



Subdiagnóstico de enfermedades profesionales en centros de atención primaria de salud: evaluación y propuestas

INFORME FINAL

Autores

Santiago Mansilla Pérez
Daniela Pino Molina
Nilsa Pizarro Vega
Eloy Mansilla Lucero
Helia Silva Bustos
Gabriel Mansilla Lucero

17 agosto 2021



Agradecimientos

El equipo consultor agradece sinceramente la valiosa colaboración de:

- Sra. Andrea Quiero Gelmi, Directora de Salud de I Municipalidad de Pozo Almonte.
- Sra. Macarena Capetillo Prieto, Directora de CESFAM de Pozo Almonte, Región de Tarapacá.
- Sra. Leyla Saka Vivallos Directora del CESFAM Hualpencillo, Región del Biobío.
- Sra. Maricel Reyes Caro, Directora CESFAM Talcahuano Sur, Región del Biobío.
- Sra. Carolina Navarrete Nassar, Directora CESFAM La Floresta, Región del Biobío.
- Sra. Marina Salomé Garrido Cornejo, Directora CESFAM el Barrero, Región Metropolitana.

Asimismo, agradecemos al personal de cada uno de los CESFAM participantes por la colaboración en entrevistas realizadas y la gestión de consolidación de bases de datos para la realización de este estudio.

Finalmente, expresamos nuestro reconocimiento al apoyo para el desarrollo del estudio prestado por la contraparte técnica de Mutual de Seguridad, en particular a la Sra. Marta Martínez Maldonado y Don Manuel Rain Gajardo.

Resumen

Este estudio se realizó en el bienio 2019-2020 en el contexto del concurso de Proyectos de Investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo que coordina la Superintendencia de Seguridad Social. El objetivo fue evaluar el subdiagnóstico de enfermedades profesionales en centros de atención primaria de salud en Chile.

Se aplicó una metodología mixta cuantitativa-cualitativa en cinco Centros de Salud Familiar en tres regiones del país. Se revisaron las Bases de Datos y anamnesis disponibles con diagnósticos compatibles con enfermedad profesional, en los registros de atenciones de los centros de APS.

El estudio cualitativo se realizó mediante entrevistas en profundidad a informantes de: área administrativa, personal médico y directivos.

Los resultados muestran que se atendieron pacientes en un número significativo que podrían haberse derivado a un organismo administrador de la Ley 16.744 para su estudio de enfermedad profesional.

Se evidencia que a nivel APS existe escaso conocimiento del constructo médico-legal enfermedad profesional y no se registran datos de ocupación y actividades laborales del consultante.

El estudio concluye con una guía para mejorar el registro de datos del usuario relativos al trabajo y un mecanismo de derivación para aquellos casos en que se sospeche de un origen laboral de la patología.

Índice

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Índice.....	3
1. Antecedentes del estudio	5
1.1. Problema de investigación.....	6
1.2. Objetivos.....	7
2. Marco Teórico	8
2.1. Normativa en Chile y cifras comparadas de enfermedades profesionales. ..	8
2.2. Estructura del Sistema Público de Atención de Salud en Chile.	10
2.3. Razones de subdiagnóstico.....	14
2.3.1. Análisis del proceso de derivación interno y externo de la patología sospetosa de ser de origen laboral.....	15
2.3.2. Dificultades para establecer la sospecha y derivación de patología de presunto origen laboral.....	15
3. Método	17
3.1. Componente Cualitativo.....	17
3.2. Componente Cuantitativo	22
3.3. Selección de la muestra.....	24
4. Resultados	28
4.1. Cuantificación de la sospecha de subdiagnóstico.....	28
4.2. Estudio Cualitativo	33
5. Conclusiones.....	40
6. Recomendaciones.....	42
6.1. Recomendaciones generales	42
6.2. Guía orientativa para la identificación y derivación de enfermedades posiblemente ocupacionales desde los centros de atención primaria de salud. 44	
6.2.1. Marco normativo e institucional sobre enfermedades profesionales. ...	44
6.2.2. Gestión para la identificación de posibles enfermedades profesionales en un paciente que acude a un centro de Atención Primaria de salud.....	54
6.2.3. Mecanismos sugeridos para la derivación de pacientes hacia Organismos Administradores de la Ley 16.744.....	55

6.2.4. Trazabilidad de pacientes derivados	57
6.2.5. Eficiencia en los recursos públicos.....	58
Bibliografía	59
Anexo 1 Glosario de Centros de atención de salud	61
Anexo 2. Tipos de establecimientos por Región	64
Anexo 3. Resultados encuesta CASEN 2017.....	66
Anexo 4. Listado de patologías seleccionadas para investigación.....	69
Anexo 5. Pauta de entrevista semiestructurada según área y cargo.	74
Anexo 6. Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.....	78
Anexo 7. Principales Leyes, Reglamentos y Circulares que regulan el régimen de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.....	79

1. Antecedentes del estudio

El presente estudio se enmarca en el concurso de Proyectos de Investigación e Innovación en Salud y Seguridad en el Trabajo que coordina anualmente la Superintendencia de Seguridad Social.

Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción es la entidad patrocinante del proyecto que se ha realizado en el período 2019-2020, previo al desencadenamiento de la pandemia por COVID-19 en Chile.

1.1. Problema de investigación

La Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia implementada para permitir el mayor acceso de la población al sistema de salud. Sus aspectos centrales son: accesibilidad universal, con participación, a un costo sostenible, basada en evidencia y con metodologías y técnicas socialmente aceptables. Es el primer punto de contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema sanitario, del cual forman parte integral.

En Chile se propone que APS pase de un modelo biomédico curativo a uno integral enfocado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. En la actualidad los centros de APS constituyen la puerta de entrada al sistema de salud público, al cual acceden personas de todas las edades, principalmente cubiertas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), lo que constituye casi un 73% de la población del país¹ y representa un 80 % de las personas cubiertas por algún sistema de seguro.

Aunque la APS atiende a diario a personas y comunidades que trabajan, no ha incorporado de manera sistemática la relación con el trabajo como variable para determinar causalidad de las patologías, hacer prevención ni hacer promoción en salud. Según datos de la Encuesta de Condiciones de empleo, Trabajo y Salud, (ENETS) 2009-2010, un 1,9% de trabajadores formales y un 3,7% de trabajadores en domicilios o de calle consideran haber tenido una enfermedad laboral en el último año; 40% de los primeros y 70% de los segundos se atendieron en el sistema público.

El presupuesto de los centros de atención primaria proviene esencialmente de las transferencias per-cápita que realiza el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual representa un 21% del presupuesto total del Ministerio de Salud². Por tanto, el hecho

¹ Cuenta Pública de FONASA año 2015, pub 2016, disponible en file:///C:/Users/SMP/Downloads/CUENTA_PUBLICA_2015.pdf

² Palacios Alain, "Financiamiento y Gasto en APS en Chile", Presentación en Congreso de atención Primaria de Salud, construyendo valor social, abril de 2017. Disponible en <http://www.minsal.cl/wp->

de tratar a los pacientes que padezcan de enfermedades profesionales representa un subsidio cruzado entre los sistemas de salud común y laboral.

Dado que los equipos de APS carecen de: a) tiempo para indagar en la sospecha del origen profesional de la patología por la que se consulta, b) formación específica para su oportuno diagnóstico, c) recursos e infraestructura complementaria y e) procedimientos específicos de derivación para confirmar la presunta etiología laboral; es posible inferir que existe un subdiagnóstico de patología profesional en los centros de APS.

Este subdiagnóstico tiene consecuencias para:

1. Trabajadores/as afectados/as tales como:

- gasto de bolsillo por parte del trabajador afectado, exámenes, medicamentos, rehabilitación, secuelas;
- cronicidad de patología por ausencia de medidas preventivas/paliativas en el trabajo;
- pérdida de empleo por ausencia de retorno protegido al trabajo.

2. Empresas, debido a:

- incremento de la incidencia de dicha patología laboral en el grupo de exposición similar por ausencia de programas de vigilancia por parte de los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL).
- pérdidas de productividad.

3. Sistema de salud común, debido a:

- la existencia de subsidios cruzados con sistema de la ley 16.744;
- el desaprovechamiento de la oportunidad de prevención eficaz de enfermedades profesionales.

El presente estudio busca estimar el posible subdiagnóstico de sospecha de enfermedades profesionales en el sistema de atención primaria de salud en Chile, mediante investigación cualitativa y cuantitativa en una muestra de centros de APS.

Con la información recabada se elaboró una propuesta de protocolo para la toma de decisiones ante la sospecha de patología profesional más prevalente en Chile y la correcta derivación de los pacientes a los respectivos Organismos

Administradores del Seguro de la Ley 16.744, por lo que se dirigirá a éstos y a instituciones del Estado como herramienta que facilite la toma de decisiones técnicas adecuadas.

Preguntas de investigación

¿Cuál es el porcentaje de subdiagnóstico de enfermedades profesionales en la atención primaria de salud en Chile?

¿Existe una identificación y derivación correcta de las enfermedades profesionales desde los centros de atención primaria de salud en Chile?

