

SALUD LABORAL EN CHILE

Alejandra Vives.

- Grup de Recerca en Desigualtats en Salut GREDS-EMCONET. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- Centro de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Héctor Jaramillo. Instituto de Seguridad Laboral, Chile.

ÍNDICE

1- Introducción

2- Contexto sociolaboral

3- Políticas y actores

4- Daños a la salud

4.1 Condiciones de trabajo

4.2 Condiciones de empleo

4.3 Lesiones por accidentes del trabajo

4.4 Enfermedades profesionales

4.5 Incapacidad laboral

5- Conclusiones

6- Bibliografía



1- Introducción

Chile es un país de 16.928.873 habitantes, de los cuales el 40 % vive en la región metropolitana, donde se encuentra la capital Santiago, y solo un 13% vive en zonas rurales.

El país se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica y epidemiológica; la fecundidad ha descendido por debajo de 2,1 hijos por mujer y la esperanza de vida al nacer se estima en 75,5 años para los hombres y 81,5 años para las mujeres. Las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares (28,1%), los tumores malignos (24,3%) y las causas externas de muerte (9,2%).

De acuerdo al Índice de Desarrollo Humano, en 2007 Chile se encontraba en el lugar 44 de entre 182 países. En 2008 el ingreso bruto *per cápita* fue de US\$ 13.2704 (dólares internacionales, medida PPP: paridad del poder de compra).

Como otros países de la región, Chile exhibe una gran desigualdad en la distribución de recursos. Aun cuando dichas desigualdades muestran una tendencia a su reducción desde el año 2000, en 2006 el decil más rico de la población concentraba el 42% de los ingresos y tenía ingresos 26 veces superiores al más pobre. Incrementar la participación laboral y mejorar las condiciones de empleo de hombres y mujeres, junto con unas adecuadas condiciones de trabajo, pueden contribuir a mejorar la distribución de los ingresos y a reducir las desigualdades sociales en salud que se observan en el país.

2- Contexto sociolaboral

A fines de 2009 la fuerza de trabajo la formaban 7.343.778 personas, 38% mujeres y 62% hombres, concentradas en los grupos de edad de entre 24 y 54 años. La tasa de participación laboral masculina en este periodo era del 70% y la femenina alrededor del 42%, alcanzando su máximo valor histórico. Durante la actual crisis económica internacional, la tasa de desocupación alcanzó el 10,8% en el trimestre mayo-julio de 2009.

Del total de ocupados en 2009 (6.711.503), 67,5% son trabajadores asalariados, 24,1% trabajadores por cuenta propia, 4,1% personal de servicio, 2,7% empleadores, y 1,7% trabajadores familiares no remunerados.

Las actividades económicas que actualmente hacen un mayor aporte al PIB chileno son los servicios financieros y la industria manufacturera (destacando alimentos, bebidas y tabaco y el sector textil), y por debajo de estos, los servicios personales y el comercio⁸. Las actividades económicas que mas ocupación generan son servicios comunales, sociales y personales (27,9%), comercio (20,2%), industria manufacturera (12,6%) y agricultura, caza y pesca (11,4%), existiendo importantes diferencias entre hombres y mujeres. Entre 1998 y 2008 el mayor crecimiento en el número de personas ocupadas lo experimentaron los servicios financieros, seguidos del resto de los servicios y la construcción.

El 1% de los trabajadores ocupados en el sector privado chileno son extranjeros, el 70% de ellos de países fronterizos, y se concentran en los tramos más bajos de ingresos.

Alrededor del 20% de la población trabajadora de más de 15 años no tenía un contrato formal de trabajo en el año 2006. A su vez, se estimaba que alrededor del 45% de las empresas existentes eran empresas informales.

El trabajo infantil, más frecuente en las zonas rurales y en el comercio, la agricultura y los servicios, constituye también una parte relevante de la fuerza de trabajo en Chile: en 2003 había 196.104 niños y adolescentes (entre 5 y 17 años) ocupados, independiente de su inserción escolar, y el 55% de ellos se encontraba realizando trabajos considerados inaceptables.

3- Políticas y actores

En Chile la salud laboral se encuentra reglamentada por el Código del Trabajo, la Ley 16.744, el Código Sanitario y reglamentos, y algunas normativas técnicas sectoriales, por ejemplo, el Reglamento de Seguridad Minera. El Decreto 594 y el código sanitario establecen las normas relativas a las condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.

