se analiza la secuencia legal, se evidencia marchas y contramarchas, con una influencia importante de grupos de interés de algunas ramas productivas que consiguieron no ser consideradas «de riesgo».

Trato justo y digno. Con esta nueva legislación se elimina el monopolio legal que tenía el IPSS, ya que la atención de las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales de riesgo está a cargo del IPSS, o una Empresa Prestadora de Servicios de Salud (EPS) libremente elegida por el empleador. Este es un aspecto positivo, ya que la eliminación de monopolios en la prestación de servicios de salud a los trabajadores, promueve la competencia, mejora la calidad del servicio y hace más conveniente la relación precio/calidad.

Promoción de la participación. En el nuevo sistema no existe ningún mecanismo que promueva la participación, aunque ha habido intentos por promoverla con alcances muy limitados, debido a la falta de una institucionalidad fuerte y dinámica que gerencie de manera estratégica el sistema de salud ocupacional.

2.3. Evaluación de los criterios de funcionamiento

El sistema de salud ocupacional funciona en paralelo al sistema de salud general, pues ambos solucionan injurias originadas por accidentes y enfermedades laborales. Sólo en el primero existe la obligatoriedad de desarrollar actividades preventivo-promocionales específicas.

Los servicios de salud individuales especializados sólo protegen obligatoriamente al personal del área de producción de las empresas que desarrollan actividades «de riesgo», y los servicios de salud individuales generales a todo el resto de la población trabajadora. En ambos sistemas, el énfasis está en la provisión de servicios de salud curativos o recuperativos.

Modulación. En la legislación vigente, la supervisión y control de las aseguradoras es responsabilidad de la Superintendencia de Banca y Seguros, y el Ministerio de Trabajo controla a los empleadores. No se crea un organismo autónomo ni especializado. Uno de los riesgos de este modelo es que al ser el Estado uno de los principales empleadores, aunque desarrolle actividades de riesgo (como los servicios médicos y odontológicos), no existirán las condiciones políticas para realizar una autosupervisión y control.

Si el sistema no se modula adecuadamente puede segmentarse el mercado del trabajo. Es decir, dentro de la política de selección de personal, los postulantes con alguna dificultad física se discriminarán en favor de personas con óptimas condiciones psicofísicas.

Financiamiento. La nueva ley establece dos fuentes de financiamiento para las prestaciones médicas. Para los trabajadores de las áreas de producción de empresas cuyas actividades son de «riesgo», el empleador paga una prima pactada con el IPSS o la EPS que elija (el piso es de 0,5% de la remuneración asegurable mínima). Para los demás trabajadores es el porcentaje obligatorio de la remuneración mensual (9%), descontada para la atención de salud general.

También existen dos fuentes para las prestaciones económicas. Por un lado, el seguro para los trabajadores que laboran en actividades de «riesgo». Para los demás, es el descuento mensual para los fondos de jubilación (13% de la remuneración, administrado por las AFP o la ONP). De este modo, con los fondos originados por todos los trabajadores para la atención de salud general, se pretende financiar los costos directos de siniestros originados por accidentes y enfermedades laborales de los trabajadores que desempeñan actividades de «no riesgo», o de aquellos de áreas no productivas de actividades «de riesgo». Es decir, no se responsabiliza a los empleadores de proteger financieramente a todos los trabajadores por siniestros laborales, tanto en las prestaciones médicas como en las económicas, pues en el caso de los trabajadores que realizan labores en actividades de «no riesgo», éstas últimas se financian con los aportes individuales destinados a las pensiones de jubilación.

Las fallas existentes en el mercado de los seguros aquí son patentes. Primero, **el riesgo moral o de comportamiento**, porque cabría la posibilidad de que las empresas, al tener asegurados a sus trabajadores obreros, se preocuparan menos de la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Esto se agrava por el hecho de no existir un desincentivo real, como sería medir la tasa de riesgo y de acuerdo a ella incrementar la prima al empleador.

En segundo lugar, **la selección adversa**. Las empresas con actividades productivas más riesgosas se asegurarían. Como no hay incentivos para la prevención, se continuaría arriesgando la salud de los trabajadores. Además, las empresas que efectivamente se preocupen por la seguridad e higiene laboral no tienen incentivos para asegurarse, ya que no hay ningún reconocimiento para su mejor desempeño.

Finalmente, las **asimetrías de información**. En algunas enfermedades o accidentes es muy difícil determinar la responsabilidad de la entidad empleadora. En el sistema analizado las asimetrías de información tienden a incrementarse, ya que existe subregistro de los siniestros.

Además, existen subsidios cruzados entre el sistema de salud general y el sistema de salud ocupacional. Si sólo se protege legalmente a los obreros y trabajadoras del hogar, que representan el 21% de la población trabajadora, cerca del 80% de los trabajadores cuando sufrían un accidente o enfermedad laboral eran atendidos utilizando los recursos destinados a la salud general. Este subsidio del sistema de salud general al sistema de salud ocupacional genera ineficiencias en ambos. El primero tiene menos recursos disponibles para atender otras patologías, y no se generan incentivos para que las empresas incrementen la seguridad y prevención en salud ocupacional en los lugares de trabajo.

Articulación. Dentro de la legislación promulgada recientemente, la función de articulación se evidencia fácilmente en el caso de la EPS que no tenga servicios médicos propios. Pero es más complejo diferenciarla en el IPSS como en el EPS que sí cuenten con dichos servicios.

En el caso de las prestaciones económicas, sí se considera a compañías aseguradoras que pueden ofrecer planes conjuntos con EPS, aunque legalmente se impide su integración. Esta modalidad duplica los esfuerzos de las empresas e incrementa los gastos administrativos, porque la administración de seguros tiene economías de escala, independientemente del riesgo que va a cubrir.

Prestación. Según la nueva legislación, la atención de enfermedades ocupacionales y accidentes laborales de los trabajadores de empresas de «no riesgo», o que por su ocupación estén dentro de áreas distintas a las de producción de empresas de riesgo, será cubierta por el régimen de salud general, a través del IPSS y de las EPS. De las pensiones de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio se encargarán las AFP y la ONP.

La atención de las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales de trabajadores que laboran en actividades de riesgo, contará con un sistema especial a cargo del IPSS o una EPS libremente elegida por el empleador. De las pensiones de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, se encargará la ONP o una compañía aseguradora escogida por el empleador. Esto origina un subsidio permanente del sistema de salud general al sistema de salud ocupacional, con la principal desventaja que impide

los incentivos para desarrollar inversiones en prevención para los empleadores de actividades de «no riesgo».

Se establece que las prestaciones médicas especializadas en salud ocupacional serán otorgadas hasta la recuperación total del paciente, incluyendo el costo de la rehabilitación, prótesis, renovación y reparación de las mismas, así como los aparatos ortopédicos necesarios. Con respecto a la reinserción laboral del trabajador, a la entidad empleadora se le prohíbe prescindir de sus servicios, basada en su condición de invalidez.

En conclusión, la prestación especializada está limitada, es discriminatoria, y se superpone con las prestaciones de salud general, tanto individuales como colectivas.

