

Departamento de Estudios y Capacitación

Documento de Trabajo N° 119

**“Perfil de la Salud Ocupacional de las Mujeres
en Chile”**

Santiago, Enero 2009

El presente trabajo fue realizado por encargo del Departamento de Estudios y Capacitación del Servicio Nacional de la Mujer, por el Programa Género y Equidad de FLACSO – Chile, por los y las investigadoras/es Claudia Dides, Alejandro Guajardo, Soledad Pérez, José Manuel Morán, Cristina Benavente.

“Perfil de la Salud Ocupacional de las Mujeres en Chile”
2008
Santiago, Chile.

© Servicio Nacional de la Mujer.

Edición: María Paz Causa Vera.

ÍNDICE

I. OBJETIVOS.....	6
II. ANTECEDENTES.....	6
III. MARCO CONCEPTUAL.....	17
1. Trabajo.....	21
2. Salud Ocupacional y Salud Laboral.....	21
3. Jornada laboral.....	23
4. Definición de Ramas de la Producción.....	26
5. Enfermedad, Accidente y Riesgo laboral.....	29
6. Género y sexo.....	30
7. Ergonomía y Epidemiología ocupacional.....	31
8. Salud mental, depresión y estrés laboral.....	33
IV. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN PARA SALUD OCUPACIONAL.....	42
V. ANÁLISIS CUALITATIVO.....	47
1. Análisis de entrevistas a expertos en Salud Ocupacional en Chile.....	47
2. Análisis de grupos focales a mujeres trabajadoras de diferentes ramas ocupacionales.....	93
VI. LEYES, DECRETOS Y DECRETOS CON FUERZA DE LEY.....	125
VII. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	138
VIII. CONCLUSIONES.....	221
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	228

X. ANEXO.....235

I. OBJETIVOS

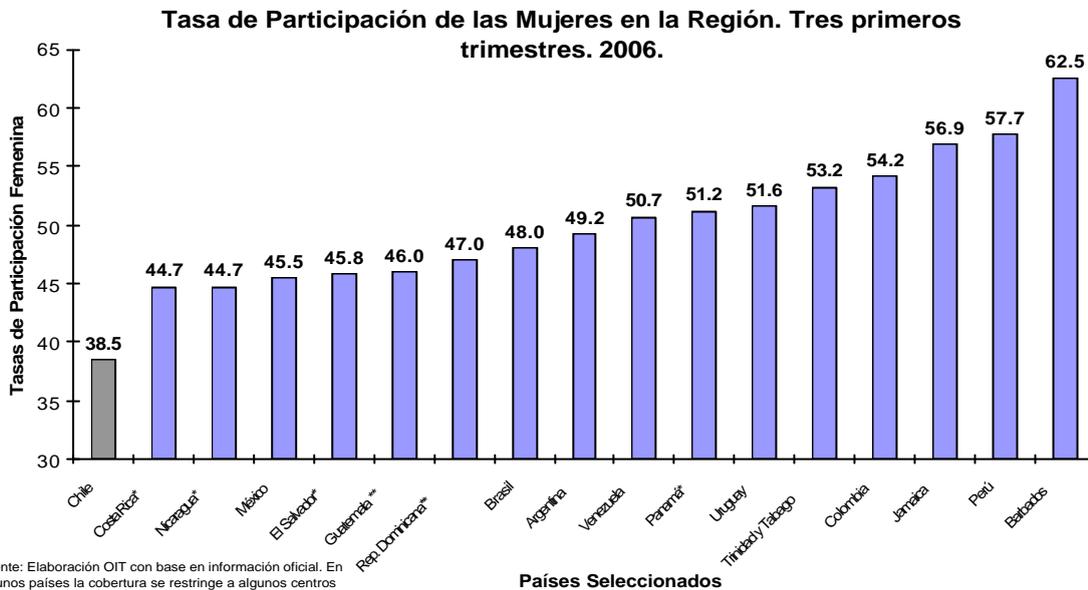
El objetivo de este estudio fue conocer y describir el perfil de salud/ enfermedad ocupacional de las mujeres en Chile, específicamente la descripción de accidentes y enfermedades profesionales más frecuentes ; además de conocer las patologías y riesgos específicos de seguridad y salud en el trabajo , asociados a ramas de actividad económica en que se insertan y a sus nuevas formas de empleo y por último, describir el uso diferenciado de licencias médicas entre hombres y mujeres, incluidas las licencias por cuidados de los/as hijos/as menores de 1 año.

II. ANTECEDENTES

El mundo del trabajo ha experimentado una profunda transformación en las últimas décadas caracterizada, entre otros factores, por la incorporación de la mujer al mundo laboral. Este proceso representa un espacio de redefinición de roles, modelo de familia y división sexual del trabajo, transformando la atribución de pertenencia por género a los espacios público y privado, y la relación con el trabajo productivo y reproductivo¹. La participación de las mujeres en el mundo del trabajo en Chile asciende a un 38,5% constituyéndose como la más baja en América Latina y El Caribe, donde la mayor fuerza de trabajo femenina está en Barbados.

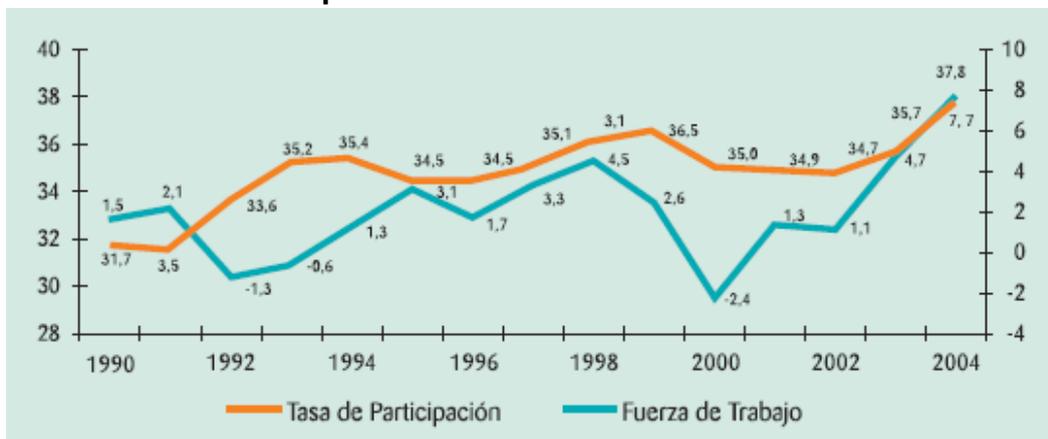
¹ Todaro y Yáñez: 2004; De Martino: 2005; Díaz et.al.: 2005, Valenzuela: 2005; Avendaño et.al.: 2004.

Gráfico N° 1
Tasa de Participación de las mujeres en la Región
Tres primeros trimestres 2006



Según datos del Observatorio Laboral del Ministerio del Trabajo y Previsión Social del 2005, la tasa de participación laboral de las mujeres en Chile ha registrado un lento pero sostenido aumento en los últimos 15 años. Aunque dicha tendencia experimentó una momentánea interrupción en el período de bajo crecimiento que siguió a la crisis asiática, en el último par de años se aprecia una considerable recuperación, gracias al mayor dinamismo de la fuerza de trabajo femenina. Esta situación se advierte en el gráfico que se presenta a continuación:

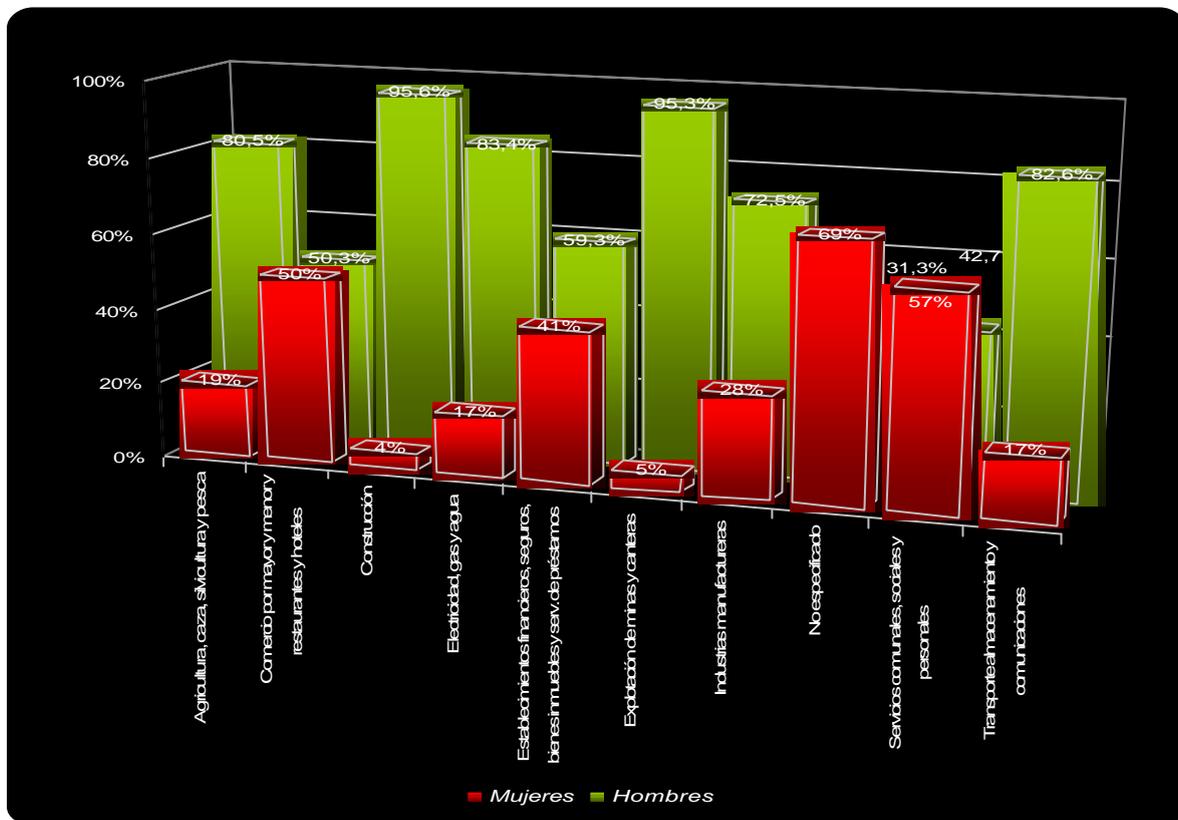
Gráfico N° 2
Tasas de Participación Laboral Femenina en diversos Países



Fuente: Departamento de Estudios MINTRAB, en base a datos INE, trimestre octubre – diciembre de cada año.

Respecto de la población empleada mayor de 15 años de edad, las cifras indican que las actividades de la construcción, explotación de minas y canteras, servicios básicos (electricidad, agua y gas), transporte almacenamiento y comunicaciones, y agricultura, caza y pesca se presentan las mayores brechas entre ambos sexos, todas con una mayor masculina, que femenina. En relación a la rama de comercio en esta se observa una paridad relativa entre la participación masculina y la femenina. Mientras que en las ramas de servicios comunales, sociales y personales, las mujeres alcanzan un porcentaje de participación (57%) superior al de los hombres (43%).

Gráfico N° 3
Estimaciones de población empleada mayor de 15 años de edad, por actividad económica y sexo, primer trimestre 2008



Fuente: Estimaciones para el primer trimestre del año 2008, según información de Encuesta Nacional de Empleo INE – 2007.

Por su parte la tasa de participación laboral de las regiones que participaron del estudio Perfil de la Salud Ocupacional de las mujeres es la siguiente; durante el trimestre de Abril Junio del 2007 que señalan que en la región de Coquimbo (30,9%), Valparaíso (35,8%), Maule (32,3%), Bío-Bío (34,5%) y la región Metropolitana (43,5%).

Cuadro N°1
Tasa de Participación Laboral por Sexo y Regiones de Chile durante el Trimestre
Abril-Junio del 2007

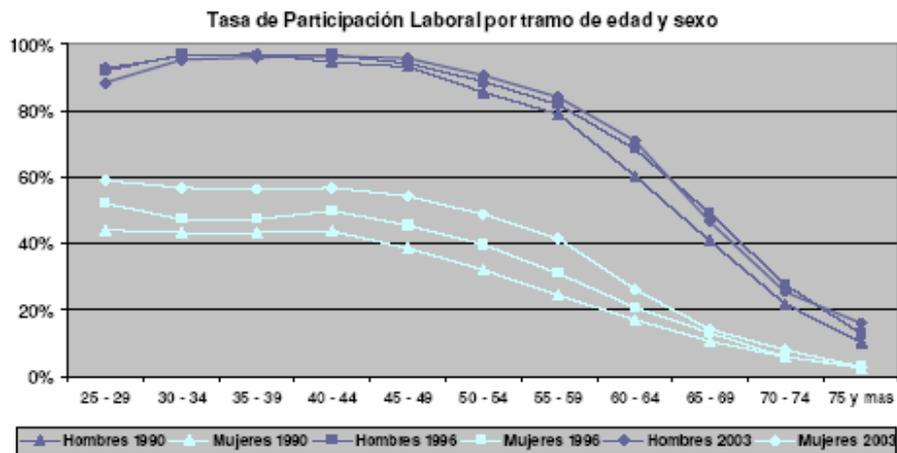
Región	Mujeres	Hombres	Total
Tarapacá	41,0%	74,9%	58,2%
Antofagasta	35,8%	71,4%	54,5%
Atacama	42,2%	76,8%	59,8%
Coquimbo	30,9%	70,3%	50,2%
Valparaíso	35,8%	68,7%	51,8%
Libertador	34,6%	70,2%	52,5%
Maule	32,3%	70,5%	51,2%
Bío-Bío	34,5%	65,3%	49,5%
Araucanía	33,8%	72,0%	52,6%
Los Lagos	34,0%	73,3%	53,8%
Aysén	47,3%	75,7%	62,5%
Magallanes	33,4%	72,5%	54,2%
Metropolitana	43,5%	72,7%	57,6%
Total país	38,4%	71,1%	54,5%

Fuente: INE, 2007.

Como lo plantean Evelyn Benven y Marcela Perticará (2007) otro dato relevante que da cuenta de las transformaciones en el mundo laboral en los últimos años se refiere a la tasa de participación laboral la cual se incrementó en todos los niveles educativos y tramos de edad entre los años 1990 al 2003².

² Evelyn Benven y Marcela Perticará (2007).

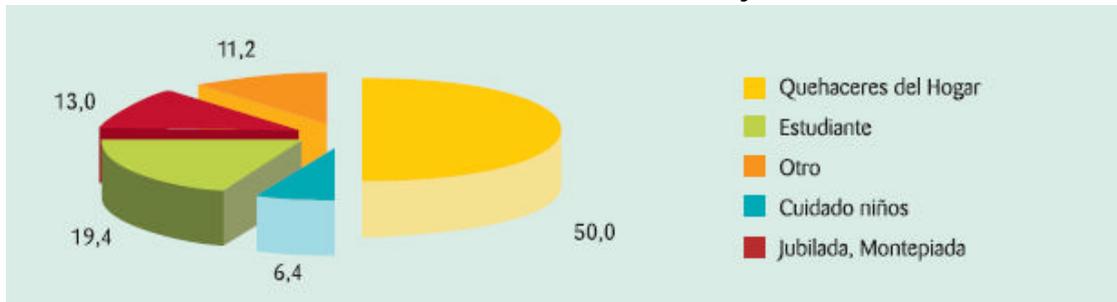
Gráfico N° 4
Tasa de participación laboral por tramo de edad



Fuente: Elaboración propia en base a Casen 1990, 1996 y 2003

Existen diferentes significados e impactos de los factores que inciden en la participación laboral de las mujeres, los que pueden variar de acuerdo a los contextos socioculturales, políticos y económicos. Como señala el Observatorio del Ministerio del Trabajo con datos del 2005, la causa principal aducida por las mismas mujeres para su inactividad laboral son los quehaceres del hogar, seguido a mucha distancia de la condición de estudiante o de pensionada. El cuidado de los/as niños/as tiene una importancia menor. Al compararla con las respuestas de los varones se aprecia una fuerte incidencia de los roles de género en las causas de la inactividad laboral, ya que éstos no mencionan en absoluto los quehaceres del hogar ni el cuidado de los/as menores.

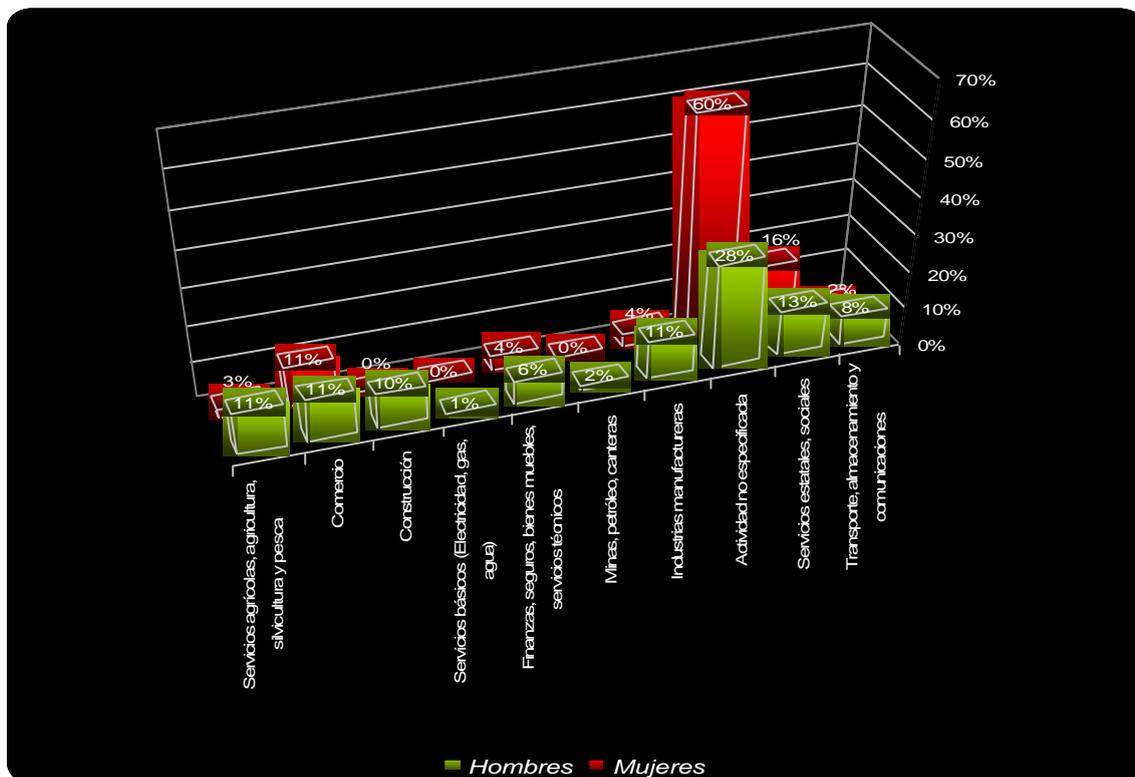
Gráfico N° 5
Causas de inactividad en Mujeres



Fuente: Departamento de Estudios MINTRAB, en base a Casen 2003.

Entre las poblaciones femeninas ocupadas, el 60% se concentra en actividades no especificadas. Por su parte el 16% de las mujeres trabaja en las actividades relacionadas con los servicios estatales y sociales, mientras que el 11% se concentra en comercio. Dentro de las ramas contempladas en el estudio, el caso de servicios agrícola y pesca concentra el menor porcentaje de participación femenina respecto del total de mujeres empleadas en el país.

Gráfico N°6
Estimaciones de población empleada mayor de 15 años de edad, por actividad económica según sexo, primer trimestre 2008



Fuente: Estimaciones para el primer trimestre del año 2008, según información de Encuesta Nacional de Empleo INE – 2007.

Como señala la Encuesta Suplementaria año 2001-2005, a partir del segundo tramo de ingreso (108.001 – 216.000) los ingresos netos de las mujeres presentan una disminución sostenida, mientras que en el caso de los hombres, si bien esta disminución también existe, esta se rompe en el último tramo de ingresos (que va de 1.080.001 y más), donde la diferencia entre ambos sexos llega a ser cinco veces mayor en el sueldo neto a favor de los hombres.

Adicionalmente, en todos los tramos se observan sueldos netos mayores en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

Cuadro N° 2

Tramos de Sueldo Neto	Mujeres	Hombres	Totales
TOTAL	2.239.659	3.915.699	6.155.358
0 - 108.000	693.043	816.747	1.509.790
108.001 - 216.000	878.556	1.731.581	2.610.137
216.001 - 432.000	428.723	853.756	1.282.479
432.001 - 648.000	138.406	226.542	364.948
648.001 - 864.000	56.682	107.998	164.680
864.001 - 1.080.000	22.275	61.036	83.311
1.080.001 y más	21.975	118.039	140.014

Fuente: INE, Encuesta Suplementario 2001 – 2005.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/encuestas_suplementarias/pdf/ingresos2001_2005.pdf

Según datos del INE, a diciembre del año 2005 se observa que el ingreso medio mensual de las mujeres en todas las regiones del país es inferior al de los hombres. Las diferencias más sustanciales se dan en las Regiones Segunda y Undécima, alcanzando una diferencia promedio de \$143.220 y \$130.145 respectivamente.

Por su parte las menores diferencias se dan en la VIII y IX Región respectivamente, observándose una diferencia promedio de \$9.586 y \$15.527.

Cuadro N° 3
Ingreso medio mensual de los/as ocupados/as por sexo, según región
Octubre - Diciembre 2005

Región	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
I	272.944	213.701	310.311
II	332.395	234.135	377.355
III	228.806	180.072	256.636
IV	197.548	176.951	207.083
V	236.317	189.704	262.456
VI	220.401	185.942	237.404
VII	166.512	143.114	177.393
VIII	221.075	192.591	236.019
IX	171.632	165.076	174.662
X	185.928	175.418	190.945
XI	361.692	278.460	408.605

XII	276.345	223.466	303.060
RM	291.177	245.562	321.548
Total			
País	249.717	213.884	270.212

Fuente: INE, Encuesta Suplementario 2001 – 2005.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/encuestas_suplementarias/pdf/ingresos2001_2005.pdf

Respecto a la cobertura previsional y de salud del total de mujeres ocupadas, un 60,3% se encuentra afiliada al Sistema y además cotiza, el 12,8% está afiliada pero no cotiza y un 25,4% no está afiliada. La afiliación al Sistema de Salud –público o privado- es prácticamente universal, con un 92,7% de las mujeres ocupadas. Las mayores tasas de afiliación se observan entre las trabajadoras dependientes del sector público y privado, con 95,9% y 93,3%, respectivamente. Le sigue el Servicio Doméstico, con 93,5% (91,8% para las mujeres que se desempeñan puertas adentro, y 94,1% para quienes trabajan puertas afuera). Las trabajadoras por Cuenta Propia muestran la menor cobertura de salud, con un 89,4%.

Desde esta perspectiva, es preciso señalar que las condiciones de participación e inserción en los ambientes laborales por parte de las mujeres están mediadas por las realidades en las cuales se ven inmersas y de las que son parte. Estamos aludiendo a responsabilidades unilaterales adquiridas en la vida privada y pública.

Considerando lo anterior, se requiere comprender que existen factores culturales y de construcción social que invisibilizan y median su participación de manera heterogénea en los espacios de trabajo.

Según el cuadro que se presenta a continuación dentro de las ramas con mayor ingreso se encuentran los servicios financieros alcanzando en el año 2005 salarios de \$343.947, por contraposición los menores ingresos se encuentra en Agricultura, Pesca y Caza, donde el ingreso está por debajo de los 144.000 pesos.

Cuadro N° 4

Ingreso Medio Mensual de los Asalariados según Rama de Actividad			
	2004	2005	Var. % anual
TOTAL	253.160	262.503	3,7
Agricultura, Caza y Pesca	141.882	143.564	1,2
Minas y Canteras	485.779	583.466	20,1
Industrias Manufactureras	247.829	255.219	3,0
Electricidad, Gas y Agua	454.167	442.705	-2,5
Construcción	226.619	227.067	0,2
Comercio	203.059	218.127	7,4
Trans. Almacenamiento y Comunicac.	242.533	265.825	9,6
Bancos y Financieras	320.891	343.947	7,2
Servicios Comunales, Sociales y Personales	290.374	288.985	-0,5

(*): Incluye solo ingresos por sueldos y salarios (pesos de octubre de cada año).

En el área de servicios comunales y personales se concentra la mayor proporción de mujeres jefas de hogar, seguidas por la rama del comercio y bancos y financieras.

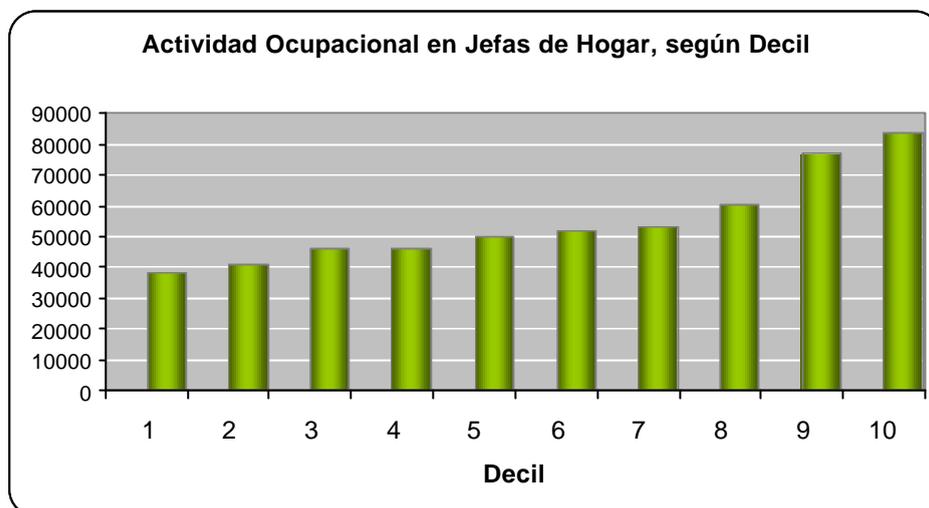
Gráfico N° 7
Actividad ocupacional de jefas de hogar según rama de actividad, 2005



Fuente: INE, Encuesta Suplementario 2001 - 2005.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/encuestas_suplementarias/pdf/ingresos2001_2005.pdf

En el siguiente gráfico se observa que, entre las jefas de hogar, el decil de menos ingresos presenta la menor tasa de actividad ocupacional, mientras que la mayor tasa de participación se encuentra en el decil de mayores ingresos, superando las 80.000 mujeres jefas de hogar ocupadas.

Gráfico N° 8
Actividad ocupacional en jefas de hogar según decil



Fuente: INE, Encuesta Suplementario 2001 – 2005.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/encuestas_suplementarias/pdf/ingresos2001_2005.pdf

III. MARCO CONCEPTUAL

La fuerte discriminación de género que han debido soportar las mujeres en las sociedades patriarcales a lo largo de la historia se expresa también fuertemente en el ámbito del trabajo. Considerando que la construcción social del género asigna roles diferenciados, en el mundo del trabajo esto se expresa en una asignación de trabajos femeninos y masculinos, con ocupaciones esencialmente femeninas porque ellas son mejores que los hombres para eso y viceversa³, es decir, hay una asignación de roles específicos para cada uno de ellas/os. “Las mujeres se asocian con la disciplina, la monotonía, las tareas simples y sencillas, asimismo se consideran idóneas para las llamadas profesiones “fáciles” como educación, relaciones industriales. Mientras que los hombres se asocian a tareas complejas, creativas, profesiones difíciles y que requieren mucho esfuerzo intelectual o físico. Lo femenino es lo simple, lo fácil, lo tonto y lo masculino es lo complejo, lo difícil y lo serio”⁴.

³ Reskin, Barbara; Padavic, Irene (1994).

⁴ Barrios, Leticia (2002).

El proceso de industrialización cambió la división sexual del trabajo, de esta manera se concentran los hombres en el trabajo pagado y las mujeres en el trabajo doméstico no pagado. Las consecuencias del cambio de la división sexual del trabajo con la industrialización persisten hasta el día de hoy con la devaluación del trabajo femenino lo que implica la concentración sexual en diferentes ocupaciones; la confinación de las mujeres en rangos más bajos que los hombres, quienes ejercen trabajos más autoritarios; y que las mujeres ganan menos dinero que los hombres.⁵ “Las mujeres ganan en promedio el 64% de lo que ganan los hombres. La brecha de ingresos es más acentuada entre las ocupadas en el sector informal (que perciben el equivalente al 52% de los ingresos masculinos) y las que tienen altos niveles de escolaridad”⁶.

En general, en América Latina, existe un mantenimiento y reproducción de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el mundo laboral, donde inciden varios factores derivados de la división sexual del trabajo y de orden de género (que incluye no solo el trabajo como todas las otras dimensiones de la vida social). Las/os empleadoras/es usan apropiadamente el comportamiento y las distinciones de género para controlar a los/as trabajadores/as o alcanzar las metas organizacionales. Las mujeres y los hombres usan el género para socializar a los/as nuevos/as trabajadores/as y para forjar las ataduras con las/os demás.

En los años 90, persisten fuertes desigualdades entre hombres y mujeres en el mercado ocupacional, y si bien algunos aspectos de la inserción laboral de las mujeres en América Latina han mejorado, otros han empeorado. Los avances más significativos se observan en el mejoramiento de las condiciones de trabajo femenino debido a que existe una disminución de la brecha de participación entre hombres y mujeres; además se ha disminuido la brecha de participación entre las mujeres pobres y las demás; las mujeres absorben la mayor parte de los empleos generados en la década (su tasa de ocupación creció más que la de los hombres); se disminuye moderadamente la brecha de ingresos; y por último, existe una disminución moderada del trabajo informal.

Pese a esto aún existe un largo camino por recorrer ya que todas estas mejoras no implican que las mujeres hayan alcanzado un trato equitativo e igualitario. Todavía falta mucho por mejorar ya que junto a todos estos cambios positivos existen también tendencias negativas que hacen que persista la inequidad en el trabajo como: que haya aumentado significativamente la tasa de desempleo de las mujeres, en especial de las más pobres; que el porcentaje de mujeres empleadas en el sector informal sobre el total de la fuerza de trabajo femenina sea superior al porcentaje de hombres en esa situación y haya aumentado durante los '90; que el porcentaje de mujeres que no cuenta con ningún tipo de protección social es superior al porcentaje de hombres en esa situación, y ha aumentado en los '90. “El acceso masivo no ha modificado de manera fundamental la desigualdad de la estructura en el mercado del trabajo. La segregación sexual del

⁵ Reskin, Barbara; Padavic, Irene (1994).

⁶ Barrios, Leticia (2002).

trabajo apenas se ha visto afectada. Es más, en algunos casos se ha visto reforzada”⁷.

A esto se le suma el hecho de que al mismo tiempo se le asigna a la mujer la función básica y primordial del cuidado del mundo privado y de la esfera doméstica atribuyéndole a esa esfera un valor social inferior al mundo ‘público’ (y desconocen por completo su valor económico). Eso, para las mujeres, significa una limitación para entrar en el trabajo remunerado, además de tener que luchar con la subvaloración (económica y social) de su trabajo y de su rol en la sociedad la cual ha depreciado el trabajo doméstico y consideran que las que lo realizan son el grupo más bajo: la mujeres.

La inserción laboral de la mujer, cuando la hay, es un aspecto secundario de su proyecto de vida, de la constitución de su identidad y de sus posibilidades reales, la inserción laboral de la mujer, también por definición, sería una inserción laboral complementaria, eventual, inestable. En una palabra, secundaria.

En cambio, para los hombres el trabajo en la mayoría de las sociedades latinoamericanas, les entrega la capacidad de ser proveedores de la familia lo que hace que para ellos sea una obligación.

Es gracias a estos estereotipos, socializaciones y modos de vida, es que el trabajo de las mujeres se ha visto poco protegido en varios ámbitos ya nombrados como lo son el sueldo, la baja participación laboral femenina, la informalidad ocupacional en las mujeres, la protecciones sociales y la obtención de trabajos con rangos más bajos entre otros. Dentro de estos ámbitos que se ven perjudicados en relación a las mujeres y el trabajo es el tema de la Salud Ocupacional.

Debido a esta fuerte segregación ocupacional entre géneros en el mercado laboral, las mujeres y los hombres están expuestos, como ya hemos dicho anteriormente, a distintas modalidades y entornos de trabajo y, por lo tanto, a diferentes tipos de exigencias y tensiones, lo que provoca diferentes grados de exposición a los riesgos lo que implica diferentes consecuencias para la salud. Además las mujeres siguen efectuando gran parte del trabajo no remunerado en sus hogares y están mayoritariamente encargadas del cuidado de las/os hijas/os lo que las obliga a pedir licencias médicas por maternidad, sin olvidar las diferencias fisiológicas entre mujeres y hombres⁸.

De esta manera, “en general, los hombres sufren más accidentes y lesiones en el trabajo que las mujeres, mientras que las mujeres padecen más problemas de salud tales como trastornos de las extremidades superiores y estrés”⁹.

⁷ Messing, Karen P.19 (2002).

⁸ Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (2006).

⁹ Ídem, (2006) pág. 10.

Es debido a esto que es importante la integración de la dimensión de género en las actividades y previsiones de salud y seguridad en el trabajo (SST). Diferentes trabajos implican diferentes grados de exposición a los riesgos y diferentes consecuencias para la salud. “Sexo y género conducen en sí mismos a riesgos de salud diferenciados”¹⁰. Ha habido una neutralidad en cuanto a la política y la legislación y no se han tomado en cuenta las diferencias de género en cuanto a salud y trabajo aquí expuestas. Las mujeres no están lo suficientemente representadas en la toma de decisiones con respecto a estos temas. Las opiniones, experiencias conocimientos y capacidades de las mujeres debieran reflejarse a la hora de formular y poner en práctica las decisiones en cuanto a SST. Se ha infravalorado y descuidado la SST de las mujeres en comparación con la de los hombres. De esta manera, en los trabajos femeninos se niegan en muchos casos los riesgos para la salud de las tareas estereotipadas como “naturalmente femeninas”. Esto provoca que sean poco estudiados y que tengan menos atención los factores de riesgo en las mujeres, las cuales debieran ser más consideradas en la investigación. “En América latina la producción académica es escasa, o al menos no visible en los principales medios de circulación académica en el tema”¹¹.

La actividad laboral constituye una de las fuentes de bienestar psicológico y social más valiosa para los seres humanos y provee la mayor parte del significado y estructura del/la adulto/a, como lo afirman numerosas/os autoras/es. Las investigaciones refieren que en sus consecuencias se deben contemplar la dualidad de sus efectos sobre la salud y el bienestar.

Mujeres y hombres están sujetos a riesgos ocupacionales similares en la medida en que realizan los mismos trabajos. Según Gómez¹², las mujeres, a raíz de sus funciones fisiológicas de embarazo, lactancia y menstruación, pueden incurrir en riesgos adicionales, por lo que requieren una atención particularizada. Este hecho ha conducido, en algunos casos, a que se excluya a las mujeres (embarazadas o no) de ciertos tipos de trabajos con el argumento de que se está protegiendo su potencial de maternidad.

Cabe mencionar que la investigación sobre este tipo de riesgos específicos ha sido enfocada hacia el producto reproductivo de las mujeres, ignorando el de los hombres expuestos a los mismos riesgos.

En la década de los '90 la Salud Ocupacional fue un área de estudio poco desarrollada en las Américas. La incidencia de los distintos riesgos ocupacionales según sexo depende del tipo de trabajo en que se concentra la mano de obra femenina o masculina en cada país. Por tanto, es necesario considerar los tipos de labores desempeñados en

¹⁰ Messing, Karen (2002).

¹¹ Messing, Karen p72 (2002).

¹² Gómez, Elsa (1994).

la producción, sumado a los mecanismos establecidos y gerenciados en los contextos socio-culturales de las economías existentes y validadas.

1. Trabajo

Considerando que un estudio de Salud Ocupacional tiene estrecha relación con el trabajo es necesario poder establecer una definición. De esta manera, trabajo es la interacción material que existe entre el hombre y la mujer, y su medio ambiente (socio-económico, abiótico, biótico y cultural) cuyo componente específico y fundamental es su carácter socio-histórico. Además, el trabajo tiene mucho que ver con la conciencia social ya que incluye la interacción del/la sujeto con su propio organismo biológico, psicológico y social¹³.

De esta manera debiera pensarse el trabajo como un medio de apoyo para la salud. Ya que el trabajo da satisfacción a diversas exigencias humanas de vital importancia, como es ganarse la vida para poder sobrevivir, la satisfacción personal como ser humano, y sentirse creador/a, productor/a y contribuyente al bien común de la sociedad. La Carta de Ottawa para la promoción sanitaria afirma que " el trabajo y el tiempo libre deberían ser una fuente de salud para la población".

Es por esto necesario determinar los fenómenos negativos y positivos en el ambiente de trabajo, para una vez identificados los primeros, se tomen acciones en vista de minimizarlos o erradicarlos; y los segundos potenciarlos de forma tal que mejoren las condiciones de salud y seguridad en el medio ambiente laboral¹⁴.

2. Salud Ocupacional y Salud Laboral

Cuando hablamos de Salud Ocupacional nos referimos a la relación que se establece entre salud y trabajo, agentes y condiciones presentes en el ambiente laboral que son reconocidas como factores de riesgo implicados en la patogénesis de muchas enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud define el **Trabajo Saludable** como "*...Un proceso continuo cuya labor es elevar la calidad de vida laboral, salud y bienestar de todas las poblaciones que trabajan, por medio de una mejora de su medio ambiente (físico, social, organizativo, económico), habilitación personal y crecimiento personal*"¹⁵.

¹³ Guerrero J., Amell I., Canedo R. (2004).

¹⁴ Robaina C., Robaina F., Tamargo N. (2006).

¹⁵ Informe de la OIT (1997).

Para la Organización Internacional del Trabajo la Salud Ocupacional se debe lograr a través de la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de todos y todas las/os trabajadores/as¹⁶.

Por otra parte, también existen definiciones de **Salud Laboral** entendidas como “la promoción y mantenimiento en el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención entre los trabajadores de enfermedades ocupacionales causadas por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus labores, de los riesgos resultantes de factores adversos a la salud; la colocación y conservación de los trabajadores en ambientes ocupacionales adaptados a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas”¹⁷.

En términos generales las conceptualizaciones existentes de Salud Ocupacional y Salud Laboral responden a las mismas temáticas, las cuales básicamente se refieren a la salud física, la salud mental y el ámbito social, y éstas dentro del marco de las condiciones de seguridad óptimas en los lugares de trabajo¹⁸.

Estas conceptualizaciones resultan interesantes para nuestra investigación, a modo de propuesta teórico metodológico del estudio que estamos ejecutando. No obstante, se constata la poca información teórica y de investigaciones existentes en Chile, en relación a los tópicos que se consideran como centrales en la conceptualización de la Salud Ocupacional o laboral, especialmente en la salud física y la salud social. Como se describe en el capítulo de sistematización, las investigaciones encontradas dan cuenta de estudios de casos que tienen relación con la seguridad en el trabajo en lugares determinados y refieren a la salud física específicamente, sin que exista una construcción teórica más elaborada.

En relación a la salud social, empresas y empleadoras/es han desarrollado intervenciones respecto de la salud sexual de sus trabajadores/as, por ejemplo en el documento elaborado durante el año 2000 por la OIT llamado “VIH/SIDA: Una amenaza para el trabajo decente, la productividad y el desarrollo”¹⁹, da cuenta de una incipiente preocupación y responsabilidad social del sector privado por aspectos sociales de la Salud Ocupacional.

La Salud Ocupacional como preocupación por parte del Estado de Chile se remonta a la década del '20, considerando el ámbito de la protección de los/as trabajadores/as. Mediante la Ley N° 4.054 se estableció la responsabilidad que tenían las/os empleadoras/es en el origen de las enfermedades de sus trabajadores/as, sin embargo, esto no obligaba a un pago de cotización²⁰.

¹⁶ OIT/OMS (2008).

¹⁷ Biblioteca Virtual en Salud (2008).

¹⁸ Medel y Riquelme (1994) Díaz y Norah (1994).

¹⁹ OIT (2000).

²⁰ Alvarado, O. Valenzuela S., Quinteros R. (1999).

En la década del '60, mediante la ley 16.744 se originan los primeros seguros sociales contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esto se vio fortalecido por los movimientos sociales de los siglos XIX y XX, quienes lucharon por un ambiente laboral más adecuado²¹.

El Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo ha realizado investigaciones sobre los sistemas de jornadas en la minería, el comercio y otros sectores. El Centro de Estudios de la Mujer cuenta también con investigaciones e información de empleo, principalmente de empleo femenino y se han recopilado datos de la OIT y de otros/as autores/as.

En años recientes, algunos servicios públicos han pactado con las/os funcionarios/as modalidades de flexibilización horaria en los segmentos de entrada y salida, lo cual ha beneficiado particularmente a las mujeres y a los/as trabajadores/as que estudian. Junto a lo anterior, en algunas dependencias se han hecho arreglos de infraestructura, mejorándose notablemente las condiciones de trabajo y ambiente laboral. Los puntos críticos siguen siendo las bajas remuneraciones, las irregularidades que se perciben en el ascenso en la carrera funcionaria, la falta de casinos o comedores, la menor calidad de las dependencias y la falta de mantención de los servicios higiénicos.

3. Jornada laboral

Dentro de las Jornadas de ambientes labores, se deben consignar la existencia de multiplicidad de husos horarios en el trabajo, por ejemplo, en las áreas de negocios de grandes empresas de capital privado los grupos ocupacionales que se encuentran en el escalafón más básico de la pirámide ocupacional son las/os empleados/as con jornada libre o flexible que gestionan las ventas de productos intangibles como seguros, cuentas bancarias, préstamos entre otros y el segmento de operadores/as de servicios de telecomunicaciones. Estos grupos de trabajadores/as son de gran interés para el estudio debido a las características de la jornada y el perfil de las/os trabajadoras/es que predominan en estas empresas.

Las/os vendedoras/es de productos intangibles del sector financiero tienen contrato con jornada de tipo flexible o "libre". En un estudio sobre flexibilización laboral en la empresa moderna²², este grupo ocupacional estaba compuesto principalmente por mujeres, más del 50% y que representan al 70% del total del personal de las empresas. Los/as empleados/as de oficina y agentes de ventas tenían condiciones muy distintas en cuanto a jornada y horarios, por su parte, las/os vendedoras/es tienen un horario flexible o libre y el resto de la planta tienen un horario fijo.

²¹ Giaconi 1995 En: Alvarado, O. Valenzuela S., Quinteros R. (1999) .

²² Medel y Yáñez (1999).

Esta condición de horario “libre” o flexible era muy apreciada por las mujeres puesto que les permite organizar a su modo la jornada de trabajo y conciliar mejor el desempeño de otros roles: trabajo y responsabilidades familiares. Sin embargo, esta flexibilidad que desde varios ángulos puede considerarse virtuosa, suele transformarse en fuente de sufrimiento y desgaste de la salud cuando se analizan las condiciones de trabajo asociadas, tales como los salarios variables, las metas mensuales en constante aumento, el desprestigio de la ocupación, discriminación social y de género.

Los/as trabajadores/as del comercio han tenido cambios importantes en los últimos 20 años en su organización del tiempo de trabajo. En el sector comercio al por menor, los estudios²³ registran que la mayoría de las/os trabajadoras/es cumplen jornadas superior a 48 horas y se acentuaría aun más en las pequeñas tiendas y en supermercados. A la extensión de la jornada se agrega como problema la distribución de las jornadas y los descansos, cada vez más los días de trabajo se concentran en fines de semana y festivos, en tanto los descansos se cumplen en días de semana, días en que los/as demás miembros de la familia suelen estar ocupadas/os trabajando o estudiando.

Desde 1999 las encuestas laborales vienen mostrando una reducción paulatina de la jornada de trabajo. Cabe recordar que en enero del 2005 entró en vigencia la reforma laboral que redujo la jornada laboral ordinaria máxima 45 horas semanales, por lo que era esperable esta reducción. En el ENCLA 2006 se declara que se ha cumplido esta nueva ley laboral con respecto a la jornada semanal²⁴. Sin embargo, es necesario señalar que si se considera la jornada de trabajo por las ramas económicas que le interesan a este estudio, aparecen una serie de dificultades para cumplir con la nueva norma legal de tiempo de trabajo:

- Pesca (45,8 horas semanales de trabajo),
- Comercio (45,6 horas semanales de trabajo),
- Agricultura, ganadería, caza y silvicultura (45,6 horas semanales de trabajo),
- Servicios varios (45,4 horas semanales de trabajo).

Por lo tanto, agricultura, ganadería, caza y silvicultura, y pesca están entre los que presentan los promedios más altos de números de horas extras trabajadas.

Con respecto al trabajo de **jornada parcial**, las empresas pueden utilizar jornadas reducidas de trabajo que no excedan las 30 horas ordinarias a la semana. El trabajo part time permite a las empresas utilizar trabajadores/as en lapsos de tiempo diarios, o bien solo algunos días a la semana. ENCLA 2006 constató que una pequeña cantidad

²³ Hola (2002); Todaro y Rodríguez (2001); Díaz y Hola (2001); Guzmán, Mauro, Araujo (1999).

²⁴ ENCLA (2006).

de las empresas utiliza este modo de trabajo part time y la mayoría de éstas lo hace a través de contratos con empresas externas.

Sobre las **horas extraordinarias** por lo general se utilizan solo en algunas funciones o actividades, éstas dan cumplimiento a tareas imprevistas y/o excepcionales, y para cumplir con el trabajo que no se logra realizar en el tiempo planificado. Por un número insuficiente de trabajadores/as o descoordinación empresarial.

Por lo tanto, el uso permanente de horas extras tiene que ver con las deficiencias en la organización empresarial del trabajo. Las horas extras varían dependiendo del tamaño de las empresas. Dentro de las ramas económicas que presentan horas extras podemos encontrar la industria manufacturera no metálica y la pesca.

La **organización de la jornada laboral** considera la distribución del tiempo de trabajo en relación con los tiempos de descanso, ya sea durante la jornada misma, entre jornadas diarias y los descansos semanales. También considera los horarios de trabajo o turnos de trabajo, que establecen distintas combinaciones de días de trabajo y de descanso. Al considerar las distintas actividades económicas también se revelan algunas diferencias significativas en la relación entre tiempos de trabajo y de descanso. El promedio de días semanales de trabajo es disímil en la mayoría de las actividades; en algunas de ellas se laboran notoriamente más días a la semana: la agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Respecto de los días semanales de descanso también existe dispersión: la intermediación financiera y otras están claramente por sobre el promedio de días de descanso a la semana; agricultura, ganadería, caza y silvicultura, y pesca están bajo el promedio de días semanales de descanso. Probablemente la incidencia de jornadas excepcionales explique algunos promedios altos de días de trabajo a la semana (minería, por ejemplo) en los que se compensa con un descanso promedio mayor.

En **el trabajo los días domingos** la lista legal de las actividades exceptuadas del descanso dominical es extensa: incluye las labores o servicios que exijan continuidad por la naturaleza de sus procesos, por razones de carácter técnico y a los establecimientos de comercio y de servicios que atienden directamente al público. Sin embargo, recientes reformas han otorgado nuevos derechos de descanso laboral los días domingos y algunos feriados, particularmente en la actividad comercial. Esta amplitud de la norma legal para admitir el funcionamiento empresarial los domingos y festivos en varias actividades, se traduce en que el 30% de las empresas funciona los domingos. Considerando solo a las empresas que operan los domingos en su actividad principal, y descartando, por tanto, a aquellas empresas que destinan el domingo para faenas accesorias como mantenimiento o aseo, el número aún es alto: una de cada cuatro empresas funciona habitualmente en domingo. En algunas actividades económicas es considerable el porcentaje que trabajan los días domingos. De esta manera, agricultura, ganadería, caza y silvicultura, pesca, industrias manufactureras, comercio, intermediación financiera y otras actividades de servicio concentran una gran cantidad de porcentaje que trabaja los días domingos y que se ven superados solo por

las actividades en hoteles y restaurantes.

Con respecto al **trabajo con sistemas de turno** la legislación laboral chilena es notoriamente flexible a la hora de reconocer espacios de adecuación en la duración y distribución del tiempo de trabajo, dando amplia libertad empresarial para implementar sistemas de turnos, trabajo diurno y nocturno, y facilidades para funcionar en días que debieran ser de descanso. Considerando las diversas actividades económicas, destacan sectores en los que los turnos de trabajo son la forma mayoritaria o casi mayoritaria de organizar el proceso de trabajo: servicios varios; servicios sociales e industrias manufactureras no metálicas. En otros sectores el sistema de turno no es mayoritario, pero sí está por sobre el promedio de empresas que lo aplica: en comercio; transporte, pesca y intermediación financiera, más del 30% de las empresas opera con sistemas de turnos de trabajo.

La **flexibilidad en la jornada de trabajo** no es parcial, sino integral: combinaban y aplicaban simultáneamente diversas modalidades de flexibilización sobre un mismo proceso y las/os mismas/os trabajadores/as. De ese modo el grado de flexibilización efectivamente obtenido por estas grandes empresas era superior al que podría predecirse de la sola descripción de cada una de las alternativas flexibilizadoras autorizadas en la ley. Todas o muchas de estas modalidades de flexibilización, aplicadas conjuntamente, se potenciaban, resultando un margen considerable de movilidad del tiempo de trabajo.

Por último, las **jornadas especiales** permiten que las empresas adopten regímenes de trabajo que alteren la distribución normal o habitual de los días laborales y los de descanso, bajo modalidades especiales. La incidencia de estas jornadas especiales, por tanto, es un grado adicional de flexibilidad a la que pueden acudir las empresas. La ENCLA 2006 muestra que efectivamente las jornadas especiales se han extendido en varias actividades económicas, probablemente de la mano de la obtención de jornadas excepcionales como en otras actividades de servicios (26,9% de empresas con jornadas especiales) e intermediación financiera (13,6% de empresas con jornadas especiales).

4. Definición de Ramas de la Producción

La Dirección del Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo del Gobierno de Chile, ha definido once sectores básicos de trabajo en Chile, a saber, el sector Agropecuario y Silvícola; la Pesca y Acuicultura; la Minería; la Industria Manufacturera y Empresas de Servicios; Energía; Electricidad, Gas y Agua; Construcción; Comercio; Transporte y Comunicaciones; Servicios Financieros; y Entidades Fiscales.

Para efectos del presente estudio, solo 5 sectores o actividades comerciales adquieren relevancia, siendo éstos los siguientes:

a) Agricultura, Pesca y Caza

La nomenclatura de la Dirección del Trabajo engloba la actividad de la agricultura con la actividad pecuaria. El sector agrícola está constituido por una actividad productora o primaria, que se lleva a cabo en tierra o sin ella y una actividad elaboradora o transformadora que puede llevarse a cabo en cualquier otro lugar²⁵.

La industria pesquera se define como una actividad extractiva y de explotación de las riquezas del mar. La Pesca comprende todas las actividades destinadas a capturar, cazar, segar, poseer, recolectar, conservar y utilizar las especies hidrobiológicas que tienen en el agua su medio normal o más frecuente de vida. La Acuicultura por su parte no está considerada como actividad extractiva, ya que está organizada por el/la hombre/mujer y los recursos acuáticos pertenecen a quien los cultiva y mantiene²⁶.

Para estos sectores, los hombres superan en cantidad a las mujeres en 6 a 7 veces. Las mujeres se concentran en actividades agrícolas de temporada en cultivos de exportación y en el cultivo de productos marinos.

Se estima que en Chile el número de trabajadoras/es agrícolas de temporada fluctúa entre las 250 y 500 mil personas, lo que es considerado como uno de los efectos más relevantes de la modernización de la agricultura en nuestro país, generando, de paso, una gran cantidad de empleo y migración transitoria de trabajadores y trabajadoras entre las distintas regiones. Sin embargo, aún existen falencias en la calidad de sus condiciones de trabajo. Ello plantea el desafío de encontrar soluciones a los problemas pendientes del gran número de trabajadores/as estacionales²⁷.

b) Industria Manufacturera

La industria manufacturera comprende la elaboración de materias primas, productos semi-elaborados y productos terminados, los cuales se transan en el mercado nacional o internacional²⁸.

La incidencia de este sector entre todas las actividades laborales en Chile, es de un 11%. Aquí los trabajadores hombres son 3 veces más numerosos que las trabajadoras mujeres. Éstas se desempeñan principalmente en las industrias textiles, de confección y

²⁵ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-21920.html> Recuperado: marzo 2008.

²⁶ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22050.html> Recuperado: marzo 2008.

²⁷ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-61102.html> Recuperado: marzo 2008.

²⁸ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22052.html> Recuperado: marzo 2008.

vestuario, de cuero y calzado y en la industria alimenticia. Una proporción menor de mujeres se desempeñan en la industria química y metalúrgica.

c) Comercio

En el sector comercio se encuentran todas aquellas actividades que se encuentren en lo establecido en el Art. 3° del Código de Comercio. Dentro de las principales se pueden señalar la compra y permuta de cosas muebles, hechas con ánimo de venderlas, permutarlas o arrendarlas en la misma forma o en otra distinta, la compra de un establecimiento de comercio y el arrendamiento de cosas muebles hecho con ánimo de subarrendarlas, entre otros actos que establece el código de comercio²⁹. Asimismo, se incluye tanto el comercio detallista como el mayorista, grandes tiendas, malls y supermercados entre otros. El sector del Comercio, tiene una incidencia del 25%. En este sector las mujeres son aproximadamente la mitad de trabajadoras/es del sector.

d) Servicios Financieros

El sector servicios financieros, corresponde a una actividad comercial, prestadora de servicios de intermediación relacionados al ámbito de generación de valor a través del dinero. Las actividades que incluye este sector son principalmente: Bancos e Instituciones Financieras (Bancos Nacionales, Extranjeros, Representaciones), Oferta y contratación de seguros (Compañías de Seguros generales, de Vida, de Crédito, Corredores), Administradoras de Fondos (Generales, de Pensiones, Mutuos, para la Vivienda, de Inversión), Mercado de valores (Bolsas de Comercio y de Valores, Corredores), Otros Servicios Financieros (Factoring, Leasing, Casas de Cambio), y Servicios de Apoyo (Administradoras de Tarjetas de Crédito, Clasificadoras de Riesgo, Sociedades de Cobranza, Asesoría y Consultoría Financiera)³⁰.

En Chile, los establecimientos financieros representan al 7% de las actividades comerciales. Aquí están los trabajos en bancos y financieras, y las mujeres son alrededor de 1/3 de las/os trabajadores/as.

e) Servicios comunales y Servicios Personales

Esta categoría incluye actividades como la enseñanza, actividades de servicios sociales y de salud, actividades comunitarias, sociales y personales, hogares privados con

²⁹ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22056.html> Recuperado: marzo 2008.

³⁰ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22058.html> Recuperado: marzo 2008.

servicios domésticos, las actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales, entre otros³¹.

En Chile, esta categoría tiene una incidencia de un 46% dentro del total de actividades laborales. En este sector las mujeres son la mayoría. Se incluyen aquí casi el 100% del servicio doméstico y un porcentaje importante de los trabajos en los sectores de salud y educación.

5. Enfermedad, Accidente y Riesgo laboral

Para hacer un estudio acerca de la salud es necesario definir lo que es enfermedad, ya que este concepto está presente en la mayoría de los estudios encontrados, más que el concepto de bienestar físico y psíquico. Junto a este concepto de enfermedad se asocian los conceptos de accidente y riesgo laboral.

De esta manera cuando hablamos de enfermedad laboral nos referimos al resultado de la interacción entre el organismo y el medio ambiente del trabajo que afecta de manera nociva tanto a la psiquis como al cuerpo de los/as trabajadores/as. Como ya hemos dicho en el concepto de Salud Ocupacional, Idovro plantea que estas enfermedades pueden ocasionar grandes pérdidas económicas por la disminución de la productividad y los costos requeridos para su atención. Además Idovro menciona en su estudio que existe un incremento en las enfermedades ocupacionales³².

Con respecto a accidente laboral podemos decir que son aquellos que ocurren durante el ejercicio del trabajo, provocando lesión corporal o perturbación funcional que causa la pérdida o reducción de la capacidad de trabajo permanente o temporales. Tradicionalmente, los accidentes de trabajo son clasificados en accidentes tipo o típico (los ocurridos en el ambiente de trabajo y/o durante la jornada de trabajo) y los accidentes de trayecto (los ocurridos en el trayecto de la residencia hacia el trabajo y viceversa). Estos accidentes pueden ocurrir debido a diversos factores como lo son los físicos (energías a la que pueden estar expuestas/os los/as trabajadores/as como ruidos, vibraciones, etc.), los químicos (provocados por agentes químicos y que pueden penetrar por la vía respiratoria a través de la piel o la ingestión), psicosociales (asociados a fatiga y a tensión; a la pérdida de control sobre el trabajo; al impacto de los cambios de trabajo nocturno y durante los turnos, por las horas extras, de los turnos dobles; del trabajo subordinado; de la falta de calificación; del trabajo por partes o con fragmentación y repetición de tareas; del ritmo acelerado de trabajo) y los ergonómicos (están relacionados con la adopción de una postura inadecuada durante el trabajo)³³.

³¹ Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-59923.html> Recuperado: marzo 2008.

³² Idovro Álvaro Javier (2003).

³³ Bonagamb M., Palucci M., Do Carmo M. (2007).

En cuanto al riesgo, se refiere a la incertidumbre de la ocurrencia de un suceso con efectos negativos o daños a la salud. De esta manera para lograr el control de estos riesgos en el trabajo es necesario la participación de todas/os las/os miembros de la empresa o industria y los/as profesionales de la salud, ya que están todas/os involucradas/os y se debe tomar conciencia de la importancia de evitar los malestares laborales³⁴.

Muchos estudios plantean que es importante prevenir las enfermedades y los accidentes laborales antes que curarlos ya que genera menos pérdidas económicas para la empresa y un mejoramiento en la calidad de vida de las/os trabajadoras/as considerando que éstos/as son el “corazón” de la empresa³⁵.

Hay que tener presente que en muchos casos con respecto a este tema son las mujeres las más vulnerables y segregadas en cuanto al trabajo siendo completamente diferenciadas los problemas en cuanto a salud. Las mujeres son las que más sufren de enfermedades laborales y los hombres los que más sufren de accidentes. De esta manera se ha descuidado la Salud Laboral en las mujeres por lo que es necesario realizar estudios que tomen en cuenta la diferencia de género para una mejora en las políticas y legislaciones ya que hasta ahora éstas han sido elaboradas de manera neutral³⁶.

Es importante crear planes de trabajo para proteger la salud de los/as trabajadoras/es de modo que se promueva y mantenga el más alto grado de bienestar físico, mental y social para poder lograr tener estilos de vida los más sanos posibles y mejorar la calidad de la existencia del/la trabajador/a.

6. Género y sexo

En el contexto de la Salud Ocupacional en las mujeres nos parece oportuno definir lo que es género y sexo debido a que consideramos pertinente reconocer cuál es la diferencia y a qué término debemos referirnos a la hora de hablar de las trabajadoras y su situación laboral en salud.

En cuanto a Género podemos decir que hace referencia a las diferencias sociales entre mujeres y hombres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura. En cambio, sexo hace referencia a las características biológicas que distinguen al hombre y la mujer, que son universales³⁷.

³⁴ Guerrero J., Sanchez O., Cañedo R. (2004).

³⁵ Gómez Ingrid Carolina (2007).

³⁶ Agencia Europea de la Seguridad y Salud en el Trabajo (2006).

³⁷ Ídem.

Las diferencias que se pueden encontrar en torno al trabajo, ya sea en cuanto a la salud o a cualquier otro ámbito, se debe al género y al sexo ya que son los prototipos que existen en torno al rol femenino como al masculino y el pasar por alto las diferencias biológicas lo que provoca que las precauciones, leyes y políticas en torno a la Salud Ocupacional estén mal constituidas. Para evitar estas diferencias y malas decisiones en torno a la Salud Laboral es necesario que se hagan estudios de salud diferenciados por género y sexo para poder ver las diferencias que pueden existir en torno a esto y de ahí partir con las prevenciones.

Es necesario poder lograr una igualdad de género para que todos/as los seres humanos sean libres de desarrollar sus capacidades personales y de tomar decisiones, sin las imitaciones impuestas por los estrictos roles tradicionales. Hay que tener en cuenta, valorar y potenciar por igual las distintas conductas, aspiraciones y necesidades de hombres y mujeres. La igualdad formal (jurídica) no es sino una primera etapa hacia la igualdad real (acción). Es por esto que hay que lograr respetar las diferencias entre hombres y mujeres para reconocer que ambos, aunque con género y sexo diferente, tienen el mismo derecho de tener condiciones de Salud Laboral que los ayude a tener una mejor calidad de vida³⁸.

Se debe considerar las complejas relaciones que existen entre las relaciones de género y sexo en los procedimientos involucrados en el tema de Salud Ocupacional. Esto para facilitar el proceso de inserción de la mujer con argumentos interdisciplinarios³⁹.

Por esto, es importante desarrollar estudios biomédicos con la distinción que existe entre hombres y mujeres para así poder reconocer las enfermedades y accidentes que están presentes diferenciadamente tanto en el trabajo femenino como en el masculino, considerando que los gobiernos, en lo que ponen más énfasis en las políticas de seguridad y salud en el trabajo son en la minería y en la construcción, ocupación mayoritariamente ejercida por varones⁴⁰.