¿Qué factores contribuyen al subdiagnóstico de enfermedades profesionales en los centros de APS en Chile?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Estimar el porcentaje de subdiagnóstico de enfermedades profesionales en centros de atención primaria de salud en Chile y elaborar una propuesta de protocolo para la identificación y derivación de dichas patologías.

Objetivos específicos

1. Determinar el número de casos de patología de presunto origen laboral en centros de atención primaria de salud.
2. Analizar el proceso de derivación interno y externo de la patología de presunto origen laboral desde la atención primaria de salud al respectivo Organismo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
3. Analizar las dificultades para establecer la sospecha y correcta derivación de la patología de presunto origen laboral.
4. Elaborar una guía destinada a la atención primaria de salud, que oriente la identificación y derivación de patologías de presunto origen laboral.

2. Marco Teórico

2.1. Normativa en Chile y cifras comparadas de enfermedades profesionales.

Las enfermedades producidas por el ejercicio del trabajo son reconocidas universalmente como entidades que requieren una atención especial, particularmente porque su prevención radica en el control de factores de riesgo presentes en la actividad laboral o el lugar de trabajo. Desde hace ya largo tiempo, los países han establecido regulaciones respecto a las denominadas enfermedades profesionales. Los sistemas de identificación, evaluación y calificación de dichas patologías son muy distintos entre los países y se reconoce a nivel mundial la existencia de un problema de subdiagnóstico.

En Chile, la Ley N°16.744 reconoce dentro de la cobertura del seguro las entidades mórbidas calificadas como enfermedades profesionales, y las define de la siguiente manera:

"Es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte".

El Reglamento (DS N°109 de 1968 del Ministerio Del Trabajo y Previsión Social) que se debe actualizar permanentemente, enumera las enfermedades que se consideran profesionales. Precisa también que cuando alguna patología de presunto origen laboral no se encuentre en el listado, se puede acreditar ante el organismo administrador, el cual debe decidir con consulta a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Según los informes estadísticos anuales elaborados por la Superintendencia de Seguridad Social, durante el año 2018 se diagnosticó un total de 6.911 enfermedades profesionales, lo que representa un aumento de 8% respecto a 2017, mientras que el año 2019, las enfermedades profesionales diagnosticadas por el sistema de Administradoras del seguro de la Ley 16.744 fue de 5.897, representando una baja de 14,7%.

Las tasas por cada 100 trabajadores protegidos en ambos años fueron 0,13 (2018) y 0,11 (2019) respectivamente.

A modo de comparación se puede citar la Encuesta de Población Activa Sobre Enfermedades y Lesiones en el Lugar de Trabajo o Relacionadas con el Trabajo que se realiza en el Reino Unido³, en donde se reporta que la tasa de incidencia de

³ Health and Safety Executive , HSE, LFS - Labour Force Survey , UK, 2019,

todas las enfermedades ocupacionales del año 2019, alcanzó a 1.880 casos por 100.000 trabajadores, lo que equivale a una tasa de 1,9 por 100 trabajadores. Es decir, en Chile las enfermedades diagnosticadas, comparadas con las auto reportadas en Reino Unido representan una tasa 10 veces menor.

Incluso teniendo en cuenta que no es posible realizar una comparación con dos metodologías de medición y definiciones diferentes, es posible inferir a partir de la información que sugieren los datos, que podría existir un importante subregistro de enfermedades profesionales en nuestro país.

Por otra parte, la SUSESO da cuenta que en el período 2017-2019 se observó que, a nivel nacional, solo el 14% de las denuncias por enfermedad fueron calificadas como enfermedad laboral.

En el caso de Alemania, en el ámbito de la responsabilidad de las instituciones de seguros de accidentes del sector industrial y público y de las instituciones de seguros de accidentes de alumnos, las cifras señalan que el año 2018 se resolvieron 78.384 casos de los cuales 38.005 fueron de causa laboral confirmada⁴, es decir un 48,5%.

Un antecedente adicional que induce a suponer que existe un subregistro nacional de enfermedades profesionales, son los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) que realiza bianualmente el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. De acuerdo a cifras de CASEN 2017, 1,4% de personas encuestadas mayores de 15 años de edad declararon haber tenido una enfermedad provocada por el trabajo en los últimos 3 meses. Esta cifra es bastante cercana a lo reportado por otros países sobre enfermedades laborales que afectan a los trabajadores.

De las personas que declaran haber sufrido alguna enfermedad provocada por el trabajo, solo un 3,1% recibió atención de medicina general en un establecimiento de alguna mutualidad y el 38,6% fue atendido en algún establecimiento público de la atención primaria (Consultorio General, Posta Rural o Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)), 12,5% en un establecimiento público de atención secundaria y un 39,5% en un establecimiento privado. (Ver anexo 3).

Tomando en cuenta los datos de la encuesta CASEN 2017 antes mencionados y la experiencia de los trabajadores de la salud en los centros de APS, se infiere que hay un gran número de trabajadores con patologías profesionales que no son detectados en el nivel primario de atención.

En definitiva, este proyecto dará luces y datos concretos, cuantificados respecto al subdiagnóstico de sospecha de enfermedades ocupacionales en los centros de

⁴ Fuente: Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), 2019 Disponible en: <https://www.dguv.de/en/facts-figures/ods/index.jsp>

atención primaria de salud, con el fin de adoptar medidas para la identificación y correcta derivación de los casos a los Organismos Administradores de la Ley 16.744.

Respecto a las denuncias calificadas como enfermedad profesional (con incapacidad temporal o permanente), los cinco diagnósticos más frecuentes en el año 2018 correspondieron a trastornos de adaptación (30%), epicondilitis (8%), síndrome de manguito rotador (5%), síndrome de túnel carpiano (3,5%) y, otras sinovitis y tenosinovitis (3,4%).

Consolidando en grandes grupos, destacan las enfermedades músculo-esqueléticas de extremidad superior con un 43% del total y las patologías de salud mental con un 36 %.

Los datos anteriores incluyen sólo las enfermedades que ingresaron a los sistemas de registro de Organismos Administradores de la Ley 16.744 (Mutualidades, Instituto de Seguridad Laboral y Administración Delegada). No están considerados en estas cifras los casos que pudiendo ser enfermedades producidas por el trabajo, no se identificaron oportunamente como tales en el sistema público o privado de salud por no haberse relacionado la exposición a agentes de riesgo laboral con el diagnóstico. Esto último constituye un subdiagnóstico no dimensionado.

2.2. Estructura del Sistema Público de Atención de Salud en Chile.

Los establecimientos de salud se organizan en tres niveles: atención primaria, secundaria y terciaria dependiendo de la complejidad. La atención primaria puede tener dependencia Municipal o del Servicio de Salud respectivo.

El Ministerio de Salud define de la siguiente forma los niveles de atención de salud⁵:

- **Atención Primaria:** Son los servicios de Atención Primaria, en donde se realiza el primer contacto de tipo promocional de salud, preventivo de la enfermedad, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar (PSF), en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento.
- **Atención Secundaria:** Corresponde a los establecimientos que brindan atención ambulatoria y sólo a pacientes que hayan sido derivados desde el nivel primario o tras consultar las Unidades de Emergencia, cuando el

⁵ Ministerio de Salud, Definiciones de niveles de establecimientos de salud. Disponible en <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

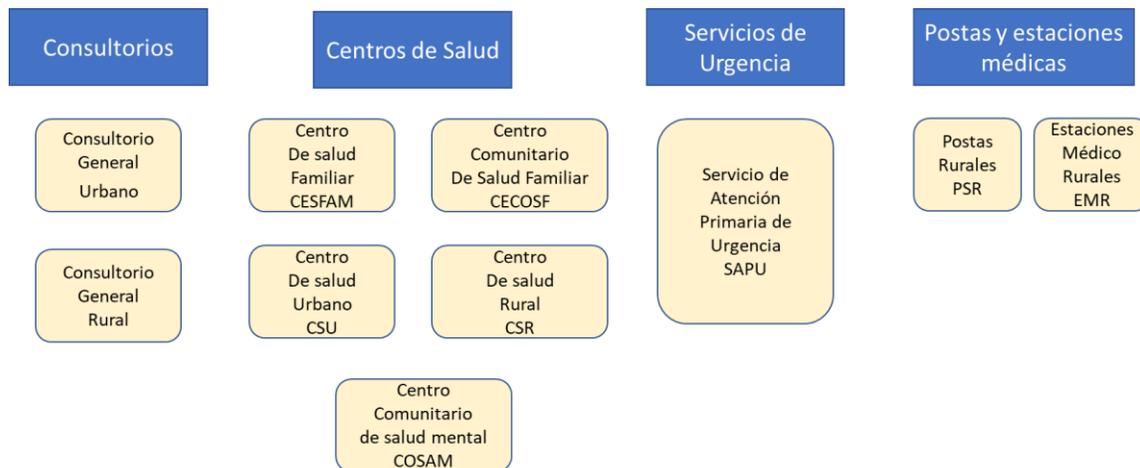
profesional de la salud ha determinado que requiere atención de mayor complejidad.