La Ley N° 16.744, que entro en vigencia el 1° de mayo de 1968, declara obligatorio el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Este contempla prestaciones preventivas, para evitar los accidentes y enfermedades ocupacionales, prestaciones medicas curativas y de rehabilitación, y prestaciones económicas a través de subsidios, indemnizaciones o pensiones de invalidez y sobrevivencia.

El seguro se financia mediante cotizaciones del empleador: 0,90% de las remuneraciones de sus trabajadores (más un 0,05% extraordinario que ha sido renovando regularmente), más una cotización adicional variable de hasta un 3,4% que se fija en función del riesgo de la empresa teniendo en cuenta los accidentes, incapacidades permanentes y muertes ocurridos en la misma. El seguro es administrado por tres mutualidades de empleadores, corporaciones de derecho privado sin fines de lucro, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), organismo administrador público, y algunas empresas de más de 2000 trabajadores que tienen la administración delegada del seguro.

Las mutualidades otorgan todas las prestaciones contempladas en el seguro, contando con una red de hospitales a lo largo del país. Las empresas con administración delegada otorgan todas las prestaciones con excepción de las pensiones, mientras que el ISL otorga prestaciones económicas y preventivas, siendo la red asistencial pública quien otorga las prestaciones medicas. Hace siete años, los servicios clínicos de dos mutualidades se fusionaron, ampliando su cartera de prestaciones hacia el público general y hacia patologías de origen no-laboral; será importante evaluar el impacto que dicha transformación pueda tener en la atención sanitaria prestada a los trabajadores.

De la población ocupada a fines de 2006, aproximadamente el 70% estaba protegida por el seguro obligatorio, el 72,5% de ellos en las mutualidades (15% de las empresas protegidas) 21, y el 26,9% en el ISL (85% de las empresas protegidas). Cerca del 30% de la población ocupada (1.774.093 trabajadores) se encontraba sin cobertura 12,21.

A partir de 2008, la reforma previsional posibilita la incorporación de los trabajadores autónomos al seguro, lo que debiera ampliar la cobertura del mismo.

Los instrumentos dispuestos legalmente para la prevención de riesgos en el trabajo son: el Reglamento Interno de Higiene y Seguridad, el Comité Paritario de Higiene y Seguridad, obligatorio para empresas de más de 25 trabajadores, y el Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, obligatorio para empresas de más de 100 trabajadores.

Consultadas en 2008, el 75% de las empresas contaba con alguno de estos instrumentos, pero el 25% restante declaraba no tener ninguno (40% entre las microempresas).

Desde el ámbito judicial, un importante avance en protección de los trabajadores fue la implementación de la Nueva Justicia Laboral durante el año 2009, cuyo objetivo es agilizar los procesos por conflictos laborales. Hoy, estos podrán resolverse en una etapa pre-judicial, mediada por la Inspección del Trabajo, o en un juicio cuya sentencia definitiva se dictara en una audiencia de juicio oral y público.

4- Daños a la salud

La información sobre la situación de salud de los trabajadores, en cuanto a enfermedades, accidentes y muertes, es escasa y en el mejor de los casos, parcial, dado que no se recoge sistemáticamente para el conjunto de la población trabajadora. La información más completa disponible es la relativa a los accidentes laborales ocurridos a trabajadores asegurados por el sistema mutual. Esto representa a aproximadamente el 70% de los trabajadores asegurados, los que a su vez representan a cerca del 70% de la población ocupada. Para entregar una visión más amplia de la situación de salud de los trabajadores chilenos, en este apartado trataremos tanto las exposiciones como los daños a la salud sobre los cuales hay información disponible.

4.1 Condiciones de trabajo

La Encuesta Laboral (ENCLA), realizada cada dos años desde 1998 a una muestra representativa de empresas formales privadas de más de cinco trabajadores de todo el país, y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006 (ECVS_2006), que contiene un modulo dirigido a personas ocupadas (46% de la muestra), contienen información sobre condiciones de trabajo y exposiciones laborales.

Respecto a riesgos generales derivados de las condiciones de trabajo, los trabajadores participantes en la ECVS_2006 señalaron como factores que afectaban su calidad de vida el riesgo de accidentes en el trabajo (30%), el riesgo de accidentes de tránsito (31%), el riesgo de contraer alguna enfermedad profesional (38%) y las infecciones (11%).