7. Ergonomía y Epidemiología ocupacional

La ergonomía es la *"ciencia que estudia cómo adecuar la relación del ser humano con su entorno"* (Martha Guillén Fonseca, 2006), y es incorporada al estudio de la Salud Ocupacional desde una perspectiva de los riesgos existentes en el trabajo relacionados con la postura, el sistema visual, el cardiovascular y ejercicios físicos regulares.

³⁸ Ídem.

³⁹ Messing K., Stellman J. (2002).

⁴⁰ Messing K. (2002).

La perspectiva de la ergonomía para abordar el tema de los riesgos y enfermedades laborales ha sido utilizada para estudiar los factores de riesgo en los/as profesionales de enfermería (Martha Guillén Fonseca, 2006), y su enfoque se relaciona con enfatizar la prevención de enfermedades laborales, proponiendo que en cada puesto de trabajo se contemple de manera sistematizada todos los riesgos de cada puesto laboral, de manera de que se logre implementar una política preventiva orientada por las normas propias de la ergonomía.

Este concepto se ha aplicado principalmente en aquellos trabajos donde se han introducido nuevas tecnologías (computación, automatización de máquinas, robotización, etc.), asumiendo que éstas pueden llevar a utilizar malas posturas y movimientos inadecuados en la/el trabajador/a.

Otro estudio sobre trabajadoras/es de la salud, se define a los riesgos ergonómicos del trabajo, como uno de los factores de riesgo para los/as trabajadoras/es de la salud. Se definen como *“los relacionados con la adopción de una postura inadecuada y/o prolongada durante el transporte y traslado de los usuarios, equipos, materiales y muebles no regulables, ritmo de trabajo y esquema de horarios en turnos, dentro de los principales”*⁴¹.

La epidemiología ocupacional es *“una abreviatura de Epidemiología de las Enfermedades Ocupacionales, que estaría de acuerdo con una clasificación centrada en la enfermedad. Por otro lado, también podría considerarse centrada en las determinantes, en cuyo caso abarcaría el estudio de todas las consecuencias para la salud, tanto deletéreas como preventivas, resultantes de factores ocupacionales”* (Robaina C., Robaina F., Tamargo N., 2006).

Según el análisis de este grupo de investigadores, que consiste en una revisión de las viejas y nuevas definiciones que se le ha dado al concepto de epidemiología ocupacional, la descripción más completa de este concepto debiera sintetizarse de siguiente manera:

“Distribución y causas de enfermedades y lesiones relacionadas con los riesgos del ambiente de trabajo. Tiene dos propósitos fundamentales:

- 1. La identificación e investigación de hipótesis acerca de relación causal entre riesgo y enfermedad.*
- 2. Identificar y cuantificar esos riesgos.*

La epidemiología ocupacional es una herramienta fundamental para determinar los fenómenos negativos y positivos en el ambiente de trabajo, para una vez identificados los primeros, se tomen acciones en vista de minimizarlos o erradicarlos; y los segundos

⁴¹ Chiodi M., Palucci M., do Carmo M., (2007).

*potencializarlos de forma tal que mejoren las condiciones de salud y seguridad en el medio ambiente laboral*⁴².

Otra definición de epidemiología corresponde a la de Hernberg: *“ciencia que permite realizar la vigilancia de los procesos y condiciones, describir los patrones de presentación de la enfermedad, identificar los potenciales factores causales, adoptar las necesarias medidas de control y evaluar la eficacia de las intervenciones”*⁴³.

En la historia de la epidemiología ocupacional, ésta se relaciona con una ciencia que busca identificar las causas que conllevan a una enfermedad, cuando estas causas se encuentran en el espacio laboral. Los estudios han demostrado la importancia de incluir en este concepto la noción de riesgos para que esta ciencia cumpla una función preventiva en la salud de las/os trabajadoras/es.

8. Salud mental, depresión y estrés laboral

Desde la perspectiva de la Salud Ocupacional, el aparato psíquico es definido como *“el lugar privilegiado donde se expresan los efectos de la organización del trabajo en el individuo”*⁴⁴. Los/as autores/as sugieren considerar la estrecha relación entre el trabajo y la salud mental en los análisis de Salud Ocupacional. La organización del trabajo tiene un papel fundamental en el aparato psíquico de las/os trabajadoras/es porque cumple una función estructurante, y por lo tanto, tiene la capacidad de promover la salud psíquica, como también de dañarla.

Otro estudio define salud mental como *“estado del funcionamiento acertado de la función mental, dando por resultado actividades productivas, satisfaciendo relaciones con la gente, y la capacidad de adaptarse al cambio y de hacer frente a la adversidad en la cultura del individuo”*⁴⁵.

Los/as autores/as estudian la situación mental de las/os trabajadoras/es en cinco países (Finlandia, Alemania, Estados Unidos, Inglaterra y Polonia), donde existe un aumento de la depresión y otros problemas de salud mental debidos a la tensión en el lugar de trabajo. A la vez, se estudian las políticas creadas para confrontar estos problemas, implementadas por empresas y otras organizaciones estatales, y se señala que es necesario intervenir de manera más preventiva, promoviendo prácticas que promuevan el bienestar psíquico en el espacio de trabajo.

Los problemas en la salud mental guardan estrecha relación con el aumento de la exigencia de producción, que se relacionan con los grandes cambios políticos que

⁴² Robaina C., Robaina F., Tamargo N., (2006).

⁴³ Hernberg S. (1995).

⁴⁴ Dumet J., Fernández J., Guimaraes A., Gusmao M., Melo C., (2006).

⁴⁵ Phyllis G., Liimatainen M., (2000).

condujeron a la transformación socioeconómica de los cinco países estudiados por los/as autores/as. El desarrollo de países como Finlandia, Alemania, Estados Unidos, Inglaterra y Polonia tuvo importantes repercusiones en el mercado laboral y en el bienestar mental de las/os trabajadoras/es.

El estrés laboral es la principal enfermedad que afecta a la salud mental de los/as trabajadores/as. Phyllis G., Liimatainen M. lo definen como *“la respuesta física y emocional que ocurre cuando los requisitos del trabajo no corresponden a las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. El estrés del trabajo se ha ligado a un riesgo creciente de desórdenes como depresión, y puede contribuir a una gama de enfermedades debilitantes, extendiéndose desde enfermedades cardiovasculares hasta cáncer. Las condiciones de trabajo agotadoras también pueden interferir en la capacidad de un empleado, y en su seguridad, porque puede contribuir a tener lesiones de trabajo y enfermedades”*⁴⁶.

La adopción de un conjunto de nuevas tecnologías y métodos de organización del trabajo como respuesta a los crecientes requisitos existentes en materia de productividad da lugar a un aumento de los casos de depresión y estrés inducido por el trabajo.

En Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de las/os adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales⁴⁷.

⁴⁶ Ídem.

⁴⁷ Ídem.

IV. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN PARA SALUD OCUPACIONAL

Los estudios de Salud Ocupacional que se presentan a continuación fueron recuperados en bibliotecas electrónicas y sitios web de organismos no gubernamentales, gubernamentales e internacionales.

El material encontrado corresponde, por un lado, a investigaciones sobre enfermedades específicas de un área productiva o tipo de trabajo, donde muchos de ellos son estudios biomédicos. Por otro, son publicaciones con un enfoque más global, que estudian la Salud Ocupacional desde el contexto de un país, o de las condiciones que han caracterizado al mercado de trabajo durante los últimos años, las cuales repercuten en las condiciones laborales y finalmente en la salud de/la trabajador/a. En estas últimas publicaciones existen estudios con enfoque de género los cuales se presentan en este apartado.

La búsqueda bibliográfica tiene como objetivo proveer el sustento teórico y empírico al tema en estudio a través de literatura disponible en los sistemas de información, hoy en día utilizados a nivel nacional, regional o mundial en el campo de Salud Ocupacional, específicamente para las mujeres.

La estrategia de búsqueda se inició a partir de la especificación del tema de investigación y sus aspectos relevantes. Luego, se identificaron palabras claves, frases o descriptores principales para realizar la búsqueda en idioma español, inglés, portugués.

A partir de estas definiciones se visitaron catálogos, páginas Web *on-line* disponibles en Internet en sitios académicos, de organismos internacionales y organismos gubernamentales, no gubernamentales y Fundaciones. Esta búsqueda tuvo como descriptores claves y necesarios para cada una de las referencias el tema "Salud Ocupacional y Mujeres".

Las palabras claves o descriptores conceptuales encontrados en esta primera búsqueda fueron ingresadas como nuevos descriptores, iniciándose de este modo una búsqueda de cascada. Posteriormente, se revisó el contenido de las publicaciones y los abstracts correspondientes, requisitos para ser incorporadas al repertorio bibliográfico.

La búsqueda se realizó en sitios específicos tales como: OIT, OPS, CEM, CEPAL, Ministerio del Trabajo, Inspección del Trabajo, Dirección del trabajo, entre otros.

En la búsqueda vía Google se consideraron los siguientes conceptos claves:

- Salud Ocupacional

- Salud y Trabajo
- Salud Laboral
- Enfermedades en espacios laborales
- Recurrencia de enfermedades laborales
- Tipos de enfermedades en espacios laborales
- Enfermedad y Trabajo
- Trabajo y enfermedades asociadas
- Enfermedades laborales y licencias médicas
- Estadísticas de enfermedades laborales
- Estadísticas de licencias médicas

Respecto al tipo de publicación se ha decidido incorporar una variedad de formatos de publicación disponibles en las bases de datos *on-line*, clasificándolos posteriormente en las siguientes categorías:

- Artículos de publicaciones periódicas académicas
- Monografías y libros
- Investigaciones realizadas por Organismos no Gubernamentales
- Investigaciones realizadas por instituciones académicas
- Artículos de organismos Internacionales
- Investigación realizada por grupos de investigación
- Investigación realizada por organismos estatales
- Investigación realizada por organismos internacionales
- Boletines informativos

La información que se obtuvo corresponde principalmente a investigaciones realizadas por grupos de investigación y artículos de publicaciones periódicas académicas, encontradas en sitios electrónicos de organismos internacionales y en bibliotecas científicas electrónicas.

Gran parte de la búsqueda se realizó por medio de una biblioteca virtual especializada en Salud Ocupacional, cuya dirección corresponde a www.ccpr.ucla.edu. A través de los enlaces de este sitio se accedió a estudios sobre el tema, ubicados en los sitios web que aparecen a continuación.

Las direcciones visitadas aparecen en orden decreciente de acuerdo a la cantidad de información encontrada en cada una:

Cuadro N° 5

SITIOS ELECTRÓNICOS	Nº DE ESTUDIOS ENCONTRADOS
http://scielo.sld.cu	13
http://www.cdc.gov	11
http://www.scielo.br	5
http://www.scielo.cl	4
http://www.scielo.org.co	3
http://www.eclac.cl	2
http://www.cienciaytrabajo.cl	1
http://www.ilo.org	1
http://www.oit.org.pe	1
http://www.mintrab.gob.cl	1
http://www.proyectoaraucaria.cl	1
http://www.fct.ccoo.es	1
http://www.ccpr.ucla.edu	1
TOTAL	45

El tipo de publicaciones encontradas se resume en el siguiente cuadro. En ella se observa que no se encontraron estudios realizados por instituciones académicas.

Cuadro N°6

TIPO DE PUBLICACIÓN	Nº DE ESTUDIOS ENCONTRADOS
Artículos de publicaciones periódicas académicas	12
Monografías y libros	1
Investigaciones realizadas por Organismos no Gubernamentales	1
Artículos de organismos Internacionales	1
Investigación realizada por grupos de investigación	14
Investigación realizada por organismos estatales	2
Investigación realizada por organismos internacionales	3
Boletines informativos	11
TOTAL	45

Con respecto al tipo de metodología, como se muestra en la tabla a continuación, la mayoría de los estudios utilizan técnicas cualitativas para la recolección y análisis de información. En otros estudios se utilizan técnicas metodológicas cuantitativas, para analizar expedientes laborales y médicos de la muestra seleccionada.

También hay estudios que utilizan simultáneamente ambos tipos de metodología, recolectando información a través de entrevistas grupales o individuales y analizando a la vez datos estadísticos que complementen la información.

De acuerdo a las ramas de producción seleccionadas para este estudio, se encontró que solo dos de ellas han sido estudiadas de manera específica, puesto que la mayoría de las investigaciones y artículos se han enfocado a la salud en el trabajo de manera global. Con frecuencia se analiza un tipo de enfermedad y/o riesgos en particular, pero no se relacionan con un tipo de trabajo determinado, sino que se dirige a las/os trabajadoras/es de cualquier rubro.

Existen doce estudios orientados al área de los servicios comunales y personales, y dos al de la industria manufacturera.

Cuadro N° 7

RAMA DE PRODUCCIÓN	Nº DE ESTUDIOS ENCONTRADOS
Agricultura, pesca y caza	-
Industria manufacturera	2
Comercio	-
Servicio financiero	-
Servicio comunal y personal	12

1. Enfermedades y riesgos de un área en particular

Los estudios de Salud Ocupacional se encontraron en bibliotecas electrónicas, sitios Web de organismos no gubernamentales y en las bibliotecas de estos organismos.

El material encontrado corresponde, por un lado, a investigaciones sobre enfermedades específicas de un área productiva o tipo de trabajo, donde muchos de ellos son estudios biomédicos.

Por otro lado, se encontraron publicaciones con un enfoque más global, que estudian la Salud Ocupacional desde el contexto de un país, o de las condiciones que han caracterizado al mercado de trabajo durante los últimos años, las cuales repercuten en las condiciones laborales y finalmente en la salud de/la trabajador/a. En este grupo se encuentran los estudios con enfoque de género, que corresponden al 30% del total de las publicaciones encontradas.

a) Grupo 1: enfermedades y riesgos de un área en particular

De los 45 estudios encontrados, 18 se limitan a describir las enfermedades y los riesgos presentes en un rubro de trabajo específico. Este tipo de estudio busca conocer las causas por las cuales las/os trabajadoras/es enferman en ciertos tipos de trabajo, y cuál es la frecuencia de cada enfermedad o accidente. También establecen relaciones entre ciertas enfermedades laborales y otras variables como edad o sexo empleando metodologías cuantitativas.

Otro tipo de metodología utilizada en los estudios descriptivos sobre enfermedades y riesgos o accidentes laborales, corresponde a la revisión bibliográfica, donde se expone el tratamiento que se le ha dado al tema hasta el momento en la literatura.

Es necesario mencionar que dentro de este tipo de estudios que están limitados a un área de trabajo específica, existen algunos que utilizan técnicas más analíticas que descriptivas, pudiendo relacionar la Salud Laboral con variables de mayor complejidad. Un ejemplo es el estudio realizado por CEPAL, acerca del papel que ha jugado en la Salud Laboral, la formación en la gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo, donde se utilizan tanto técnicas cuantitativas como cualitativas. Otro ejemplo es el estudio *Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación*, que a pesar de centrarse en el ámbito de los/as trabajadores/as colombianos/as de la educación, relaciona éste con variables más amplias y del ámbito de las ciencias sociales.

A continuación, se enumeran y describen brevemente los 18 estudios encontrados que se refieren a un medio específico de trabajo y/o asocian un rubro a una enfermedad o riesgo específico. Se observa que de todos estos estudios, solo uno está dirigido directamente al trabajo realizado por mujeres.

1. **Autores: Ricardo Carrillo Salomón, René Suárez Martínez, Waldo Dieste Sánchez. *Morbilidad con incapacidad laboral temporal en una refinería de petróleo, según departamentos.*** Estudio descriptivo acerca de los/as enfermos/as por razones laborales en una refinería de petróleo y r cuáles son las enfermedades que más se presentan ahí. Cuba.
2. **Autores: Mônica Bonagamb Chiodi, Maria Helena Palucci Marziale, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi. *Accidentes de trabajo con material biológico entre trabajadores de unidades de salud pública.*** Investigación exploratoria con enfoque cuantitativo. Determinar la frecuencia de accidentes laborales de este tipo según sexo, edad, estado civil y área productiva. Brasil.
3. **Autores: Sebastián Claro, Paula Bedregal. *Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto, Santiago, Chile.*** Estudio cuantitativo correlacional acerca de la relación entre salud mental y edad, evaluación a docentes, remuneración, etc. Chile
4. **Autores: Evelín Escalona. *Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación.*** Reflexión teórica y caracterización de la relación entre salud, trabajo y desarrollo social, en trabajadoras/es de la educación. Venezuela.
5. **Autores: Julio Guerrero Puppo, Ileana Amell Muñoz, Rubén Canedo Andalia. *Salud Ocupacional: nociones útiles para los profesionales de la información.*** Revisión bibliográfica de artículos electrónicos sobre el tema. Cuba

6. **Autores: Raquel Junco Díaz, Geovando Martínez Hernández, María Victoria Luna Martínez. Seguridad ocupacional en el manejo de los desechos peligrosos en instituciones de salud.** Define los diferentes problemas que pueden existir con la exposición de las diferentes sustancias tóxicas existentes en las instituciones de salud. Cuba
7. **Autores: Luz Elena Ariza, Álvaro Javier Idovro. Carga física y tiempo máximo de trabajo aceptable en trabajadores de un supermercado en Cali, Colombia.** Estudio biomédico para determinar la carga máxima de trabajo físico que puede ser soportada por un/a trabajador/a durante una jornada laboral, sin llegar a ocasionar fatiga. Colombia
8. **Autores: Julio Guerrero Puppo, Ovidio Sánchez Fernández, Rubén Cañedo Andalia. Vigilancia de la salud del trabajador: un componente de la gerencia de las instituciones de la información.** Revisión bibliográfica de los riesgos y enfermedades de la informática. Cuba
9. **Autores: Leonard Mertens, Mónica Falcón. Salud y seguridad en el trabajo y el papel de la formación en México (con referencia a la industria azucarera) CEPAL.** Estudio cualitativo y cuantitativo que analiza el papel de la formación en la gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo. México.
10. **Autores: Alexandra Torres Aguayo y Tatiana Paravic Klijn. Morbilidad de la mujer trabajadora. Servicio de salud Concepción, Chile.** Estudio cuantitativo y correlacional de las causas por las que enferman estas mujeres. Chile
11. **Autores: Neide Tiem, María Helena Palucci. Enfermedades del sistema osteomuscular en trabajadores de enfermería.** Descriptivo y cuantitativo. Describe las enfermedades del rubro. Brasil
12. **Autores: Ivelin Morales Fuentes, Rosa Reyes Gil. Mercurio y salud en la odontología.** Revisa bibliografía en busca de los riesgos que trae para los/as trabajadores/as y pacientes el uso del mercurio metálico. Brasil
13. **Autores: Lic. Enrique José Ibarra Fernández de la Vega, Dr C. Pedro Juan Almirall Hernández, Dr. Manuel Francisco Perdomo Novas, Lic. José Julio Menéndez Llovez y Dra. Miriam Martínez Valladares. Necesidades de aprendizaje en profesionales cubanos de la atención a la salud de los trabajadores.** Estudia cuantitativamente la formación profesional de estos especialistas. Cuba.
14. **Autora: Dra. Maria Elena Reyes García. Morbilidad por laringitis nodular crónica profesional en educadores cubanos.** Análisis de datos médicos cruzadas con variables de edad, sexo y raza. Cuba.

15. **Autor: Juan Carlo Hiba. *Condiciones de trabajo, seguridad y Salud Ocupacional en la minería del Perú.* OIT.** Revisión de datos y fuentes bibliográficas para describir la situación de estos trabajadores. Perú.
16. **Autores: Dagmara Sánchez Arrastía, Reynol Moreno Puebla. René Esteban Ventura Velásquez, Rolando Torres Ruiz. *Estrés ocupacional en una comunidad cerrada.*** Estudio cualitativo y cuantitativo sobre morbilidad psiquiátrica. Cuba.
17. **Autores: Isolina Sánchez Jacas, Thelma Bonne Galí, Carina Pérez Ferrer y Maximiliano Botín Díaz. *Evaluación de la calidad de la atención médica integral a tabajadores del Municipio Santiago de Cuba.*** Evaluación de la calidad de la atención médica brindada por los/as médicos ubicados en centros de trabajo y responsabilizados con la salud de las/os trabajadoras/es en el municipio. Cuba.
18. **Autores: Eduardo Warley, Javier Desse, Edgardo Szyld, Fernando Silva Nieto, Silvia Cetani, Nancy Pereyra, Adriana de Luca, Alejandra Gurtman. *Exposición ocupacional al virus de hepatitis C.*** Estudiar la morbilidad de esta enfermedad a través de fichas clínicas en los/as trabajadores/as del medio hospitalario. Argentina.

En este tipo de estudio, donde se estudia un tipo de trabajo en particular, las fuentes de información utilizadas son generalmente fichas u otro tipo de registros médicos. Solamente 6 estudios utilizan técnicas de investigación cualitativas. Tres de ellos las complementan con datos estadísticos, y los otros tres corresponden a revisiones bibliográficas sobre el tema tratado. Los 12 estudios restantes utilizan solamente técnicas cuantitativas, analizando datos estadísticos y registros médicos sobre las enfermedades en el lugar de trabajo.

b) Grupo 2: La Salud Ocupacional con enfoque general o global

Otra forma de abordar el tema de la Salud Ocupacional es de manera más general, o a través de temas más globales. En esta línea, se encontraron 17 publicaciones, dentro de las cuales se identifican dos grandes tendencias de estudio:

1. Por un lado, se abarca el tema de Salud Ocupacional en todo tipo de trabajo, como problema general. Por ejemplo: se identifican enfermedades relacionadas con la salud mental que puedan adquirir los/as trabajadores/as de todos los rubros, o se utiliza a la

ergonomía como ciencia desde la cual abordar el tema de la Salud Laboral, y de proponer ciertas formas de prevención.

2. Por otro lado, se estudia la Salud Ocupacional desde la visión de las grandes transformaciones que han afectado al mercado de trabajo. En esta perspectiva se encuentran los estudios de género, y otros estudios como análisis de los efectos de la globalización sobre las formas de trabajo. Estos estudios son más críticos del funcionamiento del trabajo en un contexto de desarrollo y flexibilización del mercado laboral.

Con respecto a los estudios sobre el trabajo y la Salud Ocupacional en general (que son 9), se encontraron 4 dedicados solamente a la salud mental del/la trabajador/a. Se encontraron 2 estudios que abordaban la Salud Ocupacional de un país en particular, por ejemplo uno de la *Revista salud pública*⁴⁸, denominado "*Estimación de la incidencia de Enfermedades Ocupacionales en Colombia, 1985-2000*". Los otros dos corresponden a un artículo chileno sobre la salud de las trabajadoras, y a un estudio cubano que describe el estado actual de la vigilancia epidemiológica en ese país.

Hay 3 estudios que se refieren a la epidemiología, a la Salud Ocupacional y a la ergonomía, revisando las definiciones que se les han dado a estos conceptos en el ámbito científico, y relacionándolos, en el caso de la ergonomía, con los factores de riesgo existentes en el trabajo.

A continuación se exponen las publicaciones encontradas que estudian el trabajo y a la Salud Ocupacional mediante la situación de un país en particular, de la salud mental de las/os trabajadoras/es, y de la ergonomía y la epidemiología ocupacional como ciencia.

1. **Autores: Josicelia Dumet, Juliana Fernández, Angélica Guimaraes, Maria Carolina Gusmao, Cristina Melo. *Salud Mental y Trabajo: Significados y límites de modelos teóricos.*** Estudio de revisión bibliográfica y conceptual acerca de la relación entre salud mental y trabajo. Los estudios acerca de salud mental reconocen en el trabajo un papel estructurador en la vida de las personas, donde es posible y necesario realizar una labor preventiva en pos de una mejor salud mental. Brasil.
2. **Autores: Alvaro Javier Idovro. *Estimación de la incidencia de Enfermedades Ocupacionales en Colombia, 1985-2000.*** Estudio cuantitativo que describe la frecuencia de enfermedades ocupacionales y critica la labor de los/as profesionales de la salud dedicados a Salud Ocupacional. Colombia.

⁴⁸ Revista salud pública vol.5 no.3. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n3/20028.pdf>

3. **Autores: Gilda Lima Momo, Laura Aldana Vilas, Pedro Casanova Sotolongo, Pedro Casanova Carrillo, Carlos Casanova Carrillo, Eulalia García Gutierrez. *Influencia del estrés ocupacional en el proceso salud – enfermedad.*** Los conflictos psicológicos y la inadaptación de/la hombre/mujer al trabajo son capaces de generar problemas a la salud. Cuba.
4. **Autoras: Claudia Morales. *¿De qué se enferman las trabajadoras chilenas?*** Se identifican las principales enfermedades que adquieren las mujeres a causa del trabajo, según la ACHS 2005. Chile.
5. **Autores: Denise Tolfo Silveira, Heimar de Fátima Marin. *Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería: construyendo un modelo en Salud Ocupacional.*** Busca elaborar un modelo de conjunto de datos de enfermería en la Salud Ocupacional a través de revisión bibliográfica. Brasil.
6. **No se especifica autores (OIT). *SOS. Estrés en el trabajo: Aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor.*** La adopción de un conjunto de nuevas tecnologías y métodos de organización del trabajo como respuesta a los crecientes requisitos existentes en materia de productividad da lugar a un aumento de los casos de depresión y estrés inducido por el trabajo. Descripción de un estudio realizado por ILO.
7. **Autores: Cristina Robaina Aguirre, Fermín Robaina Aguirre y Nelson Tamargo Rodríguez. *La epidemiología ocupacional como herramienta básica para la salud de los trabajadores.*** Revisa la historia de la epidemiología, permitiendo sintetizar y reunir definiciones para luego concluir cual es la más adecuada y referirse a la función de esta disciplina en el área del trabajo. Cuba.
8. **Autor: Martha Guillén Fonseca. *Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en Salud Ocupacional.*** Revisión bibliográfica para explicar los riesgos relacionados con la postura, precauciones visuales, cardiovasculares y ejercicios físicos regulares, para evitar la aparición de enfermedades profesionales. Cuba.
9. **Autores: Phyllis Gabriel y Marjo-Riitta Liimatainen. *Mental Health in the Workplace: Introduction, Executive Summaries.*** Análisis (a través de revisión bibliográfica) de la Salud Ocupacional en los siguientes países: Finlandia, Alemania, Estados Unidos, Inglaterra y Polonia. EEUU.

Acerca de los 8 estudios con enfoque más global, se encontraron 5 que incluían un enfoque de género, caracterizando la inserción de la mujer al mercado del trabajo o relacionando la ocupación femenina con los costos a la salud.

Los 3 estudios restantes dentro del grupo de enfoque global, corresponden a un análisis de la salud de/la trabajador/a en un contexto de países en desarrollo y de globalización,

lo cual lógicamente ha traído consigo condiciones de trabajo distintas a las de antaño. Estos tres estudios se realizaron con metodología cualitativa y corresponden a artículos de publicaciones periódicas académicas.

A continuación aparecen los 8 estudios del subgrupo “enfoque global”, que incluye los 9 estudios hallados sobre género en el ámbito de la Salud Ocupacional.

1. **Autoras. Karen Messing, Jeanne Stellman. “Sex, gender and women’s occupational health: The importance of considering mechanism” Sexo, Género y Salud Ocupacional de las mujeres. La importancia de considerar los mecanismos.** Examina el inventario de investigaciones canadienses en marcha y de publicaciones científicas recientes con el fin de identificar tendencias utilizadas para estudiar la Salud Ocupacional de las mujeres. EEUU.
2. **Autor: Oscar Feo Isturiz. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente.** Cómo la globalización crea nuevas relaciones de trabajo que afectan la salud de los/as trabajadores/as y el medio ambiente.
3. **Autor: Ingrid Carolina Gomez. Salud Laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo.** Descripción de los efectos del trabajo sobre la salud de las/os trabajadoras/es. Revisión bibliográfica. Colombia.
4. **Autores: Cristina Robaine Aguirre, Fermín Robaine Aguirre. La epidemiología ocupacional en países en desarrollo.** Revisión bibliográfica acerca de los riesgos ambientales a los que están expuestos los/as trabajadores/as y las comunidades.
5. **Autora: Karen Messing. El trabajo de las mujeres: comprender para transformar (Karen Messing) CEM.** Análisis de la situación laboral de las mujeres en cuanto a salud y discriminación. Hace un análisis específico de algunos de los trabajos desde el enfoque de género. Metodología cualitativa y cuantitativa. EEUU/Chile.
6. **No se especifican autores (Ministerio del trabajo). Ocupación Femenina Caracterizando su Inserción Productiva.** Caracterización, según encuesta Casen 2003, de la inserción de las mujeres al mercado de trabajo. Chile.
7. **Autres: Jane Rubin-Kurtzman, Catalina Denman, Gabriela Grijalva. Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina.** Efectos de las grandes transformaciones socioculturales, entre ellas las del trabajo, en la Salud Ocupacional de las mujeres de acuerdo a estudios empíricos realizados en Brasil, Chile, México y Argentina. EEUU.

8. **No se especifican autores (Agencia Europea para la seguridad y salud en el trabajo). *Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. SERNAM.*** Análisis cuantitativo y cualitativo de las diferencias de género en la seguridad y salud en el trabajo, sus causas, las medidas que se han tomado en el tema, y las medidas que deberían tomarse. Para Europa.

V. ANÁLISIS CUALITATIVO

1. Análisis de entrevistas a expertos en Salud Ocupacional en Chile

a) Nociones de la Salud Ocupacional

La Salud Ocupacional es un tema complejo que involucra la relación que se establece entre trabajo y salud, además de una serie de otros factores, agentes y condiciones presentes en el ambiente laboral que son reconocidas como factores de riesgo implicados en la patogénesis de muchas enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud define el Trabajo Saludable como "...Un proceso continuo cuya labor es elevar la calidad de vida laboral, salud y bienestar de todas las poblaciones que trabajan, por medio de una mejora de su medio ambiente (físico, social, organizativo, económico), habilitación personal y crecimiento personal"⁴⁹.

Mientras que la Organización Internacional del Trabajo se refiere a Salud Ocupacional como aquella que se debe lograr a través de la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de todos y todas las trabajadores/as⁵⁰.

Es en este sentido, que al hablar de Salud Ocupacional, todas y todos los entrevistados/os hacen referencia a las concepciones sobre trabajo y salud. De alguna manera se alude a que en esta interacción aparecen otros factores importantes a considerar: la valoración cultural, la seguridad y las condiciones laborales.

"El trabajo es determinante de la salud de las personas. Eso es clarísimo. No es un tema individual. Es un tema que tiene que ver con la sociedad. Porque además el trabajo es el que me va a permitir, dependiendo bajo qué condiciones trabajo, voy a tener que correr riesgos en mi trabajo, pero además voy a tener algo muy importante que es el salario, y por lo tanto, el trabajo es determinante en el acceso de que yo pueda tener salud. Si yo me enfermo, cómo se me repara la salud..."

(Enfermera, Ministerio de Salud)

"No necesariamente está presente siempre el mejor asegurar un empleo, y que el desarrollo económico va a generar salud...pensando que la salud pasa a ser un elemento sustancial de requisito para el tema del desarrollo. Yo

⁴⁹OIT (1997) sacado de: Programa para la prevención y eliminación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal en Sudamérica. 2001. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/estudio_de_salud_mollehuaca.pdf

⁵⁰OIT/OMS (2008) sacado de: Empleabilidad de la enfermedad mental en el mercado de trabajo. Uno mas.2008. Disponible en: http://www.fundacionprevent.com/uno_mas/infounomas/articulo.htm

creo que hay mucho de eso con respecto al modelo y tú te encuentras también en salud y también acá en la gente en las regiones cuando tienen que dirimir sobre situaciones de proyectos de impacto ambiental, el tema de las presiones con respecto a tomar las decisiones...los problemas de salud, no solo ocurren con los temas de la empresa, sino que también tienen que ver con las relaciones laborales, y que el tema de mi seguridad en el empleo, mi forma de contrato determine incluso un patrón de lo que tú puedes tener del perfil de accidentes y enfermedades del trabajo...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“El trabajo es un lugar donde, ...yo dejo la vida por ganarme la vida...tiene que ser un lugar donde tú te dignifiques, cuando entendamos eso y trabajemos por eso, el resto sale solo...es un tema de nuestro concepto de sociedad, el respeto al ser humano, el respeto a la vida, el que el trabajo para ti sea una herramienta que tú evoluciones, que sea de desarrollo y que no sea solamente el adquirir de ti, del trabajador que yo contrato, yo necesito de usted esa producción y el resto no me interesa, pero es la sociedad entera, no es el empleador, ojo, es cuanto la sociedad valora eso...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

El trabajo es una actividad social fundamental, de interacción material entre el hombre/mujer y su medio ambiente (socio-económico, abiótico, biótico y cultural) cuyo componente específico y fundamental es su carácter socio-histórico⁵¹.

Para la mayoría de los/las entrevistados/as al hablar de Salud Ocupacional hacen referencia además, a una serie de factores sociales, culturales e históricos que han intervenido e intervienen en el desarrollo de este ámbito en el país.

“Los temas fueron como borrados de la agenda en salud, borrados de la agenda de los otros sectores en forma súper eficiente. Entonces yo creo que ese es un tema real, digamos, en términos de la concepción o la cultura, por otro lado, yo creo que la realidad de la baja participación en materia de organización sindical o laboral también refleja, cierto, que no hay suficiente espacio en términos de reivindicación y de presión sobre estos temas y desde la autoridad yo creo que en este modelo, en el cual tu cuando tienes que definir una cosa, hay una concepción en términos de cautelar el tema de desarrollo, el aseguramiento de empleo, el tema del aseguramiento de empleo no necesariamente se asocia al tema de trabajo decente o más que trabajo decente, trabajo justo, o sea, incluso, cuando uno revisa la definición de trabajo decente no está presente salud en su definición...”

⁵¹ Guerrero J., Amell I., Canedo R. (2004).

(Médica, Subsecretaria Salud Pública).

“Recién en Chile después de venir saliendo del horror que era la dictadura en este país,...donde había desaparecido en el sistema público de salud prácticamente, la Salud Ocupacional absolutamente, y había quedado solo en el ámbito de la compensación económica. Vale decir, cómo los trabajadores podían evaluarse médico legalmente y acceder a alguna pensión producto de su trabajo o tener licencia médica por el trabajo. Entonces, todo el trabajo estaba centrado en las COMPINES... por fin el Estado empieza a posicionarse en los temas que siempre debió haber estado. Y que nunca debió haber abandonado...hay una decisión política muy fuerte en materia de protección social...Esa es una de las grandes apuestas de la Michel Bachelet. Entonces ahí está salud, pues. Si salud es parte de la (...) social, Salud Laboral...hay señales claras de que salud se puso con el tema y que se lo comunica a los otros organismos de Estado. Que hay una política de intersectoralidad, de trabajar con los otros. Eso es un cambio que no había”.

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“Eso tiene que ver con la posibilidad que yo he tenido de acceder a sistemas de información, acceder a que yo sí pueda pagar esos alimentos saludables que me recomiendan, acceder a si yo tengo tiempo de hacer ejercicios o no, si yo trabajo en turno o no trabajo en turno, entonces en general las políticas que ha habido de promoción, ponte tu, del tema de tabaco... la mayoría de los problemas, o el tema de ejercicio físico, dietas, principalmente los grupos que han sido beneficiados, son los grupos de mayores recursos, que están más arriba en la escala social, y los grupos más precarios, de menos recursos, y para esto los sectores menos calificados el mundo laboral...”

(Médica, Subsecretaria Salud Pública).

En esta perspectiva, el trabajo se relaciona con el contexto histórico social de los/as individuos y con la conciencia social ya que incluye la interacción de/la sujeto con su propio organismo biológico, psicológico y social⁵². De allí que aparece aproximadamente en la mitad de las entrevistas realizadas la noción de justicia en relación a las necesidades de los trabajadores y las trabajadoras.

“Entonces, cuando un hombre o mujer, necesita un trabajo está vulnerable...no es justo que el mercado lucre con una vulnerabilidad de las personas”.

(Médico, Instituto de Salud Pública)

⁵² Ídem.

Nociones de Salud Ocupacional

- Existe una relación estrecha entre salud y trabajo. El trabajo es visto como un ámbito fundamental de la interacción de hombres y mujeres con el medio ambiente y es reconocido por Organismos Internacionales como relevante para el mantenimiento de la salud.
- La concepción de Salud Ocupacional por mucho tiempo se consideró desde la perspectiva de la higiene y seguridad social.
- Actualmente se amplía esta concepción de Salud Ocupacional incorporando factores como: la valoración cultural, los factores sociales e históricos, los cuales han influido en el desarrollo de esta área de estudio e intervención.
- Además se incluyen como ámbito inmaterial a considerar: la conciencia social y la justicia, como valores relevantes a la hora de hablar de esta temática.

b) La Salud Ocupacional desde la mirada del riesgo de accidentes y enfermedades

De la relación entre trabajo y salud, el trabajo debiera pensarse como un medio de apoyo para la salud, sin embargo, muchas veces presenta riesgos, exigencias y condiciones laborales que pueden provocar daños a ésta.

Las nociones de percepción de riesgo se refieren a la evaluación que un sujeto hace de la probabilidad de que un evento adverso le ocurra en el futuro y sus posibles

consecuencias⁵³. Aunque esta conceptualización es coherente, parece expresar que las/os individuos operan con probabilidades numéricas de ocurrencia de determinados eventos y de sus posibles consecuencias, lo que connota una suerte de objetividad. Frente a esta visión “reduccionista”, se plantea que el estudio de la percepción de riesgo debe prestar atención a las creencias, actitudes, juicios, sentimientos, emociones y valores que las personas tienen o adoptan frente a los riesgos, en este caso, en el ejercicio de su trabajo.

En la vida cotidiana se pueden observar riesgos de los cuales los/as sujetos pueden ser conscientes y por tanto, conocer sus consecuencias, y otros que desconocen por completo, aunque convivan con ellos. *“En este sentido se habla de riesgos conocidos/desconocidos; riesgos voluntaria/involuntariamente asumidos. Hay riesgos que pueden ser controlados, hay otros que se encuentran fuera de nuestro alcance – riesgos controlables/incontrolables. Hay riesgos cuyas consecuencias son más o menos graves, más o menos letales o más o menos irreversibles”*⁵⁴.

Existen diferentes modelos explicativos para aproximarse a la noción de riesgo. En primer lugar, aquellos que focalizan en la conducta individual de riesgo, concebida como resultado de una operación racional y un criterio de rentabilidad costo/beneficio, basada en un conjunto de determinantes: conocimientos, actitudes, motivaciones, habilidades; sus diagnósticos enfatizan nociones como *“desajuste de información y/o competencias”* y sus propuestas apuntan al ajuste en tales dimensiones⁵⁵.

Estos enfoques definen el riesgo como *“contingencia o proximidad de daño”*, es decir, el riesgo tiene propiedades objetivas. Para que exista riesgo tiene que existir la probabilidad de sufrir un daño, un evento futuro del cual se desconoce la certeza de su resultado⁵⁶. Según Palma, esta noción se vincula con la teoría de la decisión, para la cual el riesgo es igual al producto de la probabilidad y de la magnitud del daño. El supuesto que está detrás es que el sujeto estaría orientado a reducir al menor nivel posible su propio riesgo, según el nivel de información o conocimientos teóricos y prácticos que maneje, sus creencias y actitudes para poder tomar una decisión racional y adoptar conductas preventivas.

A lo anterior se suma la idea que sostiene que el beneficio esperado constituye una variable relevante, *“la gente está dispuesta a tolerar el riesgo procedente de aquellas*

⁵³ Barrientos, 1998. Cit. en: Moreno, C.; Schellman, M. p.50 En: Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA. CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

⁵⁴ Blanco et al. (2000) Cit. en: Moreno, C.; Schellman, M. p.53 En: Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA. CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

⁵⁵ *Ibíd.*, Pág. 6.

⁵⁶ Prohaska, (1990). Cit. en: Palma, I.; Abarca, H.; Moreno, C. (2002) p.6 En: Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA. CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

*actividades de las que espera conseguir algún beneficio*⁵⁷. Es el riesgo asumido por placer, con el propósito decidido y convencido de conseguir un refuerzo, como parece ser el caso en las relaciones sexuales sin protección, en el consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.

Las preguntas que hace Palma respecto a estos enfoques sobre riesgo son pertinentes: ¿qué hace que el/la individuo, concededor del riesgo, tenga una conducta no preventiva? Más aún, ¿por qué decide tenerla? Tal perspectiva sostiene que la/el sujeto del riesgo no es el/la sujeto cognitivo clásico –el/la que percibe el evento, lo procesa, lo evalúa probabilísticamente y lo enfrenta conductualmente-, sino que es un/a sujeto que reacciona, al menos de modo preponderante, mediado por variables del orden de las emociones.

De manera complementaria están los enfoques que se aproximan al riesgo a partir de los problemas de inequidad, expresados en los más diversos ámbitos de la vida social, los que determinan la vulnerabilidad de las personas, como ya se ha visto. En esta perspectiva, la pregunta con relación al riesgo de las personas se desplaza desde la/el individuo hacia los contextos sociales y culturales, desde la cognición al significado, de los conocimientos a las competencias y recursos, de los comportamientos autónomos a las relaciones de poder entre los/as sujetos, de la respuesta individual frente a algunos tema como la Salud Ocupacional, a la respuesta política y particularmente, centra su análisis en las prácticas y el contexto cultural en el que tienen lugar, cuestiones fundamentales en la exposición al riesgo de las personas.

Esta perspectiva corresponde al “*construccionismo social*” y su énfasis está en la acción sociocultural como esfera que articula individuo y sistema sociocultural en el nivel de la intersubjetividad, en un movimiento que co-define la realidad de la vida cotidiana. Esto plantea que cada sociedad construye el riesgo para las personas, el que incluso es diferente para cada uno de los grupos sociales que la constituyen y lo hace según sus características socioeconómicas, el sistema de valores que regulan la convivencia, en donde el género es una variable axial.

Este enfoque, según Palma (2002), además, apunta a la reflexividad como proceso de análisis cultural en la perspectiva de alcanzar el auto/mutuo y sociocuidado. En esta perspectiva, las actitudes y los valores frente a los riesgos, están profundamente inmersos en un sistema de creencias, valores e ideales que conforman una cultura o una subcultura, cada una de las cuales enfatizará algunos riesgos y minimizará otros⁵⁸.

⁵⁷ Slovic, P. (1987) Cit. En: Palma, I.; Abarca, H.; Moreno, C. (2002) p.7 En: Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA. CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

⁵⁸ Pollack, M. (1992) Cit. en Palma, I.; Abarca, H.; Moreno, C. (2002) p. 8 En: Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA. CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

En el caso de la Salud Ocupacional, la mitad de las/os entrevistadas/os hacen alusión a las miradas reduccionistas que existen para enfrentar los problemas de esta área, centrándose principalmente en los riesgos de accidentes o enfermedades, sin mirar otros factores como las condiciones laborales o la organización del trabajo.

“Todos los procesos de trabajos tienen riesgos ocupacionales, mayores o menores, uno podría pensar, que evidentemente que hay ciertos sectores que tienen, por ejemplo la minería o la construcción, siempre se ha dicho que tiene mucho más riesgo de accidentes laborales que otros sectores...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo).

“(años 93 y 94) El tema principal pareciera que era la sordera... Porque esas eran las cosas que se evaluaban. Porque la mirada tenía que ver con la evaluación médico-legal más que los problemas de salud efectivos que estaban teniendo las trabajadoras y los trabajadores. Entonces, toda la patología osteomuscular sistemáticamente desde hace veinte años ha sido negada como patología de origen laboral...”

(Enfermera, Ministerio de Salud).

“Los problemas de Salud Laboral, o los trabajadores, lo reduce a los temas de Salud Ocupacional, siendo ello causa directa del trabajo, y además lo reduce a los tema de accidentes del trabajo, es una mirada muy de una mirada de causalidad directa, de que tú tienes un riesgo, que tu lo ves, que lo visualizas y que te causa un problema de salud, como una mirada muy clásica de las cosas de salud... en general el foco siempre está en los temas de accidentes”.

(Médica, Subsecretaria de Salud).

En este mismo sentido, se puede apreciar que la mayoría de las y el entrevistadas/o manifiestan que existe una tensión entre definir lo qué es una enfermedad ocupacional de lo qué no lo es, lo cual se relaciona con la delimitación de los factores gatilladores, las leyes que existen y que al mismo tiempo dan el marco legal a la hora de pedir compensaciones al respecto.

“La ley chilena, el decreto 109 tiene un problema que es un tema que no es menor, que es qué es lo que tú entiendes por patologías del trabajo. Si estamos diciendo la patología del trabajo es aquella de acuerdo a la ley, ocasionada de manera directa por el trabajo. O sea, el estrés laboral, yo tengo que tener el estresor, probar que tengo el estresor en el trabajo, que me provocó el estrés”.

(Enfermera, mujer, Ministerio de Salud)

“Una cosa es hablar de salud de los trabajadores y otra cosa es que hablemos de los problemas de salud que se generan por un agente en un lugar de trabajo. Y esa división que en el fondo uno tiene en términos legales de lo que es Salud Laboral y lo que es no Salud Laboral, que tiene que ver con un tema compensatorio legal, no necesariamente se traduce eso en lo que a uno le pasa en la vida diaria ni con la salud de las personas...la gente termina discutiendo la ley de accidentes que emana del trabajo, me entiendes, o sea, tú hablas de salud y la gente habla de la ley, y la ley es un instrumento, pero la salud, en los trabajadores es mucho más amplio un seguro que te acceda o no a un determinado provisionamiento...”

(Médica, Subsecretaria de salud Pública).

“Antes las cosas eran como unifactoriales y hoy día como la vida ha cambiado, el estilo de sociedad que tenemos hoy día ha cambiado, es de mucha demanda, de mucho estrés, de mucho sobreesfuerzo, muy individualista y de poca conciencia de auto cuidado las enfermedades que se presentan son multifactoriales y el tema que tenemos en este minuto es como tu separas lo que es causado directamente por trabajo, lo que es causado relacionado con el trabajo, que en ese caso no es una enfermedad profesional... hay dos leyes distintas, una ley para enfermedades comunes y una ley para enfermedades y accidentes del trabajo, y el hombre es uno solo, entonces nuestro problema hoy día es la multifactoriedad de las enfermedades y nuestro problema es que han cambiado los riesgos...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

En esta área es interesante mencionar que uno de los entrevistados se refiere a como las compensaciones, en el caso de las mujeres, se han estudiado en distintos lugares del mundo, considerando la perspectiva de género y dando cuenta de cómo esta situación está dañando la salud de las mujeres.

“Hace una tendentis, va a pasar lo que en estos estudios se ha llamado el calvario de la compensación, es decir, no hay un canal que diga aquí ocurrió un desastre desde el punto de vista de la prevención, tenemos que conversarlo...es decir, en chileno es el comprahuevo, ... (se le dice a la mujer) hace mucho, usted cocina, sí, a bueno, es porque cocina mucho, obvio, me entiende, en la casa hace los mismo que hace en el trabajo, entonces se le castiga asumir la doble carga, y asumirla además, con las restricciones que implica el trabajo moderno, es decir, esta 8-9 horas en el trabajo, y por lo tanto, la doble carga la tiene que asumir corriendo, lo más probable es que se lesione, entonces, el sistema está castigando a las mujeres cuando las somete a tramitación de no reconocer que el trabajo fue el factor gatillante y de buscarle la quinta pata al gato, y tratar de demostrar que mire como hacia las camas apuradas, como cocinaba apurada, etc....”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

La Salud Ocupacional desde la mirada del riesgo de accidentes y enfermedades

- Existen diversas aproximaciones teóricas al estudio del riesgo: desde la mirada individual que supone que los sujetos estarían orientados a reducir al menor nivel posible su propio riesgo, según el nivel de información o conocimientos teóricos y prácticos que maneje, sus creencias y actitudes para poder tomar una decisión racional y adoptar conductas preventivas. Otras se aproximan al riesgo a partir de los problemas de inequidad, expresados en los más diversos ámbitos de la vida social, los que determinan la vulnerabilidad de las personas, en ellos el riesgo de las personas se desplaza desde el individuo hacia los contextos sociales y culturales, a la respuesta política y particularmente, centra su análisis en las prácticas y el contexto cultural en el que tienen lugar, cuestiones fundamentales en la exposición al riesgo de las personas.
- Se aprecian miradas reduccionistas, individualistas para enfrentar los problemas de esta área, centrándose principalmente en los riesgos de accidentes o enfermedades, sin mirar otros factores como las condiciones laborales o la organización del trabajo para enfrentar los problemas de esta área.
- Existe una tensión entre definir lo que es una enfermedad ocupacional de lo que no lo es, lo cual se relaciona con la delimitación de los factores gatilladores, las leyes que existen y que al mismo tiempo dan el marco legal a la hora de pedir compensaciones al respecto.

c) Salud Ocupacional y su relación con el autocuidado y los estilos de vida saludable

En el proceso de construcción del concepto y/o noción de la Salud Ocupacional se incorporan otras nociones que le agregan valor, como son el autocuidado y los estilos de vida saludable. Estos conceptos se han ido incorporando paulatinamente desde hace algunos años en el Sistema Público de Salud, como herramientas de prevención y promoción de la salud en general.

Según la OPS⁵⁹ los estilos de vida son las formas de vida que reconocen como factores de riesgo el alcohol, droga y consumo de tabaco, inactividad física, régimen alimentario indebido y estrés, los cuales, al ser eliminados pueden tener una repercusión positiva cuantificable sobre la salud individual así como sobre la población en su totalidad, se refiere además a su relación con patrones de comportamiento, determinados por características personales, interacciones sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Por su parte, el autocuidado se refiere a la modificación o conservación de patrones en el estilo de vida que engendren prevención de la salud; mientras que los estilos de vida saludable se refieren a las formas en que las personas viven y se desenvuelve en un determinado medio, es decir, a sus conductas, costumbres imperantes, creencias; ya que son estas características las que van a determinar quienes están enfermos/as o sanos/os⁶⁰.

En este sentido, la mitad de las/os entrevistadas, mencionan el uso de estos conceptos como herramientas que se utilizan para prevenir riesgos, sin embargo, aparece una tensión en su aplicación.

“Somos súper críticos en el tema de los estilos de vida y promoción de salud como se ha planteado por mucho tiempo en salud, que predomina, tú fumas pucho, tienes que dejar de fumar, tú subes de peso, tienes que hacer ejercicio; eso es asumir que la decisión de tu conducta tiene que ver con una decisión individual, y los patrones, en general, de “estilos de vida”, como se les llama, no son opcionales, en la magnitud como se plantean, sino que tienen que ver con la forma en cómo yo me inserto en el trabajo...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“...El tema que uno trabaja todos los días es asegurar la calidad de la atención de aquel trabajador que tiene algún problema, y el otro tema es elaborar los programas de vigilancia epidemiológica de los trabajadores que están expuestos a riesgos laborales y que pueden tener un daño agudo o un daño crónico, y esos programas de vigilancia son bastante complejos de elaborar porque no es llegar y elaborar un programa porque tiene que existir indicadores biológicos que sean sensibles y específicos de ese riesgo...Y el otro tema, más atrás que eso es el tema de la promoción de la salud, o sea, no solamente, como nuestro principal rol es

⁵⁹ OPS (2008) Estilos de vida
<http://www.paho.org/spanish/dd/pub/TopicHome.asp?ID='515,516,517,518,519,520'&KW=reviewedPublications&Lang=S&Title=Estilos%20de%20vida> Recuperado: abril 2008

⁶⁰ Rojas Teja, Jorge e Zubizarreta Esteve, Magdalena (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Enfermer*, jan.-mar., vol.23, no.1, p.0-0. ISSN 0864-0319.

la prevención, la promoción de la salud, el concepto del autocuidado en el trabajador, eso es vital, o sea, mientras el trabajador no tenga el concepto de auto cuidado, y asuma su propia responsabilidad de cuidarse a sí mismo, dado que está trabajando en un lugar x, es muy difícil también, entonces también es un tema que hemos trabajado bastante...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Se pueden apreciar que ambos conceptos persiguen el bienestar personal y social, sin embargo, su aplicación está sujeta a una serie de condiciones económicas y laborales.

La Salud Ocupacional y su relación con el autocuidado y los estilos de vida saludable

- Los conceptos de estilos de vida saludable y autocuidado son utilizados por el Sistema Público de Salud, como herramientas de prevención y promoción de la salud en general, motivados desde la OPS.
- Se aprecia el uso de los conceptos estilos de vida saludable y autocuidado como herramientas que se utilizan para prevenir riesgo, sin embargo, existe una tensión en su aplicación basada en condiciones económicas y laborales.

d) Avances que se visualizan en estas materias

Todas y todos las/los entrevistados/as coinciden en visualizar un cambio en la situación de la Salud Ocupacional en Chile, apareciendo una mayor visibilidad del tema. No obstante, se aprecia una diferencia en las razones que fundamentan este cambio, se observa por un lado, una apuesta gubernamental debido a presiones sindicales anteriores y por otro, a presiones del mercado internacional que ha provocado cambios en esta área.

“Necesariamente han habido cambios porque hay temas que están puestos más en la mesa por distintas razones, bueno en general yo creo que las razones en las cuales han habido cambios de Salud Laboral siempre han sido una perspectiva de reivindicación desde la cosa laboral, si uno analiza para atrás tampoco han sido iniciativas tan claras desde el Estado, respecto

a priorizar estos temas...el tema estaba más puesto en la agenda, yo creo que no es menor las iniciativas que han tenido desde el ministerio del trabajo”.

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“De los ‘80, ‘90, hay movimientos de diferentes actores sociales que están mostrando que las condiciones de trabajo de todos esos sectores son demasiado malas, muy precarias, y que la legislación es insuficiente para protegerlos. Entonces por eso que a partir de los ‘90, con los primeros gobiernos de la concertación, hay todo un intento de mejorar a los sectores más precarios, en relación a las condiciones de trabajo, del trato, condiciones generales de relación laboral”.

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

“El asunto de la seguridad y de la salud en el trabajo, yo creo que está empezando lentamente a incorporarse en la cultura organizacional de las empresas, en el asunto de las responsabilidades sociales empresarial, empieza a recobrase este tema como un tema que está en la agenda...la inserción de Chile en los mercados internacionales también ha tenido un peso muy importante, o sea, la competencia internacional con productos o servicios que han sido hechos con condiciones de trabajo defectuosas es muy desventajosa para las empresas y además es un mancha como difícil de borrar o sea un accidente fatal ponte tú en una empresa o por descuido o lo que sea es una mancha muy clara muy fuerte de manera que la inserción de Chile en la globalización o sea en negocios globales el tratado de libre comercio también tienen una cláusula importante en seguridad e higiene...”.

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

“Aquí se partió en Chile con tasas de accidentabilidad de un 30%, entonces, y hoy día llevamos en tasas mucho más bajas de un 6%, entonces antes de cada 100 trabajadores 30 se accidentaban y hoy día de cada 100, 6 se accidentan, antes la gente se caía de los andamios porque no usaban casco, no usaban zapatos de seguridad ni cinturón de seguridad, hoy día eso sucede pero mucho menos. Hoy día existe una conciencia enorme, entonces hoy la situación ha variado muchísimo desde el punto de vista de que el trabajador sabe que tiene que preocuparse, el empleador sabe que tiene que preocuparse, y de que además hay presiones externas porque nosotros exportamos mucho, entonces si nosotros no nos preocupamos de la Salud Ocupacional nos van a acusar de dumping, entonces hay una presión externa también que ayuda mucho a que haya mejor prevención...”(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

En este sentido, las estrategias empresariales que vinculan competitividad y calidad del empleo podrían lograr a mediano o largo plazo aumentos en la productividad, evitando la precariedad del empleo, construyendo relaciones más armónicas y humanizadas⁶¹.

Además, se aprecia en la mayoría de las y los entrevistados/as una visión de avance centrada en la visualización de cambios legislativos y mayores medidas de prevención.

“Otro cambio interesante que hubo un poco en el área de subcontratación que vamos a ir viendo sus efectos en estos años, porque ahí empezó a regir, recién el año pasado, es en las cadenas de subcontratación. Que se obliga a la empresa mandante a tener condiciones de trabajo de igual calidad, buenas, para el conjunto de las empresas que le prestan servicios o de los trabajadores que les prestan servicios a otras empresas...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

“Mi percepción es que ha habido un cambio evidentemente de cuando empecé a trabajar en este tema...la mejoría que podemos advertir es en los accidentes del trabajo y fundamentalmente en las grandes empresas...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

⁶¹ Díaz E. (2003) Transnacionalización de la industria salmonera. Aspectos socio-laborales de un proceso en curso. OXFAM, Hexagrama Consultoras. Santiago de Chile.

Avances que se visualizan en estas materias.

- Hay una mayor visibilidad del tema. No obstante, se aprecia una diferencia en las razones que fundamentan este cambio, se observa por un lado, una apuesta gubernamental debido a presiones sindicales anteriores y por otro lado, presiones del mercado internacional que ha provocado cambios en esta área.
- Se aprecia un avance centrado en la visualización de cambios a nivel legislativo y mayores medidas de prevención.

e) Datos y registros en Salud Ocupacional

La base de todo sistema de salud son sus datos y estadísticas, ya que gracias a ellos se pueden elaborar políticas, programas e intervenciones en las distintas áreas.

La preocupación por los registros de la información aparece reiteradamente en los entrevistados/as, quienes en su mayoría cuestionan los datos existentes, la existencia de subregistros y por lo mismo mencionan la dificultad que existe para compararse con otros países, debido a la insuficiencia de los datos.

“No existen datos nacionales oficiales del país, en materia de la situación de la salud de los trabajadores...la salud de los trabajadores tiene que ver desde dónde tú lo estás midiendo. Desde dónde te paras a medir. Si nosotros en ese momento estábamos viendo qué es lo que estaba ocurriendo, el tipo de organización del trabajo que había, cuáles eran las principales actividades económicas, siempre ha habido un subregistro del tema de la salud de las trabajadoras y de los trabajadores. Por lo tanto, la información que a mí me entregan las mutuales de seguridad sigue siendo absolutamente insuficiente. Me están dando un perfil de que los trabajadores se accidentan. Los datos que existen son datos parciales y son contruidos por los organismos administradores de la ley. Me refiero, el sistema de mutualidades ha ido elaborando esto. Pero el sistema de mutualidades es un sistema que ellos producen datos a partir de su propia demanda, que piden contra su sistema y de los programas de vigilancia que ellos tengan...Ahora desde el sector público nosotros tenemos claridad de que hay subregistros, que hay subnotificación, que hay trabajadores que por el temor a perder su trabajo no van a presentarse. Una intoxicación por

plaguicida a una trabajadora agrícola sencillamente no acude a la mutual de seguridad para que quede registrado como accidente del trabajo, porque la trabajadora sabe que va a perder el trabajo a continuación...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“Los datos en realidad no existen, no existían y no existen, es decir, nosotros no tenemos una suficiente claridad de datos en Salud Ocupacional, como para decir esta es la Salud Ocupacional, está la situación de Salud Ocupacional en Chile...(los pocos datos que habían) uno le creía a los datos, Chile tenía la curiosidad de que en Chile los trabajadores no se enfermaban por problemas de trabajo, porque era absolutamente subregistrado... las estadísticas no son finas...por eso se echan mucho de menos las estadísticas del MINSAL, que podrían hacer un análisis epidemiológico más fino...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

Este cuestionamiento de los datos tiene relación, según algunas de las entrevistadas, con diferentes factores que intervienen, a saber: la actualización de las cifras y la falta de datos epidemiológicos, entre otros.

“Uno analiza una información para poder tomar, o dar respuesta a lo que tú señalas, pero uno también se pregunta que si la información de la que dispone es la real de lo que está pasando, de lo que está pasando en Chile, y uno sabe que el subregistro que existe en Chile es importante, está claro que en materia de accidentes sus registros no están, pero si básicamente se concentra en la población que accede a este seguro de accidente o enfermedad del trabajo y si yo pienso que muchas de las mujeres que trabajan lo hacen en el sector informal, lo hacen en forma temporal, no es una relación formalizada, yo la mayoría de los problemas que pueden estar vinculados a accidentes, yo lo desconozco en términos de las estadísticas sanitarias del trabajo, de qué es lo que está pasando con ellas, o sea, si yo quiero saber que está pasando en realidad con muchas mujeres que pueden trabajar de asesoras del hogar, o en tema de lavandería..., yo no lo voy a ver, como es mucha la gente que está con un contrato, sin contrato, no va a estar reflejado en las estadísticas y eso es un número importante de un grupo de mujeres...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“(en la ley) En esos dos millones no están todos los recogidos que trabajan sin contrato... entonces, cuando vienen estos planes (transantiago) que lo hacen con las cifras oficiales, sin entregar un poco más, se dan cuenta que hay sorpresas...cuando se dieron cuenta de la cantidad de gente que se mueve a un trabajo, se cayeron de espalda...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

“En salud o los registros de accidentes o enfermedades laborales no deberían estar supeditados a que si la persona tiene o no acceso a un seguro de accidente o enfermedad del trabajo, deberían estar notificados porque es un problema de salud pública y porque uno tiene que tomar una decisión sanitaria, independiente de que el seguro la cubra o no...”.

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

Uno de los entrevistados, pese a cuestionar los datos entrega información relevante de cómo leer los subregistros, ya que son un tema de discusión en distintos lugares del mundo.

