



CONOCER PARA PREVENIR

Reflexiones y evidencias para
el debate en materia de salud y
seguridad en el trabajo desde
una perspectiva pública



Gobierno
de Chile

Instituto de
Seguridad
Laboral
Ministerio del Trabajo
y Previsión Social

**Chile
mejor**

Departamento de Estudios y Gestión Estratégica
Instituto de Seguridad Laboral

2018



Conocer para Prevenir es una publicación del Departamento de Estudios y Gestión Estratégica del Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

Editores:

Félix Arredondo y Gonzalo Tassara.

Revisión de redacción y aspectos formales:

Comglobal.

Diseño y diagramación:

Comglobal.

Revisión de diseño y diagramación:

Richard Daza.

ISBN: 978-956-8456-32-0

Se autoriza la reproducción parcial citando la fuente.

Santiago de Chile
Derechos reservados.
Primera Edición, Marzo 2018.



Índice

Saludo del Director Nacional _____	02
Prólogo _____	03
I. Riesgos de salud en grupos ocupacionales precarizados. _____	08
Riesgos psicosociales en trabajadoras de casa particular - G. Boccardo, C. Ruiz, R. Cornejo, A. Bustamante, A. Martín & I. Becker. _____	09
Riesgos ergonómicos en la pequeña industria manufacturera en la Región Metropolitana de Santiago - C. Rodríguez, E. Cerda & G. Olivares. _____	42
II. Gestión de lo público para abordaje de la salud y seguridad en el trabajo _____	69
Evaluación integral del Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral - P. González, F. Vidal, C. Castro, P. Paredes, N. Westermeyer, N. Titelman, A. Fernández & D. Reyes. _____	70
Unidades de Salud Ocupacional: Características, contribuciones y condiciones para su instalación a nivel local - G. Tassara & S. Mejías. _____	94



Estimados Ciudadanos y Ciudadanas:

Es un agrado para nuestra institución presentar esta publicación, la cual ha sido producto del trabajo consciente y sistemático de un gran grupo de investigadores. Esperamos que esta publicación sea un aporte, tanto para la difusión del trabajo de investigación que se ha desarrollado en el Instituto, durante la presente administración, como además para enriquecer la discusión en materias de Salud y Seguridad en el Trabajo, aportando conocimientos y reflexiones que contribuyan a situar a los trabajadores/as, empleadores/as, investigadores/as y agentes gubernamentales en algunos de los principales debates relacionados con estas temáticas en nuestro país, con la esperanza de que a partir de esta apertura de los términos de la discusión nuestro Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo pueda mejorar sustantivamente en un futuro cercano, impulsando condiciones más seguras, dignas y saludables para todos/as los/as trabajadores/as.

Como servicio público, nuestro desafío es abrir el debate y aportar elementos que contribuyan a la mejora sustantiva y sostenida de las condiciones laborales en las que se desenvuelven nuestros trabajadores y trabajadoras, por medio del avance en la tarea de hacer cada vez más seguros nuestros contextos de trabajo, a través de la promoción de una cultura preventiva, y del combate a los riesgos profesionales y los peligros que existen en los lugares de trabajo.

Jacob Sandoval Hauyón

Director Nacional Instituto de Seguridad Laboral



El libro que usted tiene en sus manos, o muy probablemente en su computador, es el resultado de un esfuerzo de varios investigadores e investigadoras que, en conjunto con la Unidad de Estudios y Estadísticas del Instituto de Seguridad Laboral, se fueron sumando progresivamente a un incipiente programa de investigación en materia de salud y seguridad en el trabajo, desde la perspectiva del mundo público.

La producción de conocimiento en estos temas en general y sobre prevención de riesgos ocupacionales en particular, resultaba ser una deuda de parte del Instituto, que vino a subsanar la creación de la Unidad de Estudios y Estadísticas. La existencia de esta Unidad ha permitido delinear tanto campos de investigación, como problemas de política pública. Con este marco de referencia, se puede señalar que los temas de investigación que se presentan en este volumen, fueron organizados de manera que pudiésemos delinear los avances en el contexto de problemáticas más generales que fueron progresivamente definidas a partir de nuestras diferentes aproximaciones a la necesidad de conocer y caracterizar a grupos sociales específicos y sus respectivos riesgos ocupacionales, así como para producir conocimiento útil para el diseño de nuevas políticas, planes y programas.

La caracterización de riesgos ocupacionales es una tarea ardua y que tiene una trayectoria aún limitada en Chile, por lo que resultaba esperable que se tuviera que avanzar por retazos en el camino que hemos descrito. El primer paso, se había dado antes de la conformación de la Unidad de Estudios y Estadísticas, en los años 2011 y 2012, cuando se realizó una investigación sobre riesgos sociales y de salud de jinetes de carreras de caballos en

Santiago de Chile. Ese estudio resultó importante, en tanto visibilizó los peligros específicos de una población trabajadora de alto riesgo, dadas las altas probabilidades de accidentes que pueden tener como efecto graves traumatismos. A esto se suma que los jinetes desarrollan una ocupación jurídicamente independiente y en condiciones de una alta precariedad laboral.

De la misma forma, el estudio reveló que tienen fuertes exigencias para poder mantenerse en su actividad, como es por ejemplo el peso corporal, lo que ha tenido como consecuencias graves problemas nutricionales para ellos. Con la revisión de los resultados de esta experiencia de investigación, nos propusimos como un primer desafío, elaborar una batería de ideas y temas relevantes a investigar, a partir de la revisión de literatura y especialmente desde la detección de vacíos en materia de conocimientos pertinentes sobre poblaciones específicas de trabajadores/as y temas importantes para el quehacer del Instituto, ello para contar con un banco de potenciales proyectos a ejecutar.

Considerando que las mutuales de empleadores/as ya habían realizado estudios específicos en Chile sobre varios rubros y riesgos específicos, principalmente desde una perspectiva biomédica o ingenieril, nos pareció pertinente concentrarnos en ciertos segmentos de trabajadores/as que no quedan cubiertos por las mutualidades y que por tanto, deben ser protegidos por el Instituto. Las trabajadoras de casa particular y trabajadores de la pequeña industria manufacturera, resultaron ser los grupos ocupacionales investigados en este periodo. Respecto de ellos, no se contaba prácticamente con ninguna aproximación desde las investigaciones en



salud ocupacional y tampoco se encontraban en las agendas de estudio de los demás organismos administradores.

Es así es como llegamos a considerar importante la realización de un estudio en trabajadores/as de la pequeña industria manufacturera. En efecto, a partir del análisis de registros administrativos, pudimos observar que este sector económico presentaba tasas de accidentabilidad mayores a otros sectores. Por lo mismo, le planteamos al equipo de investigación que había realizado el mencionado estudio de jinetes de carrera, que desarrollara un proyecto para este sector económico.

Como resultado de ese diseño y de los desarrollos posteriores, la Dra. Klga. Carolina Rodríguez, junto al equipo del Laboratorio de Ergonomía de la Universidad de Chile, diseñó e implementó el proyecto respecto del cual se exponen los principales resultados en el artículo presentado en este libro bajo el título de "Riesgos ergonómicos en la pequeña industria manufacturera en la Región Metropolitana de Santiago".

Este tipo de industria, en el contexto general de la economía chilena y en particular, en las empresas adheridas al ISL, posee ciertos rasgos distintivos. Una primera característica relevante es que para estos casos específicos, esta industria puede ser considerada como un sector económico no moderno, lo cual significa que si bien corresponden a actividades de transformación de materias primas para producir nuevos bienes, estos resultan ser de escaso valor agregado, al utilizar mano de obra de baja calificación y no incorporar innovaciones tecnológicas. En efecto, pertenecen a este segmento los establecimientos de elaboración de alimentos y bebidas, como

panaderías y pastelerías; los establecimientos que elaboran prendas de vestir; talleres de imprenta o metalmecánicas y mueblerías, unidades productivas que comparten el ser de pequeño tamaño (tanto en número de trabajadores/as como en términos de facturación) y no evidenciar claras diferencias entre capital y trabajo, tanto en términos de funciones, como respecto a los riesgos ocupacionales a los que se encuentran expuestos/as sus trabajadores/as y empleadores/as. Todas cuestiones que justifican su inclusión en el capítulo de este texto que hemos denominado "Riesgos ocupacionales en grupos precarizados".

Esta investigación permitió establecer actividades típicas de los puestos de trabajo asociados a los procesos productivos en el sector manufacturero y su relación con ciertos riesgos ergonómicos específicos. A partir de estos resultados, se elaboraron fichas de recomendaciones preventivas para cada rubro y especialmente para cada oficio y tarea tipificada, lo cual constituye un importante aporte para la prevención de riesgos ocupacionales en estos rubros específicos.

El segundo estudio de estas características, lo dirigimos hacia uno de los segmentos más relevantes que cubre el Instituto en la actualidad: las trabajadoras de casa particular¹. Este resulta ser un grupo con importantes organizaciones sindicales que han sido protagonistas de una reforma legal reciente, por la que han presionado a los últimos gobiernos para impulsar una agenda legislativa que enfrentase al menos, los vestigios más evidentes de relaciones de servidumbre que caracterizaron centenariamente esta relación laboral. Además, fuera de toda lógica, estas trabajadoras hasta hoy son catalogadas como

1.- Si bien también hay trabajadores de casa particular, el nivel de feminización de esta actividad, por sobre el 95%, justifica con creces una denominación femenina.



“obreras” para efectos de la Ley 16.744, lo cual ha tenido consecuencias en la calidad del servicio que se les entrega y en el registro de la información sobre accidentes y enfermedades que las afectan, por problemas en la modalidad implementada para su atención y registro.² En este contexto, en conjunto con las organizaciones de trabajadoras de casa particular, identificamos la necesidad de generar un estudio con un diseño muestral representativo de la población afiliada, que permitiera caracterizar sus principales riesgos psicosociales, desafío al que respondió el equipo liderado por el sociólogo Giorgio Boccardo, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, quien diseñó e implementó el estudio titulado “Riesgos psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular”.

Sus resultados, expuestos en el presente libro, representan uno de los principales avances recientes para el conocimiento de los riesgos y condiciones laborales de las trabajadoras de casa particular. Tradicionalmente excluidas de la formalidad en el empleo y por lo tanto de la seguridad social, este grupo ha sido afectado además, por la poca valoración social y económica de las tareas de cuidado doméstico, la tradicional división sexual del trabajo productivo y reproductivo y por una legislación que hasta hace muy poco establecía para ellas un estatuto especial, con jornadas de trabajo más largas y sueldos mínimos inferiores.

Tal como se muestra en este estudio, el aumento en la tasa de participación de las mujeres en el mercado del trabajo, así como mayores requerimientos de cuidados de personas en las familias, ha estimulado la expansión de esta actividad, mayormente en su modalidad de tiempo parcial, con lo que se diversifican las condiciones de trabajo y los riesgos asociados. En este sentido, a la tradicional clasificación entre trabajadoras puertas afuera y puertas adentro, se deben agregar categorías como “tiempo parcial” y “multiplicidad de empleadores” entre otras; lo cual hace particularmente interesante la investigación de los riesgos laborales existentes y potenciales en este segmento de trabajadoras.

El año 2016 se aprobaron una serie de normas laborales dirigidas a igualar en algunos derechos a este segmento laboral. Si bien la legislación resulta evidentemente un avance, el desconocimiento de la misma amenaza su efectividad, lo que sumado a las dificultades para ejercer labores de fiscalización y la emergencia de las nuevas formas más flexibles de empleo doméstico ya señaladas, dificultan su implementación. Con esto, el combate a los riesgos psicosociales como el ejercicio de los derechos más generales de salud y seguridad en el trabajo, continúan teniendo grandes desafíos por delante.

Pero no sólo resulta relevante conocer los riesgos ocupacionales y las condiciones laborales de grupos específicos de trabajadores/as como los ya

mencionados, sino también, cómo los sistemas y políticas logran enfrentar estos riesgos, evaluando si resultan ser efectivos y eficientes en el cumplimiento de los objetivos que declaran buscar, además de conocer los procesos de gestión que llevan adelante para cumplirlos. Esto nos lleva entonces a otra área de desarrollo de investigaciones, que se puede agrupar bajo el rótulo general de investigación evaluativa. En este campo del conocimiento, los estudios tienden a tener como objetivo apreciar el diseño de las intervenciones, la implementación de este diseño y finalmente la efectividad o los resultados de las acciones que la propia organización ha definido como intervenciones relevantes.

Siendo una de las orientaciones principales del Instituto de Seguridad Laboral el avanzar en una cultura de la prevención de riesgos laborales, resultaba primordial evaluar los ajustes e innovaciones, así como las principales líneas de trabajo de un área que en el Instituto representa la principal fuerza de despliegue e intervención: El área de prevención de riesgos laborales. El año 2014 y 2015, un análisis preliminar del área de Prevención le permitió a la Dirección Nacional comprender que el funcionamiento de esta área correspondía a una difícil e irresuelta síntesis de diversas orientaciones y directrices planteadas por la Superintendencia de Seguridad Social, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo. Así, el plan respondía más bien a requerimientos externos, pero sin lograr establecer su coherencia interna. Con ello se producía una hipertrofia de las líneas de trabajo que amenazaban la integralidad, coherencia y capacidad de llevar el control de la gestión de la intervención.

Por lo mismo, el primer esfuerzo de la presente administración fue explicitar un diseño programático

bajo los parámetros tradicionales del marco lógico. Se introdujeron conceptos como planificación y focalización de la intervención según el análisis de riesgos, se diseñó además un primer algoritmo de priorización de las empresas a intervenir y se diseñó un flujo básico de intervención que pretendía articular las distintas líneas de trabajo. En este contexto, se consideró como un paso relevante diseñar y propiciar una evaluación externa, que permitiese sistematizar la experiencia, y valorar sus principales resultados.

Respondiendo a nuestra invitación, el Dr. Pablo González y el equipo del Centro de Sistemas Públicos de la Universidad de Chile, desarrollaron el estudio de “Evaluación de diseño, procesos y resultados del Plan de Prevención de Riesgos”. Este estudio viene además a consolidar y documentar sistemáticamente el modelo de intervención que se ha desarrollado desde el año 2014 en adelante, por lo cual implicó un trabajo de deducción de la teoría del cambio que subyacía al Plan, así como una evaluación de aspectos de su implementación y una aproximación al impacto que tienen sus acciones preventivas en variables relacionadas con la accidentabilidad laboral.

Los principales resultados de este estudio muestran que si bien hay problemas de implementación, estos se encuentran acotados, por lo que de subsanarlos se podría llegar a tener una estrategia de intervención cada vez más robusta. La necesidad de implementar un sistema de gestión del conocimiento para la prevención, se presenta como el principal desafío para construir las sinergias que permitan apuntalar la intervención junto con el conocimiento que se produce en la misma. A nuestro juicio, lo más relevante del estudio es que describe sistemática y razonadamente, las decisiones que se han adoptado, incluso cuando ellas no han sido documentadas,



identificando las tensiones y dificultades principales de la intervención, algunas de ellas de carácter más estructural. También permite conocer aquellos ámbitos que presentan un buen desarrollo, pero que aún requieren de una consolidación en tanto líneas de trabajo permanentes.

Por último, el estudio sobre las características, contribuciones y condiciones para la instalación a nivel local de las Unidades de Salud Ocupacional, busca apuntalar una línea de trabajo relevante para la gestión pública del seguro y que enfrenta un hecho indelible: El sistema de Salud Pública en Chile no se encuentra preparado para abordar cabalmente los temas de salud ocupacional, presentándose desarrollos muy particulares, entre los cuales destaca especialmente la Unidad de Salud Ocupacional del Hospital Base de Valdivia. La inexistencia de oferta especializada en materia de salud ocupacional en buena parte del territorio chileno, tanto pública como de las mutualidades privadas y los déficits técnicos para la atención pública común en materia de salud laboral, hacen cada vez más necesaria la instalación en los servicios públicos de salud, de instancias especializadas en esta materia con el fin de robustecer tanto el ámbito de la pesquisa y la facturación a los organismos administradores del seguro, como de la atención médica especializada.

Así, se desarrolló el estudio “Unidades de Salud Ocupacional: Características, contribuciones y condiciones para su instalación a nivel local”, encabezado por el Dr. Gonzalo Tassara y apoyado en el levantamiento de terreno por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. En él se identifican las enormes potencialidades que tienen este tipo de unidades, en materia de política pública en las áreas de salud y trabajo así como los principales

facilitadores y obstaculizadores existentes en sus procesos de instalación y funcionamiento, por lo cual aparece como una evidencia útil para expandir estas iniciativas a lo largo y ancho del país.

Cada uno de los artículos que incluye la presente publicación podría ser pensado como una pieza importante de un puzle que aún está incompleto. Esperamos que estas investigaciones sean un aporte para el conocimiento de las condiciones de trabajo en que se desempeñan los/as trabajadores/as, los riesgos ocupacionales a los que se enfrentan y también para el debate informado sobre los mundos posibles en materia de salud y seguridad laboral, si el objetivo es entregar a los/as trabajadores/as de nuestra patria una vida más digna y plena.

**Los Editores, Santiago,
Marzo de 2018.**



I. Riesgos Ocupacionales en Grupos Precarizados



Caracterización de riesgos psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular¹



Giorgio Boccardo²,
Carlos Ruiz³,
Rodrigo Cornejo⁴,
Andrés Bustamante⁵,
Ángel Martín⁶,
Ignacio Becker⁷.

Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, U. de Chile

Resumen

A partir de las dimensiones contenidas en el cuestionario ISTAS 21/SUSESO, este estudio apunta a producir una caracterización detallada de los riesgos psicosociales que enfrentan las trabajadoras de casa particular. Los datos, generados por medio de una encuesta representativa de las trabajadoras de casa particular afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, además de entrevistas en profundidad y grupos focales, han permitido dar cuenta de una serie de transformaciones que ocurren en las relaciones laborales de este sector, cuyo mercado del trabajo puede describirse como una combinación de relaciones tradicionales y modernas. Las trabajadoras muestran una prevalencia de riesgos psicosociales por debajo de la media nacional, siendo la dimensión de la doble presencia la de mayor exposición en este segmento. Pero junto con ello, se observa una gran heterogeneidad cuando el fenómeno se analiza por nacionalidad o por modalidad de trabajo (puertas adentro o puertas afuera). En función de esta realidad, se plantean recomendaciones respecto de: la situación específica de las trabajadoras, la efectividad de la regulación en el sector y la prevención de riesgos asociados a la salud, propios de esta ocupación.

- 1.- Estudio realizado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile y el Instituto de Seguridad Laboral del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (ISL), en el marco de la Convocatoria 2016 para la Adjudicación de Proyectos de Investigación en Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).
- 2.- Sociólogo y Magíster en Estudios Latinoamericanos, Universidad de Chile.
- 3.- Sociólogo, Magíster y Doctor en Estudios Latinoamericanos, Universidad de Chile.
- 4.- Psicólogo y Doctor en Psicología, Universidad de Chile.
- 5.- Sociólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 6.- Licenciado en Sociología, Universidad de Chile.
- 7.- Sociólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.



En las últimas tres décadas, las transformaciones en el mundo del trabajo en Chile han tenido como efecto colateral un aumento de los problemas de salud mental, principalmente asociados al estrés laboral y la depresión. En particular, los grados de exposición a riesgos psicosociales derivados del ambiente de trabajo han jugado un papel determinante en el deterioro de la salud mental de los trabajadores chilenos. Entre las actividades que se encuentran más expuestas a este tipo de riesgos, resaltan aquellas de servicios terciarios de cuidado, particularmente el trabajo doméstico o trabajo de casa particular. Este último posee una gran importancia económica, no sólo por su aporte en las labores reproductivas que demanda la sociedad, sino también por su peso gravitante entre las mujeres ocupadas. En la actualidad, este tipo de actividad representa el 8% de la fuerza laboral femenina en el país.

Recientemente, el trabajo de casa particular ha sido también materia de interés dentro de las políticas laborales, en tanto es un sector que requiere modernizar, formalizar y regular sus relaciones de operación. En esa línea, el año 2014 fue promulgada la Ley 20.786 que regula las condiciones de trabajo doméstico y el año 2015 se acogieron las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo en esta materia. Ambos esfuerzos han buscado equiparar el status del trabajo de casa particular con las demás categorías laborales asalariadas, velando por mayores niveles de protección social y una legislación que establezca un marco normativo acorde a la realidad del sector.

Siguiendo con la política de prevención sobre las condiciones de salud y empleo, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSES), en conjunto con el


Instituto de Seguridad Laboral del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (ISL) y el Departamento de Sociología de la Universidad de Chile, han llevado adelante el estudio “Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular”, que apunta a establecer recomendaciones específicas para el control y mitigación de estos riesgos y considera también la realización de una encuesta representativa a las TCP afiliadas al ISL, además de una profundización cualitativa sobre la realidad laboral de las trabajadoras domésticas, realizándose ocho entrevistas semi-estructuradas y tres grupos focales a los actores de relevancia en el trabajo de casa particular de la Región Metropolitana.

El informe se organiza en torno a cuatro secciones. En la primera de ellas, se ofrece una panorámica general sobre la realidad del trabajo doméstico y el trabajo de casa particular. A continuación, se detalla el diseño metodológico tanto de la fase cuantitativa, como cualitativa de la investigación. La tercera sección detalla los resultados del estudio respecto de las condiciones de trabajo, estado de salud, conocimiento de la legislación y finalmente sobre los riesgos psicosociales en el trabajo. Por último, la cuarta sección plantea conclusiones y recomendaciones.

1. Una primera aproximación al Trabajo Doméstico y al Trabajo de Casa Particular

1.1 El trabajo doméstico y su forma de incorporación al mercado laboral

El camino recorrido hacia el reconocimiento del trabajo doméstico propiamente como un “trabajo”,



resulta de una confluencia de procesos e iniciativas políticas, que tienen su origen en los debates y movimientos sociales de los años setenta y ochenta. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016) ha descrito al trabajo doméstico remunerado, entendido como “Trabajo de Casa Particular”, como aquel realizado en un domicilio particular, el hogar, en el marco de una relación de trabajo por la que la persona empleada recibe una remuneración. Las trabajadoras domésticas pueden laborar a tiempo completo o tiempo parcial, pueden trabajar para un solo empleador o para varios, pueden habitar en la casa del empleador (trabajo “puertas-adentro” o “cama-adentro”) o en su propia residencia (“trabajo puertas-afuera” o “cama-afuera”) o bien pueden trabajar en el extranjero.

Con la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral, sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, el trabajo doméstico asalariado también aumentó exponencialmente: la dedicación total o parcial de la mujer a actividades remuneradas fuera del hogar supuso una redistribución de las tareas domésticas, lo cual facultó a su vez que el trabajo doméstico apareciera definitivamente como una posibilidad de empleo al que muchas mujeres accedieron, sobre todo quienes pertenecían a estratos sociales populares. Se abrió paso de esta forma, a una asalarización masiva del trabajo doméstico, transformándolo definitivamente en un empleo. Este crecimiento por lo demás, se corresponde con la expansión significativa de las actividades asalariadas de servicio en Chile, bajo modalidades flexibles y en muchos casos en condiciones precarias (Ruiz & Boccardo, 2014).

En América Latina y en Chile en particular, el trabajo doméstico encuentra su origen en la migración

campo-ciudad. La transición de las familias campesinas a familias obreras supuso una ruptura importante en su organización económica doméstica, exigiendo muchas veces la búsqueda de empleo por parte de las mujeres recién llegadas a las grandes ciudades.

La cultura de servilismo hacendal que caracterizó a gran parte de los trabajadores chilenos durante el proceso de inserción en la economía industrial, tuvo un impacto considerable en la estructuración de las relaciones laborales del trabajo de casa particular (Núñez, 2015). Por parte de los empleadores, las prácticas autoritarias y paternas caracterizaron el modo de relación laboral establecido; mientras que por parte de la trabajadora doméstica, se presentó un debilitamiento estructural de su posición laboral, siendo precarizada y vulnerada. Para el caso chileno, algunas de las razones que explican este hecho tienen que ver con la escasa valoración social y la poca legitimidad de este empleo, la propia vulnerabilidad de las mujeres que buscan este tipo de trabajo, las implicancias de trabajar en solitario la mayor parte del tiempo, el compromiso emocional que supone trabajar en el hogar de otra familia y el desconocimiento del estatuto legal que protege este tipo de trabajo (Valenzuela & Mora, 2009; Grupo Nous, 2010). Esta asimetría se traduce en que los ingresos reportados por el trabajo doméstico en América Latina en general, se encuentran muy por debajo del resto de las ocupaciones, presentando una alta informalidad y una baja protección social (Tokman, 2010), conformándose una zona del mercado ocupacional particularmente vulnerable.

Lo anterior ha puesto un tono de alerta entre los gobiernos de la región, en particular en Chile, donde se han redoblado los esfuerzos en materia de



política pública para regular el sector. Entendiendo la realidad laboral del trabajo de casa particular, atender las condiciones en las que se desarrolla esta actividad supone una doble urgencia: por una parte, al constatar el retraso que existe aún en las formas de relación salarial que se establecen y por otra, al reconocer que es una actividad que realizan principalmente mujeres, en que las desigualdades encuentran su origen en las asimetrías laborales y de forma más originaria, en la división sexual del trabajo.

1.2 Los riesgos psicosociales en el trabajo de casa particular

Según la definición de la OMS (2006), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social que no se remite exclusivamente a la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta perspectiva más integral de la salud ha favorecido la ampliación de las preocupaciones médicas a otros ámbitos, donde destaca el trabajo como una de las principales dimensiones a estudiar, dada su relevancia en la estructuración la vida social, familiar y personal.

El espacio de trabajo y las relaciones sociales que allí se establecen tienen una importancia considerable en el estado de salud del trabajador. En el ambiente laboral, pueden aparecer diversos riesgos que ponen en peligro “la salud mental, física y social [del trabajador] generados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales, susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental, con impactos sobre la organización o empresa donde estos se desempeñan” (Gollac, 2012 y Coutrot, 2013; citado en Neffa, 2015, pág. 109).


De lo anterior se deduce que de la forma en que se

organice el trabajo, dependerá que se promueva o dificulte que las personas puedan desarrollar sus habilidades e intereses en éste, lo que en el mediano plazo repercute en el grado de satisfacción y bienestar personal y social.

En Chile, la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida 2009–2010 (ENETS) (MINSAL, 2011), muestra que un porcentaje importante de la población reporta síntomas correspondientes a estrés, que es la principal manifestación en la salud de los cambios que ha experimentado durante los últimas tres décadas el mundo del trabajo. Si se considera el análisis epidemiológico realizado por MINSAL, se advierte que la relación entre precariedad laboral, percepción de salud y riesgos de salud mental es más alta en mujeres (MINSAL, 2011).

Por otro lado, el estudio de Pérez-Franco (2014) indica que las ocupaciones que más se encuentran expuestas a este tipo de riesgos son aquellas que pertenecen al sector del retail y las dedicadas a las tareas de cuidado y servicios domésticos. En esa misma línea y como antecedente a considerar para la presente investigación, los estudios de Cornejo et. al (2010) y Boccardo et. al (2015; 2016) han logrado constatar el alto grado de exposición a riesgos psicosociales de trabajadoras subcontratadas de servicios de aseo que, por las características de su rubro, muestran cierta similitud con las trabajadoras de casa particular.

Para comprender la alta exposición a riesgos psicosociales de este trabajo es necesario situarlo social e históricamente. Es la actual división sexual del trabajo la que delega las tareas de cuidado casi exclusivamente en mujeres, donde éstas reciben una educación diferenciada y se especializan desde



muy temprana edad en las actividades asociadas al mantenimiento y reproducción del hogar y la familia. Es una socialización primaria que convierte la propia sexualidad en un trabajo (Federici, 2012). En el trabajo de casa particular no sólo se compromete la fuerza de trabajo, sino gran parte de la subjetividad de la trabajadora, que debe convertir sus competencias sexuales y emocionales en un activo: aparece como una figura materna en aquellos hogares donde la madre sale a trabajar al mercado, con todas las responsabilidades formativas y afectivas que ello supone y además debe proporcionar cuidados que implican un acompañamiento, tanto físico como emocional.

Es también un trabajo que aparece, en principio, como una actividad difícil de fiscalizar, fruto de las asimetrías laborales y la reticencia de los empleadores, lo cual se presta para un sinnúmero de situaciones de abuso e irrespeto. A ello debe sumarse la dificultad de organización del sector, propia de un trabajo que se desarrolla en solitario.

De esta forma, se configura un espacio y una práctica laboral que tornan particularmente vulnerable este tipo de trabajo, dado el compromiso emocional que supone y la posición desfavorecida en la que se funda la relación laboral. Por ello, además de comprender los riesgos psicosociales que se derivan del ambiente de trabajo, es preciso reconocer el contexto en el que se desarrollan tales actividades y quiénes las desarrollan.

Avanzando en una comprensión precisa sobre las condiciones laborales y la realidad cotidiana de esta actividad, se mejora a su vez la interpretación de los factores de riesgos psicosociales, que puedan estar potencialmente afectando la salud mental de estas

trabajadoras.

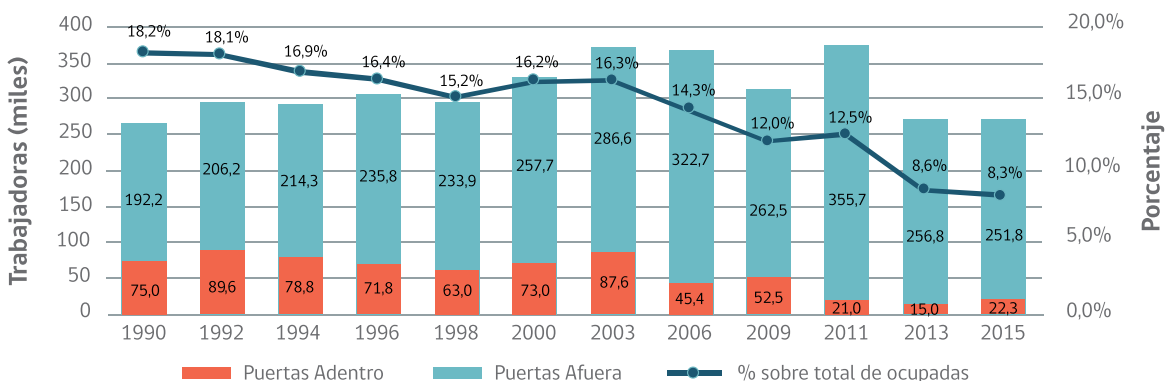
1.3 El trabajo doméstico en Chile

En Chile, el trabajo de casa particular presenta una tasa de participación femenina que supera el 95% según las estimaciones nacionales de CASEN 2015 y ENE 2016. Esta actividad reúne a una proporción importante del total de las mujeres ocupadas, superando el 8% del total de la fuerza laboral femenina, lo cual equivale en datos del año 2015 a aproximadamente 274 mil mujeres. Se aprecian a su vez, dos claras tendencias que marcan importantes transformaciones en este ámbito: por un lado una disminución del peso de esta ocupación en el total de ocupación femenina y por otra parte, un aumento de la participación del trabajo puertas afuera dentro de esta ocupación. (Ver gráfico 1)

Junto con ello, los datos muestran que este sector se compone de una población migrante importante. Se identifica también que la modalidad de trabajo, que distingue entre el empleo “puertas adentro” o “puertas afuera”, se constituye como una variable importante para distinguir entre grupos o estratos sociales dentro de las trabajadoras domésticas.

Esta forma de trabajo ha representado por varias décadas una de las principales puertas de entrada para las mujeres al mercado laboral. Sin embargo, pese a su peso en la estructura ocupacional femenina y su aporte al conjunto de la sociedad que precisa de cuidados y servicios domésticos, no ha tenido la valoración esperada, lo que se refleja en la remuneración y los diversos grados de informalidad en los que aún se desarrolla.

Gráfico 1. Mujeres ocupadas en servicio doméstico (1990-2015)



Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta CASEN 2000-2015.

En el marco de este diagnóstico, se han desarrollado esfuerzos desde el Estado por mejorar las condiciones en que se desarrolla el trabajo de casa particular. En este sentido, el trabajo de casa particular ha debido abrirse camino dentro de una cultura heredera de una concepción tradicional sobre la servidumbre y el trabajo doméstico, la cual ha desconocido sistemáticamente su condición de empleo asalariado. La expresión más llamativa de aquello es la enorme desregulación a la que en algún momento se encontró sujeto el trabajo de casa particular, principalmente en lo relativo a la organización de la jornada laboral, las tareas y funciones específicas dentro del proceso de trabajo, el salario y la relación contractual.

Recién el año 2008, con la promulgación de la Ley 20.279 que reajusta el monto del ingreso mínimo mensual, se establece que la remuneración mínima en dinero de los trabajadores de casa particular no podrá ser inferior al 100% del ingreso mínimo mensual, pues antes de dicha normativa la remuneración mínima era equivalente al 75% de tal ingreso. Posteriormente, en octubre del año 2014 se promulga la Ley 20.786, que entre otras modificaciones establece un límite máximo a la duración de la jornada laboral y la utilización de horas extraordinarias, regula los tiempos de descanso, la composición de la remuneración y prohíbe la exigencia del uso de uniforme de trabajo en lugares públicos, entre otras modificaciones.⁸

8.- Entre los principales cambios que introduce la nueva normativa se cuentan: a) La formalización de la relación laboral mediante un contrato de trabajo con copia a cada una de las partes; b) La necesaria explicitación de todas las funciones a realizar dentro del contrato de trabajo; c) que el contrato de trabajo indique de forma adicional la necesidad de cuidados especiales para algún miembro del hogar; d) La prohibición de exceder las 45 horas semanales de jornada de trabajo; d) establecer la posibilidad de 15 horas extra de trabajo semanales, estando previamente pactadas; e) la exclusión de los ítems de alimentación y habitación dentro de la remuneración pactada; f) Descanso dominical irrenunciable; g) La distribución de la jornada en un máximo de 6 días a la semana; h) derecho a descanso de 12 horas continuas para las trabajadoras puertas adentro; i) Derecho a 15 días de vacaciones luego de un año de trabajo, sumando un día adicional por año, a contar de los 10 años de servicio en adelante.

Por otra parte, la OIT ha establecido desde el año 2011 el Convenio Número 189 sobre trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos, que garantiza la protección laboral mínima que deben tener estos trabajadores, a la par con las demás categorías ocupacionales. Entre las obligaciones que se establecen para los miembros, destacan la libertad de asociación y sindical; la necesidad de tomar medidas para asegurar que los trabajadores domésticos sean informados sobre sus condiciones de empleo, de preferencia con un contrato escrito y un salario mínimo garantizado, entre otras. Este convenio es ratificado por Chile el 10 de junio de 2015, estipulándose que entrará en vigor en junio del año 2016. Estos acuerdos han sido hitos destacables en materia de protección laboral, aunque aún persisten importantes asimetrías laborales en este sector. Junto con ello, el reciente cambio de normativa representa importantes desafíos en cuanto a generación de conocimiento, que en parte este estudio aborda al generar un panorama actualizado.

2. Metodología del estudio

Para viabilizar esta investigación, el universo de trabajadoras en estudio se redujo a aquellas que se encuentran registradas en el Instituto de Seguridad Laboral con un contrato de trabajo, que representan aproximadamente al 40% del total de la fuerza laboral del sector en el país (cerca de 140.000 trabajadoras). El objetivo propuesto es cuantificar y describir los riesgos psicosociales que afectan a las trabajadoras de casa particular, protegidas por el seguro contemplado en la Ley 16.744 y afiliadas al ISL, estableciendo recomendaciones específicas para el control y mitigación de estos riesgos.

Por su parte, los objetivos específicos fueron:

- Analizar las principales tendencias y cambios en el modo de organización del trabajo en el sector.
- Conocer la percepción de las trabajadoras y dirigentes del sector respecto de los riesgos psicosociales en el trabajo y los cambios que propicia la nueva normativa.
- Caracterizar riesgos psicosociales por tipo de jornada, migración y otras variables.

La estrategia metodológica para el estudio es de carácter mixto, al combinar técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. En relación a la metodología cuantitativa, se construyó una encuesta aplicada en 484 casos en tres regiones del país y que cuenta con representatividad nacional. Esta encuesta contempla preguntas de carácter socio demográfico, empleo, condiciones de salud y riesgos psicosociales. Estas últimas preguntas fueron recogidas del cuestionario estandarizado SUSESO ISTAS-21, en su versión breve de 20 preguntas que cubre cinco dimensiones de los riesgos psicosociales: exigencias psicológicas en el trabajo; trabajo activo y desarrollo de habilidades; apoyo social de la empresa y calidad de liderazgo; compensaciones y doble presencia.

Además de estas dimensiones de riesgos que contempla el cuestionario, se incorporan dimensiones adicionales de análisis, como la percepción sobre el estado de salud, el conocimiento sobre la normativa del sector y las condiciones laborales en las que la trabajadora desempeña sus actividades.

Por otra parte, la metodología cualitativa contempló la realización de 8 entrevistas semi-estructuradas y

3 grupos focales a trabajadoras y empleadores, que apuntan a profundizar en aspectos complementarios a la información que surge de la encuesta, como la realidad específica de ciertos subgrupos de trabajadoras y sus trayectorias laborales.

3. Resultados

3.1 Características generales de las TCP

Un primer elemento relevante de caracterizar respecto de las trabajadoras de casa particular es la función que cumplen dentro de su hogar. El cuadro 1 muestra en primer término el estado civil o conyugal y muestra que de las 141.695 trabajadoras afiliadas al ISL, casi dos tercios no se encuentran en pareja.

Cuadro 1. Estado civil o conyugal de las trabajadoras de casa particular

Estado civil o conyugal	Población	Porcentaje
Casado(a)	39.379	27,8%
Conviviente o Pareja	12.287	8,7%
Separado(a)	19.097	13,5%
Divorciado(a) o anulado(a)	7.313	5,2%
Viudo(a)	6.866	4,8%
Soltero(a)	56.753	40,1%
Total	141.695	100%

Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016.