- **Atención Terciaria:** Está constituida por los establecimientos hospitalarios. En ellos se realizan actividades de alta complejidad, aunque también tienen funciones del nivel secundario.

La principal puerta de entrada al sistema de atención son los centros de atención primaria de salud (APS) en diferentes modalidades. En 1998 se implementó la estrategia de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) con el fin de dar mayor cobertura horaria en la APS, de igual forma se van incorporando cada vez más, centros de mayor resolutiveidad con el objetivo de evitar que los pacientes saturen la atención del nivel secundario y terciario.

Los Centros de Atención Primaria de Salud pueden clasificarse en los siguientes:

Figura 1. Tipos de Centros de atención Primaria de Salud



Fuente: elaboración propia

Respecto al perfil poblacional que se atiende en Servicios de Atención Primaria de Urgencia un estudio realizado por Erika García el año 2009 en la comuna de San Bernardo señala que: *“la mayor demanda la realizan los adultos de sexo femenino entre 20 y 64 años y que el 90 % de los usuarios pertenecen al Centro de Salud Padre Joan Alsina, al cual se encuentra adosado el SAPU. Los grupos de riesgo, menores de un año y mayores de 65 años, representan sólo un 10% del total de consultas. Los cuatro grupos de diagnósticos más frecuentes son: Enfermedades Respiratoria Altas, Respiratorias Bajas, Digestivas y Traumatológicas.”* (García E. 2009). La realidad de ese centro de atención es similar a la de otros centros de APS en que el SAPU atiende principalmente población en edad laboral, especialmente en horarios después de la jornada de trabajo.

De acuerdo con la información registrada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud al año 2021, la cantidad de establecimientos prestadores públicos de atención primaria alcanza a los 2.465 con diferentes dependencias administrativas, pero todos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud en la relación técnica. (Tabla 1).

Tabla 1. Número de Establecimientos de Atención Primaria de Salud en Chile 2021

Tipo de establecimiento	Dependencia Administrativa				Total
	Delegados	Municipal	Otra Institución	Servicio de Salud	
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	0	256	0	21	277
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	4	551	4	26	585
Consultorio General Rural (CGR)	1	13	0	2	16
Consultorio General Urbano (CGU)	0	0	1	0	1
Posta de Salud Rural (PSR)	0	1094	0	34	1128
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	0	229	1	7	237
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	0	65	0	8	73
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	0	147	0	1	148
Totales	5	2355	6	99	2465

Nota: no se consideran establecimientos no clasificados o pertenecientes al sistema privado y de Fuerzas Armadas o de Orden y Seguridad.

Detalles de centros de atención primaria por región se encuentran en Anexo 2 (del total de centros de atención primaria, los que atienden mayor número de pacientes son los CESFAM).

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (datos vigentes al 1 de abril de 2021).

2.3. Razones de subdiagnóstico.

Las razones del subdiagnóstico son amplias y variadas, sin embargo es frecuente observar que cuando un trabajador ingresa con una patología a un centro de atención del sistema de salud común (público o privado), frecuentemente no se indaga en la ocupación ni puesto de trabajo, por lo que de base no se sospecha o no se pregunta sobre la posible relación de causalidad directa entre la exposición a agentes de riesgo presentes en su lugar de trabajo y el desarrollo de la enfermedad; por lo tanto, no se deriva a las instituciones que les compete la atención integral por el Seguro de la Ley 16.744, para una correcta identificación de factores ocupacionales que le pudieron dar origen.

Además, en los centros formadores de los futuros profesionales de la salud se suma la primacía de los paradigmas formativos que privilegian lo clínico, la inexistencia o escasez en el entrenamiento, conocimiento técnico, normativo, regulatorio y en habilidades de los estudiantes, tanto como para recoger la historia ocupacional, que es la base para comenzar a establecer la sospecha de la asociación causal directa con la patología, como para su derivación pertinente y oportuna.

En general se puede constatar que, en los centros de pregrado de formación de profesionales y técnicos de la salud, la normativa de Salud y Seguridad en el Trabajo no está presente, ciertamente con excepciones a la regla.

Por otro lado, los trabajadores, en muchos casos, no relacionan su dolencia con factores del trabajo por desconocimiento natural de las personas respecto a los agentes deletéreos. A lo anterior, junto a la acumulación de evidencia científica, se agrega el hecho que la enfermedad profesional es una entidad médico - legal (determinada por ley y reglamentos) y no un hecho puramente clínico, lo que también afecta el estudio comparado entre países que tienen definiciones distintas de patología laboral y sistemas diferentes de aseguramiento.

Es necesario además señalar, que un incentivo negativo al reconocimiento de las enfermedades profesionales es el hecho de que un menor número de patologías calificadas como de origen laboral en una empresa, le significa al empleador un ahorro en la tasa de cotizaciones adicionales diferenciadas de la Ley 16.744, por tanto, no le resultaría “conveniente” a la empresa que una enfermedad fuera declarada como profesional.

2.3.1. Análisis del proceso de derivación interno y externo de la patología sospechosa de ser de origen laboral.

En opinión del grupo de investigación y basado en la experiencia de trabajo en centros de Atención Primaria de Salud, se pueden señalar las siguientes debilidades en la derivación de pacientes con patologías de presunto origen laboral:

- a. No existen flujogramas formales que provengan de la autoridad de salud respecto a la derivación interna ni externa cuando el profesional se ve enfrentado a una enfermedad de presunto origen laboral. Esto puede ser por falta de conocimiento de la Ley 16.744 y la normativa asociada, una pobre o inexistente captura de información relacionada con el trabajo por parte de los profesionales de la salud que trabajan en el consultorio, entre otras causas. Esto es determinante en la consideración de la posibilidad de derivación correcta de un paciente con una patología de potencial origen laboral.
- b. Muchas veces el paciente se vuelve “poli consultante”, pues requiere numerosas consultas médicas para evaluación, control, licencias médicas, atención de kinesiología, consultas con psicólogo, trabajador social, etc. La constante poli consulta se podría evitar en aquellos casos en que antecedentes de la actividad laboral y síntomas hicieran concluir al profesional sanitario que está en presencia de una posible patología de origen laboral. No es extraño encontrarse con pacientes laboralmente activos que van cada 11 o 15 días a su Centro de Salud Familiar (CESFAM) a buscar su cita médica para control y/o licencia médica, lo que puede extenderse por largos períodos de tiempo.
- c. Otro elemento a considerar es que la presunción de que una patología determinada pueda tener origen en el trabajo requiere de un conocimiento acabado de la actividad que realiza el paciente y de exámenes médicos específicos, que no son posibles de conseguir fácilmente en la actual organización de la Atención Primaria.

2.3.2. Dificultades para establecer la sospecha y derivación de patología de presunto origen laboral.

En cuanto a las dificultades para establecer la sospecha de patología laboral en atenciones que están dentro de las canastas de prestaciones universales que entrega la APS, como son las consultas de morbilidad (consulta por patología aguda) o una consulta por patología crónica, existen varios factores que podrían influir, por ejemplo:

1. Desconocimiento de la Ley de Accidentes y Enfermedades Laborales en APS; la patología laboral está invisibilizada e independiente de la calidad contractual y el seguro laboral que el paciente tenga. Por lo general, se atiende sin siquiera preguntar la ocupación, a no ser que el paciente requiera de una licencia médica.
2. Existe una alta rotación del personal médico, además con un alto porcentaje de profesionales extranjeros que desconocen la legislación nacional sobre la materia.
3. Concorre además, el desconocimiento por parte de los profesionales respecto del flujo que debe seguir si quisiera derivar una patología por presunto origen laboral al Organismo Administrador o Administración Delegada de la Ley 16.744 de un paciente con una patología cuyo origen podría ser su actividad laboral.
4. Impera la desconfianza por parte del paciente para ir a solicitar atención por parte de su organismo asegurador, pues teme represalias, como por ejemplo el término de su contrato de trabajo.
5. Se ha perpetuado el mito de que el trabajador informal no tiene derecho a acceder a la atención en algún organismo asegurador.
6. No existe la “obligación” de atenderse en su organismo asegurador si la patología es de origen laboral, si el usuario quiere, puede atenderse en su CESFAM, si así lo prefiriera.
7. Los tiempos de atención son muy breves, generalmente, 10 minutos en una consulta de morbilidad y 20 minutos en un control. En dichos tiempos es difícil alcanzar a realizar una anamnesis completa, incluyendo la ocupación del paciente y las tareas que realiza en su jornada laboral como para poder considerarla así dentro de la mirada integral que debería tener la APS. Aunque se ha cambiado el paradigma biomédico en la atención primaria por el de salud familiar, aún hay muchos cambios que sólo están en el papel, pues en la práctica los rendimientos exigidos en términos de número de pacientes atendidos siguen siendo los antiguos, lo que no permite evaluar en la integralidad al individuo considerando su familia y todos los determinantes sociales que pudiesen estar influyendo en su salud, como es el trabajo.

3. Método

Con el fundamento de los datos sobre tasas de enfermedades profesionales en Chile, comparadas con las de otros países y los universos esperables según las encuestas nacionales, se formuló la hipótesis de que podría existir subdiagnóstico de sospecha de enfermedades profesionales.