Respecto a riesgos específicos, el panorama ocupacional permite estimar que los más prevalentes serían el de hipoacusia en la industria, la intoxicación por plaguicidas y las malformaciones congénitas en la agricultura, el mal de descompresión en buzos mariscadores, la neumoconiosis por sílice y carbón entre los trabajadores de la minería y los riesgos psicosociales y ergonómicos en el creciente sector servicios.

Las encuestas realizadas a trabajadores permiten estimar las prevalencias de exposición percibida a estos riesgos. Sin embargo, los datos disponibles no informan sobre la naturaleza e intensidad de dichas exposiciones.

Respecto a los riesgos psicosociales, cerca del 65% de los trabajadores encuestados por la ECV_2006 señalaron que su calidad de vida se ve afectada por la gran responsabilidad que tiene en el trabajo, el 53% porque le requiere gran atención y concentración, el 7,9% por recibir maltrato físico o psicológico, y el 1,7% por acoso sexual.

Desde 2005, la jornada de trabajo ordinaria en Chile es de 45 horas semanales. Sin embargo, en 2008 un 18% de los ocupados declaraba trabajar 48 horas o más en su ocupación principal. En promedio, en el sector privado los trabajadores realizan 4,2 horas extraordinarias semanales y un 15,1% trabaja los días domingo. Según la ECVS_2006 el 32% de los trabajadores encuestados señalaron que el exceso de horas, los turnos nocturnos o trabajar los días de fiesta afectaba su calidad de vida.

La conciliación de la vida familiar y laboral afecta de manera importante y desproporcionada a las mujeres trabajadoras, las que en un 44% son las principales responsables de las tareas domésticas y familiares frente al 6% de los hombres.

Más del 35% de las mujeres trabajadoras señala que en ocasiones necesitaría estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo, en contraste con el 12% de los hombres. Estas dificultades de conciliación pueden explicar, al menos parcialmente, el aumento del gasto por subsidios otorgados a mujeres por enfermedad grave de hijo menor de un año en un 882% en el periodo 1991-1999, en contraste con un aumento del 144% en los subsidios maternales en el mismo periodo.

4.2 Condiciones de empleo

La inestabilidad laboral, los bajos salarios, y la falta de representación, participación y actuación colectiva son factores que inciden negativamente en las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores y en su salud. En 2006, más del 50% de los trabajadores señalaba que la inestabilidad del empleo, la variabilidad del sueldo y la falta de oportunidades de promoción e incentivos afectaban su calidad de vida.

La primera Encuesta Nacional sobre Salud y Trabajo (2009) aportará información relevante a este respecto.

Diversos tipos de contrato otorgan flexibilidad al mercado laboral chileno. Entre 1998 y 2006 la proporción de contratos no-indefinidos aumento del 19% al 30%. A fines de 2008, el 72% de los trabajadores tenía contrato indefinido, 10% a plazo fijo, y 15% por obra o faena. A esta flexibilidad en las formas legales de contratación se agrega la utilización flexible del empleo indefinido: el 20% de estos contratos terminan durante el primer año y la mitad no dura más de 3 años.

La subcontratación es otra forma de flexibilidad utilizada por aproximadamente un tercio de las empresas chilenas. Su uso se regularizó el año 2007, y hoy es la empresa principal la responsable de proteger a todos los trabajadores, propios y externos, que laboran en obras que controla. Esta medida, de hacerse efectiva, es muy relevante para la seguridad y salud de un sector de trabajadores que se encontraban desprotegidos.

La remuneración media mensual a enero de 2009 fue \$367.851, un 7,6% más que el año anterior. Respecto de su distribución en las empresas privadas formales, mientras el 73% de los trabajadores recibían remuneraciones menores o iguales a tres sueldos mínimos, un 6% recibía más de 8 sueldos mínimos mensuales. Así también, las remuneraciones son superiores para los hombres, independientemente del tipo de contrato, antigüedad en el trabajo u otros, habiendo recientemente entrado en vigencia una Ley de Igualdad Salarial (diciembre de 2009).

Diversos indicadores dan cuenta de un bajo nivel de participación de los trabajadores y un predominio de las relaciones laborales individualizadas. En 2008 la tasa de sindicalización en el sector privado era solo del 14%; apenas el 5% de las empresas contaba con un sindicato activo y solo el 5% tenía un acuerdo colectivo vigente. En materia de prevención de riesgos, tanto empleadores como trabajadores señalan que las decisiones se toman a nivel gerencial con una mínima participación de los trabajadores. Por último, solo un 11,7% de las empresas de 15 o más trabajadores cumple con la obligación de tener un Comité Bipartito de Capacitación.