Por otra parte, la propia encuesta revela que un 53% de las trabajadoras declara ser la jefa de su hogar, elemento relevante si se considera la forma en que los compromisos económicos a nivel familiar condicionan la forma en que se desarrolla este tipo de trabajo. Un 51% de estas trabajadoras declara vivir con alguien que depende económicamente de ellas y adicionalmente, un 38% señala tener familiares viviendo en otro lugar que también se encuentran en esta condición. Dentro de este último grupo, el 90% de las trabajadoras indica enviar habitualmente dinero a familiares que no viven con ella. Se dibuja entonces un cuadro en que la TCP es la columna vertebral económica de su hogar o núcleo familiar.

3.2 Condiciones de trabajo

Otro de los aspectos medulares que permiten comprender la realidad laboral del trabajo de casa particular son sus condiciones de empleo. Las dificultades que enfrenta el sector se explican por bajos salarios, extensas jornadas y alta desprotección, pero existe también precariedad que se relaciona con las exigencias y dificultades cotidianas que se presentan para la trabajadora.

Sobre la modalidad de trabajo, la encuesta muestra que del total de trabajadoras estimadas, la proporción de trabajo puertas adentro alcanza un 25% del total. Por otra parte, la proporción de trabajadoras migrantes y trabajadoras chilenas varía según modalidad. En el caso del trabajo puertas afuera, la participación de las trabajadoras chilenas alcanza al 82,6%, mientras que las trabajadoras migrantes componen el 17,4% del trabajo en esta modalidad. Por su parte, en el trabajo puertas adentro, las trabajadoras chilenas disminuyen, alcanzando un 76% del total, mientras que las trabajadoras migrantes aumentan, llegando

al 24%.

En cuanto a la dimensión de los ingresos, la CASEN 2015 muestra un panorama en que la categoría de servicio doméstico exhibe ingresos inferiores a otras categorías ocupacionales, con una media levemente superior a los 200 mil pesos. A su vez, la encuesta llevada a cabo en el marco de este estudio arroja una media de ingreso de \$321.668. La diferencia a su vez se explica por el mayor grado de formalidad que existe en el universo de las trabajadoras afiliadas al ISL.

Cuadro 2. Media de ingreso según ocupación principal

Categoría	Medio de Ingreso
Empleado u obrero del sector público	\$ 560.998
Empleado u obrero de empresas públicas	\$ 607.524
Empleado u obrero del sector privado	\$ 418.731
Servicio doméstico	\$ 200.465
FF.AA. y del Orden	\$ 693.899

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2015.

Nota: cálculo en base a lo que el encuestado reportó como su ingreso principal.

El análisis de los ingresos dentro de las modalidades de trabajo de casa particular también muestra elementos interesantes. Al comparar la distribución por tramo de ingresos de trabajadoras que

desempeña sus funciones en jornada completa, con la subpoblación que lo hace en modalidad puertas adentro, vemos que estas últimas se ubican en tramos más altos. En este sentido, esta modalidad de trabajo representa aún ciertos factores protectores en comparación a las otras modalidades de servicio doméstico, asociados a un mayor ingreso y ahorro de costos relacionados con alojamiento y en algunos casos alimentación.

Cuadro 3. Distribución de trabajadoras por tramo de ingreso y modalidad de trabajo

Tramo	TCP jornada completa	TCP Puertas Adentro
Menos de \$150.000 pesos	0,2%	0,0%
Entre \$150.000 y \$249.999 pesos	8,9%	1,4%
Entre \$250.000 y \$349.999 pesos	49,0%	9,6%
Entre \$350.000 y \$449.999 pesos	38,9%	53,4%
\$450.000 pesos o más	3,1%	35,6%

Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016.

En cuanto a la jornada de trabajo, dentro del grupo de trabajadoras puertas afuera hay nuevamente que diferenciar, ahora entre quienes desarrollan sus actividades laborales a jornada completa, a jornada parcial o no sujetas a cumplimiento de horario. Cerca de un 65% se encuentra trabajando a tiempo completo, un 33% a tiempo parcial y un 2% sin horario establecido. Luego, es la jornada completa la forma característica de jornada laboral de las

trabajadoras domésticas.

En total, un 35% de las trabajadoras puertas afuera - entre el 33% a tiempo parcial y el 2% sin horario - cumple con sus actividades sin una jornada completa establecida. Entre ellas, un porcentaje considerable presta sus servicios a más de un empleador, trabajando en dos o más casas a la vez. Del total que trabaja sin una jornada completa, el 57% trabaja solo en una vivienda, el 24% trabaja en dos viviendas y el 17% en tres o más viviendas. Un 2% además, trabaja en otro empleo diferente del servicio doméstico.

Por tanto, más de un 41% de las trabajadoras a jornada parcial trabajan para dos viviendas o más. Representan dentro de la población total de trabajadoras de casa particular estudiadas, al 11% de la fuerza laboral. Es decir, una proporción no menor de estas trabajadoras presta sus servicios en más de una casa.

Ser trabajadora de casa particular en más de un hogar puede ser una tendencia creciente, que se explique por la flexibilidad laboral que impacta al trabajo asalariado en Chile. Bajo estas nuevas modalidades, empleadores pueden encontrar servicios domésticos en el mercado por menor costo, pagando sólo por horas de trabajo. A su vez, para las trabajadoras, desempeñar estas actividades con un valor-hora establecido puede resultar más conveniente.

Con todo, este cambio puede tener efectos profundos en la subjetividad laboral de la trabajadora, al enfrentarse a más de un empleador, comprometerse emocionalmente con más de una familia y tener que realizar el mismo tipo de actividades con una frecuencia y monotonía mayor.

En relación a la jornada de trabajo, cabe también preguntarse por la diferencia entre lo que se encuentra inicialmente pactado y las horas efectivamente trabajadas. Al preguntar a las trabajadoras por la cantidad de horas trabajadas la última semana, en promedio reportan haber trabajado 45 horas. Sin embargo, al mirar la distribución por percentiles, se tiene que al menos la mitad de las trabajadoras dedicó 45 horas o más a su labor y al menos un 25% de las trabajadoras ha dedicado más de 50 horas la última semana. A nivel general, puede decirse que al menos la mitad de las trabajadoras declaran trabajar 45 horas o más, encontrándose en el límite o excedidas de la jornada máxima establecida por ley.

Esta información es expresiva de la asimetría laboral que se construye en el trabajo doméstico. De estos datos se infiere que los empleadores poseen gran capacidad de forzar el trabajo durante más tiempo del acordado, muchas veces a través de mecanismos persuasivos que apelan al compromiso laboral más allá del acuerdo estrictamente contractual.

Si se distingue entre el trabajo puertas adentro y puertas afuera, la primera modalidad parece exigir jornadas de trabajo considerablemente más extensas. Mientras las trabajadoras puertas afuera declaran haber trabajado la última semana un promedio de 40 horas, las trabajadoras puertas adentro promedian 60 horas semanales. Al menos un 75% de estas trabajadoras declara haber trabajado 50 horas la última semana, un 50% indica haber superado las 60 horas y un 25% reporta haber trabajado 65 horas o más. En estos casos, los riesgos de enfermarse o al menos aumentar los grados de exposición a enfermedades son mayores.

En el caso de las trabajadoras puertas afuera, que

se desplazan todos los días desde su casa al trabajo, debe considerarse también el tiempo utilizado en los trayectos de ida y de vuelta al trabajo. El tiempo destinado a traslados no es remunerado y en este caso particular, es una gran cantidad de horas. En el caso de la Región Metropolitana, el trabajo de casa particular se concentra en las comunas más ricas que se ubican en el sector oriente de la capital. Las trabajadoras por su parte, provienen en general de otras comunas, lo que supone una importante cantidad de tiempo diaria en traslados, que incrementan el tiempo total destinado a los compromisos laborales. Las entrevistas en este sentido permitieron constatar que uno de los mayores factores que explican el cansancio de las trabajadoras son los trayectos entre su casa y el trabajo, debido a la alta segregación urbana de Santiago que las afecta directamente.

“Eh no, mal. A mí me gustó más puertas adentro, o sea puertas es igual...o sea, el trabajo es el mismo, pero la cosa de la movilidad es lo que uno más se cansa. Porque antes yo vivía en el centro y después del centro me cambié a Puente Alto a vivir; entonces era más lejos las distancias de la movilidad. Entre micro, metro, vuelta micro, entonces eso... (...) Ahora me he sentido agobiada, como te digo, pero dentro de estos años puertas afuera. Cansancio, como te digo, pero más por el viaje, la movilidad, eso es más. Parece que eso más te cansa que el trabajo”. (Marta, 45 años, peruana)

Al respecto, un 19,8% de las trabajadoras dedica menos de una hora diaria a traslados, un 29% dedica entre una y dos horas, un 24,9% entre dos y tres horas y un 24,6% destina más de tres horas diarias a traslados entre su casa y el trabajo ida y vuelta. Es decir, la mitad de las trabajadoras ocupa más de dos horas diarias y un cuarto de ellas, más de tres horas a desplazarse por la ciudad para trabajar, lo

cual incrementa considerablemente la jornada total de trabajo diario. Este aumento no sólo indica los tiempos reales de duración de las jornadas laborales, sino también permite especular sobre el desgaste físico que supone mantener este ritmo de trabajo con una periodicidad alta.

Como forma de ilustrar los aumentos reales sobre la jornada que supone considerar el tiempo de traslado, notamos que un cuarto de las trabajadoras debe sumar entre 10 y 15 horas semanales de traslados a su jornada laboral. Otro cuarto debe agregar más de 15 horas a la jornada semanal. En este sentido, pese a la regulación existente, las entrevistadas en el estudio cualitativo reportan la sensación de que el respeto a la jornada pactada sigue dependiendo de la buena voluntad del empleador, o a la “buena suerte” de encontrar uno que respete su condición de trabajadora con derechos:

“Mire yo el cambio de las ocho horas, las he visto, porque yo siempre converso con nanas igual, y hay algunas personas que lo respetan, y hay otras jefas que no lo respetan para nada. (...) Más allá de eso, no he sentido mucho, y eso que andan diciendo que andan en las casas supervisando, pero no veo mucho. (...) No [sobre si han pagado horas extra], y ellos tampoco nunca han puesto un libro. Ese libro tampoco...Inspección me ha preguntado del libro de entrada y de salida, que uno tiene que firmar, tampoco nunca existió. Ni en las otras nanas, tampoco que yo he conversado, no existen esos libros. (Grupo focal inmigrantes, VI, 46 años, peruana)

Otro de los elementos que aparece como relevante en la caracterización de este tipo de trabajo es que se reporta poco control sobre la labor que realizan, debido a que el rol directivo en las tareas a realizar en



el hogar puede llegar a asumirlo más de un integrante del núcleo familiar. A esta “multiplicación de los empleadores”, Loyo y Velázquez (2009) lo denominan como la “pluralidad simultánea de patronos”. Debido a la interrelación de las necesidades de los integrantes del espacio familiar, cualquiera de éstos puede asignar labores, pese a que sea solo un empleador el encargado de firmar el contrato o realizar el pago. La indefinición de estos aspectos da cuenta que finalmente la trabajadora está en una posición de subordinación que va más allá de un empleador en específico, sino que ésta rige a la familia en su conjunto, teniendo que suplir todas las necesidades domésticas de ellos.

Este tipo de situaciones, en el marco de la carga de la trabajadora, perjudican su bienestar. Las entrevistadas consideran que las tareas que hacen no se corresponden con las definidas contractualmente o que simplemente se abusa de la “buena voluntad”, de la asimetría de poder en la cual ellas se desempeñan. Sensaciones de injusticia se hacen comunes debido a esta particularidad del servicio doméstico.

“No me sentía muy a gusto en esta casa, porque como le digo me mandaban los cuatro. Mis ojos son dos, y ellos entre los cuatro son 16, 16 ojos que lo pequeño que se me pasaba por alto no se daba cuenta uno, pero se daba cuenta la otra persona. (...) Y, mire, inclusive me mandaban a pasear a la perra, y la perra era tan mala, que un día le dije yo que me asusté, porque me reclaman a mí, porque la perra era mala y quería morder, y le dije “señora, me reclaman a mí del perro, que un día va a morder a alguien en la plaza” porque en la plaza van muchos niños. Entonces la madre de mi jefa me dijo “es que la perra no es mía, eso se lo tienes que decir a la Sandra”. Y yo le dije a la que sale en mi contrato “señora, a la perra hay que comprarle un bozal, porque es un peligro” y la gente después me va a

pelear mí. Y me dice “la perra no es mía, la perra es de mi papá” y así. Hasta que después les dije a las dos “bueno, acá están las dos señoras, yo necesito un bozal para el perro, porque la perra es muy mala” y ahí recién me compraron el bozal”. (Elena, 47 años, chilena)

Los hechos retratados pueden generar estados de estrés importantes para las trabajadoras, debido a que se generan sentimientos de displacer asociados al trabajo y al contexto en el que éste se desarrolla. El fenómeno conocido como estrés laboral, hace que sea de vital importancia contar con redes de apoyo preventivas y de salud, acorde a las necesidades de las trabajadoras. Esto es muy relevante, en la medida en que se están adaptando los criterios de los trabajos remunerados al servicio doméstico (Arriagada & Todaro, 2012), sobre todo en torno a la formalización del contrato, pagos, obligatoriedad de cotizar y los seguros de salud, accidentes y previsión social (Órdenes, 2016).

Finalmente, merecen análisis también las tareas y responsabilidades de cuidado, que tienen un peso significativo dentro de lo que se considera “trabajo doméstico”. Son estas tareas las que exigen mayor dedicación y suponen un desgaste tanto físico como emocional considerable. Los resultados muestran que el 44% de las trabajadoras tiene a su cuidado niños menores de 12 años y cerca de un 15% cuida a adultos mayores o enfermos. Estas cifras demuestran que las tareas de cuidado están lejos de ser un aspecto marginal del trabajo de casa particular y al contrario, representan parte de las responsabilidades más frecuentes que deben realizarse.

Los compromisos adquiridos en el cuidado construyen una relación intensa en términos emocionales, entre

la trabajadora de casa particular y quienes cuida. En muchos casos, ellas pasan más tiempo con hijos ajenos que con los propios, lo que genera un apego importante, consagrando así el reemplazo funcional de la figura materna en el hogar.

“A mí me pasa lo mismo también, tengo un niño de nueve años y el niño me dice “tú eres como mi segunda mamá, yo a mi mamá la quiero, pero yo te quiero más a ti” entonces yo le digo “no digas eso delante de tu mamá, porque tu mamá se va a sentir mal. Tú tienes que querer más a tu mamá, porque es tu mamá y es quien te dio la vida. Yo trabajo, supongamos mañana yo me voy, entonces va a ser una desilusión grande para ti, y no porque yo no te quiera y por eso te estoy abandonando, no, me voy de vacaciones, pero yo voy a volver, pero yo no soy tu mamá. Yo te quiero mucho, pero tú tienes que querer más a tu mamá” Y me queda mirando. Pero mire, o sea un niño de nueve años. A veces uno se siente ahí como que te agarra, y tú estás acá y la soledad, y un niño viene te dice que eres como su mamá, pues uno se siente feliz. (Grupo focal sindicalismo, III, 56 años, chilena)

“En mi caso, o sea, de verdad que es parte de nosotros. O sea, mis hijos disfrutaban mucho con sus historias, porque son historias de vida diferentes al final, entonces aprenden mucho de ella. Y ella es bien maternal, entonces me da una mano en cuanto en cosas de vida también. No es en el aseo solamente, ni en la comida, sino que, en las experiencias de vida, y eso la verdad es que se agradece un montón. En mi caso, por ejemplo, que pucha estoy todo el día afuera, me fortalece en cosas que yo necesito y tenemos igual una complicidad a estas alturas con ella. Entonces, no, es parte de, y esto no es cuento, no es una historia que esté contando pa’ que me graben, por si acaso”. (Grupo focal empleadores, I, 50 años, chilena)

Tal como las trabajadoras de casa particular proveen a sus empleadores de servicio de cuidados, hay quienes deben cuidar a los hijos u otros familiares de la trabajadora mientras ésta se encuentra desempeñando sus funciones, situación que incide directamente en su bienestar:

“¿A quién? ¿A mi hijo? En la casa de mi mamá vivía yo. Yo le pagaba a mi mamá, cuando estaba en el Santa Isabel que, incluso él estudiaba allá, yo pasaba a buscarlo, lo pasaba a dejarlo a él y a mi otro hijo y de ahí después yo pasaba a buscarlo en la tarde; pero yo todo el tiempo estaba que la mercadería, que plata le daba a mi mamá, todo el tiempo. Nunca así que los tuviera por tenerlos y que ella los alimentara no, yo siempre estaba dándole, pagándole a mi mamá pa’ que los tuviera”. (Carolina, 74 años, chilena)

Así, se conforman lo que se conoce como las cadenas globales de cuidados. Éstas corresponden a “una serie de vínculos personales entre individuos de todo el mundo, basadas en una labor ‘remunerada o no remunerada de asistencia’” (Arriagada & Todaro, 2012, pág. 33). Lo que se advierte es que los eslabones de la cadena se constituyen sobre la base de ejes de poder condicionados por el género, la clase social, etnia y el lugar de procedencia (Pérez, 2006). Lo anterior posiciona sobre todo a las mujeres nacionales de bajos recursos y a las migrantes, como las encargadas de dichas labores, constituyéndose una arqueología femenina del cuidado (Nuñez I. M., 2015), con los alcances transnacionales que posee. Por otra parte, estas configuraciones del cuidado a nivel global inciden en la constitución identitaria del “yo” femenino, como una subjetividad basada en el cuidado de otros (Nuñez, 2015). Muchas veces, estas mujeres piensan y actúan en función de responder a las necesidades de otros en vez de las propias,



afectando su bienestar en la medida en que el trabajo de cuidadoras pasa a ser una dimensión natural de su vida, alienando su condición de trabajadora.

3.3 Estado de salud

Las condiciones de salud guardan directa relación con las situaciones laborales y las actividades asociadas. En ese sentido, conocer el estado de salud de las trabajadoras domésticas permite una aproximación a su realidad de vida que complementa lo ya expuesto en el apartado sobre contextos de trabajo. En este apartado se revisa la previsión de las trabajadoras, la percepción sobre su estado de salud, los problemas habituales y las enfermedades diagnosticadas con las que viven, además de precisar si hacen uso de las licencias correspondientes. Esta revisión a su vez, facilita una comprensión más amplia sobre los factores de riesgo psicosocial.

En cuanto a la previsión, las trabajadoras de casa particular cuentan, casi en su totalidad, con previsión en Fonasa. Un 7,2% reporta ser parte del grupo A, un 45,3% parte del grupo B, un 16,1% del grupo C, un 9,7% del grupo D y un 20,6% desconocen su grupo. En total, estas respuestas alcanzan un 98,9% de la muestra. Dentro del porcentaje restante, hay trabajadoras que tienen Isapre y otras que señalan no contar con previsión, tratándose de cifras marginales.

Un dato relevante es que el porcentaje de trabajadoras en el grupo A es alto, considerando que el sistema público de salud identifica a la gente que pertenece a este tramo como indigente

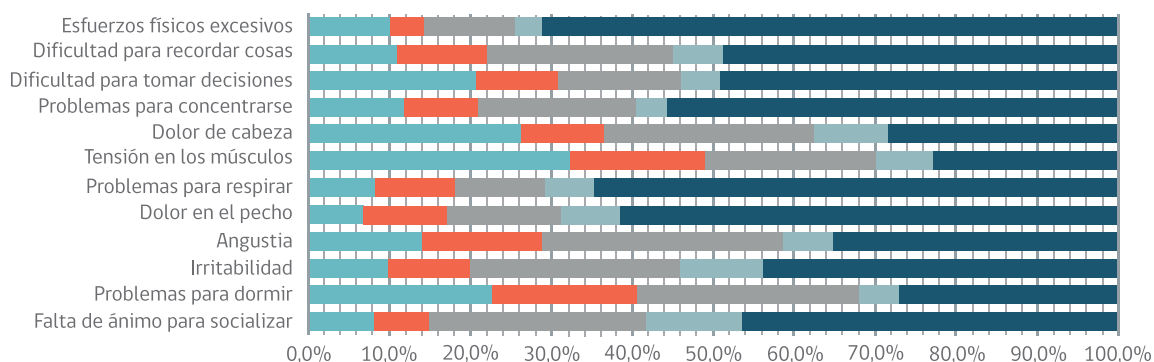
o carente de recursos. Por su parte, el grupo B, de carácter mayoritario, es para gente que reporta un ingreso imponible mensual menor a \$250.000 pesos o que es beneficiario de pensiones, lo que se corresponde con las características de la población mayoritaria de estas trabajadoras, ya descritas en apartados anteriores. La proporción de trabajadoras de los grupos C y D se corresponde también con la proporción de trabajadoras que reporta ingresos que se ubican dentro de estos tramos de Fonasa.⁹

Por otra parte, en relación a la percepción del estado de salud de las trabajadoras, el panorama parece ser más bien negativo. Sólo un 5% de las trabajadoras considera que su estado de salud es excelente y un 2,5% cree que su salud es muy buena. En el grueso de la distribución, están quienes consideran que su salud es “buena” con un 45,4% y quienes consideran que su salud es “regular” con un 40,8%. Finalmente, las trabajadoras que creen que su salud es “mala” son un 6,2%.

En el Gráfico 2 se muestran distintos problemas de salud que se han presentado en las últimas cuatro semanas y la frecuencia con la que las trabajadoras los padecen. Destaca por su alta frecuencia, las tensiones en los músculos, donde más de un 32% indica “siempre” tener este problema y más del 16% señala tener este problema “muchas veces”. En total, casi la mitad de las trabajadoras se enfrenta frecuentemente a este problema, que puede explicarse por la alta exigencia física del trabajo doméstico y la edad avanzada de aquellas mujeres.

9.- Según lo indicado por la Superintendencia de Salud, para pertenecer al grupo C se debe reportar un ingreso imponible mensual mayor a \$250.000 y menor o igual a \$365.000 pesos. Para encontrarse en el grupo D, se debe reportar un ingreso mayor a \$365.001 pesos.

Gráfico 2: Problemas habituales de salud en trabajadoras de casa particular las últimas 4 semanas



	Falta de ánimo para socializar	Problemas para dormir	Irritabilidad	Angustia	Dolor en el pecho	Problemas para respirar	Tensión en los músculos	Dolor de cabeza	Problemas para concentrarse	Dificultad para tomar decisiones	Dificultad para recordar cosas	Esfuerzos físicos excesivos
■ Siempre	8,2%	22,8%	10%	14,2%	6,8%	8,3%	32,5%	26,4%	11,9%	20,7%	11,1%	9,9%
■ Muchas veces	6,7%	17,9%	10%	14,7%	10,4%	9,9%	16,5%	10,2%	9,1%	10,2%	11%	4,5%
■ Algunas veces	26,8%	27,3%	25,9%	29,8%	14,1%	11%	21,1%	25,8%	19,5%	15,1%	23%	11,2%
■ Solo alguna vez	11,8%	5%	10,3%	6%	7,3%	6%	7,1%	9,1%	3,8%	1,9%	6,1%	3,3%
■ Nunca	46,5%	27%	43,8%	35,3%	61,5%	64,7%	22,8%	28,5%	55,6%	48,9%	48,8%	71%

■ Siempre ■ Muchas veces ■ Algunas veces ■ Solo alguna vez ■ Nunca

Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

Otros problemas frecuentes son los dolores de cabeza y los problemas para dormir, muy habituales cuando existen cuadros de estrés laboral. Aparece también como un problema recurrente la angustia, que puede ubicarse dentro del mismo diagnóstico sobre estrés laboral.

En la misma línea del apartado anterior, en el Cuadro 4 se presentan las enfermedades más recurrentes en el país y la frecuencia con que son diagnosticadas a las trabajadoras domésticas. Además, se observa el

porcentaje de trabajadoras diagnosticadas que hace uso de licencias. Cerca de un 40% de las trabajadoras indica que le ha sido diagnosticada tendinitis, lumbago o ciática, enfermedades directamente relacionadas con el desgaste físico, muy probablemente debido al ritmo y exigencias de las tareas domésticas. Si se observan las licencias médicas por esta enfermedad, apenas un tercio de las trabajadoras diagnosticadas hace uso de ellas. Además, con un porcentaje alto de diagnóstico, aparecen los problemas a la columna, muy vinculados con los problemas lumbares.

Cuadro 4: Diagnóstico y licencias por enfermedades en los dos últimos años

Enfermedad	Enfermedad diagnosticada	Porcentaje que hace uso de licencia médica
Otras enfermedades	31,4%	25,5%
Tendinitis, Lumbago o Ciática	39,5%	34,2%
Estrés	32,5%	12,3%
Colon Irritable, Gastritis o Úlcera	38,6%	12,4%
Fracturas óseas	7,8%	61,5%
Enfermedades de la columna	21,3%	23,9%
Várices en las Piernas	36,3%	5,2%
Bronquitis o resfríos frecuentes	35,0%	28,3%
Disfonía o afonía	19,8%	15,7%
Cistitis (vías urinarias)	8,8%	3,4%
Ansiedad, crisis de pánico o fobias	24,0%	8,8%
Depresión	18,2%	17,0%
Enfermedad coronaria o Hipertensión arterial	22,9%	15,3%

Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016.

En este plano, las entrevistadas reportan poseer una cantidad ilimitada de funciones en su jornada de trabajo y que corresponden a todas las tareas que se deben realizar en una casa para mantener la reproducción de la vida: aseo, planchado, limpieza mobiliaria, cuidados de personas y/o animales, entre otras. Así, los límites funcionales son muy difusos, pues rara vez se explicitan todas las responsabilidades en el contrato laboral, pudiendo abarcar una infinidad de tareas que entorpecerán sus descansos y su salud en particular. El escaso control que la trabajadora tiene sobre sus tiempos de trabajo daña directamente su bienestar psicológico, reportando sensaciones de inseguridad laboral, como también de estrés y angustia (Moreno & Báez, 2010).

“No, empezó así de a poco, que me dolía el brazo, que me dolía el hombro, fui al médico, y estuve en tratamiento. Me filtraron no sé cuántas veces el hombro, y así seguía trabajando, o sea, tomaba las licencias que me daban y con la filtración ya como que ya no me dolía tanto y seguía dándole; pero ahora último ya llegó el minuto ya... de que puedo no hacer esto tanto rato [gesticula el movimiento del brazo]. No puedo levantar los brazos como para poner los platos arriba del mueble (tiembla la voz), y me empiezo a cansar y me duele mucho la cervical. O sea, ahí me he dado cuenta que realmente estoy como, como me dijo el médico: “reventá” y es debido a mi trabajo porque es muy pesado. Yo todos los días hago lo mismo porque como trabajo en distintas casas, todos los días lavo, todos los días plancho, todos los días trapeo; no es como trabajar en una sola casa que tú mantienes, no, yo tengo que todos los días hacer lo mismo”. (Evangelina, 55 años, chilena)

Otras enfermedades recurrentes son las várices en las piernas, que se dan con alta frecuencia entre las mujeres mayores y entre aquellas que desarrollan

actividades que exigen estar mucho tiempo de pie, como es el caso de estas trabajadoras.

Destaca también entre las enfermedades frecuentes el estrés, con un 32,5% de trabajadoras diagnosticadas y sólo un 12% dentro de este grupo con licencia médica. La angustia, crisis de pánico o las fobias muestran también alta frecuencia. El colon irritable, gastritis o úlcera indican una frecuencia de 38,6% de diagnósticos. El estrés, la angustia y los problemas digestivos en general son problemas que se asocian a una alta exigencia y presión psicológica, siendo esta alta frecuencia de ambas enfermedades muy decidor de los problemas generales de salud que cargan estas trabajadoras.

3.4 Conocimiento y percepción sobre la legislación que regula el Trabajo de Casa Particular

Otro de los temas de relevancia en el estudio es identificar el grado de conocimiento sobre la actual legislación que regula el trabajo de casa particular. Este sector muestra un importante grado de informalidad, el cual ha disminuido en las últimas décadas, pero que de todos modos mantiene una presencia considerable. Los esfuerzos legislativos recientes han apuntado a la formalización del empleo, proceso dentro del cual el conocimiento de los trabajadores sobre sus derechos es esencial. Este empoderamiento puede facilitar la formalización del empleo, en la medida que las trabajadoras sepan qué exigencias forman parte de los marcos legales y cuáles no.

La realidad nacional actual muestra aún un muy bajo

conocimiento sobre la nueva legislación. A través de la construcción de un “índice de conocimiento legislativo”, que evalúa el nivel de conocimiento sobre la ley 20.786 que regula el trabajo de casa particular, se dividió al colectivo de trabajadoras entre aquellas que presentan un conocimiento bajo, medio o alto de la ley. Así, se estableció como conocimiento “bajo” quienes declaran no conocer la ley o conocer sólo una de las principales medidas, como conocimiento “medio” a quienes conozcan entre dos y tres de las principales medidas y como un conocimiento “alto” a quienes conozcan cuatro o más aspectos de la nueva legislación.

Los datos indican que un 77% de las trabajadoras muestra un conocimiento bajo, un 20% uno medio y sólo un 3% un alto conocimiento de la ley. Por tanto, un importante contingente de trabajadoras (más de 100 mil) no conoce sus derechos laborales, lo cual condiciona su posición laboral a una situación vulnerable.

Al desglosar la Ley 20.786 en sus principales medidas regulatorias, se esclarece el panorama del conocimiento legislativo de las trabajadoras de casa particular. Según las estimaciones realizadas, cerca de un 58% de las trabajadoras declara no conocer la ley en general y entre quienes indican saber algo, los niveles de conocimiento son muy bajos. Como muestra el Cuadro 5, sólo un aspecto de la ley supera el 10% de conocimiento, que es el establecimiento de un máximo de 45 horas semanales de jornada laboral. Este escenario muestra que pese a la amplia difusión en los medios, los elementos que componen la nueva normativa no logran llegar a la trabajadora, lo que representa ciertamente un escenario de desprotección.

10.- Para identificar conocimiento, se pregunta a las trabajadoras qué aspectos conocen de la última legislación aprobada, dando origen a una respuesta abierta que es clasificada en las alternativas de respuesta correspondientes.

Cuadro 5: Conocimiento de las trabajadoras de casa particular sobre los diferentes aspectos de la Ley 20.786 (en porcentaje).

Aspecto de la Ley	Porcentaje de trabajadoras que conoce la modificación
Prohibición del uso obligatorio de uniforme en lugares públicos	9,6%
Copia del contrato para cada una de las partes	7,1%
El contrato de trabajo debe explicitar las tareas que han de realizarse	4,3%
El contrato de trabajo debe explicitar si algún familiar o miembro del hogar precisa de cuidados especiales	2,5%
La jornada de trabajo no podrá exceder las 45 horas semanales	33,8%
Posibilidad de trabajar como máximo 15 horas extra a la semana, siendo pactadas previamente	8,9%
La jornada laboral puede ser distribuida en un máximo de 6 días a la semana	4,1%
Se excluyen de la remuneración gastos de alimentación y habitación	3,7%
Descanso dominical irrenunciable	6,2%
Derecho a 15 días de vacaciones luego de un año de trabajo	3,6%

Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

Este escenario de cambio reciente en la normativa es percibido por los actores sindicales como un avance en torno al reconocimiento del trabajo, pero se identifica a la fiscalización como el aspecto pendiente:

“No hay una fiscalización efectiva, pero también sabemos por qué razón no se puede fiscalizar. Y acá viene otro punto de polémica que también es discusión entre nosotras y las autoridades, la trabajadora puertas adentro, ¿en calidad de qué

está dentro de un hogar que no es el propio? Hemos tratado de ser asesoradas por grupos de DDHH, de tratar de buscar una forma que solucione por ahí nuestro problema de la fiscalización, para que nos digan en calidad de qué estamos nosotras prestando servicio ¿en calidad de mueble? Porque al cerrar la puerta del lugar donde trabajo, perdemos nuestros derechos como ciudadanas, ¿me entiende? Cerramos la puerta cuando ingresamos a trabajar y perdemos todos nuestros derechos civiles ¿en calidad de qué?” (Grupo focal sindicalismo, III, 56 años, chilena)

Por su parte, el grupo de empleadores entrevistados declara incomodidad sobre algunos aspectos de la implementación de la nueva legislación. Esto se explica porque, si bien quienes participan¹¹ declaran respetar los horarios y contratos de sus trabajadoras, la flexibilización que caracteriza el trabajo doméstico hace más engorrosos para ellos los mecanismos recientemente definidos, mencionándose como ejemplo de ello el registro diario del libro de asistencia. Por otra parte, sugieren que debiese existir un grado mayor de automatización de los mecanismos de fiscalización, en conjunto con la plataforma de pago de imposiciones. Plantean que estas herramientas debiesen funcionar de manera integrada para facilitar esta responsabilidad para el empleador, pero también para proteger de manera más efectiva y eficiente a las trabajadoras.

“Las fiscalizaciones tú debes hacerlas lo más automáticas posibles, yo trabajo mucho en el tema de los controles, entonces tú tienes que hacer las fiscalizaciones automáticas. Hazlo lo más automáticas posibles, conéctate con Previred y si Previred no reporta el pago de la imposición tal mes, ya sabes que tienes un problema y puedes inmediatamente reportarlo”. (Grupo focal empleadores, II, 39 años, chileno)

3.5 Riesgos psicosociales en el trabajo

Los factores psicosociales en el ámbito ocupacional hacen referencia a “situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución

de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo” (MINSAL, 2013, pág. 7). Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social ha indicado que “la relación entre la exposición a los factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo y la salud es en la actualidad indiscutible. La evidencia científica acumulada a la fecha es suficientemente sólida y coincide en demostrar que ciertas condiciones de la organización del trabajo pueden provocar un especial estado físico y psíquico en los individuos que llamamos ‘estrés’” (SUSES, 2009, pág. 12).

Por tanto, estudiar los factores que exponen a riesgos psicosociales a las trabajadoras de casa particular dice relación con identificar los aspectos asociados al proceso de trabajo que pueden generar estrés.

A través de los resultados obtenidos en este estudio, se está en condiciones de señalar qué proporción de estas trabajadoras se encuentra en riesgo de padecer alguna patología física o psiquiátrica. La evidencia encontrada indica que en general, la población de trabajadoras de casa particular que se encuentra expuesta a factores de riesgo psicosocial se encuentra por debajo de la media de referencia nacional, establecida por la SUSES en el 33%. A continuación, se revisan las dimensiones de riesgo psicosocial, ofreciendo una interpretación de los puntajes obtenidos.

11.- Si bien la selección de empleadores entrevistados se hace buscando de forma aleatoria dentro del registro, es evidente que existe un sesgo de autoselección al momento de aceptar la invitación a participar en el estudio, que favorece la participación de empleadores que conocen y cumplen la normativa.



3.5.1 Exigencias Psicológicas

Las exigencias psicológicas hacen referencia a presiones sobre el rendimiento cuantificable del trabajo, la demanda emocional, la exigencia por esconder ciertas emociones, los requerimientos sensoriales y cognitivas.

Como se aprecia en el Gráfico 3, estas obligaciones muestran mayoritariamente un nivel de exposición relativamente bajo en la población. En promedio, hay un 10,2% de trabajadoras que se encuentran altamente expuestas a enfermarse por este tipo de exigencias.

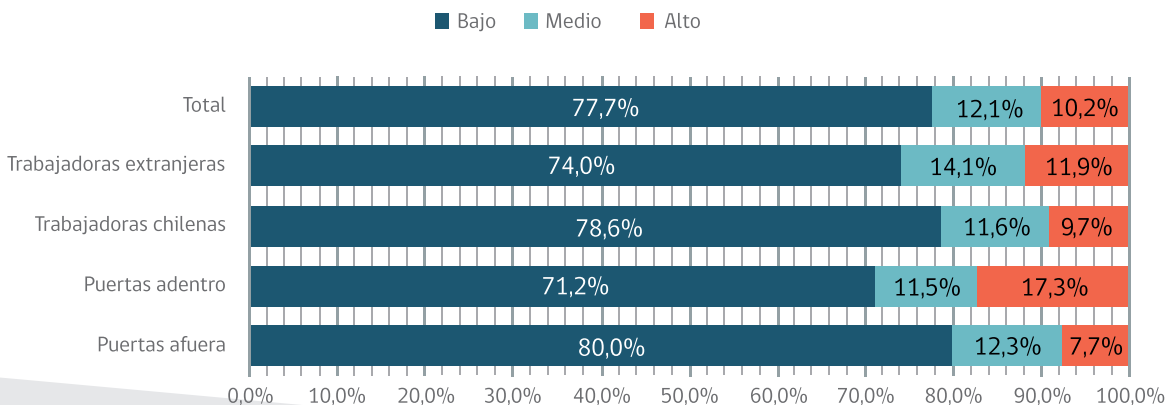
Sin embargo, si se observa la distribución en las trabajadoras puertas adentro, el riesgo prácticamente se duplica, alcanzando un 17,3% de mujeres con altas posibilidades de enfermarse. Esta situación puede deberse a la alta exigencia general que supone el trabajo puertas adentro, sobre todo

por el hecho de vivir cotidianamente en su espacio de trabajo, lo que puede dificultar encontrar espacios para desenvolverse en su vida diaria sin la presión laboral.