Esto principalmente debido a que la asociación entre agentes de riesgo laborales y las presuntas patologías laborales no están presentes en la sospecha de diagnóstico de origen laboral en pacientes que asisten en los centros de atención primaria de salud, o bien, en casos de sospechar tal relación, no se dispone de protocolos para la derivación de pacientes hacia las instituciones que administran el Seguro de la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Se abordó el estudio combinando un componente de análisis cuantitativo a través de las bases de datos de atenciones en CESFAM seleccionados, con un componente de carácter cualitativo que permitió indagar en profundidad la situación con funcionarios de dichos centros.

3.1. Componente Cualitativo

La investigación cualitativa es una metodología científica para recopilar datos no numéricos. Así, se obtienen datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Los métodos cualitativos de investigación, en ese sentido, se refieren al estudio que busca comprender la realidad en su contexto natural y cotidiano, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que le otorgan las personas implicadas.

La investigación cualitativa se basa en estudios de caso, experiencias personales, introspección, historias de vida, entrevistas, textos y producciones culturales, etc. (Denzin, K. & Lincoln, S., 2005).

Una de las características más relevantes de la investigación cualitativa es que no insiste en la representación estadística de sus resultados. Elige las unidades de estudio con el propósito de lograr un conocimiento intensivo, profundo y detallado sobre los casos en los que tiene lugar el fenómeno de interés, generalizable para otras situaciones en las que dicha situación ocurre (Martínez-Salgado, C., 2012).

El diseño de la muestra en la metodología cualitativa incorpora información de forma iterativa, de acuerdo con la forma que va surgiendo en el trabajo de campo. Morse

(1995) señala que se recolectan datos hasta que ocurra la saturación, es decir, hasta el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Sin embargo, como lo señala Denzin (2010), la realidad en su complejidad no puede ser nunca completamente capturada. No habría, entonces un punto de saturación. Por lo que, en la práctica, la investigación cualitativa recogerá o producirá información hasta el momento en el que considere que puede decir algo importante sobre el fenómeno en estudio (Mayan, M.,2009).

La validez de los estudios cualitativos se obtiene a través de la adopción de diversas estrategias, entre ellas la triangulación de resultados (Valles, M.,1997) o la adopción de representatividad estructural, es decir, incluir en la muestra a miembros de los principales elementos de la “estructura social” en torno al fenómeno en estudio (Ibáñez, J., 1979).

Otras de las características de la investigación cualitativa más relevantes son las siguientes:

- es interpretativa, analiza el lenguaje (escrito, hablado, gestual o visual), los términos del discurso, los comportamientos, las representaciones simbólicas y los procesos sociales de intercambio.
- al estudiar el contexto natural del fenómeno a investigar, analiza el universo de representaciones simbólicas que mueven los sujetos, descifrando el significado último atribuido por estos.
- no plantea hipótesis, sino que, a partir de preguntas abiertas construye interpretaciones y conclusiones sobre los fenómenos estudiados.
- comprende que su objeto de estudio responde a una cultura particular.

Instrumento para producir información a analizar: entrevistas

Dado su carácter inductivo, interpretativo y constructivista (Bryman, 2008), el uso de la entrevista permite una aproximación comprensiva a la subjetividad de los sujetos de estudio (Canales, 2006).

Las entrevistas, tienen carácter semi estructurado y mediante ellas se busca obtener descripciones del mundo vivido por los entrevistados con respecto a su interpretación de los fenómenos estudiados (Kvale, S. 2011).

Las ventajas de la investigación mediante entrevistas, respecto de otros métodos de investigación, son (Banister, P. et al 2004):

1. El énfasis está puesto en los significados subjetivos, más que en respuestas en un formato estandarizado.
2. Es una herramienta más abierta y flexible, que permite abordar asuntos complejos difíciles de investigar mediante métodos cuantitativos.

3. Participación del entrevistador es confrontada por entrevistado, lo que obliga al primero a tener una actitud reflexiva desde la concepción de la pregunta hasta la entrevista misma.
4. Implica mantener una vigilancia interpretativa respecto de las relaciones de poder que se dan en el proceso de investigación, reflexionando de manera específica sobre las relaciones de clase, género, raza o edad que pueden interactuar en la entrevista misma.

La recolección de información se desarrolló en base a la definición de una muestra de “informantes calificados” a quienes se les aplicaron entrevistas semiestructuradas. La selección de estos informantes se estableció en función del rol que desempeñaban en los centros de APS asociado con el tema de estudio. A través de las entrevistas se indagó principalmente sobre los siguientes aspectos:

- Prácticas para identificar situación de los pacientes en relación al trabajo,
- Prácticas para conocer la historia laboral,
- Conocimiento de patología profesional,
- Conocimiento de normas regulatorias en la materia en Chile,
- Conocimiento de procedimientos de derivación ante sospecha de patología profesional.

Del conjunto de informantes claves que se seleccionaron para realizar las entrevistas, estos se desempeñaban en las siguientes áreas funcionales:

- Dirección
- Administración
- Médicos clínicos.

Cada entrevistado firmó un consentimiento informado antes de la realización de la entrevista, cuyas preguntas no fueron conocidas por éstos con antelación. Se les aplicó entrevistas específicas, manteniendo un mismo esquema en todos los establecimientos en estudio, con el fin de hacer análisis de las ideas principales según estamentos.

Se aplicaron entrevistas de 20 minutos aproximadamente mediante la utilización de una pauta semiestructurada. (Ver Anexo 5).

Análisis de la información

Existen diversas estrategias para analizar información cualitativa, las más conocidas son: análisis de contenido, comparativo constante, estructural o del discurso.

La información producida mediante las entrevistas en este estudio fue analizada con el enfoque de la Teoría Fundamentada (Galser, B. y Staruss, A., 1967), que busca estudiar las acciones de los actores sociales en un determinado campo y el significado que ellos le atribuyen al aspecto estudiado (Delgado, C., 2002).

En resumen, el trabajo de análisis comienza con la codificación de la información que luego se transformará en categorías conceptuales. Estas categorías se evalúan mediante un análisis de contenido y comparativo constante, para densificar y saturar las categorías (Strauss, A. y Corbin, J., 2002).

El análisis de contenido apunta a descubrir la significación de un mensaje. Específicamente, se trata de un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido (Cáceres, P., 2003).

El análisis comparativo constante permite la emergencia de categorías con valor explicativo suficientemente fuerte para revelar lo que sucede en relación con el fenómeno que se estudia (Carrero, V., Soriano, R., Trinidad, A., 2012).

Para desarrollar el análisis de la información, se utilizaron los siguientes 5 pasos (Cáceres, P., 2003):

- a. El primer paso del análisis corresponde a identificar el material a analizar en función de las preguntas de investigación, la pauta de entrevistas establecidas y las respuestas dadas por los entrevistados.
- b. El segundo paso consta de identificar y definir las unidades de análisis que se corresponden a los trozos de contenido sobre los cuales se desarrollarán los análisis. Las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de las respuestas de los entrevistados que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos. A la unidad de análisis propiamente tal se le denomina, “unidad de registro”, es decir, la unidad de contenido significativo dentro del documento que servirá para extraer resultados

Se reconocen dos tipos de unidades de análisis más comunes:

- Los vocablos: o palabras claves, respecto a un tema o significado particular; o bien, de palabras generales según su disposición dentro del texto y su significado conjunto.
 - Las frases, el párrafo o tema: aquí la unidad de análisis es un grupo de palabras reunidas gramaticalmente. No tienen valor por sí solas, sino a través del conjunto que constituyen.
- c. Como tercer paso se establecen las reglas de análisis. Estas reglas indican cuáles son las condiciones para codificar y, eventualmente, categorizar un determinado contenido analizado. Estas reglas están abiertas a modificación

en la medida en que el material es procesado. La retroalimentación constante, desde los datos hacia la formulación de criterios o reglas de codificación y viceversa, es permanente.

Este proceso se desarrolla de manera inductiva, comenzando desde los datos para definir reglas que los clasifiquen y posteriormente codificarlos preguntándose cuál es el tema, aspecto o significado que ellas encierran. Una vez que los datos han sido segmentados y agrupados conforme a las reglas de análisis, se identifica a cada grupo mediante nombre de códigos. Los códigos resumen el conjunto de datos reunidos en una clase, “etiquetan” los segmentos, agregando información al texto a través de un proceso que abstrae las características del contenido agrupado y la sintetiza en un concepto.

- d. El cuarto paso corresponde a la definición de categorías en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo. Las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información. El trabajo a desarrollar en esta investigación es descriptivo, por lo que las categorías no estarán demasiado alejadas de la codificación previa conceptualizando en términos de mayor amplitud o abstracción teórica o puede representar interpretaciones acerca del contenido que no se manifiesta de modo explícito, a través de la construcción del concepto o constructo que denote relaciones en el conjunto de material codificado.