CUADRO 3: INTERRELACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE SALUD GENERAL Y EL SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL

SISTEMA DE SALUD NACIONAL					
SALUD GENERAL				SALUD OCUPACIONAL	
Bienes y servicios individuales		Bienes y servicios colectivos		Bienes y servicios individuales	Bienes y servicios colectivos
El beneficio del consumo es recibido completamente por el usuario. El Estado debería subsidiar en forma total o parcial sólo el consumo de bienes privados de los más pobres. Corresponde a la salud general.		Tienen características de bienes públicos y con externalidades positivas. El Estado debería financiar en forma total o parcial su provisión, priorizando las más costo-efectivas.		El beneficio del consumo es recibido completamente por el trabajador. En caso de ser preventivo, produce un beneficio directo a la empresa por el incremento de su productividad y ésta debe costearlo. En caso de ser recuperativo, la lesión es producida a raíz de la labor que realiza, y debe ser costeada por la empresa.	Tienen características de bienes públicos y con externalidades positivas. El Estado debería financiar su provisión, total o parcial (en caso de pequeñas y medianas empresas, o de sectores productivos definidos como prioritarios).
IPS EPS Atiende al 9% de la demanda en salud general, y la demanda de salud ocupacional de todos los trabajadores y empleados (formales e informales).	FEAA FEPP Atiende al 0,8% de la demanda, en salud general y salud ocupacional.	Sector privado Atiende al 6,3% de la demanda, en especial de altos ingresos, con pago directo o a través de seguros privados.	M. de Salud Atiende al 6,8% de la población, en salud individual. Responsable de la salud colectiva de todos los habitantes.	IPSS e EPS Brinda bienes y servicios especializado sólo para los trabajadores afiliados a través de su empleador (DL. 18.846).	Empresas que desarrollan actividades de riesgo Especialmente las grandes empresas en actividades reglamentadas, como la minería, y en menor medida la industria petrolera y el sector eléctrico

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADO DE FRENK Y LONDOÑO, 1997.

Generación de recursos. Varillas (1998) señala que en Perú la masa crítica de recursos especializados es deficiente en calidad y cantidad, por la ausencia de recursos humanos formados. Esta deficiencia ocurre hasta el nivel de pregrado universitario y técnico, aunque hay experiencias aleccionadoras en comparación con otros países. La Universidad Nacional de Ingeniería cuenta con la Escuela de Ingeniería de Seguridad e Higiene, y existe una Maestría de Salud Ocupacional interuniversitaria (U. Nacional de Ingeniería y U. Nacional Mayor de San Marcos). Al existir una escasa demanda de personal especializado, se desincentiva tanto a las instituciones formadoras de recursos humanos como a los posibles estudiantes.

Mercado laboral. En Perú se presentan dos fenómenos que dificultan el desarrollo de las relaciones entre el sistema de salud ocupacional y el mercado laboral. Hay un alto nivel de informalidad laboral¹⁴ y subempleo¹⁵, y una tasa de desempleo abierto cercana al 8%¹⁶. Hasta ahora se desconoce el número de trabajadores beneficiados con la nueva ley porque las empresas obligadas a asegurar a su personal, están en proceso de contratación de seguros. Una vez terminado, se deberá evaluar la cobertura del nuevo sistema.

Dado el bajo nivel de satisfacción de los servicios de salud ocupacional recibidos por las empresas y sus trabajadores, y que más del 90% de los trabajadores recurra al sistema de salud general para solucionar los accidentes y enfermedades laborales, el aporte al sistema de salud ocupacional es percibido como un «sobrecosto».

2.4. Evaluación de los resultados

Para analizar resultados hay que utilizar indicadores de impacto, de producto y de insumos. Esta evaluación se debe realizar después de algunos años de funcionamiento del sistema vigente.

Para lograr la construcción de indicadores se requiere la recopilación sistemática de información, así como de una adecuada supervisión y fiscalización. Por otra parte, es necesario crear los mecanismos para evitar el subregistro de injurias, a través del subsidio del sistema de salud general. Gran parte de estas funciones son de responsabilidad de la institución encargada de modular el sistema.

En el anterior sistema de salud ocupacional, a pesar de la existencia de un monopolio, no se

¹⁴ En Perú, el 55% de los empleos es informal (1995). Fuente: *Panorama Laboral 1997-OIT*, pág. 25.

¹⁵ El 42,6% de la PEA considera subempleada (1996). Fuente: *Instituto Nacional de Estadística del Perú*.

¹⁶ El nivel de desempleo abierto es de 7,9% (1996). Fuente: *Instituto Nacional de Estadística del Perú*.

realizó una construcción sistemática de indicadores, y sólo se hallaron algunos datos escasos y parciales.

La nueva ley menciona que el IPSS, la ONP, las EPS y las compañías de seguros están obligadas a registrar la siniestralidad de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, «de forma tal que pueda identificarse el tipo de actividades de las cuales proceden, aún cuando dichas actividades no se encuentren señaladas como de riesgo». Se utiliza la Clasificación Internacional Industrial Unificada, pero no se establece como obligatoria. No obstante, la legislación vigente no menciona nada específico respecto a los indicadores. En una parte se señala una tasa de siniestralidad, pero no detalla si es de accidentes laborales, enfermedades ocupacionales, ni el grado de gravedad de los mismos.

El cuadro N° 4 resume la evaluación realizada al sistema de salud vigente:

CUADRO 4: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL VIGENTE EN PERÚ

CRITERIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS		CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE SALUD		CRITERIOS DE RESULTADOS DE UN SISTEMA DE SALUD	
Equidad	Inequitativo	Modulación	Fraccionada en varias entidades	Indicadores de impacto	No aplicable
Eficiencia	Datos no disponibles	Financiamiento	Ausencia de mecanismos para disminuir selección adversa, riesgo moral y asimetrías de información	Indicadores de producto	No aplicable
Eficacia	No aplicable	Articulación	Implícita en algunas organizaciones	Indicadores de insumos	No aplicable
Sustentabilidad económica	Adecuada	Prestación	Especializada limitada a algunos trabajadores		
Sustentabilidad social	Promovida por los empresarios				
Responsabilidad compartida entre el Estado, empleadores y trabajadores	Roles y funciones determinados en forma difusa				
Trato justo y digno	Promovido por la competencia pero sin regulación				
Promoción de la participación	Limitada				

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

II. PROPUESTA DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL EN EL PERÚ

Un sistema de salud ocupacional apropiado busca lograr que los trabajadores cuenten con salud integral, promover el aumento de productividad y una nueva valoración de su aporte. Por dichas razones, se propone reformar ciertos aspectos del sistema de salud ocupacional vigente.

Es importante aclarar que el bien meritorio es la **salud**¹⁷ de los trabajadores, pero las acciones conducentes a lograr un cambio en el estado de salud no necesariamente son bienes meritorios. En el caso de la salud ocupacional, se debe promover las acciones preventivo-promocionales y no enfatizar las acciones curativas y recuperativas.

1. PROPUESTA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE POLÍTICA PÚBLICA

Para lograr equidad. El seguro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales debe ser **obligatorio** para evitar la selección adversa. Además, debe ser accesible para **todos los trabajadores**, no debe discriminarse por el tipo de cargo (obrero o empleado), forma de contrato laboral (permanente o eventual), pertenencia al sector público (incluyendo las municipalidades) o privado. Asimismo, debe incorporar a los trabajadores del hogar y a los estudiantes que ejecuten trabajos o prácticas profesionales. Se debe considerar también a los bomberos voluntarios, si es que no están protegidos por algún sistema especial.