3.5.2 Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades

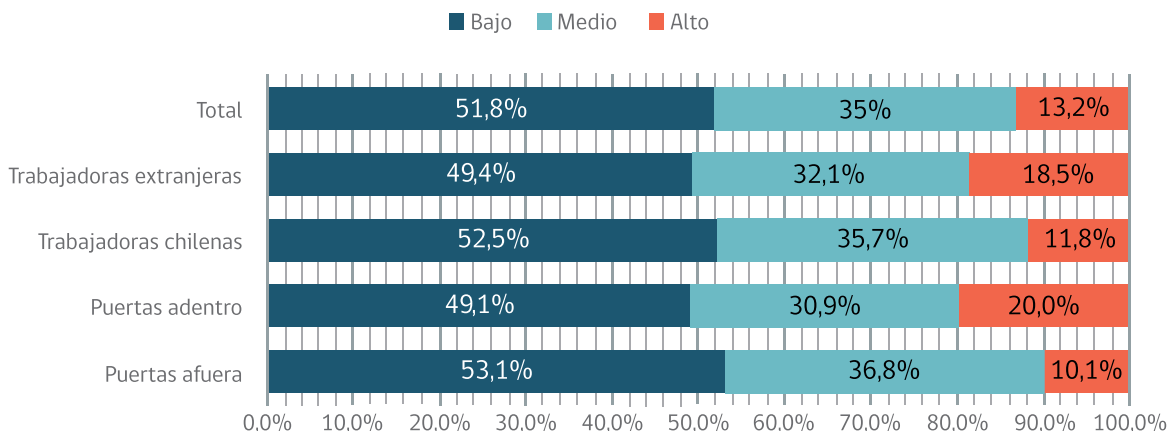
La dimensión de trabajo activo y desarrollo de habilidades busca conocer la influencia, el control, el sentido, la integración y las posibilidades de proyección en el trabajo. Los resultados en el Gráfico 4 muestran que en promedio hay un 13,2% de trabajadoras altamente expuestas a enfermarse en esta dimensión, debido a las pocas posibilidades de participar de la forma en que se organiza su trabajo.

Gráfico 3: Problemas habituales de salud en trabajadoras de casa particular las últimas 4 semanas



Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

Gráfico 4: Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, según modalidad de trabajo y nacionalidad



Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

Al distinguir por modalidad de trabajo, las trabajadoras puertas adentro vuelven a presentar niveles de exposición bastante mayores al promedio. Un 20% aparece con alta exposición a este tipo de riesgos. Por su parte, si se distingue por nacionalidad, las trabajadoras extranjeras aparecen también con niveles de exposición a riesgos mayores a la media, con un 18,5% en el tramo correspondiente a aquellas trabajadoras en alta exposición a enfermarse.

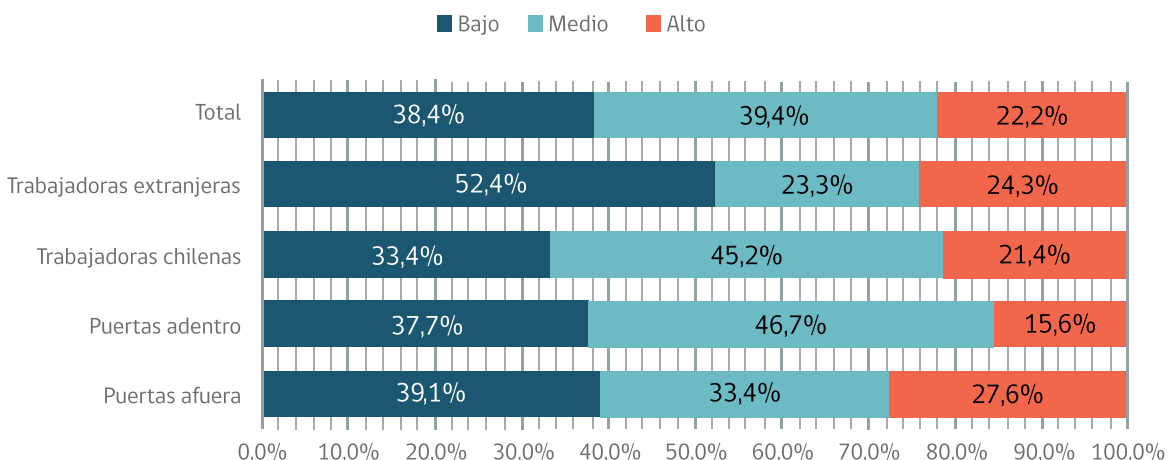
3.5.3 Apoyo Social en el Trabajo y Calidad del Liderazgo

La dimensión de apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo fue adaptada para este estudio modificando su nombre por apoyo social "en el trabajo", entendiendo que las trabajadoras de casa particular se desenvuelven en el espacio doméstico, con especificidades distintas a las de una empresa. Esta dimensión busca observar la claridad del rol

que se ocupa en el trabajo, los conflictos de roles, la calidad del liderazgo en el trabajo, la relación con los superiores (en este caso, empleadores u otros miembros del hogar) y relación con los compañeros (si es que los tiene).

Como se aprecia en el Gráfico 5, los resultados muestran en promedio un 22,2% de alta exposición a riesgos psicosociales en el trabajo en esta dimensión. A diferencia de las otras dimensiones, las más afectadas aquí parecen ser las trabajadoras puertas afuera, con un 27,6% de alta exposición a este tipo de riesgos. Probablemente esta alta puntuación, en el caso de las trabajadoras puertas afuera, se debe a una relación laboral más impersonal que en el caso de la modalidad puertas adentro, con un menor acompañamiento y apoyo por parte de los empleadores.

Gráfico 5: Apoyo Social en el Trabajo y Calidad del Liderazgo, según modalidad de trabajo y nacionalidad



Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

3.5.4 Compensaciones

La dimensión de Compensaciones comprende aspectos como la estima, la inseguridad respecto a la estabilidad contractual y a la forma en que se organiza el trabajo. El objetivo es conocer si el trabajo retribuye con bienestar y certezas al trabajador.

En el Gráfico 6 (ver página 33) se muestra la distribución de los riesgos, indicando que en promedio un 12,5% de las trabajadoras de casa particular se encuentra en alto riesgo. Esta cifra indica también que en general, la compensación de su trabajo no es una temática que se encuentre muy presente.

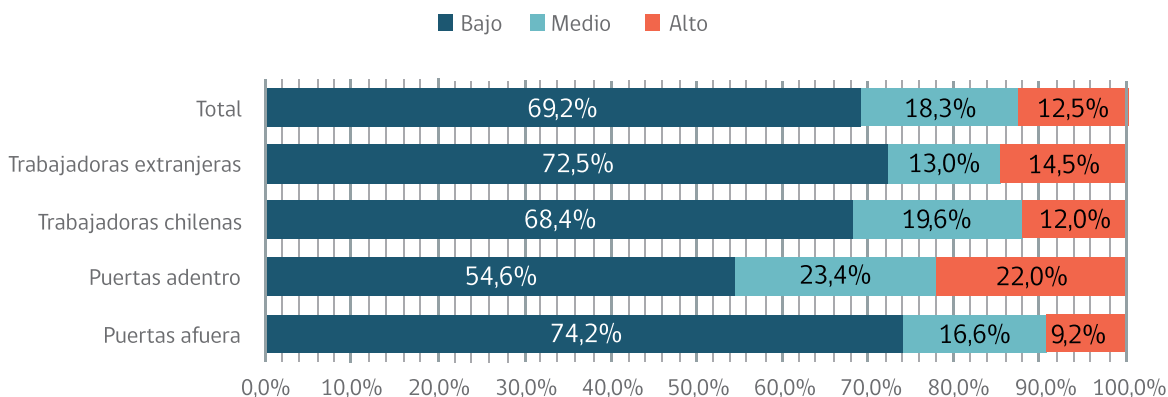
Distinto es el panorama si se distingue según modalidad de trabajo. En este caso, se observa que las trabajadoras puertas adentro son quienes muestran

una exposición a mayores riesgos, alcanzando el 22%. Ello indica que para una proporción importante de ellas, la labor que realizan y la forma en que son retribuidas (sea en términos de salario, reconocimiento simbólico o seguridad contractual) no logra compensar los importantes costos que implica para las trabajadoras. Tanto el desarrollo de las tareas específicas de su trabajo como las exigencias de tiempo que este tipo de empleo implica. Este déficit de retribución, probablemente motivado por los riesgos en la dimensión de doble presencia, son a su vez consistentes con la disminución del peso del servicio doméstico puertas adentro, mencionada al inicio de este artículo.

3.5.5 Doble Presencia

La última dimensión es la doble presencia, que busca

Gráfico 6: Compensaciones, según modalidad de trabajo y nacionalidad



Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016

conocer el peso de las tareas domésticas del hogar propio y la preocupación que éstas generan cuando se está en la jornada laboral, dificultando la separación estricta entre las actividades y responsabilidades de la casa y las del trabajo, lo que en general tiende a agobiar a las personas. Para el caso particular de este estudio, esta dimensión cobra especial relevancia, entendiendo que aquellas trabajadoras de casa particular muchas veces son además dueñas de casa en su propio hogar, lo que supone el mismo tipo de actividades, pero ejercidas en espacios pensados para momentos de la vida distintos: la casa y el trabajo.

Estos riesgos se expresan en la imposibilidad de estas mujeres de poder equilibrar funcionalmente la demanda del trabajo con los requerimientos familiares, lo que puede ocasionar ausentismo laboral, para hacer frente a las responsabilidades familiares o que los conflictos del trabajo se extiendan a su espacio familiar.

Por tanto, los riesgos se plantean en tres ámbitos que afectan la salud física y mental de las trabajadoras de casa particular: la sobrecarga laboral por la doble presencia; la incapacidad de la trabajadora de poder conciliar el trabajo con la vida familiar y por último, el poco espacio al desarrollo personal de las mujeres, lo que condiciona sus trayectorias de vida.

“El día sábado llegaba a almorzar la nuera, el nieto y yo salía al final del día sábado...terminaba a las cinco, seis de la tarde y a esa hora ya no hay fuerzas para salir, para hacer vida personal, salir con las amigas, tener una pareja, no se puede porque uno está “reventada”; uno está toda la semana dele, dele, dele. Entonces no hay un comienzo y no hay un término, porque uno empieza desde, o sea se acuesta y se levanta en el mismo trabajo, entonces no hay un cambio de chip, es siempre lo mismo. Entonces eso, como decía la compañera igual, psicológicamente a una la va tirando para abajo, para abajo”. (Grupo focal sindicalismo, X, 54 años, chilena)

Esta es el área que presenta un nivel de exposición a mayores riesgos como muestra el Gráfico 7, alcanzando un 25,5% del total de trabajadoras. Es decir, una de cada cuatro mujeres se encuentra altamente expuesta a enfermarse por el problema antes expuesto. Al tener que realizar actividades muy similares en dos espacios de la vida que son en general para momentos distintos, la monotonía de estas actividades puede agotar. Además, se profundiza la dificultad antes comentada, que dice relación con la necesidad de respetar los momentos y espacios de trabajo y ocio, para contar con mayor tranquilidad y disminuir la propensión al estrés.

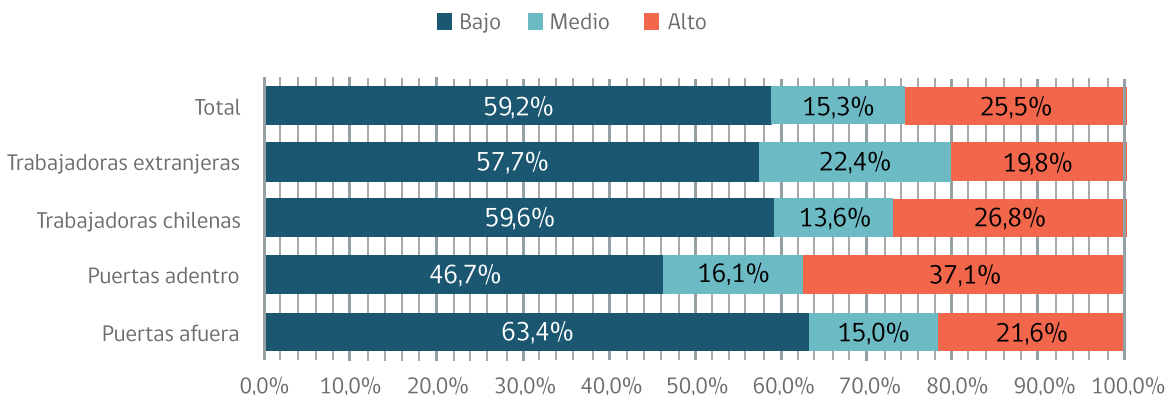
Nuevamente, destaca el alto porcentaje de las trabajadoras puertas adentro, que alcanza un 37,1%. Este nivel de exposición a riesgos se encuentra sobre la media nacional, por lo que exige

especial atención. La mayor exposición en estas trabajadoras puede deberse, como ya se comentaba antes, a la angustia de las preocupaciones del hogar propio en un contexto donde las visitas a sus familiares son esporádicas o en el mejor de los casos, durante los fines de semana.


4. Conclusiones y recomendaciones

Desde la perspectiva de la protección de los derechos laborales de las Trabajadoras de Casa Particular, los hallazgos del estudio permiten mapear el fenómeno de los riesgos psicosociales y su impacto en las trabajadoras, atendiendo tres niveles de análisis diferentes. Por un lado, importan las transformaciones que han tenido lugar en este mercado del trabajo específico y la situación en la que se encuentran las trabajadoras. Por otra parte,

Gráfico 7: Doble Presencia, según modalidad de trabajo y nacionalidad



Fuente: Encuesta de Caracterización de Riesgos Psicosociales en Trabajadoras de Casa Particular 2016



hay una respuesta articulada desde del Estado, en términos de la adopción de un marco normativo que regula las relaciones laborales del sector y finalmente, el propio Estado a través de los servicios públicos mandatados para tal efecto, realiza acciones dirigidas a la prevención de los riesgos de salud asociados a estas relaciones laborales específicas. Cada uno de estos tres niveles presenta desafíos particulares y en función de ellos, horizontes de intervención diferenciados.

Cambios en la estructura del mercado de trabajo de la TCP


Respecto de los cambios en el mercado del trabajo en que se desempeñan las TCP, el estudio da cuenta de profundas transformaciones. Si bien el marco general muestra una disminución del peso que tiene la categoría del servicio doméstico dentro de la ocupación femenina, dicha imagen panorámica resulta tensionada por una serie de cambios internos dentro de este mercado, que dibujan una perspectiva de un espacio de relaciones laborales cada vez más complejas y heterogéneas. Por un lado, si bien hay una disminución del peso del servicio doméstico puertas adentro, esta realidad aún resulta ser, de forma contradictoria, depositaria tanto de factores protectores como de riesgos, que la hacen ser un fenómeno en sí mismo. En la práctica, esto implica que en el plano específico de los riesgos psicosociales, varias de las dimensiones presentan prevalencias de riesgo alto, que en el caso de las trabajadoras puertas adentro duplican a las puertas afuera. Ello ha sido interpretado como indicativo de la persistencia de un esquema de relaciones laborales que conserva rasgos tradicionales y una fuerte asimetría que se traduce en intensificación de conductas de riesgo. Esta forma de trabajo conserva factores protectores

que lo convierten en una alternativa preferible, especialmente para trabajadoras migrantes por el ahorro económico que implica vivir en la casa en la que se prestan servicios.

Pero a su vez estos rasgos tradicionales coexisten con otros procesos de formalización y flexibilización del trabajo asalariado, siendo indicativo de ello la proliferación creciente de formas de trabajo puertas afuera caracterizadas por una multiplicidad y simultaneidad de relaciones con empleadores distintos, con los conflictos que ello conlleva en términos de presión laboral e intensificación de tareas a realizar en una jornada acotada. De alguna forma, para caracterizar la realidad del mercado laboral de las trabajadoras de servicio doméstico, hoy no basta con constatar la disminución de la cantidad de personas que desarrollan esta labor, sino de manera simultánea, los hogares que demandan estos servicios, redefinen la forma en que los contratan, cuestión que además es consistente con el fenómeno demográfico de menor fecundidad y de disminución del tamaño de los hogares.

Así, la realidad de hoy es la de un mercado dinámico y segmentado en diversas fracciones, requiriendo cada una de ellas un tratamiento específico por parte de la política pública. En este sentido, una primera recomendación es la realización de estudios adicionales que permitan generar nuevo conocimiento sobre la forma en que se mueve este segmento del mercado de trabajo.

Respecto de la realidad específica de las trabajadoras, el estudio arroja con claridad que tanto la modalidad de trabajo (puertas-adentro y puertas-afuera) como la nacionalidad (para distinguir entre trabajadoras



chilenas y migrantes), se constituyen como dos ejes que logran construir grupos claramente distinguibles, con sus propios problemas y dificultades. Merecen especial atención los grupos de trabajadoras puertas adentro y aquellas que son migrantes, las cuales en general muestran posiciones contradictorias: por un lado, las trabajadoras puertas adentro aparecen como las mejor pagadas, pero a la vez se trata de un segmento donde aparecen mayores abusos laborales. Por parte de las mujeres migrantes, éstas se muestran como parte de las trabajadoras con mejor conocimiento sobre la legislación y tienen mayor participación en el trabajo puertas adentro (el mejor pagado), pero se trata también de quienes realizan un mayor nivel de sacrificio y están más expuestas por el costo emocional de estar lejos de sus familias.


La regulación en el sector

Un segundo nivel de análisis es la realidad del marco normativo que regula las relaciones del sector, cuestión que considera tanto el conjunto de leyes específicas que se han dictado en la materia, como la efectividad de la labor fiscalizadora. En este plano, el estudio permite poner en discusión tres hechos: el efecto que tiene la propia normativa en la complejización de las características del mercado laboral, el bajísimo nivel de conocimiento que se tiene de la normativa y la idea que está instalada en las trabajadoras, respecto de la poca efectividad de la fiscalización.

En relación al primer elemento, en la línea de análisis anterior se mencionaron algunos cambios de gran relevancia en el mercado de trabajo. En este punto sumamos una complejidad adicional a la comprensión de este fenómeno, en tanto es posible que la propia normativa, en la medida que apuesta

a una formalización de las relaciones laborales en el sector, propicie la complejización y segmentación del mercado laboral. Al relevar elementos como la obligatoriedad de registrar el contrato de trabajo, la regulación de la duración de la jornada o el carácter irrenunciable del descanso dominical, es la propia norma la que incentiva la formalización de las relaciones laborales, cuestión que podría traducirse por una parte en una aceleración de la velocidad a la que disminuye el servicio doméstico puertas adentro, pero a su vez en una intensificación de trabajadoras puertas afuera con múltiples empleadores. Por lo pronto y al igual que en el punto anterior, es recomendable realizar estudios y seguimientos estadísticos que permitan mantener un panorama actualizado de este mercado, sobre todo porque dependiendo de la fisonomía que este sector asuma, se generarán conflictos para las trabajadoras de diverso tipo.

Un segundo elemento dentro de este nivel de análisis es el conocimiento de la normativa. El estudio muestra con claridad que en esta dimensión hay preocupantes niveles de desconocimiento de aquellos elementos protectores que entrega la nueva legislación. Pese a que últimamente se enfrentó un escenario de promulgación del más reciente cambio legislativo, lo cual aseguró amplia difusión de sus contenidos en los medios, las trabajadoras tienen un bajísimo nivel de conocimiento de los elementos que estructuran la nueva ley. En este plano se puede hipotetizar que el tipo de comunicación a través del cual se difunde la ley puede ser efectivo para empleadores que tienen un mayor nivel educacional, pero no resulta del mismo modo para las trabajadoras, lo cual impide que la normativa logre efectividad a partir del empoderamiento de los propios sujetos cuyo quehacer es protegido. Por ende, una recomendación



en este plano es la identificación e implementación de mecanismos de comunicación directa con las trabajadoras de casa particular, adicionales a las formas de difusión tradicionales. Ello puede implicar la utilización de nuevos canales de comunicación o la reformulación de los canales existentes. La clave en este punto es la incorporación de la perspectiva del usuario a la hora de construir dicha organización de contenidos, puesto que trabajadoras capacitadas en sus derechos pueden convertirse en el modo de fiscalización más efectivo de cualquier normativa.

Finalmente, dentro de la legislación que busca proteger el trabajo de casa particular, otro de los elementos relevantes es la fiscalización. Por un lado, es complejo plantear recomendaciones en este plano, debido a las limitaciones de recursos que tienen los organismos encargados de practicar estas acciones, así como también por las complejidades legales que existen respecto de la posibilidad de realizar inspecciones dentro de los hogares, dado el principio de inviolabilidad domiciliaria. Si bien la autoridad ha planteado algunas medidas¹² para producir una fiscalización que concilie tanto la inviolabilidad domiciliaria, como la necesidad de velar por el cumplimiento de la normativa, lo clave de resaltar es que hoy para las trabajadoras esta fiscalización aparece como poco efectiva. Una recomendación en este sentido es análoga a lo planteado anteriormente sobre la incorporación de la perspectiva del usuario al momento de dar a conocer las herramientas de fiscalización de la reciente normativa. Es clave conocer cuáles son las expectativas, lenguajes y saberes de las trabajadoras, para así poder acercar

de forma práctica y efectiva instrumentos como los canales de denuncia e información. Por otra parte, al establecer la obligatoriedad del registro de los contratos, la nueva regulación abre un espacio de generación de información novedosa en la medida que esta base de datos pueda ser vinculada con la de empleadores que pagan las cotizaciones previsionales de sus trabajadores. Dicha vinculación puede aportar información sobre contratos registrados que no tienen movimiento de cotizaciones o sobre cotizaciones de trabajadores que no aparecen en el registro de contratos, constituyendo un importante insumo de apoyo a la labor fiscalizadora.

La prevención de riesgos asociados a la salud

Otra arista de la acción del Estado se da en el plano de los riesgos asociados a la salud. En este ámbito, el estudio muestra que los niveles de exposición a riesgos psicosociales en las trabajadoras de casa particular se encuentran en general por debajo de la media nacional establecida por SUSESO. Si bien se trata de trabajadoras altamente exigidas, son también mujeres que cuentan con un espacio de trabajo y una relación con sus empleadores que muchas veces implica una retribución emocional, principalmente por la relación que se establece con los familiares. Así, la exposición a riesgos se ve contrarrestada por un vínculo emocional que protege a las trabajadoras, abarcando dimensiones de su subjetividad que en otros empleos no se encuentran comprendidas. No obstante, precisamente esta condición es la que abre la puerta a otro tipo de abusos laborales, como la sobre exigencia en la jornada. En este sentido, a

12.- Diversos medios de prensa y la propia Dirección del Trabajo han informado sobre una modalidad de fiscalización que combina la visita de un funcionario con el mecanismo de citación electrónica a comparecer a la Inspección del Trabajo, que se materializa en caso que el empleador no autorice el ingreso a la vivienda por parte del funcionario.



pesar de que la realidad tradicional implica tanto riesgos como factores protectores que son puestos en cuestión por el proceso de modernización del sector, no debe dejarse de lado que incluso la propia modernización implica nuevos riesgos que deben ser atendidos.


En particular, dentro de los riesgos psicosociales se observa que en la dimensión doble presencia aparecen niveles de exposición más altos en comparación al resto, especialmente en las trabajadoras puertas adentro. En general, esta es la dimensión más alta por razones que tienen que ver con la existencia de límites difusos que separan el trabajo doméstico del hogar propio y el trabajo doméstico remunerado, ya que se tienen que realizar las mismas funciones constantemente, en la casa y en el trabajo, traslapándose ambas dimensiones. En específico, las mujeres puertas adentro muestran una exposición más alta por el sacrificio que supone el distanciamiento de su casa y familia, que termina por transgredir los límites, tanto espaciales como temporales, entre trabajo y ocio, entre lugar de producción y lugar de descanso.

Por otra parte, los sacrificios asociados al distanciamiento con el propio hogar y la familia, sobre todo en el caso de trabajadoras migrantes y puertas adentro, representan un factor de daño emocional significativo, que afecta tanto su autoestima como sus expectativas de vida. A su vez, este deterioro emocional genera una predisposición mayor de estas trabajadoras a reemplazar en términos funcionales a la figura materna en la casa en que se emplean, tanto para tareas de limpieza y alimentación, como también para demanda de cuidados físicos y afectivos.

Adicionalmente, pese a que la proporción de

trabajadoras altamente expuestas a riesgos psicosociales se encuentra debajo de la media, las condiciones de salud siguen siendo muy precarias en todo aspecto. Ellas reportan bastantes enfermedades relacionadas con la exigencia física de su trabajo y también aparecen cuadros clínicos de baja autoestima y depresión. Por tanto, el vínculo entre condiciones de trabajo y salud en este caso sigue expresándose en indicadores de salud negativos.

En función de lo anterior, una primera recomendación relevante en cuanto a la prevención dice relación con la profundización de iniciativas que den a conocer a las trabajadoras herramientas para la prevención de las enfermedades mayormente reportadas como producto de la actividad que realizan. Nuevamente, acá es fundamental la incorporación de la perspectiva del usuario. Por otra parte, es fundamental trabajar una arista de acompañamiento psicológico, que ponga especial atención en aspectos de gran importancia relevados por el estudio, como la maternidad, los límites afectivos en el trabajo y el tratamiento de problemas de salud mental en general. De forma complementaria, es fundamental una política que tanto desde el rol del Estado, como desde el papel que juegan las organizaciones sindicales, apunte a la formación de redes entre pares u otros espacios de Como telón de fondo, la realidad del trabajo de casa particular se sigue mostrando como portadora de una serie de asimetrías estructurales, que se ve profundizada debido a la persistencia de formas de relaciones laborales propias de un esquema tradicional. Por tal motivo, la mayor vulnerabilidad en que se encuentran las trabajadoras constituye el eslabón más débil de un complejo entramado que organiza las tareas reproductivas de la sociedad. De forma directa, este tipo de trabajo asegura el funcionamiento de prácticamente todas las otras



áreas de la economía y la sociedad, razón por la cual es imperativo que todas las recomendaciones anteriores tengan como hilo conductor una agenda mayor del Estado, construida sobre la base de la producción de relaciones laborales modernas basadas en el pleno ejercicio de derechos, sin excepciones de ningún tipo en cuanto a categorías ocupacionales o formas específicas de trabajo.

Bibliografía

Abramo, L. (2004). ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajo secundaria? *Estudios Feministas*, 224-235.

Aignerren, M. (2009). La técnica de recolección de información mediante grupos focales. *La Sociología en sus escenarios*, 1-32.

Alvarado, R., Pérez-Franco, J., Saavedra, N., Fuentealba, C., Alarcón, A., Marchetti, N., & Aranda, W. (2012). Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Revista Médica de Chile*, 1154-1163.

Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México D.F.: Paidós.

Arriagada, I. (2000). Nuevas familias para un nuevo siglo. *Cuadernos de psicología y educación*, 28-35.

Arriagada, I., & Todaro, R. (2012). Cadenas globales de cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. Santiago: ONU-Mujeres.

Benería, L. (2006). Trabajo productivo/reproductivo. *Nómadas*, 8-21.


Boccardo, G., Cornejo, R., Gómez, C., Vidal, P., & Zavala, G. (2015). Trabajo subcontratado en FCFM y FACSÓ. Santiago: Universidad de Chile.

Boccardo, G., Moya, C., Ruiz, F., & Ratto, N. (2016). Trabajo subcontratado en el área de aseo en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago: Federación de Estudiantes de la Universidad Católica (FEUC).

CEPAL. (2013). Participación laboral femenina y bono de género en América Latina. Santiago: Naciones Unidas.

Cornejo, R. (2010). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo funcionarios y funcionarias de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Consejo de Facultad: Informe de trabajo.

Del Campo, A., & Ruiz, S. (2013). Empoderamiento de Trabajadoras de Casa Particular Sindicalizadas. *PSYKHE*, 22(1), 15-28.



Díaz, X., & Mauro, A. (2012). Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile. En E. Ansoleaga, O. Artaza, & J. Suarez, *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud* (págs. 146-164). Santiago: OPS/OMS.

Federici, S. (2012). *Revolution at point zero: Housework, Reproduction and Feminist Struggle*. Nueva York: Common Notions.

Grupo Nous. (2010). *Trabajadoras de casa particular*. Subsecretaría de previsión social, Documento de trabajo, Dirección de Estudios Previsionales. Santiago: Subsecretaría de previsión social, Dirección de Estudios previsionales.

Grupo Nous. (2010). *Trabajadoras de casa particular*. Subsecretaría de previsión social, Documento de trabajo, Dirección de Estudios Previsionales.

Iglesias, C., & Llorente, R. (2006). *¿Integración o segmentación laboral de los inmigrantes en el mercado de trabajo?: un análisis de cohortes* (Documentos de trabajo del Instituto Universitario de Análisis Económico y Social). Madrid: Universidad de Alcalá.

INE. (2016). *Documento de principales resultados Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2015*. Santiago: Departamento de Estudios Sociales.

Loyo, M., & Velásquez, M. (2009). Aspectos jurídicos y económicos del trabajo doméstico remunerado en América Latina. En M. Valenzuela, & C. Mora, *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* (págs. 21-70). Ginebra: ILO.

Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 165-180.

MINSAL. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile*. Obtenido de <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/09/Informe-Final-ENETS-Interinstitucional.pdf>

MINSAL. (2013). *Protocolo de vigilancia de Riesgos Psicosociales en el trabajo*. Gobierno de Chile: Departamento de Salud Ocupacional.



- Mora, C. (2009). Estratificación social y Migración Interregional: Algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en Latinoamérica. *UNIVERSUM*, 128-143.
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET.
- Núñez, I. (2015). Imaginarios culturales del cuidado en Chile. *Trabajo y Economía en larga duración*. Polis, Revista Latinoamericana, 461-479.
- Nuñez, I. M. (2015). Imaginarios culturales del cuidado en Chile. *Trabajo y Economía en larga duración*. Polis, Revista Latinoamericana, 461-479.
- Nuñez, L., & Stefoni, C. (2004). Migrantes andinos en Chile: ¿Transnacionales o Sobrevivientes? *Enfoques*, 103-123.
- OCDE. (2011). Mejores políticas para el desarrollo: perspectivas OCDE sobre Chile. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264095755-es>
- OIT. (2013). Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection. Geneva: ILO.
- OIT. (2016). Protección social del trabajo doméstico. Tendencias y estadísticas. Documento 16. Ginebra: ILO.
- OMS. (2006). Documentos básicos. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Órdenes, C. (2016). Servicio Doméstico en Chile: caracterización, evolución y determinantes de su participación laboral (tesis de magíster). Santiago: Universidad de Chile.
- Pedone, C. (2008). "Varones aventureros" vs. "madres que abandonan": reconstrucción de las relaciones familiares a partir de la migración ecuatoriana. *REMHU Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 45-65.
- Pérez, A. (2006a). Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados. *Consejo Económico y Social*.



Pérez, A. (2006b). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 7-37.

Pérez-Franco, J. (2014). Distribución del riesgo psicosocial laboral en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 52-60.

Pries, L. (2003). Teoría Sociológica del Mercado del Trabajo. En E. d. (coordinador), *Tratado latinoamericano de Sociología del Trabajo* (págs. 511-536). México D.F.: Fondo de la Cultura Económica.

Río, M., Álvarez, M., García, C., & Solano, A. (2003). Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Reis*, 123-144.

Ruiz, C., & Boccardo, G. (2014). Los chilenos bajo el neoliberalismo. *Clases y conflicto social*. Santiago: Nodo XXI.

Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 123-146.

Stefoni, C. (2001). Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile. Programa Regional de Becas CLACSO: Informe final del concurso: Culturas e Identidades en América Latina y el Caribe.

SUSESO. (2009). Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Gobierno de Chile: Superintendencia de Seguridad Social.

Tokman, V. (2010). Domestic Workers in Latin America: Statistics for New Policies. *WIEGO*, 1-14.

Torres, A., & Paravic, T. (2005). Morbilidad de la mujer trabajadora. *Ciencia y enfermería*, 78-84.

Valenzuela, M., & Mora, C. (2009). Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente. Santiago: ILO.

Williams, G., Weidenlaufer, C., Bermúdez, R., & Álvarez, P. (2014). Inviolabilidad del hogar del empleador y protección de los derechos de los trabajadores domésticos. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional.

Yañez, H., & Espinosa, M. (1998). SINDICALISMO EN CHILE: un actor que sobrevive contra viento y marea. Obtenido de http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-60340_recurso_1.pdf

Riesgos ergonómicos y salud músculo esquelética en la pequeña industria manufacturera en la Región Metropolitana de Santiago¹



Carolina Rodríguez H.²

Eduardo Cerda D.³

Giovanni Olivares P.⁴

Victoria Villalobos M.⁵

Christian Tobar⁶

Myria Arévalo V.⁷

Jorge Rodríguez T.⁸

Laboratorio de Ergonomía. Escuela de Kinesiología. Universidad de Chile

Resumen

En el presente artículo se describen los factores de riesgo ergonómicos de carga física biomecánica, relativos a trastornos músculo esqueléticos en tareas laborales y su asociación con la condición de salud músculo esquelética, en el contexto específico del Sector Industrial Manufacturero en Empresas Pequeñas de la Región Metropolitana, afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, considerando la perspectiva de género. A partir de los hallazgos obtenidos en la investigación que da origen a este artículo, se puede concluir que los factores de riesgo de manipulación manual de carga y de los Factores de trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo (TMERT) influyen en la condición de salud músculo esquelética de los/as trabajadores/as en el contexto estudiado, por lo cual la acción preventiva en esta materia debería estar enfocada en la intervención de las variables específicas que impactan dichos factores de riesgo.

- 1.- Estudio realizado por el Laboratorio de Ergonomía de la Universidad de Chile y el Instituto de Seguridad Laboral del Ministerio del Trabajo y Previsión Social en el marco de la Convocatoria 2015 para la Adjudicación de Proyectos de Investigación en Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).
- 2.- Dra. Ergónoma.
- 3.- Dr. Ergónomo.
- 4.- Msc[©] Ergónomo.
- 5.- Klga. Ergónoma.
- 6.- Klgo. Ergónomo.
- 7.- Klga.
- 8.- Metodólogo-Estadístico.

1. Introducción

La importancia de investigar en el ámbito de la prevención de trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo (TMERT) se debe a su vinculación con los factores de riesgos ergonómicos, ya que la evidencia epidemiológica relaciona la fracción atribuible de los factores de riesgo ergonómicos en tareas laborales, con el desarrollo de trastornos músculo esqueléticos tanto en miembros superiores como dorso lumbares.

Respecto a las condiciones de riesgos ergonómicos en términos macro, en relación a rubros y tamaños de empresas, en diversos trabajos de investigación a nivel nacional tales como en la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo y Salud (ENETS, 2011) y la Encuesta Nacional de Condiciones Laborales (ENCLA, 2011) entre otros, se observa que los factores ergonómicos más relevantes en cuanto a la presencia en sus dimensiones son carga pesada, movimiento repetitivo, uso o empleo de maquinarias y herramientas. En contraste a lo anterior y tal como se menciona en el documento Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020, en Chile existe un subdiagnóstico y subnotificación de las enfermedades profesionales, lo que implica no poseer estadísticas oficiales. En ese contexto y en el ámbito específico de la ergonomía y trastornos músculo esqueléticos, adquiere relevancia el fortalecimiento de estrategias de prevención y la ejecución de acciones determinadas en la identificación de factores de riesgo en forma específica y segmentada por rubros, tamaños de empresa y tareas laborales. Así también la identificación de percepciones de molestias músculo esqueléticas, como estrategia temprana para la identificación de posibles cuadros

de desarrollo de trastornos músculo esqueléticos. Por otra parte, basado en la teoría de la evolución de trastorno músculo esquelético (TME) publicada por Ferguson y también por Kumar, donde describen la percepción de molestias músculo esqueléticos (Discomfort) como segundo estadio en la evolución del TME, siendo el primer estadio la presencia de carga física en la tarea laboral representada a través de la exigencia física. Ferguson, S., & Marras, W. (1997). Kumar, S. (2007). Es por ello, que se puede considerar el discomfort como un estadio relevante para prevenir trastornos músculo esqueléticos, ya que dicha etapa precede a un proceso mayor que podría terminar en una dolencia y TME.

Esta estrategia de investigación por lo tanto, permite desarrollar acciones tempranas en el ámbito de la prevención de este tipo de trastornos músculo esqueléticos, considerando aspectos específicos como la segmentación por rubro, tamaño de empresa y tareas laborales.

Una vez analizado el marco general de las condiciones de trabajo a nivel nacional, su descripción general por rubros, tamaños de empresa y factores de riesgos genéricos basado en los estudios mencionados, se plantea este proyecto de investigación, proponiendo un análisis más específico y segmentado, enfocado en caracterizar varios rubros pertenecientes al sector de la industria manufacturera, debido a la necesidad prioritaria en el accionar preventivo del Instituto de Seguridad Laboral, en base a la relación entre el número de días de tratamiento y número de trabajadores por rubro, según las últimas estadísticas del año 2015, propias de dicho organismo administrador de la Ley 16.744.

Todas las empresas afiliadas al Instituto en el rubro de la industria manufacturera en la Región Metropolitana

representan un total de 8.094 empresas. Si las segmentamos por tamaño, se desglosa que las empresas que poseen entre mínimo 5 trabajadores y máximo 25 trabajadores representan un total de 1.159. Si se considera el análisis del número de días perdidos asociado a accidentes laborales, de trayecto y enfermedades profesionales y su relación con el número de trabajadores por rubro, el Sector Industria Manufacturera representa uno de los de mayor relevancia. En relación al impacto asociado a la investigación en este rubro, en términos de número de trabajadores en el sector Industria Manufacturera, éste posee un total de 22.195 y el segmento de empresas entre 5 y 25 trabajadores, un total de 9.529 trabajadores, representando al 42,9% de los trabajadores de este sector en la Región Metropolitana.

A su vez, los 4 rubros que representan el 64% de las industrias de la Región Metropolitana de entre 5-25 trabajadores son: i) Elaboración de productos alimenticios y bebidas, ii) Fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo, fabricación de metales comunes iii) Fabricación de prendas de vestir, adobo y teñido de pieles; fabricación de productos textiles, curtido y adobo de cueros; fabricación de maletas, bolsos de mano, artículos de talabartería y guarnicionería, y calzado, iv) Fabricación de muebles; industrias manufactureras n.c.p., actividades de edición e impresión y de reproducción de grabaciones; producción de madera y fabricación de productos de madera y corcho, excepto muebles y fabricación de papel y productos del papel.

Este estudio sigue los lineamientos estratégicos planteados por instituciones gubernamentales, tales como la Superintendencia de Seguridad Social y el

Ministerio de Salud, que indican considerar como objetivo estratégico la prevención de los trastornos músculo esqueléticos, la promoción y protección de la salud, la seguridad y calidad de vida de trabajadores y trabajadoras, respectivamente.