Esta doble intención al categorizar, con descripciones o caracterizaciones, más o menos abstractas, o bien, con interpretaciones que relacionan elementos, permite establecer, para el primer caso, la finalidad principal de trabajar con el “contenido manifiesto”, cerca de la información explícita, en tanto, en el caso de la interpretación, obtenida mediante las relaciones reconocidas de diferentes fuentes codificadas, surge un elemento nuevo: aquel aspecto, criterio o razón que está a la base de dicha relación y que conforma, con su presencia supuesta, el “contenido latente”.

- e. El quinto paso, consiste en la síntesis final que utilizará las categorías y códigos usados previamente. Se apoyará en todo el trabajo inductivo previo y pondrá énfasis en el esfuerzo reflexivo, descubriendo lazos, causas e interpretándolas de acuerdo a la información disponible.

Toda la información recabada en entrevistas se registró en audio y luego se transcribió para su análisis utilizando un software diseñado para trabajar información cualitativa mediante el método de la Teoría Fundamentada.

3.2. Componente Cuantitativo

Se realizó un estudio transversal descriptivo de una muestra por conveniencia de centros de atención primaria de salud, donde se determinó el porcentaje de enfermedades de las que podrían haberse sospechado tenían como origen el desempeño laboral a través de las solicitudes de interconsulta (SIC) tanto externas como internas realizadas en el establecimiento de salud, con diagnósticos potencialmente relacionados con enfermedad profesional a: traumatología, neurología, broncopulmonar, psiquiatría, otorrinolaringología, dermatología y otras.

Previo al estudio de bases de datos, se elaboró un listado de patologías de sospecha basado en:

- Listado chileno de enfermedades profesionales actualizado.
- Recomendaciones de Manual de procedimientos para la pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a partir de licencias médicas tipo 1, del Ministerio de Salud de Chile.
- Manuales para la vigilancia de diferentes patologías profesionales, elaborados por Ministerio de Salud de Chile.
- Instrucciones elaboradas por Superintendencia de Seguridad Social para el diagnóstico de diversas patologías profesionales.
- Recomendaciones de especialistas en medicina del trabajo.
- Listado de enfermedades profesionales de mayor prevalencia y/o incidencia en Chile.

Las patologías con sospecha de etiología profesional seleccionadas se codificaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (DEIS, 2015). Con este listado se procedió a analizar los registros estadísticos de consulta de morbilidad de jóvenes y adultos, en el rango de 15 a 65 años de edad, de ambos sexos, de los centros de APS seleccionados. (Ver Anexo 4, listado de patologías seleccionadas)

La construcción de la muestra en estudio se realizó utilizando los siguientes criterios para aplicar filtros:

1. Personas atendidas efectivamente en el Centro de Atención seleccionado durante un año.
2. Personas dentro de la fuerza de trabajo con o sin empleo (filtro por edad 15 a 65 años)⁶.

⁶ En el límite inferior se utilizó el valor de 15 años o más como lo define el Instituto Nacional de Estadísticas

3. Tipos de atención (Se excluyeron aquellas no relacionadas con atención de morbilidad).
4. Casos que disponían de diagnóstico escrito.
5. Tipos de morbilidades preseleccionadas (Lista del anexo 4)

La muestra obtenida después de aplicar los criterios señalados fue analizada según la información disponible, la que difería entre unos centros y otros. Por ejemplo, los campos del tipo de prestación se llenan con diferentes nomenclaturas, no estandarizadas.

Mediante análisis de frecuencias se estimó el porcentaje de patología potencialmente de origen laboral mediante la lectura de la anamnesis y los motivos de consulta, información que no estuvo disponible en todos los CESFAM incluidos en el estudio.

En dos de las bases de datos recibidas se disponía de la anamnesis y motivo de consulta, lo que permitió averiguar cuántos de estos pacientes con diagnósticos del listado de enfermedades profesionales podrían haberse derivado al Organismo Administrador correspondiente. La revisión de anamnesis fue realizada por medicas con experiencia en la calificación de Enfermedades Profesionales.

En aquellos pacientes que tuvieron más de un diagnóstico, solo se revisó la anamnesis que estaba relacionada con el diagnóstico del listado de enfermedades profesionales en Chile.

Se caracterizó el perfil de trabajadores que presentaban diagnóstico relacionado con enfermedades profesionales cuya anamnesis dio indicios ciertos que podrían haberse derivado al Organismo Administrador Correspondiente para su estudio y calificación definitiva.

Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilks para averiguar si los datos se distribuían en una normal con el fin de aplicar estadísticos de tendencia central correctos.

3.3. Selección de la muestra.

Al inicio del proyecto se habían preseleccionado 10 centros de atención primaria que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión.

- Que representaran distintas regiones del país.
- Que incluyeran poblaciones diversas respecto a las actividades económicas.
- Centros de atención primaria con consulta masiva de morbilidades.

En la preselección se eligieron Centros de Salud Familiar de las regiones: Metropolitana, Biobío y Tarapacá, a los cuáles se solicitó las bases de datos de las atenciones de un año (2017 o 2018).

La elección de los CESFAM respondió a dos criterios principales: que fueran de regiones con diferentes perfiles de actividad económica y que, además, manifestaran interés a participar en el estudio.

Debido a la irrupción de la pandemia en marzo de 2020, momento en que se desarrollaba el trabajo de campo, se decidió interrumpir éste hasta disponer de mejores condiciones sanitarias tanto para el personal de salud como para el equipo investigador. No resultaba prudente ni seguro, realizar las visitas y entrevistar personal en pleno período de alta demanda de los centros de salud. Por otra parte, se estimó que el estudio cualitativo podría haberse visto influenciado por una condición distinta de trabajo que la habitual. Finalmente se decidió con la contraparte técnica hacer el análisis con la muestra de los CESFAM que ya se habían capturado y que alcanzaban a 5 en total distribuidos en las tres regiones presupuestadas.

La muestra de centros de salud, incorporan distintas realidades socioeconómicas del país y corresponden a establecimientos con grandes poblaciones a cargo, atendiendo a disimilitudes de realidad socioeconómica de la población y los recursos financieros con que cuenta el centro. Las regiones elegidas (I, VIII y Metropolitana) en conjunto desarrollan prácticamente todos los tipos de actividades económicas del país.

Centros de Salud Familiar incorporados.

CESFAM del Pozo Almonte,

Se ubica en la comuna de Pozo Almonte de la Región de Tarapacá en la provincia del Tamarugal. Fue inaugurado el año 2017 beneficia a más de 23.000 habitantes de la provincia del Tamarugal, principalmente la población de Pozo Almonte, Pica y Camiña. El edificio que se emplaza en una superficie de 3 mil 840 metros cuadrados cuenta con ocho boxes multipropósito, laboratorio, farmacia para la entrega de medicamentos, sala de esterilización, sala de reuniones para los dirigentes locales,

zona para la urgencia, box odontológico y una moderna sala de rehabilitación kinesiológica.

La Comuna de Pozo Almonte tiene un índice de masculinidad de 109,1 % proyectado al año 2020⁷. El índice de pobreza multidimensional en la comuna de Pozo Almonte es de 38,81, muy por sobre la del país (20,7)⁸

La tasa de mortalidad general en la comuna alcanza a 3,8 por cada 1000 habitantes (año 2016), siendo más alta en mujeres (4,0) que en hombres (3,7). A diferencia, la tasa nacional que ese año fue de 5,7 por 1000 habitantes. (Fuente, Departamento de estadísticas e Información en Salud).

Las principales actividades económicas desarrolladas en la zona de la población inscrita son comercio, manufactura, minería y turismo. Se desarrollan principalmente en micro y pequeñas empresas, lo que corresponde a 81,22 % del total de empresas registradas en la comuna.

CESFAM el Barrero

Está ubicado en la comuna de Huechuraba de la Región Metropolitana fue inaugurado el día 3 de abril de 1996 como Consultorio General Urbano y a partir del día 13 de marzo de año 2006 se transformó en CESFAM. Cuenta con una población a cargo de 12.850 usuarios inscritos validados a septiembre del año 2019, distribuidas en 7 unidades vecinales.

El índice de pobreza multidimensional en la comuna de Huechuraba alcanza a 28,8%. La tasa de mortalidad general al año 2016 en la comuna de Huechuraba alcanza a 4,9 fallecidos por cada 1000 habitantes, siendo más alta en hombres (5,1) que en mujeres (4,6)

Este establecimiento entrega acciones de promoción de la salud, educación en la prevención de enfermedades, atención domiciliaria, tratamientos, rehabilitación, salud familiar y comunitaria. Además, cuenta con 2 dispositivos de entrega de servicios de salud transversales a la población de toda la comuna: La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y la Unidad de Atención Primaria de Otorrinolaringología (UAPORRINO).

La realidad demográfica de la población validada en el CESFAM El Barrero difiere de la que se presenta a nivel comunal, siendo una población que se concentra en edades económicamente activas. La población inscrita validada en este CESFAM representa el 19% del total de población validada de la comuna en centros de APS.⁹

⁷ Reporte comunal de Pozo Almonte, 2020, Biblioteca del Congreso Nacional

⁸ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 y del Registro Social de Hogares, ambos instrumentos gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social.