“Que Chile tenía la misma situación del resto de los países, que los accidentes evolucionan siguiendo las tendencias de los ciclos económicos, es decir, cuando la economía esta pa’riba los accidentes suben, cuando la economía esta pa’bajo los accidentes bajan, eso ocurre en muchos países del mundo, ...porque en las explicaciones en los países que tienen estadísticas serías es que los accidentes caen, no porque haya disminuido el ritmo de la actividad, si no que en situación de crisis la gente conserva el empleo, y denuncia menos, entonces, por eso bajan las estadísticas, ya, lo cual es un indicador en todos los países, de que los hay un subregistro ...”.

(Médico, Instituto de Salud Pública)

Pese a los precarios datos, se visualizan avances en ellos, en relación a años atrás, viendo la posibilidad actual de realizar avances significativos en estas materias. Esto se observa por ejemplo en la baja de accidentes laborales como lo manifiesta una entrevistada del Ministerio de Salud:

“Yo sé que ha trabajado mucho en el tema de mejorar los datos el último año en la súper, con respecto sobretodo a la información de mutuales...”.

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

“Si, claro, habían más accidentes del trabajo. No cabe ninguna duda. Nosotros miramos y hay una curva descendente de los accidentes de trabajo, porque han mejorado las condiciones de trabajo y hay un cambio. Indudablemente. Pero cuando yo miro casos de mortalidad, también han disminuido, pero deberían haber disminuido muchísimo más...Ahora, nosotros recién estamos teniendo sistemas de vigilancias nacionales, que nos están diciendo más cosas que solo la gente que está protegida de la ley de accidentes del trabajo... Entonces, a mí por eso digo que es tan importante esta encuesta que estamos haciendo, esta encuesta nacional de calidad de vida... es la encuesta para poder saber qué hacer en Chile, y dos, para hacer un sistema de información...”.

(Enfermera, Ministerio de Salud)

Datos y registros en Salud Ocupacional

- Se aprecia una preocupación por este tema, donde se hace hincapié en la insuficiencia de los datos existentes, además se cuestionan los mismos y se da cuenta del subregistro de ellos.
- Una de las mayores dificultades es la falta de actualización de las cifras y datos epidemiológicos, lo cual puede permitir conocer la realidad de la situación y elaborar políticas al respecto.
- Sin embargo, se aprecian avances en estas materias como la disminución del número de accidentes y la creación de nuevos sistemas de registro.

f) Salud Laboral y división sexual del trabajo

Los enfoques tradicionales de la Salud Laboral han buscado reducir riesgos en accidentes y enfermedades desde la mirada de la compensación financiera más que la prevención, centrados en la higiene y la seguridad. Estos planteamientos han sido cuestionados desde las diferentes movilizaciones sociales en diversas partes del mundo, dándole importancia a las relaciones sociales, al impacto del trabajo sobre la salud y a la organización del trabajo cuyos elementos inmateriales son importantes a considerar en las políticas de salud⁶².

De esta forma se ha incorporado a la discusión de la Salud Laboral la forma en que la organización del trabajo aparece determinada por la división sexual del trabajo. Se ha ido estudiando como los hombres y las mujeres están distribuidas en forma desigual en las diversas ramas de producción, con niveles de responsabilidad distintos y diferentes formas de empleo. Esta distribución desigual del trabajo ha llevado a que existan riesgos diferenciados⁶³.

Este ámbito aparece como relevante a considerar para la mayoría de las y los entrevistadas/os, ya que la división del trabajo influye directamente en la situación de la Salud Ocupacional de las mujeres y hombres trabajadores/as.

⁶² Messing K. (2002) El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. Editorial Catarata, Madrid.

⁶³ Ídem.

“La situación de las mujeres es invisible. Si uno le pregunta a los expertos en prevención de riesgo, que se han formado mucho, o sea, hay muchas carreras hoy día, cuanto de los problemas de salud de los trabajadores requiere de una mirada específica, que hay que mirar una situación de los trabajadores, y con qué enfoques teóricos, yo te diría que el 90-95%, si es que no el 100%, no tiene idea de que se trata, porque no se está entregando una información en ese ámbito... la concepción tradicional del trabajo de las mujeres ha sido de que es un trabajo de bajo riesgo. La legislación anterior al '90, explica una legislación en ese sentido muy discriminatoria, que si existía riesgo la mujer no podía trabajar, me entiende, es decir, estaba prohibido el trabajo nocturno para mujeres, estaba prohibido el trabajo en cadenas subterráneas para mujeres, la ley decía que no podían trabajar en eso, ya, entonces una de las primeras reformas que se hace al código laboral, es quitar esa discriminación, porque es una discriminación al empleo, si el trabajo es inseguro, debe ser seguro para todos...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

“Toma de decisiones, o a veces que es lo que a mí me ha tocado estar, es que es súper complicado o no sé si muy complicado pero los estilos con los cuales uno tiene que relacionarse cuando toma decisiones o eres un gerente o un jefe, con respecto a los patronos que esperan de un rol de hombre es una situación que yo creo que en términos de estrés, de salud mental, de estilo de vida, es una cuestión que a uno le afecta mucho en el ámbito de mujer en relación al hombre, si hago la diferencia, ahora si yo lo veo de los trabajos menos calificados en general los hombres se van a incorporar a temas que tienen que ver más con transporte de carga, más con el tema de fuerza, más con otro tipo de perfiles de puestos en general...”

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

“Los accidentes de trabajo fatales, las mujeres tienen tasas indudablemente menores que los hombres. Los hombres tienen muchísimo mayores, porque normalmente trabajan en situaciones de mayor riesgo y por todo lo que significa “el género” y la división sexual del trabajo, que ellos están en los sectores de máximo riesgo. Entonces, por lo tanto, es como claro mirar el perfil de accidentes en los hombres, quienes son los hombres que se accidentan más, la construcción, la minería. Pero si uno va donde las mujeres, el tipo de accidente en las mujeres son accidentes que afortunadamente no llegan a la muerte, pero accidentes hay en toda la rama de la producción...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

De alguna manera, según la mitad de la/os entrevistadas/os, las mujeres trabajadoras presentan comportamientos de acuerdo a lo esperado para su rol, lo que involucra labores domésticas, cuidado de las/os hijas/os, por ende dobles jornadas, estas

situaciones afectan significativamente la salud de ellas. Esto se corrobora con estudios realizados por CEM, los cuales evidencian la tensión y sobrecarga que viven las mujeres trabajadoras que se dedican al trabajo remunerado y no remunerado⁶⁴.

“Hay factores físicos que importan, uno es el trabajo repetitivo, dos es la tensión. Las mujeres trabajan mucho y llegan a su casa a seguir trabajando y siguen haciendo un trabajo manual: lavan ropa, lavan loza, crían niños, hacen comida, hacen todo el trabajo del hogar y ese es un trabajo muy demandante físicamente... la carga emocional de la mujer es muy alta, eso no te lo digo yo, si no que lo dicen, sobre todo, los sicólogos, el doble rol que está ejerciendo la mujer en el sentido que trabaja, además trabaja en el hogar, aunque la ayuden, pero igual trabaja, es responsable y a eso agrégale la carga psicológica que significa de no estar cuidando de sus niños, de tenerlos fuera, etcétera, es mucho desgaste...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Además las mujeres se pusieron a trabajar y nos hemos puesto todas a trabajar y ninguna en el trabajo doméstico. Entonces las posibilidades de recuperación del desgaste son mínimas. Porque la mujer hoy día trabaja y es como show continuado. Tenemos jornadas interminables o jornada circular como la llaman algunos investigadores, pero tenemos un trabajo remunerado y que el trabajo doméstico continúa. Como decían unas colegas nuestras, yo llego a la casa, entro, abro la puerta, tiro la cartera encima de la cama, porque si me siento no me paro y me pongo a hacer rápidamente las tareas domésticas. Y lo que siempre va en las investigaciones es como tú intensificas el trabajo doméstico. O sea, haces casi las mismas actividades que tiene una jornada de diez horas una mujer que está en su casa, tú la hacís en dos o tres. ...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

La inserción de las mujeres al trabajo ha llevado a riesgos diferentes. Según la mayoría de las/os entrevistadas/os esto nos hace mirar la situación de la Salud Ocupacional de otra manera de acuerdo a la organización de los trabajos.

“Tienen un patrón de riesgo y de organización de trabajos distinto, entonces por lo tanto, el patrón en el cual la mujer se inserta es determinado perfil de riesgo y eso es lo que se va a traducir, digamos, en los problemas que vas a ver de la mujer, más que sean propios de la mujer. Pero yo creo que hay otros problemas de salud que uno podría identificar que en realidad uno en esta división que hace que son del trabajo, y no son del trabajo, como pueden ser los temas de cuanto de la mujer cuando se inserta al trabajo, por ejemplo, tiene

⁶⁴ Centro de estudios de la Mujer (s/f) Informe de avance Proyecto ¿Malos tiempos para el buen trato? Encuesta sobre calidad del trabajo. Santiago de Chile. En: http://www.cem.cl/proyectos/pdf_proyectos/modulo1.pdf Recuperado, marzo 2008.

un grado de soporte o protección, digamos, de gobierno o social con respecto a su inserción que tiene que ver con cuidar a los niños, con las tareas de la casa, con el rol de cuidado de la familia en general y que por lo tanto, muchos temas de salud mental tú los puedes ver concentrados en las mujeres porque tiene que ver que quizás no es propio del trabajo, pero que si uno lo ve como calidad de vida tiene que ver con la demanda familiar y el rol que juega...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“Las mujeres en general tienen menos accidentes que los varones, en el ‘82 teníamos un tercio de mujeres en el mercado trabajo, eso se sigue manteniendo, y además se mantienen en las mismas ramas y ocupaciones que tenían en esa época...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

Además se pueden apreciar, en los discursos de la mayoría de las/os entrevistadas/os, que al referirse a la comparación entre hombres y mujeres respecto de los accidentes y/o las enfermedades, los datos utilizados son de sus instituciones, los cuales corroboran la mayor cantidad de enfermedades, en mujeres a diferencia de los hombres que tienen mayor cantidad de accidentes.

“Las mujeres fundamentalmente se enferman, los hombres fundamentalmente se pueden accidentar, pero no puede ser algo categórico porque nadie está recogiendo el verdadero problema. Yo trabajé durante años en el servicio social auxiliante, donde nosotros capacitamos a nuestra red asistencial, a los médicos particularmente y a la gente de la SOME para pesquisar patologías laborales y cuando llegaba el trabajador, la gente del consultorio lo identificaba con un accidente de trabajo y el trabajador le decía no, no me haga la denuncia, no ve que pierdo el trabajo... imagínate se llama denuncia de accidente del trabajo. O sea, no lo ven como un derecho vulnerado. Ellas lo ven como un tema que se les impide la posibilidad de seguir trabajando como corresponde...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“En las enfermedades músculo-esqueléticas nos salió más frecuente en mujeres que en varones y la patología de salud mental o relacionada también más frecuente en mujeres que en varones en el tema de las enfermedades profesionales. Estos son todos los rubros de actividad económica del millón setecientos mil trabajadores afiliados a la ACHS. La mortalidad también es más en varones, síndrome de dolor lumbar, es mucho más frecuente en el varón, dura más en el varón que en la mujer. En accidentes del trayecto los hombres y las mujeres se accidentan igual, en cuanto a frecuencia, mitad y mitad, pero en accidentes del trabajo los hombres tienen mucho más accidentes que las mujeres, un 74% mientras ellas tienen un 26%. Pero en enfermedades profesionales, a ver, hombres son estos, mujeres son estos, no están al revés, las mujeres tienen más

enfermedades profesionales que los varones, en cuanto a las tasa, mira la tasa porque esa es la frecuencia, la tasa que es riesgo, la probabilidad de, si yo soy varón tengo una probabilidad de un 8.1 de tener un accidente, si soy mujer de 5 o 4.9”.

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Los hombres se caen y se matan, los hombres chocan y se matan... a grandes rangos las mujeres tienen menos accidentes fatales, menos accidentes graves, y menos tasa de accidentabilidad, pero esos son los datos globales”.

(Médico, Instituto de Salud Pública)

Dos de las entrevistadas manifiestan que las condiciones biológicas y de estilo de vida también influyen significativamente en la Salud Ocupacional, específicamente en las enfermedades que desarrollan.

“Le agregas que hay factores hormonales, como por ejemplo, cuando uno tuvo una guagua en el “puerperio”, hormonalmente la probabilidad de tener un sistema músculo-esquelético más susceptible de tener dolor, de dañarse es mayor, también en la perimenopáusea, la gente que está cerca de la perimenopáusea también, agrégale si son más obesas, mientras más obesidad hay, más riesgo de tener factores músculo-esqueléticos y agrégale además de que el 90% no hace gimnasia. En este país en la encuesta nacional de salud que se hizo el sedentarismo es uno de los grandes problemas de salud pública que tenemos y las mujeres somos sedentarias para efectos del ejercicio, o sea, del ejercicio físico que uno tuviera que hacer, entonces por eso se da”.

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Todo el asunto de la maternidad, claro, hay una serie de riesgos que son específicos para la maternidad que van desde posturas en el trabajo, radiaciones ponte tú, ese es otro riesgo en el sector área de salud, las radiaciones, embarazadas, contacto con ciertos productos químicos, que puedan dañar o a la mujer o sobre todo al feto o a su hijo”.

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

Salud Laboral y División Sexual del Trabajo

- Teóricamente se ha incorporado a la discusión de la Salud Laboral la forma en que la organización del trabajo aparece determinada por la división sexual del trabajo. Se ha estudiado cómo hombres y mujeres están distribuidos en forma desigual en las diversas ramas de producción, con niveles de responsabilidad distintos y diferentes formas de empleo. La distribución desigual del trabajo ha llevado a que existan riesgos diferenciados, esto se relaciona con las estadísticas que dan cuenta de mayores accidentes en hombres y mayores enfermedades en mujeres.
- La inserción de las mujeres al trabajo ha sido diferente al de los hombres y ha llevado a riesgos diferentes. Esto permite una mirada de la situación de la Salud Ocupacional de acuerdo con la organización de los trabajos.

g) Características de la inserción laboral de las mujeres

La inserción laboral de las mujeres se ha incrementado en forma importante en los últimos veinte años en el mundo. Este acceso masivo ha modificado el mercado del trabajo. En el caso de las mujeres trabajadoras en América Latina el estímulo a trabajar llegó por el lado de la necesidad de recomponer el ingreso familiar y por otro lado debido a que han ampliado su papel social debido a su mayor escolarización y baja de la fecundidad⁶⁵.

Según el ENCLA 2006⁶⁶ la inserción laboral de las mujeres en Chile, es segregada a algunas ramas específicas del mercado laboral como: servicios sociales y salud, intermediación financiera, y hoteles y restaurantes; a diferencia de los hombres, quienes tienen mayor presencia en diversas ramas de la actividad económica. Las mujeres constituyen el 28,6% de la fuerza laboral y los hombres alcanzan el 71,4%⁶⁷.

⁶⁵ Idem Messing (2002).

⁶⁶ Díaz E.; Mella, P.(2007) ENCLA 2006. Inequidades y brechas de género en el empleo. Análisis de los resultados de la encuesta nacional (quinta versión). División de Estudios Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile.

⁶⁷ Dirección del Trabajo, INE, Encuesta Nacional de Calidad Laboral, ENCLA (2006) pág. 9 Santiago, Chile.

En este punto, la mayoría las y los entrevistadas/os mencionan, que las mujeres se ubican y por tanto coinciden con la encuesta ENCLA, en determinadas ramas del mercado laboral, siguiendo las áreas marcadas por el rol de género.

“En general donde se inserta la mujer es en los servicios, a veces la incorporan en otros trabajos que tengan que ver más de cuidados, son los temas de trabajos repetitivos, son los trabajos que tienen que ver con algunos temas de detalles, que implica mayor precisión, uno lo ve mucho el tema, asociado a temas auto musculares, músculo esqueléticos, cierto, obviamente, y por otro lado depende de la situación de servicio que a veces juegan el profesor, en salud, tú lo ves asociado a los problemas de salud mental...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“Porque las mujeres trabajadoras son vistas, y eso es una visión anacrónica solo, en tanto reproductoras. Y yo estoy seguro de que todavía para mucha gente la medida preventiva que se debiese aplicar es seguir restringiendo el acceso de las mujeres al empleo, esto es peligroso, “le dijimos que no entrará a si que no se queje”, me entiende, lo cual es antidesarrollo, nosotros una sociedad patriarcal, agrícola, etc., etc., a la agrícola a la antigua de hacienda”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

“Las mujeres trabajan en sectores que tienen menos trayectoria de organización social, que tienen mucho menos historia. Entonces las mujeres conocen menos sus derechos. Son menos, como en todo ámbito, cuando estamos analizando el tema de las mujeres. Si cuando analizamos el tema de mujeres estamos hablando de temas de mujeres trabajadoras. No estamos hablando de mujeres que no trabajan. Y además que en el tema de las mujeres trabajadoras tenemos un submundo que desconocemos, que tiene que ver con todo el trabajo a domicilio, que no es trabajadora de casa particular, ni en las cosas que se hagan adentro, sino que es trabajo que está en la línea de cadena productiva, que nosotros no sabemos exactamente todos los daños, todos los riesgos. Esa patología que tiene esa trabajadora cómo pasa en un consultorio, por patología común a nadie se le ocurre asociar que eso que tiene ella, una intoxicación por solvente de una mujer “dueña de casa”, por supuesto, que no trabaja remuneradamente afuera y está en Peñaflor pasa por una intoxicación y nadie se pregunta y qué hacía la señora. Y resulta que la señora pega calzado para la empresa Bata, que tiene externalizado el proceso productivo metido entre las casas...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“Por las actividades que se realizan, en las empresas de servicios las mujeres trabajan mucho más que en las manufactureras que en la minería.

Por el tema de, si tú me explicas porque en los tobillos, porque las mujeres usan zapatos de taco para caminar en la calle y la probabilidad de que tú te tuerzas un pie es muy alta. Por la contextura física también, si el hombre tiene un músculo más fuerte, más desarrollado y además usa un zapato bajo o zapatilla es distinto...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

En este sentido, la contratación de las mujeres se realiza de acuerdo a sus calificaciones adquiridas por su género como: compromiso, seriedad, disciplina, entre otros y que al ser consideradas naturales en ellas, son menos valoradas⁶⁸.

Se aprecia en varias de las entrevistadas coincidencias respecto de visualizar a las mujeres con ciertas características de riesgo por su condición genérica.

“Las mujeres en general son apreciadas y son contratadas en este tipo de empresas por su motricidad fina, su rapidez, su limpieza, tienen una serie de características, que las hacen, son valiosas para las empresas...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

“Una de las calificaciones que más se utiliza para contratar mujeres, es la habilidad manual, ya, que denuevo en los estudios serios que hacen esto con un enfoque de género, haber si esa es la calificación que se utiliza, entonces, porque se paga menos, cuando esa es una calificación que no es natural, esa es una calificación adquirida que las trabajadoras adquirieron, antes de entrar a la escuela, incluso, que la reforzaron yendo a la escuela, a una mujer no se le tolera mala caligrafía, o no. Yo estudié en colegio de hombre y las letras de mis compañeros eran palotes, mis hermanas mujeres, las letras de ellas y de sus compañeras eran todas legibles, y típicamente en la universidad uno le pedía el cuaderno a la compañera porque es la que escribe más clarito, ¿de dónde viene eso? porque no se le tolera mala caligrafía, una señorita no puede escribir como hombre, me entiende, a una mujer se le enseña a bordar, que es una gran habilidad manual, a un hombre no, se le enseña a tejer, a un hombre no, etc., Entonces, la habilidad manual no es innata, es adquirida por una diferencia de género, y si esa es la habilidad que el mercado laboral quiere retener, entonces porque no la paga, que ni siquiera es invertido en eso, han sido 15 años de, o 15-20-30 años de el tratamiento permanente para el obtener esa calificación, bueno, se le contrata por eso, y después de le castiga cuando hace una tendinitis...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

⁶⁸ Idem Messing (2002).

“En el caso particular de las mujeres, además, te sientes casi culpable porque te enfermai, porque se te enferma el hijo, porque en realidad “voy a cambiarte por un hombre”, o sea, hay una amenaza..., cuando tú eres mujer te amenazan más, junto con el tema del acoso sexual...”

(Enfermera, Ministerio de salud)

Como se vio anteriormente, la inserción laboral y la división sexual del trabajo inciden en los riesgos a accidentes y patologías en las mujeres trabajadoras. Es así como los/as especialistas mencionan algunos accidentes y patologías de acuerdo a estas ramas de trabajo.

“Las laringopatías, de las enfermedades de la disfonía de los profesores son mucho más frecuentes en mujeres que en varones...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Una de las grandes áreas del exposición de las mujeres es justamente todo el tema postural, o sea, en general los trabajos de las mujeres, son trabajos que obligan a trabajar rápido, transportando pesos, pesos transportables, y trabajando de pie. El problema músculo-esquelético de las mujeres es un problema severísimo porque existe la idea que su trabajo es liviano y permite esta sobre uso muscular...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

“Mucho movimiento de manos y dedos, que es una cosa necesaria. Y una cantidad de problemas de estado de ánimo derivado de trabajar con público. Trabajar con público es muy difícil. Es una labor que tensa mucho a los trabajadores, porque el público es muy distinto, de un minuto a otro puedes pasar de un cliente simpático a otro que viene con reclamo, con desagrado y le propone alta tensión...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

Además aparecen en los discursos de la mayoría de las entrevistadas y entrevistados, la referencia a mayor frecuencia de enfermedades más que accidentes en las mujeres. Este dato lo podemos obtener en base a las licencias médicas presentadas por hombres y mujeres, donde las licencias por enfermedad de las trabajadoras exhiben un 19% mientras que en los trabajadores llegan al 8,7%⁶⁹.

“Dentro de las enfermedades ya te lo dije, las disfonías, el trabajo repetitivo, el trabajo sostenido de piernas al final músculo-esquelético... Las dermatitis son todas irritaciones que tiene que ver, son dermatitis de contacto,

⁶⁹ ENCLA (2006).

generalmente irritativas, que tienen que ver con el contacto con productos químicos, con cloro, con detergente, distintos tipos de solventes...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Posturales también, mucho están de pie, o están en una postura fija todo el día, la atención a público es en sí misma un riesgo, en un sentido de carga mental más o menos compleja, eso lo vemos hoy día en los servicios donde la gente que atendía al público tenía unos niveles de estrés y de tensión muy altos. Ese era su problema principal, además de los problemas posturales”.

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

Características de la Inserción Laboral de las Mujeres

- Según ENCLA 2006, la inserción laboral de las mujeres está segregada a algunas ramas específicas del mercado laboral como: servicios sociales y salud, intermediación financiera, hoteles y restaurantes.
- La inserción y contratación de las mujeres se realiza de acuerdo a sus calificaciones adquiridas por su género como: compromiso, seriedad, disciplina, etc. y que por ser consideradas naturales en ellas, son menos valoradas en el mercado laboral.
- La inserción laboral y la división sexual del trabajo inciden en los riesgos de accidentes y enfermedades de las mujeres trabajadoras.

h) Nociones y uso de Licencias médicas

Las licencias médicas se refieren a indicaciones médicas que permite la ausencia justificada del/a trabajador/a de su lugar de trabajo.

De acuerdo a las creencias populares las licencias de las mujeres decían que representaban mayores costos para las/os empleadoras/es debido a que presentaban

mayor frecuencia de ausencias laborales, esto ha sido desmentido por ENCLA 2006⁷⁰. Esta encuesta entrega información que muestra que las mujeres en general tienen más licencias que los hombres, sin embargo un porcentaje alto de ellas son licencias por enfermedad de los/as hijos/as a diferencia de los hombres quienes tienen mayor número de licencias por accidentes que las mujeres. En el caso de licencias por accidentes de trabajo en los hombres ésta exhibe un porcentaje más elevado que las mujeres (1,5% versus 0,9%)⁷¹.

Lo anterior también es corroborado por varios/as de las/os entrevistadas/os, coincidiendo en que la lógica que prevalece el mal uso de la licencia, apareciendo el mito de que las mujeres tienen mayores licencias en general, sin considerar el tema de la enfermedades de los y las hijos/as menores, con la cual si se aprecia un aumento significativo.

“Yo creo que una mirada que ha predominado que uno ve también en los medios y es una cosa que sale con respecto al incremento del uso de la licencia médica principalmente en el área de salud mental y algunos temas de auto muscular también, principalmente, bueno uno puede algunos temas de auto muscular asociarlos también a temas de salud mental, bueno depende, pero que esta lógica como del incremento de licencias médicas. La lógica que predomina es que hay un mal uso de ella, o sea, que ese reposo que se ha incrementado no es porque se necesite sino porque la gente abusa del sistema, y de hecho la mayoría de las acciones que uno ve en hacienda tiene que ver con el tema de licencias y otras cosas y no se pregunta uno si es que el aumento de las licencias médicas se debe a alguna causa en el cual está incrementando ese tema o nosotros desde salud, que es lo que estamos discutiendo un poco, o que también, sobre todo en el tema de salud mental, si a partir del auge, que significó un tema de acceso de mayor facilidad para muchos temas de los trastornos del ánimo, la gente accede más, y por lo tanto puede acceder a un reposo a través de un médico y no necesariamente sea porque está haciendo mal uso...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“Hay un mito respecto de que las mujeres sean más licenciosas que los hombres. Que pidan mayor cantidad de licencias. Ahora, efectivamente las mujeres son más consultantes y lo somos. Tenemos más consultas preventivas o tenemos más control de las enfermedades en período temprano...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

⁷⁰ Idem ENCLA (2007).

⁷¹ Idem ENCLA (2006).

Cabe señalar que en un caso de las entrevistadas, ella se refiere a un concepto distinto al hablar de licencias médicas, desde la lógica de las mutualidades, donde se refiere exclusivamente al día de reposo.

“Son los días de reposo laboral que nosotros tenemos, pero esos son por diagnóstico y son por accidentes y enfermedades. Los diagnósticos son esos que te dije y tienen licencia por eso, no te puedo decir yo por ejemplo quienes tienen más gripe que menos gripe...el término licencia se ocupa en enfermedad común, para nosotros días de reposo laboral cuando uno tiene una si, eso lo tenemos, eso te lo saco, no lo tengo aquí en este rato. Pero nosotros tenemos un promedio de días de reposo laboral de 7 días de reposo laboral por trabajador accidentado...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

En relación a las Licencias por cuidado de hijos/as menores de un año, existe la ley 19.250 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1993) que modifica el Código del Trabajo, artículo 185, otorgándole a la madre la facultad de decidir quién utilizará su derecho, extendiéndoles el derecho a los padres trabajadores⁷². En este tema, todo/as las entrevistada/os coinciden en verla como una medida positiva y un logro, sin embargo, en su mayoría coinciden en la necesidad de cambios culturales para que se pueda llevar a cabo realmente, ya que las mujeres siguen tomándola mayoritariamente.

“Si uno...no promueve, o no influye una forma cultural distinta de hacer las cosas, probablemente igual sigue siendo (licencia hijos/as menores de un año) una carga principalmente vinculada al tema de la mujer y no al hombre, o sea en términos del uso, de cuantos hombres en verdad hacen uso de eso...”

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

“Las mujeres son las que toman, continúan tomando la licencia y los hombres mínimamente... creo que por una cuestión cultural, y porque yo creo que las mujeres también son aprensivas, entre tomarlo ellas, y darle, si es que el padre quisiera, porque bueno eso es un misterio, si los padres realmente quieren hacer uso de este derecho... puede ser también que ella piense, que bueno en el trabajo está culturalmente más aceptado de que ella pueda faltar, o que su pega es menos importante, no sé si decirlo así, o que el trabajo de su marido es mucho más importante, por lo tanto, no puede hacer abandono por un día para tomar esta licencia. Pero si socialmente y culturalmente está más aceptado que la mujer pida licencia por ese motivo...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

⁷² Idem Díaz, Mella (2007).

“Es un tremendo tema, porque efectivamente es muy complejo el tema, porque primero yo creo que el hijo tiene derecho a que lo cuiden. Y que lo cuiden ojala su madre y su padre. Es cierto que la licencia a hijo menor de un año yo creo que es un derecho tanto de hombre como de mujer. Me da lo mismo quien tome el derecho. Lo importante es que efectivamente el “tomarse licencias” creo que es un mal término, porque en realidad el término correcto es que alguien te da a ti, porque la licencia médica es una indicación médica, no es algo que yo me tomo. Por lo tanto, aquí hay un tema de cómo la sociedad se hace cargo también y mejora las condiciones para el cuidado de los hijos menores...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“Para darle oportunidades a las mujeres desde igualar el derecho para hombres y mujeres, que es lo que ocurrió en países desarrollados, es un avance y yo la encuentro insuficiente, porque es insuficiente. En Chile tienen una discusión muy cínica respecto de este tema, muy cínica que está claro cuál es el sector cínico, el sector cínico a mi juicio está en la derecha que siempre ha tenido una postura ambivalente y de poder frente a estos temas, en todos los países donde las mujeres son objeto de discriminación, finalmente es un poder, hay un poder político involucrado, es decir, se usa la excusa ideológica, la excusa religiosa para mantener un poder, que finalmente no es un poder solo sobre la mujer, es un poder sobre la sociedad, ya, la discusión verdadera, o sea, como se combina la intención social de protección de la familia con la intención social de no discriminación e igualdad en el acceso a todos los beneficios de la sociedad, incluido el empleo. Cómo se resuelve eso, es generando medidas que no sean discriminatorias, que sean iguales para todos, entonces, la sociedad chilena puso énfasis solo en protección de la familia, a medias, porque no era verdad, porque si fuera protección de la familia, hace mucho tiempo se habría instalado ley de divorcio, etc., una serie de otras medias, cuyo objetivo es proteger la familia, planificación familiar... uno tiene que ir a demostrar, drásticamente, o sea, ya casi con resultados tipo Hiroshima, que la cuestión era peligrosa, lo cual es muy cínico...si fuese así, estaríamos discutiendo seriamente este tema de las sustancias químicas que se deben prohibir, seriamente, deberíamos estar discutiendo seriamente el tema de las jornadas, o sea, tenemos jornadas que matan la familia”.

(Médico, Instituto de salud Pública)

La segregación por ramas laborales, la división sexual de tareas lleva a mantener relaciones de desigualdad y jerarquía⁷³. De allí la necesidad de cambios culturales que nos permitan tener una sociedad más equitativa. Según Parra en Messing (2002) muchas de las contrataciones de mujeres se realizan considerando sus calificaciones

⁷³ Idem Messing (2002).

determinadas por el género, consideradas como naturales y al mismo tiempo son menos valoradas por el mercado de trabajo, ejemplo de ello son: la preferencia de contratar mujeres casadas por su responsabilidad, disciplina, compromiso, entre otras.

Nociones y Uso de Licencias Médicas

- Prevalece la idea del mal uso de la licencia, apareciendo el mito de que las mujeres son quienes más las utilizan. Estadísticamente se corrobora que sin considerar el tema de las enfermedades de los y las hijos/as menores, con lo cual si se aprecia un aumento significativo, las mujeres tienen menos licencias por accidentes que los hombres.
- En relación a las Licencias por cuidado de hijos/as menores de un año, las mujeres siguen tomándola mayoritariamente, pese a la posibilidad que se otorga a los padres. Sin embargo, se evalúa esta posibilidad como una medida positiva y un logro, el cual muestra la necesidad de cambios culturales para que se pueda llevar a cabo realmente.

i) Políticas, programas e intervenciones en prevención de riesgos

El concepto de riesgo se ha utilizado en salud pública y en clínica aludiendo a enfermedades y patologías, para detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer daños específicos (enfermedad, secuelas, muerte) y realizar acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho negativo; especialmente en el campo de la salud reproductiva y salud mental. Se ha ido extendiendo a otros campos como: el de accidentes, violencia, educación, entre otros; cuyos aportes han contribuido a la implementación de acciones globales y específicas, en el campo de la salud pública como en la atención individual y de grupos de adolescentes, sus familias y sus comunidades⁷⁴.

En este sentido, cabe señalar que todas y todos la/os entrevistadas/os coinciden en que existen avances y un énfasis claro hacia la prevención de accidentes principalmente y no necesariamente a prevenir riesgos de enfermedades.

⁷⁴ Donas Burak Solum. (1999) Protección, riesgo y vulnerabilidad Adolescente. Latinoamérica v.1 n.4 Porto Alegre dic.

“Lo que se trata de evitar son los accidentes, hay ahí una preocupación realmente central. El de las enfermedades, son procesos que son más lentos, no se evidencian de inmediato...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

“Hay más control, que se ha tomado más en serio el tema la prevención, y reitero, creo que falta mucho por hacer...” (Médico, Instituto de Salud Pública)

Otro punto en común de los/as expertos/as, es que existe una lógica de creación de las intervenciones y programas. Las razones aludidas a ello son variadas. En algunos casos se refieren un mandato de la autoridad y en otros a modelos mercantiles.

“...decide programas o intervenciones muy desde la lógica lo que uno encuentra lo que debe hacerse, porque es más bueno para la salud, porque es lo que es más correcto, porque es lo que es más efectivo, porque está apurado, pero no necesariamente es lo que la gente, es lo que quisieran, entiendes, entonces también es como una forma de gestar... en políticas muy impositivas desde lo que es la tecnocracia o el conocimiento desde lo que son las autoridades...”

(Médica, Subsecretaría de salud Pública).

“Los expertos de prevención hacen lo que se llama un diagnóstico de situación del riesgo en la empresa, del riesgo para accidentes, que tiene que ver con la seguridad y del riesgo para enfermedades que tiene que ver con la higiene industrial. Se evalúan estos riesgos, se hace un plan de gestión y se hace un compromiso con la empresa de ir modificándola, por ejemplo, cosas muy simples como que si no hay una barrera en una escalera, colocar la barrera, o que si la gente está expuesta qué sé yo a un solvente X, hacer de que haya campañas que puedan extraer parte de los gases para que la gente no reciba tantos, de usar los elementos de protección personal, y se hace este programa de gestión. Además se educa a los trabajadores, el decreto 40 dice la obligatoriedad del derecho a saber, si yo estoy trabajando y hay un riesgo, la ley dice que yo tengo que conocer ese riesgo y yo tengo que preocuparme, y eso significa capacitación y educación, y la supervisión después de todas estas medidas...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“No se revisa porque bueno ahí tiene que ver con cambiar el método de trabajo, y eso ya, las empresas que en general funcionan con mentalidad corto plazista entonces esto es muy caro, ¿me entiende? Tratar de repensar todo en función de la persona, cuando en realidad en la lógica de este modelo las persona son simplemente una mercancía...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

De allí que uno de los entrevistados haga alusión al manejo de esta lógica también en el campo de la investigación y la prueba de algunos factores de riesgo, lo que impide tomar medidas preventivas.

“La investigación igual está acotada por intereses, o sea, en eso no podemos ser ingenuos, se investiga lo que se financia, y se financia lo que interesa, entonces, hay razones por las cuales no podemos demostrar que tal plaguicida es cancerígeno porque hay razones involucradas...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

Aparecen en este punto algunos discursos de las entrevistadas que se refieren a la necesidad de involucrar a los y las trabajadores/as, haciéndolas/os partícipes colectivamente de la elaboración de programas y medidas de prevención.

“En ese sentido el mensaje como que las cosas yo las resuelvo en forma individual, también uno va perdiendo la capacidad de que tú generes lazos o voluntad de organización o decisiones más colectivas, que tienen que ver con la formación de organizaciones sociales, o sindicatos u otros tipos, entonces también hay un tema que es complicado en cómo uno ve el tema de las soluciones...”

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

Las y los entrevistados/as coinciden en nombrar algunas medidas de protección como charlas e incentivos.

“Charlas de diez minutos que tienen todas las empresas mineras (...) que es una práctica ya institucionalizada, creo que es muy positiva...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

“Dan premio cuando no ha habido ningún accidente en el último mes en una determinada sección ponte tú. Entonces, claro, ahí hay como una competencia por tratar de tener el menor cantidad de accidente, desde accidentes pequeños, de un corte de un dedo hasta una fractura, o sea de todo. Ahora no sé si mucho funciona por la competencia, o realmente ocurrió la casualidad que no se produjo ningún accidente... estos premios son como de prevención. Bueno, ponemos incentivos....”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

Sin embargo, difieren en la evaluación que realizan del funcionamiento y efectividad de las medidas de prevención.

“(los trabajadores) dicen que las charlas de inducción son un chiste porque son súper rápidas, demorarse lo menos posible, les pasan un video y ya listo, se terminó y cumplió con la charla de inducción...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

“... he visto en muchas plantas últimamente que esto se hace, pero muchas veces lo toman a la chacota, o sea, son minutos que la gente no necesariamente hace bien los ejercicios y por lo tanto la acción preventiva es inútil. ¿Me entiendes tú? No siempre ocurre, en otras ocasiones sí la gente se toma, lo toma como una acción de autocuidado que es muy importante para su físico, para su organismo, para su salud... no se le puede achacar al trabajador la responsabilidad plena, también tiene cierto grado de responsabilidad obviamente. Pero la empresa tiene que estar vigilante a que esto se cumpla bien, y la mutual obviamente también...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

“Nosotros tenemos un sistema, un software computacional que se pone en las distintas empresas en los computadores de las personas y cada 45 minutos, una hora te avisa: es hora de hacer sus ejercicios que los tienes que hacer en el escritorio, ahí mismo: con las muñecas, con el cuello, con los hombros, son pausas compensatorias. El botón que más se ocupa de estos es el ignorar: “ya está el monito”, ignorar y se va el sistema, entonces mira está el software, te lo están recordando, pero no tomas la conciencia, entonces un estilo de vida saludable en cuanto a la alimentación, actividad física, pensamiento positivo, ayuda mucho...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“Uno escucha que ponen un ticket que dice: “este es un lugar de ambiente saludable”, no sé, y tú sabes que en ese mismo lugar pueden estar comiendo harta verdura, y dar una pausa, pero tienen atroces problemas de relaciones laborales, entonces yo creo que, si tú me dices, yo pienso que no están bien abordados por que yo no tengo claro de que acá haya un diagnóstico en verdad de donde se generan los problemas, entonces no creo que vayan a ser efectivas, a excepciones de cosas puntuales obviamente...”

(Médica, Subsecretaría de salud Pública).

“Un tema de la presión por producir, un tema económico y un tema de la conciencia, o sea tú para hacer prevención tienes que invertir, ahora. Está clarísimo que la prevención es la mejor inversión que hay porque es más barato prevenir que curar como decían y la otra cosa es la conciencia del empleador, hay distintos grados de responsabilidad de los empleadores.

Hay empleadores estupendos y empleadores que no son estupendos y eso es cierto...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Es significativo que una de las entrevistadas visualiza avances en términos de mayor conciencia de prevención y de un cambio en los estilos de vida, lo que ha transformado el concepto de autocuidado y prevención.

“Hemos avanzado mucho en la conciencia de la prevención, porque el manejo de los accidentes y las enfermedades ha estado bien desde que la ley salió, del año ‘68, o sea, la mejor tecnología para manejos curativos, una vez que se provocó el daño están las mutualidades. Y en la parte preventiva, como te explicaba denante ha habido un tremendo avance, desde las cosas macro en que la gente tenía accidentes graves, fatales por falta de elementos de protección personal básicos, hoy día en que son generales, se está empezando a preocupar la gente ahora del auto cuidado y de la responsabilidad de sí mismo, o sea son los estilos de vida los que condicionan las patologías...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Sin embargo, hay un área, que según varias de las entrevistadas no se ha tomado en cuenta en la elaboración de medidas de prevención, que es la organización del trabajo y la vigilancia de enfermedades.

“...que la medida de prevención mayor es la que no se toma en ninguna empresa de las que yo he conocido. Es el tema de la organización del trabajo, cómo tú organizas el trabajo de tal manera que las personas no se afecten por tus riesgos. En Chile existe la ley de la silla para las industrias, sin embargo, en estas empresas no se ocupan las sillas, porque no hay sillas disponibles y porque por otro lado las personas dicen, trabajo mejor de pie. Entonces tampoco se les educa para que reposen un poco. Entonces, esa es una forma de organización del trabajo, tienen que estar ocho horas ahí haciendo la misma operación. Es una forma de organizar el trabajo que genera riesgo y reproduce los riesgos...”

(Socióloga, Dirección del Trabajo)

“Solo el 10% de los trabajadores expuestos a riesgos están en programas de vigilancia. El programa de vigilancia es una obligación legal que tiene toda empresa de tener a sus trabajadores cuando están expuestos a riesgo. Entonces, una cosa muy distinta sería hoy día saber que tú tienes una trabajadora que está expuesta a trabajo repetitivo, que esté en un programa de vigilancia y que cada seis meses, o cada tres, seis, diez, doce, depende del riesgo, va a hacerse un control de vigilancia. Y qué significa un control

de salud, que si esta trabajadora tiene algún síntoma, que le dice que está con problemas yo la tengo que cambiar del puesto de trabajo. Y qué significa un cambio de puesto de trabajo. Significa que esa trabajadora lo más probable que la empresa le diga fíjate que yo no tengo dónde ponerte, así que chao. Qué es lo que hace la trabajadora sigue trabajando ahí mismo no más. Además los programas de vigilancia están tan...desde los riesgos desde los agentes clásicos y sin integrar hoy día estas mitradas de factores psicosociales...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

La mayoría de los/as especialistas coinciden en que existen diferencias en la implementación de medidas de acuerdo a los tipos de empresas. Habiendo una mayor implementación en las empresas grandes en desmedro de las otras, debido a los recursos con que cuentan y las leyes que la obligan a ello.

“Porque tiene que ver con cosas concretas que se dan a esos grupos, que corresponden además a sectores, en general más temporales, más precarios, los temas que uno ha escuchado con asido sulfúrico, cuando han habido en este tema de las limpiezas de cañerías, cuando han habido muertes en los pozos, son temas en que tú puedes hacer intervenciones súper concretas y a alto impacto y mejorar los procesos de gestión, pero también eso se traduce mucho en las empresas que son más grandes, no en las que es de las medianas, las pequeñas...”

(Médica, Subsecretaría de Salud Pública).

“En general las más grandes que tienen más recursos, más conciencia de esto. Ahora, con la ley de subcontratación que salió ahora, en que la empresa mandante también pasa a ser solidaria en el daño de las empresas subcontratistas que ellos tienen, de esa manera se está haciendo también que el contratista y el subcontratista también tenga más exigencia en cuanto a la prevención, y vamos a ir mejorando...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Las condiciones de trabajo también constituyen un elemento de gran relevancia en el marco de la Salud Ocupacional, cuestión que la mayoría de los/as especialistas coinciden. Según Messing (2002) una visión más amplia entre trabajo y salud ha permitido ampliar el campo de la higiene y seguridad, poniendo atención a las relaciones sociales; la organización del trabajo; los elementos inmateriales que son un campo importante en las políticas de prevención.

“Yo en general me inserto al trabajo en una forma temporal, y yo por lo tanto a mis compañeros de trabajo, yo los veré seis meses, vienen de distintas comunas, no necesariamente de la misma comuna mía, no establezco con ellos un vínculo, menos con la relación del empleador, que

compromiso puedo tener yo con respecto a esa mejoría de ese espacio, si no es mío, si es transitorio, y por lo tanto, tú tienes un tema de que hasta qué punto yo veo que esa práctica de prevención a mí me llega o yo contribuyo a ella...“.

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

Finalmente, coinciden en la necesidad de un buen diagnóstico que permita elaborar medidas de prevención efectivas, al igual que evaluar los modelos que utilicen.

“Una buena medida de intervención, de prevención tiene que estar basada en un buen diagnóstico y si los diagnósticos son tan reduccionistas, yo creo que las prácticas que uno pueda hacer de intervención nunca van a ser efectivas. Entonces si no hay una mirada integrada de un poco lo que estábamos hablando, donde se generan los problemas, y por lo tanto, van a ser más efectivas, tú vas a hacer una cuestión muy inmediata, cortoplacista, si los diagnósticos son tan reduccionistas, yo creo que los impactos son mínimos, sobre todo si pienso en el ámbito de salud mental o esquelético muscular, o ese rubro...“.

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“Copian modelos, los importan, los trasladan acá, porque en otro país funcionó. Pero en este país no funciona la pausa. Y a lo mejor en el país de origen donde se instalan esa forma de procesar, estaba bien porque allá se respetaba la pausa...”.

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

Políticas, Programas e Intervenciones en Prevención de Riesgos

- Existen avances en la prevención de accidentes principalmente y no necesariamente en la prevención de enfermedades.
- Aparece como relevante considerar la lógica de creación de las intervenciones y programas de prevención. Las razones aludidas a ello son variadas. En algunos casos se refieren un mandato de la autoridad y en otros a modelos mercantiles.
- El funcionamiento de las medidas de prevención es visto en forma heterogénea, en algunos casos bien, especialmente en las empresas grandes y en otros, de modo deficitario.
- Se aprecia la necesidad de evaluar las medidas de prevención e involucrar a los y las trabajadoras/es, haciéndolos/as partícipes colectivamente de la elaboración de programas y medidas de prevención.

j) Situación de Chile en relación a otros países

La visión de la mayoría de las/os especialistas entrevistadas/os coinciden en considerar que la situación de la Salud Ocupacional en Chile es heterogénea, debido a una diversidad de fenómenos tanto dentro como fuera de la región.

En el caso de la región latinoamericana en general, perciben a Chile como en mejores condiciones, porque presenta mejores sistemas de información respecto a la Salud Laboral, a su vez existe la ley 16.744 lo que ha implicado un gran avance respecto a otros países de la región.

“En general afuera es como súper bien evaluado Chile en materia de Salud Laboral, en algunas partes. Principalmente porque uno analiza los datos de cobertura y tú en la región, en general la cobertura en materia de Salud Laboral, pensando en el seguro, son 30%, 20% y en Chile hay un 67%, es decir, la gente, por otro lado acá no es un tema solo de Salud Laboral, sino que acá en Chile existe un sistema de salud que es universal, que tú en general en las regiones no lo encuentras, en términos de acceso a la totalidad de la población, de cobertura de programas preventivos más al final, que en el fondo uno se enferma vinculado, o tiene problemas de salud, o los indicadores de salud son reflejados por todo lo que te pasa en

tu vida, no solo por el tema de salud, entonces por lo tanto tú puedes tener mejores indicadores no porque éste sea bueno no más de la política de Salud Laboral, sino que porque el conjunto de las acciones que tú realizas te impactan de esa manera...“.

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública)

“Estamos bastante mejor que el resto de los otros países en la región, de hecho, nuestra ley, la ley 16.744, que nació el 68, pero ya llevábamos antes de esto trabajando de esta misma manera, fue pionera en América Latina y El Caribe y Chile ha asesorado a otros países, como Colombia, Perú, Argentina. Los ha asesorado el desarrollar esa ley, o sea nosotros estamos muchísimo más avanzados en Salud Ocupacional que los otros países, además que nosotros somos distintos, en el sentido que la ley nuestra dice que ésta tiene que ser administrada por instituciones sin fines de lucro, eso no quiere decir que no ganen plata, tienen que ganar plata, pero todo lo que ganen tienen que reinvertirlo, o sea no son compañías de seguro privadas, con un lucro privado...”.

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

En relación a los países desarrollados, la mayoría de los y las entrevistadas/os, están de acuerdo que al comparar la realidad Chilena con determinados países, aparece una diversidad de realidades.

“Frente al desarrollo que han tenido las políticas públicas en algunos temas, de esto de la misma ley o del tema de salud, uno ve que hay un montón de vacíos enormes, o sea, por ejemplo esta ausencia y casi escasa participación en verdad en la toma de decisiones de políticas y en verdad de encuentros sociales de trabajadores sobre estos temas, que en otras partes es impensable, o sea, en otros no puedes entender que la gente no esté opinando de esa manera o no esté planteado así. Segundo, que esta cosa que yo creo que el tema de género, mujer, no es un tema que al entorno le parece obvio, no es que uno necesita hacerlo como especial, acá pasa a ser siempre como un tema especial que lo tengan que incorporar, no es un tema adquirido, entonces también es una brecha enorme porque siempre pasa a ser como una cosa anexa no como integrado en todo...”.

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

A su vez en los discursos analizados muestran una visión heterogénea respecto a los países desarrollados, en algunos casos tienen la percepción que Chile ha mejorado sus estándares, y otros tienen posiciones diferentes.

“Tú tienes algunos países desarrollados que tienen problemas similares a lo que nosotros podemos tener, pero tú tienes que hay mejores registros en

algunas materias que es lo que nosotros tenemos acá. Los temas de enfermedades laborales es un tema que está mucho más, o sea, incluso afuera... ponte tú en Francia, tú cuando defines una enfermedad profesional tú no la defines solo porque sea causa directa en el trabajo, sino que tú también la defines aquellas que están asociadas al trabajo y por lo tanto tiene una dimensión más amplia, incluso son actualizadas cada 2 años según el perfil de lo que va ocurriendo con el mundo laboral. En cambio acá es una cuestión de una tabla, una lista rígida, que igual, es mucho más larga que cualquier otros países de la región o más larga que otros países, digamos, europeos, pero que es súper restrictiva... (en Chile) hay poco desarrollo del tema higiene, de higiene propiamente tal de todo lo que son riesgos químicos, físicos como medidas de intervención...“

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública)

“Que los desarrollados, no, es que los desarrollados tienen otro sistema y son bastante heterogéneos, también en algunas áreas estamos detrás, en otras no tanto porque en Estados Unidos también es tremendamente heterogéneo, no tiene algo homogéneo. En Francia estamos detrás por su puesto, Bélgica también estamos detrás... España también, en que es mucho más fuerte la obligatoriedad, la fiscalización para que se cumplan las medidas de prevención, es muchísimo, pero aquí en Chile nosotros también tenemos heterogeneidad, o sea, hay empresas en que hay un accidente y eso es una hecatombe en la empresa porque eso es, la meta es cero y llega a haber algo, realmente ahí se produce un verdadera trastorno y se investiga y se trata”.

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Queda de manifiesto que los sistemas europeos nórdicos son los que tienen mayoritariamente más protegido a sus trabajadoras/es a diferencia de Chile.

“Si uno compara la situación de Chile con Suecia, estamos como 100 años atrasados. Porque sí, en Suecia en general yo creo que no hay desprotegidos, o sea, toda la población está protegida en salud de los trabajadores. No hay población desprotegida. En Chile tenemos 2 millones de población desprotegida, de la ley 16.744, porque a pesar que la gente cotiza como independiente, la ley no la protege...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

“Por otro lado, tú tienes el tema de las enfermedades profesionales, en Chile propiamente tal, cuando tú analizas los datos de Chile, que tiene una tasa de 4.3, no sé en qué tasa estará ahora, pero resulta que tú analizas que las tasas de enfermedades profesionales en Chile son mejores que cuando comparas con la sueca o la finlandesa, y tú puedes decir: que quiere decir eso, que las condiciones acá en Chile son mejores que ellos, o

sea lo que quiere decir, es que los registros son enormes, y por lo tanto, derepente concluyes y sacas definiciones y propuestas a partir de una información que igual es insuficiente, y que es súper precaria...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

Situación de Chile en relación a otros países

- La situación de la Salud Ocupacional en Chile en comparación con otros países se visualiza de manera heterogénea, debido a una diversidad de situaciones tanto dentro como fuera de la región.
- En el caso de la región latinoamericana en general, se percibe a Chile como en mejores condiciones, ya sea por una visión general del país o porque presenta mejores sistemas de información.
- En relación a los países desarrollados hay una visión heterogénea nuevamente, sin embargo, en relación a los países nórdicos claramente se aprecia una diferencia muy grande ya que en esos países todo y todas los/as trabajadores/as están protegidos.

4.1.11 Influencia de las nuevas formas de empleo en la Salud Ocupacional

Los/as especialistas coinciden que los cambios de la vida actual y las condiciones del empleo implican nuevos tipos de riesgos, enfermedades y accidentes, convirtiéndose en un problema mayor para la salud de los y las trabajadores/as.

“La rotación de los empleos exponen a riesgos sucesivos, a riesgos distintos, de los cuales no siempre puede haber un seguimiento. En general la rotación en los empleos es en sí misma riesgosa porque todo trabajo tiene como un tiempo de adaptación, un tiempo de incorporación que requiere instrucción, que requiere familiarizarte con las máquinas, herramientas, instrumentos para ser un trabajo seguro...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

“La tendencia es a externalizar, toda la tendencia es que ojalá que tú vendas el servicio, o sea, a ser independiente, me entiendes. ¿Cómo ha afectado? O sea cuando la persona es independiente es responsable de sí misma, y hoy día la ley no protege a los independientes, salvo un par de casos de gremios especiales, pero si nosotros tendemos a la independización del sistema, la Salud Ocupacional es ninguna, no hay protección en este minuto.”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

“El incorporarle inseguridad al empleo, frente a la ausencia de políticas, de programas de protección social real, bueno tiene que ver el tema de cómo uno, por ejemplo el tema del desempleo y la cesantía...en algunos países,...como el abordar el tema está centrado en generar subsidios que te puedan compensar, esta ausencia de empleo, pero en otros países la política está en asegurarte, no solo el tema, si no asegurarte que tú te reinsertes rápidamente al empleo...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública)

Los estudios en la región han dado algunas luces respecto de la precariedad, informalidad y migración que significa para las mujeres trabajadoras las nuevas condiciones del trabajo⁷⁵. Según Parra en Messing (2002), las mujeres están dispuestas a trabajar en condiciones precarias debido a sus necesidades económicas; algunos ejemplos de ello se pueden ver en estudios como el de Díaz y Medel (1997) ó Acevedo (1997).

Según la mayoría de las/os entrevistadas/os, como las condiciones del trabajo en la actualidad son inestables van afectando de mayor manera la salud de las mujeres dadas las condiciones de género anteriormente señaladas.

“Desde el tipo de contrato, el tema de la inseguridad, si hay contrato plazo, fijo, que sé yo, normalmente no es un tema, es temazo, el tema de si estás embarazada, no estás embarazada, y que está dentro de tu condición de empleo, si te contratan o no te contratan, eso te discrimina...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“Trabajo a domicilio, que es más masivo, trabajo externalizado, que es masivo, trabajo de jornadas parciales, trabajo de jornadas irregulares, trabajos con salarios irregulares, a eso los vería yo por formas de empleo. Un factor común a todo esto, es la precariedad, es decir, no tener certidumbre de qué pasa una vez que el trabajo termina, o no saber, no tener certidumbre de cuánto se gana en este día...todas las consecuencias asociadas a lo precario. Lo precario obliga a trabajar en lo que venga,

⁷⁵ Ídem Messing (2002).

obliga a trabajar con el ritmo que me impongan, y a trabajar con las condiciones que me impongan, y eso, es la pérdida de control sobre algunos aspectos esenciales para proteger la salud de uno, me parece que es grave, es alto riesgo para las mujeres, porque en muchos de los problemas de Salud Laboral, la capacidad de control que uno tiene sobre sus propias condiciones de trabajo, es un factor importante ...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

Además aparece como significativa, en una experta que menciona que es posible la reinserción laboral de los y las trabajadoras/es en Chile, luego de tener un accidente o enfermedad laboral.

“Si nosotros estamos pensando en que la gente que tiene, a consecuencia del trabajo, un accidente, una enfermedad del trabajo y queda con alguna incapacidad; uno está pensando que el Estado está preocupado en que esa persona se reinserte, los porcentajes o los subsidios que yo doy tienen otra magnitud y mis programas de reinserción son otros... pero si yo estoy pensando, que en el fondo, no tengo ninguna preocupación en el tema de reinserción laboral, por las razones que sean, por lo que sea, yo en el fondo lo que otorgo, son montos que le permitan tener una subsistencia, y yo no estoy preocupada de la calidad de vida de esa persona, estoy preocupada de que subsistan con una canasta básica, por lo tanto, también es una lógica súper distinta a como uno entiende el trabajo, si el trabajo piensas que es una parte de tu quehacer por tu desarrollo, o si tiene que ver con un mecanismo por el cual tú generas ingresos, entonces si tú lo reduces a un tema de ingresos, tú resuelves mucho a través de ese tema, y no con respecto a que la gente se sienta parte de una sociedad, de un grupo, de un todo. Entonces eso también es súper fuerte en cómo, y uno ve políticas súper incoherentes, en el sentido de que tú derepente ves como una mirada más integral y derepente, lo otro ves una mirada como súper de subsidio focalizado, pero no pensando en una reinserción real de las personas, también acá, yo creo que tú tienes una mezcla aquí, que es confusa, mi opinión personal...”

(Médica, Subsecretaria de salud Pública)

Influencia de las nuevas formas de empleo en la Salud Ocupacional

- Los cambios de la vida actual y las condiciones del empleo han transformado los riesgos a nuevas enfermedades y accidentes, convirtiéndose en un problema mayor para la salud de los y las trabajadores/as.
- Las condiciones del trabajo en la actualidad son inestables, requieren nuevos aprendizajes, uso de nuevos implementos, lo cual va afectando de mayor manera la salud de las mujeres.
- La posibilidad de reinserción luego de tener un accidente o enfermedad aparece como un nuevo tema de discusión.

k) Recomendaciones

Las recomendaciones entregadas por los/as expertos/as podemos agruparlas en dos áreas, por un lado, en el mejoramiento de los registros de estadísticas y por otro, en la elaboración de constantes diagnósticos dado las transformaciones laborales que están sucediendo y cómo eso afecta la Salud Ocupacional. Todo ello con el fin de contribuir a la creación de políticas públicas.

“Un buen sistema de registro de información es la base para montar un buen sistema de salud, lo que haría sería un mapeo ocupacional de las mujeres. Dónde están, en qué tipo de puestos. Haría un mapeo de las ocupaciones femeninas en Chile y ahí yo aplicaría políticas súper dirigidas. Al trabajo repetitivo, al trabajo con tóxicos, al trabajo de turnos nocturnos, al trabajo en la calle, etc. Pero primero me gustaría saber dónde. Saber dónde, cuántas, con qué...”

(Socióloga, Ministerio del Trabajo)

“Necesitamos mejorar los sistemas de información, se necesita un mejoramiento de la concepción de redes para asumir en forma integral la Salud Ocupacional, es decir, donde cada sector contribuye con una parte, un juego coordinado, eso se requiere, y se requiere a partir de los sistemas de información que mejoren. Se requiere incorporar formas consensuadas de priorización, es decir, se requiere incorporar mecanismos tripartitos, en la priorización y en la toma de decisiones, porque no necesariamente,

desde el punto de vista de las cifras, a mí me indica qué es lo más importante, es, no es eso necesariamente lo más importante, sé que no estoy considerando el aspecto de subregistro, y si es que no estoy considerando el impacto social de las cosas. La sociedad tiene perfecto derecho a decir que lo que le interesa es una vida que le permita usar su tiempo libre como quiera, lo importante, yo quiero ir a participación social, para que el sistema mejore requiere incorporar seriamente mecanismos tripartitos, los tiene...”

(Médico, Instituto de Salud Pública)

“Hay que tener un buen diagnóstico incorporando todos estos elementos, no reducirlo a lo que es el análisis del perfil de puestos donde las mujeres se insertan y no incorporar lo que es relación de vida familiar y los otros entornos, o sea, relación empleo...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública)

Una recomendación relevante es la necesidad de incorporar en futuros análisis y diagnósticos son las condiciones de trabajo y la equidad, además de incorporar a toda la cadena productiva.

“Para estudiar la salud de la mujer hay que pararse desde las condiciones de trabajo, desde las condiciones de empleo, desde ahí mirar los riesgos y de ahí mirar los datos...no puede haber salud en los trabajadores sin los trabajadores, o sea, el tema de la participación...”

(Enfermera, Ministerio de Salud)

“...incorporar tanto lo que son los problemas de salud, lo que son propiamente tal las condiciones de trabajo de lo que son las condiciones, las relaciones laborales de empleo. Yo creo que no es menor el cómo uno incorpora en el análisis los temas de equidad... si uno sabe que ciertos grupos que son más vulnerables, tienen más necesidades, uno tiene que focalizar esos programas y esas políticas para asegurar que lleguen a esos grupos...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública).

“Mi impresión es que si no se considera la cadena productiva de toda un producto, si no se considera ese tipo de organización del trabajo, con todas sus partes, no se está viendo la realidad. Tú puedes ver una mina, y los que trabajan en la empresa mandante, cero accidente, porque la prevención y los controles son altos. Es la linda cara, pero tú vas avanzando en todos los otros que prestan los servicios, y aquí está la accidentabilidad y el daño. Entonces, si no somos capaces de mirar las empresas en todos sus, con

todas sus partes, no estamos mirando la salud de los trabajadores y trabajadoras en la realidad...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

Otra área de recomendaciones coincidente es la creación de políticas públicas intersectoriales, lo que implica la posibilidad de trabajar desde una mirada integral.

“Yo creo que es clave; pero lo otro es que yo no creo que sea efectiva una política de Salud Laboral, y en este caso abocado específicamente a mujeres, si es que no es una política entre varios sectores. O sea yo creo que políticas aisladas o designadas sobre este tema no van a tener impacto, a uno le sirve una política integrada, uno cuando habla de política de Salud Laboral, debería estar saliendo el ministro de trabajo, salud y SERNAM, ésta es la propuesta de política en materia de Salud Laboral...”