Es por ello, que se plantea la relevancia de caracterizar el sector, en términos de la presencia de los factores de riesgos y de la condición de salud músculo esquelética, generando un análisis más específico, siendo éste uno de los pasos necesarios para el desarrollo de medidas preventivas y estrategias de intervención en dicho sector. Definiendo así como criterio de la población para el estudio, a empresas que posean entre 5 a 25 trabajadores considerando que en este sector son organizaciones vulnerables, debido a que no se les exige por ley contar con un profesional de prevención como miembro de la empresa.

2. Finalidad, Objetivos e Hipótesis

La finalidad de este proyecto, es caracterizar el sector manufacturero según los cuatro rubros específicos que tienen relevancia para el accionar preventivo del Instituto de Seguridad Laboral. Esto, analizando desde la perspectiva de los factores de riesgos ergonómicos físicos y los trastornos músculo esqueléticos a través de la condición de salud de trabajadores y trabajadoras, considerando oficios y tareas principales del rubro. Junto a lo anterior, se suman los criterios de decisión para enfocar este estudio: Primero, debido a la cantidad de empresas que conforman el sector manufactura; segundo, por la evidencia de la estadística registrada y proporcionada por el Instituto de Seguridad Laboral en cuanto a incidencia de TME y tercero, según el

tamaño de las empresas, en este caso pequeñas.

Por otra parte, es necesario resaltar que el objetivo de este estudio es proporcionar, sobre la base de los resultados obtenidos, cinco fichas ergonómicas para los profesionales dedicados a la prevención de riesgos laborales y ergonomía del Instituto de Seguridad Laboral, con un enfoque para el sector manufactura y cuatro fichas detalladas con enfoque por rubro según clasificación OIT, donde se detallan los oficios y tareas principales, con imágenes y códigos según descripción de oficio y tarea, la normativa chilena asociada, los factores de riesgos identificados en los principales oficios y tareas, las variables específicas vinculadas al factor de riesgo físico ergonómico y las medidas preventivas para evitar o disminuir los TME, considerando desde medidas administrativas, hasta ingenieriles, entre otras. De esta manera se busca que sea utilizada como guía para los lineamientos preventivos del Instituto de Seguridad Laboral en los rubros estudiados.

El objetivo general es realizar la descripción de los factores de riesgos ergonómicos de carga física biomecánica relativo a los trastornos músculo esqueléticos en tareas laborales y su asociación con la condición de salud músculo esquelética en el sector industria manufacturera en empresas pequeñas de rubros específicos de la Región Metropolitana, afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, considerando la perspectiva de género.

Los objetivos específicos son 1) Describir la incidencia de los trastornos músculo esqueléticos en el rubro de la industria manufacturera, basado en la información provista por el organismo administrador de la Ley 16.744 (Instituto de Seguridad Laboral); 2) Determinar los oficios y tareas principales en los procesos productivos estudiados de los

rubros seleccionados; 3) Realizar la descripción sociodemográfica de la población estudiada del sector industria manufacturera de la Región Metropolitana de empresas pequeñas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, considerando la perspectiva de género; 4) Describir la condición de salud músculo esquelética en la población estudiada; 5) Describir los factores de riesgos de trastornos músculo esqueléticos en tareas vinculadas a los procesos productivos, mediante instrumentos técnicos asociados a Ley 20.001 (Factores de riesgo relacionados a trastornos dorso lumbares) y D.S n° 594 art. 110 (Factores relacionados a trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo de extremidad superior) 6) Establecer la posible asociación entre los factores de riesgo de trastornos músculo esqueléticos identificados con la condición de salud músculo esquelética considerando una perspectiva de género y el último objetivo es elaborar y establecer recomendaciones enfocadas a la prevención de trastornos músculo esqueléticos específicas para el sector industria manufacturera y tareas laborales en pequeñas empresas de la Región Metropolitana afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral.

La hipótesis de esta investigación es “Existe asociación entre los factores de riesgos ergonómicos de carga física, relativo a los trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo y condición de salud músculo esquelética”. Las dos variables en estudio son: “Factores de riesgo de trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo”, definida conceptualmente como los factores de riesgo en el puesto de trabajo o actividad realizada por el trabajador o trabajadora que pudieran ocasionar alteración de las unidades músculo - tendinosas, de los nervios periféricos o del sistema



vascular, que conlleve a un diagnóstico médico de patología músculo esquelética y definida de manera operacional, a través de la aplicación de la norma técnica para la identificación y evaluación de factores de riesgos relacionados a trastornos músculo esqueléticos del Ministerio de Salud y la Guía técnica para la evaluación de manipulación Manual de carga del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. En tanto, la variable “condición de salud músculo esquelética”, se entiende como la condición de salud de la persona-trabajador/a expuesto a factores de riesgos de trastornos músculo esqueléticos y se evalúa a través del Cuestionario Nórdico validado en Chile.

3. Estado del Arte

La industria de la manufactura comprende actividades que transforman física o químicamente materiales, sustancias o componentes en productos nuevos (ONU, 2009). Los procesos de trabajo para llevar a cabo estos nuevos productos involucran el uso de maquinaria, herramientas y trabajo manual. Desde el punto de vista económico, involucra agregar valor a una materia prima o producto.

Las actividades económicas pertenecientes a la industria manufacturera pueden ser agrupadas en rubros o códigos. Estas actividades económicas que desarrollan las empresas involucran oficios u ocupaciones que reflejan las tareas realizadas por los trabajadores en cada empresa.

La Organización Internacional del Trabajo presenta una clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO), la que permite organizar y describir ocupaciones de una manera estandarizada. Para el presente estudio se utilizará la tercera versión,

aprobada por el Consejo de Administración de la OIT en 1988, correspondiente a la CIUO-88. Esto hace posible la comparación entre naciones para fines estadísticos y de información. La CIUO-88 tiene una estructura jerárquica, en cuatro niveles, establecidos de acuerdo con el tipo de trabajo realizado que se refleja en cada nivel y en la especialización de las calificaciones requeridas para desempeñar un empleo (OIT, 1988).

Los trastornos músculo esqueléticos de extremidad superior son comunes en trabajadores de diversas ocupaciones de la industria manufacturera. (Gold, et al, 2009). Ha habido en la literatura varios intentos por determinar la relación de género y prevalencia de trastornos músculo esqueléticos en la industria de la manufactura. Hay evidencia de que los varones están expuestos a mayores riesgos de generar trastornos músculo esqueléticos que las mujeres en la industria manufacturera (Carrillo-Castillo, J, et al, 2016). Sin embargo, esta condición puede cambiar dependiendo de las tareas que se realizan en cada rubro y los riesgos a los que está expuesto en cada uno.

En el rubro de elaboración de productos alimenticios y bebidas, el oficio más representativo en el estudio es el de panadero. En estos oficios, los riesgos presentes corresponden a dificultades físicas, principalmente aplicación de fuerza, movimiento repetitivo, primordialmente en muñeca y manejo de cargas. Los sobreesfuerzos relacionados a estos peligros representan una alta cantidad de días perdidos (Insht, 2013). También se ha podido observar una alta prevalencia de molestias músculo esqueléticas en trabajadores de plantas procesadoras de aves, primordialmente en trabajadores en turnos rotativos. El dolor empeora asociado a la naturaleza de la tarea

a realizar, género femenino y turno nocturno (Barro, et al. 2015).

El segundo rubro de estudio, fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo y fabricación de metales comunes, ha evidenciado una alta prevalencia de síntomas músculo esqueléticos principalmente en espalda alta, espalda baja y muñeca (Akter, et al. 2015). Esto puede tener relación con la postura de pie, que es muy común en varias labores de manufactura, como en metales mecánicas (Halim, 2012). Y también a las posturas forzadas y movimientos repetitivos (Akter, et al. 2015), presentes en las tareas de la industria metalmecánica.

Entre las actividades pertenecientes al rubro 3, se encuentra la fabricación de calzado y se ha observado que en esta industria, las trabajadoras presentan una prevalencia mayor de trastornos músculo esqueléticos que los varones (Ramos, E. et al, 2015). Esto se asocia a la mayor realización de tareas repetitivas por parte de las mujeres y la naturaleza del trabajo en la industria del calzado, caracterizado por ciclos cortos de trabajo, poca rotación, posturas forzadas de muñeca y falta de períodos de recuperación (Lourinho, et al., 2011).

Con respecto a la fabricación de prendas de vestir, los trastornos músculo esqueléticos son un problema en los operarios de máquinas de coser, las molestias se han encontrado principalmente en cuello, hombros y espalda. Ello debido a la naturaleza repetitiva de las tareas, flexiones de cuello y tronco frecuentes por largos períodos de tiempo, pero principalmente a la postura de trabajo adoptada (Dianat, 2015). Sin embargo, el trabajo en distintos tipos de máquinas durante la jornada, introduciría trabajo con rotaciones de puesto y diversidad de trabajo lo que distribuye la carga entre múltiple grupos musculares evitando l


sobrecarga de un grupo muscular en particular (Wang, 2007). Esta distribución de trabajo permitiría evitar las molestias asociadas a repetitividad y postura mantenida. Otra exigencia organizacional relevante en este oficio es el método de pago por el trabajo, pues éste afecta de manera positiva la prevalencia de dolor en la extremidad superior (Wang, 2007).

En el rubro 4 se encuentran los oficios dedicados a la fabricación de muebles. El trabajo en las empresas dedicadas a la fabricación de muebles de MDF requiere trabajo físico substancial y largas horas en postura mantenida de pie, lo que puede llevar a trastornos músculo esqueléticos (Thetkathuek, 2016). Además, se ha evidenciado que el uso de perforadores de madera está asociado con molestias en cuello, hombros, codos, muñecas, manos, espalda baja, muslo, rodillas, tobillo y pie. (Thetkathuek, 2016). En pequeñas industrias se han encontrado resultados similares. Las molestias músculo esqueléticas se encontraron principalmente en rodilla, espalda baja y muñecas, asociadas a manejo manual de cargas, posturas forzadas y mal diseño del puesto de trabajo (Hashemi, N. 2013).

La evidencia con respecto a la manufactura en general y especialmente en este rubro, es escasa por lo que es necesario ahondar más en los posibles riesgos y sus consecuencias para esta industria.

4. Marco Metodológico

La investigación fue de tipo descriptiva y transversal, no experimental. La población corresponde a trabajadores y trabajadoras pertenecientes a empresas pequeñas compuestas entre 5 y 25 trabajadores del sector industria manufacturera de la Región Metropolitana adheridos al Instituto de



Seguridad Laboral. La muestra se seleccionó por conveniencia y en forma estratificada en 4 rubros del sector de pequeñas empresas según oficios-tareas principales, a partir de la base de datos de empresas que puso a disposición el Instituto de Seguridad Laboral. La unidad de muestreo fueron los trabajadores que aceptaron participar en forma voluntaria, firmando el consentimiento informado, y la unidad de análisis fueron las tareas laborales desempeñadas (384 tareas). Se excluyen de este estudio los sujetos en edad laboral con trastorno músculo esquelético diagnosticado y los que presenten enfermedades sistémicas y/o autoinmunes.

4.1 Procedimientos

Se realizaron tres fases: en la fase 1 se efectuó la revisión científica, la calendarización y logística con empresas; en la fase 2, se hizo el trabajo en terreno por parte de los ergónomos, donde se aplicó el protocolo e instructivo de estudio en terreno a participantes, se registran los datos en documento de terreno previamente confeccionado y posterior a ello se realiza la tabulación de datos, análisis de datos, discusión y conclusión. Por otra parte, se consumaron reuniones técnicas, con especialistas en ergonomía, representantes del sector y especialistas del OAL pertenecientes al sector foco de estudio. Finalmente, en la fase 3 se desarrolló el material preventivo para el sector, a través de la construcción de cinco fichas técnicas asociadas a las tareas laborales más frecuentes y/o más críticas, basadas en los resultados del estudio, para uso de los ergónomos y de los prevencionistas de riesgos del Instituto de Seguridad Laboral, a través del trabajo en equipo multidisciplinar. También se realizaron reuniones técnicas con especialistas en ergonomía, representantes del sector y especialistas del OAL.

El Protocolo de estudio se realizó de la siguiente manera:

1. Definición de tareas y zonas de trabajo representativas en cada empresa
2. Explicación e inicio del proceso del consentimiento informado (participación voluntaria)
3. Aplicación según criterio experto, de los instrumentos de evaluación necesarios según tarea, tales como la guía técnica para la evaluación de tareas con manipulación manual de carga: Método MAC (Elevación, Transporte y Descenso), lista de chequeo de la guía técnica de manejo manual de carga y lista de chequeo de la norma técnica TMERT-EESS
4. Aplicación de la ficha laboral y el cuestionario nórdico
5. Realización de la transcripción a formato digital para su procesamiento mediante sistema informático (Sistema SPSS / Excel).

5. Resultados

Se presentan los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados en este proyecto, según los siguientes cinco aspectos:

1. Desde el punto de vista de la incidencia de los trastornos músculo esqueléticos en el sector estudiado
2. Caracterización de los oficios y tareas
3. Presentación de los resultados a través de la descripción socio demográfica
4. Caracterización según la condición de salud músculo esquelética
5. Factores de riesgos físicos ergonómicos del sector productivo

6. Factores de riesgo según la condición de salud músculo esquelética

La presente sección corresponde al análisis de la información proporcionada por el Instituto de Seguridad Laboral, en específico: Bases de datos Sistema de Información de Apoyo a las Prestaciones (SIAP) - Sistema de Prestaciones Médicas (SPM) período 2014-2015 de la Unidad de Estudios y Estadísticas, base de datos empleadores cotizantes y trabajadores/as protegidos/as del ISL 2014 a 2015 de la Unidad de Ingresos Operacionales y boletines estadísticos publicados por ISL.

Se realizó la descripción centrándose en la población de estudio de la presente investigación, es decir en la Región Metropolitana y en los rubros de interés:

- i) Elaboración de productos alimenticios y bebidas
- ii) Fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo, fabricación de metales comunes
- iii) Fabricación de prendas de vestir; adobo y teñido de pieles; fabricación de productos textiles; curtido y adobo de cueros; fabricación de maletas, bolsos de mano, artículos de talabartería y guarnicionería, calzado
- iv) Fabricación de muebles; industrias manufactureras n.c.p.; actividades de edición e impresión y de reproducción de grabaciones; producción de madera y fabricación de productos de madera y corcho, excepto muebles y fabricación de papel y productos del papel.

5.1.1 Población analizada para el análisis de incidencia de TME.

El promedio anual de trabajadores protegidos por el Instituto de Seguridad Laboral en la población de

interés del presente estudio, fue de 12.926 trabajadores para el año 2014 y de 11.359 para el año 2015. En ambas temporalidades existe una mayor cantidad de trabajadores protegidos en los primeros meses del año, descendiendo en los últimos.

La distribución de trabajadores protegidos (promedio anual) se concentró en el rubro 4 (3.985 trabajadores el año 2014 y 3457 el año 2015) y en el rubro 1 (3.688 trabajadores en el año 2014 y 3414 en el año 2015). El rubro con menor representación fue el número 2 (2.582 trabajadores en el año 2014 y 2.169 en el año 2015).

5.1.2 Siniestros denunciados

Según el número y porcentaje del tipo de evento denunciados, con resultado al diagnóstico correspondiente a los capítulos CIE-10 "Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo" y "Enfermedades del sistema nervioso", según género y año en la Región Metropolitana, durante el año 2014, se registraron 29 casos nuevos (11 Femenino y 18 Masculino) de denuncias con resultado diagnóstico correspondiente a los capítulos CIE-10 "Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo" y "Enfermedades del sistema nervioso". Por su parte, el año 2015 esta cifra fue de 27 denuncias (8 Femenino y 19 Masculino).

Al respecto, la frecuencia de éstas correspondieron principalmente al tipo Denuncia Individual de Accidente de Trabajo (DIAT), representando un 79,3% el año 2014 (23 DIAT; 6 DIEP) y un 81,5% en el año 2015 (22 DIAT; 5 DIEP) del total de denuncias para cada periodo. Al distribuir por género, las DIAT fueron mayoritariamente realizadas por el género masculino (2014=69,6% y 2015= 81,8%), en cambio las Denuncias Individuales de Enfermedad

Profesional (DIEP) fueron principalmente efectuadas por el género femenino (2014=66,7% y 2015=80%).

5.1.3 Calificación de los siniestros denunciados por año y género.

La distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de calificación de siniestros con resultado diagnóstico correspondiente a los capítulos CIE-10 “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” y “Enfermedades del sistema nervioso” según calificación, género y año en la Región Metropolitana, durante el período analizado hubo un aumento en la calificación laboral de las denuncias realizadas, pasando de 37,9% (18 casos no laboral y 11 casos laboral) el año 2014, a un 51,9% (13 casos no laboral y 14 casos laboral) el año 2015, con una subsecuente disminución en el porcentaje de eventos calificados como no laboral. En este caso, el género masculino el más representativo para ambos años (2014=72,7% y 2015=85,7%).

La distribución porcentual de los siniestros con resultado diagnóstico correspondiente a los capítulos CIE-10 “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” y “Enfermedades del sistema nervioso” por tipo de denuncia, calificación y año en la Región Metropolitana, al analizar por tipo de evento denunciado, se observa que el aumento fue producto tanto de las DIAT como DIEP. En este sentido, las DIAT pasaron de un 47,83% de casos calificados como laboral a 59,09% en el año 2015 y las DIEP transitaron de un 0% el año 2014 a un 20% para el año 2015.

La distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de siniestros con resultado diagnóstico correspondiente

a los capítulos CIE-10 “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” y “Enfermedades del sistema nervioso”, según tipo de calificación, género y año en la Región Metropolitana. En este caso, al repartir el tipo de evento calificado de naturaleza laboral por género, se observa la misma tendencia, una mayor representatividad del género masculino en las DIAT con calificación laboral para ambos períodos (2014=72,7% y 2015= 92,3%) y una mayor representatividad del género femenino en las DIEP con calificación laboral (100%) para el año 2015. Durante el año 2014 no hubo reporte de DIEP para ningún género.

5.1.4 Tasa de incidencia de trastornos músculo esqueléticos en la unidad de análisis

Tasas de incidencia (por mil trabajadores) de eventos denunciados (DIAT y DIEP) con resultado diagnóstico correspondiente a los capítulos CIE-10 “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” y “Enfermedades del sistema nervioso”. La tasa de incidencia anual del total de denuncias fue 2,24 casos con diagnóstico músculo esquelético por cada mil trabajadores, en cambio el año 2014 fue de 2,38 casos por cada mil trabajadores, observándose un alza en la tasa de 0,14.

Al disgregar la tasa de incidencia por tipo de evento denunciado, se destaca que la tasa de incidencia de Denuncia Individual de Accidente de Trabajo (DIAT) presentó un aumento entre el año 2014 (1,78 casos por cada mil trabajadores) y 2015 (1,94 casos para cada mil trabajadores) de 0,16 puntos. En cambio, la tasa de incidencia anual de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) se mantuvo relativamente constante en ambos años.

5.1.5 Tasa de incidencia por calificación de los siniestros

La tasa de incidencia de casos músculo esqueléticos calificados como laborales durante el año 2014 fue de 0,85 por cada mil trabajadores protegidos, ascendiendo el año 2015 a 1,23 casos por cada mil trabajadores.

La tasa de incidencia de trastornos músculo esqueléticos por tipo de denuncia, calificación y año en la Región Metropolitana, al distinguir el origen de la denuncia, se destaca un aumento de los casos músculo esqueléticos por DIAT calificadas como laboral, registrando entre el año 2014 (0,85 casos por cada mil trabajadores) y 2015 (1,14 casos por cada mil trabajadores), una variación de 0,29 puntos. En cambio, la tasa de incidencia anual de DIEP calificadas laboralmente, registró un leve aumento de 0,09 puntos entre los períodos 2014 (0 casos por cada mil personas) y 2015 (0,09 casos por cada mil personas).

5.1.6 Tasa de incidencia por grupo TME

La tasa de incidencia anual según el grupo de trastorno músculo esquelético fue mayor, para ambos periodos, en las categorías Trastornos de los tejidos blandos y Dorsopatías. La primera presentó un descenso, pasando de 1,16 casos por cada mil trabajadores el año 2014 a 0,79 en 2015. En cambio, la segunda presentó un aumento de 0,7 puntos en el período de estudio, alcanzando la tasa con mayor incidencia de los dos años con 1,32 casos por mil trabajadores.

Referente a la calificación de las categorías de los

trastornos músculo esqueléticos, los Trastornos de los tejidos blandos fue calificada mayoritariamente como común, tanto para el año 2014 (0,93 casos por cada mil trabajadores) como para el año 2015 (0,44 casos por cada mil trabajadores). En cambio, la categoría Dorsopatías fue calificada principalmente como laboral en ambos años, con 0,54 casos por cada mil trabajadores el primer año y 0,79 el segundo. El resto de las categorías no presentó mayores diferencias en el tipo de calificación o fueron calificadas como de origen común.

5.1.7 Tasa de incidencia por rubro.

Durante el año 2014, los rubros con mayor tasa de incidencia de trastornos músculo esqueléticos fueron de mayor a menor, el rubro 2, rubro 1 y rubro 4. En cambio, durante el año 2015, el orden de mayor a menor tasa fue: rubro 1, rubro 4 y rubro 2. Se destaca que el rubro con menor tasa de incidencia para ambos períodos fue el número 3.

En el rubro 1, durante el período 2014, sólo fue calificada como laboral la categoría Trastornos de los tejidos blandos con una tasa de 0,27 casos por cada mil trabajadores, en cambio durante el año 2015 esta categoría aumentó a 0,88 casos por cada mil y se agrega la calificación Dorsopatías con una tasa de 0,88 casos por cada mil trabajadores.

En cuanto a la fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo (Rubro 2), en el periodo 2014 la categoría Dorsopatías obtuvo la mayor tasa de calificación laboral (1,16 por cada mil trabajadores), seguido de Trastornos de los tejidos blandos (0,39 casos por cada mil). En el período 2015, se mantuvo presente la calificación laboral de Dorsopatías, pero a una menor tasa (0,46 casos

por cada mil trabajadores) y se agrega la categoría Artropatías con la misma tasa que la anterior.

En el rubro 3, la tasa de incidencia de categoría TME con mayor tasa durante el año 2014 fue Dorsopatía laboral (0,75 por cada mil trabajadores), condición que se mantiene el año 2015 pero a una menor tasa (0,43 por cada mil trabajadores). Finalmente, en el rubro 4, la categoría TME más incidente, de los calificados laboralmente para ambos años fue Dorsopatía y en menor grado Trastornos de los tejidos blandos.

5.2 Caracterización de oficios y tareas

Los resultados obtenidos de la caracterización de la muestra, se consiguen a partir de la participación de 65 pequeñas empresas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, que representan el 64% de las industrias de la Región Metropolitana. Se distribuyen en 4 rubros. Un 45 % en el rubro 1: Elaboración de productos alimenticios y bebidas, con la participación de 28 empresas; 23 % en el rubro 2: Fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo con 15 empresas; 17% en el rubro 3: Fabricación de productos textiles-curtido y adobo de cuero-artículos talabartería con 11 empresas y un 17% para el rubro 4: Fabricación de muebles; industrias manufactureras; actividades de edición e impresión y de reproducción de grabaciones; producción de madera y fabricación de productos de madera y corcho; fabricación de papel y productos del papel con 11 empresas participantes.

En total se evaluaron 425 tareas y la distribución proporcional de muestras (tareas) efectuadas según rubro laboral fue considerando la clasificación de las mismas según la Organización Internacional del

Trabajo (OIT) a través de los CIUO 88. Se distinguen los diferentes grupos y subgrupos de oficios presentes en cada uno de los rubros, por lo que esta caracterización permitió describir los factores de riesgos según rubro y oficios con sus tareas principales.

Para el rubro 1, los oficios más representativos corresponden a los códigos 7412 (panaderos, pasteleros y confiteros) y 8274 (operarios de máquinas para elaborar cereales, productos de panadería y repostería). En el caso del rubro 2, los oficios más distintivos corresponden a los códigos 7223 (reguladores operadores de máquinas de precisión) y 8211 (operario maquinaria automática o semi-automática para mecanizar metales). Los oficios más característicos del rubro 3 son los que pertenecen al código 7436 (costureros, bordadores y afines) y 8263 (operario de máquinas de coser). Finalmente, para el rubro 4, en relación con las actividades que realizan las empresas agrupadas en esta área y para asegurar que se vieran representadas, se consideraron como oficios más representativos los 7422 (ebanistas, mueblistas) y 8253 (operarios de máquina para elaborar productos de papel).

El oficio 9322 (embaladores manuales, carga y descarga de materiales y materias primas, tareas rutinarias y sencillas de la industria de la manufactura) está presente en todos los rubros, puesto que es un oficio denominado "de peones" en la industria manufacturera y por lo tanto, se presenta de manera transversal en el sector.

5.3 Caracterización sociodemográfica

Se evaluaron 253 trabajadores y trabajadoras, de los cuales 70,4% son de sexo masculino y 29,6%

de sexo femenino, todos pertenecientes al sector industria manufacturera de la Región Metropolitana, de empresas pequeñas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, obteniendo 425 tareas evaluadas. El promedio de edad fue de 46,43 años (SD 13,98) y los afiliados al sistema de salud de FONASA ascendieron al 90,9%, ISAPRE un 4,3% y otros el 4,7%.

Cabe destacar que para los rubros 1, 2 y 4 el género masculino presenta una mayor frecuencia relativa, mientras en el rubro 3, correspondiente a la fabricación de prendas de vestir, fabricación de productos textiles y de cuero, concentra una masa laboral predominantemente femenina con un 65.4% de trabajadoras versus un 34.6% de trabajadores. La menor distribución porcentual del género femenino por rubro se encuentra en el rubro 4, con un 5,6 %.

Al momento de ser entrevistados, respecto a si han recibido entrenamientos, se observa que más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras (59,3%), comentan no haber tenido capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo.

En relación a las empresas participantes del estudio afiliadas al ISL, en su mayoría la jornada de trabajo es de 45 horas semanales, sin turnos rotativos. Sin embargo, las empresas que sí realizan turnos, se concentran principalmente en el Rubro 1, correspondiente a elaboración de productos alimenticios y bebidas. En este rubro además, se registran las jornadas de trabajo más extensas en un 39.5% de los trabajadores y jornadas de más de 45 horas semanales con un máximo de 72 horas.

5.3.1 Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada - Variables de género.

Al analizar las variables de género, se encuentran diferencias y similitudes entre género femenino y masculino. Del grupo de trabajadores colaboradores en el estudio, los varones (45,5%) participan más que las mujeres (41,3%) en las decisiones relacionadas con su trabajo, las que contemplan organización y distribución de tareas. Los demás trabajadores realizan labores que les son asignadas por sus superiores, sin embargo la diferencia entre hombres y mujeres no es estadísticamente significativa. En las empresas participantes del estudio se observa una baja participación en sindicatos, sólo un 6,2% de los varones y un 2,7% de las mujeres están afiliados, siendo la diferencia entre ambos no significativa

En cuanto a la pregunta ¿Se siente apoyada o apoyado en caso de discriminación en su trabajo por ser hombre o ser mujer?, tanto hombres como mujeres se sienten ayudados por el grupo de trabajo. El 82% de los varones y el 86,7% de las mujeres indican sentir el respaldo de compañeros o superiores ante la situaciones de discriminación por género. En el mismo contexto, existe un alto porcentaje tanto de hombres (96,1%) como mujeres (98,7%) que perciben que pueden retirarse del trabajo sin problemas, para resolver temas urgentes que se puedan presentar con sus familias.

Por último, en términos de cantidad de hijos que tienen los trabajadores, los hombres tienen en mayoría (35,4%) más de 2 hijos, mientras que las mujeres tienen en su mayoría sólo uno (33,3%), una diferencia estadísticamente significativa.

5.4 Condición de salud músculo esquelética: Cuestionario Nórdico

Del total de 253 sujetos evaluados con el Cuestionario Nórdico validado para Chile, el 79,1% de ellos refirió haber tenido molestias músculo esqueléticas (MME) tales como dolor, entumecimiento u hormigueo en uno o más segmentos corporales, en los últimos 12 meses. Los varones con MME representan un 77% y las mujeres un 84%. La muestra presenta una predominancia según distribución porcentual de 61,7% de sujetos diestros y 38,3% de sujetos zurdos.

El segmento miembro superior derecho es el que presenta mayor cantidad de molestias músculo esqueléticas con una frecuencia absoluta de 149, seguido del segmento tronco con 134 y miembro superior izquierdo en tercer lugar, con 126. Al analizar el miembro superior derecho de manera parcelada (subsegmentos corporales), se observa que la muñeca es el subsegmento que presenta mayor presencia de MME, mientras que el codo y hombro derecho se encuentran por debajo de los subsegmentos como espalda baja pertenecientes a tronco, que exhibe la segunda frecuencia más alta en percepción de molestias según el Cuestionario Nórdico. Lo mismo ocurre con el miembro superior izquierdo, donde el subsegmento que presenta mayor MME también es la muñeca.

Al realizar el análisis desglosado por subsegmentos por género, se identifica que porcentualmente las mujeres presentan más MME que los varones en todos los subsegmentos. Para codo/antebrazo derecho, codo/antebrazo izquierdo, espalda alta y rodillas, las diferencias son estadísticamente significativas. La excepción a la tendencia es el subsegmento espalda

baja, puesto que en este subsegmento los varones (46,6%) superan levemente a las mujeres (44,0%), diferencia estadísticamente no significativa.

En cuanto al comportamiento observado de la percepción de molestias músculo esqueléticas según los cuatro rubros del sector manufacturero, se observa que predomina en todos los rubros la presencia de MME, con una distribución porcentual sobre el 50% de los sujetos evaluados. El rubro que proporcionalmente presenta mayor presencia de MME es el Rubro 4 (Fabricación de muebles, edición e impresión, maquinaria eléctrica y otros), siendo éste conformado principalmente por trabajadores del género masculino.

En cuanto a los resultados obtenidos relativos a la percepción de MME según segmento corporal, rubro productivo y género, el segmento miembro superior derecho es el que presenta mayor frecuencia de MME, principalmente en el rubro 4 de elaboración de muebles, edición e impresión, maquinaria eléctrica y otros, con un 75% de presentación. En el rubro 1 existe un 67,9% de incidencia, el rubro 3 con 56,4% y el rubro 2 con un 41% en el segmento mencionado. Al analizar desde el punto de vista de género para este segmento, las trabajadoras con MME representan un 62,7%, mientras que los varones con MME corresponden a un 57,3%.

En el segmento tronco, se presenta la segunda mayor frecuencia de MME, donde el rubro 4 de elaboración de muebles, edición e impresión, maquinaria eléctrica y otros, es el que presenta mayor porcentaje en este segmento con el 72,2%, le sigue el rubro 1, el rubro 3 y por último el rubro 2, con porcentajes de presentación de 69,2%, 41% y 36,1% respectivamente. Según el género, en el segmento tronco la percepción de MME

es similar en hombres y mujeres, con un 52,2% y 54,7% correspondientemente.

El segmento miembro superior izquierdo presenta la tercera frecuencia de MME más relevante. En los últimos 12 meses, el rubro con mayor MME en extremidad superior izquierda es el rubro 4 (63,9%), luego el rubro 1 (57,7%), rubro 3 (52,6%) y rubro 2 (27,9%). Mientras que porcentualmente son las mujeres quienes presentan más MME en este segmento, con un 54,7% versus el género masculino con un 47,8%.

En el segmento miembro inferior, se presenta la cuarta frecuencia de MME más relevante. El rubro con mayor presencia de MME es el 4 (58,3%), le sigue el rubro 1 (53,8%), el rubro 3 (47,4%) y por último el rubro 2 (32,8%). Según la MME por género, las mujeres presentan 52% y los hombres 45,5%.

El segmento cuello es el que presenta la menor frecuencia relativa de MME en la muestra estudiada. La MME de este segmento según rubro, se presenta en el rubro 3 con 30,8%, en el rubro 4 (30,6%), el rubro 1 (29,5%) y el rubro 2 (16,4%). En cuanto al género, las mujeres presentan 34,7%, mientras que los varones un 23,6%.

5.5 Identificación de factores de riesgos ergonómicos de carga física en las tareas del Sector Manufactura

Los resultados obtenidos en la identificación de factores de riesgos ergonómicos de carga física en el sector manufacturero de las pequeñas empresas adheridas al Instituto de Seguridad Laboral, considerando la revisión científico técnica,

se presentan además de la exploración en terreno de las tareas evaluadas a través de la clasificación sistemática del proceso productivo, el análisis de la tarea, análisis sistémico y normativa vigente en Chile, relativa a los trastornos músculo esqueléticos de extremidad superior, relacionado al trabajo y normativa vinculada al manejo manual de carga.

Para el total de 425 tareas muestreadas, se aplicaron 365 listas de chequeo de norma de identificación y evaluación de riesgo de trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo en extremidades superiores, lo que representa un 85,9% del total de la muestra evaluada. Asimismo se aplicaron un total de 132 listas de chequeo de manejo manual de cargas (Lista chequeo MMC) y 132 MAC (Manual Handling Assessment Charts), lo que representa un 31,1% de la muestra estudiada. En base a criterio técnico y protocolo de identificación de factores de riesgo en base a la norma, un 16,9 % de las tareas fueron estimadas con las tres herramientas de evaluación.

Específicamente en cuanto a la aplicación de instrumentos según rubro, en el rubro 1 se presenta la mayor frecuencia de aplicación de lista de chequeo norma TMERT-EE.SS con un 81,6% y de instrumento de evaluación asociado a manejo o manipulación manual de cargas con lista de chequeo MMC y MAC con un 48,0%. A su vez, el rubro 4, es el rubro que presenta el menor número de evaluaciones con Lista de Chequeo Norma TMERT-EE.SS (74,6%), y por otra parte presenta la segunda frecuencia más alta para la aplicación de instrumentos para la evaluación de manejo manual de cargas (39%). El rubro 3, es el que presenta menor número de evaluaciones de manejo manual de cargas (5%) y presenta la tercera mayor frecuencia de aplicación de instrumentos de evaluación con Lista de Chequeo Norma TMERT-EE.SS (97%).

5.5.1 Factores de Riesgo Trastornos Músculo esqueléticos relacionados al Trabajo (TMERT)

Del total de 425 tareas evaluadas en base a la aplicación de la lista de chequeo TMERT-EESS, los resultados por categorización de nivel de riesgo y sus cuatro factores fueron considerando la evaluación en 5 pasos que plantea la normativa, como se describe a continuación:

1. Paso 1: corresponde a evaluación de presencia de movimiento repetitivo
2. Paso 2: corresponde a evaluación de presencia de posturas forzadas o mantenidas
3. Paso 3: corresponde a evaluación de presencia de fuerza
4. Paso 4: corresponde a evaluación de presencia de tiempos de recuperación y descanso
5. Paso 5: corresponde a factores adicionales, ambientales y organizacionales.

Para los pasos 1, 2, 3 y 4 es posible determinar el nivel de riesgo de TMERT- EESS: Según resultados obtenidos de la aplicación de la norma técnica de identificación y evaluación referida en el Decreto Supremo N° 594:

- a.) Nivel de riesgo tolerable (verde)
- b.) Nivel de riesgo bajo precaución (amarillo)
- c.) Nivel de riesgo no tolerable (rojo)

Los resultados para el paso 1: Repetitividad, el 57% de las tareas evaluadas presentan durante el proceso de evaluación preliminar del riesgo con la norma TMERT un nivel verde; el 26,6% nivel amarillo y 15,1% nivel rojo. Según género en repetitividad, los

resultados obtenidos con nivel rojo se distribuyen en mujeres con un 19,4% y hombres 13,4%.

Los resultados para paso 2: Postura, se presentan en la siguiente gráfica. De las tareas evaluadas, el 55,9% presentó nivel verde, un 29,9% nivel amarillo y el 14,0%, nivel rojo en factor de riesgo postura. Según género, el nivel rojo se presenta en mujeres con un 20,4% y en los hombres con un 11,5%.

Los resultados para paso 3: Fuerza, la mayoría no presenta el riesgo (52%). El nivel verde arroja un 33,0%, el nivel amarillo, un 10% y sólo un 4% presenta nivel rojo. Según género, las mujeres presentan levemente una mayor presencia de riesgo rojo (4,9%) que los varones (4,2%).

Los resultados para el paso 4: Tiempos de recuperación o descanso, se presentan en las tareas evaluadas de la siguiente manera: nivel rojo 30,7%, nivel verde y amarillo presentan la misma frecuencia relativa de 24,7%. El 20,0% no tiene riesgo en tiempos de recuperación o descanso. Según género, las mujeres presentan nivel rojo mayor (34%) respecto a los varones (29,4%).

5.5.1.1 Factores de Riesgo TMERT - EESS por Categoría de riesgo según rubro.

El comportamiento del factor de riesgo de TMERT por categoría de riesgo sobre la base de la aplicación de la lista de chequeo TMERT-EESS según rubro laboral, en el total de la muestra evaluada (425 tareas). El rubro con mayor frecuencia absoluta de evaluación con lista de chequeo TMERT-EE.SS es el rubro 1 (146), correspondiente a elaboración de productos alimenticios y bebidas, siendo la condición "falta

de recuperación" la que presenta la frecuencia más alta con un nivel rojo (44.5%). Las otras condiciones se presentan todas en nivel verde, con la frecuencia relativa para repetitividad 71.2 %, postura 71.9% y fuerza 47,9%.

El rubro 3 correspondiente a la fabricación de prendas de vestir, productos textiles y de cuero entro otros, es el siguiente rubro que presenta una mayor frecuencia absoluta de aplicación de la lista de chequeo TMERT-EESS (98). El comportamiento de las 4 condiciones se presentan de la siguiente manera: repetitividad 41.8% nivel verde, postura (paso 2) principalmente nivel amarillo con un 46,9 %, presencia de fuerza sin riesgo con un 72,4% y el aspecto falta de recuperación con frecuencia relativa similares en nivel verde, amarillo y rojo (27,6%, 28,6% y 28,6%).