4.3 Lesiones por accidentes del trabajo

Las series de datos de lesiones por accidentes del trabajo (LAT) más completas corresponden a las de las mutualidades de empleadores. En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, la falta de un registro integrado y sistematizado significa que la mayoría de LAT ocurridas a los afiliados del ISL se contabilice como de causa común.

Por último quedan excluidos de todo sistema de información los trabajadores no afiliados.

Entre afiliados a las mutualidades, la tasa de LAT (incluidas LAT de trayecto) en 1999 fue de 9,1 por cien trabajadores afiliados, de los cuales el 75% causaron incapacidad temporal; el 0,1% resultaron en alguna invalidez; y el 0,1% resultó en la muerte del trabajador. La tasa de LAT en 2004 fue de 7.1 por cien trabajadores y en 2008 de 5,9 por cien. La tasa de LAT entre afiliados al ISL (antiguamente INP) fluctuó entre 0,8% y 0,5% entre 1992 y 1996, reflejando una importante subnotificación por parte de la red pública de salud, y aumento al 2% en 2006, reflejando principalmente una mejoría en los registros.

Entre afiliados a las mutualidades, los sectores con tasas de LAT más altas son transporte, industria, agricultura y construcción.

Por tamaño de empresa, las tasas más altas y las menores reducciones en dichas tasas se observan en las pequeñas empresas (1 a 25 trabajadores). Desafortunadamente, los datos disponibles no permiten conocer las características de los trabajadores accidentados en cuanto a su ocupación, tipo de contrato, tipo de jornada, edad, ni gravedad de las lesiones no mortales, aunque se aprecia una tendencia al aumento en el número de días perdidos (indicador de gravedad) por cada LAT notificada, sobretodo en la minería, entre 2004 y 2008.

La tasa nacional estimada de LAT mortales fue de 6,1 por 100.000 ocupados en 2002 y de 7,1 por 100.000 en 2003, el 75% de ellas ocurridas en el lugar de trabajo. Con posterioridad a estos años, la información solo está disponible para afiliados a las mutualidades, donde la tasa de mortalidad entre 2006 y 2008 se situó en torno al 6,5 por 100.000, siendo significativamente más elevada en transporte (21,5 por 100.000) y minería (20,1 por 100.000), en tanto que la mayor cantidad de muertes se produjo en transporte, construcción y agricultura.

En una estimación cruda basada en datos de la Unión Europea, se dice que por cada accidente mortal se producen unos 1445 accidentes no fatales. Usando esta estimación, en el año 2008 entre los trabajadores afiliados a mutuales de empleadores (240 LAT mortales) se habrían producido en torno a 346.800 accidentes, en contraste con los 213.476 notificados (38% subnotificación). Entre afiliados en ISL (55 LAT mortales) se habrían producido unos 79.745 accidentes, en contraste con los 26.204 notificados (67% subnotificación).

A la fecha, no hay estudios que puedan indicar en que medida la baja observada en la tasa de LAT entre afiliados a las mutualidades (ausencia de información para el ISL) se relaciona con las actividades preventivas y en que medida a otros factores, como son las mejoras en las tecnologías productivas de las grandes empresas. También se plantea que las cuotas variables que las empresas deben pagar al sistema mutal en función de sus tasas de accidentabilidad constituyen un incentivo a la subdeclaración, tanto de lesiones por accidentes del trabajo como de enfermedades profesionales.

Así, a pesar de la reducción constante en la tasa de accidentes notificados, ha aumentado paulatinamente el número de días perdidos por accidente (2004-2008), sugiriendo un aumento en la gravedad de los accidentes notificados, y la tasa de muertes por accidentes de trabajo se ha mantenido relativamente constante desde 2002.

4.4 Enfermedades profesionales

En Chile existe un listado de enfermedades profesionales reconocibles que debe revisarse cada tres años. La calificación de cada caso de enfermedad la realiza el organismo administrador del seguro social. En el caso de una enfermedad que no este en la lista, esta puede reconocerse como laboral si se determina que fue causada de manera directa por el ejercicio de la profesión u actividad. Existe un importante subdiagnóstico y subnotificación de enfermedades relacionadas con el trabajo. En enero de 2010 entro en periodo de pruebas un nuevo Sistema de Información de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SIATEP) para la recepción y almacenamiento de la información proveniente de los organismos administradores, que se espera sirva tanto para la gestión como para el seguimiento y vigilancia.