Con respecto a otros trabajadores voluntarios, es potestad de la organización que los acoge asegurarlos contra riesgos de la ocupación que realizan. No se debe considerar a los estudiantes, pues ellos deberían ser cubiertos por el seguro de salud general.

Para lograr eficiencia. Se deben realizar las inversiones más costo-efectivas en salud ocupacional, que son las preventivo-promocionales. Para esto, el sistema debe crear incentivos para que los empleadores adopten medidas que mejoren las condiciones de seguridad en el trabajo. **El vínculo clave es el costo variable de la prima del seguro obligatorio.** Si los trabajadores de una empresa presentan mayor número de accidentes o enfermedades ocupacionales o si éstas son más graves, el empleador debe pagar una prima más cara que se evaluará **anualmente**. Dado los requerimientos de información, al comienzo podría evaluarse cada dos o tres años. Este incentivo es

¹⁷ Bien meritorio: la cultura, la política, la legislación constitucional, la salud. Es positivo que la gente los tenga, independientemente de la capacidad de pago.

útil para evitar el riesgo de comportamiento, es decir, evitar que las empresas aseguradas se despreocupen de adoptar medidas para disminuir la siniestralidad. La baja del precio de la prima, luego de la evaluación anual, es un estímulo para las empresas que invierten en medidas que reducen la siniestralidad.

Hay que mencionar que la prima variable también presenta aspectos negativos, ya que genera incentivos para que el empleador no declare todas las injurias producidas dentro de la empresa. Si hay controles deficientes, es preferible una prima fija.

La salud ocupacional debe continuar como subsistema de la seguridad social, pero hay que evitar los subsidios cruzados, tanto con el resto de los empleadores como con el sistema de salud general. Como explica Giordano y otros (1996), si el financiamiento del sistema de salud ocupacional fuera una contribución homogénea de todas las empresas (sin diferenciar riesgo), no tendría sentido la existencia de un sistema específico. Sería más eficiente administrar la cobertura a través de los sistemas de salud general y de pensiones.

El sistema no sólo debe preocuparse por evitar accidentes, sino que también estimular la inversión en actividades que reincorporen al trabajador, tras sufrir uno y quedar discapacitado.

Minimizar el subsidio implícito del sistema de salud general, requiere que en éste exista un copago para todo trabajador que requiera atención de salud. Si la injuria es de origen laboral, el copago debe ser abonado por el empleador, pero si es de origen extralaboral, debe ser de responsabilidad del trabajador.

Este mecanismo estimularía al trabajador a revelar el origen de la injuria. Ante un accidente o enfermedad extralaboral que el trabajador quisiera solucionar en el sistema de salud ocupacional, el empleador no pagaría el copago, ya que de registrarse como injuria laboral incrementaría su tasa de siniestralidad y podría elevar la prima del seguro.

Si no existe este tamizaje o *screening*, el sistema de salud general seguirá subsidiando al de salud ocupacional en la prestación de servicios médicos, lo que disminuye los recursos destinados a la atención de otras patologías, y subregistrando la verdadera incidencia de accidentes y enfermedades

laborales. El cálculo del copago es muy importante. Si éste es muy bajo, existirá el incentivo de cancelarlo, ese accidente o enfermedad laboral no se registrará como tal y el empleador evitará el incremento en el pago de la prima del seguro.

Para lograr eficacia debe existir una **supervisión y fiscalización efectiva**. Hay que conseguir que las empresas inviertan en seguridad, promoción y prevención en salud ocupacional, proceso que requiere un monitoreo constante y el logro de objetivos en forma paulatina (disminuir las muertes por accidentes y luego las lesiones que originan incapacidad total). Para ello, se requiere implementar una institucionalidad pública con atribuciones suficientes.

Para lograr sustentabilidad económica. La relación entre el sistema de salud ocupacional, el mercado laboral y la producción de bienes y servicios de un país, se evidencia en el hecho de que trabajadores saludables permiten a la empresa aumentar la productividad. Asimismo, estos trabajadores están más proclives a participar en su autocuidado para evitar los costos directos e indirectos de la atención de accidentes y enfermedades laborales, y al tener buena salud física y mental, tiene una mejor capacidad para generar innovaciones.

Para lograr sustentabilidad social. Para evitar que los **empleadores** califiquen las cotizaciones al seguro obligatorio como «sobrecostos laborales», se debe posicionar esta política pública como **un mecanismo que cubre los costos de atención médica del trabajador, víctima de un accidente o enfermedad laboral**. Estos costos son muy variables. Para los empleadores es muy importante la disminución y eliminación de la incertidumbre en el financiamiento de esta responsabilidad.

Por otro lado, los trabajadores deben reconocer este sistema como un derecho, ya que lo apoyarán si de verdad promueve **mejoras en sus condiciones de trabajo y una atención especializada oportuna**. Es crucial que en un mercado laboral flexible, los trabajadores tengan un respaldo financiero en caso de accidentes o enfermedades incapacitantes.

Las condiciones anteriormente descritas otorgarían bases para una estabilidad sociopolítica y cultural del sistema.

Para lograr responsabilidad compartida entre el Estado, empleadores y trabajadores. Las modificaciones al sistema de salud ocupacional deben basarse en **amplios consensos políticos entre el Estado, empleadores y trabajadores** que hagan explícitas las responsabilidades de cada actor social. Para el Estado se proponen las siguientes responsabilidades: la modulación del sistema, que incluye la supervisión y fiscalización, y el cumplimiento como empleador. Para los empleadores, el acatamiento de las normas y reglamentos del sistema de salud ocupacional, y la permanente inversión para mejorar las condiciones de trabajo: ambiente físico, social, turnos de trabajo, sobrecoctización en caso de trabajo pesado¹⁸. Para los trabajadores, respetar y exigir el cumplimiento de la legislación, y participar activamente en las tareas de salud ocupacional, en particular en el uso de instrumentos, herramientas y objetos destinados a incrementar la seguridad. Además, sería deseable contar con propuestas para innovar en la seguridad de las condiciones de trabajo.

Para lograr trato justo y digno. La promoción de la **competencia** entre las organizaciones aseguradoras y prestadoras es crucial para que se **orienten hacia los clientes o usuarios del sistema** (empleadores y trabajadores). Esto debe reforzarse con la divulgación de los derechos y deberes, y las reglas de juego vigentes, de parte de la institución moduladora del sistema.

Para promover la participación. Dentro de cada empresa debe reglamentarse la creación de comités de salud ocupacional. Su principal función sería desarrollar actividades de seguridad, de promoción y prevención de salud laboral. A nivel institucional, también hay que buscar la discusión y mejora permanente del sistema de salud ocupacional, pues su legitimidad social depende de la participación activa de los actores sociales involucrados, y del aporte de expertos y centros de investigación. Ya que es un sistema que debe adaptarse de manera constante a los cambios en el contexto mundial y en el mercado laboral, requiere de diversos «ajustes». Por lo tanto, la promoción de la participación es un elemento clave para las innovaciones y para crear nuevos mecanismos de regulación dentro del sistema.

¹⁸ Los trabajadores que realizan trabajo pesado, debido al esfuerzo físico desplegado o las acciones repetitivas, debieran jubilarse antes. Para ello se requiere de una sobrecoctización durante el período activo.