(Médica, Subsecretaria de Salud Pública)

“La otra parte es la parte macro de la sociedad, de lo que nuestros legisladores opinen de la importancia de la obligatoriedad de la prevención, tanto primordial, de crear puestos de trabajo sin el riesgo a que si alguna vez están estos riesgos se puedan manejar en los niveles que la ley dice y realmente ser responsable en la prevención, pero con una fiscalización inteligente, bien hecha y que haga que la gente si tenga que adoptar las medidas de prevención...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Finalmente, pese a que la mayoría de las y los entrevistadas/os coincidieron en la necesidad de cambios culturales, solo algunas de ellas/os mencionaron posibles formas para su realización, por ejemplo a través de campañas educativas, tal como se ejemplifica en esta cita:

“Todavía tenemos grandes carencias en que se rompen las condiciones mínimas de las 8 horas, del uso de uniformes adecuados, de las pausas. Porque hay una tremenda necesidad de mayores ingresos de las familias, tanto de hombres como de mujeres trabajadores, la gente se colude con el empresario todavía, para simular que las cosas están bien. Hay que utilizar todos los medios de comunicación, y en eso uno puede usar las teleseries. En Brasil se usan mucho las teleseries, en Venezuela también, para instalar temas, que son preventivos en todos los campos de los derechos humanos. Y en el derecho del trabajo, hay una serie de campos que uno puede instalar en la teleserie. Entonces, usar esos mecanismos, cartillas, educación, formas distintas de educar a la población. Pero hoy día en Chile hay una cantidad enorme de trabajadoras y trabajadores que no conocen la

ley 16.744. Te estoy hablando incluso de los más educados, que tienen más acceso a información. Bueno, si las leyes se transformaran en hechos lúdicos, como ver una teleserie, te instala la información de una manera más fácil...”

(Socióloga, Centro de Estudios de la Mujer)

“Lo primero que haría sería una campaña educativa de auto convencimiento del valor que uno tiene como ser humano, de lo que uno puede hacer si uno está bien, de hacer que todas tengamos claro de que aportamos tanto y que tenemos que preocuparnos de nosotras mismas. En la medida en que la mujer no se preocupe de sí misma y sienta que es una persona que está solo disponible para satisfacer las necesidades laborales, de la casa, o sea, en permanente entrega, sin preocuparse de sí misma y sin valorarse a sí misma, eso no va a funcionar. Cuando uno tiene claro de que si yo me cuido a mi misma y yo estoy bien, el resto va a estar mejor. La diferencia del ser humano más, si somos eso, ese es el punto y el tema de que los empleadores y los trabajadores tienen que entender de que más vale que estemos todos bien para que salga adelante todo esto, si yo creo que va por ahí, si la tecnología existe y está disponible, si hay que usarla...”

(Médica, Asociación Chilena de Seguridad)

Recomendaciones de especialistas para las políticas públicas en Salud Ocupacional

- Mejoramiento de los registros de estadísticas.
- Elaboración de constantes diagnósticos dado las transformaciones laborales que están sucediendo y cómo éstas afectan la Salud Ocupacional.
- Incorporación en los futuros análisis de las condiciones del trabajo y la equidad, además de considerar a toda la cadena productiva.
- Creación de políticas públicas intersectoriales, ya que es necesario trabajar en conjunto para su abordaje integral.
- Cambios culturales a través de campañas educativas.

2. Análisis de grupos focales a mujeres trabajadoras de diferentes ramas ocupacionales

a) Nociones de riesgo en el trabajo

Los riesgos se pueden definir como aquellos componentes del proceso laboral que pueden generar elementos potencialmente nocivos para los y las trabajadores/as, de los cuales se puede tener la posibilidad de ser afectado/as o dañados/as⁷⁶. Cuando hablamos de riesgos para la salud, nos referimos a la probabilidad de que un evento se vuelva realidad. El riesgo puede ser entendido desde lo cultural, psicológico, ecológico, ideológico, político, socioeconómico y epidemiológico.

El riesgos aparecen muy ligado a otros conceptos como: conductas de riesgo, vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño), factores de riesgo (características detectables en un/a individuo, familia, grupo o comunidad que "señalan" una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño) y factores protectores (características detectables en un/a individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla)⁷⁷.

⁷⁶ Díaz E. (1994) Dar en la tecla. Condiciones de trabajo y Salud Laboral: digitadoras del sector financiero. Confederación de sindicatos de trabajadores de empresas bancarias y afines, Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.

⁷⁷ Ídem. Página 10.

En ese sentido, la mayoría de las entrevistadas en los grupos focales al referirse a la Salud Ocupacional y sus riesgos, describen peligros de accidentes y enfermedades asociados a su rama laboral y a las condiciones de su trabajo.

“Resfriado, de la humedad, y lo otro es que si nos pinchamos las manos y se nos infectan los dedos...enterrarse el anzuelo, atravesarse en la mano,...ese ganchito se mete para adentro, o sea se chupa la carne para adentro...”

(Mujer, Pesca, V región)

“Por cantidad de trabajo, pienso yo, sobre todo acá, en este empresa, que es una empresa muy grande que sigue creciendo día a día, pero no crece en la misma medida en cuanto a cantidad de funcionarios, entonces eso aumenta la cantidad y la posibilidad de que tú generes un estrés, hay casos de que ese estrés ha sido muy prolongado y ha generado una depresión...”

(Mujer, Servicios financieros, Santiago)

“Que nos caiga un tablón, que nos resbaemos...yo tengo un problema a las manos, porque como yo hago aseo...así como en la piel...después salgo a terreno y...la inseguridad va por ese lado...un accidente automovilístico, me pueden atropellar, o me pueden asaltar”.

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

“El frío, la humedad, los líquidos que echan a los frutos,...nos quemamos, los insectos... alguna caída... siempre está mojado”.

(Mujer, temporera, VII región)

En la mayoría de los relatos de las mujeres se observa que aparecen algunas enfermedades recurrentes, independientes de la rama laboral en la que se desempeñan. Esto se corrobora con los estudios de salud realizados por Messing (2002) sobre las mujeres trabajadoras latinoamericanas, que plantean que hay un predominio de problemas músculo-esqueléticos, derivado de la fatiga y estrés, independientemente del sector en el que se trabaje.

“El stress, yo te diría que estoy bastante estresada pero lo controlo, pero yo creo que el...que manejamos, en lo que trabajamos es principalmente el stress. Que llega cuando ya el stress pasa un punto, que ya supera te empieza a afectar la salud física. También, yo creo que principalmente es eso, que cuando tú ya te sentís mal, y estai cansada, te empieza a doler la espalda...asociados a la pega, son otros, porque nosotros andamos siempre..., andamos harto en terreno, y andamos siempre con un notebook y un teléfono, por lo tanto a varios de nosotros nos han asaltado, nos han quitado el notebook, nos han chocado por andar corriendo, por andar rápido”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“El lumbago también, la gripe...”.

(Mujer, Servicios Personales, IV Región)

“Empezamos a tener problemas de articulaciones por estar tanto de pie muchas horas. Nosotras cargamos también, porque tenemos que reponer, transportar cajas, mercadería que no siempre es liviana, entonces también tenemos enfermedades...a las rodillas, a la columna”.

(Mujer, Comercio, Santiago)

La salud mental aparece con mayor frecuencia en los relatos, quedando de manifiesto cuando se refieren al estrés y en algunos casos el uso de medicamentos para controlarlo o el uso de licencias médicas.

“Me conlleva a insomnio, a mi me afecta el estrés directamente con el sueño, además del carácter y de la poca tolerancia que llegué a tener... cuando ya estai a finales de mes el stress ya está, te llega hasta la corona, el insomnio ya me mata, o sea, definitivamente tengo que depender de algo que me ayude a dormir...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Estrés laboral...por depresión (hay licencias) y por estrés laboral...las mismas depresiones, las tienen por lo mismo, como el trabajo está tan malo, la gente no, o sea, yo lo veo desmotivante a lo mejor el dueño ya no nos paga...”.

(Mujer, Manufactura, Santiago)

Se puede apreciar en uno de los grupos de entrevistadas de Comercio, que los problemas de salud mental se ven acrecentando con el tiempo, ejemplo de ello son el estrés, crisis de pánico, entre otros.

“El hecho de estar tantas horas encerrada está naciendo y ya nació hace rato crisis de pánico,...por principios de estrés. Yo lo único que hacía era esconderme de la gente, no quería atender a nadie,...me bajó la angustia...”.

(Mujer, Comercio, Santiago)

Cabe destacar que en tres de los grupos entrevistados a saber Manufactura, Servicios personales y Comunales y Comercio, se observan en los discursos de las mujeres ejemplos de enfermedades que no son consideradas como del ámbito laboral, por lo tanto, es muy difícil obtener algún tipo de tratamiento o licencia por parte de las mutuales, como es el caso de las tendinitis.

“Todos podemos tener tendinitis, pero no nos dan licencias por eso. Porque no lo toman como laboral...”

(Mujer, Manufactura, Santiago)

“La parte de la salud, hay enfermedades que ellos no la consideran, los lumbagos. Hay lumbagos que son crónicos, que son causados por la parte laboral pero ya pasa un tiempo en que la ACHS o la institución que sea, no los considera como enfermedad...”

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

“Yo me pregunto porque en la ACHS no está reconocida la tendinitis como una enfermedad laboral...la enfermedad de las rodillas en las vendedoras tampoco es reconocida como enfermedad laboral...”

(Mujer, Comercio, Santiago)

Es relevante mostrar algunas tensiones en el tema de las definiciones de enfermedades laborales y su compensación, donde se especifica, discrimina y dilucida enfermedades laborales de las no laborales, lo que está relacionado con todo el sistema de prevención y protección de la salud, mutuales, licencias, etc.

Cabe señalar que la ley más importante respecto de este tema, es la ley 16.744 publicada el 1° de Febrero de 1968, la cual establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. La enfermedad laboral es definida como enfermedad causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El reglamento de cada lugar enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales y las/os afiliadas/os podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista. Esta ley dice que es obligatorio el Seguro Social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.⁷⁸ Además, el decreto 109⁷⁹ creado el 7 de Junio de 1968, habla de la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, donde las enfermedades son definidas de acuerdo a un listado de agentes específicos que se utilizan en todos los tipos de trabajo, y que pueden contribuir a la generación de enfermedades en el/la trabajador/a, como sustancias químicas, tensión psíquica, agentes biológicos. Estos agentes serán factores de riesgo siempre y cuando se establezca una relación de causa-efecto entre ellos y la enfermedad.

⁷⁸ Biblioteca del Congreso Nacional.

⁷⁹ Decreto 109. http://paritario.utralca.cl/docs/marco_legal/decreto%20supremo_N_109.pdf

Finalmente, en uno de los grupos analizados, el de sistema financiero, surge la reflexión de si el desgaste laboral no es intrínseco al trabajo, y se pone en cuestión el concepto de riesgo como lo hemos entendido hasta ahora.

“No lo alcanzo a percibir como riesgo, lo que significa la palabra riesgo...Sí...sí, todo el desgaste que produce cualquier trabajo, desde mi punto de vista, y sobre todo en un trabajo que tiene que ver con ventas, porque da la casualidad que yo en mi caso, eso a mí en forma personal me gusta, me estimula, si no fuera así lo echaría de menos o me aburriría, entonces, da la casualidad que eso llamado por otra persona como riesgo a mí me resulta entretenido, me resulta motivante, digamos, o sea, más allá de lo que puede ser la vista, como dices tú, el computador, la tendinitis, o aprender a estar, a no estar en posiciones inadecuadas frente a un escritorio, que lo tienen otras profesiones también, más allá de eso, no percibo, como lo dice la palabra, la significación de la palabra riesgo, no tiene..., y el resto, lo que es la atención público o ...como dices tú, como lo digo, eso a mí me gusta y me estimula, entonces...es parte de la pega, pero me gusta, o sea, porque podría ser parte de la pega y no tomarlo en forma negativa...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

En este punto se abre la interrogante de cuáles serían los riesgos asociados a la inserción desigual de hombres y mujeres al trabajo, o a las condiciones laborales, entre otros. Coincidimos con Parra en Messing (2002), quien menciona que hacer más investigación en diferentes áreas de la Salud Ocupacional de las mujeres nos permitiría debatir el tema de la inequidad que afecta a las mujeres trabajadoras, además es posible reconocer y profundizar que riesgos están relacionados con la inserción desigual. También es posible conocer los problemas específicos, ya sea perfil de problemas músculo esqueléticos y de salud mental, entre otros.

Nociones de Riesgo en el Trabajo

- La noción de riesgo en el trabajo está ligado a la concepción de peligros de accidentes y enfermedades asociados a la rama laboral y a las condiciones del trabajo.
- Se corrobora con otros estudios de salud sobre las mujeres trabajadoras latinoamericanas, que plantean que existe un predominio de algunas enfermedades recurrentes, independientes de la rama laboral en la que se desempeñan, como es el caso de los problemas músculo-esqueléticos, derivado de la fatiga y estrés.
- Hacer más investigación en diferentes áreas de la Salud Ocupacional de las mujeres permitiría debatir el tema de la inequidad que afecta a las mujeres trabajadoras, de manera de reconocer y profundizar sobre qué riesgos están relacionados con la inserción desigual de las mujeres. También es posible conocer los problemas específicos, ya sea perfil de problemas músculo esqueléticos y de salud mental, entre otros.
- Hay tensiones en el tema de las definiciones de enfermedades laborales y su compensación, donde existen leyes y decretos que determinan un listado de enfermedades laborales, sin embargo, al momento de solicitar la participación de todo el sistema de prevención y protección de la salud, mutuales, licencias hay dificultades.

b) Condiciones del trabajo y Salud Ocupacional

La OIT calcula que 2,2 millones de personas mueren cada año en el mundo a causa de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, cifra que parece ir en aumento. Además, cada año se producen unos 270 millones de accidentes de trabajo no mortales (que resultan en un mínimo de tres días de baja laboral) y 160 millones de casos nuevos de enfermedades profesionales⁸⁰.

Los estudios realizados en América Latina en Salud Ocupacional de las mujeres trabajadoras coinciden en reconocer la relación que existe entre las condiciones de precariedad del empleo y el perfil de salud y enfermedad; esta relación se refiere tanto a malestares asociados a jornadas de trabajo, falta de pausas, falta de protección,

⁸⁰ Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2008. Eventos y actividades a nivel mundial para movilizar a trabajadores, empleadores y gobiernos en torno a la gestión del riesgo en el medio laboral 28 de abril de 2008. Recuperado: <http://www.oitchile.cl/noticias.php?id=146>

inestabilidad en el salario y empleo entre otras⁸¹. Todas estas características, además de la extensión y distribución de la jornada de trabajo, los horarios y los contratos son parte de las condiciones del trabajo⁸².

En la mayoría de las entrevistadas de los grupos focales podemos observar lo que plantean los estudios realizados en América Latina, es decir, la relación entre condiciones del empleo y riesgos para la salud.

“Ando todo el día en la calle, ando arriba de micros- De hecho he tenido accidentes, y como me miden por metas, por cuota, además soy papá y mamá en la casa, entonces, esa es otra preocupación, y súper grande, súper grande, claro, pagar la universidad...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Como les vaya a ellos...si traen pesca hay pago, sino traen pesca, ta lumiao, o sea ni uno...es la incertidumbre si vai a ganar plata o no, porque a veces llegai aquí y a veces no hay na y tení que seguir igual no ma po. A veces podís estar toda la semana, a veces podís tar todo el mes onda \$500 y hay que hacer igual el trabajo...”

(Mujer, Pesca, V región)

“Porque nosotras trabajamos cruzando calles, bandejones, limpiando orillas, pero igual los vehículos pueden pasar a llevarlo...riego de accidente...una resbalada de césped mojado...los corto punzantes con las mismas herramientas...”

(Mujer, Servicios personales, IV región)

Según Messing (2002) tradicionalmente se pensó que el sector de servicios, en América latina, presentaba bajo riesgo en cuanto a la Salud Ocupacional, lo cual se puede apreciar en sus dificultades en la organización y comodidad, entre otras; las que tienen como consecuencias una acumulación de problemas de salud.

Esta situación se puede visualizar en la mayoría de los relatos de las mujeres trabajadoras de los grupos de servicios, sean personales, financieros o comunales, donde se supone que son de bajo riesgo pese a lo cual se van acumulando patologías.

“Mientras más se vende, más ganamos, y a veces superamos en cuanto a renta a otras personas, o profesionales mismos, porque nosotros trabajamos

⁸¹ Parra en Messing K. (2002) El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. Editorial Catarata, Madrid.

⁸² Centro de estudios de la Mujer (s/f) Informe de avance Proyecto ¿Malos tiempos para el buen trato? Encuesta sobre calidad del trabajo. Santiago de Chile. En: http://www.cem.cl/proyectos/pdf_proyectos/modulo1.pdf

todos los días con liquidaciones de sueldo, y estas personas como son muy competitivas, llega un momento en que se estre san...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“No tienen ley de silla, o sea, te tienes que estar sentado como escondida. No te permiten bajar las botellitas chicas de agua,... no puedes ir al baño...”.

(Mujer, Comercio, Santiago)

En las mujeres entrevistadas de los grupos de servicios, además aparece el uso de la tecnología como uno de los cambios que ha tenido el trabajo y que ha llevado al aumento de problemas como estrés y otras patologías.

“Es tanta la competencia que el cliente quiere rapidez, y si no tienes rapidez pierdes la venta...además, que con el tema de la tecnología...el cliente quiere llegar, sentarse y que le soluciones el problema, listo, sale, eso, si va a una parte donde tú te demoras, donde te tramitan cosas, no sirve, no, no sirve...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Los asientos son súper incómodos, el computador por ejemplo no tiene pantalla...protector de pantalla...tu estás todo el día en el computador...ves una sobre exigencia, que aumenta y te va dejando un vacío grande, que te das cuenta que tú nunca vas a lograr una meta que ellos quieren...”.

(Mujer, Servicios financieros, Santiago)

En varios de los grupos de entrevistadas, se puede apreciar además, horarios que ponen en riesgo la salud de las trabajadoras, estando propensas a asaltos.

“Salen muy tarde en la noche, y cruzar el puente casino a las 2 de la mañana, a tomar micro en Álvarez ahora, y ...en el puente casino, te tienen que ir a buscar...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Es pelúo aquí en la noche...sí hay que apurarse, hay que irse temprano,...la delincuencia...resulta que quedamos a oscuras también nosotras...”.

(Mujer, Pesca, V región)

En cuanto a los contratos de las trabajadoras, el cual es expresión de la relación social que se establece con la fuerza de trabajo en un intercambio en el mercado laboral⁸³; aparece como un hecho significativo en la mitad de los grupos de entrevistadas y también se constata en algunos casos que no se cumple esta condición.

“Los perros, me, me azotó contra la pared porque venía corriendo y yo no me di cuenta en el minuto, estuve con yeso...en accidente de trabajo, en la tarjeta yo no tenía tarjeta de salud, subcontrato, y después de eso me hicieron contrato”.

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

“Yo por lo menos no tenía contrato, me dijeron que volviera a la otra temporada de la uva y tampoco me hicieron contrato, me dijeron que no me lo hacían hasta que cumpliera 18. Al tener contrato a uno le van descontando cosas que a uno...entonces yo ahí bien...”.

(Mujer, Temporera, VII región)

“No respetan los contratos, no los respetan... o no dicen que hay que hacer...no fuimos contratadas para ir a comprarle las toallas higiénicas a las secretarias, yo no fui contratada para pagarle la luz a mi jefe...millones de pedidos. Yo conocía gente que tenía que quedarse por ejemplo, cuando ellos salen en el verano y los dejan cuidando las casas...a veces es un riesgo para ellos porque imagínese entran a robar...”.

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

Existe una situación significativa en varias ramas laborales y en distintas regiones, la falta de una infraestructura necesaria para desempeñarse en su trabajo.

“Dolores de cabeza, el dolor de cuello, los desgarros, los dolores de pies, de estar tanto rato parado...”.

(Mujer, temporera, VII región)

“El ruido de la máquina que está en mal estado, tampoco la han arreglado...no hay extintores, las ventanas tenían vidrios sacaron los vidrios...el casino, pa' que vamos a hablar del casino...teníamos latones para calentar la comida...pero se están perdiendo...”.

(Mujer, Manufactura, Santiago)

⁸³ Díaz E.; Mella, P.(2007) ENCLA 2006. Inequidades y brechas de género en el empleo. Análisis de los resultados de la encuesta nacional (quinta versión). División de Estudios Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile.

Dentro de la infraestructura, podemos apreciar en varios de los grupos la falta de condiciones mínimas de higiene, como son los baños.

“Donde nosotras trabajamos no hay ningún tipo de baño. Entonces nosotras igual nos podemos agarrar cualquier infección, porque nosotras igual estamos al aire libre y todo...los baños donde yo trabajé eran asquerosos...”

(Mujer, temporeras, VII región)

“No hay un baño, nosotras no tenemos baño...y no nos prestan el baño...yo a veces tengo que pagar 200 pesos para ir al baño...”

(Mujer, Servicios personales, IV Región)

Condiciones del Trabajo y Salud Ocupacional

- Existe una relación entre las condiciones de precariedad del empleo y el perfil de salud y enfermedad; esta relación se refiere tanto a malestares asociados a jornadas de trabajo, falta de pausas, falta de protección, inestabilidad en el salario y empleo entre otras.
- El sector de servicios, según algunos estudios en América Latina, tradicionalmente se pensaba de bajo riesgo en cuanto a la Salud Ocupacional de las mujeres, sin embargo, se pueden apreciar como consecuencias una acumulación de problemas de salud, como estrés y problemas musculares.
- Se aprecian algunas dificultades en cuanto a horarios nocturnos, falta de infraestructura o problemas en los contratos de trabajo, los cuales ponen en riesgo la salud de las trabajadoras.

c) División sexual del trabajo

El mercado del trabajo ha tenido una inserción de las mujeres, donde ha habido un aumento significativo de la participación femenina en América Latina, entre los años 1970 y 1990. Según Silva Araujo et al, este estímulo al empleo proviene en parte de la necesidad de recomponer el ingreso familiar y la expansión del sector de servicios;

además de la ampliación del rol de la mujer, ya que poseen mayor escolaridad y menor fecundidad⁸⁴.

En Chile la tasa de participación femenina ha experimentado un incremento en la última década. Del 34.6% en 1997 pasó al 38.5% en 2006. En cambio, la tasa de participación masculina se contrajo en 3 puntos porcentuales⁸⁵.

En la mayoría de los grupos se puede apreciar la tensión para conciliar dos roles el de madre y trabajadora. Esto queda expresado en los discursos de las mujeres cuando hablan respecto a cómo conciliar sus tiempos, dedicación a la familia y a su trabajo, ejemplo de ello son las mujeres jefas de hogar.

Caber recordar como lo han demostrado una serie de estudios que la incorporación femenina al mercado laboral tiene dos caras: por una parte, significa para muchas mujeres la posibilidad de mantener su hogar o contribuir a ello, también les brinda oportunidades de autonomía y de desarrollo personal; por otra, las condiciones en que se incorporan al mercado laboral mantienen fuertes inequidades. Al mismo tiempo, su participación laboral no se ha traducido en una redistribución de las tareas domésticas y reproductivas al interior del hogar⁸⁶.

“Tú tienes mucha presión, el hecho de ser madre y padre a la vez...”.
(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Mi hijo me dice ... porque no te llevas los platos pa’ la oficina, si llegai acá a la casa, estai trabajando todo el rato... no será que de repente las mujeres somos absolutamente super women...yo soy una convencida, de que muchas, muchas, creemos que el traje lo tenemos abajo...”.
(Mujer, Servicios financieros, Santiago)

Según Parra en Messing (2002) existe esta tensión entre los roles domésticos y laboral, donde las propias trabajadoras deben resolverlo. En este sentido se aprecia una reflexión, en la mitad de los grupos de entrevistadas, sobre el cambio de roles que se empieza a apreciar entre mujeres y hombres.

“El jefe dice sabes que estamos con un tema atrasado vamos a tener que venir el sábado, algo que a todas nos complica, porque yo lavo el sábado, limpio el sábado, me preocupo de mochila, uniforme, hay niños, me entendí, y todas, y el caso de todas mis colegas, y todas dijimos bueno, y los chiquillos dijeron no, porque el sábado yo estoy con mi hijo, yo el sábado, o

⁸⁴ Parra en Messing(2002).

⁸⁵ OIT (2006) Desafíos para la igualdad en el trabajo: Chile. OIT Notas Trabajo Decente y Equidad de Género en América Latina.

⁸⁶ CEPAL (2005) *Panorama Social de América Latina*. Santiago: CEPAL.

sea, tiene, se crea como el concepto más femenino, no sé, como que ellos están más arraigados al tema familiar que nosotras mismas, yo creo que nosotras mismas, yo creo que nosotras hemos cambiado el rol en esta parte...yo creo que es una cuestión de actitud, es curiosísimo... Se suponen que son jefes de hogar, se supone que deberían estar mucho más comprometidos, con muchas más ganas de ganar lucas... cero meta, cero visión, cero compromiso, cero visión de futuro..."

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

"La mujer se posterga mucho, y hombre es inconsciente, ellos protestan y todo, porque saben que como sea la mujer les va a ayudar...precisamente uno piensa en la familia...este país tendrían que hacerlo de nuevo...sin hombres"

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

"Tú tienes que llegar a tu casa y seguir trabajando, bueno y eso implica también más estrés. Hay personas que nos levantamos a las 6 de la mañana a cocinar, porque llegai tan cansada en la tarde... a la mujer le cuesta mucho delegar roles... uno se siente imprescindible...yo aprendí a delegar roles, si mi hijo quiere lavar los platos, no importa cómo lo haga pero que lo haga"

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

Según dos de los grupos de entrevistadas, se aprecia una diferencia entre hombres y mujeres, ya que en el caso de las mujeres hay mayor esfuerzo y trabajo en el ámbito laboral remunerado y en sus casas.

"Las mujeres trabajan más, más esforzada...nosotras trabajamos el triple...la mujer siempre ha sido luchadora porque siempre quiere surgir más que el hombre... (ellos) llegan a descansar y nosotras seguimos trabajando en la casa..."

(Mujer, Servicios personales, IV Región)

"Cada vez tenemos menos tiempo para la Carolina, porque siempre está la mamá y la trabajadora, pero la mujer, está absolutamente postergada, por eso que el costo de haber asumido roles que a lo mejor en algún minuto eran súper marcados y que hoy en día ya no lo son, porque puedo arreglar el foco de la ampolleta, puedo arreglar el enchufe, no sé, si se me echa a perder el portón le pego una patada y la cuestión funcionó, tengo que hacerlo, estoy sonada, si no para clavar un clavo tengo que pagar a un maestro, esos costos son súper altos..."

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

Pese a que la noción de riesgo, aparece en algunos casos como diferencial para hombres y para mujeres, en la mayoría de los grupos además se menciona que hay también riesgos por rama laboral.

"Las mujeres trabajan igualitas al hombre, se la pueden igual...en ese tiempo se trabajaban 12 horas, hombre y mujer son lo mismo, teníamos que tomar cajas de 25 kilos y lo hacíamos igual..".

(Mujer, temporera, VII región)

"No me considero, excesivamente feminista, ni tampoco machista...creo que hoy en día no influye la diferencia de género en ese tipo de cosas, si no que marcadamente de las características de la personalidad. Tal vez pueda provocarse que las mujeres sean más resistentes a ciertas cosas o más, comprometidas como dices tú, o más tolerantes, no sé, establezca la diferencia a el que a través de las generaciones se ha tenido que romper un molde... se ha tendido que romper barreras que yo creo que en la actualidad ya no existen tanto, yo creo que en este minuto derechamente para quienes, derechamente no existen como antes".

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

División sexual del trabajo

- El aumento de la participación laboral de las mujeres conlleva una tensión en la conciliación de los roles de madre y de trabajadora.
- Estas condiciones y características de la inserción laboral de las mujeres conlleva a riesgos diferenciales, sin embargo, según rama laboral aparecen algunos riesgos similares para hombres y mujeres

d) Uso de licencias médicas

En el caso de las mujeres entrevistadas, en un tercio de los grupos, se aprecia la dificultad para tomar licencias, lo cual está relacionado con las condiciones laborales; debido a que les van a disminuir su ingreso familiar, implica más trabajo a la vuelta de la licencia, entre otros.

Según FONASA, *“Si usted es un trabajador activo dependiente o independiente y se enferma, tiene derecho a ausentarse de su trabajo, de manera parcial o total, si así lo ha indicado un médico cirujano, un cirujano dentista o una matrona (ésta última para pre y post natales). Este derecho al reposo con fines terapéuticos es el conocido como Licencia Médica, el cual se certifica a través de un formulario que constituye un justificativo para ausentarse del trabajo de manera total o parcial según indique el profesional que la extiende. Si usted cumple con ciertos requisitos, durante la vigencia de la licencia médica, podrá gozar de un subsidio especial cuya finalidad es que usted mantenga sus ingresos por aquellos días que no los va a generar por encontrarse con reposo terapéutico”*⁸⁷.

En este sentido independiente de las leyes y derechos que garantiza el estado chileno, existe una ‘cierta culpabilidad’ por enfermarse que se expresa en los discursos de las mujeres, además de la sensación de inseguridad laboral por la misma situación:

“El ausentismo te provoca más trabajo, y la verdad es que es casi, te enfermai es casi como “Oh, pucha”, casi te sentí culpable por tomarte una licencia. De partía, la base es muy baja, o sea, el sueldo va dentro de la venta, entonces al tomarte licencias, sales pa’ tras, no es lo mismo que una persona que a lo mejor resuelve un sueldo fijo...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“No es por género...más que nada por una cosa de temor, de perder el trabajo... ya somos de una edad, ya sobre 40, y ya casi, ya 50, por ejemplo, pa’ nosotros es más difícil que ustedes encontrar pega.....”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Tú tienes que pagar la consulta ahí y te sale mínimo 15.000 pesos, ya después te dan 5 o 6 días, porque no te puede dar más, te pagan cuanto, 3 días, 4 días...entonces para ti enfermarte no es un negocio. Entonces tú prefieres hacerte la loca y seguir trabajando...”

(Mujer, Comercio, Santiago)

Cabe señalar que en el grupo de las temporeras a diferencia de las otras ramas, mencionó que para ellas no son de utilidad las licencias debido a las condiciones de su trabajo.

Tal como lo mencionan las mujeres temporeras en una Asamblea el año 2000 que se realizó en Santiago, cuando se habla de Salud Laboral de las mujeres asalariadas no podemos olvidar que los riesgos a los que no enfrentamos son distintos a los hombres,

⁸⁷ ¿Qué es un licencia médica? Recuperado: http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20051212/pags/20051212120711.html Mayo 2008.

aunque trabajemos en la misma empresa, la misma cantidad de horas, nos paguen a trato, nos vigilen, nos restrinjan de ir al baño, no sepamos qué plaguicidas se usaron, etc. Porque casi todas debemos asumir una segunda jornada de trabajo, que es el trabajo doméstico, que implica hacer las cosas en la casa y todo lo que demanda la crianza de las/os hijos/as, tarea que a lo más la compartimos con nuestras hijas, u otras mujeres de la casa⁸⁸.

“A nosotras no nos sirven en realidad las licencias médicas, porque nosotros trabajamos sin contrato en la temporada, y el día no trabajado es día no pagado, no nos sirven...”

(Mujer, temporera, VII región)

En el caso de las mujeres asalariadas agrícolas temporeras, en la misma asamblea se planteó que es territorio de nadie. Se ha investigado poco, y la gran cantidad de enfermedades que nos afectan no son reconocidas como de origen laboral, sino que son atribuidas a la edad, a problemas de la menstruación, a la menopausia, al trabajo de la casa, etc. etc. y no se reconocen ni el cansancio, ni el stress, ni la violencia como producto de enfermedad en el trabajo, ni el sobreesfuerzo, la carga de trabajo excesivo, las exigencias corporales de las largas jornadas de pie, el trabajo monótono, la exposición a plaguicidas, la exposición al sol, al frío y por último, esto lleva a que no podamos acceder a los legítimos derechos humanos como trabajadora⁸⁹.

Las licencias más comunes de las mujeres trabajadoras son por estrés o depresión y en segundo lugar aparecen las licencias por embarazo.

“Me han tenido que dar hasta licencias siquiátricas digamos por estrés, o sea, depresión, porque me ha llegado a venir depresión...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Depresión desde que conozco... el estrés... la más recurrente...”

(Mujer, Servicios financieros, Santiago)

“Solo son por embarazo”

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

En el caso del embarazo y la lactancia, según Parra en Messing (2002), muchas mujeres trabajadoras han debido acomodar su situación debido a la falta de recursos institucionales. En algunos casos se retiran temporalmente, en otros reducen el

⁸⁸ Primera asamblea nacional de mujeres asalariadas temporeras de la agroexportación “Con nuestras manos comienza la exportación exigimos contrato y previsión” 26 de agosto 2002 Edificio Diego Portales Santiago-Chile.

⁸⁹ Ídem, página 2.

amamantamiento, etc. En Chile existe la Guía de Normas de Protección a la Maternidad. Por medio de este documento se da a conocer la serie de derechos que posee la mujer trabajadora por el solo hecho de la maternidad sin que requiera de una autorización previa u otra formalidad para ejercerlos. La única exigencia que establece la ley establece es el certificado médico que acredite el estado de embarazo y los trámites propios de una licencia médica para el pago de los períodos de permiso que la ley otorga⁹⁰.

El INE señala que en los últimos años ha habido una fuerte inserción femenina al mundo laboral remunerado. Mientras en 1986 las mujeres trabajadoras llegaban a un 29 %; en 2002 la cifra aumentó a casi un 34 % y el 2007 al 38%. Situación que sumada a la capacidad reproductiva de la mujer, transformaron al sector femenino en el mayor demandante de las licencias médicas. Dentro de éstas, una de las más utilizadas son las maternales, las que entre 1991 y 1999 aumentaron desde 22.831 a 70.600.

Como es sabido, en la normativa chilena las madres trabajadoras cuentan, legalmente, con 84 días de descanso, los cuales podrían aumentar a 105 en caso de que la/el lactante presente alguna enfermedad. Incluso, gran parte de las mujeres consideran pertinente aumentar los días de ausencia laboral, cuyo mayor motivo no recae sobre la salud propia, sino en la necesidad de cuidar al/la recién nacido/a. Período en que la mujer podrá optar a la totalidad de sus honorarios, siempre y cuando éste no supere los 170 mil pesos; de lo contrario, solo recibirán el 80 por ciento de su salario.

En el caso de las licencias por embarazo y lactancia, se puede apreciar en más de la mitad de los grupos el reconocimiento explícito de tomarse licencias para poder cuidar de sus hijas/os.

“Si tuviéramos post natal, que la guagua en tres o cuatro meses...afirme su cabecita, que ya esté comiendo otras comidas, que no dependan tanto del pecho...ahí bajaría el abuso. Si estuviera legislado de esa manera”.

(Mujer, Servicios financieros, Santiago)

Finalmente, un tema emergente, en uno de los grupos de entrevistadas, es la diferencia que surge en cuanto al uso de licencias médicas, en relación a los jóvenes que estudian y trabajan y el resto de las mujeres y hombres. Lo cual abre una nueva situación laboral como es el caso de la inserción de los jóvenes estudiantes al mercado laboral y las condiciones de su trabajo.

“A los lolos me refiero, típico cuando no se po’, derepente, por ejemplo, mañana iba a ser festivo, y nos toca trabajar viernes y sábado, nos toca trabajar este sábado, yo sé que muchos van a tirarse una licencia, porque ya

⁹⁰ Guía Normas de protección a la Maternidad. Dirección del Trabajo. Recuperado: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-60024.html>

tienen médicos conocidos inclusive,... toman licencias, tanto porque carretean o porque los pobres también les toco una prueba cotota...”
(Mujer, Sistemas financieros, V región)

Uso de licencias médicas

- El uso del derecho a reposo con fines terapéuticos, es decir la licencia médica está relacionado con las condiciones laborales de las trabajadoras, puesto que el uso frecuente de ella puede implicar una disminución de su ingreso familiar, inseguridad laboral, más trabajo a la vuelta de la licencia, entre otras situaciones.
- La mayor cantidad de licencias que toman las mujeres son por maternidad y por cuidados de sus hijos/as recién nacidos.
- Hay tensiones en el tema de las definiciones de enfermedades laborales y su compensación. Existen leyes y decretos que determinan un listado de enfermedades laborales, sin embargo, al momento de solicitar la participación de todo el sistema de prevención y protección de la salud, mutuales, licencias hay dificultades.

e) Funcionamiento y uso de medidas de prevención

En Chile hay diferentes instituciones que son responsables de la seguridad y salud de las/os trabajadoras/es, repartidas en instituciones de salud, trabajo y seguridad social. En este ámbito de la vida social ha habido grandes discusiones, se han creado leyes, decretos y códigos desde el trabajo y la salud; donde el Estado actúa como garante de la protección y seguridad social de los/as trabajadores/as⁹¹.

En ese sentido hay una serie de aspectos normativos, de inspección, educación y de previsión social que son abordados desde el área previsional, área laboral y área sanitaria⁹². Por ejemplo la Dirección del Trabajo en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, la Dirección del Trabajo, en concordancia a su misión y objetivos estratégicos, se ha fijado las siguientes líneas de acción: Interpretación y análisis de la normativa existente en materia de Salud y Seguridad en el trabajo (Jurisprudencia); Inspecciones

⁹¹ Ministerio del trabajo (2007) Observatorio laboral. La seguridad y salud en el trabajo. Institucionalidad, cobertura y desafíos. Ministerio del Trabajo.

⁹² Ídem Ministerio del Trabajo. Página 3-4.

de los lugares de trabajo y fiscalización del cumplimiento normativo; Investigación de accidentes; Estudios de la realidad laboral (diagnósticos sectoriales y temáticos, estadísticos) Difusión (programa radial, campañas, manuales, fichas, cartillas, trípticos, pagina web, entre otros.); Asistencia técnica (contacto personalizado, talleres, entre otros) Capacitación (trabajadores/as, empleadoras/es, fiscalizadores/as, dirigentes/es sindicales); Coordinación con otras instituciones relacionadas con la prevención de la Salud y Seguridad en el Trabajo⁹³.

Respecto a la prevención de diversas problemáticas de Salud Laboral, la mayoría de las entrevistadas, se refiere al funcionamiento de dichas medidas, en lo cual se aprecia una heterogeneidad, de acuerdo a las condiciones de su trabajo. Sin embargo, se aprecia una mayor tendencia al mal funcionamiento y falta de medidas de prevención; es significativo mencionar, que el funcionamiento de las medidas tiene relación con el control que realiza la inspección del trabajo⁹⁴.

“Yo encuentro que nos cuidan harto, a nosotros como funcionarios, encuentro que la empresa nos cuida harto, no se po’, si alguien está enfermo te mandan al tiro, llega una persona al lado, tu jefe, o el jefe de tu jefe, y te llegan a pillar enfermo, o a la casa, o al médico...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Ahora me pasaron botas, pero hace unos días los zapatos llegaban a sonar pura agua, pura agua...la inspección del trabajo exige que tiene que ser así las empresas, por una cosa de seguridad de todos los trabajadores. Por eso está funcionando así”

(Mujer, Servicios Personales, IV Región)

“No usábamos guantes. No teníamos, cuando usábamos era el puro día que venían a supervisar no más, de la inspección...eso de las supervisiones es mentira, porque se sabe el día que van a pasar, en todos lados...”

(Mujer, Temporera, VII región)

Otro tema emergente que destacan un par de grupos, específicamente el de Sistema financieros y de Servicios personales y comunales, se refiere a que en las empresas grandes o gracias a las nuevas jefaturas o direcciones, se puede apreciar el uso de medidas de prevención, como por ejemplo el uso de implementos.

“Si tú no estás con la ropa apropiada no te dejan entrar, ninguna, por ejemplo, nosotras tenemos que ir ponte tú a puerto ventana, que...empresas

⁹³ Dirección del Trabajo. <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22061.html> Recuperado: Mayo 2008.

⁹⁴ La Dirección del Trabajo tiene por misión contribuir a modernizar y hacer más equitativas las relaciones laborales, velando por el cumplimiento normativo, promoviendo la capacidad de autorregulación de las partes, sobre la base de la autonomía colectiva y el desarrollo de relaciones de equilibrio entre los/as actores/as del mundo del trabajo, empleador/a y trabajador/a. Recuperado en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22737.html>

grandes, y si no estamos vestidos como corresponde no podemos entrar a las inmediaciones donde ellos están trabajando, o sea, llegamos hasta la oficina...esa es una exigencia que les pone la empresa...".

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

"Ponen andamios sin ninguna seguridad, o sea... ni zapatos de seguridad, nada. Cero seguridad...la han mejorado,...la administración que hay ahora es muy asequible a la gente y especialmente a gente obrera...los chiquillos al menos han conseguido mascarillas...".

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

La heterogeneidad antes mencionada, se puede apreciar además en las diversas medidas que han sido tomadas en las distintas organizaciones, independiente de la rama del trabajo, como: uso de implementos, charlas educativas, libro de reglamento.

"En mi trabajo hay un prevencionista de riesgo, él va constantemente a hacernos charlas a nosotros, estamos clasificados por colores, nos han hecho los, me refiero a que ese tipo de prevención tú te referías... nosotros estamos acostumbrados a hacer simulacros, en caso de temblor, terremotos...".

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

"Tomar antigripal en casa...y personalmente...traer un termo y tomarnos un café...apurarse luego para irse luego a la casa...ponimos un cartón, cada una la que quiere tener cartón se consigue un cartoncito y se lo pone en los pies...cambiarnos de zapato...se pone unos zapatos viejos por la humedad, entonces los zapatos están constantemente al sol para mantenerlos secos...cambiarnos la ropa...tuvimos que cerrar, pusimos puerta, candado para que nadie entrara...".

(Mujer, Pesca, V región)

"Chaleco, gorro, reflectante, bototos, todo...sí, porque uno se identifica con esto, con esta ropa. De lejos a uno le ven...en la avenida del mar nos decían las viejitas pascueras...es que en las charlas que nos hacen a nosotros nos explican todo el trabajo como es, y nos dejan bien...la jefa nos hace la charla...también nos repartieron un libro, con el reglamento de la empresa...".

(Mujer, Servicios personales, IV Región)

"Con la jefatura, o sea, hasta es mal visto una licencia, o sea, pucha, licencia, debo reconocerlo abiertamente de que es mal visto una licencia, porque es como objetada, me entendí, es como...estaba tan resfriada, me dolía tanto la espalda, una cosas así, me entendí, y no, no hay prevención, o sea, yo trabajo en vehículo propio, si me mato o me pego un conchazo en la

carretera es de mi exclusiva responsabilidad, nunca he tenido una charla, sobre prevenciones de riesgo, la verdad es que no tengo idea a quien tengo que llamar si tengo un accidente laboral...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

En uno solo de los grupos focales se menciona el funcionamiento de un comité paritario⁹⁵, el cual ha influido significativamente en el uso de algunas medidas de prevención.

“Por el momento tenemos un comité paritario que está funcionando bien, así que todos los implementos de seguridad, las charlas que están haciendo, así es que por eso no ha habido mucho accidente...”.

(Mujer, Servicios personales, IV Región)

Es relevante mencionar que en el caso de las temporeras y pescadoras es posible ver una precariedad laboral importante, tanto en las condiciones laborales como en el uso de las medidas de prevención.

“Nos pasan guantes..., no les dan protectores solares...al final de la temporada, a nosotros se nos anotaba lo que se nos pasaba, si lápiz, gorro, un delantal. Eso era todo. Pero cuando venían a supervisar, si veían un lápiz en mal estado, o un delantal roto, les bajaban el sueldo, lo iban cobrando...no nos dan almuerzo,...el jefe hizo un casino, pero no era na un casino, eran como dos tablas y habían puesto dos palos...”.

(Mujer, Temporera, VII región)

“(heridas en las manos) Uno tiene que ver como curarse...no tenemos ni agua...nunca han podido conseguir agua, ni luz, ni baño, no hay botiquín, o hay cosa que pueda desinfectarse...(si llueve)como lo ve usted, protegiéndose de los hoyo...buscando la parte donde no se llueva, ahí todas estamos”.

(Mujer, Pesca, V región)

⁹⁵ El Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS) es el organismo técnico de participación entre empresas y trabajadoras/es, para detectar y evaluar los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Los Comités Paritarios son obligatorios en empresas con más de 25 trabajadores/as y deben estar integrados por tres representantes de la empresa y tres de las/os trabajadoras/es. Sus principales funciones son Instruir sobre la correcta utilización de equipos de protección personal. Vigilar el cumplimiento de medidas de prevención de higiene y seguridad. Investigar causas de accidentes y enfermedades profesionales en la empresa; decidir negligencia inexcusable; Adoptar medidas de higiene y seguridad para la prevención de riesgos profesionales. Promover la capacitación.¿ Cuáles son los requisitos para ser miembro? Tener más de 18 años; Saber leer y escribir; Un año de antigüedad en el trabajo; Realizar cursos de orientación en prevención de riesgo Cumplir funciones encomendadas por el organismo administrador; En: http://www.paritarios.cl/quees_comite.htm Recuperado: abril 2008.

“En mi caso, debo darme cuenta, que en mi área hay cero prevención y cero preocupación, yo diría que es todo lo contrario, o sea, me gusta escuchar de que, ponte tú, en tu grupo si te ven enferma o si te ven con alguna complicación te instan a que lo soluciones, porque en el fondo te están diciendo eres más importante tú en este minuto que lo que vayas a hacer, y cuando vuelvas terminas de hacer tu pega, porque ya vas a estar mejor, o sea, esa es mi visión, pero definitivamente, yo debo reconocer que en mi área, donde yo trabajo, lo más importante es el trabajo y después yo, o sea, no hay un tema de prevención, si me siento mal tengo que seguir trabajando, aunque me este muriendo, cachai...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

Funcionamiento y uso de medidas de prevención

- Existe una heterogeneidad en el uso y funcionamiento de las medidas de prevención de diversas problemáticas de Salud Laboral, de acuerdo a las condiciones laborales. Sin embargo, se aprecia una mayor tendencia al mal funcionamiento y la falta de medidas de prevención. El funcionamiento de las medidas tiene relación con el control que realiza la Inspección del Trabajo.
- El tamaño de la empresa y el tipo de jefatura condiciona el uso de medidas de prevención, de esta manera, empresas grandes hacen mayor uso de ellas.
- Existe una diversidad de medidas que han sido tomadas en las distintas organizaciones, independiente de la rama del trabajo como: uso de implementos, charlas educativas, libro de reglamento.
- En el caso de las mujeres de las ramas temporeras y pescadoras se observa una precariedad laboral importante, tanto en las condiciones laborales como en el uso de las medidas de prevención.
- Aparece como significativo el uso del comité paritario para lograr la implementación de algunas medidas de prevención.

f) Sugerencias para mejorar la Salud Ocupacional

Las sugerencias entregadas por las entrevistadas de los diferentes grupos focales se distribuyen en diversas áreas de interés como: aspectos humanitarios, participación, mejoras en medidas de prevención y condiciones del trabajo.

En dos de los grupos de mujeres trabajadoras se sugiere un cambio en la conciencia de los/as empleadores/as, aluden a la necesidad de que las/os jefas/es sean más humanitarios/as y por ejemplo se consideren momentos relevantes de las mujeres como el día de la madre.

“La gente que tiene plata piensa que nosotros los pobres somos animales...o nos ven como ignorantes... (sugerencias) que fueran más humanitario con la gente, lo que pasa es que miran en menos a las persona, como son menos que nos tratan mal, o como decía ella que las retaban, con groserías...”.

(Mujer, Temporera, VI región)

“El día de la mamá libre...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

En cuanto a la participación de ellas como trabajadoras, se aprecia en la mitad de los relatos de los grupos de mujeres, la sugerencia de participación en sindicatos, activación de comités paritarios, considerando la necesidad de recibir información de sus derechos y tener mejorías en estas materias.

“Hay ciertas cosas que si uno no las hace valer, si tú no las haces valer, o tú no las manejas, no las van a respetar...por desconocimiento, o por falta de información, de exigir la información, o sea, poco tiene que ver con que seamos o no seamos mujeres...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Tiene que haber un sindicato de asesoras del hogar...”.

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

“Yo pienso que los comités paritarios, si funcionaran realmente y se les obligara a los empresarios cada cierto tiempo a que el servicio de salud se haga una fiscalización y les pusieran nota...que capacitaran a los de los comités paritarios, con cursos de primeros auxilios...donde hicieran valer

todas estas cosas de prevención, yo creo que con el apoyo de los sindicatos podríamos hacer valer los derechos”.

(Mujer, Comercio, Santiago)

En uno de los grupos aparece la sugerencia de participación llevada al cambio de leyes que favorezcan a los y las trabajadoras/es.

“Todas las que trabajamos deberíamos exigirles, deberían exigirles a ellos que tuvieran sus trabajadores con contrato...porque uno no sabe si tiene derecho o no tiene...”.

(Mujer, Servicios personales y comunales, VIII región)

En cuanto a las mejoras de las medidas de prevención se sugiere en el ámbito de mejora de las condiciones laborales. En dos de los grupos focales aparece la necesidad de mejorar las jornadas laborales.

“Las reuniones no se hagan después del horario de trabajo, que casi siempre ocurre...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“Que debiera en el trabajo, al menos a las mujeres que somos dueña de casa, un tiempo extra así como para también nos relajáramos. Porque todo es trabajo y uno empieza. Ahí empiezan los achaques después...la empresa le hiciera un pequeño relax...”.

(Mujer, Servicios personales, IV región)

Mientras que en la mayoría de los grupos focales aparecen diferentes medidas de prevención que deben ser tomadas para mejorar las condiciones laborales.

“La protección para la gente que trabaja en terreno, debiera ser mayor, la protección de moral, me refiero como dijo...de esguinzarte, de que te atropellen, de chocar, debiera haber un seguro mucho más grande de lo que hay, debiera haber a lo mejor un plus en cuanto a renta, debiera haber una red de protección mayor, no cierto, la desinencia del stress estando en terreno también es mucho mayor, porque se corre de un lado a otro, porque está la bulla, se corre contra el tiempo, no es el asunto, no es tanto el asunto de la meta, si no que la visional que tú le pones a tu desplazamiento, el desgaste del desplazamiento...”.

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

“La obligación de entregarles un bloqueador solar, pero tú como te cuidas, pero tú como lo sabes, por el compañero, por el amigo, por el, pero jamás, ponte tú, que alguien te diga de la misma empresa, hay esto, repártanselo...”

(Mujer, Sistemas financieros, V región)

Además, en un tercio de los grupos focales, se pudo apreciar como sugerencias, la mejora de infraestructura para poder desempeñar su trabajo.

“Lo que nos faltaría son los baños, cosas así, más básicas...esas son las únicas cosas...que hacen falta los baños, porque las mujeres tienen sus etapas, sus períodos, y estar ahí incómoda y no tener un baño, es igual fome...”

(Mujer, Servicios personales, IV región)

“Tendríamos que tener una estructura mejor, o sea prácticamente tener piso, tener baño, tener un lugar donde lavarnos bien las manos, tener higiene...”

(Mujer, Pesca, V región)

“Una silla...”

(Mujer, Temporera, VII región)

Sugerencias

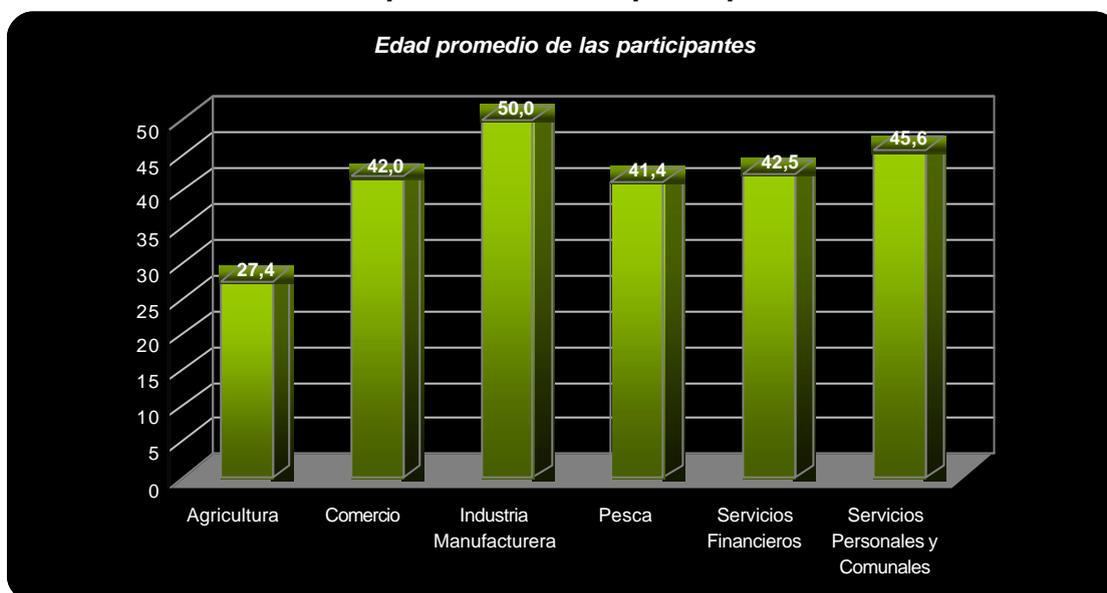
- Cambio en la conciencia de los/as empleadores/as: necesidad de que las/os jefas/es sean más humanitarios/as, se consideren momentos relevantes de las mujeres como el día de la madre.
- Participación en sindicatos, activación de comités paritarios, considerando la necesidad de recibir información de sus derechos y tener mejoras en estas materias participación llevada al cambio de leyes que favorezcan a los y las trabajadoras/es.
- Las mejoras de las medidas de prevención se sugieren en el ámbito de mejora de las condiciones laborales. Aparecen necesidades de mejorar las jornadas laborales e infraestructura.

g) Caracterización de las mujeres participantes de los grupos focales

De total de mujeres participantes en los grupos focales, la mayor edad promedio se observa en la industria manufacturera, con un promedio de 50 años de edad, mientras que la menor edad está en el grupo de mujeres relacionadas con el rubro de la agricultura, con 27,4 años.

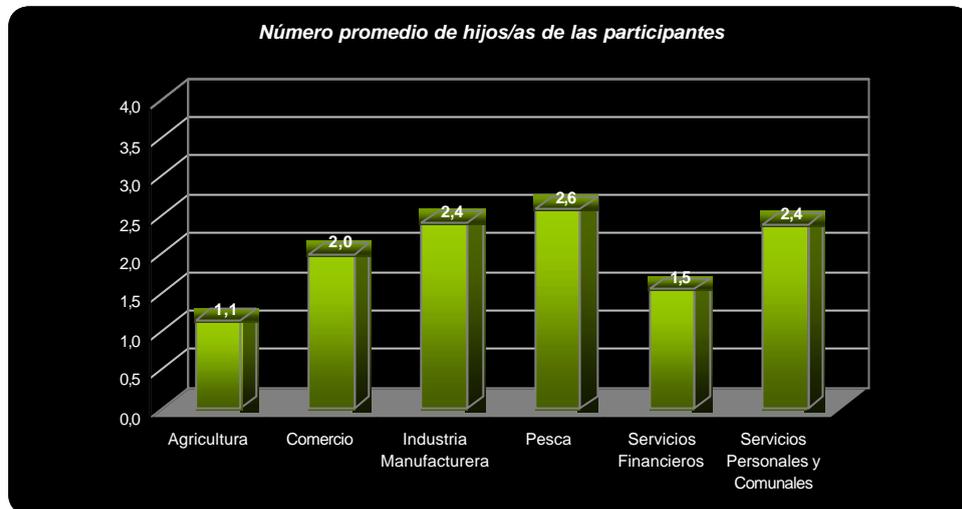
Los demás grupos se sitúan todos sobre los 40 años promedio.

Gráfico N° 9
Edad promedio de las participantes



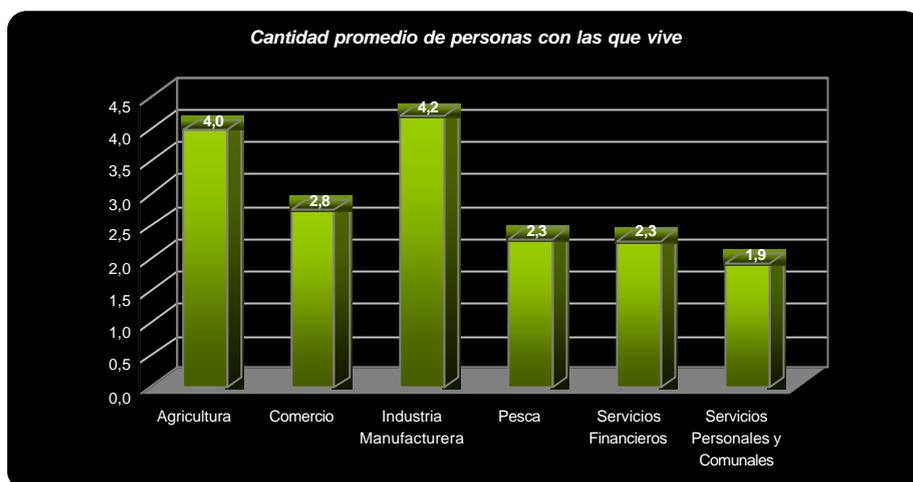
Las mujeres que trabajan en la rama de la pesca tienen el mayor número de hijas/os de todas las ramas ocupacionales participantes del estudio, representando 2,6 hijos/as. A su vez, las que declaran tener menos hijos/as son las de agricultura, seguido de aquellas mujeres que trabajan en los sistemas financieros.

Gráfico N° 10
Número promedio de hijas/os de las participantes



En la sistematización de las fichas de caracterización social aplicadas en los grupos focales se les preguntó por las personas con quienes vivían, la mayoría (36%) lo hacen con sus parejas e hijos/as. Desde otra óptica, la cantidad promedio de personas con las que viven las mujeres se encuentra en la rama de Industria Manufacturera alcanzando un 4,2.

Gráfico N° 11
Cantidad promedio de personas con las que vive



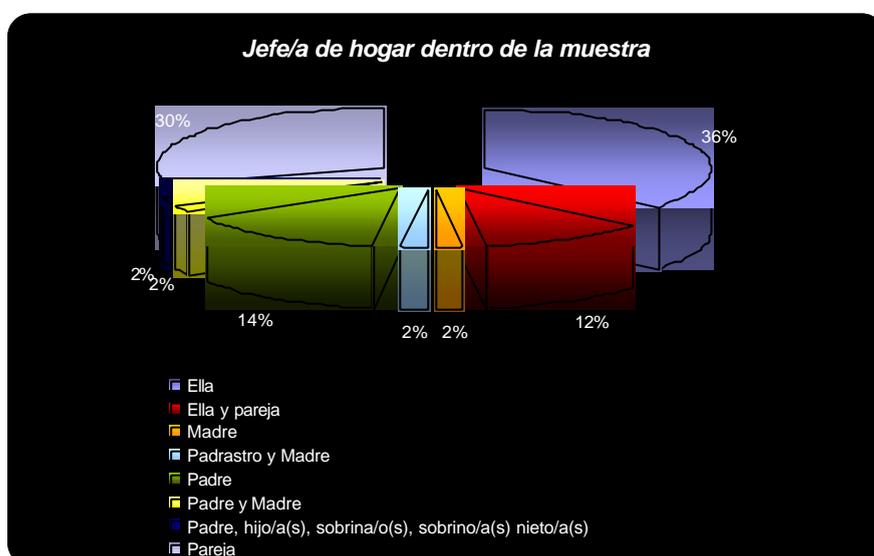
Cuadro N° 8

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	%
Pareja e Hijo/a(s)	36,0%
Hijo/a(s)	12,0%
Nadie	6,0%
Pareja	6,0%
Hijo/a(s) y Hermano/a(s)	4,0%
Madre e Hijo/a(s)	4,0%
Madre, Padrastro, Hermano/a(s)	4,0%
Hijo/a(s) y Nieto/a(s)	2,0%
Madre y Padre	2,0%
Madre, Hermano/a(s), Cuñado, Sobrino/a(s)	2,0%
Madre, Padre, Hermano/a(s)	2,0%
Madre, Padre, Hijo/a(s)	2,0%
Padre e Hijo/a(s)	2,0%
Padre, Hijo/a(s)	2,0%
Padre, Hijo/a(s), Hermano/a(s)	2,0%
Padre, Hijo/a(s), Sobrina/o(s), Sobrino/a(s)	2,0%
Nieto/a(s)	2,0%
Pareja, Hijo/a(s)	2,0%
Pareja, Hijo/a(s), Madre, Abuela/o(s)	2,0%

Pareja, Hijo/a(s), Nieto/a(s)	2,0%
Pareja, Hijo/a(s), Nuera, Nieto	2,0%
Sobrino/a(s), Niño/a(s)	2,0%

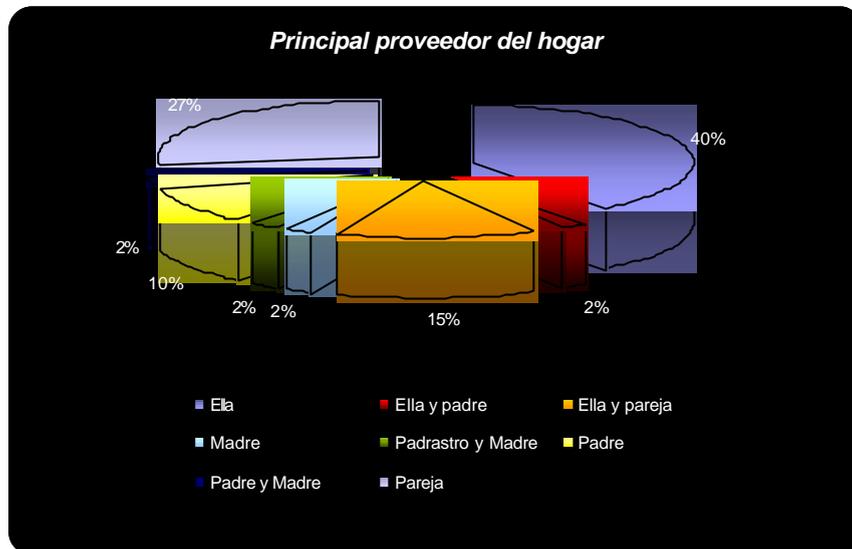
En el análisis de las fichas podemos dar cuenta que las mujeres declaran que son ellas las jefas de hogar representado un 36%. Sin embargo, la cifra de jefatura de hogar por parte del hombre no es muy distinta alcanzando el 30%. Por otro lado, un 2% declara que la jefatura del hogar esta en las manos de sus padres con quienes conviven.