⁹ Datos proporcionados por documento elaborado por Departamento de Salud de la Comuna de Huechuraba "Plan de Salud Comunal 2019-2020"

La pirámide demográfica muestra que hay una población escasa de adultos con edad superior a los 44 años, encontrándose una concentración de la población adulta, comprendida entre los 25 y los 44 años de edad.

CESFAM de la Comuna de e Hualpén.

La comuna de Hualpén es parte de la Región del Biobío. En esta región se eligieron 3 CESFAM que aceptaron colaborar con el estudio.

CESFAM Hualpencillo

Ubicado en la zona norte de la Comuna de Hualpén, tiene una población inscrita de 29.674 personas al año 2018 correspondiendo a un 53% mujeres y 47% hombres¹⁰

CESFAM La Floresta.

Ubicado en la zona sur poniente de la Comuna de Hualpén, tiene una población inscrita de 23.730 personas al año 2018 correspondiendo a un 52% mujeres y 48% hombres

CESFAM Talcahuano Sur

Ubicado en la zona Centro de la Comuna de Hualpén, tiene una población inscrita de 28.042 personas al año 2018 correspondiendo a un 55% mujeres y 45% hombres¹⁰

De acuerdo al CENSO 2017 la comuna de Hualpén tiene 91.773 habitantes, por tanto, el conjunto de los tres CESFAM tiene registrado el 89,7% de la población comunal. El índice de masculinidad alcanza a 90,7% ese mismo año.¹¹

El índice de pobreza multidimensional en la comuna de Hualpén en su conjunto es de 11,0%, muy por debajo del promedio general del país (20,7%).¹⁰

En 2018, la cantidad de empresas registradas con ventas en Hualpén fue de 2.118 concentrándose en 97,7% en Micro y Pequeña Empresa. (Fuente Servicio de Impuestos Internos)¹².

Las principales actividades económicas de Hualpén son: Comercio al por mayor y menor; talleres de reparación de vehículos motorizados, suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado e Industrias manufactureras. Entre las grandes empresas se encuentra la principal refinería de petróleo del país con capacidad para

¹⁰ Fuente: Anuario estadístico de producción 2018, Servicio de Salud de Talcahuano

¹¹ Fuente: Reporte Comunal | 2020 Hualpén, Biblioteca del Congreso Nacional

¹² Fuente: Biblioteca

[congrhttps://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2020&idcom=8112](https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2020&idcom=8112)

procesar 116.000 barriles/día. Cuenta con una dotación de alrededor de 666 trabajadores, con contrato indefinido.¹³

Las ocupaciones más comunes en Hualpén, según el número de trabajadores, son Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, Trabajadores no calificados y Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.

¹³ Fuente: empresa Nacional del Petróleo ENAP, disponible en https://www.enap.cl/pag/95/892/refineria_biobio

4. Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tanto para el componente cuantitativo como cualitativo en cada uno de los cinco CESFAM que integraron la muestra.

4.1. Cuantificación de la sospecha de subdiagnóstico

Como se explicó en el Método, las bases de datos (BBDD) del total de las prestaciones registradas en la ficha clínica con citación o demanda espontánea se fueron filtrando de acuerdo con los criterios descritos.

Las tablas 2 y 3 dan cuenta de la muestra construida para el análisis de casos que podrían haber tenido relación con el trabajo en el origen de la patología, es decir son casos potenciales de derivarse a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley 16.744.

Filtros utilizados secuencialmente:

1. Utilizando el campo “Estado de la cita” se determinaron las prestaciones efectivamente realizadas ya sea por citación o por pacientes que llegaron sin cita.
2. Se determinó la edad en años cumplidos al momento de la atención y se filtró el universo de 15 a 65 años.
3. Elección de sólo aquellas prestaciones asociadas a atención de cualquier morbilidad.
4. Selección de casos sólo en los cuales se disponía de diagnóstico consignado en la ficha.

Tabla 2 Prestaciones y número de pacientes atendidos en 5 CESFAM del país

CESFAM	Número total de citas registradas Con ficha (en 1 año)	Número total de prestaciones efectivamente realizadas ^a	Total prestaciones otorgadas solo a personas de 15 a 65 años	Nº de pacientes entre 15 y 65 años atendidos (todas las prestaciones)	Promedio de prestaciones realizadas a personas entre 15 y 65 años
1	86.972	42.750	22.704	4.224	5,4
2	S/D	28.991	16.170	3.614	4,5
3	195.240	147.068	84.417	14.051	6,0
4	168.069	122.944	75.189	10.140	7,4
5	132.828	96.632	50.542	9.291	5,4

Fuente: Elaboración propia basado en información recibida de cada CESFAM en registros año 2018 con excepción de CESFAM 1 que corresponde a 2017

Notas: a) Se descartan citas no materializadas o no atendidos por distintas razones y los registros duplicados de fichas con misma fecha y hora de atención.

S/D: Sin Datos

Como se observa en la última columna de la Tabla 2, cada paciente en la edad de 15 a 65 años recibe en promedio entre 4,5 y 7,4 atenciones cada uno. Esto se debe principalmente a las derivaciones internas que quedan registradas en las fichas individuales.

Tabla 3. Operacionalización de la variable nivel de sospecha

Nivel de decisión de sospecha	Descripción
1	Los antecedentes no permiten sospechar si pudiese haber una relación con el trabajo. Se incluyen casos sin datos de anamnesis.
2	Por los datos de anamnesis además del diagnóstico y motivo de consulta hay sospecha que podría tratarse de enfermedad profesional a pesar de que no hay mención alguna de actividad laboral.
3	Los antecedentes permiten concluir que sería necesario haber derivado al paciente para un estudio de enfermedad profesional en el Organismo Administrador correspondiente ya que se menciona una relación con el trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Casos seleccionados con información que permite sospecha origen laboral.

CESFAM	Número de prestaciones de salud con diagnóstico relacionado con posible patología de origen laboral ^(a)	Número de pacientes con diagnósticos relacionados con posible patología de origen laboral	Casos según nivel de sospecha de origen laboral basados en diagnóstico codificado, anamnesis y motivo de consulta ^(b)			Número de prestaciones per-cápita otorgadas a pacientes con sospecha alta (3) respecto a total de pacientes con diagnósticos relacionados. ^(c)
			1 Baja	2 Media	3 Alta	
1	593	273	253	13	7	6
2	1.259	348	273	33	42	5
3	687	526	S/D Anamnesis			---
4	1040	687	S/D Anamnesis			---
5	929	655	S/D Anamnesis			---

Fuente: Elaboración propia

- (a) Hay pacientes con más de un registro, pero atendidos en distinta ocasión.
- (b) Solo se consignó la información de aquellos CESFAM de los que se disponía datos de anamnesis para aplicar los criterios de sospecha.
- (c) La determinación de número de prestaciones per-cápita de pacientes con alta sospecha para derivar a estudio de enfermedad profesional, se obtuvo dividiendo el total de prestaciones que recibieron esos pacientes, por el número total de dichos pacientes.

El estudio de sospecha de origen laboral de la enfermedad se realizó en los dos CESFAM de los cuales se tenía información de la anamnesis además del diagnóstico codificado, cuyos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 5. Tasas de diagnósticos relacionados.

CESFAM	Nº de pacientes con diagnósticos relacionados con posible patología de origen laboral 15 a 65 años	Nº de pacientes entre 15 y 65 años atendidos (todas las prestaciones)	Tasa Pacientes con diagnósticos relacionados con enfermedad profesional del total de pacientes
1	273	4.224	6,5%
2	348	3.614	9,6%
3	526	14.051	3,7%
4	687	10.140	6,8%
5	655	9.291	7,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del total de pacientes entre 15 y 65 años de edad atendidos en los CESFAM de la muestra, un porcentaje apreciable tiene diagnósticos de patologías que están en el listado de enfermedades profesionales (entre 3,7% y 9,6%).

Tabla 6. Tasas de pacientes con probabilidad de haberse derivado (nivel 2 y 3 de sospecha)

CESFAM	Nº de pacientes con diagnósticos relacionados con posible patología de origen laboral 15 a 65 años	Pacientes con sospecha de origen profesional (nivel 2 y 3)	Tasas de pacientes con patologías relacionadas que podrían haberse derivado (%)
1	273	20	7,3 %
2	348	75	21,6 %

Fuente: Elaboración propia

Como muestra la Tabla 6, el resultado del estudio de cada una de las anamnesis indica que hasta en un 21,6% de los pacientes podrían haberse derivado al Organismo Administrador para estudio de enfermedad profesional.

Entre los dos CESFAM que disponían de información, se identificaron 95 casos que presentaban indicios ciertos de que su enfermedad podría haberse originado en el trabajo de un total de 621 pacientes con algún diagnóstico del listado de enfermedades profesionales., lo que representa un 15,3% El porcentaje mayor (21,6%) se encontró en el CESFAM de Pozo Almonte en la región de Tarapacá.