El rubro 2, correspondiente a la fabricación de productos elaborados de metal, las condiciones estudiadas se distribuyen con un 46,8% nivel verde, la presencia de repetitividad; con un 53,2% nivel verde la presencia de postura, con un 51,9% sin riesgo la presencia de fuerza y un 33,8% nivel amarillo la presencia de falta de recuperación.

El rubro 4 correspondiente a fabricación de muebles y productos de madera, actividades de edición e impresión y de reproducción de grabaciones; fabricación de papel y productos de papel, presenta para repetitividad un 64.1% nivel verde, postura un 56.8% corresponde a nivel verde, fuerza un 25% sin riesgo y finalmente para tiempos de recuperación, paso 4, 40.9% sin riesgo.

5.5.2 Factores de Riesgo de Manipulación Manual de Carga

Del total de las tareas evaluadas, el método MAC fue aplicado a un 31,1% de la muestra, correspondiente a 132 tareas. El rubro donde es necesario utilizar MAC principalmente es el 1, seguido del rubro 4 con 48% y 39%, respectivamente. Mientras, los rubros 2 y 3 aparecen sólo con un 20,9% y 5%. En relación a la necesidad de evaluar la tarea de levantamiento y descenso ejecutada por una sola persona, se observa que el rubro 1 presenta la mayor frecuencia absoluta (80), seguido por el rubro 4 (20), rubro 2 (15) y por último el rubro 3 (5). En cuanto a la necesidad de evaluar la tarea de transporte caminando con carga, nuevamente el rubro 1 presenta una mayor frecuencia absoluta (44), seguido por los rubros 4, 2 y 3 (16, 7 y 3 respectivamente).

En base al tipo de manipulación de carga identificado en las tareas analizadas con método MAC, las que contemplan: levantamiento-descenso ejecutado por una sola persona, levantamiento-descenso en equipo y/o tarea de transporte de carga, se describen a continuación según las categorías de acción identificadas sobre la base del puntaje obtenido por cada factor según rubro y tipo de manipulación.

En tareas con levantamiento y descenso ejecutados por una sola persona, la categoría de riesgo presente con mayor frecuencia absoluta es la categoría de acción 2 (se requiere acciones correctivas). Para la categoría de acción 3, que hemos considerado con riesgo en este estudio, encontramos sólo tareas pertenecientes a los rubros 1 y 2 (frecuencia absoluta de 6). Mientras que para la categoría de acción 4 se encuentra una tarea perteneciente al rubro 1.

En las tareas de transporte, el rubro 1 es el único que



presenta una tarea con riesgo, con puntajes de MAC entre 21 y 32, lo que significa categoría de acción 4 según Pinder, es decir, requiere acciones correctivas inmediatamente. Las demás categorías de acción se concentran en el rubro 1 con categorías de acción con 1 y 2 presentando frecuencia absoluta de 21 y 19 respectivamente.

Las tareas de levantamiento y descenso en equipo son las que se realizan de manera menos frecuentes, con sólo 13 tareas distribuidas en el rubro 1 (6), 2 (1), 3 (0) y 4 (6). Las acciones a realizarse en el rubro 1 categoría de acción 2 y 3 y en el rubro 4 categorías de acción 2.

En cuanto al método MAC para la evaluación de tareas con manejo manual de carga, para determinar las categorías de acción, los pasos previos a seguir en la evaluación es la asignación de características específicas relativa al MMC que se genera un código de colores para calificar a cada factor, lo que refleja a su vez el nivel de riesgo relativo que al finalizar el método, permite asociar una categoría de acción siguiendo el flujograma definido.

En este sentido, al analizar detalladamente lo que ocurre con la muestra estudiada siguiendo los factores específicos MAC, se observa en el rubro 1 que en relación a la manipulación manual de carga, predomina la manipulación manual de carga de elevación y descenso individual y transporte, siendo en este rubro uno de los más frecuente dicha categoría de manipulación. Este rubro, en una menor frecuencia, también presenta tareas de levantamiento y descenso en equipo. La categoría de acción identificada con mayor frecuencia en este rubro es de nivel 2, lo que se interpreta como “se requiere acciones correctivas”, un aspecto relevante

en programas preventivos en este rubro. Asimismo, se identifican tareas con nivel 3 niveles de acción MAC, lo cual se interpreta como “se requieren acciones correctivas pronto”. En este rubro se identifican tareas con nivel 4 de MAC, lo cual se interpreta como “se requiere acciones correctivas inmediatamente”.

Las variables específicas vinculadas a manipulación manual de carga más importantes en la categorización del riesgo son:

- En elevación y descenso individual: acoplamiento mano - objeto, distancia horizontal de las manos, región vertical y torsión y lateralización de tronco
- En transporte: acoplamiento mano - objeto, distancia de traslado y carga asimétrica sobre espalda
- En elevación y descenso en equipo: torsión y lateralización, distancia horizontal y vertical de manipulación

En relación al rubro 2: En materia de manipulación manual de carga, la categoría de acción identificada con mayor frecuencia es de nivel 2, lo que se interpreta como “se requiere acciones correctivas”. Aspecto relevante en programas preventivos en este rubro. Las variables específicas vinculadas a manipulación manual de carga más importantes en la categorización del riesgo son:

- En elevación y descenso individual: torsión y lateralización, región horizontal y vertical de manipulación.
- En transporte: acoplamiento mano - objeto y carga asimétrica sobre espalda.

En relación al rubro 3: Los factores de riesgo vinculado

a manipulaciones manuales de carga presentan la menor frecuencia de presentación de los rubros estudiados. En relación a las manipulaciones manuales de cargas, en este rubro el tipo de manipulación manual de carga es esencialmente asociada a elevación y descenso individual en relación a la muestra evaluada. La categoría de acción identificada con mayor frecuencia en este rubro es de nivel 2, lo que se interpreta como “se requiere acciones correctivas”. Aspecto relevante en programas preventivos en este rubro. Las variables específicas vinculadas a manipulación manual de carga más importantes en la categorización del riesgo son:

- En elevación y descenso individual: acoplamiento mano - objeto, región vertical y horizontal de manipulación
- En transporte: carga asimétrica sobre la espalda, acoplamiento mano - objeto y distancia de traslado.

El rubro 4 presenta una alta frecuencia de manipulaciones manuales de carga, donde predomina la manipulación manual de carga de elevación y descenso individual y transporte, siendo en este rubro uno de los más frecuente dicha categoría. Cabe destacar que en este rubro se identificaron una de las mayores frecuencias de manipulaciones manuales de carga en equipo. La categoría de acción identificada con mayor frecuencia en este rubro es de nivel 2, lo que se interpreta como “se requiere acciones correctivas”. Aspecto relevante en programas preventivos.

Las variables específicas vinculadas a manipulación manual de carga más importantes en la categorización del riesgo son:

- En elevación y descenso individual: acoplamiento mano-objeto, región horizontal y vertical de manipulación.
- En transporte: carga asimétrica sobre la espalda, distancia de traslado y acoplamiento mano - objeto.
- En elevación y descenso en equipo: distancia horizontal y vertical de manipulación.

En general, en el sector manufactura pequeña empresa, los factores de riesgo relacionados a manipulaciones manuales de carga están presentes en las tareas estudiadas en un 31,1% del total de la muestra.

En relación a la manipulación manual de carga, estas tareas en términos generales, son ejecutadas por el sexo masculino, aspecto importante a ser considerados en los programas preventivos. Por otra parte, la elevación y descenso individual representa la mayor frecuencia de presentación en las tareas estudiadas, lo que caracteriza el tipo de manipulación manual de carga más frecuente en el sector. Sigue a esta categoría de manipulación, el transporte de carga. El sector manufactura se categoriza con mayor frecuencia en el nivel de categoría de acción en nivel 2, lo que se interpreta como “se requiere acciones correctivas”. Las variables específicas vinculadas a manipulación manual de carga más importantes en la categorización del riesgo son: en elevación y descenso individual: peso de la carga y frecuencia de levantamiento. En transporte: peso de la carga y frecuencia y carga asimétrica sobre la espalda. Se destacan también las variables: acoplamiento mano-objeto y distancia de traslado. En elevación y descenso en equipo: peso de la carga y número de trabajadores.

5.6 Factores de riesgo y Condición de Salud Músculo esquelética

Con respecto a los resultados más relevantes, la identificación del factor de riesgo de manipulación manual de carga y presencia de molestias músculo esqueléticas específicamente en el segmento tronco, se describe para la muestra estudiada que existe asociación entre la presencia del factor de riesgo de manipulación manual de carga y la presencia de molestias músculo esqueléticas en tronco, Chi-cuadrado de Pearson de 0,001.

En cuanto al análisis factor de riesgo, a través de los Odds Ratio (OR), se observaron 5 resultados relevantes:

A. El análisis de presencia de molestias músculo esqueléticas en general y presencia de factor de manipulación manual de carga. Se determina un Odds de Ratio de 1,797, lo que implica que existe un riesgo 1,7 mayor de desarrollar molestias músculo esqueléticas en general, cuando está presente el factor de riesgo de manipulación manual de carga. Por lo tanto, se considera factor de riesgo.

B. El análisis de presencia de molestias músculo esqueléticas en tronco y presencia de factor de manipulación manual de carga. Se determina un Odds de Ratio de 2,28 (nivel de significancia de 0,002), lo que se interpreta como que existe un riesgo 2,2 mayor de desarrollar molestias músculo esqueléticas en tronco cuando está presente el factor de riesgo de manipulación manual de carga. Por lo tanto, se considera factor de riesgo.


C. El análisis de presencia de molestias músculo esqueléticas y presencia de factor de TMERT-EESS - Repetitividad. Se determina un Odds de Ratio de 1,3 (nivel de significancia bajo 0,42), lo que demuestra que existe un riesgo 1,3 veces mayor de desarrollar molestias músculo esqueléticas cuando está presente el factor de riesgo TMERT - EESS Repetitividad. Por lo tanto, se considera factor de riesgo.

D. Análisis de presencia de molestias músculo esqueléticas y presencia de factor de TMERT-EESS - Fuerza. Se determina un Odds de Ratio de 4,24 (nivel de significancia bajo 0,166) lo que implicaría que existe un riesgo 4 veces mayor de desarrollar molestias músculo esqueléticas cuando está presente el factor de riesgo TMERT - EESS Fuerza. Por lo tanto, se considera factor de riesgo.

E. Análisis de presencia de molestias músculo esqueléticas y presencia de factor de TMERT-EESS - Período de Recuperación. Se determina un Odds de Ratio de 1,4 (nivel de significancia bajo 0,38) lo que se representa que existe un riesgo 1,4 veces mayor de desarrollar molestias músculo esqueléticas cuando está presente el factor de riesgo TMERT - EESS Período de Recuperación. Por lo tanto, se considera factor de riesgo.

6. Conclusión y Discusión

En cuanto a la caracterización de la muestra, se concluye que la distribución proporcional de la muestra (tareas) evaluada según rubro laboral, se realiza considerando la clasificación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a través de los CIUO 88, debido a que se describe de manera más detallada los oficios y tareas, siendo pertinente para este estudio.



Respecto a la muestra estudiada, se logran evaluar las tareas según lo establecido inicialmente en el proyecto y se supera la misma, donde en un inicio se definen 384 tareas y se logran evaluar finalmente 425, de las cuales por rubro. Según lo propuesto y evaluado se describen a continuación: Rubro 1: 136 versus 179; Rubro 2: 93 versus 86; Rubro 3: 98 versus 101 y el Rubro 4: 57 versus 59.

De la distribución proporcional entre los 4 rubros, el que se encuentra con mayor número de empresas evaluadas es el Rubro 1 (28 empresas). El promedio de los trabajadores que forman parte de las empresas evaluadas (65 empresas), se encuentran integradas por cinco trabajadores o menos, lo cual hace que en algunos rubros como es el caso del 1 (elaboración de productos alimenticios y bebidas), específicamente en los oficios y tareas principales de los panaderos, pasteleros, confiteros y operarios de máquinas para elaborar cereales y productos de panadería y repostería, deban realizarse más de una tarea dentro de su jornada laboral.

En cuanto al género, el sector productivo evaluado se encuentra representado principalmente por el género masculino (70,5 %) y una minoría por el género femenino (29,5%), lo que incluso se encuentra reflejado en los rubros evaluados, teniendo el mismo comportamiento los rubros 1, 2 y 4. El único rubro que presenta una mayor masa laboral del género femenino es el rubro 3 con un 65.4% de trabajadoras versus un 34.6% de trabajadores, correspondiente a la fabricación de prendas de vestir, fabricación de productos textiles y de cuero, siendo por lo tanto un rubro feminizado. “Los conocimientos actuales sugieren que la actividad laboral es un factor importante” y por otra parte “la feminización de

los rubros hace que la exposición a los riesgos sean distintos” (Rodríguez, C. 2016). Esto no sólo en términos de su posible asociación con los trastornos músculo esqueléticos, sino también analizando desde la realidad de las distintas etapas en que la mujer puede estar expuesta a lo largo de su vida laboral, es decir, siendo trabajadora como mujer propiamente tal, mujer en situación de embarazo o mujer con hijo/a.

En el ámbito laboral y en concreto respecto al tema de las capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo, más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras comentan no haber recibido capacitación al respecto. Sin embargo, cabe señalar que varios se encuentran con una permanencia menor a 1 año en el puesto de trabajo. En cuanto a la realidad país, en el sector manufacturero se observa que los trabajadores que han sido capacitados son alrededor de un 54,8% (ENCLA, 2014) por lo tanto, la muestra estudiada se encuentra por debajo de lo que ocurre a nivel nacional.

Respecto a las variables de género, la mayor cantidad de hijos se encuentran en trabajadores de género masculino, siendo esta diferencia significativa. Ante la pregunta ¿Participa en la toma de decisiones sobre las actividades o metas de su puesto de trabajo?, el género masculino considera que no participa en un 54,5% y el femenino en un 58,7%. Las demás variables tienen un comportamiento similar entre ambos géneros: una minoría de trabajadores y trabajadoras participa en actividades de sindicatos, lo que puede verse reflejado debido al tamaño de la empresa, ya que el estudio se realiza en pequeñas empresas y para formar un sindicato se requiere la participación de al menos 8 trabajadores. Respecto al apoyo hacia la persona en la empresa, ambos géneros perciben

recibir soporte por parte de la empresa en más de un 80%, incluso cuando requieren salir del trabajo por temas de urgencia familiar.


En cuanto a la variable condición de salud músculo esquelética de los trabajadores y trabajadoras evaluadas en base a la evaluación con el Cuestionario Nórdico validado para Chile, el 79,1% refirió haber tenido molestias tales como dolor, entumecimiento u hormigueo en uno o más segmentos corporales en los últimos 12 meses, sin diferencias significativas entre género.

Según los datos proporcionados por el Instituto de Seguridad Laboral, se concluye que existe un aumento en el reporte de denuncias y en su calificación laboral en los periodos analizados, transitando de una tasa de incidencia de TME general de 2,24 a 2,38 casos por mil trabajadores, los cuales correspondieron principalmente a DIAT de calificación laboral. La incidencia por grupo de TME fue mayor en los "Tejidos Blandos" y "Dorsopatías", manteniéndose una tendencia de que las dorsopatías son mayoritariamente calificadas como laborales, en contraposición a los tejidos blandos que son, por lo general calificados como comunes. Los rubros con mayor tasa de incidencia de TME fueron el 1: elaboración de productos alimenticios y bebidas y rubro 2: fabricación de productos elaborados de metal, excepto maquinaria y equipo - fabricación de metales comunes. En cambio, el con menor tasa de incidencia es el número 3: fabricación de prendas de vestir; adobo y teñido de pieles. Fabricación de productos textiles - curtido y adobo de cueros; fabricación de maletas, bolsos de mano, artículos de talabartería y guarnicionería, y calzado. Referente a su calificación laboral, la mayoría correspondieron a dorsopatías.

Las estimaciones de incidencia de TME es de difícil obtención y las estadísticas oficiales tienen dificultades de comparación entre poblaciones, principalmente debido a su falta de reconocimiento como entidades patológicas o porque no existe un consenso en su denominación diagnóstica. Sin embargo, los TME son la categoría más grande de enfermedades relacionadas al trabajo, representando una tercera parte o más de todas las enfermedades ocupacionales registradas en los Estados Unidos, los países nórdicos y Japón. En Chile, representan la segunda causa de morbilidad ocupacional (Sáez V; 2007).

En general, la mayor parte de los TME fueron del grupo dorsopatía calificándose como laboral y producto de una DIAT. Esto se condice con la visión de que los trastornos dorso lumbares poseen una causa multifactorial y que es difícil comprobar su causalidad como producto de una enfermedad laboral. Por lo tanto, es probable que en muchos de los casos se prefiera declarar como una DIAT a una DIEP, que puede poseer un origen acumulado de carga física. Referente al grupo tejidos blandos, por lo general se aprecia que la mayoría de las patologías que fueron reconocidas como laborales, son las presentes en el protocolo de vigilancia TMERT, por lo cual se deduce que ha sido una referencia a la hora de calificación de las denuncias de TMERT de EESS.

Con respecto a la relación de la condición de salud músculo esquelética con la identificación de los factores y la presencia del riesgo asociado a manipulación manual de carga, se concluye que la presencia del factor de manipulación manual de carga representa un factor de riesgo para la ocurrencia de molestias músculo esqueléticas, presentando una



relación estadísticamente significativa cuando se considera las molestias músculo esqueléticas a nivel de tronco. En el caso de la relación con las molestias músculo esqueléticas en términos generales y la presencia del factor de manipulación manual de carga, se identifica como factor de riesgo sin embargo el nivel de significancia es menor.

Lo anterior nos describe que es relevante la acción preventiva asociada al control de riesgos en tareas de manipulación manual de carga y específicamente en este sector y rubros estudiados. Es necesario recordar que las molestias músculo esqueléticas son el segundo estadio en el desarrollo del trastorno músculo esquelético, por lo que una acción preventiva acertada puede reducir la incidencia y prevalencia de trastornos músculo esqueléticos dorso lumbares.

En cuanto al análisis de la relación entre la condición de salud músculo esquelética y la presencia de manipulación manual de carga con categoría de acción, ya sea en levantamiento y descenso individual, transporte y levantamiento y descenso en equipo, esta relación no se presentó.

Durante el análisis de los resultados se concluye que el criterio para considerar algo como “riesgo” puede haber sido muy estricto. El nivel de categoría de acción para considerar riesgo en manipulación manual de carga se consideró categoría nivel 3. Por otra parte, se concluye que la técnica de selección de la muestra, el tamaño muestral y la estrategia de estudio de campo pueden haber condicionado dichos resultados. Es por ello que un estudio focalizado al sector y rubro específico con un mayor marco muestral, puede marcar una tendencia clara hacia una relación entre ambas variables.

Asimismo, estos resultados nos llevan a la reflexión de continuar avanzando en los instrumentos técnicos que se aplican para estudiar el riesgo en tareas con manipulación manual de carga, así como revisar el constructo de los mismos y su aplicabilidad a los diferentes sectores productivos y rubros involucrados.

Con respecto a la relación entre la condición de salud músculo esquelética y la presencia de los factores de Trastornos Músculo esqueléticos relacionados al Trabajo (TMERT) no se presentan relaciones estadísticamente significativas.

Finalmente, al analizar los resultados asociados a modelos logísticos y su expresión de resultados a través del Odds de ratio, para comprender la probabilidad de ocurrencia de las molestias músculo esqueléticas derivada de la exposición a los factores de riesgo de manipulación manual de carga y factores TMERT (repetitividad, postura, fuerza y períodos de recuperación), nos lleva a concluir que estamos frente a factores de riesgo importantes que pudieran afectar la salud de las personas desde una perspectiva de la condición de salud músculo esquelética.

En específico, se concluye que la presencia de factor de manipulación manual de carga representa una probabilidad de ocurrencia de molestias músculo esqueléticas en general 1,7 veces mayor. Lo que viene a expresar la importancia de mejorar las acciones de vigilancia de la salud, así como también las acciones preventivas a efectuarse en estos sectores, en lo referente a los temas descritos. A su vez, cabe destacar que el tipo de manipulación manual de carga en este estudio representó el levantamiento y descenso individual con variables específicas relevantes tales como pesos, frecuencia, alturas verticales y distancias horizontales y el



agarre, que aparecen como variables relevantes en la ponderación del riesgo.

A su vez, la presencia de manipulación manual de carga representa una probabilidad de ocurrencia de molestias músculo esqueléticas en tronco 2,2 veces mayor para las personas expuestas. Por lo tanto, la manipulación manual de carga representa un factor de riesgo y a su vez el segmento tronco es objeto de mayor preocupación en la acción preventiva. Al analizar los resultados asociados a la probabilidad de ocurrencia de molestias músculo esqueléticas en tronco y la presencia del factor de riesgo de manipulación manual, se aprecia que éste también es considerado un factor de riesgo con un Odds de ratio de 2,98, sin embargo en este caso el nivel de significancia es menor con un 0,178.

Se concluye que el resultado puede estar condicionado por el tamaño muestral, la estrategia de selección de la muestra, así como también la estrategia de estudio de campo. Se concluye al igual que en el primer análisis de relaciones, que el resultado en base modelo logístico si considerara un estudio focalizado en sector y rubro en particular, esta tendencia debiera acentuarse. Si se analiza una técnica en particular, tales como levantamiento y descenso individual esta tendencia se mantiene.

Finalmente, al analizar los resultados asociados a la probabilidad de ocurrencia de molestias músculo esqueléticas y la presencia del factor de riesgo TMERT (al menos un factor en rojo), se aprecia que éste también es considerado un factor de riesgo con un Odds de ratio de 1,29. Sin embargo, en este caso el nivel de significancia es menor con un 0,42. Si se analiza en forma específica por variable específica (fuerza y período de recuperación), se obtiene que el

Odds de ratio sea de un 4,24 y 1,4 veces, sin embargo con niveles de significancia menores. Se concluye que los factores TMERT representan factor de riesgo para la ocurrencia de molestias músculo esqueléticas en general. Sin embargo, tal como se ha señalado, esta tendencia podría verse más clara y definida en caso de que se aumentara la muestra y se hiciera en sectores y rubros específicos.

A partir de los hallazgos obtenidos en la investigación que da origen a este artículo, se puede concluir que los factores de riesgo de manipulación manual de carga y de los factores de Trastornos Músculo esqueléticos relacionados al Trabajo (TMERT) influyen en la condición de salud músculo esquelética de los/as trabajadores/as en el contexto estudiado.

Es por ello que se concluye que para el sector manufactura en pequeñas empresas y en los rubros estudiados, la acción preventiva y estratégica debe estar enfocada en prevenir dichos factores, así como también aumentar las actividades de capacitación asociadas a estos factores y la intervención de las variables específicas que impactan en ellos. Las estrategias preventivas en este sector, deberían estar enfocadas sobre la base de los resultados obtenidos, ya que estos son representativos para la muestra estudiada del sector y rubros en particular.

Bibliografía

Akter, S. Maruf, Md. Z. Chowdhury, S. (2015). Prevalence of músculoskeletal symptoms and associated factors: A cross-sectional study of metal workers in Bangladesh. *Work*, vol. 50, no. 3, pp. 363-370.

Astudillo, P. & Ibarra, C. (2014) La Perspectiva de Género, Desafíos para la Ergonomía en Chile: Una revisión sistemática de Literatura. *Ciencia y Trabajo*, 16 (49) 28-37.

Barro, D, Anselmo. M.T. Araldi. J, Henn. R, Pattussi. M, Wentz. M, da Silva. A, Vieira. V. (2015). Job characteristics and músculoskeletal pain among shift workers of a poultry processing plant in Southern Brazil. *J Occup Health*, Vol. 57.

Carrillo-Castillo. J, Guadix. J, Rubio-Romero. J.C, Onieva. L. (2016). Estimation of the relative risks of musculoskeletal injuries in the Andalusian manufacturing sector. 2016. *International Journal of Industrial Ergonomics* 52 69-77.

Colombini, D, Occhipinti, E., Álvarez-Casado, E., Waters, T. (2012) Manual lifting. A guide to the study of simple and complex lifting tasks. Sound Parkway N.W: Taylor & Francis.

Colombini, D, Occipinti, E. & Grieco, A. (2004) Evaluación y gestión del riesgo por movimientos repetitivos de las extremidades superiores. Santiago: Mutual Cyclops Upc.

Colombini, D, Occhipinti, E. (2006) Preventing upper limb work-related músculoskeletal disorders (UL-WMSDS): New approaches in job (re) design and current trends in standardization. *Applied Ergonomics* 37 441-450.

Córdova, V., Cerda, E. & Rodríguez, C. (Eds.) (2011) Guía técnica para la evaluación del trabajo pesado. Santiago: Superintendencia de pensiones.

Dianat, I, Madeh, K, Yahzade, P, Ali Karimi. M. (2015). Association of individual and work-related risk factors with músculoskeletal symptoms among Iranian sewing machine operators. *Applied Ergonomics* 51. 180-188.

Dirección del trabajo (2011) Séptima encuesta nacional de condiciones laborales. Revisado Junio 10, 2015. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-101347_recurso_1.pdf

Ferguson, A. & Marras S. (1997) A literature review of low back disorder surveillance measures and risk factors. *Clinical Biomechanics*, 12 (4) 211-226.

Gobierno de Chile (2011) Primera encuesta nacional de empleo trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Revisado Junio 10, 2015, disponible en: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-99630_recurso_1.pdf



Gold, J, D'Errico, A, Katz, J, Gore, R. (2009). Specific and non-specific upper extremity musculoskeletal disorder syndromes in automobile manufacturing workers. *Am J Ind Med*. February; 52(2): 124-132.

Groover, Fundamentos de manufactura moderna, Materiales, procesos y sistemas. Prentice-Hall, 1997, México.

Halim, I., & Rahman Omar, A. (2012). Development of Prolonged Standing Strain Index to Quantify Risk Levels of Standing Jobs. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 18(1), 85-96.

Hashemi, N, Choobineh, A, Rahimifard, H, Reza, H, Reza, S. (2013). Músculoeskeletal Risk Assessment in small Furniture Manufacturing Workshops. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, Vol. 19, No. 2, 275-284

Kumar, S. (2007) Selected theories of musculoskeletal injury causation. En Kumar, S. (Ed.) *Biomechanics in ergonomics*. (pp. 3-24). London: Taylor & Francis.

Marras W., Cutlip R., Burt S., & Waters T. (2009) National occupational research agenda (NORA) future directions in occupational musculoskeletal disorder health research. *Applied Ergonomics*, 40 (1) 15-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2008.01.018>.


Martínez, M. Alvarado, R. (2012, Octubre). Validación del Cuestionario Nórdico en trabajadores Chilenos. XIX Jornada Latinoamericana de Seguridad e Higiene en el Trabajo ALASEHT. Fundación del Consejo Nacional de Seguridad. Chile.

Ministerio de Salud (2011) Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud (2015) Informe coloquios de salud ocupacional. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/informe_final_coloquios_salud_ocupacional_2014.pdf

Ministerio de Salud (2012) Norma técnica para la identificación y evaluación de factores de riesgo de trastornos músculoesqueléticos relacionados al trabajo (TMERT). Extremidades Superiores. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cbb583883dbc1e79e040010165014f3c.pdf>

Ministerio del Trabajo (2008) Guía técnica para la evaluación y control de los riesgos asociados al manejo o manipulación manual de carga. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/1601/articles-95553_recurso_1.pdf



Monnington S., Quarrie, C., Pinder A. & Morris L. (2003) Development of manual handling assessment charts (MAC) for health and safety inspectors. McCabe, P. (Ed.) Contemporary ergonomics (pp. 3-9). London: Taylor & Francis.

Muñoz, C. (2010). Vigilancia Epidemiológica de los Desórdenes Músculo-Esqueléticos (TME) Relacionados con el Trabajo: ¿Una Oportunidad para la Investigación Epidemiológica? Ciencia y Trabajo.

Naciones Unidas, Nueva York, 2009 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Estadística, Informes estadísticos Serie M, No. 4/Rev. 4. Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU).

Ley 20.001. Regula el peso máximo de carga humana. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, 5 de Febrero de 2005. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=235279>

Ministerio de Salud (2011) Encuesta nacional de salud 2009-2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.

Lourinho, M., Negreiros, G, Almeida, L., Viera, E. Quemelo, P. (2011). Músculoskeletal risk in different departments of a footwear manufacturing Company. Fisioter. Pesqui.18.252-257.

Punnet, I. & Wegman, D. (2004) Work-related músculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. Journal of electromyography and kinesiology. 14 (1), 13-23.

Ramos, E, Venturoso, M. Venturoso Gongora, Brentini, L. Vieira, W, Domingos, J. Veiga, P. (2015). Symptoms and risks for músculoskeletal disorders among male and female footwear industry workers. International Journal of Industrial Ergonomics 48 110-116.

Rodríguez, C. (2016). Análisis de variables para la construcción de un modelo conceptual de tiempo de adaptación del puesto de trabajo según evolución del desarrollo gestacional. Tesis Doctoral. Universidad Politécnica de Cataluña. Barcelona. España.

Sáez V, Troncoso C. (2007) Prevalencia, Percepción de Síntomas y Factores de Riesgo de Lesiones Músculo-Esqueléticas en Trabajadores Expuestos y No Expuestos a Bajas Temperaturas. Ciencia y Trabajo. sep;25:99-112.

Servicio de Impuestos Internos. (2015) Instructivo Industria Manufacturera y empresas de servicio. Chile.

Snook S & Ciriello V. (1991) The design of manual handling tasks: revised tables of maximum acceptable weights and forces. Ergonomics. 34 (9), 1197-1213.



Superintendencia de Pensiones (2013) Informe nacional 2013: Estadísticas sobre seguridad y salud en el trabajo. Santiago: Gobierno de Chile. Disponible en: http://info.suseso.cl/awp/publicaciones/informe_nacional_2013.pdf

Takala E-P, Pehkonen I., Forsman M., Hansson G-Å., Mathiassen SE., Neumann WP., Sjøgaard G., Veiersted KB., Westgaard RH., Winkel J. (2010) Systematic evaluation of observational methods assessing biomechanical exposures at work. *Scandinavian journal of work environment & health*. 36(1), 3-24. doi:10.5271/sjweh.2876

Thetkathuek A., Meepradit P. (2016) Work-related musculoskeletal disorders among workers in an MDF furniture factory in eastern Thailand. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*.

Wang. P, Rempel. D, Harrison, J. Chan. R, Ritz. B. (2007). Work-organizational and personal factors associated with upper body musculoskeletal disorders among sewing machine operators. *Occupancy Environ Med*. 64:806-813.

Waters TR1, Putz-Anderson V, Garg A, Fine LJ. (1993) Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks. *Ergonomics*. 36(7), 749-776.

II. Gestión de lo público para abordaje de la salud y seguridad en el trabajo



Evaluación Integral del Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral¹



Pablo González,²
Francisca Vidal,³
Carlos Castro,⁴
Pablo Paredes,⁵
Nicolás Westermeyer,⁶
Noam Titelman,⁷
Andrés Fernández,⁸
Daniela Reyes.⁹

**Centro de Sistemas Públicos, Departamento de Ingeniería Industrial,
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile.**

Resumen

En este artículo se presentan los principales resultados de la evaluación del Plan de Prevención de Riesgos que implementó, durante los años 2015 y 2016, el Instituto de Seguridad Laboral con las unidades laborales que atiende. Este plan busca disminuir los riesgos de que los trabajadores/as sufran accidentes o se encuentren expuestos a enfermedades del trabajo por medio de una serie de actividades realizadas en terreno por expertos en prevención de riesgos. Los resultados evaluativos, alcanzados por una combinación de técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa, describen y evalúan elementos de diseño y de implementación del plan. Asimismo, a partir de la aplicación de una encuesta y el análisis de bases de datos, se realiza una estimación de los resultados intermedios de la intervención, en términos de actitudes y conocimiento de riesgos ocupacionales, como también de los resultados finales, expresados en días perdidos a causa de enfermedades o accidentes del trabajo. Todo lo anterior, permite proponer mejoras, documentar avances, visualizar desafíos e identificar nudos críticos de la intervención preventiva que realiza el Instituto de Seguridad Laboral.

- 1.- El presente documento corresponde a una versión editada del resumen ejecutivo de la "Evaluación de diseño, procesos y resultados del Plan de Prevención de Riesgos del Instituto de Seguridad Laboral", estudio realizado por el Centro de Sistemas Públicos del Departamento de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, en el marco de la Convocatoria 2016 para la Adjudicación de Proyectos de Investigación en Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). 16.- Dra. Ergónoma.
- 2.- Jefe de Proyecto. Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile; PhD. en Economía, Universidad de Cambridge.
- 3.- Jefa de Proyecto Alterna. Magíster en Gestión y Políticas Públicas e Ingeniera Civil Industrial, Universidad de Chile.
- 4.- Director Ejecutivo CSP. Magíster en Gestión y Políticas Públicas e Ingeniero Civil Industrial, Universidad de Chile.
- 5.- Investigador CSP. Magíster en Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología, Universidad de Edimburgo.
- 6.- Investigador CSP. Magíster en Gestión y Políticas Públicas e Ingeniero Civil Industrial, Universidad de Chile.
- 7.- Investigador CSP. Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 8.- Tesista CSP. Licenciado en Ciencias de la Ingeniería, mención Industria, Universidad de Chile.
- 9.- Asistente de investigación cualitativa CSP. Licenciada en Sociología, Universidad de Chile.

1. Introducción

La Ley 16.744 que fue promulgada en el año 1968, contempló la realización de actividades permanentes de prevención de riesgos por parte de los organismos administradores del seguro contra accidentes y enfermedades profesionales. Sin embargo, no es hasta hace pocos años que se viene poniendo progresivamente en el centro la prevención de riesgos laborales como un eje fundamental que debe desarrollar el país.

Un hito relevante fue la ratificación del Convenio 187 de la OIT, sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el trabajo, ratificado por Chile el 27 de abril de 2011. Bajo este convenio, se desarrolló una Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, la que fue promulgada el 16 de septiembre del año 2016.

Concomitantemente, el programa de Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet había planteado que “debemos avanzar hacia una cultura que previene, controla y reduce los riesgos laborales, implementando una Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo que incorpore activamente a los sectores y modernice la institucionalidad”. En base a ello, el año 2015 se establecieron los actuales lineamientos en materia de prevención del Instituto de Seguridad laboral a través de definición de la Estrategia de Prevención de Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 2015-2018, la cual tiene como objetivo general el disminuir los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, a través de una estrategia que permita evitar, disminuir y/o mitigar los riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores y trabajadoras, de

las unidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, en el periodo 2015 - 2018.

En el contexto de la estrategia señalada, anualmente la institución generó sus planes de prevención de riesgos, tomando adicionalmente como insumo las circulares emitidas por la Superintendencia de Seguridad Social, que instruye al Instituto y a las mutuales sobre los temas y obligaciones a incorporar para cada año en materia preventiva.

Genéricamente los planes de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales del Instituto de Seguridad Laboral consisten en instrumentos de planificación para la entrega de asistencia técnica preventiva a empleadores y trabajadores adheridos, mediante la aplicación de un modelo operativo de intervención, que es implementado por un cuerpo de alrededor de 100 prevencionistas de riesgos distribuidos a nivel nacional. La evaluación realizada por el equipo de investigación, involucró las acciones enmarcadas en los planes correspondientes a los años 2015 y 2016.

La intervención básica que describen y proyectan ambos planes de prevención se compone de una visita realizada por un prevencionista, en la que se realiza un diagnóstico de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo. Se verifica el cumplimiento de normativas de seguridad y se evalúa la necesidad y pertinencia de ingresar a la unidad evaluada, en programas de intervención de mayor complejidad. Especialmente en los programas de vigilancia ambiental de riesgos o la inclusión de trabajadores/as a programas de vigilancia de salud. En segundo lugar, se realiza una capacitación a los/as trabajadores/as sobre prevención de riesgos, la que se puede adecuar a las necesidades específicas de la unidad laboral. Por



último, una tercera actividad verifica el cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones realizadas en la primera visita.

De esta manera, se realiza una asesoría preventiva para el cumplimiento de la normativa de seguridad y salud en el trabajo y el desarrollo de conocimientos y habilidades para prevenir los riesgos en estas materias, por parte de la empresa beneficiaria y sus trabajadores, de manera de instalar una cultura preventiva.

La población de referencia corresponde a las empresas y trabajadores/as adheridas al Instituto de Seguridad Laboral. En promedio, en el año 2016 correspondió a 359.677 empresas y a 790.071 trabajadores. De ellos, la población intervenida durante el año 2016 ascendió aproximadamente a 49.185 trabajadores y trabajadoras capacitadas en prevención de riesgos de manera presencial. Además, con cerca de 6.000 unidades laborales se aplicó el diagnóstico inicial de salud y seguridad en el trabajo y fueron intervenidas de manera focalizada.

Esta intervención básica se definió como consecuencia de un rediseño de las líneas de trabajo del área de prevención de riesgos. A través de una propuesta de articulación de las distintas líneas de intervención que se habían trabajado históricamente de manera aislada. Gran parte de las prestaciones preventivas se han desarrollado desde la creación de

Ley N°16.744, existiendo un capital de conocimiento acumulado importante. Sin embargo, la problemática del programa radicaba en que no había sido gestionado ni conceptualizado como una intervención unitaria, más bien se habían formulado líneas de intervención que respondían a definiciones parciales y contingentes. Esto ha tenido como resultado una debilidad de la proyección estratégica de la prevención, lo que se ha visto reforzado por el paso de un modelo de intervención a otro, sin mediar evaluación ni justificación suficiente. Desde este punto de vista, surge tempranamente la necesidad de contar con una investigación evaluativa que permita observar los resultados de las intervenciones preventivas para poder apreciar los aportes que hacen al mejoramiento y/o fortalecimiento de la gestión de la seguridad y la salud laboral y especialmente las intervenciones que muestran una mejor relación entre costo y efectividad.

Todo este esfuerzo, que visto desde un punto de vista presupuestario involucra el 15% de los recursos recaudados por el seguro, lo que en el caso del Instituto corresponde a más de MM\$10.000, podría ser en vano de no estarse cumpliendo los objetivos que se propone. Por lo tanto, es de gran importancia evaluar los efectos de estas intervenciones y los procesos que están a la base de la consecución de dichos resultados.