Gráfico N°12
Jefa/e de hogar dentro de la muestra



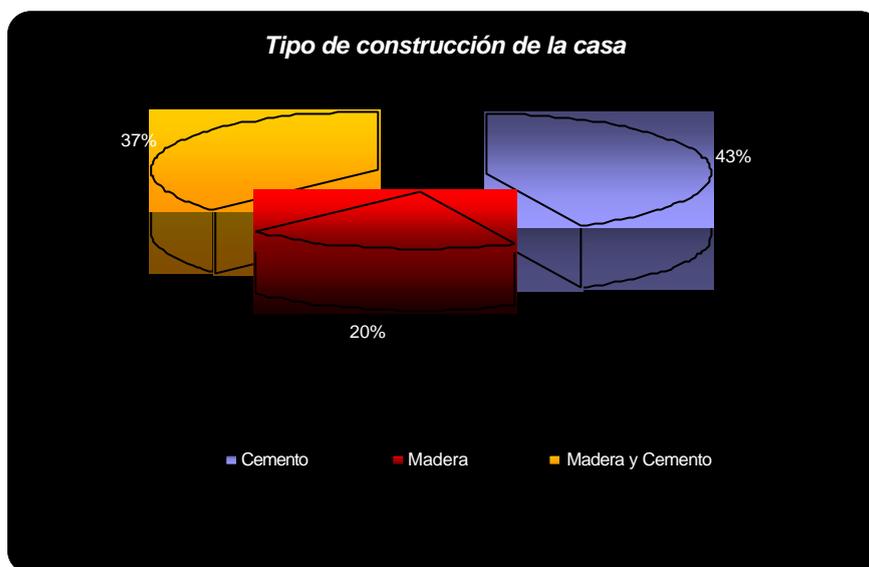
Con relación a quién es el/la proveedor/a del hogar las mujeres expresan con un 40% que ellas son quienes sustentan el hogar, y solo el 15% pronuncian que la jefatura del hogar está en manos de ellas y sus parejas.

Gráfico N°13
Principal proveedor/a del hogar



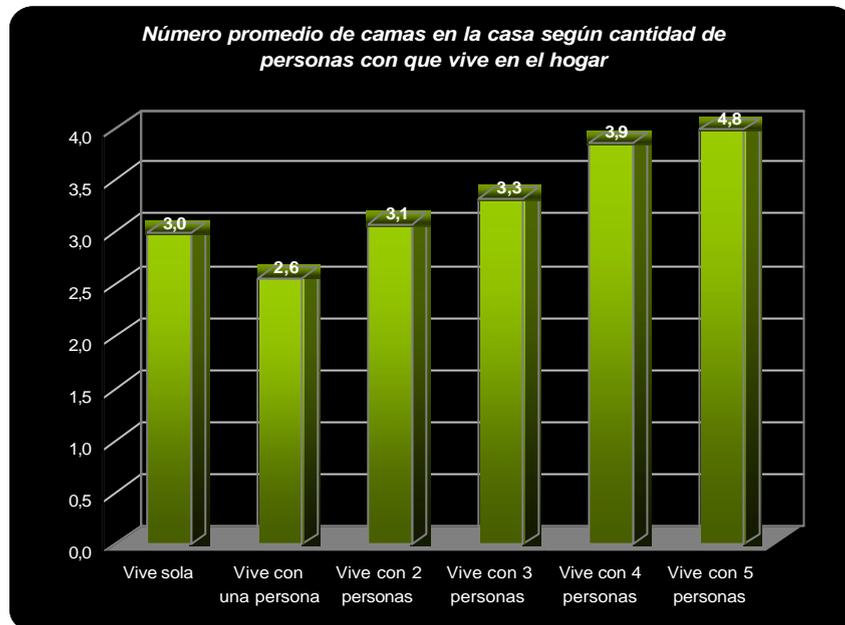
Con relación al tipo de construcción de la casa, se les preguntó de qué material estaban construidas, en su mayoría manifiestan que las construcciones son combinaciones de madera y cemento, y solo el 20% menciona que las construcciones en las habitan son de madera.

Gráfico N° 14
Tipo de construcción de la casa



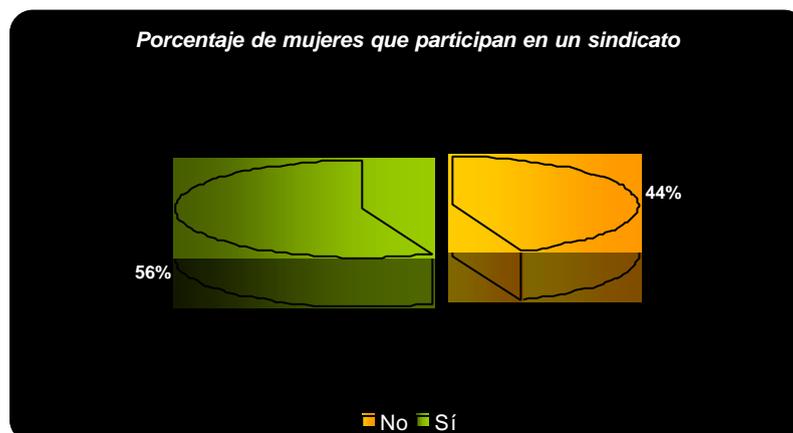
Respecto al hacinamiento es interesante resaltar que en casas donde tienen tres camas vive tan solo una persona. El resto de información entregada de condice con la cantidad de personas que viven y el número de camas con las que cuentan.

Gráfico N° 15
Número promedio de camas en casa según cantidad de personas con quien vive



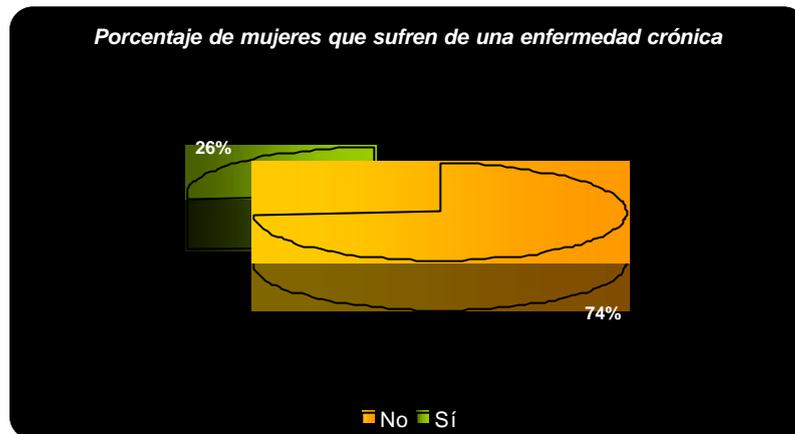
En los ocho grupos focales se ve claramente un porcentaje elevado de sindicalización de parte de las mujeres. De todas las participantes un 56% estaban suscritas activamente de un sindicato.

Gráfico N° 16
Participación Sindical



Es interesante dar cuenta que en las declaraciones realizadas en las fichas, frente a la pregunta si tenían o padecían de una enfermedad crónica un 74% manifestaron que no. Y el 26% restante menciono que si, y que estaban asociadas al tipo de trabajo que desempeñaban.

Gráfico N°17
Mujeres que sufren una enfermedad crónica



VI. LEYES, DECRETOS Y DECRETOS CON FUERZA DE LEY

1. Leyes y normas de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales

A lo largo de la historia mundial se ha hecho indispensable la creación de diversas leyes para poder mantener el orden de la comunidad. Este es el caso de las leyes educacionales, las leyes ecológicas, las de deporte, derechos de autor/a, etc. El trabajo, los accidentes ocupacionales y enfermedades profesionales no se quedaron atrás.

Las normas que se presentan a continuación son precisamente las referidas (leyes y decretos) a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se pueden encontrar en Chile. La mayoría de la información de este capítulo ha sido extraída de la Biblioteca del Congreso Nacional www.bcn.cl.

a) Leyes

La ley con respecto a este tema más importante es la ley **16.744** publicada el 1° de Febrero de 1968. Ésta establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. De esta manera la ley plantea como obligatorio el Seguro Social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Los/as sujetos protegidos/as por este seguro obligatorio son todas/os las/os trabajadores por cuenta ajena, funcionarios públicos, estudiantes que trabajen, y trabajadores/as independientes y familiares. Las contingencias cubiertas son cualquier accidente de trabajo (o de estudio incluyendo las prácticas profesionales en el caso de estudiantes) definido como toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Además los accidentes en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo. También es accidente de trabajo el que le ocurre a un/a dirigente/a sindical a causa de su gremio.

La enfermedad laboral es definida como enfermedad causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El reglamento de cada lugar enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Las/os afiliadas/os podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista.

El seguro debe otorgarles las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad temporal, sin perjuicio de las demás funciones. El Servicio Nacional de Salud cumplirá sus funciones a través de sus servicios técnicos, quienes proveerán los medios y el personal para realizar las obligaciones que le encomienda. En caso de carecer de adecuados servicios médicos propios, podrán contratar el otorgamiento de las prestaciones médicas.

Además esta ley dice que el/la Presidente/a de la República está facultado para que dentro del plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, dicte el Estatuto Orgánico por el que se habrán de regir estas Mutualidades. Se debe contemplar también un fondo especial destinado a la rehabilitación de alcohólicas/os.

Los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se clasifican en las siguientes categorías, según los efectos que produzcan: incapacidad temporal; invalidez parcial; invalidez total; gran invalidez, y la muerte.

El subsidio se pagará durante toda la duración del tratamiento, desde el día que ocurrió el accidente o se comprobó la enfermedad, hasta la curación del/la afiliado/a o su declaración de invalidez.

La duración máxima del período del subsidio será de 52 semanas, el cual se podrá prorrogar por 52 semanas más cuando sea necesario para un mejor tratamiento de la víctima o para atender a su rehabilitación.

Si al cabo de las 52 semanas o de las 104, en su caso, no se hubiere logrado la curación, y/o rehabilitación de la víctima, se presumirá que presenta un estado de invalidez.

Si el accidente o enfermedad produjere la muerte del/la afiliado/a, o si fallece la/el inválida/o pensionada/o, el/la cónyuge, sus hijas/os legítimos/as, naturales, ilegítimos/as o adoptivas/os, la madre de sus hijos/as naturales, así como también los ascendientes o descendientes que le causaban asignación familiar, tendrán derecho a pensiones de supervivencia en conformidad con las reglas de los artículos siguientes.

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes serán de exclusiva competencia de los Servicios de Salud.

Corresponderá al Servicio Nacional de Salud la competencia general en materia de supervigilancia y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad de todos los sitios de trabajo, cualesquiera que sean las actividades que en ellos se realicen.

Si el accidente o enfermedad ocurre debido a negligencia inexcusable de un/a trabajador/a se le deberá aplicar una multa.

Que la ley 16.744 sea la más importante no significa que sea la única. De hecho hay una ley que habla acerca de las cotizaciones provisionales. Esta es la ley **DL-3501** publicada el 18 de Noviembre de 1980 y establece que las remuneraciones imponibles de los/as trabajadores/as dependientes, afiliadas/os a las instituciones que se enumeran en esta ley solo estarán afectadas por ciertas cotizaciones las que estarán a cargo de las instituciones nombradas en la ley.

Posteriormente indica que los/as trabajadores/as afiliados/as a estas instituciones mantendrán el monto líquido de sus remuneraciones y enumera una lista de factores los cuales afectan a la aplicación de esta ley.

b) Decreto Fuerza ley

De la misma manera existe un decreto que habla de las normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de las/os trabajadoras/es dependientes del sector privado el decreto **DFL-44** publicada el 24 de Julio de 1978, ésta dice que tales normas comunes se aplicaran a los/as trabajadores/as dependientes del sector privado y a trabajadoras/es dependientes del Estado y de instituciones o empresas del Estado que se encuentren afectados por los regímenes de subsidios establecidos con un periodo de tiempo que se estimará bajo los códigos legales. Estos solo velaran por las previsión social y la salud de las/os trabajadoras/es.

La base del cálculo para la determinación del monto de los subsidios considerará los datos existentes a la fecha de iniciación de la licencia médica y será una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia.

Luego en la ley habla acerca de ciertos procedimientos que afectan o no lo hacen a la ley tales como remuneraciones extraordinarias, los reajustes de sueldo, desde cuando se comienzan o se terminan de pagar, como establecer montos a pagar o quien los debe pagar.

c) Decretos

Con respecto al nuevo sistema de cotizaciones previsionales el decreto **DL-3501** publicado el 18 de Noviembre de 1980 dice que estas serán inferiores a las de los regímenes anteriores y, como consecuencia de ello es necesario impedir que la diferencia en el monto de las cotizaciones se refleje en un menor costo de contratación de las/os afiliadas/os al nuevo sistema.

Este no contempla un régimen especial de desahucio o indemnización por años de servicios, por lo que se hace necesario reconocer la parte de dichos beneficios que se haya devengado hasta el momento de la opción.

También da un listado de las instituciones las cuales deben imponer las remuneraciones de los/as trabajadores/as dependientes.

Es importante también mencionar los decretos sanitarios y ambientales básicos que se deben cumplir en todos los lugares de trabajo para prevenir riesgos, que corresponden

al decreto **DTO-594** publicada el 29 de Abril del 2000 y que establece los límites permisibles de exposición ambiental a agentes químicos y agentes físicos, y aquellos límites de tolerancia biológica para trabajadoras/es expuestas/os a riesgo ocupacional.

La empresa está obligada a mantener en los lugares de trabajo las condiciones sanitarias y ambientales necesarias para proteger la vida y la salud de los/as trabajadores/as que en ello se desempeñan, sean éstos/as dependientes directos suyos o lo sean de terceros contratistas que realizan actividades para ella.

El/la empleador/a deberá proporcionar a sus trabajadoras/es, libres de costo, los elementos de protección personal adecuados al riesgo a cubrir y el adiestramiento necesario para su correcto empleo, debiendo, además, mantenerlos en perfecto estado de funcionamiento. Por su parte, el/la trabajador/a deberá usarlos en forma permanente mientras se encuentre expuesto al riesgo.

De esta manera esta ley habla específicamente de las condiciones generales de construcción y sanitarias, de la provisión de agua potable, de la disposición de residuos industriales líquidos y sólidos, de los servicios higiénicos y evacuación de aguas servidas, de los guardarropías y comedores, de la Ventilación, de la prevención y protección contra incendios, de los equipos de protección personal, de la contaminación ambiental (químicos y/o físicos).

Con respecto a las extensiones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada (de los art. 15 y 16 de la ley 16744) del decreto **DTO-67** publicada el 7 de marzo del 2000 dice que se determinarán por las Mutualidades de Empleadores/as respecto de las entidades empleadoras adheridas a ellas y por las secretarías regionales ministeriales de salud respecto de las demás entidades empleadoras, incluso de aquellas que tengan la calidad de administradoras delegadas. Lo anterior se efectuará en relación con la magnitud de la siniestralidad efectiva, de acuerdo con las disposiciones de este Reglamento.

Una vez dicho esto se entra a definir conceptos necesarios acorde a esta ley, tales como: Siniestralidad Efectiva, Entidad Empleadora, Período Anual, Período de Evaluación: , Proceso de Evaluación, Promedio Anual del Trabajadores/as, Día Perdido, Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales, Tasa Promedio de Siniestralidad por Incapacidades Temporales, Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes, y la Tasa de Siniestralidad Total.

Posteriormente habla de los modos aplicables a ciertas situaciones específicas y de los procedimientos de evaluación.

Con respecto al decreto sobre prevención de riesgos profesionales definidos como los atinentes a accidentes en el trabajo o a enfermedades profesionales, al decreto **DTO-40** publicada el 7 de Marzo de 1969 y promulgada el 11 de Febrero de 1969 (con última modificación del 16 de Noviembre del 2003, LEY DTO-95, TRABAJO Y PREVISION

SOCIAL) establece que se deben realizar actividades de prevención de riesgos. Toda empresa que ocupe más de 100 trabajadoras/es deberá contar con un departamento de Prevención de riesgos profesionales, dirigido por un/a experto/a en la materia. Las/os empleadoras/es tienen obligación de informar oportuna y convenientemente a todos/as sus trabajadores/as acerca de los riesgos que entrañan sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos.

Las licencias médicas corresponden al decreto **DTO-3** publicada el 28 de Mayo del 1984 establece que se entiende por licencia médica el derecho que tiene el/la trabajador/a de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un/a médico/a-cirujano/a, cirujano/a-dentista o matró n/a, reconocida por su empleador/a en su caso, y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

También las leyes se refieren al seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo en el decreto **DTO-102** publicada el 25 de Agosto de 1969 que establece que se aplicaran condiciones especiales a ciertas/os trabajadoras/es debido a determinadas condiciones que los/as hace ser diferentes al resto de los/as empleadas/os en relación a la ley 16744. Estos/as trabajadores/as son: las/os funcionarios/as públicos de la administración civil del Estado y de las instituciones administrativamente descentralizadas del Estado; las/os empleadas/os y obreros/as municipales que no tengan actualmente protección en contra de los riesgos de trabajo, por expresa disposición de la ley; las personas que desempeñen cargos de representación popular; las/os dirigentes/es gremiales y los/as estudiantes de establecimientos estatales o reconocidos por el Estado. Por último, establece que las cotizaciones son mensuales.

En cambio, el decreto **DTO-109** creada el 7 de Junio de 1968 habla de la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Una enfermedad profesional es considerada como tal si es que tuvo su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando éstos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico.

Este reglamento establece explícitamente cuáles son los factores de riesgo para contraer una enfermedad o un accidente laboral, para luego establecer las enfermedades laborales que incluye la ley y las incapacidades provocadas por accidentes del trabajo y por las enfermedades mismas.

Las enfermedades son definidas de acuerdo a un listado de agentes específicos que se utilizan en todos los tipos de trabajo, y que pueden contribuir a la generación de enfermedades en el/la trabajador/a, como sustancias químicas, tensión psíquica, agentes biológicos. Estos agentes serán factores de riesgo siempre y cuando se

establezca una relación de causa-efecto entre ellos y la enfermedad. Se especifican las enfermedades que provocan incapacidad temporal e invalidez.

Existen factores de ponderación para determinar la incapacidad, éstas son las enfermedades y las incapacidades explicitadas por el reglamento.

Las/os trabajadoras/es pueden optar por acreditar su enfermedad o incapacidad en las instituciones Compín y mutualidades, las cuales determinarán el grado de incapacidad de acuerdo a la enfermedad o accidente sufrido y a los factores que determinan la incapacidad para el trabajo, como lesiones anatómicas fisiológicas, manifestaciones clínicas, disminución de la capacidad de trabajo y otras.

Finalmente, La ley define los montos de las indemnizaciones de acuerdo al sueldo base y a un porcentaje de incapacidad de ganancia. En este punto, la invalidez del/la trabajador/a se establece en términos de una cuantificación de la incapacidad, el cual será evaluado y se determinará el beneficio al que estará sujeto el/la trabajador/a, de acuerdo también a su sexo, edad y profesión habitual.

Por último, existe el decreto **DTO-101** creado el 7 de Junio de 1968 que expresa las disposiciones generales para la conformación y aplicación del seguro laboral contra accidentes y enfermedades producidas por dicha actividad. Contempla regulaciones sobre quiénes son las/os beneficiadas/os, las entidades administradoras y fiscalizadoras del seguro y la responsabilidad que le cabe a cada uno de los/as actores/es involucrados en llevar a cabo el beneficio: trabajadores/as, empleadores/as, entidades estatales, etc.

Se distingue entre prestaciones médicas, subsidios por inhabilitación para trabajar e indemnizaciones. Las instituciones encargadas de la administración del seguro son:

- Los Servicios, las Seremi y el INP, respecto de los/as trabajadores/as de las entidades empleadoras que no estén adheridas a una Mutualidad;
- Las Mutualidades constituidas con arreglo a la ley y a su Estatuto Orgánico, respecto de las/os trabajadoras/es de las entidades empleadoras miembros o adherentes de ellas;
- Las entidades empleadoras.

El decreto está dirigido a todos/as los/as trabajadores/as por cuenta ajena, que presten servicios a "entidades trabajadoras", independiente de la naturaleza jurídica de ésta (esto incluye al trabajo doméstico, obreros/os, aprendiz, etc) y a todos/as los/as trabajadores/as independientes, de todas las ramas productivas.

d) Normas relacionadas

A continuación se presentan las normas relacionadas a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales escogidas desde la Biblioteca Nacional, con su respectiva descripción, mencionando los aspectos fundamentales de cada una de ellas. Muchas de las normas analizadas se refieren a temas muy específicos del sistema previsional en Chile, y por lo tanto no demuestran mayor relevancia para el estudio sobre Salud Ocupacional.

- **Leyes**

Con respecto al seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, las/os trabajadoras/es del sector público que no se ven beneficiados en la ley 16.744 tales como: trabajadores/as de la Administración Civil del Estado, centralizada y descentralizada, de las Instituciones de Educación Superior del Estado y de las Municipalidades, del Ministerio del Interior, que hubiere optado por mantener su afiliación al régimen previsional de las/os empleados/as públicos/as; las/os funcionarias/os de la Contraloría General de la República, del Poder Judicial, y del Congreso Nacional la ley **LEY-19345** publicada el 17 de Noviembre de 1994 y promulgada el 26 de Octubre de 1994 (con última modificación el 10 de Enero de 1996, DS 168 S PREVISION SOC) dice que quedaran sujetos a esta ley, por lo que no estarán desprotegidos/as, sino que serán protegidas/os de otra manera y bajo otros términos legales. De esta manera establece las diferencias y similitudes de esta ley con la 16.744, es en base de esta ley que se construye esta otra para algunos/as trabajadores/as con condiciones diferentes a las que cubre la 16.744.

Con respecto a las organizaciones sindicales y la negociación colectiva la ley **LEY-19069** publicada el 30 de Julio de 1991 y promulgada el 22 de Julio de 1991 (con última modificación el 29 de Enero de 1994, RES-8, Economía fomento y reconstrucción) establece que las/os trabajadoras/es pueden constituir, sin autorización previa, las organizaciones sindicales que estimen convenientes, con la sola condición de sujetarse a la ley y a los estatutos de las mismas.

Estas tienen el derecho de constituir federaciones, confederaciones y centrales y afiliarse y desafiliarse de ellas. Además, tienen el derecho de constituir organizaciones internacionales de trabajadores/as y afiliarse y desafiliarse de ellos.

La afiliación a un sindicato es voluntaria, personal e indelegable.

Un/a trabajador/a no puede pertenecer a más de un sindicato, simultáneamente, en función de un mismo empleo.

Se prohíbe impedir o dificultar su afiliación, despedirlo/a o perjudicarla/o en cualquier forma por causa de su afiliación sindical o de su participación en actividades sindicales.

Posteriormente establece los derechos, deberes y comportamientos que deben tener los sindicatos y empleadoras/es en situaciones específicas como huelgas.

Todo lo establecido en esta ley es bajo lo dicho en la ley 16.744 acerca de que “También es accidente de trabajo el que le ocurre a un dirigente sindical a causa de su gremio”.

- **Decreto con fuerza de ley**

Con respecto a la forma especial de acreditar el fallecimiento de las personas desaparecidas por accidentes marítimos o aéreos, el decreto **DL-2300** publicado el 7 de Agosto de 1978 y promulgado el 26 de Agosto de 1978 establece que, para el solo efecto de percibir los beneficios inherentes a la seguridad social, se deberá presentar un certificado en que se establezca la efectividad del hecho, la circunstancia de que e/la causante formaba parte de la tripulación o pasaje y la imposibilidad de recuperar sus restos.

El artículo 29 del decreto **DL-1819** publicada el 11 de Junio de 1977 faculta a mutualidades de empleadoras/es y demás instituciones que mantengan hospitales para solicitar extender atención médica.

Esta autorización es otorgada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social en el caso de las mutualidades regidas por la ley 16.744 o por el organismo con el cual la mutualidad se relacione con el Ejecutivo, en el caso de las demás instituciones. De esta manera, las mutualidades de empleadores/as de la ley N° 16.744 y demás instituciones referidas, podrán realizar convenios con las instituciones pertinentes para facilitar la prestación de servicios. El decreto N° 33 se refiere a la aplicación de este artículo.

En cambio, los decretos con fuerza de ley **DFL-90** (publicado el 1 de Diciembre de 1987), **DFL-2** (publicado el 8 de Abril de 1986), **DFI-19** (publicado el 13 de Julio de 1984) y **DFL-50** (publicado el 17 de mayo de 1979) incorporan al seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a los/as profesionales independientes en general, y en específico a las/os profesionales independientes hípicas, pirquineros, y a comerciantes que trabajan en vías públicas o plazas.

Trabajadoras/es independientes (N°2): Este decreto incluye a las/os campesinas/os asignatarios/as de tierras en dominio individual, a los/as suplementeros/as, a las/os profesionales hípicas independientes, a los/as conductores/as propietarios/as de automóviles de alquiler, a los pirquineros, a los pequeños mineros artesanales, (incluidos los pequeños planteros) y, en general, a todas/os las/os trabajadoras/es independientes, que por el hecho de estar afiliados a una Administradora de Fondos de Pensiones y no haber estado afectos al régimen de alguna Institución del Antiguo Sistema Previsional, han quedado marginados de tal protección.

Con respecto a los/as comerciantes (N°90): El decreto incluye solo a quienes estén autorizadas/os para desarrollar su actividad en la vía pública o plazas, sea que se encuentren afectos al Antiguo Sistema Previsional o al Nuevo Sistema de Pensiones del DL No. 3.500, de 1980. Los requerimientos para pertenecer a este seguro para estos/as trabajadores/as corresponden a:

1. Estar al día en el pago de las cotizaciones previsionales, las que deberán enterar en la Institución Previsional a que se encuentren afectos.
2. Pagar mensualmente al Servicio de Seguro Social o a la Mutualidad de Empleadores/as a que se adhieran la cotización general básica.

Trabajadores/as hípicos independientes (N° 50): Establece porcentaje y distribución de cotizaciones previsionales y regula los gastos de la administración de las instituciones de previsión que señala. Se refiere a todas las formas y procedimientos de la cotización de los/as trabajadores/as hípicos independientes, señalando las cajas de previsión correspondientes, el valor de las rentas e imposiciones, su distribución, etc.

Pirquineros independientes (N°19): Incluye a todos los trabajadores de este rubro que trabajen de manera independiente, y establece las mismas condiciones que para el caso de las/os comerciantes independientes, a excepción del pago mensual al respectivo organismo administrador de la cotización básica general, donde además deberán cancelar una cotización adicional diferenciada.

El decreto con fuerza de ley **DFL-1** publicado el 31 de Marzo del 1971. Considera accidente del trabajo el ocurrido por sismo o catástrofe a personas enviadas al extranjero. Establece asignación de riesgo profesional para los funcionarios de las plantas que se indican del servicio de prisiones en conformidad a lo dispuesto en el art. N° 17.399 del presupuesto vigente.

Esta asignación está definida en 600 escudos mensuales, que se les otorgarán a los funcionarios por planta, que se indican este Decreto. Esta cantidad de dinero tendrá el carácter de imponible solo para los efectos previsionales en la misma proporción que corresponda al sueldo base.

El decreto **DTO-33** publicado el 27 de Mayo de 1978 habla acerca de la ampliación de la atención médica de las mutualidades que dicta el artículo 29° del decreto ley N° 1.819, de 1977, este decreto se refiere al tipo de accidentes que abraza esa extensión de la atención médica, y a las personas que beneficia, que son los/as trabajadores/as de las empresas adherentes a la mutualidad y las personas que causen derecho a asignación familiar en favor de dichas/os trabajadoras/es.

Además la ley se refiere al procedimiento a seguir por parte de las mutualidades para extender dicha atención médica y la facultad que el Ministerio del Trabajo y Previsión Social tiene en este asunto.

La inclusión de enfermedades no profesionales en la atención médica requiere de la aprobación previa de la Superintendencia de Seguridad Social.

En cuanto al valor de la prestación hospitalaria, debe ser pagada por el/la beneficiario/a, y corresponde a un reembolso del gasto y no involucra utilidad.

Finalmente, el decreto se refiere a las instituciones que podrán hacer convenios para facilitar la prestación de servicios, entre ellas, empresas, sindicatos, oficinas de bienestar y servicios de salud.

- **Decretos**

El decreto **DTO-313** publicado el 12 de Mayo de 1973 incorpora a escolares en seguro de accidentes de acuerdo con la ley nº 16.744. Contempla las garantías explícitas de servicios y prestaciones médicas equivalentes a las que se le otorgan a los/as trabajadores/as por accidentes dentro del establecimiento educacional o en el trayecto del estudiante al establecimiento. La administración de este seguro escolar estará a cargo del Servicio de Seguro Social y del Servicio Nacional de Salud. Por su parte, la fiscalización de la aplicación de este seguro escolar corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social.

Los accidentes deberán ser acreditados a la entidad fiscalizadora de acuerdo a las especificaciones que contempla el decreto.

Incluye a todas/os las/os estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica educacional.

El decreto **DTO-92** publicado el 16 de Marzo de 1970 aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de los comités paritarios de higiene y seguridad en actividad laboral marítima. Este reglamento se aplica a la Cámara Marítima, o sea a los/as trabajadores/as marítimos, portuarios y no portuarios. Contiene las mismas disposiciones que el decreto 54, y solo existen diferencias en relación a la cantidad de miembros del comité y la manera de elegirlos/as.

El decreto **DTO-54** publicado el 11 de Marzo de 1969 aprueba el reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad. Este es un reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad. Este decreto establece los marcos institucionales en que se deberán conformar los respectivos comités en cualquier empresa pública o privada. Se establece la cantidad y las funciones de los/as miembros, así como el proceso de elección de las/os mismas/os. La dirección del trabajo es el órgano fiscalizador del cumplimiento de este reglamento, supervisa a su vez la conformación de los comités y también canaliza las dudas e incumplimientos del reglamento.

Son funciones de los Comités de Higiene y Seguridad:

- 1.- Asesorar e instruir a los/as trabajadores/as para la correcta utilización de los instrumentos de protección.
- 2.- Vigilar, el cumplimiento tanto por parte de las empresas como de las/os trabajadoras/es, de las medidas de prevención, higiene y seguridad.
- 3.- Investigar las causas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que se produzcan en la empresa.
- 4.- Decidir si el accidente o la enfermedad profesional se debió a negligencia inexcusable del/la trabajador/a.
- 5.- Indicar la adopción de todas las medidas de higiene y seguridad que sirvan para la prevención de los riesgos profesionales, y
- 6.- Cumplir las demás funciones o misiones que le encomiende el organismo administrador respectivo.

El último decreto de las leyes y normas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales es el **DTO- 285** publicado el 26 de Febrero de 1969 que habla acerca del estatuto orgánico de mutualidades de empleadores/as. Este decreto busca ajustar a la ley N° 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, el funcionamiento de las mutualidades de las/os empleadoras/es. Con este fin, se refiere a los siguientes asuntos:

- Quiénes pueden ser miembros de las mutualidades, lo cual incluye a empresas con trabajadores/as por cuenta ajena, a trabajadoras/es independientes y a establecimientos educacionales.
- Los procesos que deben llevarse a cabo para que estas mutualidades tengan personalidad jurídica,
- La forma en que será administrada y lo referente al patrimonio de la mutualidad (a partir del cual deberá crearse un fondo de reserva).
- Las condiciones de exclusión o renuncia de sus adherentes, y de disolución de la mutualidad.

En cuanto a la participación de los/as trabajadores/as, las/os empleadoras/es deben registrar a la totalidad de sus empleados/as en la mutualidad. Además, la participación en el directorio por parte de las/os trabajadoras/es se realiza a través de votos, cuya cantidad es proporcional al número de trabajadores/as de la respectiva empresa.

- **Leyes de trabajo y derechos de maternidad**

La **Ley 19.591** que fue publicada el 24 de Enero de 1994 habla acerca del derecho de las trabajadoras de casa particular a su fuero maternal que se establece en el artículo 201 del Código del Trabajo. Al respecto dice, que la trabajadora goza de fuero maternal desde el inicio de su embarazo y hasta un año después de expirado el descanso de postnatal. Durante este período la dependiente se encuentra sujeta a lo establecido en el artículo 174 del referido Código, norma que prescribe que el/la empleador/a no puede poner término su contrato de trabajo sino con autorización previa del/la juez/a competente, quien la puede conceder solo en los casos de vencimiento del plazo convenido, conclusión de los trabajos que dieron origen al contrato del artículo y por las causales disciplinarias ante hechos cometidos por la/el trabajador/a. De esta manera, estando acogida la trabajadora de casa particular al fuero maternal, solo es procedente que la/el empleador/a le pueda poner término al contrato si cuenta con autorización expresa del/la Juez/a del Trabajo, debiendo para ello iniciar un juicio de desafuero en los Tribunales de Justicia.⁹⁶

La **Ley 19.670** publicada el 15 de Abril del 2000 habla acerca de una extensión en determinados casos del beneficio de fuero maternal a mujeres que adoptan un/a hijo/a. De esta manera las mujeres que adoptan a un/a hijo/a, tienen derecho a licencias maternales y al fuero maternal tal como lo establece el artículo 201. Al igual que el padre o la madre que sea privado por sentencia judicial del cuidado personal del/la menor, perderá el derecho a fuero.

La **Ley 20166** publicada el 12 de Febrero del 2007 habla de la extensión del derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijas/os aún cuando no exista sala de cuna. Las trabajadoras tendrán derecho a disponer, a lo menos, de una hora al día, para dar alimento a sus hijos/as menores de dos años. Este derecho podrá ejercerse de alguna de las siguientes formas a acordar con el/la empleador/a: en cualquier momento dentro de la jornada de trabajo, dividiéndolo, a solicitud de la interesada, en dos porciones, postergando o adelantando en media hora, o en una hora, el inicio o el término de la jornada de trabajo.

Este derecho podrá ser ejercido preferentemente en la sala cuna, o en el lugar en que se encuentre la/el menor.

Para todos los efectos legales, el tiempo utilizado se considerará como trabajado.

El derecho a alimentar consagrado en el inciso primero, no podrá ser renunciado en forma alguna y le será aplicable a toda trabajadora que tenga hijas/os menores de dos años, aún cuando no goce del derecho a sala cuna

⁹⁶ http://www.estudio-juridico.cl/fuero_maternal.htm

La **Ley 19.824** publicada el 30 de Septiembre del 2002 habla acerca de la obligatoriedad de instalar salas cunas en establecimientos comerciales, administrados, industriales y de servicios.

La **Ley 19.505** publicada el 25 de Julio del 1997 habla del permiso especial de trabajadoras en caso de enfermedades graves de sus hijos/as.

Cuando la salud de un/a menor de 18 años requiera la atención personal de sus padres con motivo de un accidente grave o de una enfermedad terminal en su fase final o enfermedad grave, aguda y con probable riesgo de muerte, la madre trabajadora tendrá derecho a un permiso para ausentarse de su trabajo por el número de horas equivalentes a diez jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a elección de ella en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales. Dichas circunstancias del accidente o enfermedad deberán ser acreditadas mediante certificado otorgado por la/el médica/o que tenga a su cargo la atención del/la menor.

El tiempo no trabajado deberá ser restituido por el/la trabajador/a mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan libremente las partes.

En el evento de no ser posible aplicar estos mecanismos, se podrá descontar el tiempo equivalente al permiso obtenido de las remuneraciones mensuales del/la trabajador/a, en forma de un día por mes, lo que podrá fraccionarse según sea el sistema de pago, o en forma íntegra si la/el trabajador/a cesare en su trabajo por cualquier causa.

VII. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

1. Análisis de Licencias Médicas

El análisis de licencias médicas se llevó a cabo utilizando información proporcionada tanto por FONASA, como por la Superintendencia de Salud. Las bases de datos solicitadas correspondían a licencias médicas presentadas por hombres y mujeres durante el año 2005 en el sistema de Isapres, FONASA, Mutuales, INP y Empresas de Administración Delegada.

La información proporcionada por FONASA consistió en la base de datos licencias médicas presentadas durante el año 2005, desagregadas según sexo, actividad laboral estipulada en el formulario de licencias médicas, clasificación de la enfermedad según el Clasificador Internacional de Enfermedades en su décima versión, y tipo de licencia. Por razones operativas, FONASA solo pudo proporcionar tres categorías para esta última variable, a saber, “Enfermedad de Hijo/a Menor de un Año”, “Accidente de Trabajo o de Trayecto”, y “Enfermedad Profesional”.

Respecto a las dos últimas categorías, la enfermedad profesional se entiende como aquella que es causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte⁹⁷, mientras que los accidentes de trabajo o de trayecto es toda lesión corporal que el/la trabajador/a sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejerce por cuenta ajena⁹⁸. Vale decir, el accidente se debe a una eventualidad o contingencia, mientras que la enfermedad profesional es causa directa del ejercicio del trabajo.

Para el caso de las Isapres, la base de datos proporcionada por la Superintendencia de Salud consistió en información de las licencias presentadas en Isapres, a lo largo de todo el país, durante el año 2005. La información se encontraba desagregada según sexo, edad, actividad laboral estipulada en el formulario de licencias médicas, y tipo de licencia.

Para este caso, no se contó con la clasificación de la enfermedad según el Clasificador Internacional de Enfermedades.

De este modo, dado que las bases de datos presentaron ciertas diferencias entre sí, respecto a configuración de información, los datos que se presenta a continuación se separan según licencias presentadas en FONASA y licencias presentadas en Isapres, ambas durante el año 2005. La presentación de la información se establece utilizando

⁹⁷ Dirección del Trabajo, Ministerio del Trabajo, Gobierno de Chile. (2008). Recuperado de <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/printer-94177.html>

⁹⁸ www.paritarios.cl, 2008. Recuperado de http://www.paritarios.cl/especial_accidentes.htm

frecuencias relativas, haciendo énfasis, para efectos de análisis, en el caso de las mujeres.

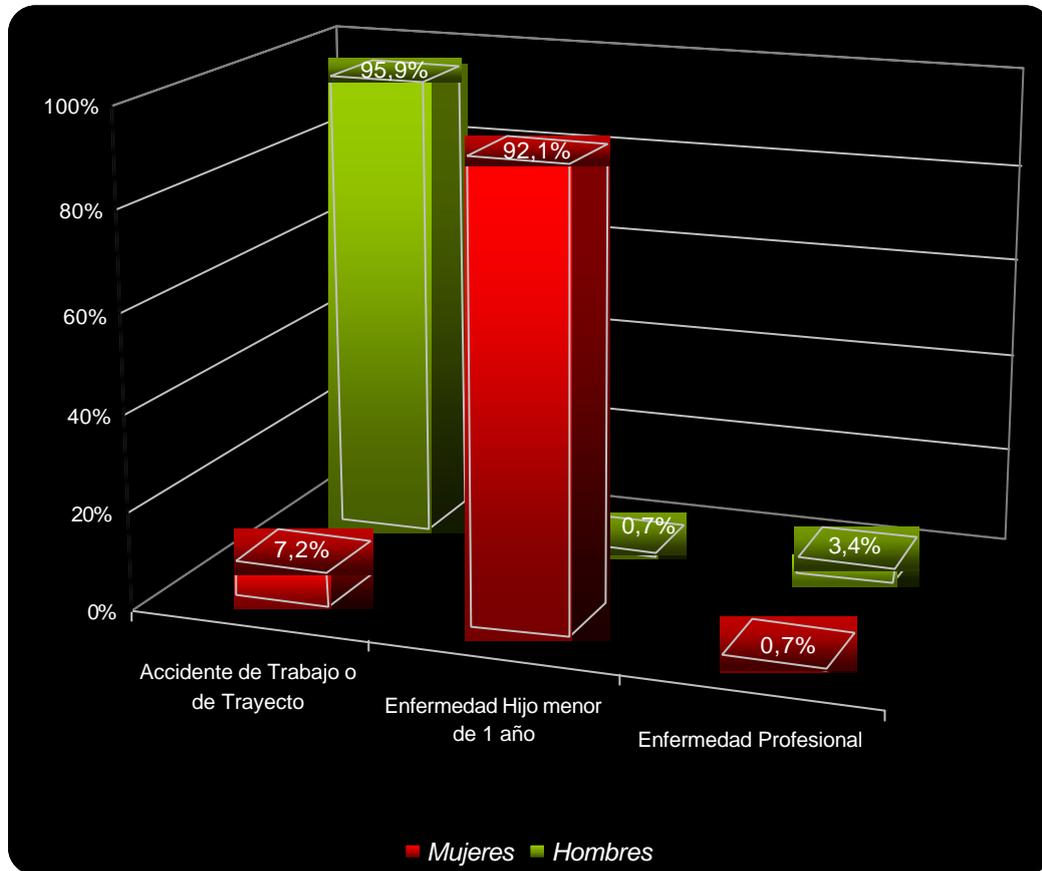
2. FONASA

Cuadro N° 9

LICENCIAS PRESENTADAS EN FONASA EL 2005, SEGÚN DE TIPOS LICENCIAS, HOMBRES Y MUJERES						
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Accidente de Trabajo o de Trayecto	12.746	32,54%	26.427	67,46%	39.173	100%
Enfermedad Hijo/a menor de 1 año	162.211	99,88%	188	0,12%	162.399	100%
Enfermedad Profesional	1.154	55,08%	941	44,92%	2.095	100%
Total general	176.111	86,47%	27.556	13,53%	203.667	100%

Del total de licencias presentadas en FONASA durante el año 2005, el 86% fueron presentadas por mujeres, mientras que solo el 14% por hombres. Esto debido a que un gran porcentaje de éstas correspondió a licencias por enfermedad del/la hija/o menor de un año, de las cuales el 99,9% fueron presentadas por mujeres, y solo un 0,1% por hombres.

Gráfico N° 18
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por sexo, hombres y mujeres



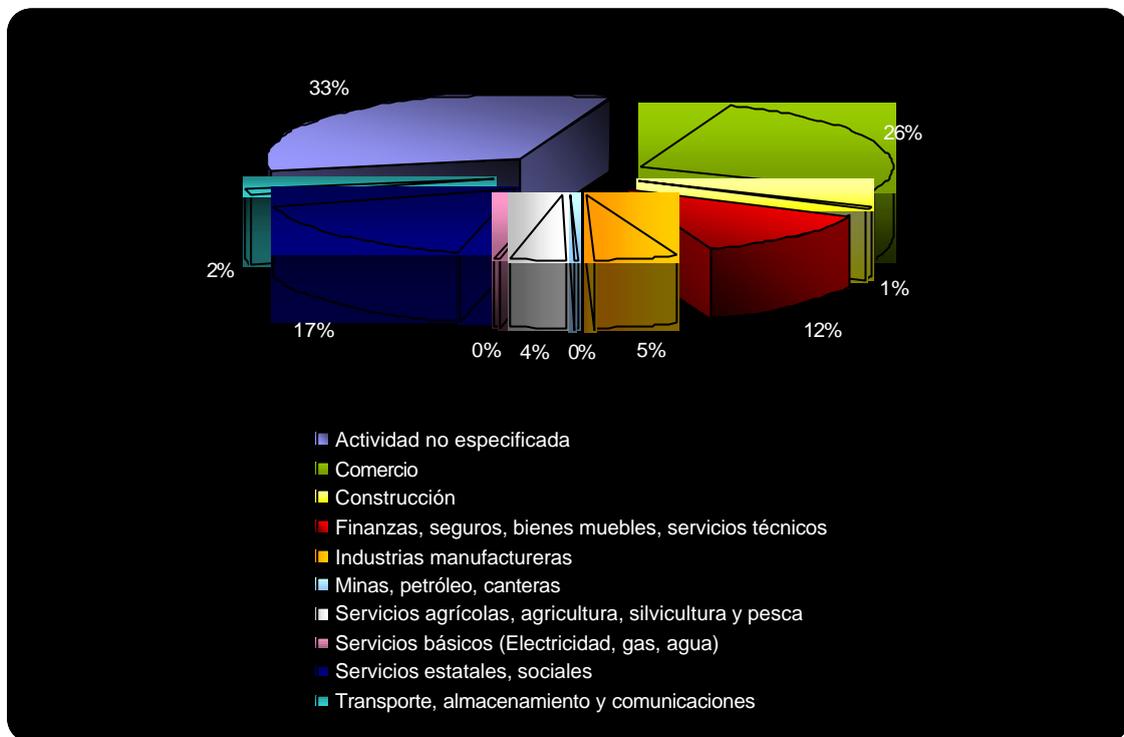
Se observa que la gran mayoría de las licencias presentadas por hombres en FONASA corresponden a accidentes de Trabajo o del Trayecto (95,9%), mientras que, en el caso de las mujeres, la mayoría corresponden a licencias por Enfermedad de/la Hijo/a menor de un año de edad (92,1%).

Cuadro N° 10

LICENCIAS PRESENTADAS EN FONASA EL 2005, POR ACTIVIDAD ECONÓMICA, SEGÚN SEXO						
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Actividad no especificada	59.047	89,19%	7.159	10,81%	66.206	100%
Comercio	45.036	92,96%	3.413	7,04%	48.449	100%
Construcción	1.712	29,57%	4.077	70,43%	5.789	100%
Finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos	21.134	97,03%	646	2,97%	21.780	100%
Industrias manufactureras	9.132	80,87%	2.160	19,13%	11.292	100%
Minas, petróleo, canteras	215	11,40%	1.671	88,60%	1.886	100%
Servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca	6.692	65,95%	3.455	34,05%	10.147	100%
Servicios básicos (Electricidad, gas, agua)	414	48,31%	443	51,69%	857	100%
Servicios estatales, sociales	29.962	94,64%	1.697	5,36%	31.659	100%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2.767	49,39%	2.835	50,61%	5.602	100%
Total	176.111	86,47%	27.556	13,53%	203.667	100%

Los datos desagregados según sexo y actividad económica muestran que en los casos del comercio, las finanzas, la industria manufacturera, la agricultura y pesca, los servicios sociales y las actividades no especificadas, las licencias presentadas en FONASA tienden a ser mayoritariamente de mujeres, mientras que en construcción, minas, y servicios básicos, las licencias tienden a ser mayormente de hombres.

Gráfico N° 19
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por actividad económica, mujeres



Las actividades laborales no especificadas son las que concentran el mayor porcentaje de licencias presentadas por mujeres en FONASA respecto del total de licencias de mujeres (33%), seguidas por la actividad del comercio (26%), los servicios estatales y sociales (17%), las finanzas (12%) y la industria manufacturera (5%).

Estas cifras resultan en cierto modo esperables, ya que todas estas actividades, salvo finanzas, reportan los mayores porcentajes de mujeres trabajadoras respecto al total de fuerza laboral femenina en el país, según las estimaciones para el primer trimestre del 2008 realizadas a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Empleo efectuada por el INE.

Gráfico N° 20
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del/la hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 26 y los 30 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo fuertemente en los tramos de edades anteriores y posteriores a éste.

Por su parte, tanto los accidentes de trabajo o trayecto, como las enfermedades profesionales, alcanzan su peak en el rango comprendido entre los 51 y lo 55 años de edad. El primer tipo de licencia presenta un aumento sostenido hasta el rango mencionado, luego del cual decrece bruscamente, mientras que las licencias por enfermedades profesionales aumentan sostenidamente hasta el rango de 31 a 35 años de edad, luego del cual sufren una pequeña baja, para luego volver a incrementar en términos porcentuales hasta el tramo de 51 a 55 años.

Cuadro N° 11

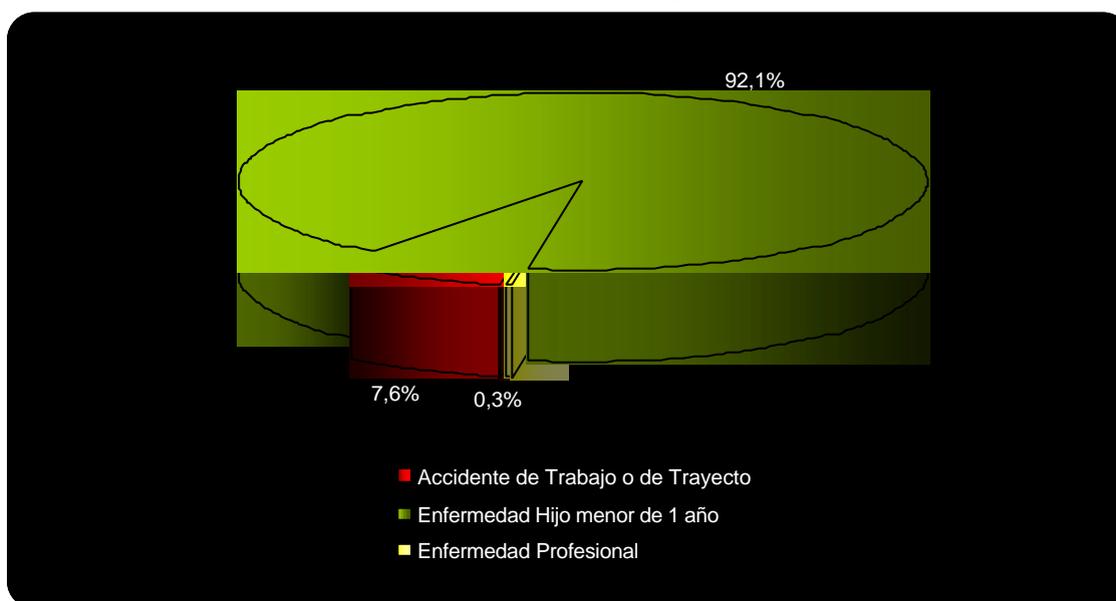
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o Trayecto	Enfermedad Profesional	Total general
Esguinces y torceduras del tobillo	11,3%	0,2%	10,4%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	3,3%	0,1%	3,0%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	2,8%	0,2%	2,6%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	2,7%	0,0%	2,5%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	2,3%	0,0%	2,1%
Esguince y torcedura de la muñeca	1,9%	0,3%	1,8%
Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	2,0%	0,0%	1,8%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	1,9%	0,0%	1,7%
Fractura de otras partes de la pierna	1,7%	0,0%	1,6%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,7%	0,0%	1,5%
Herida de la muñeca y de la mano	1,7%	0,0%	1,5%
Contusión de la rodilla	1,5%	0,0%	1,4%
Lumbago no especificado	1,3%	2,1%	1,4%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos a nivel de la muñeca y de la mano	1,4%	0,1%	1,3%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	1,4%	0,0%	1,3%
Contusión del hombro y del brazo	1,3%	0,1%	1,2%
Fractura de la epífisis inferior del radio	1,2%	0,0%	1,1%
Sinovitis y tenosinovitis	0,8%	4,2%	1,0%
Entesopatía, no especificada	0,4%	7,3%	1,0%
Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	0,9%	0,1%	0,9%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos de las licencias presentadas por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, son por esguinces y torceduras de tobillo (10,4%), seguidas por Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie (3,0%), y Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (2,6%).

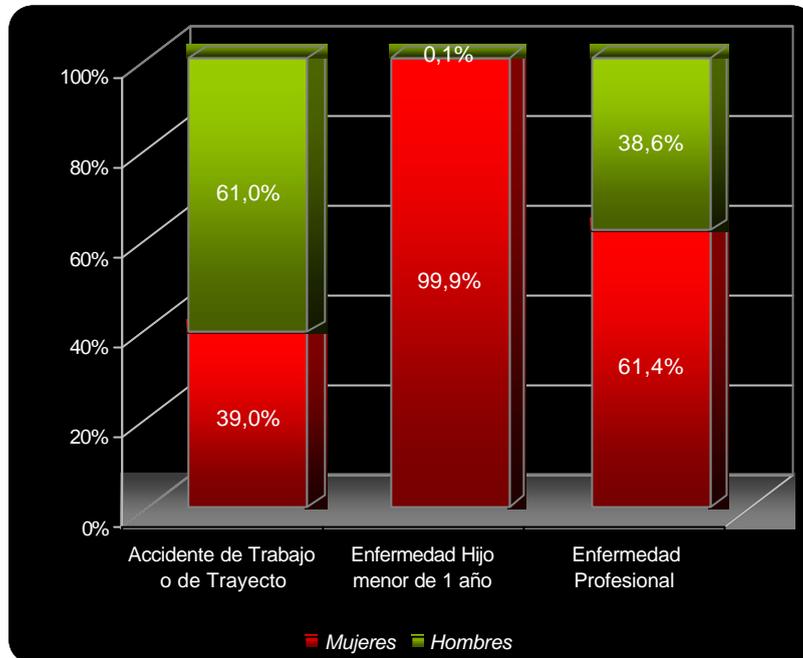
La información anterior muestra, en este sentido, que los motivos de licencia más frecuentes en mujeres corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones, focalizándose la mayoría en las extremidades del cuerpo (tobillos, manos, muñecas, piernas, etc...).

Gráfico N° 21
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, actividad no especificada



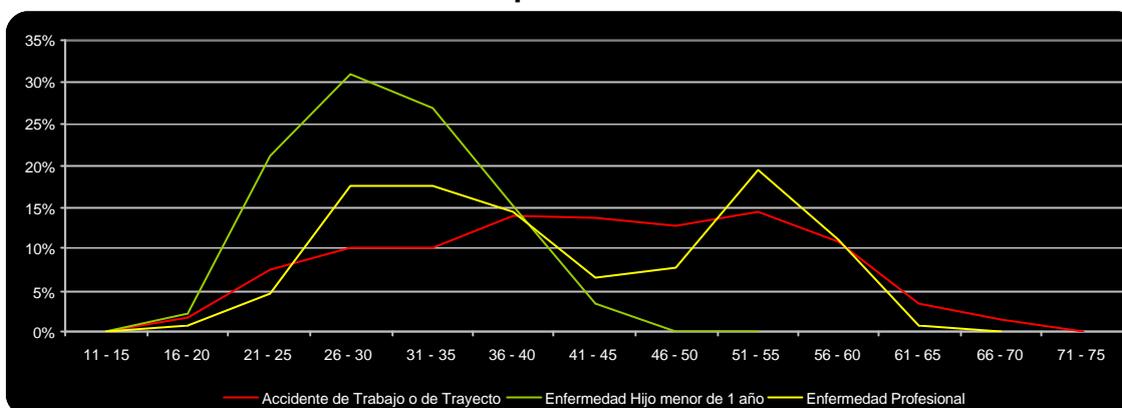
La mayoría de las licencias presentadas en FONASA por mujeres trabajadoras en actividades no especificadas, corresponden a enfermedades del/a hijo/a menor de un año (92,1%), seguidas por los accidentes de trabajo o trayecto (7,6%) y las enfermedades profesionales (0,3%).

Gráfico N° 22
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, actividad no especificada



Respecto a los hombres, las licencias presentadas por mujeres en actividades no específicas tienden a ser mayor en lo que respecta las enfermedades del/a hijo/a, y las enfermedades profesionales, pero menores en los accidentes del trabajo o del trayecto.

Gráfico N° 23
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, actividad no especificada



En el caso de las licencias de mujeres por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, el mayor porcentaje de éstas se da entre los 26 y los 30 años, observándose una similitud en este aspecto con los datos generales. Las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo y de trayecto alcanzan su peak en el tramo comprendido entre los 51 y los 55 años. Sin embargo, las primeras presentan importantes porcentajes de prevalencia entre los 26 y los 40 años de edad en mujeres.

Cuadro N° 12

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Enfermedad Profesional	Total general
	Esguinces y torceduras del tobillo	10,4%	0,0%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	5,1%	0,0%	5,0%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	4,1%	0,6%	4,0%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	3,5%	0,0%	3,4%
Fractura de otras partes de la pierna	2,7%	0,0%	2,6%
Fractura de la epífisis inferior del radio	2,5%	0,0%	2,5%
Esguince y torcedura de la muñeca	2,3%	0,0%	2,2%
Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	2,0%	0,0%	1,9%

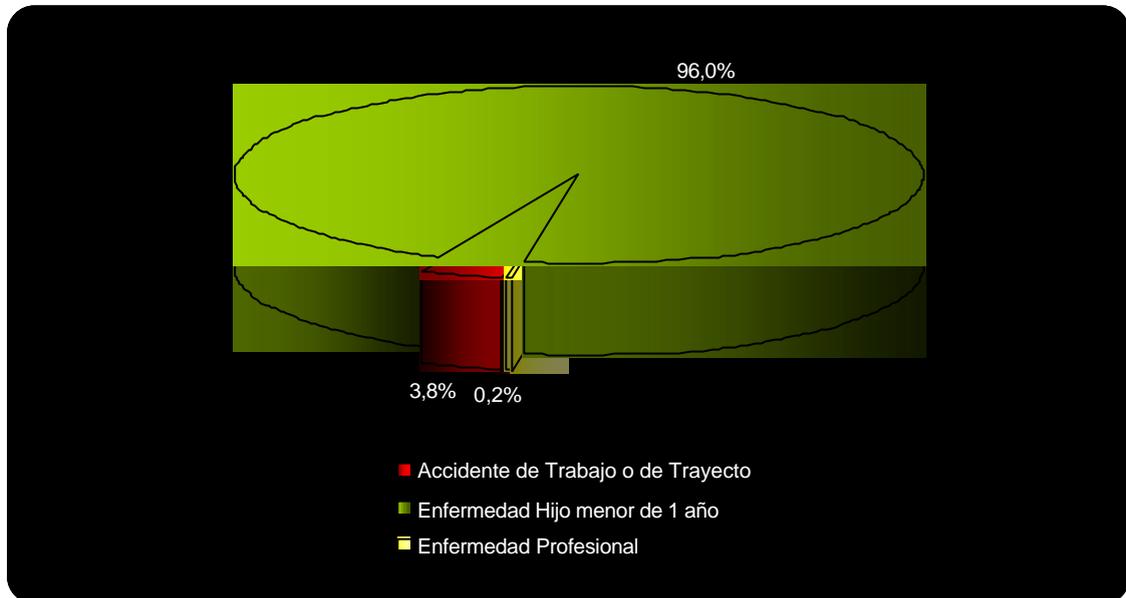
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	1,9%	0,0%	1,8%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,7%	0,0%	1,6%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	1,7%	0,0%	1,6%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos a nivel de la muñeca y de la mano	1,5%	0,0%	1,5%
Contusión de la rodilla	1,2%	0,0%	1,2%
Herida de la muñeca y de la mano	1,2%	0,0%	1,2%
Fractura del pie, excepto del tobillo	1,2%	0,0%	1,2%
Contusión del hombro y del brazo	1,1%	0,0%	1,1%
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano	1,0%	0,0%	0,9%
Fractura de hueso del metatarso	1,0%	0,0%	0,9%
Traumatismos múltiples, no especificados	1,0%	0,0%	0,9%
Fractura del antebrazo	0,9%	0,0%	0,9%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos de las licencias presentadas por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, son los esguinces y torceduras del tobillo (10,0%), las fracturas a nivel de la muñeca y de la mano (5,0%), las luxaciones, esguinces y torceduras de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie (4,0%), las fracturas de la pierna, inclusive el tobillo (3,4%), y las fracturas de otras partes de la pierna (2,6%).

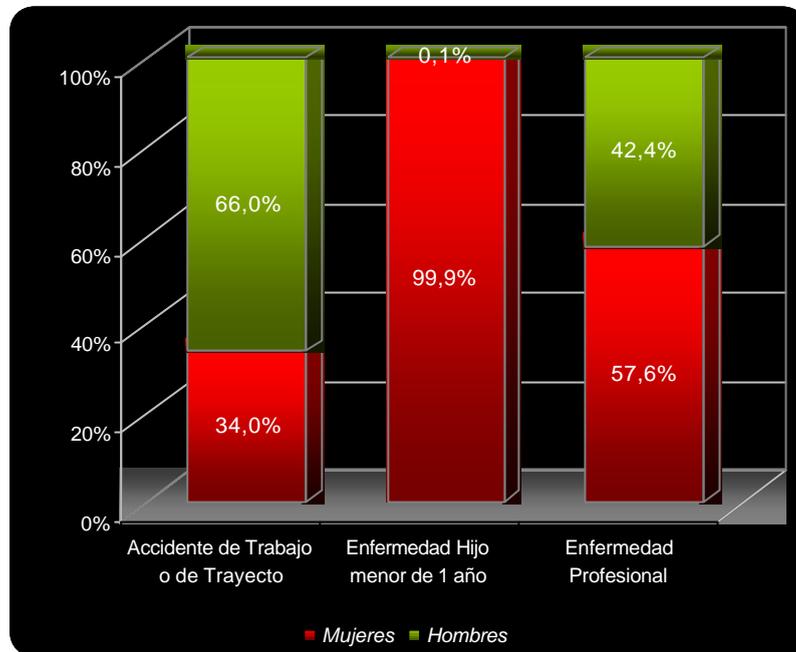
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes en mujeres que trabajan en actividades no especificadas corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

Gráfico N° 24
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, comercio



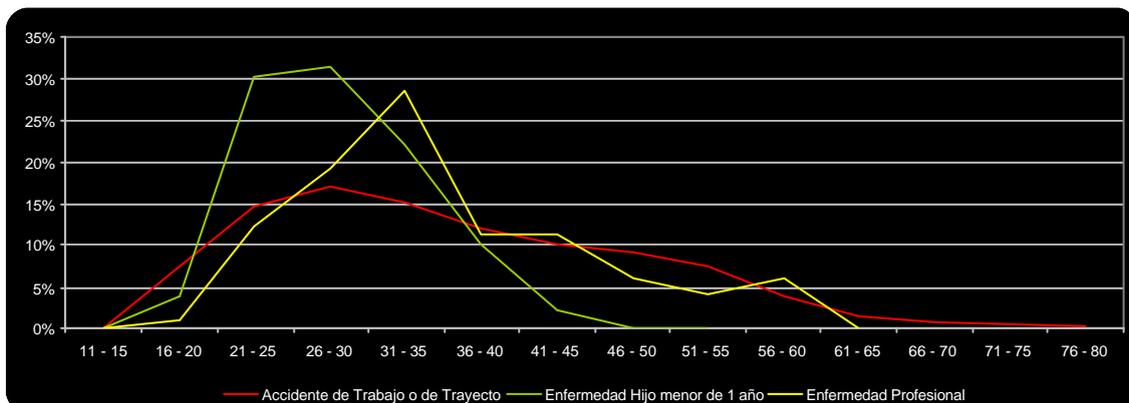
Al igual que la tendencia general, en la actividad del comercio la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (96,0%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (3,8%) y las enfermedades profesionales (0,2%).