Tabla 7. Perfil de Pacientes que podrían haberse derivado en dos CESFAM Estudiados

CESFAM	Número de pacientes	% Hombres	% Mujeres	Mediana edad Hombres	Mediana edad Mujeres	Mediana total
1	20	40	60	57,5	40	43
2	75	38,7	61,3	38	39,5	39

Fuente: Elaboración propia

Nota: Cabe destacar que el número de pacientes identificado con probabilidad de haberse derivado se obtuvo solo con los datos disponibles de anamnesis y código CIE-10 relacionado.

La distribución de sexo de los pacientes que podrían haberse derivado resultó similar siendo más mujeres (aproximadamente 60%) que hombres (aproximado a 40%)

Sin embargo, es notable la diferencia de la mediana de edad en los hombres (19,5 años de diferencia). Las mujeres no presentaron gran diferencia de edad (Mediana entre 39,5 y 40 años).

4.2. Estudio Cualitativo

A continuación, se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a los “informantes calificados”:

Tabla 8. Número de entrevistas realizadas según área funcional de Centros de Atención de Salud Familiar

CESFAM	Comuna	Área Administrativa	Personal Médico	Directivo
El Barrero	Huechuraba	2	1	1
Pozo Almonte	Pozo Almonte	2	1	1
Hualpencillo	Hualpén	2	1	1
La Floresta	Hualpén	2	1	1
Talcahuano Sur	Hualpén	2	1	1

En primer lugar, se expone un análisis descriptivo del contenido de las entrevistas y a continuación se da cuenta de algunos elementos latentes y/o discursivos que es posible identificar o inferir a partir de lo señalado por las personas entrevistadas.

4.2.1. Análisis del proceso de derivación interno y externo de la patología sospechosa de ser de origen laboral.

4.2.1.1 Atenciones más frecuentes identificadas

Los entrevistados identifican que las consultas médicas realizadas en los diferentes CESFAM se refieren mayoritariamente al control de patologías cardiovasculares o de cuadros agudos de enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

En las entrevistas se informa que los consultorios no cuentan con estadísticas asociadas a consultas diagnosticadas como accidentes laborales, enfermedades profesionales o sobre las derivaciones realizadas a Organismos Administradores del seguro de la Ley N°16.744 de las personas atendidas por los CESFAM.

Sólo de manera espontánea en los médicos, se identifica que existe un número importante de consultas asociadas a dolencias músculo-esqueléticas de extremidad superior (que pudieran en algunos casos estar relacionadas con el trabajo desarrollado por las personas).

4.2.1.2 Motivo de consulta y su posible relación con el trabajo

El personal administrativo, informa que no consulta sobre la ocupación o actividad laboral de las personas o la posible relación de la consulta con el trabajo desempeñado por los usuarios y, sólo muy excepcionalmente, se coloca como una observación en el registro del paciente.

El personal médico, por otra parte, al consultarle a los pacientes respecto del motivo de consulta de manera unánime señala que pregunta por la ocupación de quien es atendido, los motivos y lugar en que pudo producirse el dolor o lesión motivo de la atención médica. Es decir, se indaga si el origen de la patología pudiera estar asociado con el trabajo de los pacientes.

Por último, se puede observar que directivos y personal médico son conscientes de la existencia de un sub diagnóstico de patologías asociadas al trabajo de las personas. Lo que en opinión de varios implica que los Organismos Administradores no realicen la investigación correspondiente y, que, como consecuencia, no se adopten las medidas que eviten el desarrollo de enfermedades profesionales o accidentes laborales.

4.2.1.3 Registro Electrónico Pacientes

Las personas entrevistadas indican que los sistemas informáticos cuentan el ingreso de datos de identificación, y en temas laborales sólo si el trabajador es dependiente o independiente, pero no permiten registrar la ocupación específica de quien consulta lo que podría consignarse por el médico durante la atención en el campo de anamnesis u otro. Tampoco posibilita la derivación a una mutualidad.

Asimismo, se informa que los sistemas de registro cuentan con ese campo (ocupación de la persona) para programas de salud específicos como cardiovascular o asma, pero que no es obligatorio completar la información de dicho campo.

Finalmente, se indica que existen pautas como en el programa de las salas ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto), pero se tiende a simplificar la información que se ingresa, salvo en casos evidentes, es decir, por ejemplo, paciente estuvo expuesto a "polvo, sílice en suspensión, polvos de harina", pero depende de que el médico u otro profesional lo consulte directamente.

En consecuencia, y como norma general de operación en los sistemas informáticos de fichas electrónicas, mayoritariamente se tiende a realizar el registro de sólo lo que los campos obligatorios.

4.2.2. Dificultades para establecer sospecha y derivación de patología de posible origen laboral.

4.2.2.1 Capacitación en Enfermedades Profesionales

Con la excepción de un médico de CESFAM Hualpencillo, nadie identifica que exista en los planes de capacitación de sus CESFAM materias relativas a salud laboral o enfermedades profesionales de los pacientes que consultan. Aunque, por otra parte, todos refieren que, a través de sus mutualidades o sus comités paritarios, sí reciben información sobre estas materias en función de su propia situación de trabajadores.

Los conocimientos o capacitaciones asociados a salud ocupacional, medicina del trabajo o enfermedades profesionales, particularmente en el personal médico, han sido resultado de experiencias laborales previas o del propio interés por saber sobre estos temas.

4.2.2.2 Conocimiento sobre Legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

En general existe un conocimiento global respecto de la legislación vigente sobre accidentes laborales y enfermedad profesionales. Sin embargo, se encuentra asociado fundamentalmente al desempeño laboral propio de los trabajadores de la salud y no en relación con los usuarios del CESFAM.

No existiría capacitación, protocolos o documentos que sirvan de orientación a los trabajadores de los CESFAM sobre estas materias en relación a los pacientes atendidos.

Sin perjuicio de lo señalado, en el personal médico existe un mayor conocimiento sobre la legislación, asociado fundamentalmente al hecho de que las licencias médicas consideran dichas razones para su emisión.

4.2.2.3 Conocimiento sobre Organismos Administradores del Seguro de la Ley N°16.744

El conocimiento sobre los organismos administradores (Mutualidades, Administración Delegada e Instituto de Seguridad Laboral, ISL) se encuentra

fundamentalmente asociado a su propio rol de trabajadores y se precisa que son los comités paritarios y en algunas ocasiones las mutualidades las que les entregan capacitación o información en su calidad de trabajadores.

De manera generalizada, los entrevistados de los distintos estamentos de los CESFAM informan que las mutualidades no están dentro de la red de derivación utilizada habitualmente, y que las derivaciones que se llegan a realizar se hacen de manera más o menos informal, de acuerdo con el conocimiento del profesional tratante, más que a protocolos establecidos para el efecto.

Se refiere asimismo, la creencia o percepción de que sólo un porcentaje menor de las personas que son atendidas en los CESFAM sabe que la atención de las enfermedades profesionales o los accidentes del trabajo está cubierta por los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N°16.744 a la que pertenezca la empresa en que se desempeña.

4.2.2.4 Dificultades para Derivación a Organismos Administradores del Seguro de la Ley N°16.744 (OAL)

Una de las dificultades descritas en las entrevistas, es que no existe un contacto directo para comunicarse con mutualidades. Asimismo, los sistemas informáticos utilizados actualmente, no cuentan con campos para registrar una posible derivación a algún Organismo Administrador.

Los profesionales médicos en particular, señalan conocer que ante una enfermedad profesional o accidente laboral deberían derivar los casos correspondientes a alguno de los Organismos Administradores, pero el cómo hacerlo no está claro, no está estandarizado o protocolizado. Adicionalmente se refiere que cuando las derivaciones ocurren, los pacientes son reevaluados y en muchas ocasiones “devueltos” para ser atendidos en por el sistema de salud común.

Los entrevistados también observan que, en algunas oportunidades, en que los trabajadores llegan acompañados con el prevencionista de la empresa, es más fácil realizar la derivación al Organismo Administrador correspondiente, sin embargo, esto es muy poco frecuente.

Por último, se señala que no debe ser un número alto de personas que puedan tener una patología de origen laboral que se siguen atendiendo como enfermedad común, pero de igual manera se están perdiendo recursos e intervenciones que las personas tiene garantizadas. Al mismo tiempo, existen territorios en el país que se encuentran más alejados y tienen menos posibilidades de acceder a otras alternativas de salud, donde probablemente el centro de salud es el único lugar en que pueden recibir atención médica.

4.2.2.5 Existencia de protocolo de atención y derivación ante sospecha de Enfermedad Profesional

Se informa que no existen protocolos o formularios de derivación de pacientes que consultan con motivo de una enfermedad profesional o un accidente laboral. Sin embargo, el directivo del CESFAM de Pozo al Monte informa que se presentará un protocolo para este tipo de derivación de acuerdo a información con que cuenta.

Sin perjuicio de lo señalado, administrativos y médicos, a partir de su propia experiencia y conocimiento, orientan a los pacientes cuando el motivo de consulta tiene que ver con cuestiones laborales evidentes.

En opinión de los entrevistados, a los trabajadores las empresas tampoco les orientan respecto de cuando les corresponde asistir a su Organismo Administrador con motivo de enfermedad o accidente derivados de su trabajo.