2. PROPUESTA DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL

Para lograr una adecuada modulación. Crear una **Superintendencia de Salud Ocupacional** con un órgano asesor, que incorpore a representantes de los ministerios de Trabajo y de Salud, y de los sectores productivos. Esta institucionalidad facilita la ejecución de tareas, no así una comisión interministerial. Asimismo, se debe dejar la supervisión financiera de las aseguradoras a la Superintendencia de Banca y Seguros.

Este esquema evita duplicar funciones, como ocurre actualmente en Chile con la Superintendencia de Isapre, cuyo énfasis está en la regulación económico-financiera, y no en otros aspectos relacionados con las prestaciones de salud.

Una segunda vía de control a los empleadores surge de las mismas aseguradoras. Estas colaboran con el Estado en verificar el cumplimiento de la normativa por parte de los afiliados, ya que independientemente si el empleador cumple o no con ella, la aseguradora es responsable de otorgar la prestación en caso de accidente o enfermedad laboral.

Sin embargo, la calidad de la operación no se garantiza por una determinada forma jurídica de los entes gestores, sino que por reglas de juego y un marco regulatorio con incentivos apropiados. Una de las garantías de un funcionamiento deseable es la introducción de competencia entre las empresas aseguradoras y prestadoras.

Para lograr un adecuado financiamiento los empleadores deben cotizar una prima a una organización administradora de seguros, especializada en salud ocupacional. Para evitar el riesgo de selección adversa¹⁹, este seguro debe ser obligatorio para todos los empleadores y proteger a todos los trabajadores. Para evitar la selección por riesgo²⁰, las aseguradoras tendrían total libertad de precio en la prima para empresas de más de 500 trabajadores, ya que éstas últimas tendrían mayor poder de negociación.

¹⁹ Cuando la afiliación es voluntaria, se calcula la prima considerando un subsidio de los menos riesgosos a los más riesgosos. Suponiendo que todos son racionales y adversos al riesgo, sólo se aseguran los más riesgosos por su comportamiento o actividad. Así, las organizaciones aseguradoras deben incrementar sus primas, y nuevamente se aseguran los más riesgosos del grupo. Este fenómeno se denomina selección adversa.

²⁰ Cuando el seguro es obligatorio y existe una prima obligatoria, para disminuir la probabilidad de injurias las empresas aseguradoras, buscan captar a sujetos o empresas menos riesgosos. A esto se llama selección por riesgo o "descrème" del mercado.

Para las empresas de menos de 500 trabajadores, se prepararía un listado referencial (basado en la actividad económica y en las condiciones de higiene y seguridad de la empresa). Así, cada aseguradora se compromete a afiliar a cualquier empresa dispuesta a pagar la cotización referencial $\pm 10\%$. Al conocerse los precios, aumenta la transparencia del mercado y disminuyen los riesgos de discriminación de la pequeña y mediana empresa. Es muy importante dejar en claro que el subsidio a éstas últimas se debe a su condición de desventaja en la negociación. Además, se establecerían topes, ya que no se debe subsidiar cualquier índice de riesgo. Si una empresa supera ciertos índices de siniestralidad (a establecer de acuerdo a las estadísticas por sector y tamaño de empresa), es responsable de la diferencia.

La cotización tiene un monto fijo por trabajador (o cápita) y uno variable calculado como un porcentaje de la nómina salarial. La distinción trata de responder a los tipos de erogaciones que enfrenta la aseguradora. El monto per cápita financia las prestaciones médicas (atención de salud en sus diferentes niveles), cuyo costo es igual para todo trabajador e independiente de su salario. En cambio, el porcentaje sobre la remuneración se relaciona con las prestaciones económicas y el monto se establece en función del salario del trabajador que sufre el siniestro.

Para evitar el riesgo de comportamiento, el monto de la cotización debe ser sensible a las diferencias de riesgos entre las empresas. Los precios se establecen anualmente en función del riesgo (cantidad de accidentes y enfermedades laborales, y gravedad), y se determinan libremente bajo condiciones de máxima competencia. De este modo, las primas son la alternativa de menor costo para las empresas y una señal clara de que las inversiones en prevención tendrán una compensación económica (menor cotización en el futuro).

La meta es que cada empresa pague por los costos que efectivamente genera, evitar rentas monopólicas en favor de las aseguradoras y subsidios cruzados entre los asegurados. El estímulo a la prevención es una de las herramientas que legitiman la existencia del sistema.

Deben existir barreras de entrada mínimas para crear organizaciones aseguradoras, de forma tal que sean un número suficiente para promover la competencia entre ellas. Al comienzo, puede permitirse que algunos empleadores destinen recursos directamente a las prestaciones especializadas (por ejemplo, empresas que tienen sus propios sistemas de salud) con la supervisión

de la institución responsable. Si bien no se disponen de datos definitivos, la evidencia en Chile y Argentina indica que la alternativa más eficiente es delegar la administración de los riesgos a las aseguradoras.

Por otro lado, se debe crear un fondo de garantía administrado por la Superintendencia de Salud Ocupacional. Este dará cobertura a trabajadores que tras sufrir un siniestro, no tienen respuesta ni de una aseguradora (porque el empleador se encontraba autoasegurado, o no afiliado) ni de su empleador (porque está en condición de insuficiencia patrimonial). También se debe crear el fondo de reserva, administrado por la Superintendencia de Banca y Seguros, que sirve para casos de insolvencia de la aseguradora. La función de estos fondos es garantizar el acceso oportuno de cualquier trabajador al sistema de salud ocupacional, pero no significa que con posterioridad el empleador no asuma el costo correspondiente.

Articulación. Esta función sería ejercida por las aseguradoras, que realizarían una estrategia de compra de servicios para obtener el máximo valor por el dinero que pagan los afiliados. El poder de negociación de las aseguradoras con los diferentes prestadores de servicios de salud es muchísimo mayor que el que tendría cada empresa en forma individual. Para maximizar sus utilidades, a las aseguradoras les conviene que las empresas afiliadas presenten el menor número de siniestros posible. Así, tienen incentivos para fortalecer el control del cumplimiento de la normativa legal de los empleadores y buscar el mecanismo de recuperación óptimo para el trabajador, una vez producida la injuria. De este modo, los prestadores de servicios de salud se enfrentan con una institución que cuenta con información simétrica. De acuerdo con el tipo de pago que negocien, se optimizará la calidad de la atención, tanto en oportunidad como en uso de recursos y control de costos. De lo contrario, se incrementarían los costos en forma desmedida y la aseguradora quedaría insolvente en poco tiempo.

En las prestaciones médicas se debe evitar que existan atenciones a costa del sistema de salud general (como ocurre actualmente), pues los fondos que la sociedad destina a la protección médica general se utilizan para cubrir responsabilidades de los empleadores o de las aseguradoras, lo que desincentiva invertir en prevención. Además, el sistema debe otorgar mucha importancia a la reinserción laboral del trabajador.

En las prestaciones económicas tampoco es razonable que los fondos acumulados por los trabajadores, destinados a financiar sus jubilaciones, cubran responsabilidades de los empleadores, quienes deben financiar estas prestaciones económicas.