Gráfico N° 25
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, comercio



Respecto a los hombres, las licencias presentadas por mujeres en actividades no específicas tienden a ser mayor en lo que respecta las enfermedades del/a hijo/a, y las enfermedades profesionales, pero menores en los accidentes del trabajo o del trayecto.

Gráfico N° 26
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, comercio



Si bien las licencias de trabajadoras presentadas en FONASA por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad alcanza su mayor frecuencia relativa entre los 26 y los 30 años de edad, el rango anterior, de los 21 a los 25 años, presenta un porcentaje muy similar a éste, situación que no se observa al observar los datos generales.

A su vez, otra particularidad de esta actividad económica se observa en las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo o trayecto, ya que las primeras alcanzan su peak en el rango de 31 a 35 años de edad, descendiendo bruscamente en el siguiente tramo etáreo, y los accidentes logran su mayor porcentaje entre los 26 y los 30 años, comenzando un lento descenso a partir de este punto. Esto presenta diferencias respecto de los resultados generales, ya que los peaks de ambas categorías se observaban entre los 51 y los 55 años de edad en las mujeres.

Cuadro N° 13

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Enfermedad Profesional	Total general
Esguinces y torceduras del tobillo	9,8%	0,0%	9,2%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	7,1%	0,0%	6,7%
Herida de la muñeca y de la mano	3,0%	0,0%	2,8%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	2,6%	0,0%	2,5%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	2,3%	0,0%	2,2%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	2,1%	0,0%	1,9%
Fractura de la pierna, parte no especificada	1,6%	0,0%	1,6%
Sinovitis y tenosinovitis	1,0%	10,2%	1,5%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	1,6%	0,0%	1,5%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	1,6%	0,0%	1,5%
Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	1,5%	0,0%	1,4%
Esguince y torcedura de la muñeca	1,5%	0,0%	1,4%
Contusión de la rodilla	1,5%	0,0%	1,4%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del cuello	1,2%	0,0%	1,2%

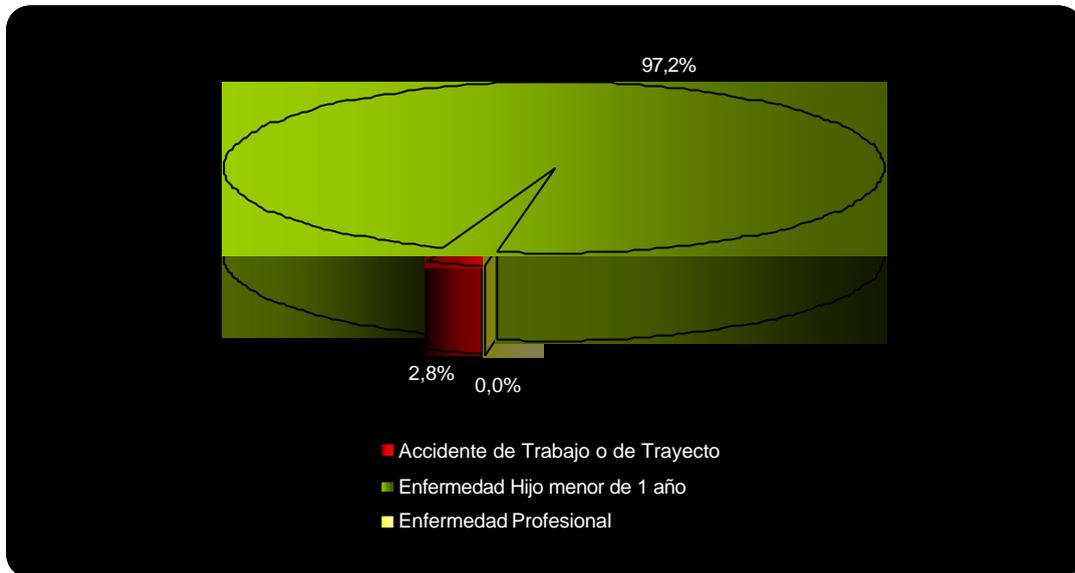
Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	1,2%	0,0%	1,1%
Fractura de la diáfisis de la tibia	1,2%	0,0%	1,1%
Lumbago no especificado	1,1%	0,0%	1,1%
Traumatismo intracraneal	1,1%	0,0%	1,1%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,1%	0,0%	1,1%
Quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano	1,1%	0,0%	1,1%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos de las licencias presentadas por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, son los esguinces y torceduras del tobillo (9,2%), las heridas de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (6,7%), y las heridas de la muñeca y de la mano (2,8%).

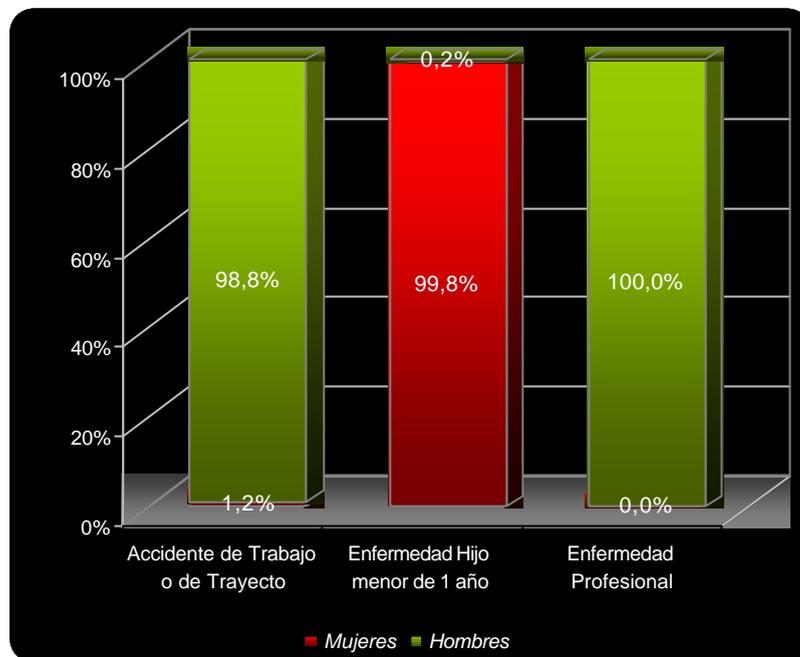
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes en mujeres que trabajan en actividades de comercio corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones. Sin embargo, aunque en el último lugar dentro de las veinte enfermedades con mayor prevalencia en la actividad del comercio, se presenta acá una enfermedad que no se observaba en los datos generales: la quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano (1,1%).

Gráfico N° 27
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, construcción



Al igual que la tendencia general, en la actividad del comercio la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (97,2%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (2,8%). Sin embargo, esta actividad económica no presenta licencias relacionadas con enfermedades profesionales en mujeres.

Gráfico N° 28
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, construcción

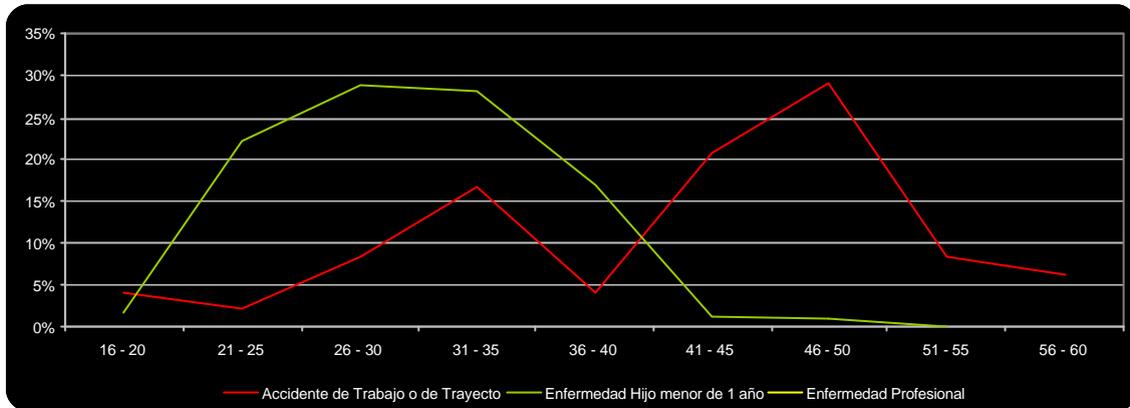


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, siguiendo con la tendencia general, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas mayoritariamente por mujeres (99,8%). Sin embargo, las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto son la mayoría de hombres (98,8%). Esto se explica debido al alto porcentaje de participación masculina en esta actividad (96%) comparado con la participación femenina (4%)⁹⁹.

⁹⁹ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICICO

Gráfico N° 29

Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, construcción



Los datos desagregados según rangos etéreos muestran que si bien las licencias de trabajadoras presentadas en FONASA por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad alcanza su mayor porcentaje entre los 26 y los 30 años de edad, el rango siguiente, de los 31 a los 35 años, presenta también un porcentaje alto, situación que no se observa al observar los datos generales.

Los accidentes de trabajo o trayecto, alcanzan su peak en el rango de 46 a los 50 años de edad, descendiendo bruscamente en el siguiente tramo etéreo, presentándose diferencias respecto de los resultados generales, el porcentaje más alto en la información general se sitúa en el tramo de los 51 a los 55 años.

Cuadro N° 14

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES		
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Total general
Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano, no especificado	12,5%	12,5%
Esguinces y torcedura de articulaciones y ligamentos de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello	8,3%	8,3%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	8,3%	8,3%
Otros trastornos de los meniscos	6,3%	6,3%

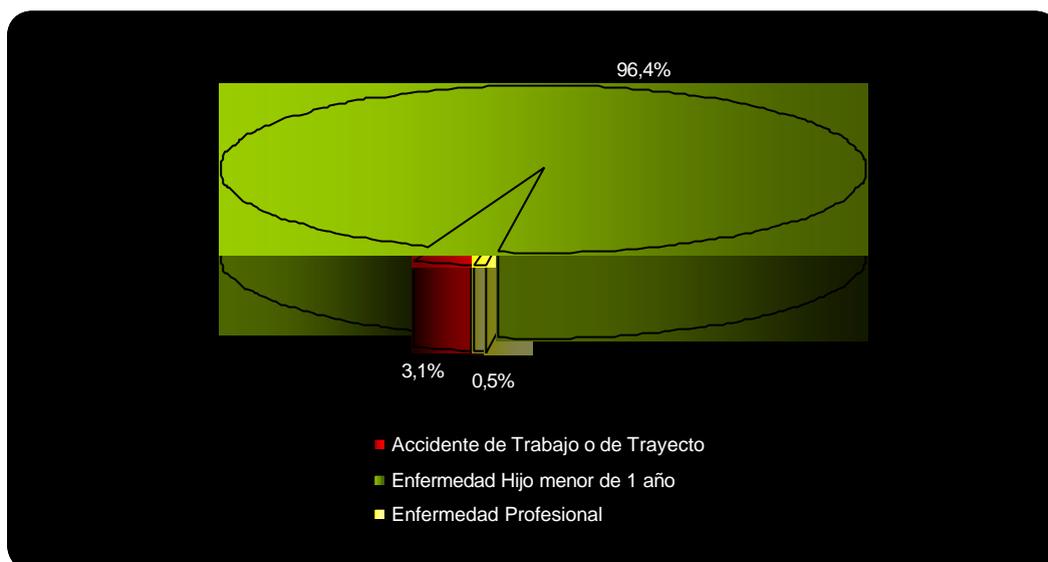
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	6,3%	6,3%
Trastorno interno de la rodilla	4,2%	4,2%
Traumatismo superficial de otras partes de la cabeza	4,2%	4,2%
Ruptura traumática de la sínfisis del pubis	4,2%	4,2%
Fractura del antebrazo	4,2%	4,2%
Fractura del hueso escafoides [navicular] de la mano	4,2%	4,2%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	4,2%	4,2%
Fractura del pie, no especificada	4,2%	4,2%
Esguinces y torceduras del tobillo	4,2%	4,2%
Lumbago no especificado	2,1%	2,1%
Trastornos de los músculos en enfermedades clasificadas en otra parte	2,1%	2,1%
Sinovitis y tenosinovitis	2,1%	2,1%
Herida de la cabeza	2,1%	2,1%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	2,1%	2,1%
Fractura del cóxis	2,1%	2,1%
Herida del hombro y del brazo	2,1%	2,1%
Amputación traumática combinada (de parte) de dedo(s) con otras partes de la muñeca y de la mano	2,1%	2,1%
Contusión de la rodilla	2,1%	2,1%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	2,1%	2,1%
Fractura de los huesos de otro(s) dedo(s) del pie	2,1%	2,1%
Traumatismo no especificado del tronco, nivel no especificado	2,1%	2,1%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por traumatismo superficial de la muñeca y de la mano, no especificado (12,5%), esguinces y torcedura de articulaciones y ligamentos de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello (8,3%), y herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (8,3%).

Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes en mujeres que trabajan en actividades relacionadas con construcción, corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

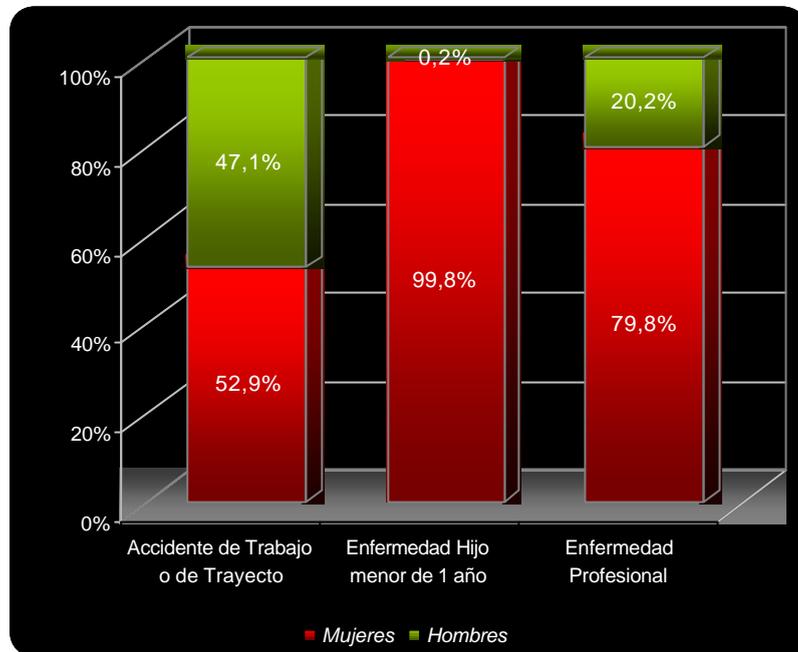
Gráfico N° 30
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



Al igual que la tendencia general, en la actividad de las finanzas, los seguros, los bienes muebles, y los servicios técnicos, la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (96,4%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (3,1 %), y enfermedades profesionales (0,5%).

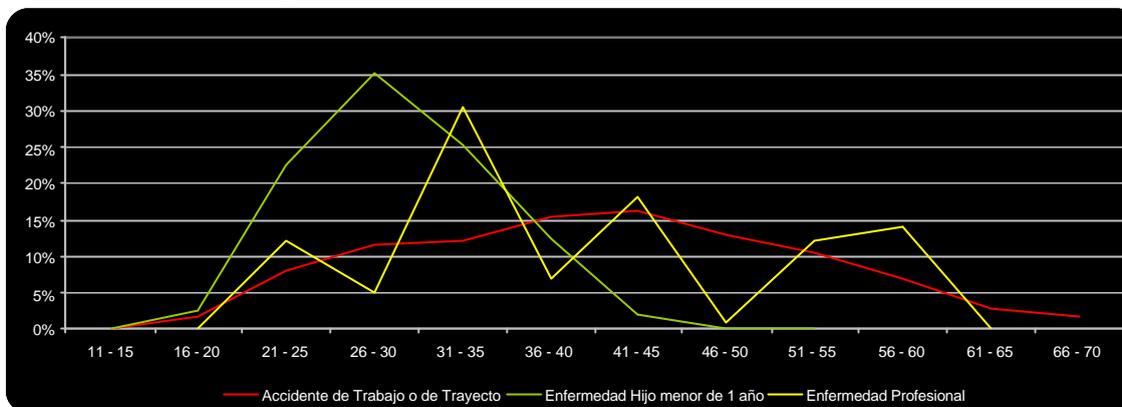
Gráfico N° 31

Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



Respecto a los hombres, las licencias presentadas por mujeres tienden a ser porcentualmente mayores en todas las categorías de tipos de licencia. De este modo, se rompe la tendencia general que indica que del total de licencias presentadas en FONASA con motivo de accidente de trabajo o de trayecto, la mayoría de éstas corresponde a hombres.

Gráfico N° 32
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 26 y los 30 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo fuertemente en los tramos de edades anteriores y posteriores a éste.

Por su parte, las enfermedades profesionales alcanzan su peak en el rango comprendido entre los 31 y lo 35 años de edad, mostrando una clara diferencia respecto a la tendencia general.

Las licencias por enfermedades profesionales aumentan sostenidamente hasta el rango de 41 a 45 años de edad, luego del cual descienden de manera constante.

Cuadro N° 15

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto		Total general
	de Trabajo o de Trayecto	Enfermedad Profesional	
Esguinces y torceduras del tobillo	13,9%	0,0%	12,0%
Entesopatía, no especificada	1,1%	21,2%	3,7%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	3,7%	0,0%	3,2%
Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	2,4%	0,0%	2,1%
Fractura de hueso del metatarso	2,4%	0,0%	2,1%

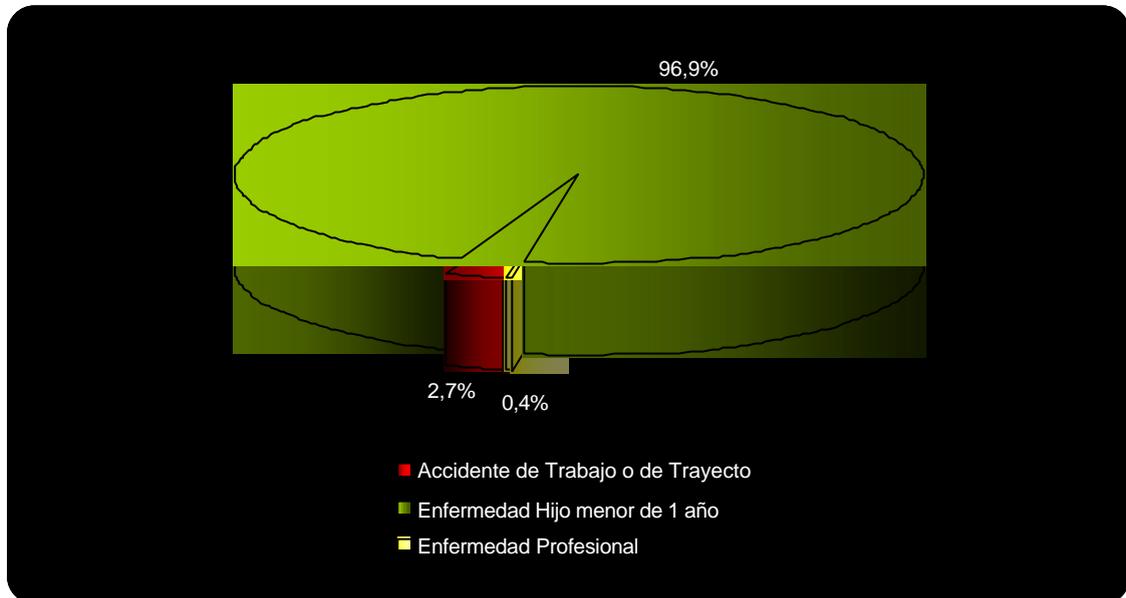
Lumbago no especificado	1,8%	3,0%	2,0%
Trastornos de los músculos en enfermedades clasificadas en otra parte	0,5%	11,1%	1,9%
Traumatismo intracraneal	2,1%	0,0%	1,9%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	2,1%	0,0%	1,9%
Traumatismo cerebral difuso	1,8%	0,0%	1,6%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,8%	0,0%	1,6%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	1,7%	0,0%	1,5%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	1,7%	0,0%	1,5%
Esguince y torcedura de la muñeca	1,7%	0,0%	1,5%
Fractura del pie, excepto del tobillo	1,7%	0,0%	1,5%
Herida de la muñeca y de la mano	1,5%	0,0%	1,3%
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	1,5%	0,0%	1,3%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	1,5%	0,0%	1,3%
Episodio depresivo	0,2%	8,1%	1,2%
Otras entesopatías, no clasificadas en otra parte	0,6%	5,1%	1,2%
Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	1,4%	0,0%	1,2%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por esguinces y torceduras del tobillo (12,0%), entesopatía, no especificada (3,7%), y luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie (3,2%).

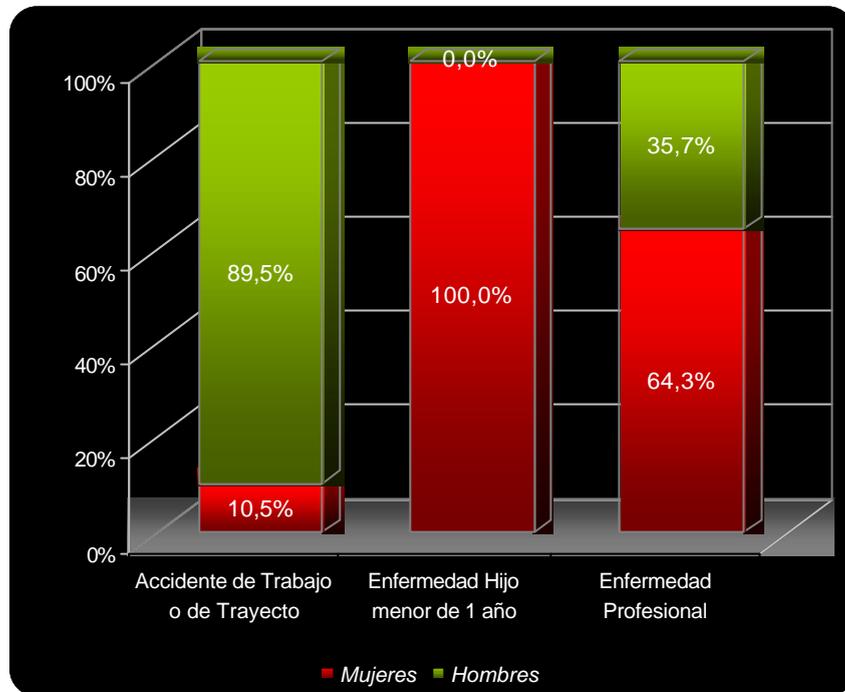
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones. Sin embargo, en esta actividad económica aparece dentro de las veinte enfermedades con mayor prevalencia en mujeres, el episodio depresivo, con un 1,2% de licencias respecto al total de licencias presentadas por mujeres. Esta enfermedad no se observa en los datos generales, por lo que es una particularidad de esta actividad.

Gráfico N° 33
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, industria manufacturera



Al igual que la tendencia general, en la industria manufacturera la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (96,9%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (2,7%), y enfermedades profesionales (0,4%).

Gráfico N° 34
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, industria manufacturera

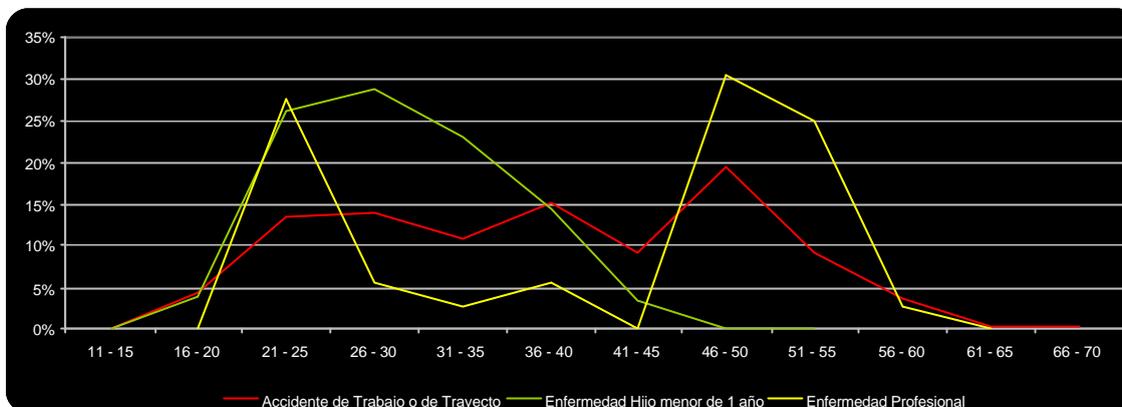


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, siguiendo con la tendencia general, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas mayoritariamente por mujeres (99,8%). Sin embargo, las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto son la mayoría de hombres (89,5%), de manera similar a como ocurre en el caso de la actividad de la construcción.

Esto se explica debido al alto porcentaje de participación masculina en esta actividad (73%) comparado con la participación femenina (28%)¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 35
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, industria manufacturera



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 26 y los 30 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo fuertemente en los tramos de edades anteriores y posteriores a éste.

Por su parte, las enfermedades profesionales presentan dos puntos altos de prevalencia según rangos etéreos, entre los 46 y los 50 años (una categoría más abajo que la tendencia general), y entre los 21 y los 25 años.

Las licencias por accidente de trabajo o trayecto alcanzan su peak entre los 46 y los 50 años de edad, mientras que en los datos generales esto ocurría entre los 51 y los 55 años.

Cuadro N° 16

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Enfermedad Profesional	Total general
	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	6,8%	0,0%
Esguinces y torceduras del tobillo	6,0%	0,0%	5,2%
Tendinitis aquiliana	4,0%	0,0%	3,5%
Traumatismo del tendón del manguito rotatorio del hombro	3,6%	2,8%	3,5%
Fractura de la epifisis inferior del radio	4,0%	0,0%	3,5%

Herida de la muñeca y de la mano	3,6%	0,0%	3,1%
Fractura de otras partes de la pierna	3,6%	0,0%	3,1%
Quemadura de la muñeca y de la mano, de segundo grado	3,6%	0,0%	3,1%
Síndrome del túnel carpiano	0,4%	19,4%	2,8%
Otros trastornos articulares específicos	2,4%	5,6%	2,8%
Tendinitis calcificante del hombro	0,4%	16,7%	2,4%
Amputación traumática de dos o más dedos solamente (completa) (parcial)	2,8%	0,0%	2,4%
Fractura de otro dedo de la mano	2,4%	0,0%	2,1%
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	2,4%	0,0%	2,1%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla	2,4%	0,0%	2,1%
Lumbago no especificado	0,8%	8,3%	1,7%
Sinovitis y tenosinovitis	0,8%	8,3%	1,7%
Trastorno de estrés postraumático	1,6%	0,0%	1,4%
Entesopatía, no especificada	0,0%	11,1%	1,4%
Fractura de la epífisis superior del cúbito	1,6%	0,0%	1,4%
Fractura de la epífisis inferior del cúbito y del radio	1,6%	0,0%	1,4%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	1,6%	0,0%	1,4%
Fracturas múltiples de los dedos de la mano	1,6%	0,0%	1,4%
Amputación traumática de otro dedo único (completa) (parcial)	1,6%	0,0%	1,4%
Herida de otras partes del pie	1,6%	0,0%	1,4%
Fractura del pie, excepto del tobillo	1,6%	0,0%	1,4%
Fractura de hueso del metatarso	1,6%	0,0%	1,4%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	1,6%	0,0%	1,4%
Quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano	1,6%	0,0%	1,4%

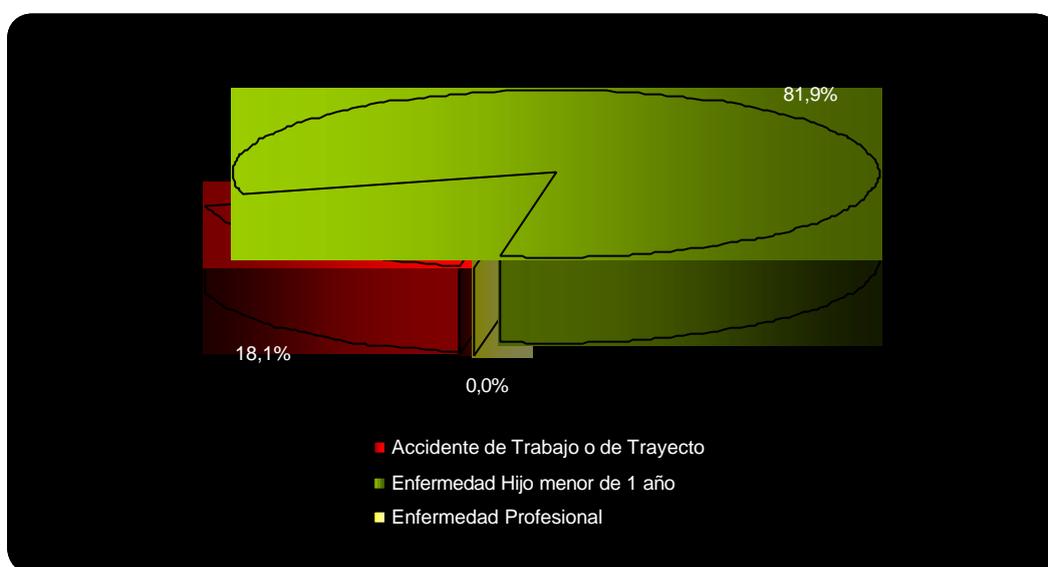
Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (5,9%) esguinces y torceduras del tobillo (5,2%), y tendinitis aquiliana (3,5%).

Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

Al igual que en la actividad del comercio, aparecen en esta las quemaduras, alcanzando prevalencias importantes (la quemadura de la muñeca y de la mano, de segundo grado, alcanza un 3,1%, y la quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano, alcanza un 1,4%).

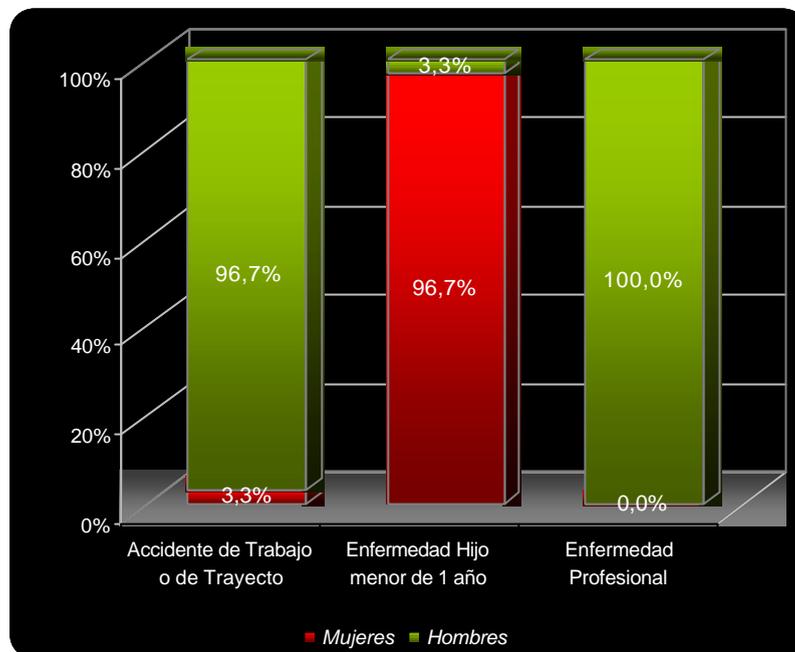
Gráfico N° 36
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, minas, petróleo, canteras



En la actividad relacionada con explotación de minas, petróleo y canteras, la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (81,9%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto, los cuales alcanzan una prevalencia mucho mayor que en los casos anteriormente analizados (18,1%).

No se registran licencias por enfermedades profesionales.

Gráfico N° 37
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, minas, petróleo, canteras

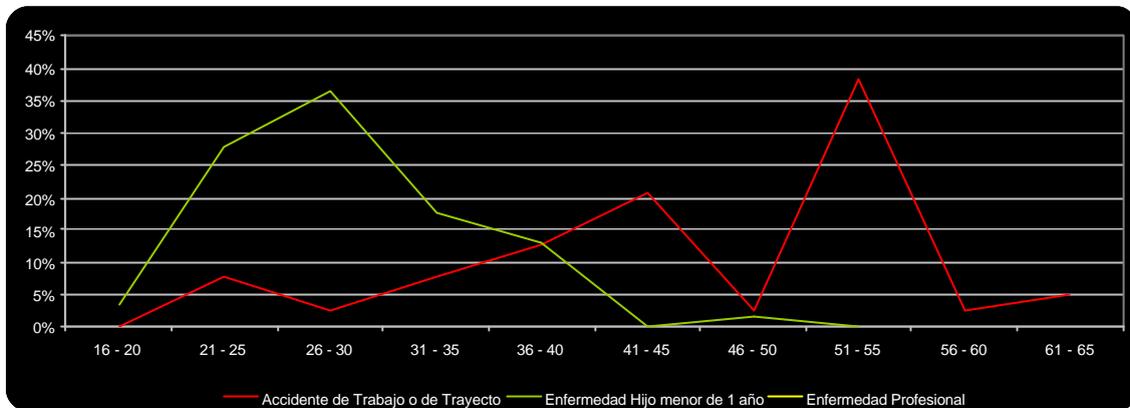


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, siguiendo con la tendencia general, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas mayoritariamente por mujeres (96,7%). Sin embargo, las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto son la mayoría de hombres (96,7%), de manera similar a como ocurre en el caso de la actividad de la construcción y en la industria manufacturera, actividades con una alta presencia masculina.

De igual forma, la actividad de la explotación de minas, petróleo y canteras presenta una participación masculina (95%) que sobrepasa por mucho a la femenina (5%)¹⁰¹.

¹⁰¹ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 38
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, minas, petróleo, canteras



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 26 y los 30 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo fuertemente en los tramos de edades anteriores y posteriores a éste, de manera similar a como ocurre al observar la información general.

Por su parte, los accidentes de trabajo o trayecto en mujeres presentan su peak entre los 51 y los 55 años de edad.

Cuadro N° 17

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES		
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Total general
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	25,6%	25,6%
Esguinces y torceduras del tobillo	17,9%	17,9%
Osteoporosis en enfermedades clasificadas en otra parte	10,3%	10,3%
Fractura de los huesos de otro(s) dedo(s) del pie	7,7%	7,7%
Traumatismo superficial del tórax	5,1%	5,1%
Herida de la rodilla	5,1%	5,1%
Lumbago con ciática	2,6%	2,6%

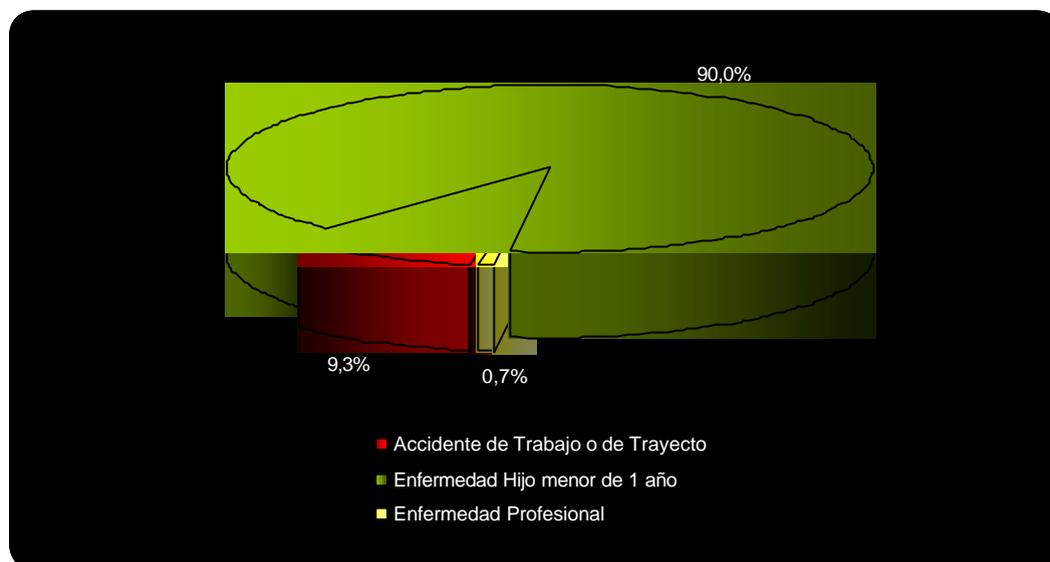
Sinovitis y tenosinovitis	2,6%	2,6%
Traumatismo intracraneal, no especificado	2,6%	2,6%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	2,6%	2,6%
Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	2,6%	2,6%
Fractura de otros huesos metacarpianos	2,6%	2,6%
Ruptura traumática de ligamentos del dedo de la mano en la(s) articulación(es) metacarpofalángica e interfalángica	2,6%	2,6%
Traumatismo por aplastamiento de la muñeca y de la mano	2,6%	2,6%
Contusión de la rodilla	2,6%	2,6%
Fractura de la diáfisis de la tibia	2,6%	2,6%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	2,6%	2,6%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por fractura de la pierna, inclusive el tobillo (25,6%), esguinces y torceduras del tobillo (17,9%), osteoporosis en enfermedades clasificadas en otra parte (10,3%), fractura de los huesos de otro(s) dedo(s) del pie (7,7%), y traumatismo superficial del tórax (5,1%).

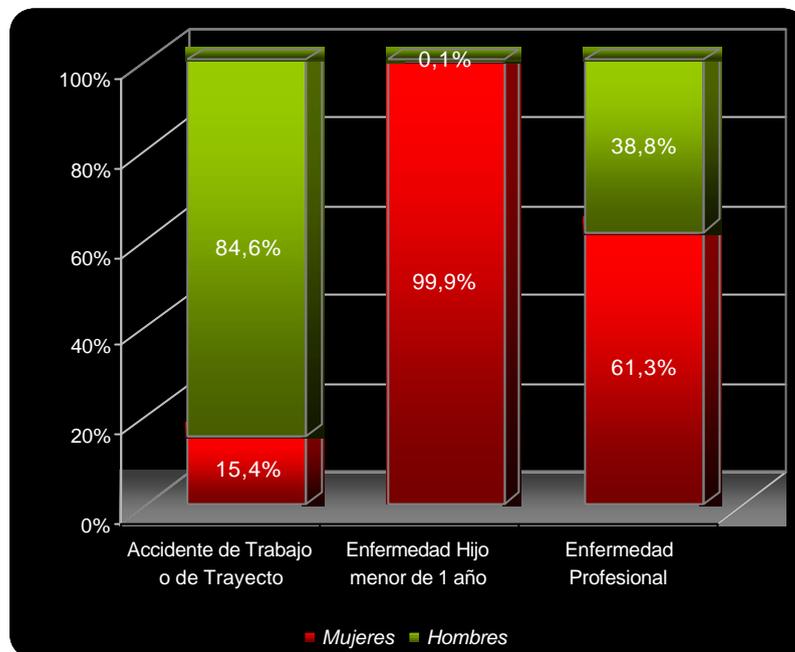
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

Gráfico N° 39
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca



En esta actividad la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (90,0%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (9,3%) y las enfermedades profesionales (0,7%).

Gráfico N° 40
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca

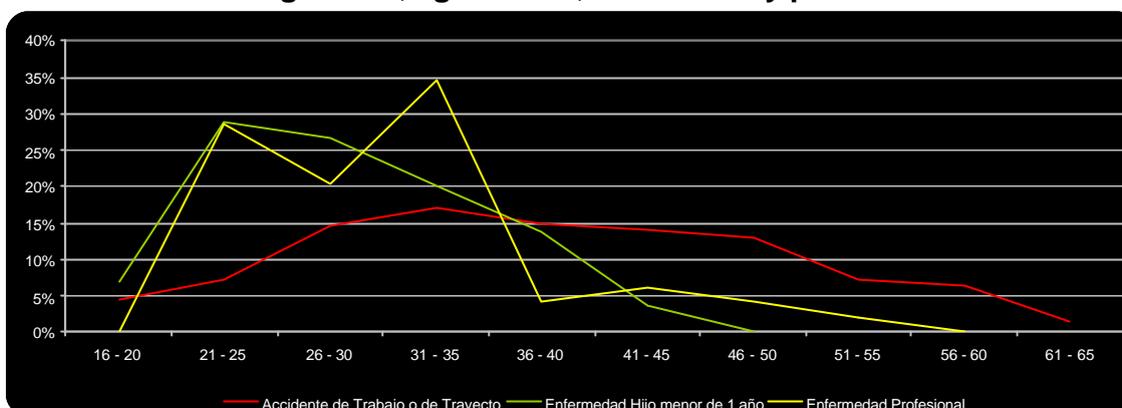


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, siguiendo con la tendencia general, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas mayoritariamente por mujeres (99,9%). Las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto son la mayoría de hombres (84,6%).

Esto se explica dada la alta participación masculina en las actividades relacionadas con la agricultura, silvicultura y pesca, la que alcanza un 81%, mientras que la participación femenina asciende a solo un 19%¹⁰².

¹⁰² Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICICO

Gráfico N° 41
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca



Respecto a las licencias presentadas por mujeres con motivo de enfermedad del/a hijo/ menor de un año, la mayoría se sitúa entre los 21 y los 25 años de edad, sin desmedro de que en el tramo inmediatamente superior se presenta también una alta prevalencia.

Las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo o trayecto alcanzan su peak entre los 31 y los 35 años de edad, no condicionándose esto con la tendencia general.

Cuadro N° 18

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o Trayecto		
	de	Enfermedad	Total
	Trayecto	Profesional	general
Esguinces y torceduras del tobillo	11,2%	0,0%	10,4%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	2,9%	0,0%	2,7%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	2,9%	0,0%	2,7%
Fractura de otras partes de la pierna	2,7%	0,0%	2,5%
Lumbago con ciática	0,5%	24,5%	2,2%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	2,4%	0,0%	2,2%
Capsulitis adhesiva del hombro	0,6%	20,4%	2,1%
Fractura del antebrazo, parte no	2,2%	0,0%	2,1%

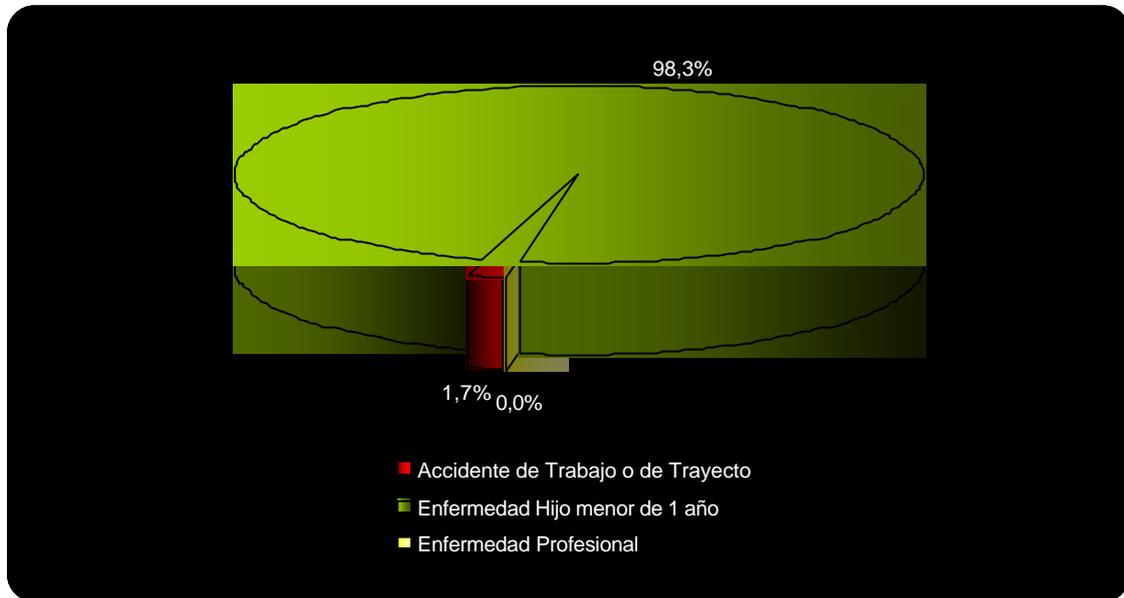
especificada			
Herida de la muñeca y de la mano	2,2%	0,0%	2,1%
Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	2,2%	0,0%	2,1%
Traumatismo intracraneal, no especificado	1,9%	0,0%	1,8%
Fractura de la epífisis superior del cúbito	1,9%	0,0%	1,8%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	1,9%	0,0%	1,8%
Sinovitis y tenosinovitis	0,8%	12,2%	1,6%
Fractura de la columna lumbar y de la pelvis	1,8%	0,0%	1,6%
Contusión del hombro y del brazo	1,8%	0,0%	1,6%
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	1,8%	0,0%	1,6%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,8%	0,0%	1,6%
Fractura del antebrazo	1,6%	0,0%	1,5%
Fractura de otro dedo de la mano	1,6%	0,0%	1,5%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por esguinces y torceduras del tobillo (10,4%), herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (2,7%), y traumatismos superficiales múltiples, no especificados (2,7%).

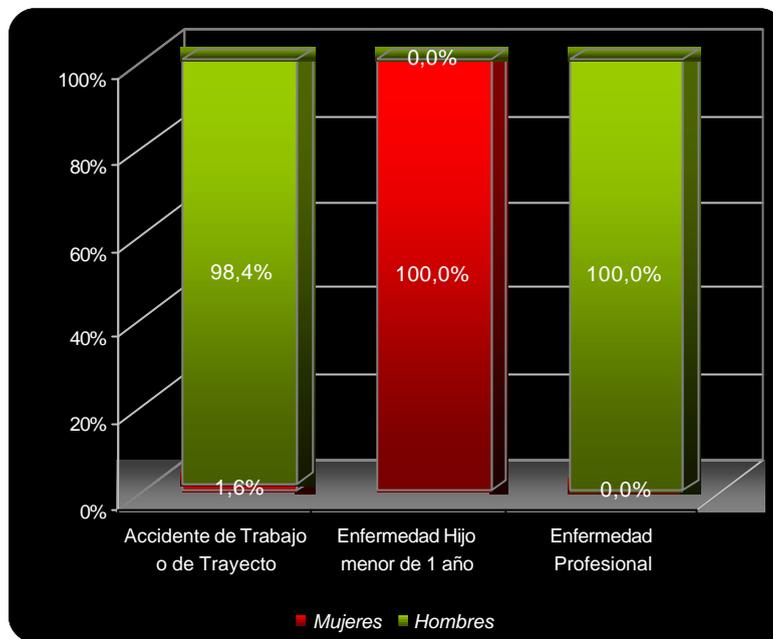
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

Gráfico N° 42
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, servicios básicos
(electricidad, gas, agua)



Al igual que la tendencia general, en los servicios básicos la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (98,3%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (1,7%). No se registran licencias de mujeres por enfermedades profesionales.

Gráfico N° 43
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios básicos (electricidad, gas, agua)

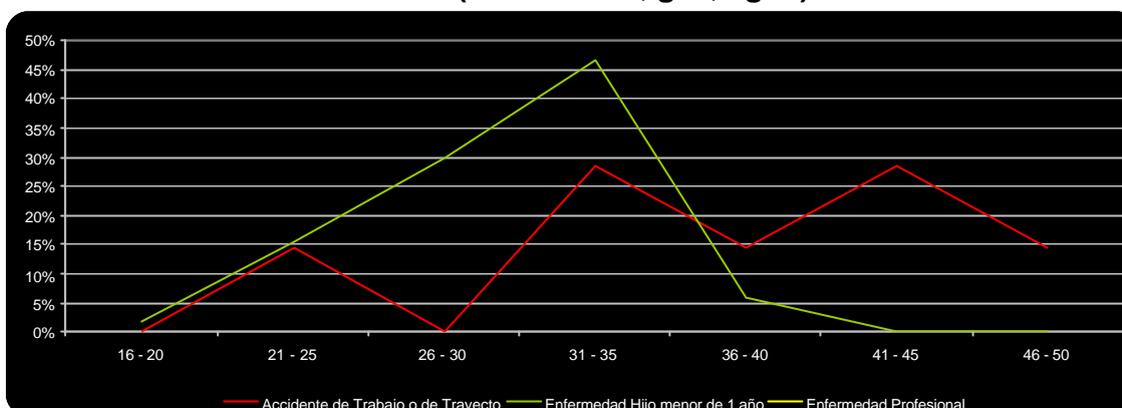


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas en un 100% por mujeres, mientras que las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto son la gran mayoría de hombres (98,4%).

Esto se explica dada la alta participación masculina en esta actividad, la que alcanza un 83%, mientras que la participación femenina asciende a solo un 17%¹⁰³.

¹⁰³ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 44
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, servicios básicos (electricidad, gas, agua)



Contrariamente a como se observa en la información general, para el caso de los servicios básicos, las licencias presentadas por mujeres con motivo de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad alcanzan su peak entre los 31 y los 35 años.

Por su parte, los accidentes de trabajo o de trayecto presentan dos puntos altos en cuanto a los rangos etarios: entre los 31 y los 35 años, y entre los 41 y los 45 años de edad. Esto también rompe con la tendencia general, en donde el punto más alto se encontraba entre los 51 y los 56 años.

Por otra parte, llama también la atención de que luego del tramo entre 46 y 50 años, no se registran más licencias presentadas por mujeres en el sistema de FONASA, situación que no se da en las demás actividades comerciales.

Cuadro N° 19

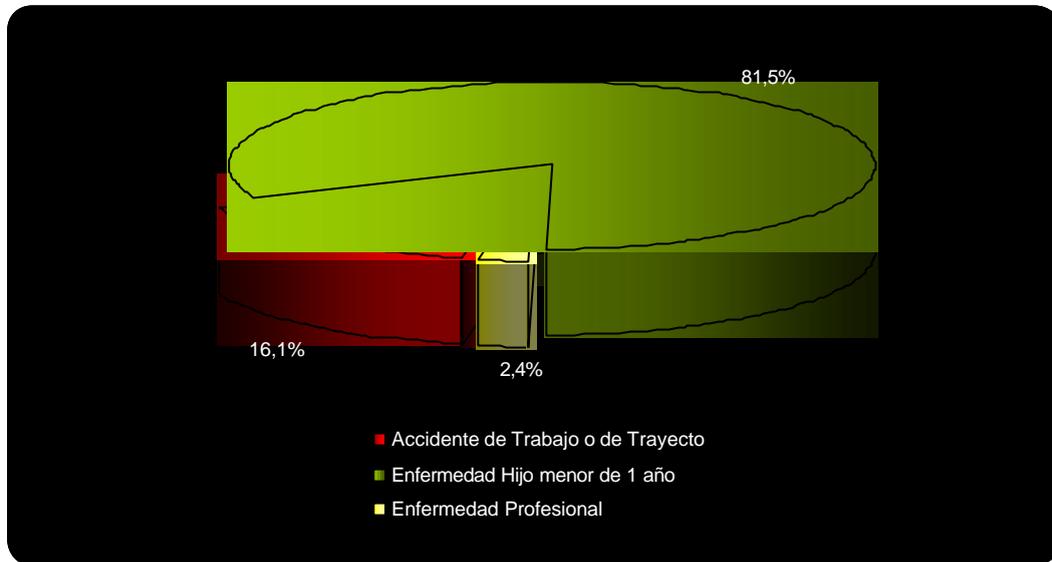
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES		
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto	Total general
	Esguinces y torceduras del tobillo	42,9%
Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo	28,6%	28,6%
Cervicalgia	14,3%	14,3%
Fractura de otro dedo de la mano	14,3%	14,3%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por esguinces y torceduras del tobillo (42,9%), traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo (28,6%), cervicalgia (14,3%), y fractura de otro dedo de la mano (14,3%).

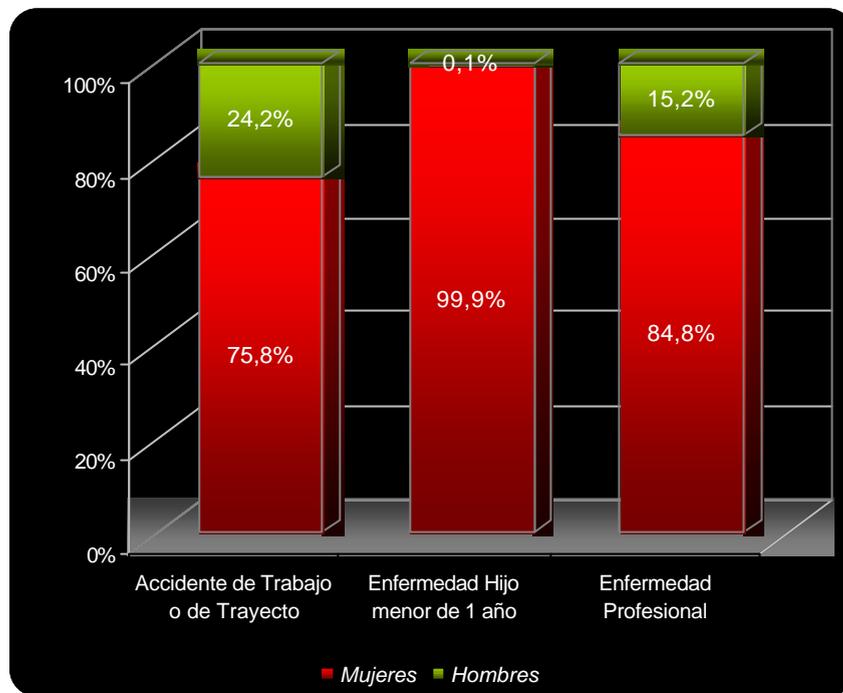
Cabe mencionar que, además de condecirse esta información con la tendencia general, la cual señala que los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones, estas cuatro enfermedades fueron las únicas registradas en FONASA durante el año 2005 para el caso de las mujeres trabajadoras en la actividad de los servicios básicos.

Gráfico N° 45
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, servicios estatales, sociales



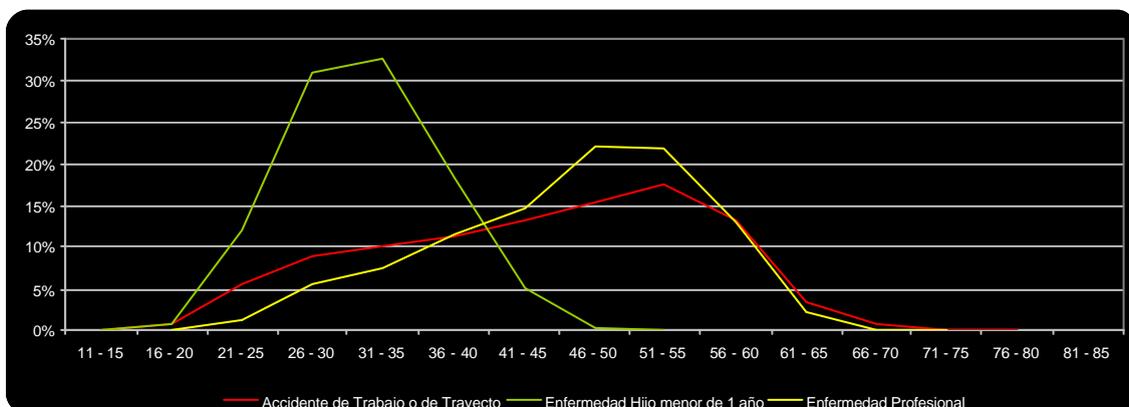
En esta actividad la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (81,5%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (16,1%) y las enfermedades profesionales (2,4%).

Gráfico N° 46
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios estatales, sociales



Respecto a los hombres, las licencias presentadas por mujeres en servicios estatales y sociales tienden a ser mayor en todas las categorías de respuesta, explicándose esto debido a que la participación femenina en esta actividad (57%) es mayor que la masculina (43%).

Gráfico N° 47
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, servicios estatales, sociales



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 31 y los 35 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo fuertemente en los tramos de edades anteriores y posteriores a éste. Sin embargo, en el tramo anterior también se observa una alta prevalencia de licencias.

Por su parte, las enfermedades profesionales presentan su más alta prevalencia en el tramo entre los 46 y los 50 años de edad, sin desmedro de que en el tramo siguiente se presenta también un porcentaje alto de licencias en esta categoría.

Los accidentes de trabajo o trayecto alcanzan su peak entre los 51 y 55 años de edad.

Cuadro N° 20

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o Trayecto	Enfermedad Profesional	Total general
Esguinces y torceduras del tobillo	12,7%	0,3%	11,1%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	3,2%	0,0%	2,8%
Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	2,4%	0,0%	2,1%
Esguince y torcedura de la muñeca	2,1%	0,4%	1,9%
Lumbago no especificado	1,7%	2,2%	1,8%
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	1,9%	0,3%	1,7%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos a nivel de la muñeca y de la mano	1,9%	0,1%	1,7%
Contusión de la rodilla	1,9%	0,0%	1,7%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	1,9%	0,0%	1,6%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	1,8%	0,0%	1,6%
Trastornos de los músculos en enfermedades clasificadas en otra parte	0,8%	6,1%	1,5%
Esguinces y torcedura de la columna cervical	1,6%	0,0%	1,4%
Contusión del hombro y del brazo	1,6%	0,1%	1,4%
Herida de la muñeca y de la mano	1,5%	0,0%	1,3%

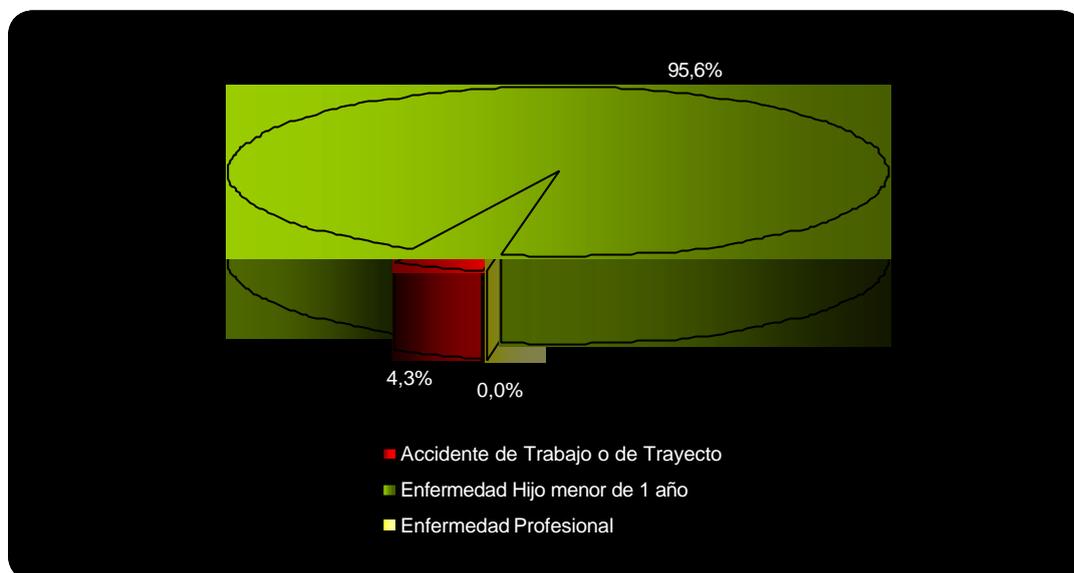
Entesopatía, no especificada	0,4%	7,0%	1,3%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	1,4%	0,0%	1,2%
Traumatismo superficial de la cadera y del muslo	1,4%	0,0%	1,2%
Síndrome del túnel carpiano	0,0%	9,3%	1,2%
Esguinces y torceduras de otros sitios y de los no especificados del pie	1,4%	0,0%	1,2%
Sinovitis y tenosinovitis	0,9%	2,9%	1,1%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por esguinces y torceduras del tobillo (11,1%), luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie (2,8%), y esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano (2,1%).