La tasa nacional de enfermedades (notificadas) fue de 2,2 por mil trabajadores en 1988 y 2,3 en 1996. Las enfermedades más frecuentes fueron las osteomusculares, de la piel y tejidos conjuntivos, efectos tóxicos, respiratorias y del oído.

En base a estimaciones realizadas aplicando fracciones atribuibles al origen ocupacional de las muertes ocurridas en el país (por grupos diagnósticos), se estimo que en 1996 las muertes por enfermedades ocupacionales habrían sido entre 2.357 y 2.829, en comparación con un único caso notificado.

En otro estudio similar, se estimo que en el año 2004 se habrían producido en Chile unas 3.378 muertes de origen laboral, en su mayoría por causas cardiovasculares

(55,9%) y cánceres (26,8%), en contraste con las 116 muertes por enfermedad laboral registradas ese año.

4.5 Incapacidad laboral

La existencia de subsidios por incapacidad laboral crea un registro que permite conocer su magnitud y, entre los de causa común, sus causas. En 2008 se iniciaron 280.531 subsidios por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Ese mismo año se otorgaron 2.664.672 subsidios por incapacidad temporal de causa común. Entre las cubiertas por el seguro privado de salud (31%), los grupos diagnósticos más frecuentes fueron las enfermedades del sistema respiratorio (22%), trastornos mentales y del comportamiento (16%) y osteomusculares y del tejido conjuntivo (15%).

Con respecto a las incapacidades permanentes de origen ocupacional, la información disponible indica que en el año 2008 se concedieron 562 pensiones por invalidez parcial, 216 por invalidez total y 25 por gran invalidez. A su vez se emitieron a pago mensualmente un promedio de 5.594 por invalidez parcial, 7.831 por invalidez total, y 469 por gran invalidez.

5- Conclusiones

Otros autores ya han señalado que entre los déficits más importantes del sistema chileno de salud y seguridad en el trabajo en su conjunto se encuentran la falta de indicadores confiables y las dificultades de participación de parte de los trabajadores. Es esperable que las deficiencias de información sean resueltas por el nuevo Sistema de Información de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SIATEP).

Una información de calidad recogida de manera rutinaria permite identificar prioridades en cuanto a riesgos y daños a la salud, proponer y evaluar medidas preventivas enfocadas a reducir dichos riesgos, detectar precozmente los daños y evitar su progresión a incapacidades. Además de las actividades rutinarias de recolección de información y vigilancia, es necesario desarrollar la investigación en salud laboral, con la realización de estudios nacionales sobre exposiciones, daños e intervenciones en el nivel local. Sin embargo, no obstante la falta de información en muchas áreas, es posible y necesario avanzar en áreas de riesgo conocidas, como se ha hecho, por ejemplo, con el plan nacional para la erradicación de la silicosis.

El crecimiento del sector servicios supone el aumento de los riesgos psicosociales relacionados con la organización del trabajo, entre ellos la creciente utilización flexible del tiempo de trabajo, el aumento de los riesgos ergonómicos, y de manera muy relevante, los problemas de salud mental relacionados con el trabajo. El enfrentamiento de los riesgos laborales en general, y de los psicosociales en particular, requieren de una mayor participación de los trabajadores, como colectivo, en su evaluación y en la búsqueda de soluciones.

Un paso en este sentido lo constituye la introducción de la metodología ISTAS21 desde la Superintendencia de Seguridad Social, que está disponible para el libre uso, y cuya utilización deberá fomentarse en las empresas del país.

Además del cambio en el tejido productivo, la incorporación de nuevos segmentos poblacionales al trabajo exige tenerles en cuenta en materia de prevención y de reconocimiento de enfermedades que le sean propias, como son las mujeres en general y las temporeras de la agricultura en particular, las personas mayores, las personas con discapacidad y las poblaciones de inmigrantes laborales, todas poblaciones de mayor vulnerabilidad social y laboral.

Algunos de los acuerdos comerciales suscritos por Chile, así como la reciente incorporación de Chile a la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), representan una oportunidad para promover el mejoramiento de las condiciones de trabajo en el país, incluyendo limitar la exposición de los trabajadores frutícolas a los plaguicidas, controlar el trabajo infantil, buscar mejores estándares de protección social y mejorar la distribución de los ingresos.

La política de salud laboral chilena debe plantearse ampliar su atención más allá de los accidentes laborales hacia el reconocimiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo, tanto de cara a la prevención como al tratamiento y rehabilitación, y más allá de los riesgos tradicionales, hacia los riesgos relacionados con la organización del trabajo y las condiciones de empleo.

6- Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile. Compendio Estadístico 2009 [citado15 ene 2010]. Disponible en: www.ine.cl.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile. Anuario de Estadísticas Vitales, 2006 [citado15 ene 2010]. Disponible en:www.ine.cl.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Índice de desarrollo humano 2009, anexo estadístico [citado15 ene 2010]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Indicators.pdf.
- Banco Mundial. Gross national income per capita, PPP. World Development Indicators. Abril, 2010 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>.
- Larranaga O. Inequality, Poverty and Social Policy: Recent Trends in Chile. OECD Social, employment and migration Working Papers No. 85. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2009 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/workingpapers>.
- Vega J, Hollstein R, Delgado I, Perez K, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile: Socioeconomic differentials and mortality in a middle income nation. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequalities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 133-47.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Encuesta nacional de empleo. Chile, series 1996-2010 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.ine.cl/>.
- Banco Central de Chile, Cuentas nacionales. Base de datos estadísticos [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.bcentral.cl/.9>. Dirección del trabajo. Informe de Resultados Sexta Encuesta Laboral (ENCLA 2008). Chile, 2009 [citado15 ene 2010]. Disponible en:<http://www.dt.gob.cl/>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Estudios económicos de Chile, 2007 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.oecd.org/>.

- Bernales B. Situación de Chile. Segunda Reunión Regional Plan Erradicación de Silicosis OMS/OPS OIT. Julio 2007 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta nacional sobre actividades de niños y adolescentes en Chile, 2003 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.trabajoinfantil.cl/>. 13. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. Textos de Capacitación, Eje para la acción sindical. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Confederación Unitaria de Trabajadores (CUT). Chile, 2004 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.oitchile.cl>.
- Subsecretaria de salud pública, Departamento de epidemiología. II Encuesta de calidad de vida y salud, Chile 2006. Informe de Resultados, total nacional. Ministerio de Salud, Chile; 2007 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/>.
- Vallebuona C. Las enfermedades profesionales: un olvido de la salud pública. El Vigía. Boletín de Vigilancia en Salud Pública en Chile. 2003; 6: 26-30.
- Rodríguez J, Tokman M. Análisis del gasto en subsidios por incapacidad laboral y sus determinantes. Estudios de finanzas públicas, Ministerio de Hacienda. Chile; 2001 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.dipres.cl/>.
- Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, e Instituto de Seguridad Laboral. Primera encuesta nacional sobre salud y trabajo, 2009 [citado15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.saludytrabajo.cl/>.
- Observatorio de Equidad de Género en Salud. Salud de las mujeres trabajadoras. En: Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008. Chile; 2009. p. 27-43.
- Dirección del Trabajo. Compendio de series estadísticas 1990-2008. Capítulo 1: Sindicalismo [citado15 ene 2010]. Disponible en: www.direcciondeltrabajo.cl.
- Vallebuona C. Accidentes del trabajo: un desafío para la salud pública. El Vigía. Boletín de Vigilancia en Salud Pública en Chile. 2000; 3:17-20.
- Superintendencia de Seguridad Social, Chile. Estadísticas de seguridad social [citado15 ene 2010]. Disponible en: www.suseso.cl.

- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Departamento de Salud Ocupacional: Sistema de vigilancia de accidentes del trabajo fatales. 2001-2003 [citado 15 ene 2010]. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/index.asp>.
- Takala J. Introductory Report: Decent work, safe work. XVIIth World Congress on Safety and Health at Work. Orlando: International Labour Organization (ILO); 2005 [citado 15 ene 2010]. Disponible en: http://www.ohsa.org.mt/docs/intrep_05.pdf.
- Concha M, Labbe J. Enfermedades profesionales: una aproximación a su frecuencia. Ciencia & Trabajo. 2007; 9: 117-20.
- Superintendencia de Salud. Análisis de las licencias medicas curativas en Isapres 2007-2008 [citado 15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.cl>.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). Estadísticas e indicadores de licencias medicas curativa común y subsidios de incapacidad laboral. Cotizantes seguro público de salud, 1995-2007 [citado 15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.fonasa.cl>.
- Menendez M, Benach J, Vogel L. El impacto de los delegados de prevención en la salud laboral: el proyecto EPSARE. Arch Prev Riesgos Labor. 2008; 11 (1): 5-7.
- Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo SUSESO - ISTAS21 [citado 15 ene 2010]. Disponible en: <http://www.suseso.cl/>.