Prestación. Se debe diferenciar dos tipos de prestaciones. Las prestaciones médicas que incluyen servicios de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y reinserción laboral, y las económicas, como las pensiones de sobrevivencia, indemnizaciones, y gastos de sepelio. Estas deben ser especializadas y es muy importante la posibilidad de competencia entre distintos prestadores, ya que se incrementa la innovación y el desarrollo de técnicas más costo-efectivas en las distintas prestaciones médicas. Además, la competencia entre organizaciones promueve la orientación al usuario y la mejora en la calidad de atención.

A continuación, se muestra el modelo gráfico del sistema de salud ocupacional propuesto.

CUADRO 5: MODELO DE SALUD OCUPACIONAL PROPUESTO

FUNCIONES	SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL		RESPONSABLE
Modulación	Superintendencia de Salud Ocupacional	Superintendencia de Banca y Seguros	Estado
Financiamiento	Cotización per cápita	Cotización porcentual de la remuneración percibida	Empleadores, independiente del financiamiento del sistema de salud general
Articulación	Aseguradoras especializadas privadas y públicas		Bajas barreras de entrada para promover la competencia
Prestación	Prestación médica	Prestación económica	Muchas organizaciones públicas y privadas con acreditación previa

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADO DE FRENK Y LONDOÑO (1997)

3. PROPUESTA DE INDICADORES DE RESULTADOS

Indicadores de impacto. Las tasas de siniestralidad más relevantes son las de accidentes y enfermedades profesionales. Hay que especificar si éstas originan incapacidad temporal o permanente (de tipo parcial o total). Debe existir una jerarquía respecto a los indicadores de impacto. La propuesta es priorizar la supervisión y fiscalización del sistema, de acuerdo al siguiente orden:

- Tasa de mortalidad por enfermedades profesionales.
- Tasa de mortalidad por accidentes de trabajo.
- Tasa de trabajadores con incapacidad total permanente por enfermedades profesionales.
- Tasa de trabajadores con incapacidad total permanente por accidentes de trabajo.
- Tasa de trabajadores con incapacidad parcial permanente por enfermedades profesionales.
- Tasa de trabajadores con incapacidad parcial permanente por accidentes de trabajo.
- Tasa de trabajadores con incapacidad temporal por enfermedades profesionales.
- Tasa de trabajadores con incapacidad temporal por accidentes de trabajo.

El organismo modulador del sistema requerirá tasas nacionales, y sería importante diferenciarlas por rama de actividad económica, por tamaño de empresa y por grado de incapacidad resultante. No es lo mismo una tasa de accidentes de incapacidad temporal de 15x1000 trabajadores, que la misma tasa pero de incapacidad permanente.

Las aseguradoras utilizarán estas tasas o indicadores para calcular los precios de las primas de cada empresa. Este mecanismo obliga al registro sistemático de los siniestros.

Indicadores de producto. Serían relevantes para monitorear la participación de los trabajadores y empleadores en las actividades preventivo-promocionales. Con ellos se puede determinar si se requiere educar al trabajador, aumentar la disponibilidad de equipo, o examinar dificultades en los procesos productivos.

Las aseguradoras especializadas desarrollarán indicadores específicos para cada empresa. Así, podrán intervenir y evitar siniestros, mediante el incremento de las medidas de seguridad y la capacitación de los trabajadores.

Indicadores de insumos. Dan una idea de la eficiencia técnica del sistema. Por ejemplo, número de días estancia por tipo de diagnóstico, costo por diagnóstico, recursos financieros destinados a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por empresa, etc. Estos indicadores serían muy utilizados por las aseguradoras en su relación con los prestadores de servicios de salud, sean contratados o parte de su misma organización.

4. INCENTIVOS Y DESINCENTIVOS

Estímulos para los empleadores. El principal incentivo es la inversión en prevención y promoción de la salud de sus trabajadores. Para conseguirlo, hay que articular el precio de la prima del seguro obligatorio con el nivel de siniestralidad de cada empresa. Si se realiza en forma adecuada, se creará una estructura de incentivos apta para este propósito.

Mediante una supervisión eficaz se evitará el desincentivo clave, responsabilizar al sistema de salud general de la solución de siniestros de origen ocupacional. Esto no sólo distorsiona y anula los esfuerzos de prevención, sino que congestiona e incrementa la presión sobre un sistema de salud con graves deficiencias.

Estímulos para los trabajadores. Reviste particular importancia la equidad de acceso a servicios especializados de salud ocupacional, donde además de evitar accidentes y enfermedades, se busque crear condiciones de trabajo favorables para aumentar la productividad y la satisfacción laboral. Es muy negativo que algunos trabajadores cuenten con ese derecho legal y otros no.

También es crucial crear desincentivos a la falta de participación en las actividades para disminuir los riesgos de accidentarse y enfermar. Muy poco se consigue en estos aspectos sin la participación comprometida de los trabajadores. Siempre se debe recordar el *trade off* entre ofrecer una excelente pensión de sobrevivencia o rentas por incapacidad permanente, y dar una señal apropiada para que el trabajador sea el primero en preocuparse por su seguridad.

Papel del Estado. La modulación del sistema de salud ocupacional es una función indelegable del Estado, junto con su participación ejemplar en el cumplimiento de la normativa vigente, como uno de los principales empleadores. Esta modulación debe basarse en un acuerdo sociopolítico entre los diferentes actores sociales. Es crucial poner el énfasis necesario en crear una institucionalidad profesionalizada y con mecanismos eficaces y eficientes de supervisión y control. En Perú, la experiencia exitosa de la Superintendencia de Administración Tributaria alienta expectativas positivas en torno al cambio en favor de los trabajadores y empleadores del país.

III. VIABILIDAD POLÍTICA DEL NUEVO SISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL

1. CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO

Después de lograr la estabilización económica tras la crisis de la deuda de los '80, Perú está viviendo un proceso de reformas estructurales, que incluyen la modernización del Estado. Se han realizado diversas interpretaciones constitucionales para permitir la reelección del actual Presidente de la República, por un tercer período, en comicios que se celebrarían en abril del 2000. En la sociedad peruana, la posible reelección presidencial ha producido una percepción de crisis política y la sensación de que no se respetan las reglas de juego existentes. No obstante, si las elecciones fueran ganadas por otro candidato se daría la posibilidad de retroceso en las reformas, lo que explica el estado de ánimo pesimista.

Realizar modificaciones al reciente sistema de salud ocupacional depende de cuánta influencia tengan las diferentes instituciones gubernamentales con el Poder Ejecutivo, y si el tema es favorable en una coyuntura de reelección.

Garantizar estándares laborales apropiados promueve un reparto más equitativo de los beneficios derivados del crecimiento económico, asegurando así la estabilidad económica y social. Hay que recordar que la desigualdad tiene un precio. Si se permite que rebase ciertos límites, acabará por generar conflictos que pondrían en riesgo la gobernabilidad del país.

2. CONTEXTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Las actuales reformas buscan la equidad, solidaridad, eficiencia y la facilidad de acceso a los servicios de salud. Dentro de las principales acciones está la modernización del sistema público, que incluye una importante inversión en infraestructura y equipamiento de postas, centros médicos y hospitales, destinados principalmente a la población de escasos recursos, además de la capacitación de sus funcionarios.