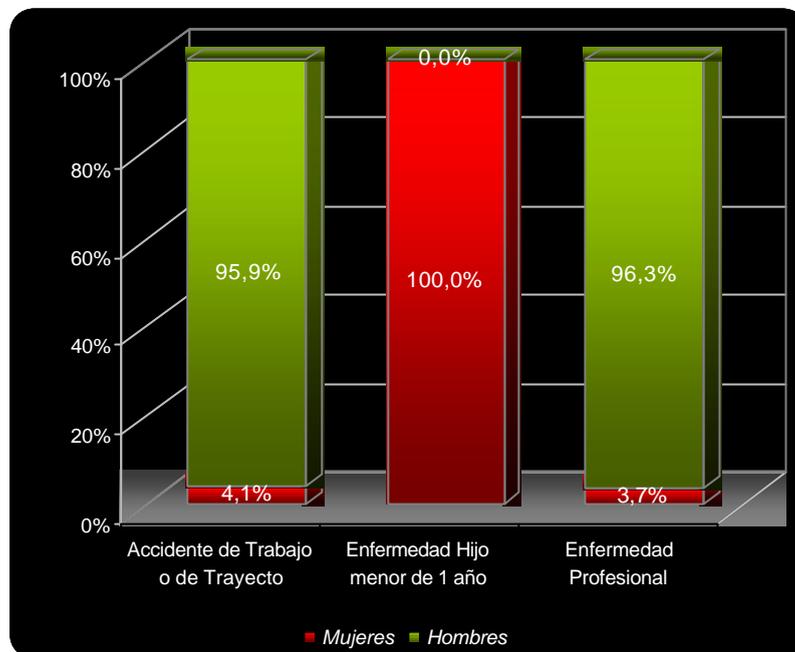
Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

Gráfico N° 48
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones



En la actividad relacionada con el transporte, el almacenamiento y las comunicaciones, la mayoría de las licencias médicas presentadas en FONASA por mujeres tiende a ser por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad (95,6%), seguidas por los accidentes de trabajo o de trayecto (4,3%) y las enfermedades profesionales.

Gráfico N° 49
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones

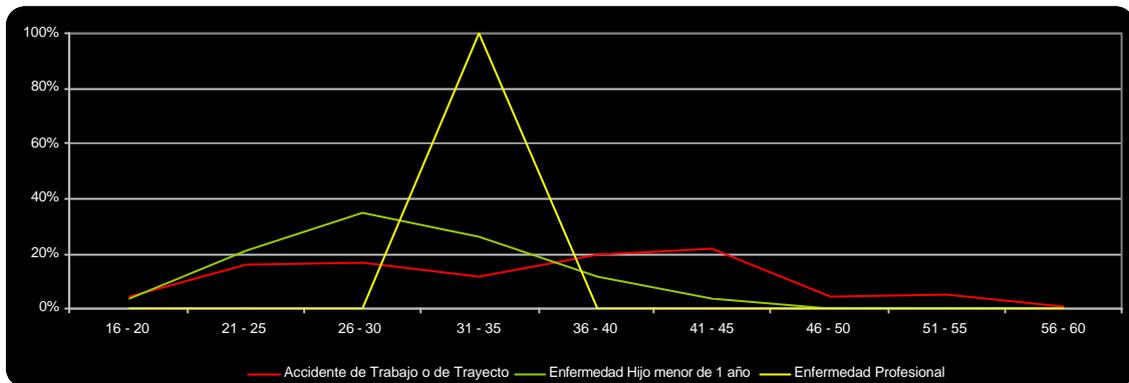


Los datos comparados entre hombres y mujeres muestran que, las licencias presentadas en FONASA por concepto de enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad corresponden a licencias presentadas en un 100% por mujeres, mientras que las licencias relacionadas con accidentes del trabajo o de trayecto y con enfermedades profesionales son la gran mayoría de hombres.

Esto se explica dada la alta participación masculina en esta actividad, la que alcanza un 83%, mientras que la participación femenina asciende a solo un 17%¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 50
Licencias presentadas en Fonasa el 2005, por rango etario, mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones



Se observa que la mayor proporción de licencias de mujeres presentadas por enfermedad del hijo/a menor de un año de edad, se concentra entre los 26 y los 30 años de las mujeres trabajadoras, descendiendo sostenidamente en los tramos de edades posteriores.

Por su parte, solo se registran licencias por enfermedades profesionales entre los 31 y los 36 años de edad, situación que no se observa en ninguna otra actividad económica.

Los accidentes de trabajo o trayecto alcanzan su peak entre los 41 y 45 años de edad, dos categorías menos que la tendencia general.

Cuadro N° 21

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, MUJERES			
Clasificación Internacional de Enfermedad, según CIE 10	Accidente de Trabajo o de Trayecto		Total general
	Enfermedad Profesional	Enfermedad Profesional	
Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	7,5%	0,0%	7,4%
Esguinces y torceduras del tobillo	7,5%	0,0%	7,4%
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	5,8%	0,0%	5,8%
Trastorno de estrés postraumático	5,0%	0,0%	5,0%
Traumatismo superficial de la pierna	5,0%	0,0%	5,0%
Trastornos de los músculos en enfermedades clasificadas en otra parte	4,2%	0,0%	4,1%
Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	4,2%	0,0%	4,1%

Herida de la pierna, parte no especificada	3,3%	0,0%	3,3%
Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	3,3%	0,0%	3,3%
Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados	2,5%	0,0%	2,5%
Herida de la cabeza	2,5%	0,0%	2,5%
Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	2,5%	0,0%	2,5%
Contusión del hombro y del brazo	2,5%	0,0%	2,5%
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano	2,5%	0,0%	2,5%
Traumatismo superficial de la cadera y del muslo	2,5%	0,0%	2,5%
Fractura del fémur	2,5%	0,0%	2,5%
Herida de la pierna	2,5%	0,0%	2,5%
Reacción al estrés agudo	1,7%	0,0%	1,7%
Lumbago no especificado	1,7%	0,0%	1,7%
Esguinces y torcedura de articulaciones y ligamentos de otros sitios especificados y de los no especificados del cuello	1,7%	0,0%	1,7%
Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis	1,7%	0,0%	1,7%
Fractura de otras partes y de las no especificadas de la columna lumbar y de la pelvis	1,7%	0,0%	1,7%
Ruptura traumática de la sínfisis del pubis	1,7%	0,0%	1,7%
Contusión de dedo(s) de la mano con daño de la(s) uña(s)	1,7%	0,0%	1,7%
Herida de dedo(s) de la mano, con daño de la(s) uña(s)	1,7%	0,0%	1,7%
Fractura a nivel de la muñeca y de la mano	1,7%	0,0%	1,7%
Amputación traumática de la muñeca y de la mano	1,7%	0,0%	1,7%
Contusión de la rodilla	1,7%	0,0%	1,7%
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	1,7%	0,0%	1,7%
Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	1,7%	0,0%	1,7%

Se excluye el detalle de las licencias presentadas por enfermedad de hijo/a menor de un año de edad.

El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos relacionados con enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, corresponden a licencias por herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (7,4%), esguinces y torceduras del tobillo (7,5%), y esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla (5,8%).

Siguiendo con la tendencia general, los motivos de licencia más frecuentes corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones.

3) ISAPRES

Cuadro N° 22

LICENCIAS PRESENTADAS EN EL SISTEMA DE ISAPRES EL 2005, SEGÚN DE TIPOS LICENCIAS, HOMBRES Y MUJERES						
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Accidente del Trabajo	206	40,87%	298	59,13%	504	100%
Enf. Hijo Menor de un año	92.197	99,93%	63	0,07%	92.260	100%
Enf. o Acc. no del Trabajo	377.689	50,37%	372.052	49,62%	749.741	100%
Enfermedad Profesional	381	57,04%	287	42,96%	668	100%
Licencia Maternal	37.876	99,96%	14	0,04%	37.890	100%
Patología del Embarazo	36.230	99,99%	5	0,01%	36.235	100%
Prórroga Medicina Preventiva	190	48,84%	199	51,16%	389	100%
Total	544.769	59,63%	372.918	40,64%	917.687	100%

Del total de licencias presentadas en Isapres durante el 2005, las vinculadas a enfermedad del/a hijo/a menor de un año y enfermedad profesional fueron mayoritariamente presentadas por mujeres, mientras que los accidentes del trabajo correspondieron en su mayoría a licencias presentadas por hombres.

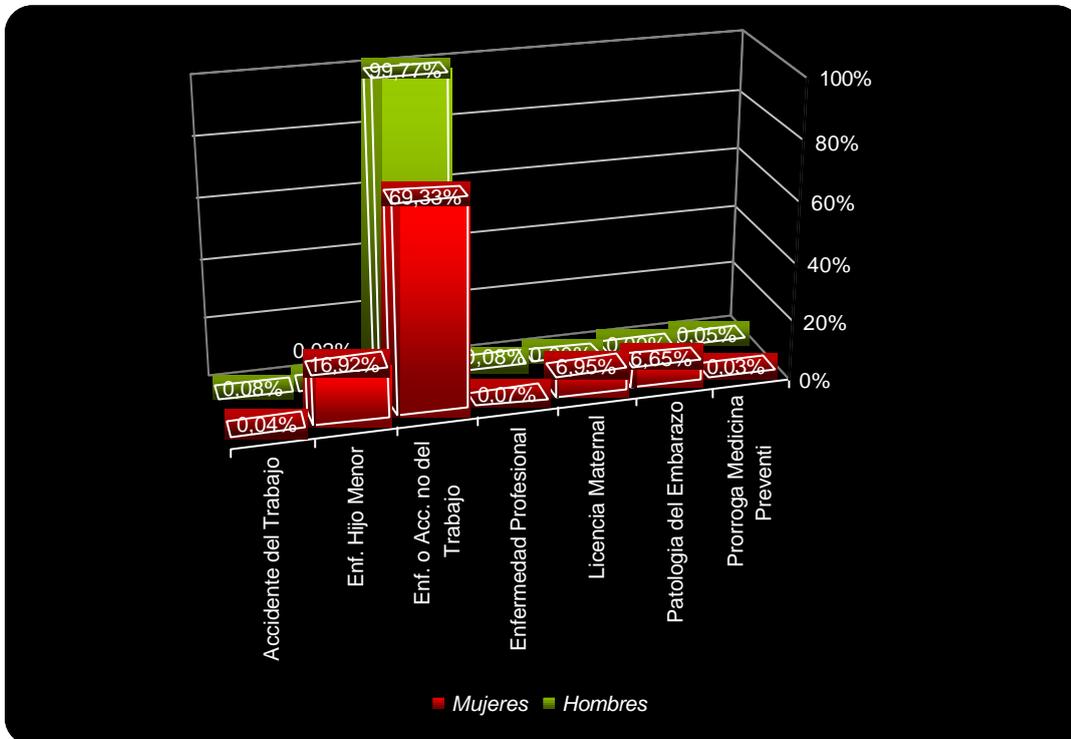
Las licencias por prórroga de medicina preventiva y las enfermedades o accidentes no del trabajo obtienen una relativa paridad entre ambos sexos.

En el caso de las licencias maternas y por patología del embarazo, si bien debiesen corresponder en un 100% a mujeres, existen casos aislados y muy marginales de hombres que registran licencias por estos motivos, lo que se puede deber a errores

propios de la base de datos entregada por la Superintendencia de Salud, pero que, sin embargo, no representan mayor importancia para efectos estadísticos y de análisis.

De este modo, en términos generales, la mayoría de las licencias presentadas en Isapres durante el año 2005 correspondieron a licencias de mujeres.

Gráfico N° 51
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por sexo, hombres y mujeres



Se observa que en ambos sexos, la gran mayoría de las licencias presentadas corresponden a enfermedades o accidentes no del trabajo, especialmente en los hombres, donde este tipo de licencias alcanzan más del 99% respecto a todas las licencias presentadas por éstos. Esto ocurre con mayor fuerza en los hombres que en las mujeres, dado que éstas últimas concentran porcentajes importantes de licencias relacionadas con la maternidad y las patologías del embarazo, licencias que prácticamente no reportan casos en los hombres.

Adicionalmente, las mujeres concentran un alto porcentaje de licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, las que solo alcanzan un 0,02% en el caso de los hombres.

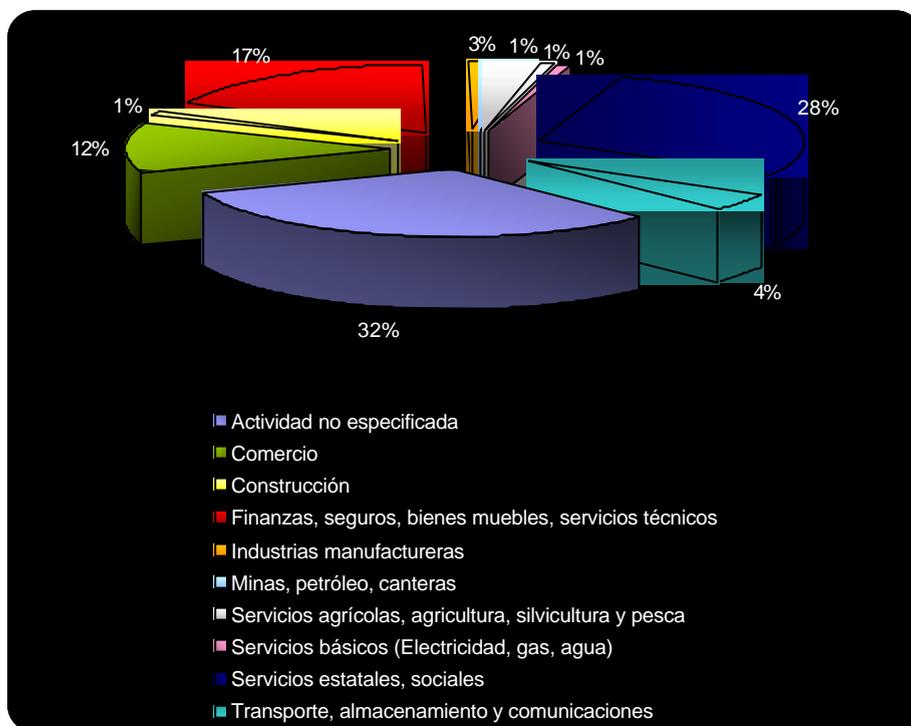
Cuadro N° 23

LICENCIAS PRESENTADAS EN EL SISTEMA DE ISAPRES EL 2005, POR ACTIVIDAD ECONÓMICA, SEGÚN SEXO						
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Actividad no especificada	174.340	65,31%	92.583	34,69%	266.923	100%
Comercio	63.954	61,14%	40.647	38,86%	104.601	100%
Construcción	5.378	30,60%	12.195	69,40%	17.573	100%
Finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos	94.757	73,03%	34.987	26,97%	129.744	100%
Industrias manufactureras	15.116	27,43%	39.996	72,57%	55.112	100%
Minas, petróleo, canteras	5.744	9,64%	53.821	90,36%	59.565	100%
Servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca	4.182	36,39%	7.311	63,61%	11.493	100%
Servicios básicos (Electricidad, gas, agua)	3.829	33,04%	7.761	66,96%	11.590	100%
Servicios estatales, sociales	153.892	71,59%	61.068	28,41%	214.960	100%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	23.577	51,11%	22.549	48,89%	46.126	100%
Total	544.769	59,63%	372.918	40,64%	917.687	100%

Los hombres concentran mayores proporciones de licencias presentadas respecto a las mujeres, en las actividades de la construcción; la industria manufacturera; las minas, petróleo y carbón; los servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca; y los servicios básicos. Las mujeres, por su parte, presentan mayores porcentajes de licencias médicas respecto a los hombres, en las actividades no especificadas; el comercio; las finanzas; y los servicios estatales y sociales.

El transporte, almacenamiento y comunicaciones presenta una relativa paridad entre ambos sexos.

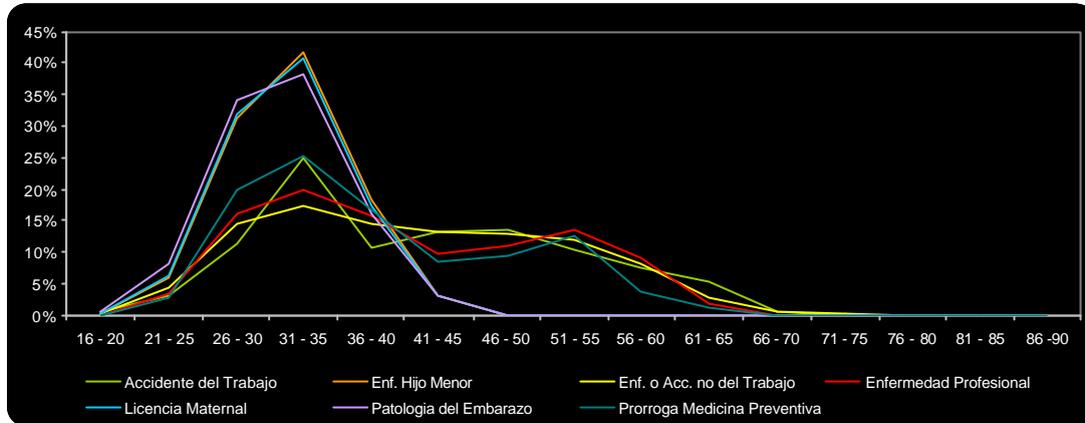
Gráfico N° 52
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por actividad económica, mujeres



Para el caso exclusivo de las mujeres, la mayoría de las licencias se presentan en las actividades no especificadas (32%), seguidas por los servicios estatales y sociales (28%), finanzas (17%) y comercio (12%).

Gráfico N° 53

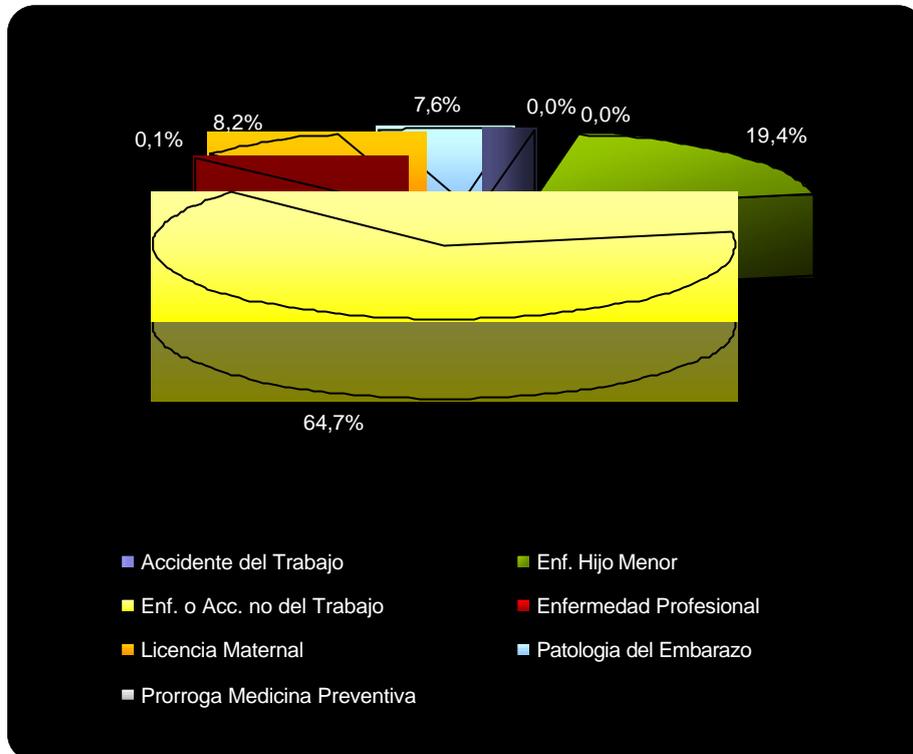
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres



Se observa que para todos los tipos de licencia, el peak ocurre entre los 31 y los 35 años de edad, descendiendo la mayoría de manera paulatina en los siguientes rangos etarios.

Las licencias por patología del embarazo, enfermedad del hijo/a menor de un año y por licencia maternal, presentan descensos fuertes en los rango de 36 a 40 años, y de 41 a 45 años.

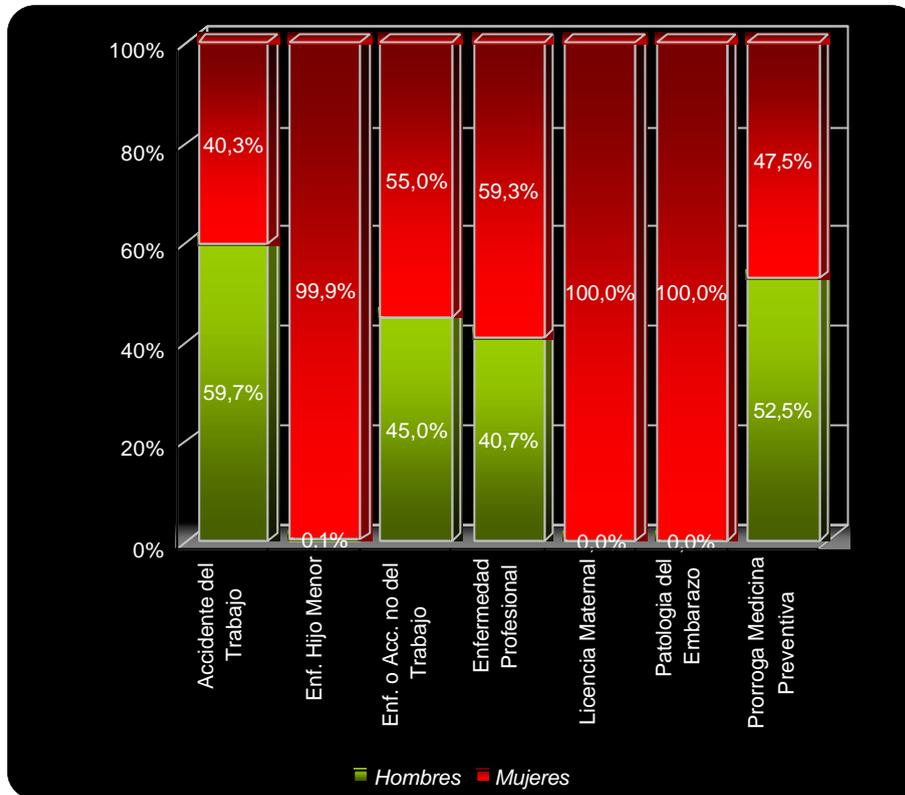
Gráfico N° 54
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, actividad no especificada



La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (64,7%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (19,4%) y las licencias maternas (8,2%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, y accidente del trabajo resultan marginales en el sistema de Isapres, presentándose muy pocos casos de éstas.

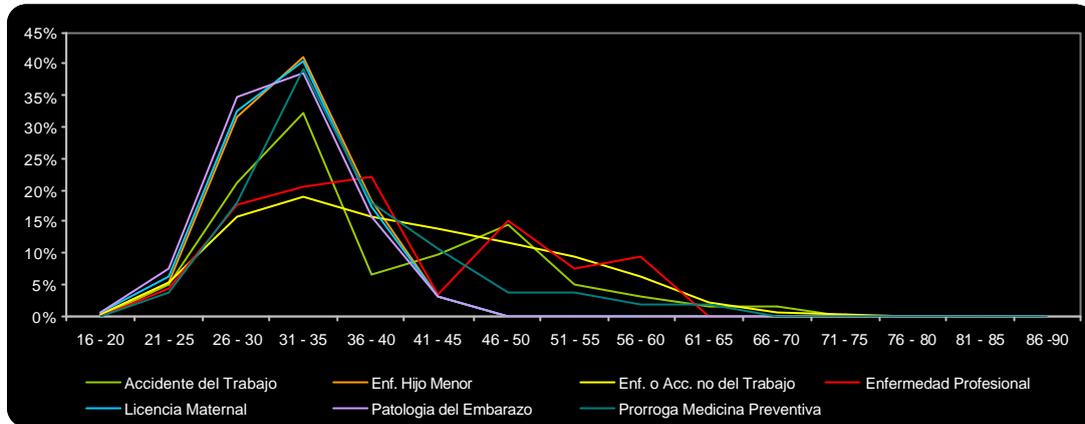
Gráfico N° 55
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, actividad no especificada



Los resultados comparados según sexo, muestran que en los casos de accidentes del trabajo, enfermedad o accidente no del trabajo, enfermedad profesional y prórroga de medicina preventiva, existe una relativa paridad entre los hombres y mujeres, mientras que en el caso de licencias por enfermedad de hijo/a menor de un año, las mujeres superan a los hombres de manera significativa.

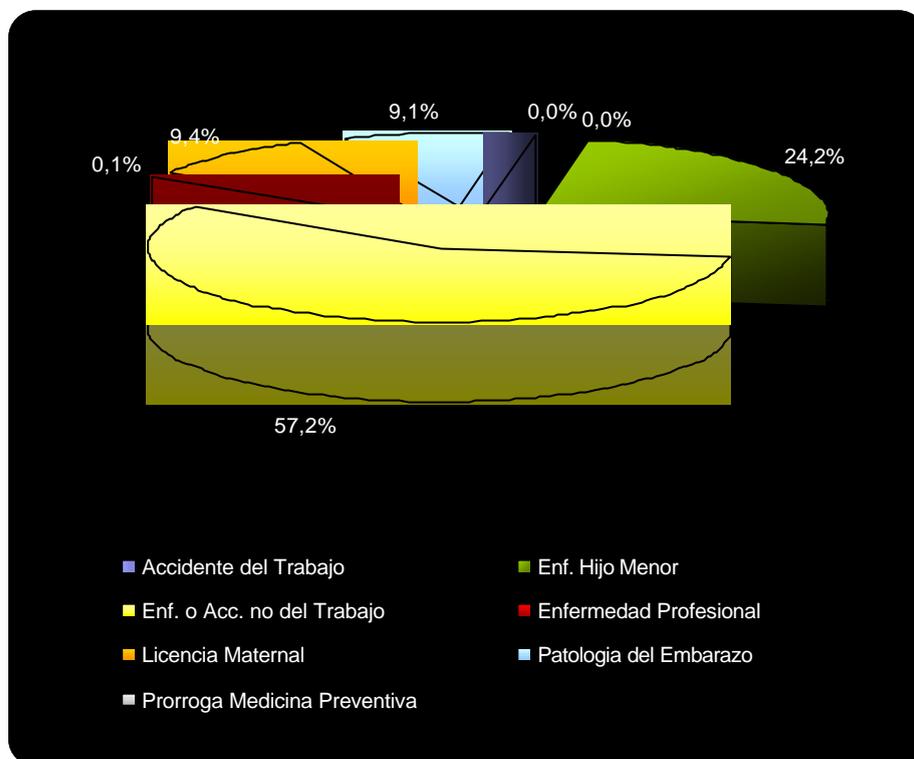
Gráfico N° 56

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, actividad no especificada



Al igual que en lo observado en la información general, se observa que para todos los tipos de licencia, el peak ocurre entre los 31 y los 35 años de edad, descendiendo la mayoría de manera paulatina en los siguientes rangos etarios, salvo en el caso de las enfermedades profesionales, las que logran su mayor porcentaje en el rango entre 36 y 40 años de edad. Para estas últimas, se observa un brusco descenso en el rango de 41 a 46 años de edad, volviendo a ascender en el siguiente tramo etario.

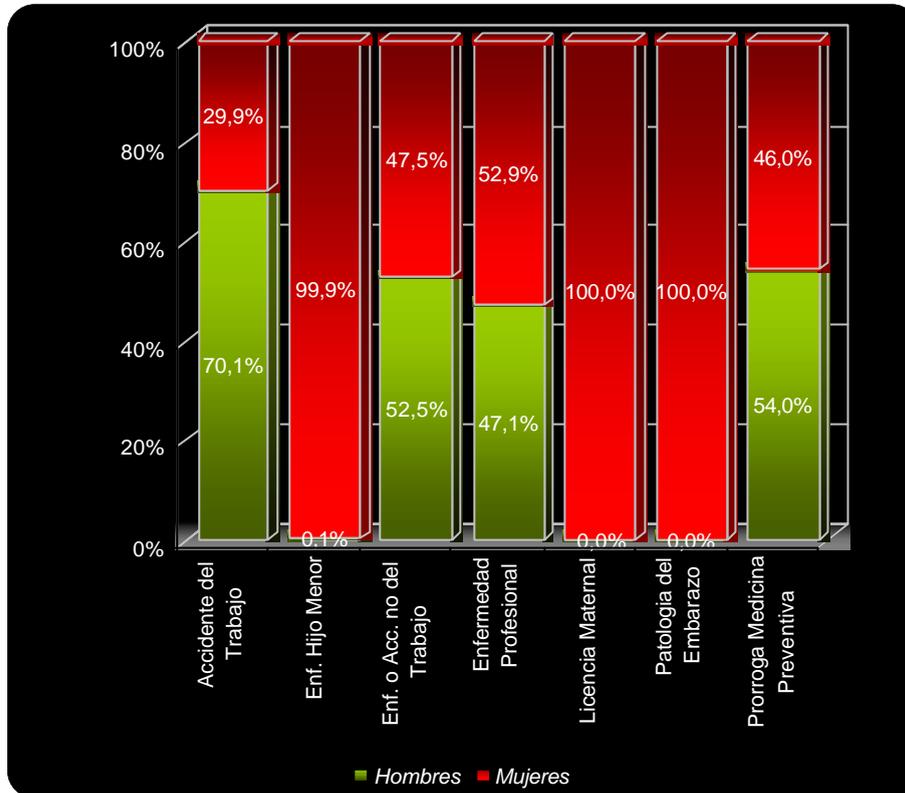
Gráfico N° 57
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, comercio



La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (57,2%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (24,2%) y las licencias maternas (9,4%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, y accidente del trabajo resultan marginales en el sistema de Isapres, presentándose muy pocos casos de éstas en la actividad del comercio.

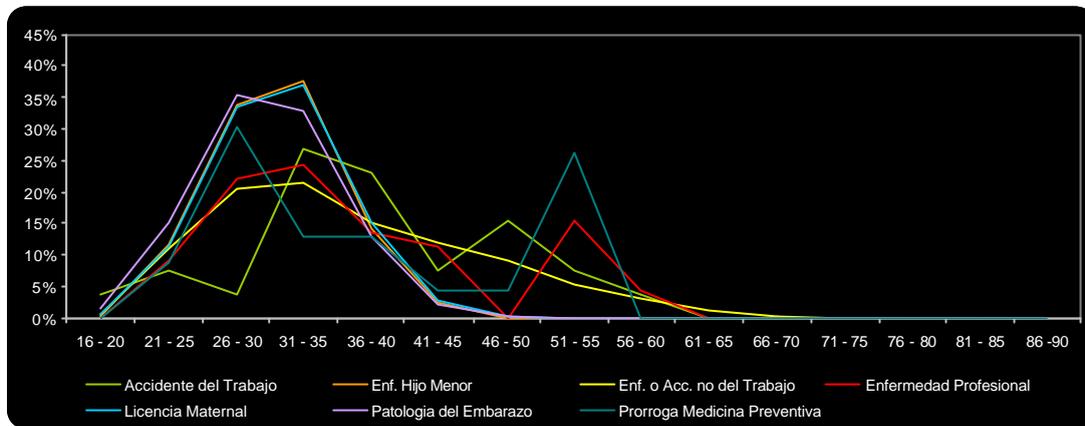
Gráfico N° 58
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, comercio



Los resultados comparados según sexo, muestran que en los casos de enfermedad o accidente no del trabajo, enfermedad profesional y prórroga de medicina preventiva, existe una relativa paridad entre los hombres y mujeres, mientras que en el caso de licencias por enfermedad de hijo/a menor de un año, las mujeres superan a los hombres de manera significativa.

En el caso de las licencias presentadas por accidentes del trabajo, los hombres presentan una mayor proporción de licencias que las mujeres, alejándose de este modo de la tendencia general.

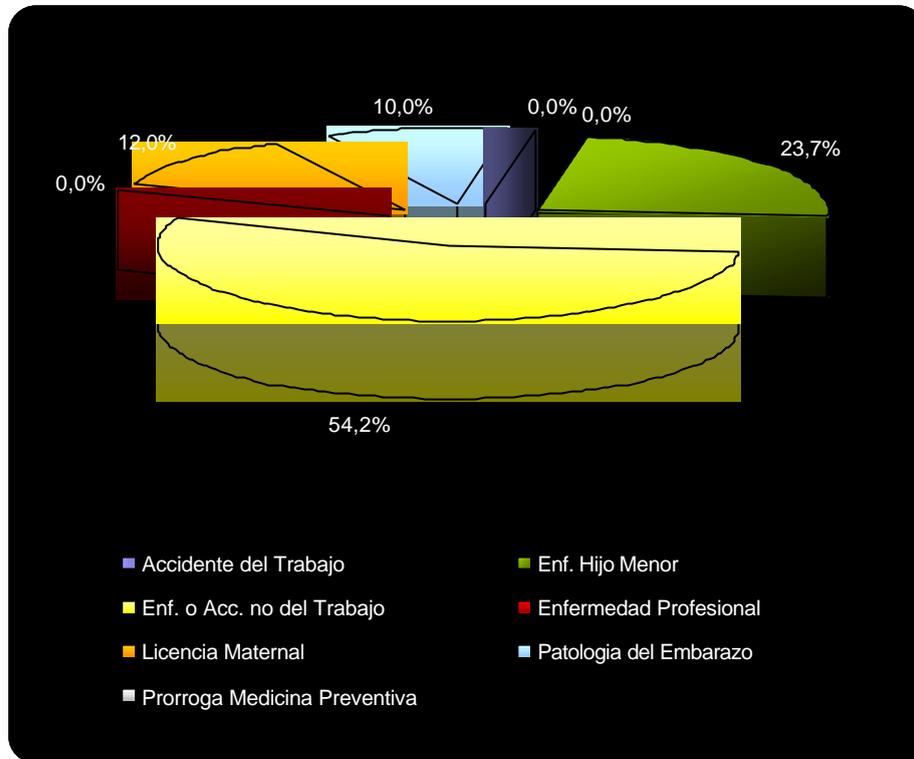
Gráfico N° 59
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, comercio



Al igual que en lo observado en la información general, se observa que para todos los tipos de licencia, el peak ocurre entre los 31 y los 35 años de edad, descendiendo la mayoría de manera paulatina en los siguientes rangos etarios, salvo en el caso de las patologías del embarazo y las prórrogas de medicina preventiva, las que alcanzan sus mayores porcentajes en el tramo anterior, vale decir, entre los 26 y los 30 años de edad.

Se observa además, para esta última, una fuerte alza de las licencias entre los 51 y los 55 años de edad, alejándose en este sentido de la tendencia general.

Gráfico N° 60
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, construcción

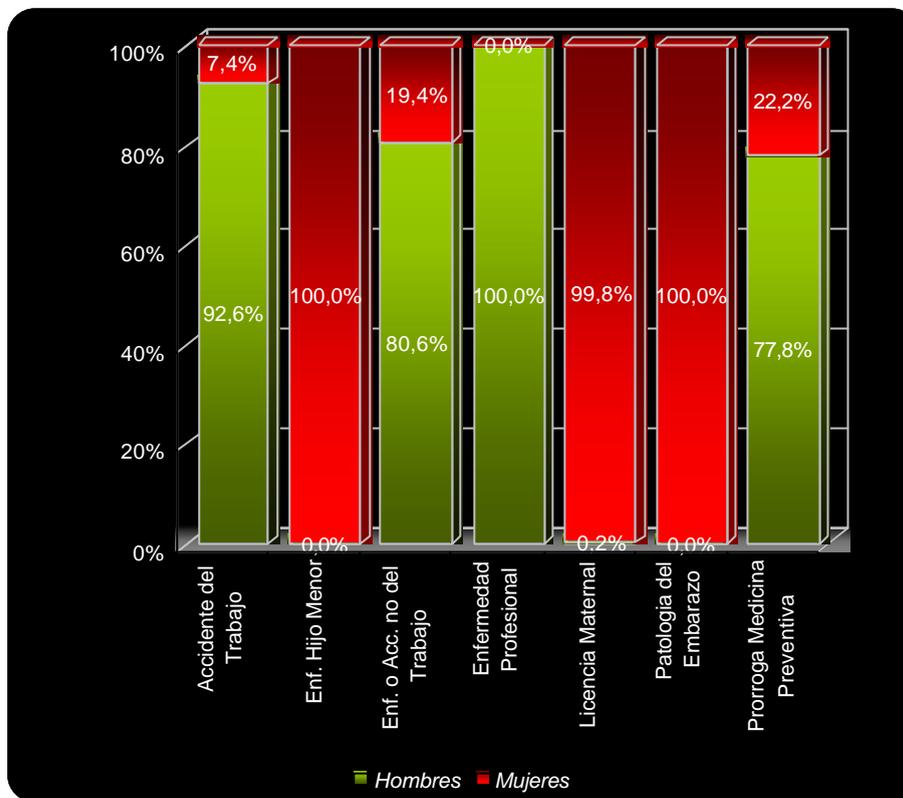


La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (54,2%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (23,7%) y las licencias maternas (12,0%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, y accidente del trabajo resultan marginales en el sistema de Isapres, presentándose muy pocos casos de éstas en la actividad de la construcción.

No se registran casos de licencias presentadas por mujeres con motivo de enfermedad profesional, para esta actividad económica.

Gráfico N° 61
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, construcción



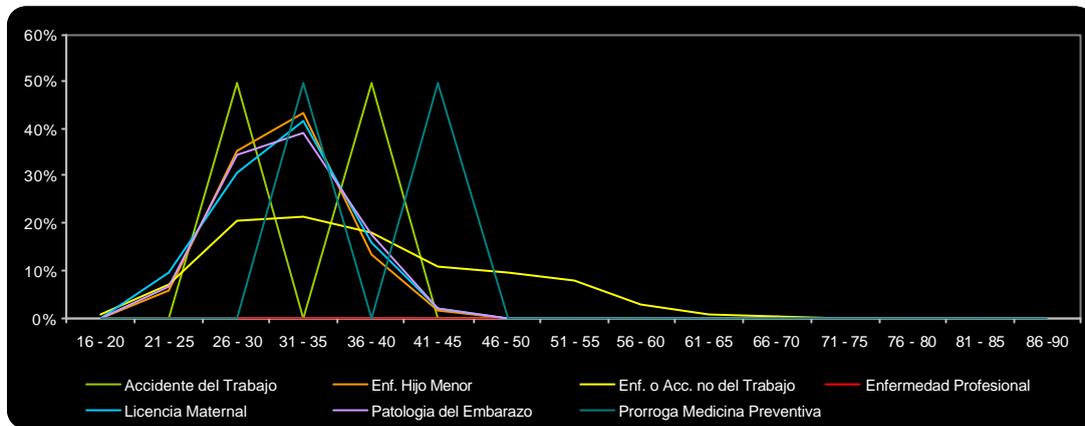
Los resultados comparados según sexo, muestran que en la actividad económica de la construcción se rompe la paridad entre hombres y mujeres que se apreciaba en la información general.

En este sentido, en los casos licencias presentadas por accidentes del trabajo, de enfermedad o accidente no del trabajo, y prórroga de medicina preventiva, los hombres presentan una mayor proporción de licencias que las mujeres, alejándose de este modo de la tendencia general.

Esto se explica debido a que la construcción es una actividad económica predominantemente masculina, en donde las mujeres que trabajan en ella solo ocupan una pequeña porción del campo laboral¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

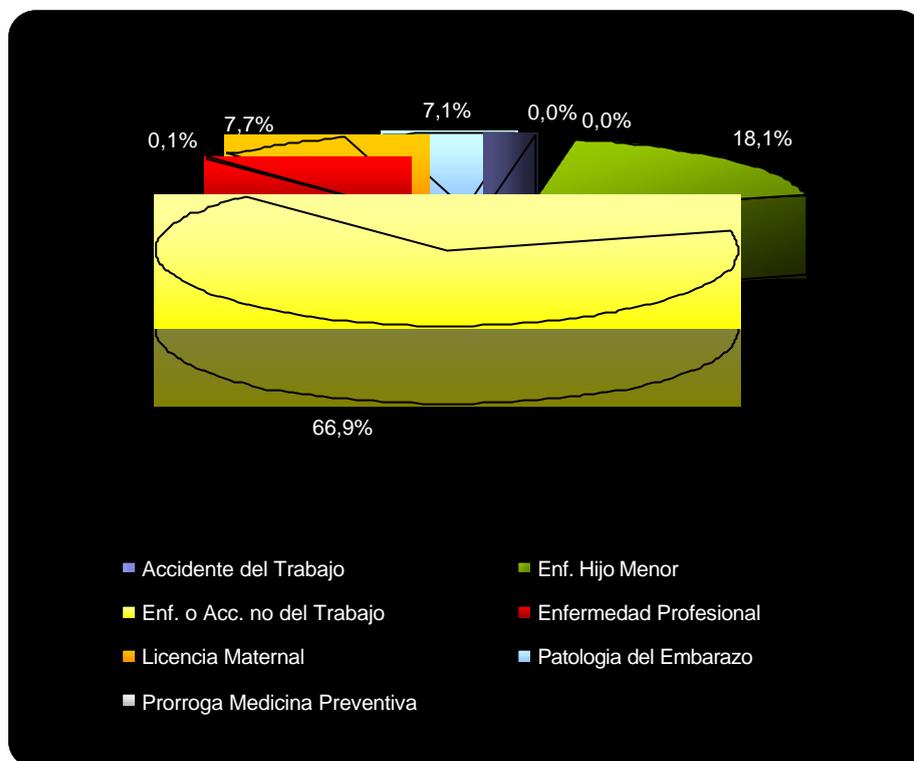
Gráfico N° 62
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, construcción



La información desagregada según rangos etarios, muestra que en los casos de licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, licencia maternal, patología del embarazo, y enfermedad o accidente no del trabajo, se cumple con la tendencia general de lograr un peak porcentual en el rango comprendido entre los 31 y los 35 años de edad.

Sin embargo, los accidentes del trabajo, y las licencias por prórroga de medicina preventiva se escapan a esta tendencia, ya que, en el caso de las primeras, el 50% de éstas se sitúa entre 26 y los 30 años, y el otro 50% entre los 36 y los 40 años, mientras que en el segundo caso, la mitad se concentra entre 31 y los 35 años, y la otra entre 41 y los 45.

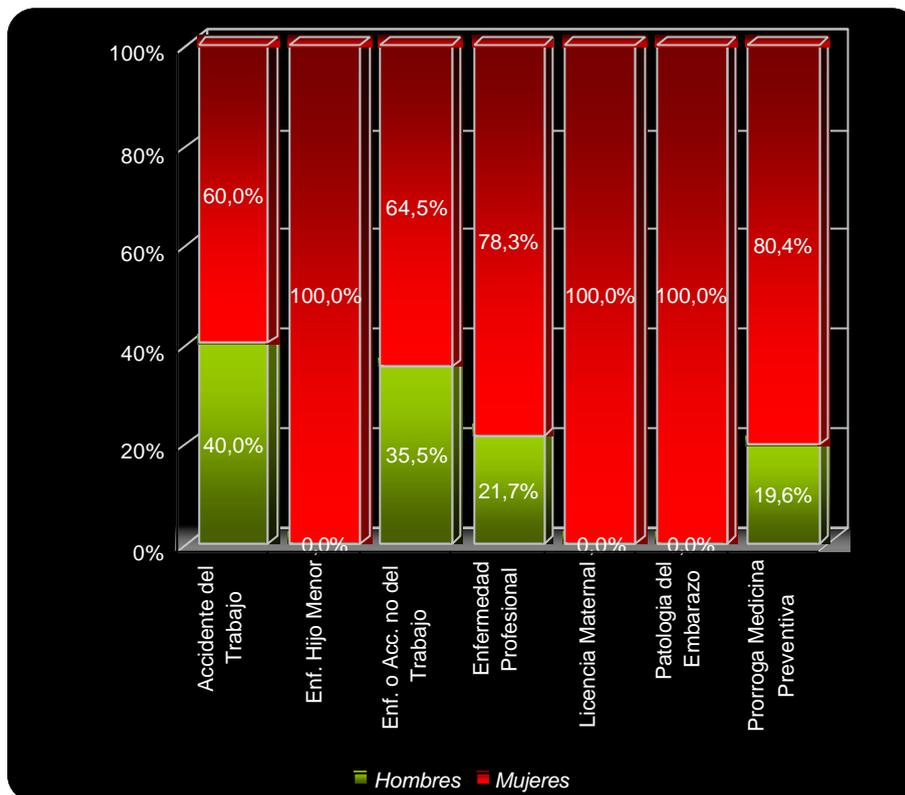
Gráfico N° 63
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (66,9%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (18,1 %) y las licencias maternas (7,7%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, enfermedad profesional y accidente del trabajo resultan marginales en el sistema de Isapres, presentándose muy pocos casos de éstas en la actividad de las finanzas, seguros, bienes muebles y servicios técnicos.

Gráfico N° 64
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



Los resultados comparados según sexo, muestran que en esta actividad económica se rompe la paridad entre hombres y mujeres que se apreciaba en la información general para determinados tipos de licencias.

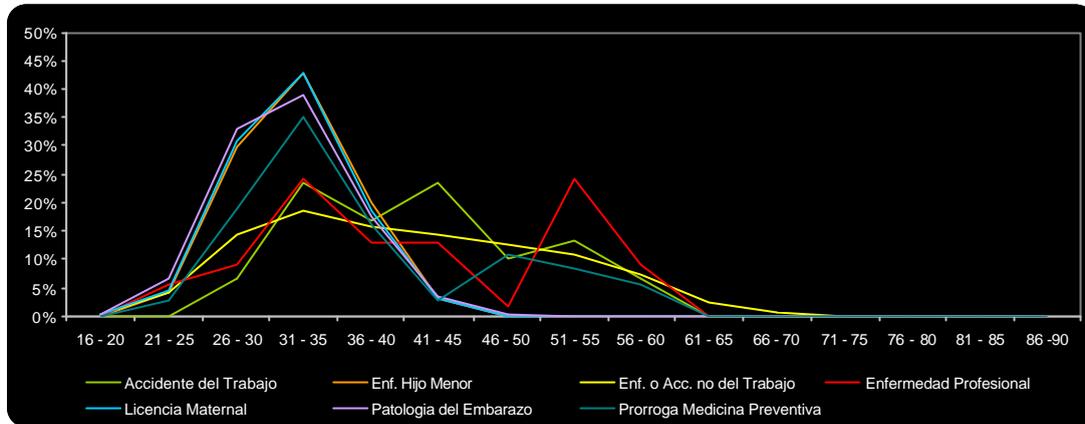
En este sentido, en los casos licencias presentadas por accidentes del trabajo, de enfermedad o accidente no del trabajo, y prórroga de medicina preventiva, las mujeres presentan una mayor proporción de licencias que los hombres, alejándose de este modo de la tendencia general.

Llaman la atención estas cifras, ya que la actividad de las finanzas es mayoritariamente masculina ¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

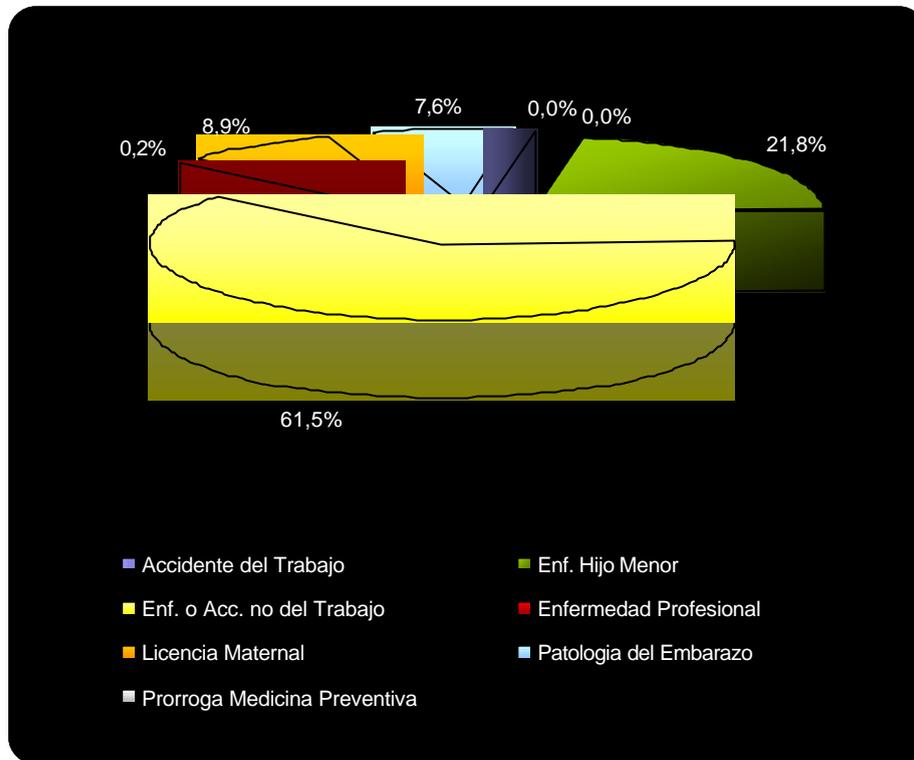
Gráfico N° 65

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, finanzas, seguros, bienes muebles, servicios técnicos



La información desagregada según rangos etarios, muestra que en todos los casos se cumple con la tendencia general de lograr un peak porcentual en el rango comprendido entre los 31 y los 35 años de edad, salvo en las licencias presentadas por mujeres con motivo de accidente del trabajo y enfermedad profesional, los que alcanzan su peak entre los 41 y 45 años de edad, y los 51 y 55 años, respectivamente.

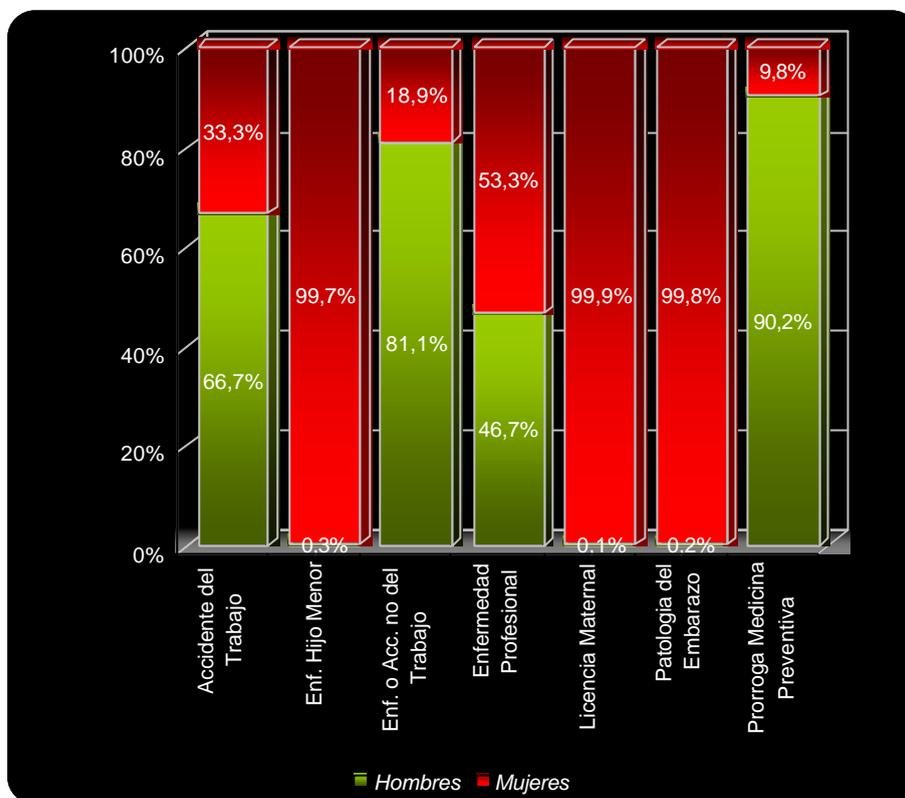
Gráfico N° 66
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, industria manufacturera



La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (61,5%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (21,8%) y las licencias maternas (8,9%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, enfermedad profesional y accidente del trabajo, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

Gráfico N° 67
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, industria manufacturera



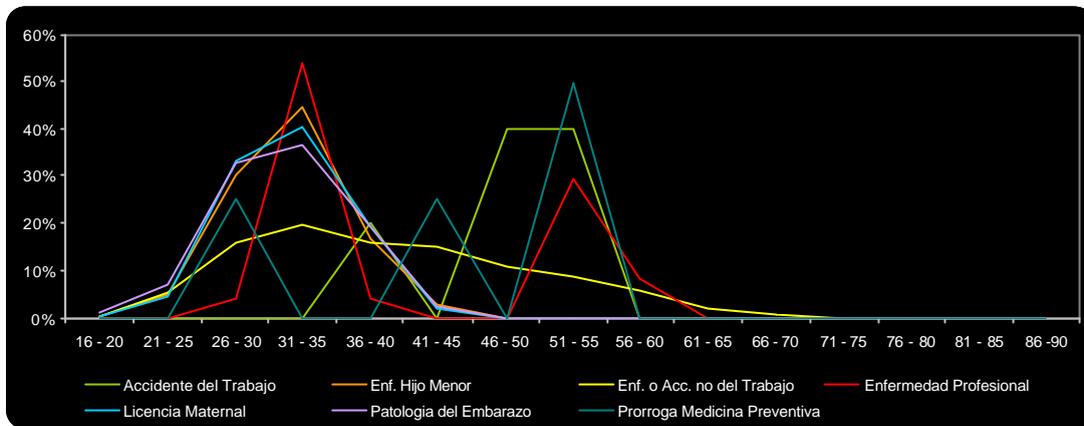
Los resultados comparados según sexo, muestran que en esta actividad económica existe una cierta paridad entre la proporción de hombres que presentan licencias por enfermedad profesional, y las mujeres que presentan este tipo de licencias.

Por su parte, las licencias por accidente del trabajo, enfermedad o accidente no del trabajo, y prórroga de medicina preventiva alcanzan porcentajes mayores en hombres que en mujeres.

Esto último se debe probablemente a la alta proporción de hombres que participan en esta actividad laboral, la que representa más del doble de la tasa de participación femenina¹⁰⁷.

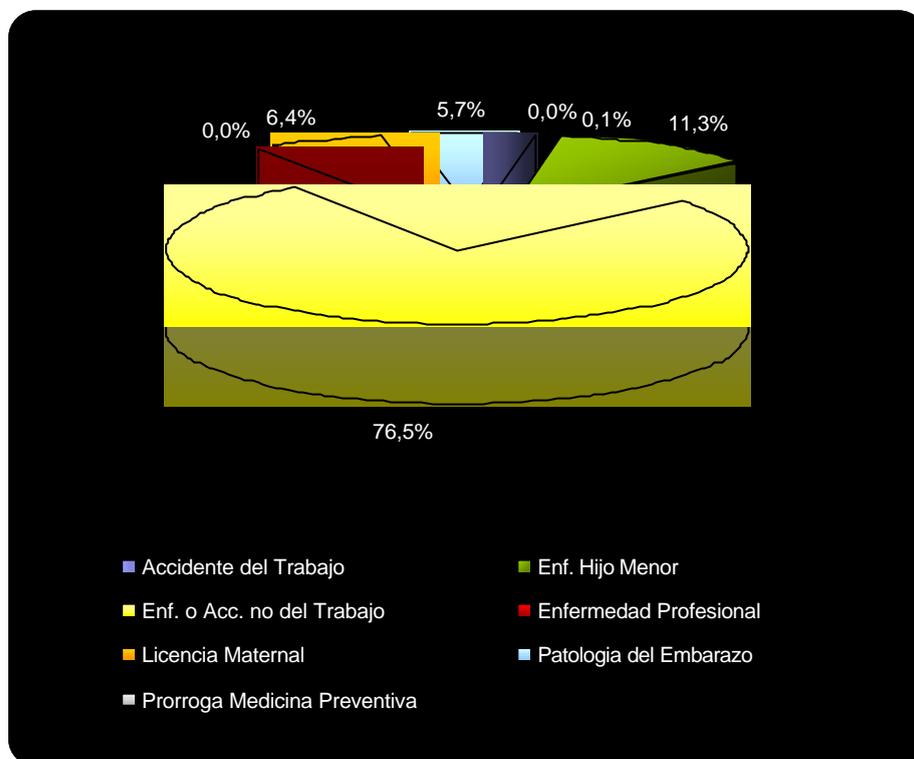
¹⁰⁷ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 68
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, industria manufacturera



La información desagregada según rangos etarios, muestra que en todos los casos se cumple con la tendencia general de lograr un peak porcentual en el rango comprendido entre los 31 y los 35 años de edad, salvo en las licencias presentadas por mujeres con motivo de accidente del trabajo y prórroga de medicina preventiva. Las primeras alcanzan su mayor porcentaje entre los 46 y 55 años de edad, y las segundas entre los 51 y los 55 años.

Gráfico N° 69
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, minas, petróleo, canteras

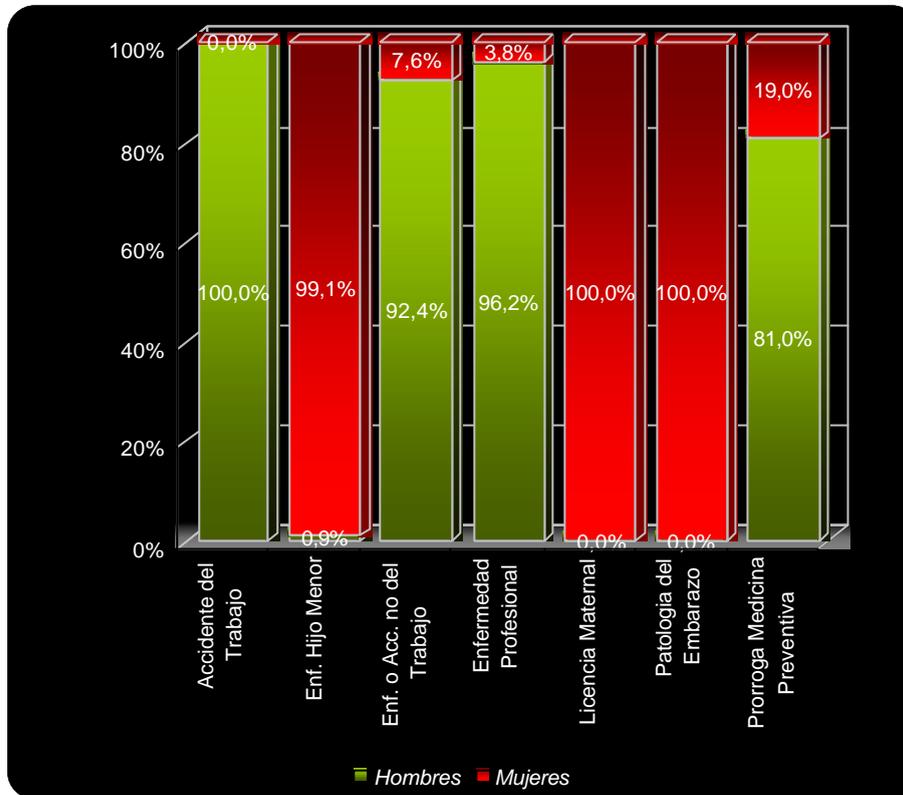


La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (76,5%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (11,3%) y las licencias maternas (6,4%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva y enfermedad profesional, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

No se registran casos de licencias por accidente de trabajo presentadas por mujeres en esta actividad económica.

Gráfico N° 70
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, minas, petróleo, canteras



Los resultados comparados según sexo, muestran que en esta actividad económica se rompen las paridades relativas expresadas en la información general

En este sentido, en las licencias presentadas por concepto de enfermedad o accidente no del trabajo, enfermedades profesionales, y prórroga de medicina preventiva, los hombres superan porcentualmente a las mujeres por altas proporciones.

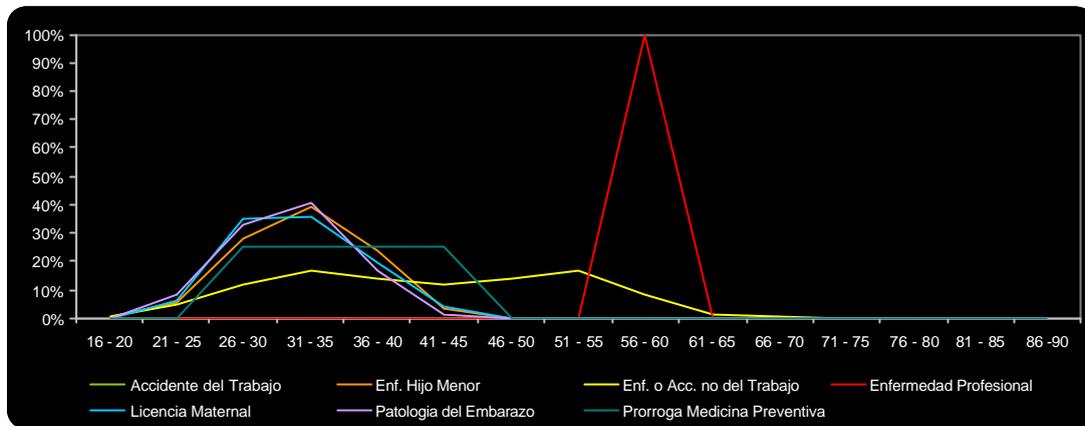
Las licencias por enfermedad de hijo/a menor de un años de edad son mayoritariamente presentadas por mujeres, habiendo solo un 0,9% de hombres que presentaron este tipo de licencias en Isapres durante el año 2005.