En este marco, el estudio se propuso evaluar en términos de diseño, procesos, resultados e impacto el

10.- Son aquellas actividades e intervenciones que se realizan para el mejoramiento y/o fortalecimiento de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Se incluyen diagnósticos de condiciones de salud y seguridad en el trabajo, prescripciones de medidas, verificación de medidas y capacitaciones.

11.- Santiago Consultores. «Evaluación del Gasto Institucional 2009-2013.» Santiago, 2014.

Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral, para los años 2015 y 2016. En pos de alcanzar estos objetivos, la evaluación debía indagar en el modelo de intervención, en términos de su lógica programática, pertinencia y efectividad en tanto instrumento de planificación. Junto con ello debía evaluar sistemáticamente los procesos operativos relativos al Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral, con el fin de realizar un juicio respecto a la medida en que dicha gestión contribuye a los logros del Plan, lo que permitiría elaborar recomendaciones para el diseño de las prestaciones preventivas y sus procesos de gestión, para hacerlos más eficientes y

eficaces.

Por último, también implicaba evaluar los resultados, tanto aquellos de nivel intermedio (conocimientos, actitudes, cumplimiento normativo, entre otros), como los de nivel final (baja de los accidentes y enfermedades profesionales).


2. Metodología y etapas de la investigación realizada

La Figura 1 muestra un resumen de las etapas desarrolladas, junto con las fuentes de información utilizadas en cada una de ellas.

Figura 1: Etapas del estudio de Evaluación de Diseño, Procesos, Resultados e Impacto del Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral

1. Evaluación del diseño del programa	2. Evaluación de implementación	3. Evaluación de resultados e impacto	4. Evaluación de recomendaciones
Revisión de literatura y Benchmark	Entrevistas en regiones (20)	Encuesta a empleadores (693)	Sesiones de análisis clínico del equipo consultor
Entrevistas a expertos (4) y funcionarios ISL (10)	Observación no participante (1)	Estimación de impacto	Validación del panel de expertos (5)
Revisión documental	Revisión documental		
Análisis de datos	Análisis de datos		
Panel de Expertos (5)	Panel de Expertos (5)		

Fuente: Elaboración propia.



El presente estudio comenzó con una revisión de la literatura internacional y nacional sobre el tema, junto con un benchmark, comparando programas de prevención de accidentes y enfermedades laborales en España, Finlandia, Argentina y México. Luego de estas indagaciones y una exhaustiva revisión documental, se estudió el diseño e implementación del Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral, a partir de entrevistas semiestructuradas a 14 expertos en la temática y tomadores de decisión de la institución a nivel central, junto con jefes y jefas de prevención regionales, prevencionistas y usuarios de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Maule y Biobío.

Adicionalmente, se levantó una encuesta de percepción a 693 empleadores afiliados (350 empleadores intervenidos y 343 no intervenidos) al Instituto de Seguridad Laboral y se realizaron análisis econométricos con datos de registro de más de 500.000 empresas afiliadas, buscando medir relaciones causales sobre resultados intermedios y finales. Por último, se realizaron sesiones periódicas con un panel de expertos en las áreas de prevención de enfermedades y accidentes en el trabajo, que permitieron supervisar la rigurosidad metodológica y conceptual del estudio y sintetizar recomendaciones.

Cabe destacar que, dada la complejidad y multidimensionalidad del problema y la asimetría de opiniones e intereses de muchos entrevistados y encuestados, nuestro diagnóstico y propuestas como equipo de la Universidad de Chile, no constituye un mero “promedio de las opiniones”, sino que intentan constituir un avance innovador en lo teórico y conceptual, pero que a la vez sean propuestas factibles de implementar, con diferentes grados de dificultad, en el corto y largo plazo.

3. Resultados de la evaluación

A partir del análisis realizado a lo largo de este informe, se puede concluir los siguientes aspectos:

3.1 Resultados Benchmark

Los cuatro países fueron seleccionados a partir de recomendaciones de los expertos entrevistados y referentes mencionados por el Instituto de Seguridad Laboral. A partir del análisis de los cuatro países (España, Finlandia, Argentina y México), es posible identificar diversos elementos de interés que pueden ser objeto de estudio para la incorporación de mejoras en el área de prevención del Instituto de Seguridad Laboral. Estos elementos se relacionan tanto a los instrumentos y protocolos utilizados por las entidades de prevención en los centros de trabajo afiliados, como también a los principios y desafíos identificados que rigen sus planes de prevención. A continuación se presenta un resumen de estos elementos.

3.1.1 Instrumentos de intervención

Los instrumentos de intervención muestran variaciones de acuerdo a la cultura institucional y los objetivos estratégicos de cada organismo y marco regulatorio. En algunos cuerpos legales, como los de Finlandia o España, existen lineamientos generales de seguridad y salud en el trabajo que emanan de una entidad reguladora, cuya ejecución y verificación se considera responsabilidad de las empresas y de proveedores certificados en prevención de riesgos. Esto además se encuentra encuadrado en el Marco Estratégico Europeo de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020 de la Unión Europea. En este

ámbito, las entidades públicas cumplen un rol más bien supervisor y de apoyo a la capacitación y no directamente de intervención. Pese a ello, en estos marcos regulatorios se encuentran expresamente detalladas las líneas de acción que deben seguir los organismos interventores y las materias de las que deben observar su cumplimiento.

En otros países, más cercanos a la realidad socioeconómica de Chile como Argentina o México, existen instrumentos de evaluación de riesgo elaborados en detalle por la entidad reguladora y que no se circunscriben sólo a un formulario único, sino a un espectro de realidades laborales de cada país. Así por ejemplo, en Argentina se utiliza el formulario de Relevamiento General de Riesgos Laborales (RGRL) para la identificación de riesgos de accidentes en el trabajo y el de Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR), para la identificación de riesgos de enfermedades laborales. Asimismo, existen formularios RGRL específicos para los sectores del agro y de la construcción que buscan adaptarse a las realidades de esas industrias y por tanto identificar con mayor precisión las amenazas a la seguridad y salud en el trabajo de quienes se emplean en esos rubros. En Chile por ejemplo, una política en esta línea podría incluir un instrumento específico para los riesgos laborales de la minería.

Si bien los programas de prevención en los países analizados tienen un rol mayoritariamente regulatorio de la actividad privada de la prevención, con énfasis en el dictamen de normas y en el apoyo a la capacitación, también existen iniciativas de intervención pública a través de las cuales se ha buscado fomentar la seguridad y salud en el trabajo. Un ejemplo de ello es el “Programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo” en México, que

busca promover que las empresas gestionen su riesgo. En este caso, se “premia” el cumplimiento de la normativa en seguridad laboral para la empresa ofreciendo la exención de inspecciones laborales durante un periodo de tiempo, beneficio que debe renovarse anualmente. Para esto existe un trabajo conjunto entre la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (entidad preventiva) y la Inspección Federal del Trabajo (entidad fiscalizadora), cuya operación resulta de interés para identificar el grado de cumplimiento de la normativa que genera esta iniciativa.

Un aspecto importante de los instrumentos de prevención identificados en los países de este estudio, se relaciona con la regulación de los especialistas que pueden aplicarlos en el contexto de la labor de prevención. En particular, destacan los casos de España y Finlandia, donde se regula explícitamente la cantidad de horas de formación en disciplinas específicas que deben acreditar las personas que pueden participar de la intervención en las empresas. En el caso español además, esta acreditación se da por distintos niveles de especialización, permitiendo segmentar las diversas actividades que puede realizar un prevencionista, dependiendo de su nivel de formación. De esta manera, se garantiza que las actividades que requieran mayor nivel de conocimiento, sean realizadas por personal con esa formación específica, sin excluir de la actividad por ello a prevencionistas con menor formación.

3.1.2 Instrumentos de intervención

Al igual que las actividades de evaluación de riesgos, en los países de la Unión Europea analizados, se considera que las actividades de capacitación son responsabilidad del empleador, de acuerdo a los riesgos propios de su actividad económica y su plan



de gestión de riesgos. De la misma forma, se faculta a la empresa para contratar a proveedores externos en la entrega de estas capacitaciones, bajo lineamientos emanados desde la autoridad regulatoria. No obstante, las responsabilidades de capacitar a los trabajadores, así como las temáticas incluidas en esta actividad se encuentran expresamente reguladas por la normativa. Por otro lado, también existen instituciones públicas especializadas en la investigación y capacitación en estas materias, las que pueden ser consultadas en aspectos específicos por necesidad de las empresas. Estos son los casos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en España y del Instituto Finlandés de Seguridad Ocupacional, que se enfocan especialmente en la actividad de capacitación y promoción de la seguridad, que en el caso chileno es una más de las funciones del Instituto de Seguridad Laboral.

Un aspecto interesante en materia de capacitación, muy vinculado a los objetivos institucionales que emanan de los planes nacionales de seguridad y salud en el trabajo, se relaciona con identificar factores de riesgo que van más allá de la sola presencia de accidentes o enfermedades físicas. Por ejemplo en Finlandia, la capacitación también incorpora aspectos tales como la prevención del abuso de sustancias, el trato impropio en el trabajo y el apoyo ante la amenaza de desempleo. De esta forma se consideran los riesgos laborales desde una perspectiva más amplia que la tradicionalmente utilizada.

Un caso adicional de interés es el de México, donde existe una oferta dual, tanto de material provisto por el Estado para auto-consulta en campus virtuales, como por parte de proveedores de servicios de capacitación certificados por la Secretaría de

Trabajo y Previsión Social (STPS). En ambos casos, los contenidos mínimos a dictar son normados por la STPS y es responsabilidad del empleador cumplir con ellos.

3.1.3 Institucionalidad preventiva

Un aspecto importante de los planes de prevención analizados es su proyección en el tiempo, generalmente a un horizonte de mediano plazo. Así se pueden comprender los siguientes casos:

- Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015 - 2019.
- Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015 - 2020.
- Políticas para el ambiente laboral y bienestar en el trabajo hasta 2020, en Finlandia.

Si bien en México no existe a la fecha un programa nacional vigente en prevención de riesgos, anteriormente existió la Política Pública de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007 - 2012, con un horizonte de tiempo equivalente a los casos anteriores.

En los cuatro casos se trata de iniciativas con instrumentos y metas definidas a mediano plazo, lo que busca fortalecer la prevención de riesgos laborales más allá de la contingencia.

Un aspecto relevante, aunque ya fuera de los márgenes de los planes de prevención, es el relacionado a la institucionalidad de la prevención de riesgos laborales. Si bien en Chile, el Instituto de Seguridad Laboral es responsable tanto de la administración del seguro social como de la prevención de riesgos, en los países analizados estas dos funciones se encuentran usualmente separadas. El caso más visible es el mexicano, donde el Instituto Mexicano

de Seguridad Social (IMSS) tiene como principal rol la administración del seguro y los servicios de salud relacionados, mientras que la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) se responsabiliza del fomento a la prevención de riesgos en el país. Esta división de actividades impide que la prevención quede relegada a un segundo plano por detrás del seguro, que representa la reacción frente a un problema laboral ya visibilizado.

3.2 Resultados en materia de diseño

El diseño fue analizado por el equipo consultor y en conjunto con el panel de expertos, a partir de las entrevistas, revisión documental y antecedentes levantados en el benchmark.

El panel de expertos recalcó aspectos positivos del sistema de prevención en Chile, en cuanto a la sistematicidad, en relación al resto de América Latina. Sin embargo, se encontraron algunas críticas. Estas apuntaron al incentivo que se da a las empresas a sub reportar accidentes, pues esto sube sus costos vía aumento de la tasa de cotización¹². Del Instituto de Seguridad Laboral se destaca que al ser el prestador por defecto, se especializa en pequeñas y microempresas, por lo que debiese adecuar su oferta a este segmento más vulnerable del mercado. Entre las dificultades que debe enfrentar se destaca que, contrariamente a las mutuales privadas, no hay un proceso de inscripción ni de salida de empresas, lo que impide tener una base de datos actualizada con la información necesaria para cualquier gestión.

Existiría escasa coordinación intersectorial entre las diversas instituciones del Estado que interactúan con las empresas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, como son la Dirección del Trabajo y la Seremi de Salud, lo que se traduce en que no compartan información potencialmente útil para los diferentes servicios. Se destaca igualmente que un aporte adicional que podría realizar el Instituto de Seguridad Laboral, es conectar a sus empresas afiliadas con otros servicios del Estado.

3.2.1 Plan de prevención

A continuación, se describe el proceso involucrado en las intervenciones básicas del Plan de Prevención, para los años 2015 y 2016, según emana del diseño que se establece en la documentación pertinente.

El proceso de intervención, realizado por los expertos en prevención de las Direcciones Regionales, se descompone en las siguientes etapas:

1. Se realiza un diagnóstico de la unidad intervenida. Este diagnóstico sigue los lineamientos estandarizados de un formulario, que debe ser completado por los expertos en prevención.
2. Una vez realizado el diagnóstico, se realizan 2 acciones:
 - a. En caso de que se encuentren riesgos incluidos en los protocolos de vigilancia definidos por la SUSESO, la empresa se deriva al programa correspondiente.

12.- La tasa que debe ser pagada por los empleadores para cotizar en el seguro que entrega el Instituto de Seguridad Laboral y mutuales privadas.

b. Además, se sigue el proceso descrito a continuación:

i. Se realiza una capacitación básica, que también puede ser adaptada a las necesidades de la empresa. Cabe destacar que, desde la perspectiva del diseño, no se especifica el momento en que debe ser realizada. En ocasiones, se realiza en la visita inicial. En otras, se agenda una nueva fecha. También es posible que se realice en conjunto con la Verificación.

ii. Asimismo, si se encuentran falencias al aplicar el diagnóstico, se prescriben medidas correctivas.

iii. En un plazo máximo de 3 meses se verifica el cumplimiento de las medidas prescritas. Si ellas son cumplidas concluye la intervención y en caso contrario, se deriva a la Dirección del Trabajo.

Se destaca una evaluación positiva del modelo de prevención implementado, particularmente porque entrega un diagnóstico que permite a las empresas identificar sus principales falencias, tanto en aspectos normativos como de seguridad en general y las empresas intentan implementarlos con prontitud. Los funcionarios y funcionarias ligados a la institución destacan lo simple del programa de prevención, lo que facilitaría su implementación masiva. Sin embargo, algunos expertos critican la forma de trabajo puesto que tendría una mirada muy lineal de causa - efecto y no una visión sistémica de la organización del trabajo, que sería fundamental para reducir significativamente los riesgos. Es decir, va a la prevención más básica, tomando como dada la organización del trabajo y los procesos, eliminando

sólo los riesgos más evidentes y visibles. Por otro lado, algunos funcionarios afirman que el modelo de trabajo logra además de los aspectos "simples" mencionados, que se suele acotar al cumplimiento legal aspectos más integrales y complejos en las empresas afiliadas.

Respecto de la capacitación, algunos empleadores no la considerarían de utilidad porque mientras la realizan los trabajadores no producen. Se recomienda frente a esto, enfatizar el mensaje de las ganancias de mediano y largo plazo de la prevención. Este problema aparece también en la implementación, donde se reconoce más agudo para las empresas de menor tamaño y donde es enfrentado mediante diversas estrategias que incluyen acordar con el empleador un día que no le implique paralizar la empresa o capacitar a los trabajadores por separado. Algunos empleadores tienen el prejuicio de que la capacitación llevará a que sus trabajadores se sientan empoderados y que desafíen su autoridad, perjudicando el desarrollo de la empresa.

3.2.2 Propuestas de mejora de los expertos

Los expertos recomiendan dar mayor relevancia a las enfermedades laborales, puesto que el foco está más puesto en la accidentabilidad laboral. Para esto se recomienda aumentar los protocolos de vigilancia y dar un mayor peso a las enfermedades en las tasas de cotización. Asimismo, se apunta a la necesidad de realizar los diagnósticos con mayor participación de los trabajadores, para que así puedan tener más conciencia de los resguardos que deben tomar en su lugar de trabajo y colaboren en la elaboración de mapas de riesgo.

Se recomienda también mejorar la sistematización de información que tiene el Instituto de Seguridad Laboral, lo que le impide entre otras cosas, identificar de mejor manera a sus empresas afiliadas y asesorarlas adecuadamente.

3.2.3 Teoría del cambio

A partir de lo recogido en el análisis cualitativo de entrevistas, la teoría de cambio busca permitir evaluar el diseño del modelo de intervención en materia preventiva en términos de su lógica programática, pertinencia y efectividad. Para esto, la teoría del cambio presenta una descripción de cómo una intervención conseguirá los resultados deseados, desde la perspectiva del diseño del programa. Vale decir, describe la lógica causal de cómo y por qué un proyecto, un programa o una política logrará los resultados deseados o previstos (Gertler et al., 2011). Es fundamental para la definición de las preguntas de evaluación del programa, que se enfocan en los resultados intermedios y finales.

Se pueden encontrar cinco elementos en la teoría del cambio del Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral (ver Figura 2). Los primeros 3 corresponden a aspectos de implementación, dentro del ámbito de acción de Instituto de Seguridad Laboral. Los elementos 4 y 5 están relacionados con los resultados de la intervención.

a) Necesidades/problemas:

Las empresas presentan riesgos de ocurrencia de accidentes y enfermedades del trabajo y estos son mayores en algunas de ellas.

b) Actividades e insumos:

Entre las actividades realizadas en el plan de intervención se encuentran la detección de las empresas con mayor riesgo, el diagnóstico, capacitaciones y verificación.

Los insumos corresponden a los expertos en prevención, quienes realizan el diagnóstico, capacitaciones y verificación, desde las Direcciones Regionales. Para esto, utilizan formularios y protocolos.

c) Productos:

De este modo se producen empresas priorizadas para la intervención, trabajadores capacitados, empleadores asesorados y empresas derivadas a protocolos de vigilancia.

d) Los resultados intermedios que pueden generar estos productos son medidas de los siguientes tipos:

- Cumplimiento legal - normalización de empresas
- Limpieza y orden en el lugar de trabajo
- Infraestructura para prevenir accidentes y daños en caso de accidentes
- Infraestructura para asegurar higiene en el trabajo
- Elementos de protección personal y su uso
- Señalética e instructivos para emergencias
- Cambios en procedimientos de producción
- Control y mantenimiento de maquinaria

Sobre estas medidas, destaca el cumplimiento legal o normalización de las empresas. De hecho, según lo expuesto en la presentación ante la contraparte, existiría la percepción en algunos de los miembros del Instituto de Seguridad Laboral, que la normalización es un resultado final buscado por el programa. En la presente propuesta se incorpora este aspecto como



resultado intermedio tomando en consideración los objetivos declarados en la documentación para el Plan de Prevención.

- Cambio cultural o aumento de conciencia por la seguridad
- Trabajadores y empleadores con mayores conocimientos sobre prevención
- Mayor conocimiento sobre el Instituto de Seguridad Laboral y los beneficios a los que pueden acceder los trabajadores y empleadores

e) **Resultados finales:**

Finalmente, estos resultados intermedios resultarían en una disminución de las enfermedades y accidentes en el trabajo.

Además, en la teoría del cambio se presentan supuestos y factores contextuales. Los supuestos corresponden a condiciones externas necesarias que deben cumplirse para que la cadena causal establecida en la teoría del cambio sea válida. En este caso, los supuestos tienen relación con la disponibilidad de recursos de las empresas para implementar los cambios recomendados, además de la disposición de los empleadores para permitir que los trabajadores realicen su trabajo de forma más segura.

Respecto a los factores contextuales, estos son elementos externos al Plan que afectan los diferentes pasos de la teoría de cambio. Así, en la literatura académica, el tamaño de la empresa por ejemplo, se ha encontrado como un factor en la calidad de las capacitaciones que se realizan. A su vez, a partir de las diversas entrevistas, ha emergido la dificultad de realizar intervenciones en empresas con pocos

trabajadores, pues cualquier distracción de la jornada normal implica detener las faenas.

También surgieron en las entrevistas algunas dificultades para cumplir las prescripciones que reciben los empleadores. Esto es especialmente cierto en el caso de cambios de infraestructura cuando la empresa tiene bajas capacidades financieras y por lo tanto, no tiene los recursos económicos para cumplir la prescripción. Otro elemento importante es la importancia de la antigüedad de los empleados y de la empresa. Lo primero tiene que ver con la relevancia de la experiencia como forma de modificar la percepción de riesgo y de adquirir conocimientos y habilidades. La antigüedad de la empresa también es relevante porque organizaciones más estables pueden ser controladas con más facilidad (es más probable que se tengan datos correctos de ellas). Por último, el grado de formación de trabajadores y empleadores es relevante por razones similares a la experiencia, pero además porque según las entrevistas, permite ahorrar tiempo en la contextualización y facilita la labor del prevencionista.

Figura 2: Teoría de cambio de la intervención

Necesidades/ Problema	Actividades e Insumos	Productos	Resultados Intermedios	Resultados finales
<ul style="list-style-type: none"> Las empresas tienen riesgo de ocurrencia de accidentes y enfermedades. Este riesgo es más alto en algunas empresas. 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección de empresas con mayor riesgo a través de: <ul style="list-style-type: none"> Sector económico. Tamaño. Ocurrencia de accidentes y enfermedades. Diagnóstico. Capacitaciones. Verificación. <p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Expertos en prevención en Direcciones Regionales. Formularios y protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> Empresas priorizadas. Trabajadores capacitados. Empleadores asesorados y con recomendaciones prescritas. Empresas derivadas a protocolo de vigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de distinto tipo: <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento legal - normalización de empresas. Limpieza y orden en el lugar de trabajo. Infraestructura para prevenir accidentes y daños en caso de accidentes. Infraestructura para asegurar higiene en el trabajo. Elementos de protección personal y su uso. Señalética e instructivos para emergencias. Cambios en procedimientos de producción. Control y mantenimientos de maquinaria. Cambio cultural o aumento de conciencia por la seguridad. Trabajadores y empleadores tienen mayores conocimientos sobre prevenir. Mayor conocimiento sobre el Instituto de Seguridad Laboral y los beneficios a los que pueden acceder los trabajadores y empleadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Menor riesgo de accidentes Menor ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales

Supuestos

- Las empresas cuentan con los recursos para implementar las medidas recomendadas.
- Los empleadores dan espacio y recursos a los trabajadores para prevenir accidentes y enfermedades.

Factores contextuales

- Nº de trabajadores.
- Capacidad financiera de empresa.
- Antigüedad de empresa/empleados.
- Nivel de formación de empleador/empleados

Fuente: Versión propia a partir de documentos Instituto de Seguridad Laboral y entrevistas realizadas.

3.3 Resultados del análisis de la implementación

La implementación fue analizada a partir de las entrevistas realizadas a prevencionistas, jefes regionales de prevención y usuarios, de la observación

no participante y la revisión documental, además de los antecedentes levantados en el benchmark. A continuación, se presentan las principales conclusiones que emanaron del análisis descrito.

3.3.1 Plan de prevención

Los funcionarios apuntan a algunos aspectos que afectan negativamente la ejecución del Plan de Intervención Básica. El principal problema es que la base de datos de las empresas contiene numerosos errores, lo que afecta directamente la posibilidad de cumplir con las metas fijadas para el Plan y genera costos y diferentes estrategias adaptativas en cada región. Además, los diagnósticos sólo se escanean como respaldo físico (para fines de auditoría), pero al menos hasta 2016 no existe gestión de esa información.

Asimismo, algunos critican una eventual insuficiencia en la participación en la negociación de las metas de cada región, las que son definidas desde el nivel central. Esto habría sido corregido en las metas 2017, que consideraron el personal disponible en cada región. En cambio, la repartición de las empresas a intervenir al interior de las regiones, es percibida como ecuánime.

Los incentivos asociados a las metas son otro elemento que tensiona la implementación del Plan de Intervención Básica, principalmente porque acota los tiempos que pueden dedicar a la intervención y obliga a privilegiar cantidad sobre calidad. El trabajo se configura en torno al cumplimiento de estas metas, dejando fuera otras actividades que no son medidas por los indicadores asociados a incentivos y restringen el apoyo que se puede dar a las empresas en el marco del propio Plan. Por ejemplo, al contabilizarse solo una capacitación por RUT de la empresa, no se alienta un mayor número de capacitaciones o acciones más profundas, que pueden ser costo efectivas.

En otro orden, las capacitaciones masivas para varias empresas afectadas por riesgos similares son una medida no contemplada como parte del Plan Básico, sino que se organiza de modo paralelo y sin una planificada relación entre ambas. Estas capacitaciones masivas, si se lograran relacionar con el Plan Básico, podrían ser costo efectivas. Al parecer, esto se da sólo para la construcción (programa Construyo Chile) y para las empresas derivadas a un protocolo de vigilancia. La falta de integración de estas iniciativas podría deberse a la falta de gestión de información de siniestralidad de las empresas del Instituto de Seguridad Laboral y a la tensión que producen los incentivos asociados a las metas, que dejan poco espacio para más acciones de este tipo. También se menciona que cuando se hacen capacitaciones, los prevencionistas son quienes deben reclutar a empresas que ya hayan atendido y que se puedan interesar en una determinada temática.

3.3.2 Teoría del cambio en la implementación

Para estudiar la implementación del Plan de Intervención Básica, se utiliza como herramienta de análisis la Teoría del Cambio desarrollada a nivel de diseño. Así, a partir de los levantamientos realizados se señalarán las necesidades y problemas, las actividades e insumos, los productos, resultados intermedios, y los resultados finales involucrados en el plan.

Los entrevistados comparten la premisa que está a la base de la priorización de los esfuerzos: hay empresas con un mayor riesgo de accidentes y enfermedades laborales que otras. Además, las empresas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral presentan un riesgo mayor al promedio nacional al ser en general,

empresas pequeñas y con un bajo conocimiento sobre la normativa y las medidas de prevención. Asimismo, el tipo de riesgo varía de acuerdo a la región en la cual se encuentran.

Sobre la forma en que se realiza la priorización, los funcionarios en regiones consideran que sería positivo que tuviesen mayor injerencia en la determinación del listado de empresas. Aunque esto no fue profundizado en las entrevistas, se puede especular que podría reflejar ya sea que hay variables de riesgo que se pueden observar en la región y no son captadas en los indicadores utilizados, o bien que debería adaptarse el qué y cómo se pondera a la realidad regional. Por otra parte, hay poco margen para que las regiones atiendan a empresas que no están priorizadas, porque las metas son exigentes e incluyen sólo las priorizadas.

En la priorización se critica también que se incluyen empresas con bajo riesgo relativo. Esto podría deberse a la volatilidad de las empresas afiliadas y a que hay empresas que no saben cómo realizar el trámite para la rebaja de la tasa.

En cuanto a las actividades de diagnóstico, capacitación y verificación, los actores tienen una opinión más favorable. Se valora la entrega de información básica y la verificación de las prescripciones hechas en el diagnóstico. No obstante, se critica el tiempo breve en que, debido a las metas, se tienen que implementar estas actividades, particularmente las medidas y la capacitación.

Los jefes de prevención regional en general, actualizan a los prevenicionistas sobre el programa, los instrumentos y metas asociadas cuando llega la información desde el nivel central.

No habría problemas con los instrumentos y actividades asociadas al plan de intervención básico, pero sí respecto al conocimiento que tienen los prevenicionistas de los protocolos de vigilancia, lo que ocasionaría a veces problemas con la derivación. Si bien en 2016 se realizaron cursos en Santiago sobre los distintos protocolos, estos cursos fueron considerados muy breves para la complejidad que presentan estas materias.

El formulario de diagnóstico 2016 es considerado útil, práctico y adaptable a las distintas empresas. No obstante, se valoran las modificaciones que se introducen para 2017, que permitirán escribir menos e incorporar una matriz de riesgo para la empresa.

En cuanto a los productos de la teoría del cambio, existen dos puntos críticos. El primero refiere a los problemas del instrumento para focalizar la intervención en las empresas más riesgosas. El segundo es que las derivaciones a programas de vigilancia se sustentan en el criterio del prevenicionista, que a veces no conoce a cabalidad todos los protocolos que se pueden aplicar. Para subsanar esto último, se propone que exista una herramienta que ayude al prevenicionista en la detección de la necesidad de derivar a los distintos protocolos de vigilancia.

Se reconocen elementos que obstaculizan alcanzar los resultados intermedios y finales: el bajo nivel educacional de los empleadores, los escasos recursos con los que cuentan las empresas y el corto tiempo de permanencia de algunas empresas. Entre los facilitadores destacan las estrategias adoptadas por los prevenicionistas para que las empresas los vean como asesores, para la mejora de sus empresas y que las empresas hayan sido multadas o hayan sufrido



accidentes laborales previamente o requieran alguna certificación o patente.

Según la información recabada en las entrevistas, algunos resultados intermedios son alcanzados y serían:

- a. Conocimiento sobre el Instituto de Seguridad Laboral y los beneficios asociados a la afiliación.
- b. Mayor conocimiento en prevención (aunque depende de la disposición de las empresas intervenidas).
- c. Mayores demandas sobre el Instituto de Seguridad Laboral una vez que se enteran de los beneficios de pertenecer a éste.

En contraste, el cambio cultural y la toma de conciencia sobre la seguridad en el trabajo es el punto más problemático, por la corta duración de la intervención. No obstante, se facilita si el administrador toma conciencia de la importancia de la prevención y realiza recordatorios periódicos a los trabajadores.

En cuanto a los resultados finales, para los entrevistados existe una dificultad para la medición de estos, puesto que no hay una estabilidad en las políticas de prevención que permita evaluarlas, ni tampoco una sistematización de información que permita medir los impactos.

3.4 Conclusiones de análisis cuantitativo de resultados

Se levantó una encuesta de percepción a 693 empleadores (350 empleadores intervenidos y 343 no intervenidos), afiliados al Instituto de Seguridad Laboral y se realizaron análisis econométricos con

datos de registro de más de 500.000 empresas afiliadas, buscando medir relaciones causales sobre resultados intermedios y finales.

3.4.1 Análisis de la Encuesta

En términos generales, se comprueban varias de las nociones recogidas en el levantamiento cualitativo. Así, se encuentra un importante nivel de desconocimiento sobre la afiliación al Instituto de Seguridad Laboral por parte de los empleadores no intervenidos. Esto es coherente con la investigación cualitativa y se explicaría por la condición de administrador “por defecto” que tiene el Instituto de Seguridad Laboral.

Por otro lado, existe una baja percepción del riesgo en el trabajo, tanto entre los intervenidos como los no intervenidos. Esta percepción se da por parte de los empleadores respecto a su empresa y su rubro. A su vez, la encuesta mostraría que los empleadores del sector de la construcción y fabricación metálica tendrían una percepción relativamente alta de riesgos en su sector económico. Por otro lado, existe una apreciación bastante positiva de la intervención por parte de los empleadores, tanto sobre las capacitaciones como sobre las prescripciones realizadas. Además, las respuestas muestran una positiva evaluación de las capacidades y conocimientos de los prevencionistas por parte de los empleadores.

Un aspecto especialmente relevante que recoge la encuesta es que tanto para nivel de conocimiento de las obligaciones legales, como del cumplimiento de éstas, existe evidencia sugerente de que el Plan de Prevención es efectivo en la mejoría de los resultados intermedios. Esto es coherente con lo

levantado en el análisis cualitativo, en cuanto al rol de “normalización” que tienen las intervenciones. Esta diferencia estadísticamente significativa se ve comprobada en el análisis de impacto sobre los resultados intermedios que se presentan a continuación.

3.4.2 Análisis de Impacto

Se utilizó el método de diferencias en diferencias en datos de panel y un método de matching para evaluar el impacto que las intervenciones del Instituto de Seguridad Laboral tienen en los días perdidos de las empresas inscritas, a modo de proxy de la tasa de siniestralidad (resultado final) y mejora del conocimiento y cumplimiento de la normativa (resultados intermedios).

En cuanto a los resultados intermedios, se utilizó el método de diferencias en diferencias que calcula el efecto de un programa en una variable de resultado, comparando el cambio promedio del indicador de interés del grupo de tratamiento, con el cambio promedio en el mismo indicador del grupo de control. El sentido de este estimador es que cuando se observa al mismo individuo antes y después de un programa y se computa una simple diferencia en el resultado para dicho individuo, se elimina el efecto de todas las características observables y no observables específicas de esa persona que son constantes en el tiempo y que podrían estar afectando los resultados del individuo.

Aplicando este método al grupo de tratamiento y control encuestado se obtuvo que la intervención causaría un aumento promedio de 0,534 desviaciones estándar en el conocimiento de la normativa de seguridad y salud en el trabajo y un aumento promedio

de 0,595 desviaciones estándar en el cumplimiento de las normativas de seguridad y salud en el trabajo. Esto es una evidencia robusta y significativa de que la intervención tendría impacto sobre los resultados intermedios buscados.

En cuanto a los efectos finales, se utilizó el método diferencia en diferencia (Dif in Dif) con información longitudinal mensual para el período enero 2015 a noviembre 2016 (máximo disponible a la fecha de realización de la evaluación). También se empleó el método de matching, con Propensity Score (PS) para estimar el impacto de las intervenciones del Instituto de Seguridad Laboral. Al evaluar la totalidad de empresas con ambos métodos, no se encontró evidencia de un efecto significativo del tratamiento sobre los días perdidos.

4. Síntesis general de brechas detectadas y recomendaciones

En esta sección resumimos un conjunto de recomendaciones que constituyen una estrategia integrada de mejoramiento de las acciones de prevención de accidentes y enfermedades del Instituto de Seguridad Laboral, que incluyen, pero no se restringen al plan básico de prevención y que no reiteran los aportes ya citados en el análisis de las entrevistas. Estas recomendaciones son el resultado de la síntesis de brechas detectadas luego del levantamiento multidimensional realizado y buscan dar cuenta de la problemática desde una perspectiva integral.

(1) **Valor público:** Realizar actividades deliberativas con stakeholders en el marco de generar una definición más precisa de cuáles son



los resultados que debería perseguir el Instituto de Seguridad Laboral (para qué, qué) e identificar si el plan es la forma adecuada de alcanzarlo (cómo).

La fijación de metas en términos de empresas atendidas en el plan básico hace que los equipos regionales de prevencionistas se concentren fuertemente en cumplir las metas cuantitativas establecidas. Cabe reflexionar sobre si es correcto que el Instituto de Seguridad Laboral se concentre en la ejecución de este plan o si por el contrario, sería conveniente partir por una definición más precisa de cuáles son los resultados que debería perseguir el Instituto de Seguridad Laboral (para qué, qué) y si el plan es la forma adecuada de alcanzarlo (cómo). Estas son definiciones estratégicas al nivel de la organización que exceden el plan y lo enmarcan con precisión. En la administración pública moderna, el paradigma del valor público desarrollado por Moore (1993), Bennington & Moore (2011) y desde una perspectiva crítica, Bozeman (2007), sugiere para esto un proceso deliberativo en que deberían participar los distintos stakeholders (la identificación precisa de los stakeholders es un tema que retomamos más adelante). Esta es una forma de generar una estrategia que rompe el molde impuesto por el New Public Management (NPM), que enfatiza solo productividad, eficiencia y explicitar lo que los filósofos clásicos llamaron el interés general.

Este proceso podría dar respuesta a lo planteado por algunos entrevistados en regiones, en cuanto a que algunas metas podrían replantearse en relación a su foco. Así, el valor público que produce la institución se reduce de hecho a lo que está establecido en las metas, pero esta definición de lo que es valioso y debe producir la organización no parece compartida por todos sus miembros. En ausencia de una definición

explícita y deliberada de “valor público deseable” no es posible saber por ejemplo, si efectivamente lo que se deja de hacer por cumplir las metas es más valioso que privilegiar el cumplimiento de la meta, en

términos de aportar a ese valor público.

Es probable que este proceso no arroje nada muy diferente en el objetivo (reducción de accidentes y enfermedades laborales), pero puede generar innovaciones en el cómo alcanzarlo, tanto mejorando el plan como explorando alternativas complementarias, algunas de las cuales se discuten más adelante. Además, el proceso es valioso en sí ya que alinea a la organización hacia un objetivo común y construye un relato épico de sentido del quehacer y pertenencia a una organización y un proyecto.

(2) **Gestión por valor público:** Ligar una definición más precisa de cuáles son los resultados que debería perseguir el Instituto de Seguridad Laboral (qué, para qué) y si el plan es la forma adecuada de alcanzarlo (cómo) con indicadores más integrales y determinación de carga de trabajo.

En este marco también podría discutirse sobre el énfasis que tienen las metas del plan de asesoría respecto a otras funciones. Esto va más allá que las metas anuales sean adecuadas para asegurar el cumplimiento de los fines del plan de prevención, tema que también debiese ser abordado. Por ejemplo, si los entrevistados hubiesen tenido tiempo de asesorar más profundamente a las empresas que se mostraban interesadas en trabajar con el Instituto de Seguridad Laboral, quizás podrían haber abordado por ejemplo, la modificación de la organización del trabajo, que es una de las debilidades que se critica al plan básico. Este trabajo podría ser costo efectivo en la reducción de accidentes y enfermedades.

En este sentido, una definición más clara de los objetivos que se quieren lograr (como ocurriría en un proceso deliberativo sobre el valor público), podría contribuir a la definición de indicadores más precisos de resultados y haría posible evitar metas por insumos. Esto debería permitir una mayor flexibilidad de la gestión regional sobre la base de alcanzar en forma más efectiva y eficiente los resultados deseados.

También en reiteradas ocasiones se menciona la necesidad de contar con más prevencionistas, con el fin de poder hacer un mayor seguimiento a las empresas y a su vez aumentar la cobertura de empresas asesoradas. Al definir con más precisión un resultado deseable, se pueden definir estándares y dotaciones asociadas a la cadena de valor necesaria para producir esos resultados. La reflexión sobre cómo lograr en forma más efectiva el valor público deseado, podría producir maneras de intervención que acercan el conocimiento experto a los usuarios, sin necesariamente requerir un mayor número de prevencionistas como se describe más adelante.

(3) Gestión de la información y del conocimiento: Diseñar e implementar un sistema de gestión de información y del conocimiento.