La reforma ha generado muchas innovaciones entre los prestadores. Existe una mejor actitud hacia los usuarios y mayor dedicación al trabajo, en particular del gremio médico. El inicio de la eliminación del monopolio del IPSS en la prestación de servicios de atención de primer y segundo nivel de

complejidad²¹, ha movilizado esfuerzos para mejorar los servicios a los usuarios y retenerlos como clientes.

3. ESTRATEGIA DE TRANSICIÓN

¿Se puede plantear una reforma luego de una reforma? En este caso particular, creo que es posible, ya que el nuevo sistema tiene muchas áreas perfectibles. Además, cuando recién se está implementando el cambio hay menos «estancos de poder» dentro de la administración pública. Por otra parte, en un contexto de reelección presidencial, es muy factible generar políticas públicas que favorezcan a sectores electoralmente importantes.

Según Aedo (1996), las reformas en salud más probables de ser aceptadas son:

- a) Aquéllas que no requieren transferencias masivas y permanentes de recursos de los sectores de mayor ingreso a los de menor ingreso. En este sentido, el apoyo de las organizaciones internacionales facilitaría el apoyo de los grupos de interés hacia la reforma.
- b) Las reformas que requieren cambios menores de institucionalidad y que no interfieren con las redes de poder y de mando, tienen una mayor posibilidad de ser aceptadas por los funcionarios encargados de implementarlas.
- c) Aquéllas que tienen mayor consenso entre los técnicos. En general, esto no ocurre en el sector salud, pues existen varias alternativas técnicamente factibles y numerosos cultores de cada una de ellas. Muchas veces son contradictorias en aspectos claves, lo que aumenta las oportunidades de veto.
- d) Es un sector que cuenta con un gran número de proveedores con muchas regulaciones y, en muchos casos, asociados en importantes sindicatos o gremios.
- e) Es frecuente que los ministerios de salud sean débiles y presenten fuertes divisiones internas, lo que dificulta la entrega de servicios masivos y origina un alto riesgo de incumplimiento.

En este caso, esta reforma requiere de cambios mayores en la institucionalidad, y transferencias de recursos, pequeñas pero permanentes, de los empleadores a los trabajadores. Además, no sólo está involucrado el Ministerio de Salud; sino que se requiere la intervención del Ministerio de Trabajo y de la Superintendencia de Banca y Seguros, lo que hace aún más compleja la discusión de la agenda de la reforma.

²¹ En la nueva legislación peruana se denomina *capa simple* a este conjunto de atenciones.

Actualmente, el Ministerio de Trabajo y Promoción Social es el responsable de supervisar si las empresas con actividades de «riesgo» han contratado el seguro complementario, además de registrar los siniestros producidos. No existe una institución que module el sistema, por lo que se propone una Superintendencia de Salud Ocupacional que equilibre los diferentes grupos de interés, con beneficios y costos per cápita muy altos, como los empleadores (incluido el Estado) y los gremios de trabajadores.

Para crear este tipo de instituciones se requiere un importante consenso en el Poder Ejecutivo, y que los ministerios de Salud y Trabajo permitan la autonomía de la nueva institución.

Por otro lado, la Superintendencia de Banca y Seguros tiene la experiencia y los recursos institucionales necesarios para realizar la supervisión económico-financiera de las instituciones aseguradoras a cargo de la articulación.

Considero que tanto la ONP, encargada del pago de las prestaciones económicas, como el IPSS, responsable de las prestaciones médicas, ofrecerán cierta resistencia a la supervisión y fiscalización por parte de una organización estatal distinta. Sin embargo, ésta irá disminuyendo en forma paulatina en la medida en que concentren sus esfuerzos en la prestación de servicios al usuario y en competir por afiliar a nuevos beneficiarios.

Dadas las condiciones ya descritas, no es posible la transición de funciones, ya que se crearían nuevos roles y funciones, lo que impide una gradualidad en la ejecución de la reforma.

Por último, la implementación de la reforma y la adopción de nuevas responsabilidades por parte de los empleadores, debe ser paulatina y progresiva.

4. PRINCIPALES ACTORES SOCIALES Y SUS INTERESES

Para analizar la viabilidad de una reforma, se requiere evaluar a los diferentes agentes afectados (*stakeholders*), a quienes denominaremos actores sociales. Su posición y apoyo a la reforma puede ser el resultado de percepciones y expectativas de costos y beneficios, de corto y largo plazo, a la luz de la información que manejan.

El Presidente de la República es un actor relevante por su poder para dar efectividad a las políticas públicas. Su actual interés se centra en promover su imagen para lograr una tercera reelección. Si considera que la opinión pública percibiría favorablemente esta política, la promocionaría. En mi opinión, jugaría a favor de sus intereses porque beneficia a todos los trabajadores peruanos.

Los ministros de Salud y de Trabajo. Sus actuales intereses se traducen en reformar las políticas públicas que incrementen el prestigio y relevancia de su cartera. Si se implementara la reforma propuesta, cada uno trataría de retener el control técnico y político de la organización que modularía el sistema de salud ocupacional. Para el Ministro de Salud, el balance costo-beneficio es claramente a favor de la reforma. En cambio, para el Ministro de Trabajo es más complejo, ya que algunos inversionistas pueden enarbolarla como «excusa» para no crear nuevas fuentes de empleo.

Los parlamentarios del oficialismo. Son mayoría en el Congreso y tienen un gran poder en la promulgación de leyes. En este caso, cobra particular importancia la participación de los miembros de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, que deben continuar su posicionamiento como responsables de medidas legislativas a favor de los trabajadores y de la economía nacional. Los beneficios que obtendrían serían el reconocimiento público y una posible reelección. El costo sería un posicionamiento negativo en un sector de empresarios que promueve menores costos laborales.

Los parlamentarios de oposición. Su principal interés es servir de equilibrio en la discusión de leyes que puedan afectar los intereses del país. En este caso, si no apoyan la medida, al menos la tolerarían porque políticamente no les convendría rechazar una reforma que beneficia a todos los trabajadores. Actualmente su poder es muy limitado, pero se incrementa en la medida que movilizan a la opinión pública en contra del Ejecutivo. En una época preelectoral, el costo de rechazar la medida sería mayor que el beneficio.

Opinión pública y medios de comunicación. Su interés principal es apoyar leyes que favorezcan a los más débiles. Culturalmente es muy valorado preocuparse por mejorar las condiciones de trabajo, estar a favor de los trabajadores, y rechazar las políticas en su contra. Su poder se incrementa en la medida en que se acercan las elecciones.

Los trabajadores. Actualmente lo que más reclaman son incrementos salariales, y se debería impulsar una estrategia comunicacional que posicione a esta política como una preocupación del Estado por generar empleos de mejor calidad, y de esta manera incorporarlos a favor de la reforma, ya que son los directamente beneficiados. Se debe recordar que es un actor social que ha ido perdiendo poder y, por ende, se debe promocionar su participación en la formulación y «ajuste» de la reforma al sistema de salud ocupacional vigente. Un posible costo para los nuevos trabajadores es la disminución de salarios para compensar el pago de la prima del seguro para accidentes y enfermedades laborales. Si se trata de una empresa con baja siniestralidad, esta reducción es irrelevante.