Esto último se debe probablemente a la alta proporción de hombres que participan en esta actividad laboral, la que representa alrededor de veinte veces más que la tasa de participación femenina¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 71

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, minas, petróleo, canteras

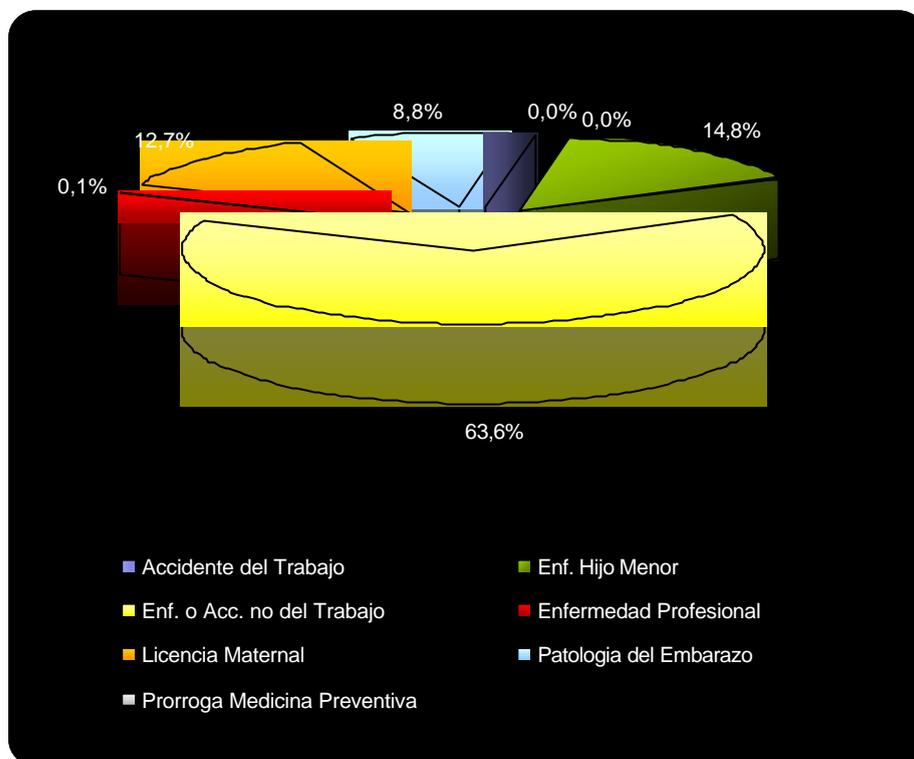


La baja cantidad de licencias presentadas por mujeres en Isapres durante el 2005 para esta actividad hace que los datos según rangos etarios se alejen de manera importante de las tendencias generales.

Solo las licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, las licencias maternas, y las por patologías de embarazo se siguen situando con mayor fuerza entre los 31 y los 35 años de edad. Sin embargo, las por enfermedades o accidentes no del trabajo presentan solo leves variaciones según rango etarios, al igual que las por prórroga de medicina preventiva.

Por su parte, las licencias presentadas en Isapres con motivo de enfermedad profesional, se concentra exclusivamente entre los 56 y los 60 años de edad.

Gráfico N° 72
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca

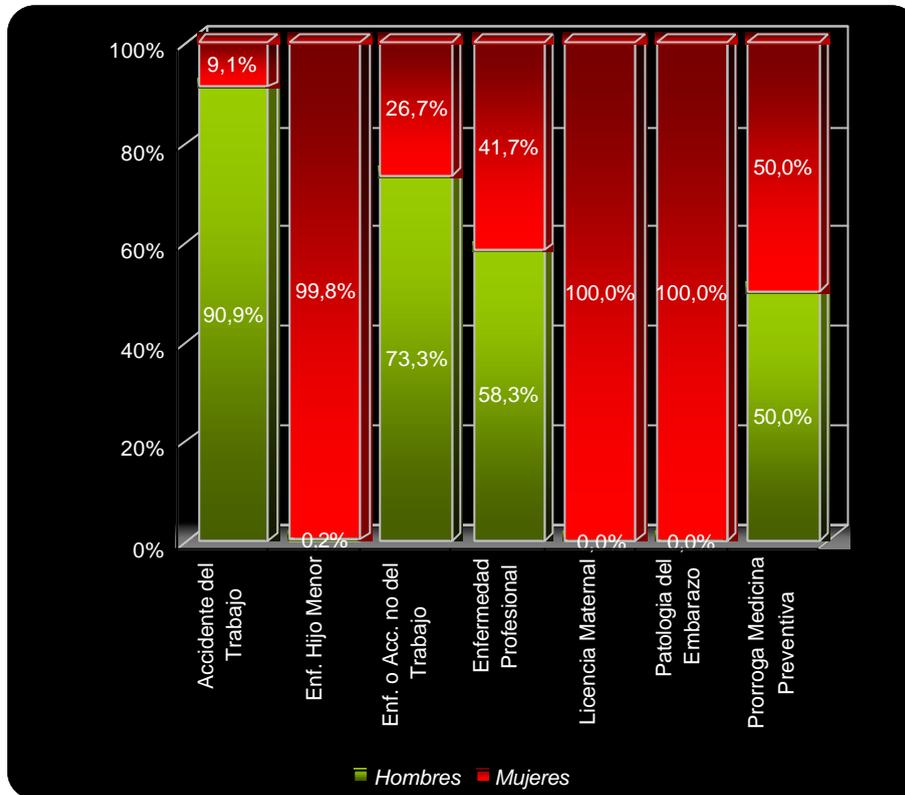


La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (63,6%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (14,8%) y las licencias maternas (12,7%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva y enfermedad profesional, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

Gráfico N° 73

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca

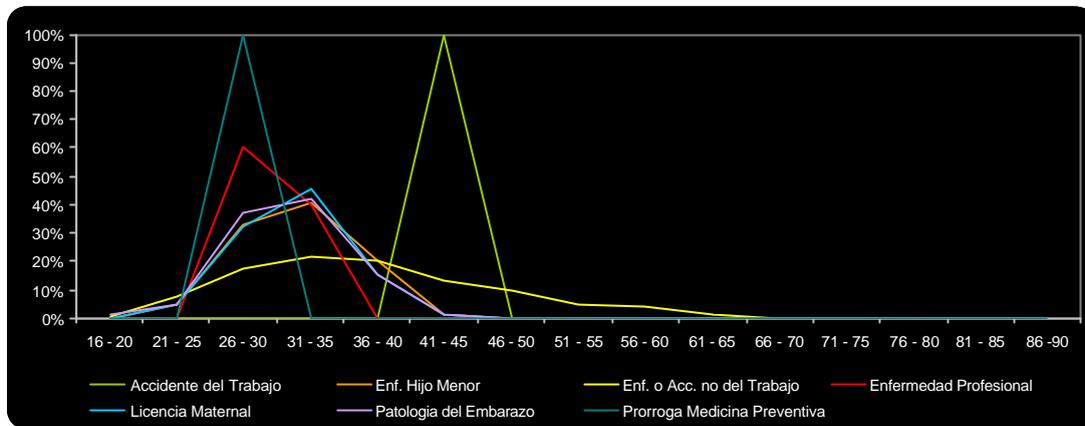


Los resultados según tipo de licencia y sexo, muestran que tanto las licencias por accidente del trabajo, como las por enfermedad o accidente no del trabajo, se observan mayoritariamente en hombres, mientras que en las por enfermedades profesionales y las por prórroga de medicina preventiva existe una cierta paridad entre ambos sexos.

Solo se observa un 0,2% de hombres que presentaron licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, respecto al total de licencias por dicho concepto.

Gráfico N° 74

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, servicios agrícolas, agricultura, silvicultura y pesca

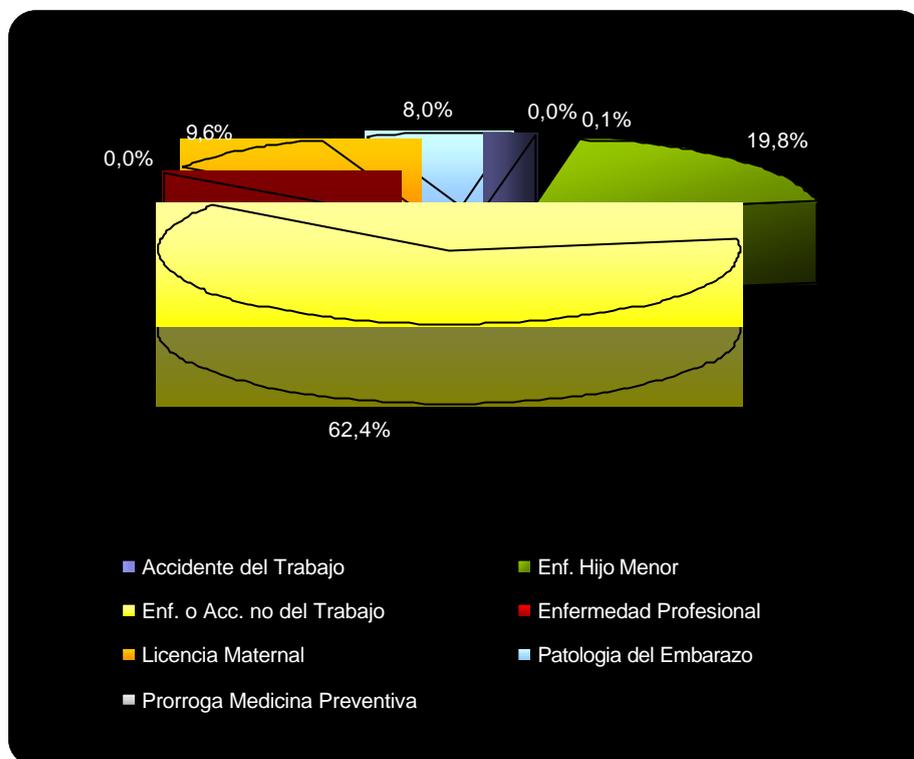


Las licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, por patología del embarazo, por enfermedad o accidente no del trabajo, y por licencia maternal, se concentran entre los 31 y los 35 años de edad, en el caso de las mujeres.

Las licencias por prórroga de medicina preventiva y por accidente del trabajo, por su parte, se concentran cada una de manera exclusiva en un solo rango de edad, a saber, entre los 26 y los 30 años, y entre los 41 y los 45 años de edad, respectivamente.

Las enfermedades profesionales también se apartan de la tendencia general, al situarse de manera más fuerte en el tramo etario de los 26 a los 30 años.

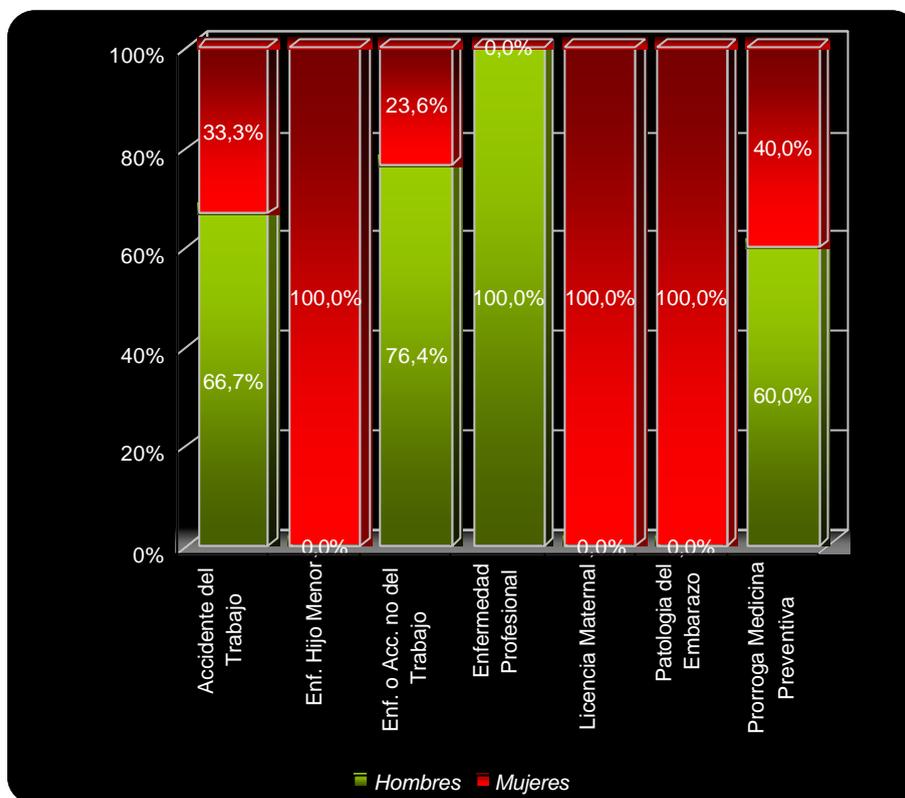
Gráfico N° 75
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, servicios básicos (electricidad, gas, agua)



La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres en la actividad de los servicios básicos, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (62,4%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (19,8%) y las licencias maternas (9,6%).

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva y enfermedad profesional, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

Gráfico N° 76
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios básicos (electricidad, gas, agua)



Los resultados según tipo de licencia y sexo, muestran que tanto las licencias por accidente del trabajo, como las por enfermedad o accidente no del trabajo, se observan mayoritariamente en hombres, mientras que en las por enfermedades profesionales y las por prórroga de medicina preventiva existe una cierta paridad entre ambos sexos.

Solo se observa un 0,2% de hombres que presentaron licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, respecto al total de licencias por dicho concepto.

Gráfico N° 77

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, servicios básicos (electricidad, gas, agua)

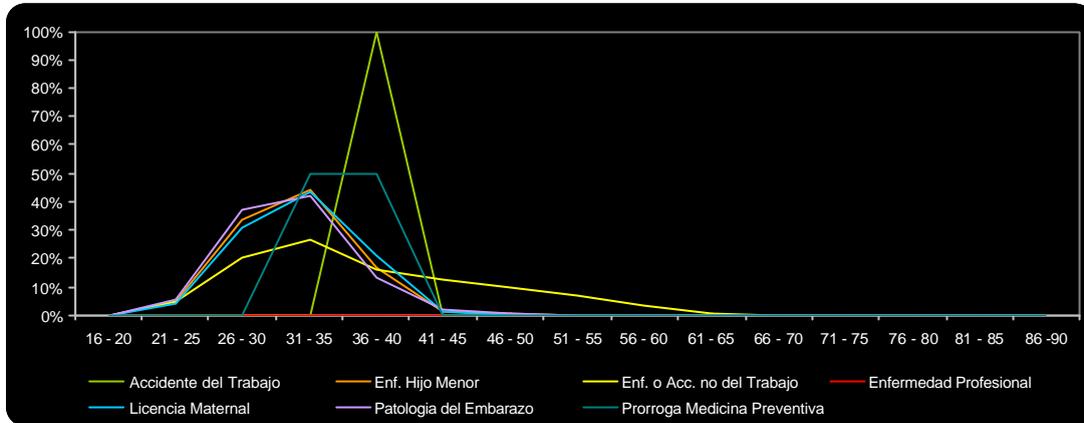
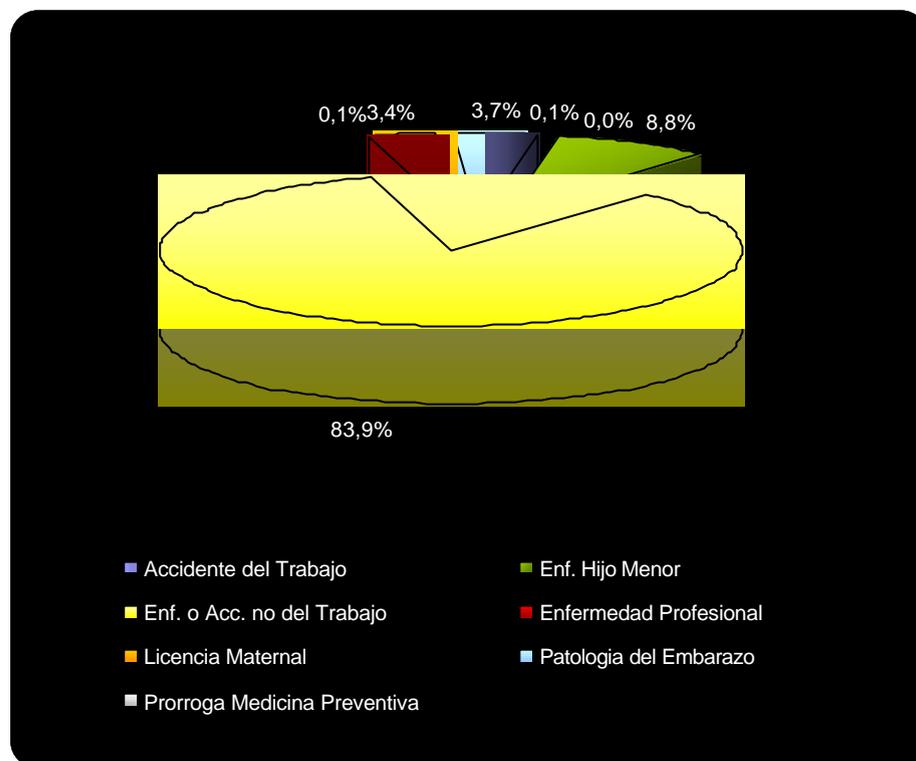


Gráfico N° 78
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, servicios estatales, sociales

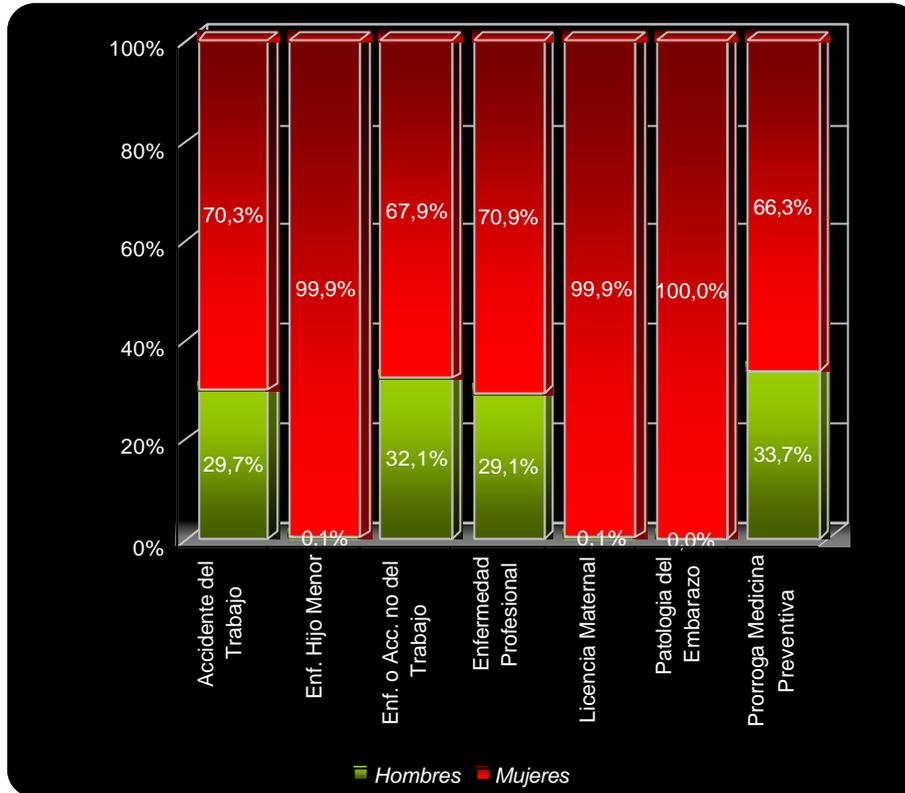


La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres en esta actividad, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (83,9%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (8,8%) y las patologías del embarazo (3,7%). En este sentido, se establece una diferencia respecto a las demás actividades, ya que el tercer lugar en las frecuencias de presentación de licencias, según el tipo de la misma, no corresponde a las licencias maternas, como sí ocurre en las actividades anteriores.

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva y enfermedad profesional, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

Gráfico N° 79

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, servicios estatales, sociales



Los resultados según tipo de licencia y sexo, muestran que para todos los tipos de licencia predominan las presentadas por mujeres, por sobre las presentadas por hombres.

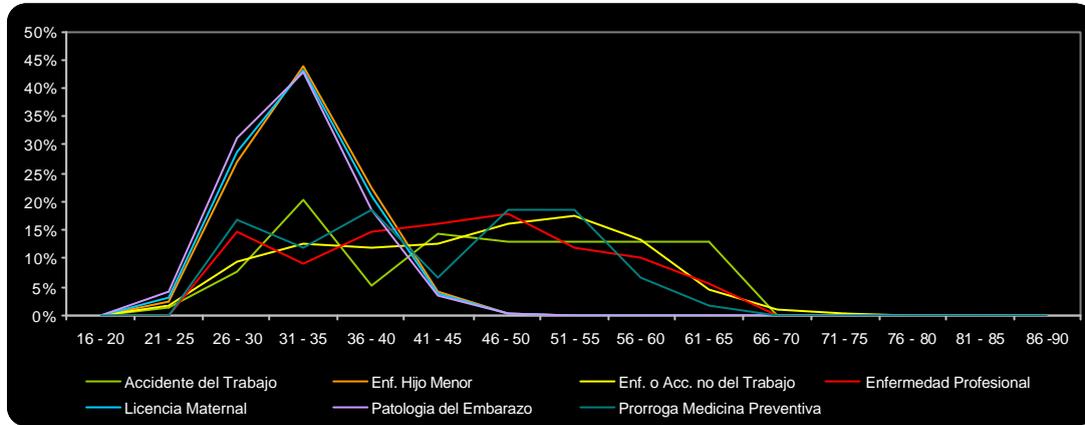
Solo se observa un 0,1% de hombres que presentaron licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año, respecto al total de licencias por dicho concepto.

Todo esto se explica debido a que el porcentaje de participación femenina en esta actividad económica supera al porcentaje de participación masculina¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO

Gráfico N° 80

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, servicios estatales, sociales

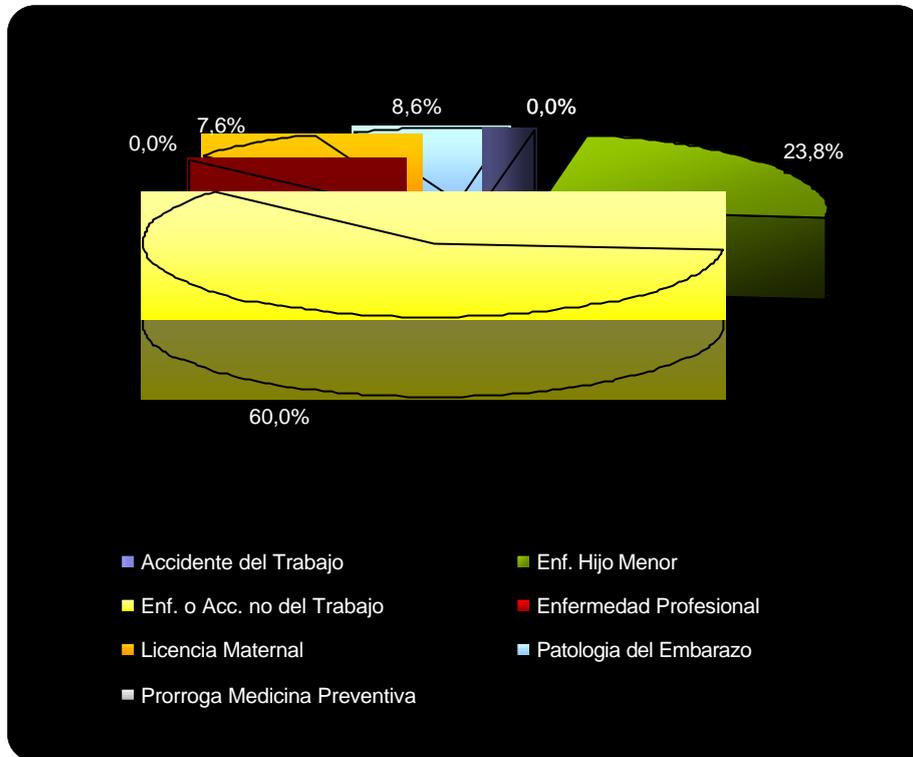


En esta actividad económica, cuatro de los siete tipos de licencias alcanzan sus porcentajes más altos entre los 31 y los 35 años, tal como ocurre en la tendencia general.

Sin embargo, las licencias por enfermedad o accidente no del trabajo logran su máximo porcentaje entre los 51 y los 55 años, y las por enfermedad profesional entre los 46 y los 50 años de edad.

Por su parte, las licencias presentadas por mujeres con motivo de prórroga de medicina preventiva, logran su peak en tres momentos distintos, a saber, entre los 36 y los 40 años, 46 y los 50, y entre los 51 y los 55.

Gráfico N° 81
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones

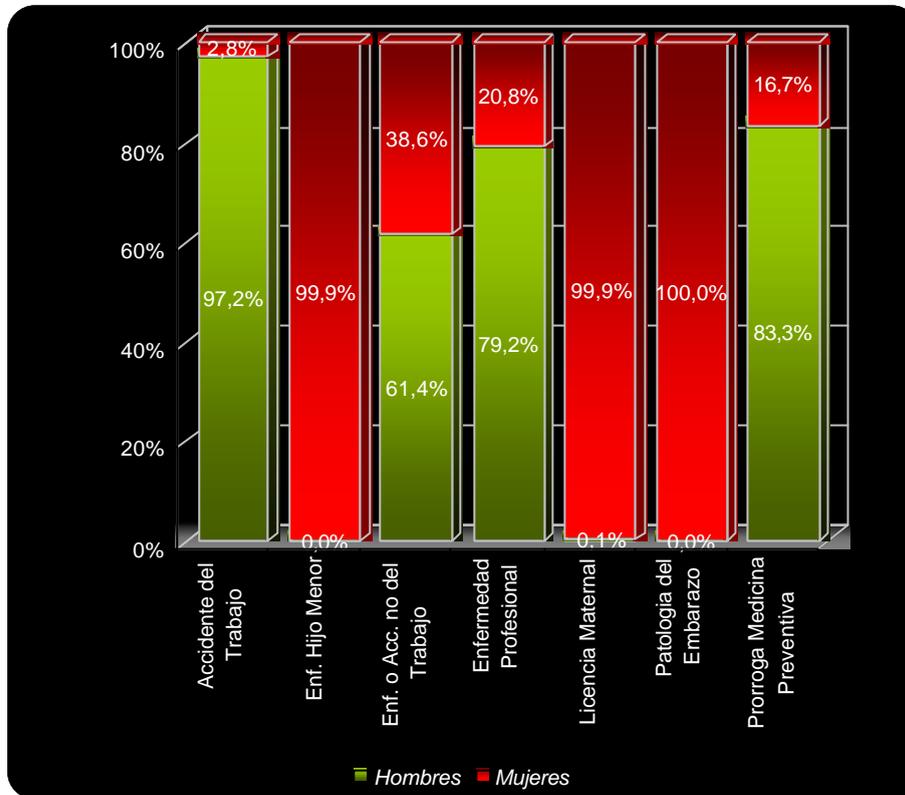


La mayoría de las licencias presentadas en Isapres por mujeres en esta actividad, corresponden a licencias por enfermedad o accidente no del trabajo (60,0%), seguidas por las enfermedades del/a hijo/a menor (23,8%) y las patologías del embarazo (8,6%). En este sentido, se establece una diferencia respecto a las demás actividades, ya que el tercer lugar en las frecuencias de presentación de licencias, según el tipo de la misma, no corresponde a las licencias maternas, como sí ocurre en las actividades anteriores, con excepción de los servicios estatales y sociales.

Los casos de licencias por prórroga de medicina preventiva, accidente del trabajo y enfermedad profesional, al igual que en la tendencia general, resultan marginales en el sistema de Isapres para esta actividad, presentándose muy pocos casos de éstas en esta actividad.

Gráfico N° 82

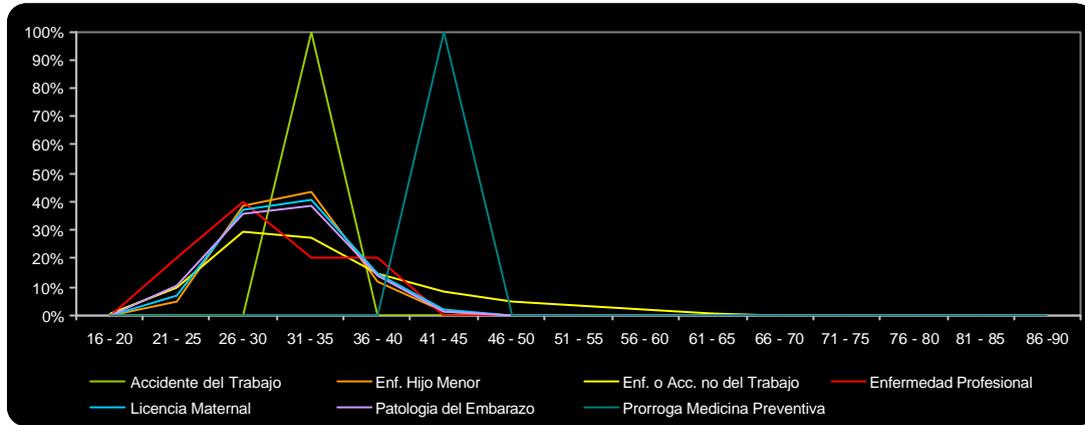
Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, según total de licencias por tipo, hombres y mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones



Los datos desagregados según sexo y tipo de licencia, muestran que, salvo en los casos de licencias presentadas por enfermedad del/a hijo/a menor de un años de edad, y de las licencias maternas y por patologías del embarazo (ambas correspondientes a licencias exclusivamente de mujeres), los porcentajes de licencias presentadas por hombres superan a las presentadas por mujeres, desligándose de este modo de la tendencias observada en la información general.

Gráfico N° 83

Licencias presentadas en el sistema de Isapres el 2005, por rango etario, mujeres, transporte, almacenamiento y comunicaciones



Solo las licencias por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, las licencias maternas, las por patología del embarazo, y las por accidente del trabajo, alcanzan sus máximos porcentajes entre los 31 y los 35 años, concentrando la última el 100% de los casos en dicho rango etáreo.

Por su parte, las licencias por enfermedades profesionales y por enfermedades o accidentes no del trabajo, alcanzan su peak entre los 26 y los 30 años, mientras que las que respectan a prórrogas de medicina preventiva, entre los 41 y los 45 años de edad.

VIII. CONCLUSIONES

- En el caso de las ISAPRES las enfermedades profesionales son más frecuentes que las licencias por accidentes del trabajo, sin embargo, esta relación se invierte en el caso de FONASA, donde las licencias por accidentes por trabajo o de trayecto superan en más de 10 veces a las relacionadas con enfermedades profesionales.
- Respecto al total de licencias presentadas por mujeres en FONASA (2005) la actividad económica que presenta la mayor proporción de licencias corresponde Comercio (65%), mientras que en la agricultura y pesca (4%) y manufactura (5%) se observan los menores porcentajes de licencias presentadas (4%).
- Los motivos de licencia más frecuentes según FONASA en mujeres corresponden a problemas musculares, óseos, o relacionados con heridas y contusiones, focalizándose la mayoría en las extremidades del cuerpo (tobillos, manos, muñecas, piernas).
- En el caso de FONASA los accidentes de trabajo o trayecto y las enfermedades profesionales, alcanzan su peak en el rango comprendido entre los 51 y los 55 años de edad. El primer tipo de licencia presenta un aumento sostenido hasta el rango mencionado, luego del cual decrece bruscamente, mientras que las licencias por enfermedades profesionales aumentan sostenidamente hasta el rango de 31 a 35 años de edad, luego del cual sufren una pequeña baja, para luego volver a incrementar en términos porcentuales hasta el tramo de 51 a 55 años.
- Se observa que para el caso de las Isapres todos los tipos de licencia, el peak ocurre entre los 31 y los 35 años de edad, descendiendo la mayoría de manera paulatina en los siguientes rangos etarios. Las licencias por patología del embarazo, enfermedad del /la hijo/a menor de un año y por licencia maternal, presentan descensos fuertes en los rangos de 36 a 40 años, y de 41 a 45 años.
- La gran mayoría de las licencias presentadas en ISAPRE corresponden a enfermedades o accidentes no del trabajo, especialmente en los hombres, donde este tipo de licencias alcanzan más del 99% respecto a todas las licencias presentadas por mujeres. Esto ocurre con mayor fuerza en los hombres que en las mujeres, dado que éstas últimas concentran porcentajes importantes de licencias relacionadas con la maternidad y las patologías del embarazo, licencias que prácticamente no reportan casos en los hombres.
- Adicionalmente, las mujeres concentran un alto porcentaje de licencias por enfermedad del/la hijo/a menor de un año, las que solo alcanzan un 0,02% en el caso de los hombres.

Las conclusiones que se presentan a continuación son una síntesis del análisis de los discursos de las/os expertas/os en Salud Ocupacional y los discursos emitidos, en grupos focales, por mujeres trabajadoras de diferentes ramas ocupacionales en Chile.

1) Nociones de Salud Ocupacional y percepción de riesgo

Respecto a las nociones de Salud Ocupacional y percepción de riesgo, podemos ver en la mayoría de los discursos de las/os expertas/os y mujeres trabajadoras, la estrecha relación que existe entre salud y trabajo. El trabajo es visto como un ámbito fundamental de la vida de hombres y mujeres.

La concepción de Salud Ocupacional por mucho tiempo se consideró desde la perspectiva de la higiene y seguridad social, sin embargo, en la actualidad, según la mayoría de las expertas/os entrevistadas/os, esta noción se amplía incorporando factores como: la valoración cultural, los factores sociales e históricos, los cuales han influido en el desarrollo de esta área de estudio e intervención.

En el caso de las mujeres trabajadoras de las diferentes ramas, se puede apreciar una concepción de riesgo asociado a la rama laboral en la que se desempeñan, sin embargo, pese a ello se pueden observar en sus discursos la identificación de algunas enfermedades recurrentes en mujeres, independiente de su rama laboral, como es el caso del estrés y las enfermedades músculo esqueléticas. Este punto es significativo, ya que en la investigación que se ha realizado en estas materias se puede evidenciar la relación que existe entre estos problemas de salud y la división sexual del trabajo.

Respecto del riesgo, existen diversas aproximaciones teóricas para su estudio; unas más dedicadas a la mirada individual y otras más dedicada a ver los contextos sociales y culturales, reconociendo inequidades expresados en los más diversos ámbitos de la vida social, centrandose su análisis en las prácticas y el contexto cultural en el que tienen lugar, cuestiones fundamentales en la exposición al riesgo de las personas. Según la mitad de las/os expertas/os entrevistadas/os, en Chile, se aprecian miradas reduccionistas respecto de este tema, donde priman visiones individuales para enfrentar los problemas de esta área, centrándose principalmente en los riesgos de accidentes o enfermedades, sin mirar otros factores como las condiciones laborales o la organización del trabajo para enfrentar los problemas de Salud Ocupacional.

Finalmente, aparece como significativo, para la mayoría de las/os expertas/os entrevistadas/os y para la mitad de las mujeres trabajadoras entrevistadas, la tensión que existe entre definir lo que es una enfermedad ocupacional de lo que no lo es, lo cual se relaciona con la delimitación de los factores gatilladores, las leyes que existen y el marco legal a la hora de pedir compensaciones al respecto.

2) Caracterización de las Condiciones del Trabajo de las Mujeres en Chile

En cuanto a las condiciones del trabajo, en la mayoría de los discursos de las entrevistadas de los grupos focales y de las/os expertas/os entrevistadas/os podemos observar las coincidencias que existen con otros estudios realizados en el ámbito de la Salud Laboral, que plantean la relación que existe entre condiciones del empleo y riesgos para la salud.

La mayoría de las/os expertas/os entrevistadas/os visualiza cómo los cambios de la vida actual y las condiciones del empleo han transformado los riesgos a nuevas enfermedades y accidentes, apareciendo nuevos problemas para la salud de los y las trabajadores/as.

Las condiciones del trabajo en la actualidad, son percibidas por la mayoría de las/os expertas/os entrevistadas/os como inestables, que requieren nuevos aprendizajes, uso de nuevos implementos, lo cual va afectando de mayor manera la salud de las mujeres. Lo que tiene relación con la opinión de la mitad de los discursos de las mujeres de los grupos focales, quienes mencionan algunas dificultades en cuanto a horarios nocturnos, falta de infraestructura o problemas en los contratos de trabajo, los cuales ponen en riesgo su salud como mujeres trabajadoras.

Cabe señalar que en algunos estudios se pensó tradicionalmente que el sector de servicios tenía un bajo riesgo, sin embargo, se ha visto sus consecuencias acumulativas en problemas de salud, como estrés y problemas musculares.

Como un tema emergente a discutir, aparece la posibilidad de reinserción laboral luego de tener un accidente o enfermedad, lo cual poco se ha conversado.

3) Articulación entre trabajo y familia

Respecto de la articulación y equilibrio entre estos roles de la mujer, la mayoría de las y los expertos/as entrevistadas/os visualiza que la división sexual del trabajo influye directamente en la situación de la Salud Ocupacional de las mujeres. Lo cual se relaciona con la inserción diferencial de hombres y mujeres al mercado laboral, de allí la necesidad de mirar la situación de la Salud Ocupacional de otra manera, de acuerdo a la organización de los trabajos.

Según la mitad de las/os expertas/os entrevistadas/os, las mujeres trabajadoras presentan comportamientos de acuerdo a lo esperado para su rol, lo que involucra labores domésticas, cuidado de los/as hijos/as, por ende dobles jornadas; lo cual está afectando significativamente su salud. En este sentido, es interesante señalar que para la mayoría de las mujeres entrevistadas en los grupos focales existe una tensión para

conciliar los roles de madre y de trabajadora. Esto queda expresado en los discursos de las mujeres cuando hablan respecto a cómo conciliar sus tiempos, dedicación a la familia y a su trabajo, ejemplo de ello son las mujeres jefas de hogar.

En este sentido, además se aprecia una reflexión, en la mitad de los grupos de entrevistadas, sobre el cambio de roles que se empieza a apreciar entre mujeres y hombres.

4) Uso de las Licencias Médicas

En cuanto al uso de licencias médicas, en un número significativo de las y los expertas/os entrevistadas/os prevalece la idea del mal uso de la licencia, apareciendo el mito de que las mujeres tienen mayores licencias en general, lo cual estadísticamente se corrobora si es que se considera el tema de las licencias por enfermedades de los y las hijos/as menores.

En relación a las licencias por cuidado de hijos/as menores de un año, por parte de los hombres, todos/as las/os expertas/os entrevistadas/os coinciden en verla como una medida positiva y un logro, sin embargo, mencionan la necesidad de cambios culturales para que se pueda llevar a cabo realmente, ya que las mujeres son quienes siguen tomando la licencia mayoritariamente.

Aparece como un tema significativo, el que un tercio de las mujeres entrevistadas en los grupos focales, mencione presentar dificultades para tomar las licencias, lo cual se relaciona con las condiciones y repercusiones laborales: disminución del ingreso familiar, más trabajo a la vuelta de la licencia, entre otros. Sin embargo, las licencias por embarazo y lactancia, se puede apreciar en más de la mitad de los grupos, el reconocimiento explícito de uso para poder cuidar de sus hijos/as.

Surge como un nuevo tema de estudio la situación laboral de los jóvenes estudiantes en el mercado laboral y las condiciones de su trabajo.

5) Funcionamiento y uso de Medidas de Prevención

Para la mayoría de las y los expertas/os entrevistadas/os existen avances en la prevención de accidentes principalmente y no necesariamente en la prevención de enfermedades. Las mujeres entrevistadas dan cuenta de una diversidad de medidas que han sido tomadas en las distintas organizaciones, independiente de la rama del trabajo, como: uso de implementos, charlas educativas, libro de reglamento.

Sin embargo, en cuanto al funcionamiento de las medidas de prevención, estas son vistas por la mayoría de las y los expertas/os entrevistadas/os de manera heterogénea,

en algunos casos bien y en otros mal, especialmente en las empresas grandes, en donde funciona gracias al control de parte de la inspección del trabajo. En el caso de las mujeres de las ramas temporeras y pescadoras podemos ver una precariedad laboral importante, tanto en las condiciones laborales como en el uso de las medidas de prevención.

En un par de los grupos focales, específicamente los de Sistemas financieros y de Servicios personales y comunales, se refiere también a que en las empresas grandes o gracias a las nuevas jefaturas o direcciones, se puede apreciar el uso de medidas de prevención, entre ellas el uso de implementos.

Además, aparece como relevante para la mayoría de las y los expertas/os entrevistadas/os, considerar la lógica de creación de las intervenciones y programas de prevención, las cuales pueden obedecer a mandatos de la autoridad y/o a modelos mercantiles. Cabe señalar en este punto, que para uno de los expertos entrevistados esta lógica mercantil también se puede apreciar en las investigaciones y estudios, lo cual influye en sus resultados.

Se aprecia en una de las expertas entrevistadas la necesidad de evaluar las medidas de prevención e involucrar a los y las trabajadoras/es, haciéndolos/as participes colectivamente de la elaboración de programas y medidas de prevención. Lo que se relaciona con la información que aparece en uno de los grupos focales de mujeres, donde aparece como significativo el uso del comité paritario para lograr la implementación de algunas medidas de prevención.

6) Uso de Datos y Registros en Salud Ocupacional

En la mayoría de los discursos de expertas/os entrevistadas/os se aprecia una preocupación por este tema, donde se hace hincapié en la insuficiencia de los datos existentes, además son cuestionados y se da cuenta de un subregistro. Menciona uno de ellas/os, que una de las mayores dificultades es la falta de actualización de las cifras y datos epidemiológicos, lo cual permitiría conocer la realidad de la situación y elaborar políticas al respecto.

7) Relación de Chile con otros Países

En la mayoría de los discursos de expertas/os entrevistadas/os se presenta una visión de la situación de la Salud Ocupacional en Chile en comparación con otros países, visualizado de manera heterogénea, debido a una diversidad de situaciones tanto dentro como fuera de la región.

En el caso de la región latinoamericana en general, se percibe a Chile en buenas condiciones, ya sea por una visión general del país o porque presenta mejores sistemas de información.

En relación a los países desarrollados hay una visión heterogénea, sin embargo, en relación a los países nórdicos claramente se aprecia una diferencia muy amplia, ya que en éstos todos y todas los/as trabajadores/as están protegidos.

8) Avances y Sugerencias

En la mayoría de las/os discursos de expertas/os entrevistadas/os se aprecia una mayor visibilidad del tema de la Salud Ocupacional. No obstante, se aprecia una diferencia en las razones que fundamentan este cambio, se observa por un lado, una apuesta gubernamental debido a presiones sindicales anteriores y por otro lado, a presiones del mercado internacional que han provocado cambios en esta área.

En la mitad de las/os discursos de expertas/os entrevistadas/os, se aprecia un avance centrado en la visualización de cambios a nivel legislativo, mayores medidas de prevención, disminución del número de accidentes y la creación de nuevos sistemas de registro en curso.

En cuanto a las recomendaciones y sugerencias de expertas/os entrevistadas/os para las políticas públicas en Salud Ocupacional, se pueden ver:

- Mejoramiento de los registros de estadísticas.
- Elaboración de constantes diagnósticos dado las transformaciones laborales que están sucediendo y cómo eso afecta la Salud Ocupacional.
- Incorporación en los futuros análisis de las condiciones del trabajo y la equidad, además de considerar a toda la cadena productiva.
- Creación de políticas públicas intersectoriales, ya que es necesario trabajar en conjunto para su abordaje integral.
- Cambios culturales a través de campañas educativas.

Las sugerencias por parte de las entrevistadas de los grupos focales dan cuenta de:

- Participación en sindicatos, activación de comités paritarios, considerando la necesidad de recibir información de sus derechos y tener mejorías en estas materias.

- Mejorar medidas de prevención, en el ámbito de la mejora de las condiciones laborales, entre ellas, jornadas laborales e infraestructura.
- Cambio en la conciencia de los/as empleadores/as, en base a la necesidad de contar con jefaturas más humanitarias y por ejemplo que se consideren momentos relevantes de las mujeres como el día de la madre.
- Cambio de leyes que favorezcan a los y las trabajadoras/es.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Abramo, Lais (2001). "¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajos secundarios?". OIT En: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23969.pdf> Recuperado: marzo 2008.

Agencia Europea para la seguridad y salud en el trabajo (SST) (2006). "Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo".

Alvarado, O.; Suazo, S.; Quinteros, R. (1999). "Análisis de la situación de la Salud Ocupacional en Chile". *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 49-54, janeiro 1999.

Barrios, Leticia (2002). "Determinantes Estructurales de la sobreexplotación del trabajo femenino en Venezuela". 2005 encontrado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-62682005000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Benvin Evelyn; Perticar A Marcela (2007). "Análisis de los cambios en la participación laboral femenina en Chile". *Revista de Análisis Económico* N° 21.

Biblioteca Virtual en Salud (s.f.) "Descriptores en Ciencias de la Salud". Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Salud%20Laboral&show_tree_number=1 Recuperado: enero del 2008.

Biblioteca del Congreso Nacional. www.bcn.cl

Bonagamba, M. ; Palucci, Maria Helena; Do Carmo, Maria Lúcia. "Accidentes de trabajo con material biológico entre trabajadores de unidades de salud pública". *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, July/Aug. 2007, vol.15, no.4. México., p.632-638. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=es Recuperado: enero del 2008.

Centro de estudios de la Mujer (s/f). "Informe de avance Proyecto ¿Malos tiempos para el buen trato? Encuesta sobre calidad del trabajo". Santiago de Chile. En: http://www.cem.cl/proyectos/pdf_proyectos/modulo1.pdf Recuperado, marzo 2008.

CEPAL (2005). "Panorama Social de América Latina". Santiago: CEPAL.

Chiodi M., Palucci M., do Carmo M. "Accidentes de trabajo con material biológico entre trabajadores de unidades de salud pública". *Revista Latino_Am. Enfermagem* Vol. 15, no. 4. Brasil, 2007. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a17.pdf

Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2008. Eventos y actividades a nivel mundial para movilizar a trabajadores, empleadores y gobiernos en torno a la gestión del riesgo en el medio laboral, 28 de abril de 2008. Recuperado: <http://www.oitchile.cl/noticias.php?id=146>

Díaz E. (1994). "Dar en la tecla. Condiciones de trabajo y Salud Laboral: digitadoras del sector financiero. Confederación de sindicatos de trabajadores de empresas bancarias y afines". Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.

Díaz, Ximena; Hola Eugenia editoras (2001). "Trabajo, flexibilidad y género: tensiones de un proceso". Santiago.

Díaz E. (2003). "Transnacionalización de la industria salmonera. Aspectos socio-laborales de un proceso en curso". OXFAM, Hexagrama Consultoras. Santiago de Chile.

Díaz E.; Mella, P. (2007) ENCLA 2006. "Inequidades y brechas de género en el empleo. Análisis de los resultados de la encuesta nacional (quinta versión)". División de Estudios Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile.

Díaz Ximena y Schläen Norah (2004). "La salud ignorada. Las trabajadoras de la confección". CEM, Santiago

Dirección del Trabajo (2006). "Encuesta Nacional de Calidad Laboral", ENCLA. Santiago, Chile.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). "Agropecuario – Silvícola". Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-21920.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). "Pesca y Acuicultura". Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22050.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). Sin título. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-61102.html>. Recuperado: enero 2008

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). "Industria Manufacturera y Empresas de Servicios". Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22052.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). "Comercio". Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22056.html>. Recuperado: enero 2008

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). "Servicios Financieros". Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22058.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). “La mujer y el trabajo”. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-59923.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). “Salud y Seguridad”. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22061.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). “Gobierno, trabajadores y empresarios ejecutan acuerdo de prevención de accidentes laborales”. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-85622.html>. Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile. (s.f). “¿Quiénes Somos?”. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22736.html> Recuperado: enero 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-21920.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22050.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-61102.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22052.html> Recuperado: marzo 2008

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22056.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22058.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/article-59923.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo, Ministerio del Trabajo, Gobierno de Chile. (2008). Recuperado de <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/printer-94177.html>.

Dirección del Trabajo. “Guía Normas de protección a la Maternidad”. En: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-60024.html> Recuperado: marzo 2008.

Dirección del Trabajo. <http://www.dt.gob.cl/1601/propertyvalue-22061.html> Recuperado: Mayo 2008.

Donas Burak Solum. (1999). "Protección, riesgo y vulnerabilidad Adolesc. Latinoam." v.1 n.4 Porto Alegre dic.

Dumet J., Fernández J., Guimaraes A., Gusmao M., Melo C. "Salud Mental y Trabajo: Significados y límites de modelos teóricos". Revista Latino-Am Enfermagem.Vol.14, no5. Brasil, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5a24.pdf>

ENCLA 2006 (2007). "Resultados De La Quinta Encuesta Laboral". División de estudios, Dirección del trabajo. Chile. Enero, 09, 2008, Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-95152.html>. Recuperado: diciembre 2007.

European Agency for Safety and Health at Work (2003). "Gender issues in safety and health at work". European Agency for Safety and Health at Work, Luxemburgo

FONASA (2008). "¿Qué es una licencia médica?". Recuperado: http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20051212/pags/20051212120711.html Mayo 2008.

Gómez, I. "Salud Laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo". Univ. Psychol. [online]. 2007, vol.6, no.1. Colombia. p.105-114. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es Recuperado: enero del 2008.

Gómez, E. (1994). "La Salud Y Las Mujeres En América Latina Y El Caribe. Viejos Problemas Y Nuevos Enfoques". Serie Mujer y Desarrollo 17 Versión revisada de la Contribución del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la sexta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, Argentina, 25 al 29 de septiembre de 1994).

Guerrero, J; Amell, I; Canedo, R. "Salud Ocupacional: nociones útiles para los profesionales de la información". ACIMED. [online]. 2004, vol.12, no.5. Cuba. p.1-1. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352004000500005&script=sci_arttext Recuperado: enero del 2008.

Guillén Fonseca Martha. "Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en Salud Ocupacional". Rev Cubana Enfermer. [online]. set.-dez. 2006, vol.22, no.4. Cuba, 2006. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400008&lng=pt&nrm=iso

Guzmán, Virginia, Amalia Mauro y Kathya Araujo. 1999. "Trayectorias laborales de mujeres. Diferencias generacionales en el mercado de trabajo". Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile.

Hernberg S. "Introducción a la epidemiología ocupacional". Editorial Díaz Santos. Madrid 1995. p.1-19

<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/37/costs.htm>

Hola, E. (2002) Editora. "Cambios Del Trabajo: Condiciones Para Un Sistema De Trabajo Sustentable". 2002 CEM, Santiago.

Idovro, Á. "Estimación de la Incidencia de Enfermedades Ocupacionales en Colombia". 1985-2000. Rev. Salud pública. [online] 2003, vol.5 no.3. Colombia. p.263-271. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n3/20028.pdf> v

Instituto Nacional de Estadísticas - INE, (2008). Recuperado de http://palma.ine.cl/eneweb/input_ene_web.asp?nom_cub=PUBLICO.

Mayan, María. "Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales". Qual Institute Press, 2001.

Medel J. y Riquelme V. (1994). "La Salud Ignorada. Las Trabajadoras De La Fruticultura". CEM, Santiago.

Messing K. (2002). "El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar". Editorial Catarata, Madrid.

Ministerio del trabajo (2007). "Observatorio laboral. La seguridad y salud en el trabajo. Institucionalidad, cobertura y desafíos". Ministerio del Trabajo

Morgan, David. "Focus Groups as Qualitative Research". Newbury Park, Sage Publications, 2^o edition, 1997

Morse & Field (1995). "Qualitative Research Methods for health professionals". (2nd ed.) Thousand Oaks, C.A:Sage, p. 241

OIT (2000). "VIH/SIDA: Una Amenaza Para El Trabajo Decente, La Productividad Y El Desarrollo". Disponible en:

<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/threatdecentworksp.pdf>

Recuperado: enero 2008

OIT (2000) Revista Trabajo No37. SOS. "Estrés en el trabajo: Aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor". EEUU.

OIT (2001). "Programa para la prevención y eliminación del Trabajo Infantil en la Minería Artesanal en Sudamérica". Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/estudio_de_salud_mollehuaca.pdf. Recuperado: enero 2008.

OIT/OMS (2003) Comité Mixto Salud en el Trabajo. "Informe VI Conferencia Internacional. 91a Resumen 2003". Enero, 09, 2008, Disponible en: http://www.ispch.cl/encabezado/biblioteca/biblioteca_v.pdf Recuperado: 11 de enero 2008.

OIT (2006). "Desafíos para la igualdad en el trabajo: Chile". OIT Notas Trabajo Decente y Equidad de Género en América Latina.

OIT/OMS (2008) sacado de: "Empleabilidad de la enfermedad mental en el mercado de trabajo". Uno mas.2008. Disponible en: http://www.fundacionprevent.com/uno_mas/infounomas/articulo.htm

OPS (2008) Estilos de vida <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/TopicHome.asp?ID='515,516,517,518,519,520'&KW=reviewedPublicationsULS&Lang=S&Title=Estilos%20de%20vida> Recuperado: abril 2008.

Phyllis G., Liimatainen M. "Mental Health in the Workplace: Introduction, Executive Summaries". OIT. EEUU, 2000. http://wallis.kezenfogva.iif.hu/eu_konyvtar/projektek/vocational_rehabilitation/pub/gen_17_co.htm

"Primera asamblea nacional de mujeres asalariadas temporeras de la agro exportación: con nuestras manos comienza la exportación exigimos contrato y previsión". 26 de agosto 2002 Edificio Diego Portales Santiago-Chile

Reskin, Barbara; Padavic, Irene. "Men and women at work". Pine Forge. 1994

Robaina C., Robaina F., Tamargo N. "La epidemiología ocupacional como herramienta básica para la salud de los trabajadores". Revista Cubana de Medicina General Integral vol.22, n.2. Cuba, 2006. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n2/mgi09206.pdf>

Rojas Teja, Jorge e Zubizarreta Esteve, Magdalena (2007). "Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud". *Rev Cubana Enfermer*, jan.-mar., vol.23, no.1, p.0-0. ISSN 0864-0319.

Todaro Rosalía; Rodríguez Regina Editoras (2001). "El género en la economía". CEM, Santiago.

Todaro Rosalía; Yáñez Sonia edit. (2004). "El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género". CEM, Santiago.

Valdés, T. Dides, C. Márquez, A, Barales, K. (2006). "Puertas Adentro. Mujeres Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA". CONASIDA, Ministerio de Salud, 2006.

X. ANEXO

1) Metodología cualitativa

La propuesta cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo buscó conocer y analizar las patologías y riesgos específicos de seguridad y salud en el trabajo de las mujeres, asociados a sus nuevas formas de empleo y principales ramas de actividad económica en que se insertan; por medio de la técnica de grupos focales, así como de entrevistas a informantes claves y especializados en el tema.

La perspectiva cualitativa permite acceder al universo de significaciones que los/as sujetos sociales disponen para inscribir e interpretar sus prácticas, por lo que nos permitirá reconstruir la visión que tienen las mujeres trabajadoras respecto de su Salud Ocupacional.

a) Universo

El Universo del estudio contempló las siguientes ramas de la economía:

- Industria manufacturera,
- Comercio,
- Servicios comunales y sociales y personales,
- Servicios financieros y bancarios,
- Agricultura y pesca

Cuadro N° 24
TRIMESTRE JUNIO-AGOSTO 2006 OCUPADAS POR RAMA DE ACTIVIDAD
ECONÓMICA (OIT)

Rama	Miles de Trabajadores			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Agricultura, Caza, Pesca	695,5	140,7	836,2	16,7%	6,1%	12,9%
Industria Manufacturera	627,3	220,5	847,8	15,0%	9,6%	13,1%
Comercio	643,8	622,8	1.266,6	15,4%	27,2%	19,6%
Servicios Financieros	339,5	208,3	547,8	8,1%	9,1%	8,5%
Serv. Comunales Sociales Pers.	775,2	959,8	1.735,1	18,6%	41,9%	26,9%
Total	4.169,1	2.289,8	6.458,9	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base Encuesta Nacional de Empleo, INE.

b) Muestra

La *muestra* propuesta para esta investigación no responde a criterios estadísticos, sino estructurales, es decir, a su representatividad de determinadas relaciones sociales en la vida real.

Para la muestra se consideraron las siguientes variables definidas en los términos de referencia: Inserción laboral de mujeres por rubros, Ramas de actividad económica por región.

Cuadro N° 25

Ramas	Grupos Focales Mujeres					
	IV	V	VII	VIII	RM	TOTAL
Agricultura, Caza, Pesca		1	1			2
Industria Manufacturera					1	1
Comercio					1	1
Servicios Financieros		1			1	2
Serv. Comunales Sociales Pers.	1			1		2
TOTAL	1	2	1	1	3	8

c) Técnica de recolección de información

Se utilizó como técnica de recolección de información **el grupo focal** que consiste en una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que las mujeres trabajadoras seleccionadas discutan y elaboren, desde la experiencia personal temas relacionados con la Salud Ocupacional.

La información cualitativa se recopiló por medio de 8 grupos focales integrados por mujeres trabajadoras pertenecientes a las ramas de la economía mencionadas y cuyas formas de inserción laboral “responden” a las nuevas condiciones del mercado laboral en cinco regiones del país.

De este modo, a través de esta técnica, se logró el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, disensos y las temáticas emergentes.

Se seleccionó la estrategia de Grupo Focal debido a que esta permite recolectar una gran cantidad de datos sobre un área particular de interés dentro de un período de

tiempo relativamente corto y para conocer no solo de las actitudes de los/as participantes sino también sobre sus experiencias y perspectivas¹¹⁰.

- **Preparación de preguntas estímulo**

Para la realización del Grupo Focal se elaboró un Guión de preguntas de acuerdo a los objetivos del estudio (ver anexo).

Se realizó un Grupo Focal como **pretest para validar el guión de preguntas**, este grupo se llevó a cabo en la Región Metropolitana.

- **Número y tamaño de los grupos**

En cuanto al *número y tamaño* de los grupos, se realizaron 8 grupos focales con un número entre 6 a 10 mujeres como máximo. Se asume que en algunos casos las invitadas no aparece n, por esta razón, se seleccionó además una población de reemplazo (10% de las invitadas originales).

Una vez seleccionadas las mujeres trabajadoras se les invitó reiterándoles los objetivos del estudio, la metodología de trabajo a seguir y su rol.

- **La reunión**

Respecto a la elección del *espacio físico* para realizar la reunión, se consideraron locales neutros, pero que, al mismo tiempo, no las aleje demasiado del ambiente *natural*.

El desarrollo de la conversación se realizó con un tiempo de no mayor de 2 hrs. Se grabaron las sesiones previo consentimiento de las mujeres trabajadoras para su posterior transcripción y análisis.

- **Transcripción**

Los grupos focales se grabaron y transcribieron en la medida que se realizaron. La transcripción se realizó con una guía elaborada por el equipo de investigadores/as para asegurar su homogeneidad. Se identificó cada grupo focal con número de participantes, rama de la producción y región.

¹¹⁰ Mayan, María. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press, 2001.

e) Plan de Análisis

El análisis de datos es el proceso de observar patrones en los discursos de las mujeres trabajadoras. Se trabajó con **análisis de contenido latente** que consiste en identificar, codificar y categorizar patrones primarios en los discursos de las mujeres trabajadoras. Esto consiste en la búsqueda del significado de párrafos específicos en el contexto de todos los datos y se determina una categoría apropiada.

En el análisis de contenidos de grupos focales, la presencia del grupo hace el proceso más complejo. En este caso el equipo investigador determina :

- El grado en que las participantes pueden haber censurado o adaptado sus opiniones a las dinámicas de grupo.
- Si algún aspecto es un tema para todo el grupo o es significativo para uno o dos miembros.
- Si algún aspecto surge solo en un grupo o en todos.
- Si algún aspecto surge espontáneamente o en respuesta a la pregunta del moderador/a.

La codificación

La codificación de los datos consistió en el proceso de identificar palabras, frases, temas o conceptos dentro del -texto/discurso de las mujeres trabajadoras -, de manera tal que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados¹¹¹.

Se analizaron los grupos focales abordando cada tema en forma vertical y transversal de modo de responder a cada uno de los objetivos planteados en la investigación, buscando tanto los consensos discursivos como los temas emergentes.

Una vez establecidos los códigos e identificados en el texto se procedió a ingresarlos en el programa computacional de análisis Ethnograph. Este programa permitió ordenar y organizar la información por la vía de importar datos desde los archivos de textos, ingresar las categorías correspondientes para posteriormente realizar las búsquedas de manera vertical y horizontal.

Rigurosidad de la investigación

La validez interna se aseguró en esta investigación por la vía de las conclusiones de la investigación que debieron ser apoyadas en los datos recolectados. Por su parte, *la validez externa* de este estudio está dada por el ajuste, es decir, el grado en el cual los

¹¹¹ Morse & Field (1995). *Qualitative Research Methods for health professionals* (2 nd. ed.) Thousand Oaks, C.A:Sage, p. 241.

lectores del informe, en este caso SERNAM, son capaces de transferir los hallazgos de la investigación a otros escenarios a contextos ajenos a la situación del estudio.

La rigurosidad del estudio se vincula con las estrategias de verificación las cuales incluyen la responsabilidad e interés del equipo investigador, la coherencia metodológica, el muestro, el análisis de los datos y pensar teóricamente. Este conjunto de estrategias ayudó al equipo de investigadores a identificar cuándo seguir adelante, detenerse o modificar el estudio con el fin de lograr la confiabilidad, la validez y el rigor.

Entrevistas a expertos en el tema

A su vez, se realizaron entrevistas en profundidad a 6 expertas/os en el tema, con el objetivo de obtener información especializada. Se realizó una entrevista como pre- test en la región metropolitana. Se considerará como Universo lo que se señala en los términos de referencia, a saber, especialistas chilenos/as en seguridad y Salud Ocupacional así como especialistas que participaron en el Quinto Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales (ORP 2007), realizado en Santiago el mes de Mayo.