Aunque los entrevistados indican que la simple disponibilidad de estadísticas sería útil para mejorar la gestión del Plan, un sistema de gestión de información o del conocimiento ofrece posibilidades mucho más allá de la estadística. Por ejemplo, a partir de los problemas más comunes, un análisis más profundo de las medidas más apropiadas; un análisis de la calidad de los diagnósticos y las recomendaciones; cruce de esta información con resultados obtenidos; etc. Otras recomendaciones mencionadas tanto por

prevencionistas como por algunos usuarios, son la entrega de mayores herramientas educativas para el uso en las capacitaciones y la idea que las empresas realicen un acto de afiliación con el Instituto de Seguridad Laboral, así como lo realizan en las mutuales, para tener un mayor conocimiento sobre los usuarios atendidos, lo que va en pos de mejorar las bases de datos actuales.

Todas estas posibilidades tienen que ver con los sistemas de información y a partir de estos, la generación de conocimiento para mejorar la toma de decisiones. El problema de la información es una debilidad importante de la organización que si bien ha mejorado, dificulta avanzar en la efectividad y eficiencia de sus actuaciones. El origen de muchos problemas se sitúa en que no existe una puerta de entrada (afiliación) y salida (desafiliación por cambio a mutual, cese de actividades o cierre) en que se pueda hacer un registro adecuado de la información relevante de las empresas. La recomendación del panel de expertos es abordar este problema generando un trabajo colaborativo con otros servicios públicos. Por ejemplo, la Superintendencia de Seguridad Social (con la que ya se han hecho esfuerzos de coordinación) podría actualizar las empresas que se trasladan a una mutual o la abandonan (sin afiliarse a otra) y el Servicio de Impuestos Internos podría informar sobre las empresas que cesan sus actividades. Al mismo tiempo, el SII podría informar a la Superintendencia de Seguridad Social de las empresas que inician actividades y ésta filtrar aquellas que no se han afiliado a una mutual. Esta colaboración permitiría mantener una base de datos más actualizada y con mejor información que la actual. Al mismo tiempo, se podría obtener información relevante de los trabajadores a partir de sus RUT, con otros servicios públicos.



La Superintendencia de Seguridad Social podría coordinar la información necesaria para obtener historias de vida de los trabajadores, que es necesaria para estimar la exposición que han tenido a agentes de riesgo y a partir de ahí, el peligro de que desarrollen enfermedades profesionales. Gestionar la información de estas trayectorias laborales es importante para generar acciones preventivas adecuadas y reducir la incidencia de enfermedades del trabajo.

Mejor información sobre las empresas y trabajadores tendrá efectos positivos inmediatos sobre la implementación del plan y a la vez, hará factible avanzar hacia sistemas de información más complejos. En particular, se podría progresar hacia un sistema que permita el aprendizaje de la organización. Un dispositivo central para esto sería un sistema de información sobre los diagnósticos y de seguimiento del impacto de las acciones. Esto es necesario para poder aprender sobre lo que funciona y lo que no.

Al mismo tiempo, se debe hacer un uso más intensivo del conocimiento experto para facilitar la labor de los empleadores, trabajadores y prevencionistas a través de la generación de instrumentos para el diagnóstico de riesgo de accidentes y presencia de agentes de riesgo de enfermedades profesionales (incluyendo mejores instrumentos para la detección de la necesidad de derivar a los distintos protocolos de vigilancia), el diseño de un plan de mejoras, así como

recomendaciones para su correcta implementación y evaluación y por otra, protocolos para la prevención y vigilancia de enfermedades profesionales y para la generación de capacitaciones, que incluyan material pedagógico sobre los objetivos de cada unidad, sus contenidos, las competencias que se deben desarrollar y un modelo de capacitación.

Un sistema de gestión del conocimiento permitiría, a través de la evaluación de la implementación, los resultados intermedios y los impactos, ir perfeccionando todos los instrumentos.

(4) Universalizar cobertura: Universalización del diagnóstico, colocando la responsabilidad de realizarlo en el empleador y generando instrumentos que permitan su auto aplicación. Asimismo, poder auto aplicar un instrumento para formular un plan de mejoramiento¹³. Las herramientas deberían variar por rubro y por tamaño de empresa. En su papel de apoyo técnico del proceso, el Instituto de Seguridad Laboral podría generar capacitaciones masivas para empleadores y trabajadores.

Relacionado con la necesidad de generar mejores instrumentos y siguiendo la experiencia de algunos países líderes en la materia, se puede avanzar hacia la universalización del diagnóstico colocando la responsabilidad de realizarlo en el empleador y generando instrumentos que permitan la auto aplicación. Asimismo, con posterioridad al diagnóstico, el empleador debiera poder auto aplicar un instrumento para formular un plan de

13.- El comité de expertos identifica al menos los siguientes rubros con requerimientos especiales: minería, pesca, agroindustria, industria, construcción, y comercio.

mejoramiento. Esto permitiría avanzar hacia una cobertura mayor de empresas y trabajadores que diagnostiquen los riesgos a los que se enfrentan y generen medidas para mitigarlos. Los instrumentos deberían variar por rubro y por tamaño de empresa.

En este contexto, el Instituto de Seguridad Laboral podría especializarse en servir de mesa de ayuda y apoyar técnicamente este proceso, además de responsabilizarse de la generación y permanente actualización técnica (sobre la base del sistema de gestión del conocimiento indicado más arriba) de los instrumentos para facilitarlos. En su papel de apoyo técnico del proceso, podría generar capacitaciones masivas para empleadores y trabajadores.

Nótese que esta medida tendría mayor fuerza si se acompaña de un cambio a nivel normativo, lo que podría ser complementado con una mayor fiscalización por parte de los organismos que cumplen esta función.


(5) Colaboración entre instituciones: Fomentar acuerdos de colaboración con instituciones de educación superior, instituciones fiscalizadoras y mutuales privadas.

En las entrevistas se sugiere que el Instituto de Seguridad Laboral asuma una función de conexión de sus empresas afiliadas con la oferta de otros servicios públicos y que incluso las conecte con fondos a los cuales podrían tener acceso y con quienes sería valioso trabajar por ejemplo, en la reorganización del trabajo para mejorar la prevención de accidentes y enfermedades laborales, que es un aspecto crítico ausente en la estrategia actual.

En el proceso deliberativo de construcción del valor público pueden surgir muchas otras áreas de colaboración. Para esto es crucial la correcta identificación de los stakeholders relevantes. En el panel de expertos por ejemplo, surgió la posibilidad cierta de que las universidades e institutos profesionales que forman en prevención, colaboren con el Instituto de Seguridad Laboral en diversas materias que pueden contribuir a la formación práctica de los estudiantes. Por ejemplo, se menciona que los estudiantes pueden realizar prácticas en el Instituto de Seguridad Laboral, apoyando en terreno las tareas de la organización, liberando tiempo de los prevenciónistas para responder a demandas que los distraen de los procesos esenciales de producción de valor. Otros ejemplos incluyen apoyar a los empleadores en la generación de reglamentos más pertinentes a cada empresa, la confección de protocolos para casos de emergencia o el cumplimiento de la ejecución y registro efectivo de la obligación de informar a los trabajadores sobre las medidas de prevención de los riesgos laborales presentes y los métodos de trabajo correctos, según lo establece el art. 21 del D.S. n° 40, que son 3 aspectos débiles detectados en el diagnóstico. También la generación de proyectos de titulación en ámbitos que sean de interés para el Instituto de Seguridad Laboral, etc.

El fomento de la competencia como principal función de la Superintendencia es discutible, especialmente en un escenario en que solo existen cuatro proveedores, dos de los cuales concentran y han descremado el mercado. Más aún en un contexto en

14.- El comité de expertos identifica al menos los siguientes rubros con requerimientos especiales: minería, pesca, agroindustria, industria, construcción, y comercio.



que hay grandes ganancias potenciales de la acción colaborativa entre mutuales e Instituto de Seguridad Laboral, y de estos con los servicios de salud y otras instituciones públicas. Un ámbito destacado por el comité de expertos es, en la medida que sea factible, compartir bases de datos en beneficio mutuo. Asimismo, el adecuado combate de las enfermedades profesionales requiere la colaboración entre aseguradoras, para construir información sobre trayectorias laborales que permita determinar una historia de la exposición a agentes de riesgo para cada trabajador. Este esfuerzo de pasar desde una lógica de competencia a una de colaboración, requiere de iniciativas de acuerdo y voluntad que están sujetos al contexto político nacional.

En la línea anterior, podría colaborarse en la generación de buenos instrumentos de diagnóstico y planificación, o de herramientas de capacitación, e incluso en el desarrollo de sistemas que permitan la evaluación y la integración de aprendizajes para, a partir de ahí, perfeccionar los instrumentos y su aplicación, así como una adaptación más pertinente a la realidad regional y a los distintos rubros. Esta colaboración podría darse no solamente con las mutuales, sino también con los organismos fiscalizadores ya que hay muchos elementos comunes en lo que tiene que observar cada uno y lo que debiera generar correcciones y debería abarcar los instrumentos y los sistemas de información. Por el momento, todos se están concentrando en el cumplimiento de la normativa, pero en el futuro las aseguradoras deberían desplazar su atención hacia la promoción del mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo, por encima de los mínimos normativos que deben resguardar los entes fiscalizadores.

(6) Papel de los trabajadores y empleadores: Revisar el papel de los trabajadores y los acuerdos entre empresarios y trabajadores en futuras versiones del plan de prevención.

La revisión de la implementación mostró que lo predominante en la primera visita es una conversación con el empleador o administrador y una inspección de las instalaciones. La participación de los trabajadores en el plan parece limitarse a la asistencia a la capacitación. El panel de expertos sugiere que la negociación y el acuerdo entre trabajadores y empleadores son piezas importantes en la implementación y el éxito de los planes de prevención en otros países. Es por esto que se sugiere revisar el papel de los trabajadores y los acuerdos entre empresarios y trabajadores en futuras versiones del plan de prevención. Al mismo tiempo, los trabajadores son stakeholders importantes que debiesen participar en la discusión respecto al valor público que produce el Instituto de Seguridad Laboral y sobre cómo debiese ser creado.

El panel de expertos también resaltó el trabajo que debía hacerse, más allá de la capacitación, para que se tome consciencia de la importancia de la prevención de riesgos, especialmente entre los empleadores ya que esto puede provocar cambios en la gestión y tener efectos importantes, con pocos recursos adicionales para llevarse a cabo.

(7) Modelo de gestión: De no avanzar hacia modelos de gestión por resultados de valor público, se sugiere que las metas sean definidas con mayor participación de regiones.

Se propone que el plan de prevención vaya más allá de lo básico del cumplimiento de la normativa,

avanzando hacia procesos de trabajo más seguros y una reducción gradual de los riesgos. Asimismo, se indica que en el futuro se dé mayor importancia a las enfermedades profesionales y se protocolice mejor la detección, se perfeccionen los protocolos de vigilancia y se desarrollen nuevos.

De no avanzar hacia modelos de gestión por resultados de valor público, que representaría un cambio importante en el modelo de gestión, se sugiere que las metas sean definidas con mayor participación de regiones. Al ser un derecho de los trabajadores, es importante que no se excluyan a determinadas áreas geográficas por la distancia de la capital regional, aunque los presupuestos limitados entran en conflicto con una lógica de derechos. Cambios como los sugeridos previamente tienden a mover estas restricciones.

(8) Estabilidad y homogeneidad de programas de prevención: Resguardar que los cambios al plan de prevención respondan a una lógica técnica bien justificada y evaluable, que vaya permitiendo la acumulación de conocimientos.

En las entrevistas se menciona que es necesario dar más estabilidad a los programas para poder evaluar sus resultados. Sin embargo, con un buen sistema de información y de gestión del conocimiento, esto no sería necesario ya que, en la medida que se vaya generando aprendizajes, se deben introducir correcciones y mejoramientos en una forma sistemática, en un proceso virtuoso de retroalimentación. Lo que es necesario resguardar es que los cambios respondan a una lógica técnica bien justificada y evaluable, que vaya permitiendo la acumulación de conocimientos.

Esto no significa que deba haber un modelo único de programa, idéntico para todas las regiones del país. Hubo concordancia en el panel de expertos en que debe haber una flexibilidad regional e incluso provincial.

(9) Fortalecimiento de capacidades: Junto a la Superintendencia de Seguridad Social, definir competencias básicas, hacer una evaluación de estas competencias en los funcionarios y diseñar e implementar un plan de capacitación integral

El estudio ilustró ámbitos en que las capacidades de los equipos nacionales y regionales del Instituto de Seguridad Laboral deben ser fortalecidas. Si bien este no es el foco de esta investigación, se sugiere que en el marco de una relación más colaborativa con la SUSESO, se definan competencias básicas, se haga una evaluación de estas competencias en los funcionarios y se diseñe un plan de capacitación que se debe ir actualizando sobre la base de su ejecución y sus logros.

(10) Modelo de focalización: Revisar modelo de focalización teniendo en cuenta cuáles debiesen ser sus criterios y analizar el mecanismo más apropiado para integrar la realidad regional

El modelo de focalización presentaba debilidades principalmente por la calidad de la base de datos, pero también porque no era clara su justificación técnica ni su capacidad predictiva. Se recomienda revisar cuales debiesen ser los criterios de focalización y analizar el mecanismo más apropiado para integrar la realidad regional, tanto aquella que se detecta en variables que miden las bases de datos como en el conocimiento tácito que tienen los funcionarios regionales.

Bibliografía

Arocena, P. & Núñez, I. "An empirical analysis of the effectiveness of occupational health and safety management systems in SMEs," *International Small Business Journal*, 2010, 28 (4), 398-419.

Brahm, F. & Singer, M., "Is more engaging safety training always better in reducing accidents? Evidence of self-selection from Chilean panel data," *Journal of Safety Research*, 2013, 47, 85 - 92.

Becker, S., Ichino, A., 2002. Estimation of average treatment effects based on propensity scores. *The Stata Journal* 2, 358-377

Bennington, J., Moore, M., 2011. *Public Value: Theory and Practice*. Palgrave Macmillan

Bosaka, J. et al. "Safety climate dimensions as predictors for risk behavior". *Accident Analysis and Prevention* 55 (2013) 256- 264

Bozeman, B. (2007). *Public Values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Michael J. Burke, Sue Ann Sarpy, Kristin Smith-Crowe, Suzanne Chan-Serafin, Rommel O. Salvador, and Gazi Islam. Relative Effectiveness of Worker Safety and Health Training Methods. *American Journal of Public Health: February 2006, Vol. 96, No. 2, pp. 315-324.*

Cagno, E., Micheli, G. & Perotti, S. "Identification of OHS-related factors and interactions among those and OHS performance in SMEs," *Safety Science*, 2011, 49 (2), 216 - 225.


Card, D., Krueger, A., 1994. Minimum wages and employment: a case study of the fast-food industry in New Jersey and Pennsylvania. *American Economic Review* 84, 772-793.

García Rodríguez, Y. et al. "Análisis y Evaluación de la Incidencia de la Percepción de Riesgos en las Conductas de Seguridad en el Ámbito laboral". Universidad Complutense de Madrid. Julio DE 2009.

Galizzi, M & Tempesti, T. "Workers' Risk Tolerance and Occupational Injuries". *Risk Analysis*, Vol. 35, No. 10, 2015.

Gertler, P. J., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. M. (2011). *Impact Evaluation in Practice; La Evaluación de Impacto en la Práctica*. World Bank Publications.

Jalan, J., Ravallion, M., 2003. Estimating the benefit incidence of an antipoverty program by propensity-score matching. *Journal of Business and Economic Statistics* 21, 19-30



Kattel, R., Cepilovs, A., Drechsler, W., Kalvet, T., Lember, V., & Tõnurist, P. (2013). Can we measure public sector innovation? A literature review. LIPSE Working Papers (no. 2)

MacEachen, E. et al., "Workplace Health Understandings and Processes in Small Businesses: A Systematic Review of the Qualitative Literature," Journal of Occupational Rehabilitation, 2010, 20 (2), 180-198.

Rodríguez-Garzón I. et al. "Association between Perceived Risk and Training in the Construction Industry". J. Constr. Eng. Manage., 2015, 141(5).

Rosenbaum, P. R., Rubin, D. B., 1983. "The central role of the propensity score in observational studies for causal effects". Biometrika 70, 41-55.

Roberts, M., Whited, T., 2013. "Endogeneity in empirical corporate finance". En G. Constantinides, M. Harris, R. Stultz, Handbook of the Economics of Finance, North Holland Press.

Vivek V. Khazode , J. Maiti , P.K. Ray. "Occupational injury and accident research: A comprehensive review". Safety Science. 50 (2012) 1355-1367

Documentación institucional

DIPRES (2015), Balance de Gestión Integral del Instituto de Seguridad Laboral

DIPRES (2014), Evaluación del Gasto Institucional Instituto de Seguridad Laboral 2009 - 2013

ISL (2016), Misión y objetivos del ISL. Disponible en < <http://www.isl.gob.cl/inicio/acerca-isl-portadilla/mision-objetivos-y-valores/>>

ISL (2016), Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2016), Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

SUSESO (2015), Circular N° 3193

Ley N° 20.255 de 2008

Ley N° 18.689 de 1988

Ley N° 16.744 de 1968

Ley N° 16.395 de 1966

Decreto N°40 de 1969

Unidades de Salud Ocupacional: Características, contribuciones y condiciones para su instalación a nivel local



Gonzalo Tassara O. ¹
Silvania Mejías G. ²

Resumen

El presente artículo tiene por objeto dar cuenta de los resultados del estudio realizado entre los meses de noviembre de 2016 y enero de 2017 en las regiones de Coquimbo, Los Ríos, Araucanía y Aysén, acerca de las principales características y las condiciones necesarias para la exitosa instalación de Unidades de Salud Ocupacional (USO) a lo largo de Chile. A partir de este trabajo, se han revelado las enormes potencialidades que tienen este tipo de unidades en materia de política pública en las áreas de salud y trabajo, impactando en temas tan diversos como son la instalación del tema de la salud laboral en el sistema de salud a nivel local; el acceso a una atención médica oportuna, especializada y sin distinción ni discriminación a los/as trabajadores/as protegidos por el seguro y por último, en el plano de la pesquisa, el registro y la correcta facturación y cobro por accidentes laborales, atacando vicios endémicos del sistema de salud y seguridad en el trabajo. Para que estos avances puedan materializarse se ha evidenciado como fundamental la voluntad política, el conocimiento y sensibilización en el tema y la coordinación inter institucional en su proceso de instalación y funcionamiento.

1.- Doctor en Sociología y Master en Metodología de la Investigación en CCSS de la Universidad Complutense de Madrid. Sociólogo de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

2.- Licenciada en Sociología, Universidad de Chile.

1. Presentación y contextualización

El Instituto de Seguridad Laboral en su calidad de organismo público y administrador del Seguro contra Accidentes y Enfermedades laborales, tiene como misión promover y garantizar a los trabajadores y trabajadoras, el ejercicio de sus derechos en materia de seguridad y salud laboral, potenciando el acceso universal de estos al seguro de salud, poniendo énfasis en los trabajadores independientes, trabajadores de pequeñas empresas, trabajadores sujetos a actividades informales y a todos quienes se encuentran en un mayor grado de vulnerabilidad, asegurando la pertinencia, oportunidad y calidad de las prestaciones y servicios entregados (ISL, 2017).

Dentro de ese contexto, es que en el Instituto de Seguridad Laboral se ha desarrollado la idea de potenciar la implementación de las Unidades de Salud Ocupacional (USO) dentro de la red pública de Servicios de Salud, para mejorar en materia de oportunidad y pertinencia la atención médica que se brinda a sus afiliados/as, así como también el registro de accidentes y enfermedades profesionales con que se cuenta actualmente. Este intento por asumir un rol protagónico en el proceso de instalación de las USO a nivel nacional, se ha visto refrendado en la creación en mayo del presente año³ de un comité para su establecimiento, por parte del Instituto de Seguridad Laboral.

Una USO puede ser entendida como una unidad hospitalaria, instalada en el Sistema Público de Salud,

dedicada ya sea desde una perspectiva administrativa o médica, al registro y atención de personas que han sido víctimas de accidentes laborales o enfermedades profesionales. Actualmente, hay 9 USOS operativas y con convenio de funcionamiento firmado, las cuales se distribuyen en 4 regiones del país (Antofagasta, Araucanía, Los Ríos y Aysén).

Además existen 7 USOS adicionales que se hallan en proceso de instalación, encontrándose elaborado el convenio de funcionamiento, pero aún faltando las firmas respectivas para proceder a su formalización y puesta en marcha. De ellas, una se encuentra en la Región de Arica y Parinacota, dos en la de Antofagasta, una en la Metropolitana y tres en la de Los Lagos. De instalarse estas 7 USOS adicionales, el país contaría con un total de 16 Unidades de Salud Ocupacional, distribuidas en 7 regiones del país, lo cual si bien aparece como un avance, aún es insuficiente como oferta pública para atender a los/as trabajadores/as chilenos/as en su conjunto⁴.

En la misma línea, actualmente se está llevando a cabo un proceso de normalización de la Ley 16.744 a través de "equipos Ley" conformados por personal de distintos organismos e instituciones públicas, tanto de la cartera de Salud como del área del Trabajo, donde el ISL también forma parte. Ellas buscan, a través de distintos procedimientos administrativos y financieros, pesquisar, registrar y notificar en los establecimientos de los Servicios de Salud, tanto los accidentes laborales como las enfermedades profesionales. Su objetivo es que se pueda avanzar en

3.- La formalización de la creación de este comité se da a través de la Resolución Exenta N° 93 del Instituto de Seguridad Laboral.

4.- Los datos acerca del avance en la instalación de las USO fueron proporcionados por la División de Seguridad y Salud en el Trabajo del Instituto de Seguridad Laboral.



la superación del no cumplimiento de los derechos que establece la normativa en cuestión, mejorar la tasa de notificación y denuncia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, dada la existencia de un importante nivel de subnotificación y también poner término al “subsidio cruzado” no cuantificado que se genera por el otorgamiento de prestaciones médicas a las y los trabajadores accidentados laboralmente o con enfermedad laboral, con cobertura del sistema previsional de salud común y no del seguro laboral (SEREMI-RM, 2009).

En este contexto es donde cobra relevancia la realización de este estudio, con el fin de avizorar las condiciones en que se instalan e implementan las Unidades de Salud Ocupacional, con miras a entregar una atención médica integral dentro de los establecimientos que son parte del Sistema Nacional de Servicio de Salud.

El objetivo central de la investigación que da sustento a este artículo ha sido describir y analizar las características generales que presentan las Unidades de Salud Ocupacional y las condiciones necesarias para la instalación exitosa a nivel nacional, concentrándonos en el conocimiento de buenas prácticas y aportes en esta materia, en las condiciones necesarias para su instalación y en los facilitadores y obstaculizadores tanto para su instalación como para su funcionamiento. Con todo esto, se elaborarán una serie de recomendaciones que aporten a la instalación de este tipo de unidades a lo largo y ancho del territorio nacional.

En las secciones que siguen se presenta la metodología utilizada y los hallazgos del estudio, los cuales han sido dispuestos en función de dos niveles. En primer lugar, se exponen los resultados caso a caso, abordando de modo particular las experiencias regionales analizadas, lo cual entrega información relevante respecto de las modalidades en que se ha avanzado en la implementación de las Unidades de Salud Ocupacional en el Sistema Público de Salud a nivel nacional. En segundo lugar, se exponen los elementos comunes o transversales que se manifiestan en todos los casos analizados y también los aspectos diferenciadores que pueden marcar distinciones importantes en las experiencias estudiadas, permitiendo llegar a conclusiones, respecto de los aportes que hacen las USO al contexto de la salud y seguridad laboral, como en lo referente a sus condiciones de instalación y operación.

2. Lineamientos Metodológicos

La investigación llevada a cabo por iniciativa del Instituto de Seguridad Laboral fue diseñada con la finalidad de indagar respecto a las condiciones de instalación de Unidades de Salud Ocupacional (USO) a lo largo del territorio nacional. Bajo ese parámetro, la investigación ha sido de carácter transversal y exploratorio, buscando constatar la realidad actual del proceso desplegado en distintas regiones de Chile, donde se han implementado dichas unidades de salud y también en donde se está pensando su instalación.

La metodología contenida en el diseño de investigación aplicado es de carácter cualitativa, en tanto se ha buscado describir y comprender la situación particular investigada. Según Taylor y Bodgan (1986), la investigación cualitativa es aquella en la que a partir de las palabras de las personas,

se producen datos descriptivos donde se funde entonces una mirada flexible y emergente a partir del propio diseño, el cual contempla una muestra no aleatoria, intencionada y alcanzable a partir de las posibilidades del equipo investigador, que tiene como objetivo central realizar hallazgos comprensivos.

El instrumento utilizado para la producción de información en el marco de este estudio, fue la entrevista semiestructurada, aplicada individual y grupalmente, dependiendo de cómo se dio en la práctica el trabajo de terreno. Para llevar a cabo el trabajo de campo, se contactó a los Directores Regionales del ISL, con quienes se delinea de manera premeditada qué actores era necesario entrevistar en el marco de esta investigación.

El terreno se desarrolló en las siguientes fechas y lugares que se detallan a continuación en el cuadro N°1:

Cuadro N°1: Especificación de fechas y lugares de terrenos realizados

Terreno	Fecha Inicio	Fecha Término	Ciudad	Región	Tipo de USO
1	28/11/2016	30/11/2016	Valdivia	XV Región de Los Ríos	Instalada
2	30/11/2016	01/12/2016	Temuco y Victoria	IX Región de la Araucanía	Por instalar e instalada en modalidad administrativa
3	14/12/2016	15/12/2016	Coyhaique y Puerto Aysén	XI Región de Aysén	Por instalar
4	04/01/2017	05/01/2017	Coquimbo y La Serena	IV Región de Coquimbo	Instalada en modalidad administrativa

Fuente: Elaboración propia.

En cada una de estas regiones, se entrevistó a un conjunto importante de actores relacionados con la instalación y funcionamiento de las Unidades de Salud Ocupacional. Entre ellos, se pueden contar a profesionales, administrativos, directivos y pacientes de la USO de Valdivia; funcionarios/as de COMPIN; funcionarios y directivos del ISL en todas las regiones visitadas; funcionarios y directivos de los Servicios de Salud y SEREMIS; Directores y funcionarios de Hospitales Públicos; funcionaria de la USO de Victoria y de la oficina de registro de accidentes laborales del Hospital de Coquimbo y funcionarios de los Gobiernos Regionales de las regiones visitadas.

Estas cuatro regiones fueron seleccionadas por su heterogeneidad en lo referente tanto a la cantidad y tipo de Unidades de Salud Ocupacional instaladas, como por las posibilidades que institucionalmente existen para la instalación de nuevas USO.

3. Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos de este estudio, abordando las particularidades de las experiencias por región, para luego dar cuenta de una mirada general del proceso de instalación de las USO. Finalmente, se expondrán una serie de recomendaciones para la instalación exitosa de este tipo de Unidades.

3.1. Análisis de casos

a) La USO modelo a nivel nacional: la experiencia del Hospital base de Valdivia.

Para comprender el funcionamiento y el éxito de la USO Valdivia, todos los entrevistados recurrieron a

realizar una reconstrucción histórica del proceso de instalación de la Unidad. Para esto debemos remontarnos a la década del noventa, momento en que realizaban la atención a los funcionarios del Hospital de Valdivia, modalidad conocida como atención intra sistema, para lo cual se contaba con pocas horas médicas, por lo que muchas veces se solicitaba al ISL que comprara prestaciones médicas a las mutualidades para dar una oportuna atención a los trabajadores.

El año 2007 se firma un convenio con el INP Sector Activo (predecesor del Instituto de Seguridad Laboral), que posibilitó ampliar el radio de acción de la USO a trabajadores extra sistema, posicionando a la USO como un prestador médico preferencial a los obreros y empleados que son cotizantes del Instituto de Seguridad Laboral. La iniciativa fue ideada y liderada por la Dra. Helga Jacque en su rol de Subdirectora Médica del Hospital en ese entonces, quien es considerada a nivel nacional como una referente en el tema. Además, el ISL es el responsable de tener las dependencias actuales de la USO en comodato y de proveer del mobiliario para su funcionamiento.

Dicha ampliación de la USO, llevó a la consolidación de un staff de profesionales médicos especialistas y de funcionarios administrativos que posibilitaron su funcionamiento, en relación a las funciones de la USO intrasistema, como además en lo referido a la atención de los accidentes laborales de los trabajadores "extra sistema". Además, se incorporó una funcionaria del ISL que contribuyó a la rápida identificación de los trabajadores extra sistema que demandan atención en la Unidad.

En términos de funcionamiento, dentro de la USO se entregan prestaciones médicas a obreros y

empleados de la región sin distinción más que la propiamente administrativa consignada en la Ley 16.744, que estén afiliados al Instituto de Seguridad Laboral como prestador del seguro contra accidentes laborales y enfermedades profesionales, lo cual permite llevar un registro de las atenciones por estos motivos. También se procesan las atenciones de urgencia de trabajadores que llegan al lugar o a la urgencia del hospital que sean afiliados a una mutualidad privada, realizando posteriormente el cobro respectivo al prestador correspondiente. Asimismo, la USO también tiene dentro de sus funciones atender los accidentes corto punzante de los alumnos de las carreras de la salud y también proporcionar atención médica a los funcionarios intra sistema que padecen afecciones propiamente laborales. Otra de las funciones que tiene a su cargo, por mandato del Servicio de Salud de la región, es realizar los exámenes pre-ocupacionales a todos quienes postulen a un cargo de la administración del Estado. Un tema no zanjado, hace referencia a la posibilidad de calificar los accidentes y enfermedades laborales, siendo una discusión actual entre los diversos organismos involucrados, la referida a si la Unidad debe tener esa potestad. Según lo comentado por el médico Jefe de la USO, en sus diez años de funcionamiento se ha atendido a cerca de 10.000 pacientes bajo el concepto Ley 16.744.

Existe consenso entre los entrevistados respecto a que la instalación de la USO ha arrojado muchas consecuencias positivas. Una de ellas, es la oportuna atención a los pacientes atendidos, lo que se relaciona con la priorización que se genera por su condición de trabajadores, recibiendo virtualmente en todos los casos, atenciones dentro de plazos que permitan su pronta reincorporación a sus procesos productivos y evitando que queden con secuelas

por no ser atendidos a tiempo. Por lo mismo, la USO gestiona el rápido acceso a horas médicas de especialidad en el hospital que no puede cubrir la USO a través de su equipo médico, asegura los traslados de los pacientes (ya sea a través del ISL o con el vehículo propio de la Unidad), incluso se preocupa de la alimentación de los trabajadores en algunos casos, con la finalidad de que la atención sea la más óptima posible. En cuanto a las prestaciones médicas, no sólo se atiende el accidente o el diagnóstico de la enfermedad profesional como tal, sino también existe un seguimiento y rehabilitación de los trabajadores, entregando una atención médica y psicológica integral.

En el caso de los trabajadores atendidos en la Unidad, se pudo apreciar en el trabajo de terreno que estos agradecen y valoran el cuidado integral recibido, donde se facilita el acceso a la atención que se otorga y que comparativamente a lo que se espera de la atención del hospital, la de la USO es mejor evaluada, valorando el tratamiento y las terapias de recuperación que son entregadas a los pacientes.

“Acá me han tratado muy bien, no tengo de que quejarme, todo ha sido bien (...) y por lo que yo he podido ver, todo funciona bien, y como equipo es muy bueno, como se manejan acá” (Paciente, varón, USO Hospital Base de Valdivia)

Por otra parte, la instalación de la USO ha posibilitado la generación de un proceso de concientización en el personal médico del hospital, dado que están más atentos a indagar la situación de pacientes que podrían presentar patologías asociadas a enfermedades laborales, lo cual también se replica en la admisión de urgencias: cuando llegan personas accidentadas y sus lesiones provocan sospecha en



cuanto a su naturaleza, cuestión que muchas veces tiene su causa en un ocultamiento consciente de su origen laboral, posiblemente por miedo a que su denuncia arrastre consecuencias en sus puestos de trabajo.


Que al interior de esta unidad se lleve un registro de los accidentes laborales y enfermedades profesionales posibilita en primer lugar, superar los niveles de sub-registro o sub-notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales y en segundo lugar, permite realizar el cobro a través del seguro contra accidentes laborales y enfermedades profesionales, lo cual significa un incremento en los ingresos de los servicios de salud a través de los hospitales, evitando el “subsidio cruzado” desde FONASA. Este implica que al no ser registrada una afección laboral como tal, es considerada de naturaleza común, lo que imposibilita hacer los cobros a los organismos administradores, siendo los costos asociados a la prestación médica cubiertos por el ente previsional del accidentado (FONASA o ISAPRE). En este contexto, se estarían mal utilizando los recursos públicos del Fondo Nacional de Salud, siendo muchas veces las mutualidades administradoras del seguro las que ganan al no prestar la cobertura vía seguro laboral.

Una de las limitaciones que los entrevistados vislumbran en el servicio que presta la USO es el horario de oficina en que ésta funciona, lo que muchas veces impide o dificulta la oportuna pesquisa de los accidentes laborales que llegan después del cierre de su funcionamiento. También los entrevistados señalan que muchos procedimientos requieren procesos bastante engorrosos desde el punto de vista burocrático, lo que obstaculiza el óptimo funcionamiento de las prestaciones que brinda la USO. Además, uno de los elementos que preocupa al

interior de la Unidad es que los recursos en dinero no siempre llegan a tiempo desde el Servicio de Salud, siendo un gran apoyo el pago oportuno que realiza el ISL por la atención de sus empleados afiliados. Por otra parte, la mayoría de los procedimientos administrativos que se vinculan con agentes externos a la unidad, se realizan a partir de buenas voluntades, ya que no existen documentos que estipulen y normen los procedimientos que se realizan.

Otro aspecto que juega muchas veces en contra del funcionamiento y reconocimiento de la Unidad, es que dentro de los establecimientos de salud pública, incluido el Hospital de Valdivia, existe un alto nivel de rotación de personal al que constantemente hay que estar capacitando y entregándole información referente a lo que significa la Unidad y qué función cumple. Por último, si bien todos los entrevistados señalan que la USO ha crecido en horas médicas y con ello la cantidad de personal que en ella se desempeña, un aspecto que incomoda a sus trabajadores son sus precarias condiciones contractuales, en tanto muchos se encuentran en prestación de servicios o a honorarios después de muchos años trabajando ahí. Esta inseguridad laboral conlleva, según los diversos entrevistados, a la pérdida de sentido de la labor que se realiza, lo cual los desincentiva profundamente en el cumplimiento de sus funciones.

En cuanto a las limitantes externas y desafíos que se requieren para seguir desarrollando una atención pública en salud ocupacional y con ello potenciando a la USO, se puede destacar en primer lugar que en Chile no existe la especialidad médica de Medicina del Trabajo, lo cual implica el desafío de abrir esta discusión e implementar formación de pregrado y postgrados en Universidades, para poder contar con médicos que se dediquen a la salud ocupacional



específicamente y que así nutran los staff de las USO. Otro factor relevante que muchas veces limita la instalación de USOs en los establecimientos de salud pública, es que no se cuenta con el espacio físico para desarrollar un programa de salud ocupacional como se da en el caso de Valdivia. En ese sentido, resulta fundamental la coordinación entre diversos actores y la voluntad política para que una USO pueda hacerse efectiva, en tanto aún no existe un proceso de institucionalización de ellas que posibilite que se convierta en un programa de salud validado a nivel país.

Asimismo, en este contexto parece ser que el proceso de normalización de la ley 16.744 resulta fundamental, ya que involucrar a los Servicios de Salud, las SEREMIS y los Hospitales Públicos a través de una instancia formal como es la mesa de normalización de la ley, permitirá que los actores primordialmente involucrados en la instalación de las USO puedan tener un espacio común y también establecer compromisos de normalización, para los cuales las USOs pueden ser un instrumento de concreción muy eficiente.

b) Experiencias USO en la Región de la Araucanía

En el caso de la Región de la Araucanía, actualmente se encuentran funcionando Unidades de Salud Ocupacional que cumplen funciones de facturación y registro en Purén, Traiguén, Victoria, Curacautín y Angol. En todas ellas, además existen horas de médicas especialistas asignadas para la atención de pacientes derivados por la ley 16.744. Según se nos narró en la región, un caso similar es el del Hospital de Villarrica en el que se cumplen también todas estas funciones, a pesar de no existir un convenio que formalice la existencia de la Unidad de Salud Ocupacional.

Para efectos de este estudio, se consiguió acceder a entrevistar a la funcionaria encargada de la USO del Hospital de Victoria, Unidad que resulta relevante dada su posición geográfica estratégica, en tanto a ella pueden acceder trabajadores accidentados desde diversos lugares de la región relativamente cercanos a dicha comuna.

El funcionamiento de esta Unidad de Salud Ocupacional se inicia en marzo de 2015 y su modalidad es diferente a la experiencia de Valdivia, ya que sólo se encarga de pesquisar, registrar y hacer la facturación correspondiente a los accidentes laborales. Dentro del hospital, se habilitó un espacio físico muy cercano a la admisión de urgencias para que la funcionaria a cargo pudiera desempeñar sus tareas, en tanto no estaban las condiciones para contar con una USO que fuese más allá de la prestación administrativa. Actualmente, esta Unidad no cuenta con equipo médico ni tampoco puede calificar accidentes laborales. Funciona en horario de oficina, de lunes a viernes, por lo tanto cada inicio de semana se debe revisar las atenciones de urgencia para captar accidentes laborales que fueron atendidos como accidentes comunes durante el fin de semana. En esta Unidad, se atiende de igual modo a través de los servicios médicos del hospital a trabajadores afiliados al ISL como a mutualidades privadas, sólo que después se gestiona el cobro al ente administrador del seguro correspondiente.