Los empleadores se dividirían en tres grupos. Quienes están incluidos en las actividades productivas de riesgo la aceptarían o tolerarían. Los empresarios formales que no están incluidos en las actividades de riesgo, estarían en contra si no son informados adecuadamente. Es de crucial importancia que consideren al seguro de riesgos del trabajo como una inversión y no como un gasto. Un grupo distinto serían los empleadores de pequeñas y medianas empresas que reclamarían excepciones a las normas. Si éstas son muy rígidas se trasladarían al sector informal. Con respecto al sector informal, la incorporación de medidas de seguridad laboral debe ser parte de su proceso de formalización. Al ser ésta una nueva medida, habría que otorgarles condiciones transitorias especiales.

Los gremios del sector salud apoyarán la reforma, si la perciben como un incremento de recursos para su sector. El nuevo sistema crearía empleos especializados, lo que es un punto a favor. Su poder es relativamente bajo, pues aparte del gremio médico, los demás no influyen mucho en la formulación de la agenda pública. En el balance costo-beneficio, al ser la mayoría trabajadores dependientes y contar con el seguro complementario de riesgos del trabajo, no existirá el posible costo de reducción de sus remuneraciones.

Los inversionistas financieros en empresas aseguradoras definitivamente apoyarían la medida, pues les interesa incrementar el mercado. Su poder es importante y en el balance costo-beneficio, considero que con la experiencia y buena percepción de la Superintendencia de Banca y Seguros, no tendrían costos.

Los representantes de las agencias internacionales apoyarían la medida, pues están interesados en mejorar la calidad del empleo y las condiciones laborales en todos los países. Actualmente

su poder es grande, ya que entregan importantes recursos para la modernización del Estado peruano. En el balance costo-beneficio, se consideran sólo beneficios, pues no existiría el costo de una mala percepción de los trabajadores, como sí la hubo con el apoyo otorgado para las medidas de flexibilización del empleo.

5. VIABILIDAD POLÍTICA DE LA REFORMA

Implementar una política pública requiere de varios pasos. En primer lugar, que el tema se incluya en la agenda pública; en segundo, que se presente una «ventana de oportunidad» para que se discuta y se aprueben acciones concretas a partir del consenso de actores sociales relevantes, y por último, que existan condiciones institucionales que permitan su ejecución.

Para que un tema se posicione en la agenda pública se deben unir los siguientes aspectos: el contexto político, el problema y una solución técnica propuesta. Además, hay que considerar el conjunto cambiante de actores políticos, y la importancia de los acuerdos y compromisos internacionales que inciden en las políticas públicas nacionales. La conjunción de estos elementos en un momento histórico puede crear una «ventana de oportunidad»²² que favorezca la inclusión de un tema dentro de la agenda pública.

Para analizar el contexto político hay que considerar el hecho de que la propuesta genera ganadores y perdedores. Los ganadores serían **los trabajadores**, ya que tendrían mayores posibilidades de obtener empleos de mejor calidad, **el Presidente de la República y los congresistas que apoyen esta política pública**, quienes ganarían apoyo político de un sector electoralmente importante. Los perdedores serían **los empleadores de las empresas que desarrollan actividades consideradas de «no riesgo»** que deberían pagar una prima de seguro. Serían ganadores en el corto plazo, si se considera la disminución de costos indirectos de accidentes y enfermedades laborales, y en el largo plazo por la mejora de la productividad laboral.

²² Kindon (1984), citado en "Formación de la agenda, el caso de la política de los ancianos" de Charles D. Elder y Roger E. Cobb. En: "Problemas públicos y agenda de gobierno" de Luis F. Aguilar V. Grupo Editorial Miguel Ángel Porúa, 1996.

La flexibilización laboral y los despidos masivos en muchas empresas privadas, públicas y privatizadas, han producido en los trabajadores la sensación de ser avasallados en sus derechos. La política pública propuesta podría posicionarse como una «compensación»: ante la existencia de mayor flexibilidad laboral, a la vez hay medidas que incrementan su protección, al procurar empleos de mejor calidad.

Estas consideraciones permiten visualizar un **contexto político favorable**. Además, la opinión pública difícilmente estaría en contra de medidas que favorezcan a los trabajadores. Para contrarrestar los intereses contrarios, es crucial posicionar adecuadamente el tema en los medios de comunicación. Un fraseo apropiado sería: **«promovemos empleos de mejor calidad para todos los trabajadores»**.

Por otro lado, existe un **problema latente** ¿Cómo mejorar la calidad de los empleos y su productividad en todas las ramas, si sólo hay incentivos para algunas empresas? Si se sabe que la mayor creación de empleos se dará en la rama de servicios y en actividades que requieren capacidades y habilidades más intelectuales que físicas, no habría que limitarse a proteger daños como fracturas o heridas, sino que también injurias menos evidentes como tendinitis, lumbagos o depresión, que se manifiestan en áreas laborales administrativas y de servicios.

Desde el punto de vista de la sustentabilidad social, ¿cómo explicar que los recursos destinados a proteger la salud general con fondos originados del aporte de los trabajadores, se asignen a la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuyo financiamiento es una obligación de los empleadores? Además, se debe tomar en cuenta la existencia creciente de presiones internacionales para armonizar las normas laborales, evitar que se reduzcan los estándares laborales para atraer inversionistas y su vinculación con los acuerdos de libre comercio entre diferentes países.

Finalmente, existe una **solución técnica propuesta** planteada en este estudio de caso.

En resumen, dadas las condiciones sociopolíticas actuales existiría una ventana de oportunidad, en la medida en que el Presidente de la República y los parlamentarios consideren que esta política pública favorece a todos los trabajadores del país, y a la vez influye de manera favorable en su reelección.

El poder de los grupos de interés opositores, los empleadores de actividades no consideradas de riesgo, es relativamente pequeño dado el número, poder y capacidad de alianzas de los actores sociales a favor de los cambios.

La construcción de consensos es compleja, y asegurar la inclusión de todos los actores políticos relevantes es difícil. Dada la naturaleza de esta política, es muy importante la formación de una base social amplia para que se respeten las reglas de juego, y que tanto empleadores (incluido el Estado), como trabajadores cumplan los roles establecidos.

La implementación de una política pública, o sus reformas, genera conflictos y hay ganadores y perdedores. Pero en el contexto de un sistema de salud ocupacional adecuado, quienes ganan son muchos más que los que pierden. En la medida en que los valores y responsabilidades éticas de los empleadores cambien y empiecen a evidenciar ganancias, luego de la inversión en seguridad y salud ocupacional, ya no existirán perdedores, sólo ganadores.

Considero que ésta es la base de la viabilidad política de esta propuesta. La mejora de las condiciones laborales de los trabajadores peruanos debiera repercutir de manera directa en mejorar la calidad del empleo, e indirecta en el crecimiento económico del país, al incrementar su productividad.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- AEDO, C. Y TORCHE, A. "Canastas básicas en la atención de salud". En *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11, páginas 61-86 (noviembre 1996) Ilades/Georgetown University.
- ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD. Anuario Estadístico 1994.
- BAKER, E., ISRAEL, B. Y SCHURMAN, S. "The integrated model: Implications for worksite health promotion and occupational health and safety practice". En *Health Education Quarterly*, Vol. 23 (2): 175-190 (mayo 1996).
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. "Cómo organizar con éxito los servicios sociales". Informe 1996, Washington D.C.
- CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. "Health impacts of social and economics conditions: implications for public policy". Marzo 1997.
- CELEDÓN, C., LEIVA, F. Y ZULETA, G. "Modelos alternativos de organización de la salud, hacia un esquema solidario de salud". En *Colección de Estudios Cieplan N° 44*, diciembre de 1996. Santiago de Chile.
- CHÁVEZ, S. "Repensando la seguridad como una ventaja competitiva" Instituto de Seguridad del Trabajo, Santiago de Chile, 1997.
- CHU, C., DRISCOLL T. Y DWYER, S. "The health-promoting workplace: an integrative perspective in Australian and New Zeland". *Journal of public health 1997*, Vol. 21 N°4.
- DEAL, T. E. Y KENNEDY, A. "Las empresas como sistemas culturales". Ed. Sudamericana. Buenos Aires 1985.
- DIRECTOR NACIONAL DEL SERVICIO NACIONAL DE GEOLOGÍA Y MINERÍA. "Discurso del primer encuentro de prevención de riesgos y salud ocupacional en la minería". 24-26 de abril de 1996.
- DOOKHAN-KHAN, B. (ED.) "The Effectiveness of health promotion: Canadian and international perspectives". University of Toronto, 1996.
- EDWARDS, R. Y WHITEHEAD, M. "Healthy public policy". University of Toronto, 1996.
- ELDER, CH. Y COBB, R. "Formación de la Agenda". En Aguilar, L. (Ed.) *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrua, 1996.
- FRENK, J. Y LONDOÑO, J. "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud". En *Latinoamérica en Salud y Gerencia N° 15*, julio-diciembre de 1997. Revista de los programas de posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social de la Universidad Javeriana, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

- GEORG, A. "Industrial medicine and culture of health an safety at work". En *Occupational Medicine*. 1993, Vol. 43, Suppl. 1, S43-S46.
- GIBBS, J., MULVANEY, D., HENES, C. Y REED, R. "Work-site health promotion". En *Journal of Occupational Medicine/* Vol. 27, N° 11: 826-830, noviembre de 1985.
- GIORDANO, O., TORRES A. Y BETTIOL M. "Riesgos del trabajo: La modernización de las instituciones laborales en la Argentina". *Fundación del Trabajo*. Buenos Aires, Argentina 1996.
- GREENBERG, P., FIKELSTEIN, S., BERNDT, E., BAKER, A. Y RUSSELL, J. "Calculating return on investment from reducing workplace illness". En *Drug Benefit Trends* 10 (3): 44-47, 1998 SPC Communications, Inc.
- GOLUB, S. "Are International labor standards needed to prevent social dumping?" En *Finance & Development*, diciembre de 1997, Banco Mundial.
- International labor standards and international trade. International Found Working Paper WP/97/37.
- IGNATIEFF, N. "Best work practices and health and safety outcomes". Documento preparado para *Workplace Health and Safety Agency*, diciembre de 1995.
- INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Boletín Epidemiológico de los Accidentes de Trabajo", 1996.
- KLISBERG, BERNARDO. "Repensando el Estado para el desarrollo social: Más allá de convencionalismos y dogmas". En *Revista Paraguaya de Sociología*. Año 34, N° 99. Mayo-agosto de 1997. Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos.
- KRAUSE, M. "Argentina: un cambio saludable, AIPE". En *Diario Gestión* (2-6-1998), Lima, Perú.
- LEE, E. "Mundialización y normas de trabajo-Puntos de Debate". En *Revista Internacional del Trabajo* Vol. 116 N° 2, Verano 1997. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- MANDIOLA PAROT, A. "Análisis de organización industrial de la industria de seguros generales". *Tesis para optar el título de Magíster en Ciencias de la Ingeniería, mención Industrial, y al título de Ingeniero Civil Industrial*. Universidad de Chile 1997.

- MARCH CONSULTORES S.A. "Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales". *Informe para la Oficina de Normalización Previsional*, 25 de noviembre de 1997, Lima, Perú.
- MARUYAMA, S. Y MORIMOTO, K. "Effects of long workhours on life style, stress and quality of life among intermediate japans managers". En *Scandinavian Journal Work Environmental Health* 22: 353-359, 1996.
- MIZALA, A. Y ROMAGUERA P. "Estándares laborales y protección potencial: ¿Amenazas para Chile?" En R. Fischer (Ed.) *Las nuevas caras del proteccionismo*, Dolmen/CEA 1997.
- "Aspectos laborales de la integración económica: Mercosur y Chile". En *Integración y Comercio* Vol. 1 N° 3, septiembre-diciembre 1997. Revista del Banco Interamericano de Desarrollo.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. "Aumentan los problemas de discapacidad de los trabajadores en los países industrializados". Comunicado de prensa, 19 de mayo de 1998.
- OYARZO, C. Y GALLEGUILLOS, S. "Reforma del sistema de salud chileno: Marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud". *Cuadernos de Economía*, Año 32 N° 95, abril de 1995.
- PARRA G., M. "Condiciones de trabajo y salud en la minería" (mimeo).
- PFEFFER, I. Y CLOCK, D. R. "Perspectivas del seguro". Ed. Mapfre, España, 1985.
- PRIALÉ, P. "Salud ocupacional en el Perú", Conferencia en el curso Desafíos de la Epidemiología en el Perú, 21 y 22 de septiembre de 1989.
- RAEBURN, J. Y ROOTMAN, I. "Quality of life and health promotion".
- RESTREPO, M. "La reforma a la seguridad colombiana y la teoría de la competencia regulada". *Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 47, Cepal, Santiago, 1997.
- RIFKIN, S. "Lessons from community participation in health programs". En *Health policy ad planning a journal on health in development*. Vol. 1-1986.
- RODRÍGUEZ, C. Y RAMOS G., J. "Seguridad y salud en el trabajo en los procesos de integración en América Latina". OIT, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España-*Proyecto Regional: seguridad y salud en el trabajo en los procesos de integración y globalización* N° 28.

- ROOTMAN, I. "Health promotion: past, present and future". Center for health promotion of University of Toronto.
- SAGASTI, F. Y GUERRA-GARCÍA, G. "La modernización del Poder Ejecutivo: Problemas y posibilidades". En *Revista Socialismo y Participación* N° 78, junio de 1997.
- SÁNCHEZ MORENO, F. "Seguridad social y sobrecostos" en *Diario Gestión* del 02-06-1998.
- SERRA, P. "Economía de la incertidumbre e información", mimeo. Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, 1991.
- SHANNON, H., MAYR, J Y HAINES, T. "Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates", marzo de 1995.
- STIGLITZ, J. E. "Some lessons from east asian miracle". World Bank, agosto de 1996.
- STOKOLS, D., PELLETIER, K. Y FIELDING, J. "The ecology of work and health: Research and policy directions for the promotion of employee health". En *Health Education Quarterly*, Vol. 23 (2): 137-158, mayo de 1996.
- TURNER, A. Y GOLUB, S. "Towards a system of multilateral unit labor cost-based competitiveness indicators for advanced, developing, and transition countries". *International Found Working Paper* WP/97/151.
- VARILLAS, W. "Aspectos de la salud de los trabajadores en el Perú", mimeo, 1998.
- WORLD BANK "Trade increases most workers welfare". *Development Brief* N° 62, noviembre de 1995.
- WORLD BANK. "Winners and losers". *Development Brief* N° 64, noviembre 1995.