Por otra parte, la instalación de esta USO ha permitido generar acompañamiento a los accidentados y sus familias, prestándoles ayuda en el proceso que acarrea la atención vía seguro ley 16.744, gestionando incluso horas médicas a los pacientes, apelaciones a la COMPIN por licencias rechazadas, asesoría sobre



controles médicos, información respecto a los derechos del trabajador bajo la condición en que se encuentra, etc. Esto es valorado por los pacientes, dado que generalmente requieren apoyo para recibir cuidado de manera oportuna, aunque no exista en este caso atención prioritaria, respecto a las personas que llegan a la urgencia del hospital.

La implementación de esta USO ha permitido avanzar en la pesquisa de accidentes laborales y hacer cumplir las garantías que entrega la ley, lo que en términos de impacto financiero a través del registro de accidentes, ha posibilitado una recaudación bastante significativa para el hospital, lo cual se ve refrendado en que se pasó de recaudar diez millones al año por concepto de facturación de atención de accidentes laborales, a un monto de más de cincuenta millones anuales, según nos señaló la funcionaria entrevistada en el marco de esta investigación.

La funcionaria a través de su experiencia en estas instalaciones, señala que lo ideal en salud ocupacional es llegar al modelo de Valdivia y que lo fundamental para que una USO sea instalada en condiciones óptimas, es que se cuente con el apoyo del Hospital donde se anexe la unidad, permitiendo contar con recursos profesionales e insumos médicos para otorgar una prestación especializada y de calidad a los trabajadores.

Por otra parte, se debe señalar que el ISL de la región ha jugado un rol trascendental en impulsar y apoyar la instalación y funcionamiento de las Unidades de Salud Ocupacional. Tanto es así, que se encuentra trabajando coordinadamente con el Servicio de Salud de la región en un proyecto de instalación de la USO del Hospital de Temuco, la que pretende seguir un modelo similar al instalado en Valdivia,

pero en dependencias ajenas al hospital, para lo cual el Servicio de Salud ha contratado un profesional con vasta experiencia en materias de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Desde hace algún tiempo el ISL se ha configurado como un actor central en el ámbito de la instalación de las USO en la región, operando en la coordinación de acciones y generando espacios de concientización respecto al registro y denuncia de los accidentes laborales, dado que aquello posibilita el acceso oportuno y regular las prestaciones médicas correspondientes al seguro. Además, desde los discursos de los actores regionales involucrados en su instalación, esta USO debe pensarse a partir de un concepto de salud integral para los trabajadores, abordando tanto temas físicos como psicológicos, con el fin de entregar prestaciones médicas y preventivas que aumenten el bienestar general de los trabajadores de la región.

Respecto a las dificultades que se encuentran para sus procesos de instalación, los entrevistados de la región señalan que el establecimiento y funcionamiento de las USO muchas veces dependen prioritariamente de la voluntad política de las autoridades, por lo que la rotación de cargos directivos puede afectar negativamente en su continuidad. Por lo mismo, se visualiza como necesario normalizar su funcionamiento e institucionalizarlo a nivel legislativo para asegurar su existencia como política de Estado, considerando que se ha demostrado que su instalación trae resultados positivos tanto para los hospitales como para los trabajadores.

En el caso de esta región, la idea de constituir Unidades de Salud Ocupacional se vincula con la posibilidad de generar alternativas públicas de prestación médica

para accidentes laborales, con estándares de calidad por sobre los organismos privados. A pesar de esto, se mira con preocupación la falta de especialistas médicos para tratar enfermedades profesionales en el ámbito público, lo que se presenta como un obstáculo que, según algunos de los entrevistados, se podría superar con más incentivos económicos, al mismo tiempo que aumentando la formación de médicos especialistas en temas laborales. Para los entrevistados, además es fundamental que se capacite al personal en pos de que sea competente en distinguir entre accidentes laborales y comunes.

c) El caso de la Región de Aysén: viabilidad y proyección para la instalación de Unidades de Salud Ocupacional

Los hallazgos en la Región de Aysén nos indican que ya existirían incipientes Unidades de carácter administrativo, las que según los actores entrevistados, se encargan de registrar las denuncias de accidentes laborales, no debiendo ser confundidas con las Unidades de Salud Ocupacional que existen dentro del Servicio de Salud de la Región (desde el 2007) y sus hospitales (en el caso del Hospital Regional de Coyhaique existe desde el año 2010) y que tienen como función cubrir la atención médica y la vigilancia ocupacional de sus funcionarios (modalidad intra sistema), que están integradas por un staff médico de especialistas que cumple dichas funciones.

En el año 2010, a nivel de los servicios de urgencia en la región, se logra iniciar el trabajo de registro de accidentes laborales en la plataforma SINAISO, a través de la capacitación de personal, con la finalidad de hacer las distinciones entre accidentes comunes y laborales, lo cual arrojó un incremento en la

captación de estos últimos, sobre todo en el Hospital de Aysén, donde a partir de un plan piloto, bajo el contexto del plan de normalización de la ley 16.744, se establecieron mecanismos de registro que son vigentes hasta el día de hoy. En el caso del Hospital de Coyhaique, siempre resultó más complejo por la alta demanda en urgencia que impedía muchas veces hacer el ingreso de datos a la plataforma del SINAISO.

Al igual que en las demás regiones del país, existen ciertos elementos obstaculizadores para la instalación de Unidades de Salud Ocupacional, especialmente cuando éstas buscan trascender el mero plano de los registros y facturaciones para entregar atención médica de manera similar a como se hace en Valdivia.

Así por ejemplo, en el caso del Hospital de Coyhaique, diversos entrevistados coinciden en que resulta complejo habilitar un espacio físico además de que existe escasez de horas médicas que pudieran facilitarse para la atención de trabajadores USO. De igual forma, este hospital atraviesa actualmente una crisis presupuestaria lo que según algunas de las autoridades entrevistadas, implica la inexistencia de recursos para poder hacerse cargo de una nueva estructura en su interior. Incluso, hay entrevistados que señalan que la recaudación esperada vía USO no resultaría significativa, aunque podría servir para recuperar ingresos hacia el Hospital. Por otro lado, se plantea que existe una alta rotación de personal, lo cual podría dificultar el óptimo desenvolvimiento en las actividades de registro de accidentes laborales aunque al menos por el momento, existe personal capacitado que actualmente realiza esta función. Visualizan además que generar una ampliación de la USO interna como en el caso de Valdivia, hacia prestaciones extra sistema podría generar



conflictos con los gremios, lo que implica un desafío de negociación con diversos actores. Lo que sí se ve como posibilidad, es intentar disponer de cupos resguardados para atención de especialidades médicas a los pacientes que ingresen por vía USO al interior del Hospital de Coyhaique, las cuales vayan en beneficio directo de estos trabajadores.

Sin embargo, frente a los obstáculos que se visualizan en torno al Hospital Regional, la mayoría de los entrevistados coincidió en que las nuevas dependencias del Hospital Provincial de Aysén, se presentaban como una oportunidad para la instalación de la Unidad de Salud Ocupacional, cuestión que se corroboró, durante el presente año (2017) en que se logró su instalación para resolver temas básicamente administrativos y de registro. De la misma forma, en el Hospital de Chile Chico se logró también durante 2017, la instalación de una USO de carácter administrativo.

En cuanto a la mirada que se tiene por parte de los distintos actores de los factores positivos que podría acarrear la instalación de USO en la región, en primer lugar señalan que se podría contar con estadísticas laborales a partir del registro de los accidentes y enfermedades laborales, los cuales contribuirían con información útil para la toma de decisiones y de diseño de política pública. En segundo lugar, permitiría que los recursos del Estado fueran dirigidos hacia la salud pública (en referencia al tema del "subsidio cruzado") y posibilitaría captar ingresos altos a través de la facturación del seguro, lo cual sería valorado por el MINSAL. En tercer lugar, se generan expectativas en cuanto a la calidad de la atención y servicios prestados por parte de la Unidad, destacando la oportunidad en la atención que esta tendría, a través de la priorización de los trabajadores

atendidos vía seguro ley 16.744 al acceso de horas médicas de especialidad.

Para que todo esto funcione, los entrevistados coinciden en que se debe tener en cuenta que la coordinación y comunicación entre los diversos actores involucrados resulta un tema fundamental. Por otro lado, la instalación de una USO requiere que además se disponga de presupuesto para efectuar las capacitaciones correspondientes, donde se espera que el ISL juegue un rol central sobre todo potenciando la labor de quienes trabajan en admisión de urgencia. Además, se debe contar con recursos médicos y de infraestructura que posibiliten la óptima atención de los pacientes que ingresen.

En cuanto a elementos que se deben desplegar en la región para la instalación exitosa de una USO, se señala por parte de varios actores consultados que resulta necesario revisar protocolos en torno a la atención de salud ocupacional en la región, para así poder incidir en su instalación, generando vínculos entre autoridades e instituciones afines. En ese mismo sentido, realizar una operacionalización de la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo sería útil para la definición de roles que las instituciones pueden desempeñar para que se concrete la instalación de las Unidades de Salud Ocupacional. Además, los actores consultados señalan que se debe tener en cuenta en su implementación la situación de sub notificación de accidentes y enfermedades laborales que existe en la región en particular y en el país en general, la cual se relaciona con la precariedad laboral y el consiguiente miedo de los trabajadores a perder su empleo.

Los entrevistados plantean que para que las USO funcionen adecuadamente y cumplan su propósito,

al interior de los establecimientos públicos hospitalarios, se debe generar un proceso de institucionalización para que no quede sostenido en meras voluntades personales. También se debe contar con profesionales capacitados en salud ocupacional, lo cual torna urgente la formación en las instituciones de Educación Superior de la especialidad en salud ocupacional. Además, se debe socializar más intensamente el tema de la seguridad laboral entre los trabajadores.

A modo de observación final, resulta relevante plantear que la mayoría de los entrevistados no tiene noción de la importancia de una Unidad de Salud Ocupacional extra sistema y que desconocen los esfuerzos que se están desarrollando por implementar USO a nivel nacional y regional.

d) Región de Coquimbo: la experiencia del plan de normalización de la ley 16.744

En el caso de la Región de Coquimbo, según lo constatado a partir de las entrevistas realizadas, desde el año 2013 se ha desarrollado un proceso eficiente en cuanto a todo lo que involucra el plan de normalización de la ley 16.744, a través de la conformación de una mesa de trabajo en la cual participan el COMPIN, el ISL, el Servicio de Salud de Coquimbo y la SEREMI de Salud, quienes han iniciado un proceso de coordinación interinstitucional, que ha hecho tomar conciencia respecto de lo importante de entregar atención de calidad en el abordaje de las afecciones laborales y también respecto a las posibilidades de recaudación para los hospitales vía registro de accidentes laborales, evitando con esto el “subsido cruzado”.

Con esto, en la Región existirían al menos dos

Unidades de Salud Ocupacional (Coquimbo y Ovalle) de modalidad administrativa, las cuales sin embargo no son nombradas de esta forma.

Es preciso señalar que la región también cuenta con USOS intra sistema y que el modelo USO extra sistema, ya sea sólo de registro o también con prestaciones médicas aún no se ha delineado claramente. En este marco, los actores consultados se refieren a su instalación y funcionamiento remitiendo siempre al proceso llevado a cabo en el marco del plan de normalización y a la existencia de “equipos ley” en los establecimientos hospitalarios, lo cual sólo ha sido posible por el apoyo transversal de los actores involucrados.

En ese sentido, los entrevistados señalan que donde mejor se ha llevado el proceso de normalización en la región ha sido en el Hospital de Ovalle, el que se ha transformado en un referente en la región ya que por iniciativa propia se generaron sistemas de registro y otros procesos que contribuyeron a mejorar el sistema. Actualmente, este hospital incluso ha dispuesto horas médicas traumatológicas para la atención de trabajadores registrados vía plan de normalización. Incluso, se vislumbra que en las nuevas dependencias del Hospital de Ovalle se pueda instalar una USO similar a la modalidad instalada en Valdivia, lo que debe ser consensuado con el Servicio de Salud, actor que sin embargo se posiciona cautelosamente frente a las posibilidades reales de llevar a cabo un proyecto como éste. En este mismo sentido, varios entrevistados señalan que la factibilidad de instalar una USO con prestaciones médicas propias en el hospital de Coquimbo o de La Serena resulta complejo por el nivel de demanda existente en dichos recintos.



El plan de normalización en la región, ha permitido según lo que señalan diversos actores, llevar a cabo un trabajo de capacitación en torno a lo que la ley establece y a los procedimientos necesarios para que esto curse, posibilitando un óptimo registro, aunque se debe seguir avanzando en la calidad de éste. Además, la existencia del plan de normalización ha facilitado que disminuya la sub-notificación de accidentes laborales en la región.

Resulta preciso señalar que el registro de accidentes se lleva a cabo en la región desde hace diez años, momento en que se toma conciencia de que se estaba actuando sin hacer cumplir la ley. Una de las unidades que inicia ese trabajo de registro es la Unidad de Estadística del Hospital de Coquimbo, donde se empiezan a pesquisar los accidentes laborales. Con el tiempo, esto derivó en la formación de un equipo de trabajo que actualmente es respaldado por el hospital y que implicó que hoy se cuente con horas específicas de atención médica traumatológica para los pacientes seguro ley 16.744. Se debe tener en cuenta a partir de lo constatado, que la admisión de un accidentado laboral se hace vía urgencia, donde se contacta a la unidad para iniciar el registro cada vez que la admisionista logra captar la naturaleza del accidente, ya que existe la posibilidad de que el trabajador niegue un accidente laboral por temor a perder el trabajo. En el caso de esta Unidad, se visualiza que funciona como otras USO de registro que operan a nivel nacional, sin atención prioritaria ya que la gravedad de la lesión es el único factor que define en urgencias el acceso prioritario a atención médica.

Los funcionarios que desempeñan esta labor, indican que lo ideal sería contar con un modelo similar a la USO de Valdivia y que se podrían aprovechar las

nuevas instalaciones del Hospital de Coquimbo. Para ello, se requiere de una propuesta concreta que lo materialice y según se narra, desde el Hospital se vería con buenos ojos esta alternativa ya que podría contribuir a descongestionar la unidad de urgencia.

En general, los entrevistados coinciden en que la posibilidad de instalar una USO que contenga prestaciones médicas sería positivo, ya que aseguraría una atención médica que podría habilitar al trabajador para una pronta reinserción en sus actividades laborales. El tema es que se debe tener en cuenta que no todos los actores tienen el mismo entusiasmo frente a la instalación de una USO con esas características.

En general, se visualiza a partir de lo señalado por los entrevistados que los actores más entusiastas y con mayor visión de cómo poder concretar una unidad de salud ocupacional, son los que se encuentran vinculados al trabajo en la mesa de normalización y los funcionarios vinculados con el tema de registro, además de los funcionarios del Instituto de Seguridad Laboral. Todos estos actores han visto los resultados in situ de lo que ha significado el plan de normalización de la Ley. Por otra parte, los demás involucrados no miran negativamente el proceso, pero toman más distancia siendo cautelosos en función de los obstáculos que se encuentran latentes, como por ejemplo las condiciones de infraestructura de las urgencias, donde es imposible contar con más personal que se haga cargo de una USO; la existencia de una cultura de “resistencia al cambio” al interior de los hospitales, respecto de posibles modificaciones en su funcionamiento o la alta rotación de personal existente, lo que implica capacitar constantemente a nuevas personas, para dar respuesta a las necesidades de los usuarios y al desarrollo exitoso del modelo,

entre otros factores.

Por último, del trabajo en terreno realizado en esta región emergen varios elementos a tener en cuenta en una posible instalación de una USO que brinde prestaciones médicas. Por ejemplo, los horarios en que ocurren los accidentes laborales, las áreas productivas donde existen mayores tasas de accidentabilidad, con el fin de prevenir en estas áreas específicas y generar mayores competencias al interior de las urgencias.

3.2 Resultados globales

Esta sección reúne y sistematiza los resultados de los casos ya descritos, abriendo camino a la construcción de reflexiones generales respecto del tema que nos convoca. En primer lugar, se entrega una descripción de los tipos de USO existentes. Posteriormente, se exponen ciertos elementos centrales en el proceso de instalación de estas unidades, los que pueden ser asociados a su éxito o fracaso. En tercer lugar, se realiza una revisión de los resultados asociados a la instalación de las USO, para concluir con una serie de recomendaciones en los planos político, técnico y administrativo para su instalación y funcionamiento exitoso.

3.2.1 Tipos de Unidades de Salud Ocupacional

Una primera cuestión a destacar en términos analíticos es que en la práctica, la USO comienza a existir cuando se le nombra como tal. En otras palabras, lo que se considera como USO en algunas regiones, en otras no. Así por ejemplo, lo que ocurre en esta materia en Coquimbo y Villarrica es bastante similar. Sin embargo, mientras en Villarrica se ha asumido que las labores de registro, facturación y orientación de pacientes realizadas permiten

entender a aquella instancia como una USO, en Coquimbo no es así, al menos declaradamente.

Entrando de lleno a describir los tipos de USO existentes, se pueden visualizar diferentes modalidades de instalación y funcionamiento dependiendo sobre todo, del contexto donde se instalen y funcionen, marco de acción en que se cuenta la voluntad de las autoridades, la disponibilidad de horas médicas y de cupos para hacer contrataciones, la disposición de espacio físico, el lugar geográfico donde se ubiquen, las necesidades de la región y las oportunidades que se presentan en ella (por ejemplo, en el caso de las regiones que contarán con nuevos

hospitales).

En este escenario, podríamos identificar diferentes tipos de USO, ubicables en una gradiente que va desde una menor a una mayor complejidad:

En el extremo de menor complejidad podemos encontrar las USO de carácter netamente administrativo, que se dedican al registro de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales y de la consiguiente facturación a los organismos administradores de la ley 16.744. Por otra parte, existen ciertas prestaciones que complementan las funciones administrativas de las USO y que hacen más completo su modelo de funcionamiento, como son por ejemplo las labores de orientación a los trabajadores accidentados laboralmente, el seguimiento de casos y la gestión de horas médicas especializadas, cuestiones que mejoran la atención que prestan las USO y que las acercan gradualmente a un modelo de atención más integral.

Cuando una Unidad de Salud Ocupacional entrega

Gráfico 1: Gradiente tipológica de las Unidades de Salud Ocupacional



estas prestaciones, posee un espacio propio y adecuado para su funcionamiento médico y administrativo y cuenta con personal médico (médicos, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos, etc.) a su cargo, podemos hablar de una USO de carácter “integral” como la que existe en el Hospital Base de Valdivia, Unidad que ha sido considerada como modelo a seguir por virtualmente todos los más empoderados que se han entrevistado en el marco de esta investigación.

En este sentido, prácticamente todos los actores que actualmente realizan esfuerzos por instalar o mantener en funcionamiento Unidades de Salud Ocupacional, tienen como expectativa llegar al modelo de USO de Valdivia, entendiendo que no basta sólo con las USO de registro, sino que debe avanzarse hacia la instalación de Unidades de Salud Ocupacional que puedan otorgar prestaciones médicas.

Más allá de que este modelo integral sea el que se encuentra en el horizonte de la mayor parte de los actores consultados, existe consenso respecto de lo importante que es el registro de accidentes laborales dado que visibiliza y ayuda a superar la sub-notificación de los accidentes laborales, permite facturar cobros de las prestaciones médicas a cuenta del seguro y con ello permite generar ingresos

económicos para los hospitales y servicios de salud.

3.2.2 Proceso de instalación de las Unidades de Salud Ocupacional

a) Elementos generales respecto de los procesos de instalación de las Unidades de Salud Ocupacional

Los hallazgos realizados en el estudio permiten visualizar que en todas las experiencias de USO implementadas y por implementar a lo largo del territorio nacional, se comparten algunas preocupaciones y se mira el proceso desde perspectivas similares.

En primer lugar, hay un sentir en la mayoría de los actores involucrados respecto a que la posibilidad de instalación y funcionamiento de las Unidades de Salud Ocupacional, depende mucho de las voluntades políticas de las autoridades y organismos vinculados al ámbito de la salud. Por lo tanto, se vislumbra la necesidad de situar a las USOs como una política institucionalizada desde el nivel central, ya sea a través de mecanismos legislativos que la posicionen como política de Estado o convirtiéndola en programa de política pública, al alero de una normativa ad hoc para su creación, instalación, funcionamiento y los demás aspectos vinculados a su existencia.

En segundo lugar, la mayor parte de los participantes del estudio concuerdan en que se debería contar con los recursos necesarios desde el Estado para el desarrollo de este tipo de iniciativas, las que muchas veces son postergadas por falta de recursos, a pesar de que se sabe su potencialidad en materia de mejora de la oferta pública de salud.

Vinculado con ello, también es posible notar que la mayoría de los entrevistados acusa la necesidad de posicionar a la salud laboral como un tema relevante a nivel país. Esto con el fin de que los trabajadores adquieran conciencia de sus derechos y garantías de atención; que los funcionarios, que son parte de los procesos de prestación médica o de las áreas de registro, también se concienticen a través de procesos de capacitación; que se abra la posibilidad de formar especialistas en medicina del trabajo en Chile y que el Instituto de Seguridad Laboral adquiera un rol central como administrador público del seguro.

b) Factores facilitadores y obstaculizadores para instalación de las USOS

Entre los principales facilitadores para el proceso de instalación de las USO, se puede contar la existencia de voluntad política entre las autoridades de los hospitales y los servicios de salud para la instalación de dichas unidades, lo que parece estar muy asentado en dos aspectos centrales:

- i) La sensibilización en materias relativas a la salud y seguridad en el trabajo
- ii) El conocimiento acerca de los beneficios que la instalación de una USO puede acarrear para las finanzas de los hospitales y los trabajadores atendidos.

Cuando entre los actores con mayor capacidad de decisión y gestión en los territorios confluyen estos dos elementos, los procesos de planificación e instalación de las USO parecen fluir de una forma mucho más expedita, situándose como una respuesta a las necesidades de la población trabajadora, más que como una instancia que pueda abrir un cúmulo de problemas a nivel hospitalario y de los Servicios de Salud, como vimos que tiende a ocurrir entre los individuos que están menos sensibilizados en estas materias.

También en términos de facilitadores, la coordinación efectiva y permanente entre diversos actores, particularmente el Instituto de Seguridad Laboral, la SEREMI de Salud (área política y de fiscalización), los Servicios de Salud y los Hospitales parece ser un factor que tendería a facilitar enormemente la instalación exitosa de USOS a lo largo de Chile. Es en este contexto, que adquieren relevancia iniciativas formalizadas como son las mesas de Normalización de la Ley 16.744, en las que se reúnen buena parte de los actores vinculados a la instalación de las USO y que como ya se ha señalado en la presentación de este artículo, buscan a través de diversos procedimientos administrativos y financieros, pesquisar, registrar y notificar en los establecimientos de los Servicios de Salud, tanto los accidentes laborales como las enfermedades profesionales, con el fin de mejorar los niveles de cumplimiento de la Ley 16.744.

Adicionalmente, se ha visto que el rol de fiscalización de las SEREMIS de Salud parece ser de suma importancia, sobre todo en lo que se refiere a los temas de pesquisa y registro de enfermedades profesionales, piso mínimo de funcionamiento de las USO. De acuerdo a lo que se pudo observar,



cuando la SEREMI asume un rol activo fiscalizando el cumplimiento de la Ley 16.744, tienden a mejorar sustantivamente los sistemas de pesquisa y registro de los accidentes laborales y enfermedades profesionales al interior de los hospitales. Esto, a través de la contratación y/o capacitación de personal con mayor formación y conciencia en la materia, para evitar con estas acciones posibles multas por parte del organismo fiscalizador.

En la vereda opuesta, hay ciertos elementos que parecen ser potenciales obstaculizadores o amenazas para los procesos de instalación de las USO. Entre ellos se pueden contar la falta de espacios físicos hospitalarios y de personal por parte de los Servicios de Salud para instalar las Unidades de Salud Ocupacional, sean éstas netamente de administración y registro o consideren atenciones médicas especializadas. Por este tipo de cuestiones es que aparece como clave la voluntad política de las autoridades de los Servicios de Salud y los hospitales públicos, ya que contando con ella se hace mucho más fácil gestionar los recursos necesarios para la instalación de las USO, superando así barreras que serían virtualmente insalvables de no existir.

Asimismo, la compleja estructura organizacional de los Servicios de Salud, vinculada a las distintas y variadas dependencias de los mismos y a la existencia de una alta heterogeneidad de hospitales, entre los que se cuentan los auto-gestionados de alta, mediana y baja complejidad, cada uno con una estructura y prioridades ajustadas que surgen del propio establecimiento, del Servicio de Salud del que dependa y del Ministerio de Salud (MINSAL), hacen que los procesos de instalación de las USO dentro de los hospitales sean un tema complejo y que debe ser pensando estratégicamente desde el conjunto de

actores que los están promoviendo, para trascender las particularidades de los hospitales y los servicios de salud, en pos de implementar optimizaciones que permitan a los trabajadores ejercer de mejor forma su derecho a la salud y la seguridad en el trabajo, a lo largo de todo el país.

3.2.3 Resultados potenciales de la instalación de las USO

A partir de los discursos y los demás antecedentes aquí analizados, se puede señalar la existencia de una serie de elementos positivos que se derivarían de la instalación de las Unidades de Salud Ocupacional, entre los que destacan los siguientes:

En primer lugar, la instalación masiva de Unidades de Salud Ocupacional a nivel nacional aumentaría sustantivamente las capacidades para distinguir las prestaciones de origen laboral respecto de las de salud común y por lo tanto, posibilitaría el cobro de aquellas prestaciones que deben ser financiadas con cargo al Seguro contra accidentes y enfermedades profesionales que consagra la Ley 16.744, cuestión que pondría en acuerdo con la ley, el tema del financiamiento de las prestaciones por accidentes y enfermedades laborales y permitiría captar altos ingresos para el sistema público de salud, evitando el ya mencionado “subsidio cruzado”.

En el caso de muchos/as de los/as entrevistados/as, se repite la idea de que la existencia de estas unidades de atención exclusiva de un segmento –trabajadores en este caso– descongestionan las listas de espera y la atención en los servicios de urgencia, lo cual genera un conjunto de externalidades positivas en el sistema público de salud.



Por otra parte, la instalación de USO a nivel nacional permitiría contar con estadísticas más fiables en la materia. A partir del registro de los accidentes y enfermedades laborales atendidas en el Sistema Público de Salud, se contaría con información útil para la toma de decisiones en materia de políticas y de diseño de políticas públicas, además de contar datos básicos respecto del sistema de salud y seguridad en el trabajo en Chile, tales como la tasa de accidentabilidad efectiva de nuestros trabajadores, la cual hasta el día de hoy se calcula excluyendo al casi millón de trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral, dada la baja capacidad de registro de accidentes laborales y enfermedades profesionales de los hospitales que no cuentan con Unidades de Salud Ocupacional.

En materia de prestaciones médicas, la instalación de las USO permite entregar una prestación más oportuna, a través de la priorización de los trabajadores atendidos vía seguro de la Ley 16.744, en el acceso a horas médicas de especialidad. En este sentido, existe un acuerdo transversal respecto de que las USO cumplen una función fundamental, a través de la discriminación positiva hacia los trabajadores, posibilitando su pronta recuperación y reinserción a sus faenas productivas, con menores niveles de secuelas.

Asimismo, las USO han posibilitado la entrega de una atención médica oportuna y especializada a los trabajadores en su conjunto, permitiendo subsanar, al menos parcialmente, la discriminación que ha conllevado la distinción entre obreros y empleados contenida en la Ley 16.744. En contextos donde no existen USO, la entrega de prestaciones pertinentes y oportunas

se ha realizado mayoritariamente a los trabajadores categorizados como empleados, quienes pueden atenderse en prestadores privados y en muchos casos especializados, mientras que los obreros han debido hacerlo obligatoriamente en los servicios públicos de atención común.

Sin embargo, este panorama específico se irá modificando en un futuro cercano. El día 23 de diciembre del año 2017 el parlamento promulgó la ley n° 21.054, la cual modifica la ley n° 16.744, acabando con la discriminación legal entre los trabajadores protegidos por el Instituto de Seguridad Laboral, que el sistema catalogaba como obreros, respecto de quienes eran calificados como empleados, modificación legal que deberá empezar a operar desde inicios del año 2019.

A pesar de que este escenario emergente podría llevar a pensar que se perdería algo del sentido de la instalación de las Unidades de Salud Ocupacional, las cuales en los lugares en que se han ubicado han ayudado especialmente a disminuir los efectos negativos de la distinción obrero-empleado, la realidad nos muestra que la oferta especializada en materia de salud ocupacional es escasa en regiones y especialmente en zonas alejadas de las cabeceras regionales, con lo cual en amplias zonas del país son los Hospitales Públicos, situados en lugares donde la oferta de las mutualidades privadas no llega, quienes brindan atención a los enfermos y accidentados laborales, sean actualmente obreros o empleados. En este sentido, el establecimiento de las USOS hace una contribución al sistema en general, permitiendo entregar una atención pertinente y oportuna a todos/as estos/as trabajadores/as, agregando, de esta manera, valor a la oferta pública en salud.

3.2.4 Recomendaciones para la instalación y el funcionamiento exitoso de las USOS

Se pueden identificar tres grandes ámbitos en materia de recomendaciones para la instalación y funcionamiento exitoso de las USO, de acuerdo a lo analizado en este artículo.

a) Políticas

En el ámbito político, resulta fundamental la coordinación entre los diversos actores implicados y la voluntad de las autoridades a nivel local para la instalación y el éxito de las nuevas USO mientras éstas aún no se encuentren institucionalizadas y validadas como una política o programa a nivel nacional. Concretamente, son los servicios de salud stakeholders que aparecen como claves en la implementación de esta política, puesto que pueden decidir en último término la instalación de una USO en un hospital público, aportando al menos, personal y espacio físico para ello.

Desde esta perspectiva, si la idea es constituir a las USO como una política a nivel nacional resultaría fundamental que el Ministerio de Salud desde el nivel central, como desde las SEREMIS, impulse e instruya su instalación en los servicios de salud, brindando lineamientos técnicos, recursos humanos y financieros para ello.

Asimismo, parece ser que el proceso de normalización de la ley 16.744 resulta fundamental, tanto por que permite que los agentes primordialmente involucrados en la instalación de las USO puedan tener un espacio común (mesas de normalización), como por que establece compromisos de normalización para los cuales las USO pueden ser un instrumento

de concreción.

En este contexto, se visualiza como necesario normalizar e institucionalizar el funcionamiento de las USO a nivel legislativo para asegurar su existencia como política de Estado, considerando que se ha demostrado que su instalación si bien trae resultados positivos tanto para los hospitales como para los trabajadores, aún se encuentra supeditada a la voluntad de las autoridades de los organismos públicos de salud.

Para la instalación exitosa de las USO en los recintos hospitalarios, se debe apostar al desarrollo integral de la temática de salud ocupacional lo que implica un cambio en la política de los establecimientos, con el fin de posicionar potentemente la temática de la salud y seguridad en el trabajo con la finalidad de proteger a los trabajadores intra sistema y también a los extra sistema hospitalario.

b) Médico/Profesional

Si se quiere consolidar a nivel nacional el modelo de USOS "integral", se vislumbra como muy necesario contar con una masa crítica de médicos que se dediquen específicamente a la salud ocupacional y que puedan nutrir los staff de las USO. Para cumplir con esto, parece ser fundamental la creación de la especialidad de Medicina del Trabajo, con el fin de aumentar sustantivamente el número de médicos ocupacionales en el país y asegurar mecanismos que eviten la fuga de estos facultativos ocupacionales hacia las mutualidades privadas.

Más ampliamente aparece como recomendable que se formen profesionales en temas de salud ocupacional y funcionarios que ejecuten funciones estratégicas en el cumplimiento de la normativa,

sobre todo en lo que se refiere a registro, gestión administrativa, facturación y orientación de pacientes.

Por último, según las opiniones de gran parte de los entrevistados, en las USOS en funcionamiento parece de vital importancia que la unidad cuente con movilización propia para realizar los traslados de pacientes, cuestión sumamente valorada por estos últimos.

c) Administrativos

En materia administrativa, un elemento especialmente sentido y señalado por parte de los equipos de las USO ya instaladas dice relación con la mejora de las precarias condiciones contractuales con que el personal ingresa a trabajar a estas unidades, lo que lleva a una alta rotación de personal, al cual constantemente hay que estar capacitando y entregándole información referente a lo que significa la Unidad y qué función cumple.

De la misma forma, se visualiza como necesario capacitar al personal administrativo en pos de entregarle competencias que les permitan distinguir entre accidentes laborales y comunes, con el fin de disminuir los niveles de sub notificación, lo que se ha transformado en una práctica bastante extendida entre los empleadores de nuestro país, tal como se pudo recabar en el trabajo de terreno de la

investigación realizada⁵.

En este contexto, parece una buena idea realizar capacitaciones y giras tecnológicas para el personal de las nuevas USO, que los formen en materia de pesquisa, registro y facturación por accidentes laborales. El realizar este tipo de actividades cumple la triple función de motivar al personal, sensibilizarlo con materias relativas a la salud y seguridad laboral y entregarles conocimientos técnicos para el mejor desempeño de sus labores.

4. Conclusiones

La experiencia y los escenarios aquí analizados respecto de la situación de instalación y funcionamiento de las Unidades de Salud Ocupacional en las distintas regiones del país, han permitido relevar las enormes potencialidades que tienen este tipo de unidades en materia de política pública en las áreas de salud y trabajo.

Los beneficios asociados a la instalación de las USO se pueden enmarcar en distintos planos y niveles, dependiendo del tipo de Unidad que se instale en contextos particulares. Así por ejemplo, en el caso de la instalación de unidades que aquí se han caracterizado como "administrativas", los avances principales que se vislumbran tienen relación con el plano de la pesquisa, el registro y la correcta

5.-La sub notificación de accidentes laborales puede ser entendida como el registro de un accidente laboral como si fuera de origen común. Esta práctica puede deberse al mero desconocimiento de los derechos asociados al seguro contra accidentes laborales y enfermedades profesionales o bien al intento deliberado de un empleador o del propio trabajador de esconder la causa laboral de su accidente, con el fin de evitar posibles aumentos en la tasa de cotización de la empresa, derivada de un aumento en la siniestralidad de la misma.



facturación y cobro por accidentes laborales, atacando vicios endémicos del sistema de salud y seguridad en el trabajo, como son la sub notificación de accidentes laborales y el “subsidio cruzado”, que se genera por el otorgamiento de la prestación a través del sistema previsional de salud común y no por el seguro contemplado en la ley 16.744. La eliminación de este “subsidio cruzado” debería, por demás, inyectar recursos frescos a los hospitales en los cuales funcionen las USO.

En el caso de unidades que además contemplen prestaciones médicas especializadas, los beneficios de las USO se expandirían a planos más sustantivos, como el otorgamiento de una atención médica oportuna, especializada y sin distinción ni discriminación a los/as trabajadores/as protegidos por el seguro. Sin duda, este es el horizonte al que la mayor parte de los actores consultados creen que se debería apuntar en el mediano y largo plazo con las Unidades de Salud Ocupacional.

Más allá de todos estos beneficios analizados, la instalación de las USO en los hospitales a lo largo de Chile no ha sido un hecho exento de dificultades y desafíos. En este proceso, hemos visto que resulta clave la voluntad política, el conocimiento e interés por el tema y la coordinación inter institucional. Cuando existe conocimiento y voluntad entre las autoridades, los procesos de instalación tienden a hacerse más expeditos, sobre todo si hay al menos un actor capaz de llevar el proceso a buen puerto, ya sea éste el Servicio de Salud, la Seremi, la Dirección del Hospital o el propio Instituto de Seguridad Laboral.

Cuando estas condiciones no están dadas, los procesos de instalación de las USO serán más complicados, haciéndose necesaria la cimentación

de voluntades políticas que posibiliten su creación, con miras a conseguir los espacios físicos adecuados y el personal de atención de la USO (médico y administrativo) y más en general, a garantizar la viabilidad y la sostenibilidad de la Unidad en el contexto en que le corresponda instalarse.

De todas formas, pareciera ser que el esfuerzo vale la pena. La existencia de las USO ha contribuido a instalar el tema de la salud laboral en el sistema de salud a nivel local, concientizando de su importancia tanto al personal de la salud como a los trabajadores que en él se atienden, generando un beneficio invaluable en términos de conocimiento y reconocimiento de sus derechos en materia de salud y seguridad en el trabajo. En este sentido, la instalación de las USO ha hecho una contribución al sistema en general, permitiendo entregar una atención oportuna y pertinente a los trabajadores, sin distinción; agregando valor y robusteciendo la oferta pública en salud, además de fomentar el conocimiento de los trabajadores en lo referente a sus derechos en materia de salud y seguridad laboral.

Bibliografía

ISL. (2017). Derechos del Trabajador. Recuperado el 18 de enero de 2017, de Instituto de Seguridad Laboral. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Gobierno de Chile: <http://www.isl.gob.cl/inicio/acerca-isl-portadilla/derechos-del-trabajador/>

ISL. (2017). Misión y objetivos. Recuperado el 18 de enero de 2017, de Instituto de Seguridad Laboral. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Gobierno de Chile: <http://www.isl.gob.cl/inicio/acerca-isl-portadilla/mision-objetivos-y-valores/>

Senado. (25 de enero de 2012). Modernizarán legislación sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Recuperado el 18 de enero de 2017, de Senado. República de Chile: http://www.senado.cl/modernizaran-legislacion-sobre-accidentes-del-trabajo-y-enfermedades-profesionales/prontus_senado/2012-01-25/130840.html

SEREMI-RM. (2009). Plan de Normalización de la Ley 16.744 . Recuperado el 18 de enero de 2017, de Secretaría Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana. Gobierno de Chile: http://www.pept.udp.cl/2%20SEMINARIO/Plan_%20Normalizaci%C3%B3n_%20LEY16.744.pdf

SUSESO. (2017). III.- ADMINISTRADORES DEL SEGURO LEY N° 16.744. Recuperado el 18 de enero de 2017, de Superintendencia de Seguridad Social. Gobierno de Chile: <http://www.suseso.cl/iii-administradores-del-seguro-ley-n-16-744/>

Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós



**Chile
mejor**

www.isl.gob.cl