En el caso del personal médico, a pesar de que no existen protocolos para derivación, refiere que a partir de su experiencia y conocimiento pueden identificar cuando el motivo de consulta es por un tema laboral y orientar a las personas para dirigirse al Organismo Administrador, especialmente en patologías osteomusculares. Sin embargo, los médicos también señalan la dificultad para identificar patologías de salud mental, como por ejemplo, trastorno adaptativo por liderazgo disfuncional, entre otras.

4.2.2.6 Licencias por temas laborales

En general, las personas entrevistadas tienen conocimiento de la existencia de las licencias tipo 5 (accidentes del trabajo) y 6 (enfermedades profesionales), y que los sistemas informáticos permiten su registro. Las mismas, además, han sido emitidas por personal médico de los consultorios.

4.2.3. Propuestas para mejorar los sistemas de atención y derivación de patologías de origen laboral.

A continuación, se describen algunas ideas de los entrevistados que, ante una pregunta abierta no fueron automáticas y requirieron de una orientación por parte del entrevistador, se pueden destacar:

- *Conocer datos sobre prevalencia para planificar una pauta de trabajo con temas de salud laboral.*

- *Incorporar personal con formación en prevención de riesgo en CESFAM para orientar en materias de accidentes laborales o enfermedades profesionales al personal.*
- *Establecimiento de protocolos que faciliten la evaluación y derivación de casos atendidos que pudieran estar asociados a enfermedades profesionales.*
- *Capacitar al personal de los CESFAM. Desde personal administrativo, que es el primer contacto y reciben los motivos de consulta hasta equipos médicos para poder levantar la información pertinente y realizar la derivación adecuada cuando corresponda.*
- *Recibir capacitación para poder informar adecuadamente a los pacientes cuando se identifica una condición de salud asociada a un origen laboral.*
- *Que los sistemas informáticos, tal como ocurre con las patologías GES, enumere las patologías de origen laboral para su correcta derivación en listas desplegadas.*
- *Capacitar al personal de CESFAM, para que puedan identificar una enfermedad profesional, para poder hacer la derivación oportuna.*
- *Identificar al interior de los CESFAM los temas que podrían afectar la salud de los trabajadores.*
- *Contar con herramientas o alguna cobertura adicional que permita abordar enfermedades profesionales en los centros de salud públicos, ya que en localidades alejadas que a veces es el único lugar de atención médica disponible.*
- *Aumentar la información y conocimiento de que disponen para saber en qué casos derivar a las mutuales o aseguradoras, incorporarlas como nuevos hábitos de trabajo, lo que permitiría no sobrecargar la atención pública.*

4.2.4. Elementos discursivos identificados

A partir de los contenidos de las entrevistas es posible identificar a modo de hipótesis, en términos generales, al menos dos discursos implícitos:

1. Para todos los entrevistados la prioridad es entregar atención de salud a los usuarios de los CESFAM, ello independiente de los motivos de consulta o las restricciones que pone el mismo sistema (trabajadores de la salud, recursos, infraestructura, etc.). Esta lógica puede estar dada por: a) la forma en que se encuentra organizado históricamente nuestro sistema salud, b) a partir de la propia experiencia y la de los consultantes con relación a la atención de salud recibida por las mutualidades. De ese modo, el derecho a brindar atención de salud se prioriza sobre cualquier otra condición o limitación.
2. Asimismo, se puede observar una suerte de sorpresa entre los entrevistados, frente a las preguntas asociadas a temas de salud laboral de los usuarios. De algún modo, ello podría estar dando cuenta de que estos temas, no son parte de la cotidianidad de los trabajadores de la salud en estos establecimientos, no son parte de los diálogos o las reflexiones que se sostienen de manera habitual respecto de los pacientes, sus patologías o sus motivos de consulta y especialmente el hecho de que no existan protocolos especiales de atención o derivación.

De ese modo, las patologías asociadas con un origen laboral se invisibilizan, al menos en un primer momento, y no forman parte de los “modelos mentales” con que los pacientes que consultan son atendidos. Sólo la experiencia previa de los profesionales médicos parece incorporar estos elementos en su práctica diagnóstica, pero de manera inconexa con los sistemas de registro de la información que no consideran indagar sobre ocupación de las personas de manera obligatoria, con ausencia de protocolos de atención e inexistencia de elementos factuales para la derivación (como un protocolo estandarizado, documento para realizar dicha derivación, etc.)

5. Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto, se evidencia que a nivel APS, existe muy escaso conocimiento relativo a la enfermedad profesional como constructo médico-legal. No sólo se carece de las herramientas técnicas y normativas, sino que también de instrucciones de parte de las instituciones gubernamentales relacionadas a la materia, en términos de capacitar a sus funcionarios y desarrollar en ellos habilidades de pesquisa, con entrenamiento en la toma de decisiones, todo lo cual debe acompañarse de guías técnicas y protocolos de sospecha y derivación

oportuna de una patología que pudiera tener un presunto origen laboral. Lo anterior, acompañado de redes institucionales, procesos y sistemas informáticos, que posibiliten la captura de información pertinente y estandarizada para facilitar la derivación a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley 16.744. En consecuencia, no se tiene en mente que la patología podría corresponder a una EP y, por ende, se dificulta el acceso a los beneficios para el trabajador (Art. 27 y 29 de la ley) y en el caso de los centros de APS, se utilizan recursos de tiempos y dinero que podrían dedicarse a otras atenciones.

Se objetiva, mediante los componente cuantitativo y cualitativo, los escasos datos relacionados al puesto de trabajo del consultante, tales como: la antigüedad en el puesto en la empresa actual y a lo largo de su vida, las tareas que realiza, la dominancia del trabajador, entre otros.

No hay lineamientos gubernamentales respecto a la pesquisa de enfermedades profesionales en la atención primaria de salud. Solo depende de iniciativas propias de algún profesional con experiencia en medicina del trabajo o programa especial de algún centro.

Este estudio, pese a las limitaciones propias de su diseño, del muestreo por conveniencia, considerando además su reducción secundaria por el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2, entrega inédita y valiosa información respecto de la situación que se encuentra Chile frente a esta otra pandemia silenciosa, la de las enfermedades profesionales. Patologías con prevalencia no despreciable, que afectan a grupos vulnerables y que corresponde a un imperativo ético su abordaje urgente e integral de parte del Estado.

Se demuestra que hay casos que evidencian una sospecha de la relación actividad laboral -patología- sólo por el análisis de la anamnesis, lo que podría incrementarse con los datos precisos respecto a la ocupación. Dichos casos merecerían la derivación al Organismos Administradores de la Ley 16.744 correspondiente para su estudio y calificación de origen, ya sea como enfermedad profesional o común.

La invisibilidad absoluta, ya sea por ausencia de formación en pregrado, desconocimiento, desidia, temor, falta de sistemas informáticos que posibiliten la captura de la información relevante y la derivación; o el abordaje de manera errada, inadecuada e incompleta de un fenómeno que forma parte de un proceso continuo en la línea vital de la población económicamente activa, genera que producto de las condiciones de empleo, los trabajadores vean mermadas sus capacidades físicas, psicológicas, emocionales y/o sociales, determinando incapacidades transitorias o permanentes, con años de vida saludables perdidos que pudieron evitarse a través de la mitigación, reducción o eliminación de los agentes de riesgo laborales y potenciación de los factores promotores de la salud.

Al no haber registro de la ocupación del trabajador, no es posible determinar si podría tratarse o no de una EP. Las anamnesis, especialmente las de salud mental

fueron un aporte para concluir que se trataba de pacientes que debían haber sido derivados para estudio de calificación de enfermedad profesional por el Organismo Administrador.

Lo anterior transforma en un deber, el cambiar el foco desde sólo la pérdida de la productividad para la empresa, el aumento de su tasa de cotización diferenciada o el impacto económico a nivel global. Por lejos, el daño es mucho mayor, si se considera que el enfermo profesional es una persona que muchas veces es el sustento económico para su familia, y una disminución en su potencial de trabajo, genera no sólo un detrimento económico para su núcleo, con las carencias derivadas e insatisfacción de necesidades que antes estaban cubiertas, sino que también un deterioro en la salud mental de la totalidad de sus integrantes, entre otras esferas que resultan dañadas.

Por ello, dado que la atención primaria de salud corresponde a la puerta de entrada a los servicios de salud de la mayoría de la nuestra población, es imprescindible que existan directrices gubernamentales que guíen el actuar de sus funcionarios, para una correcta y oportuna derivación a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley 16.744 ante la sospecha de una patología de presunto origen laboral.

Se ha establecido que el subdiagnóstico de patologías de presunto origen laboral puede alcanzar a más del 20% en los grupos de población entre 15 y 65 años que se les diagnosticó alguna enfermedad del listado de enfermedades profesionales los que se deberían haber derivado al Organismo Administrador correspondiente para su estudio y calificación.

6. Recomendaciones

6.1. Recomendaciones generales

Intervenciones macroestructurales, a fin de modificar la realidad actual. Entre ellas, se proponen en el mediano y largo plazo:

- Incorporar en los programas de formación de enseñanza media, la obligatoriedad de entregar conceptos básicos relacionados a salud y seguridad en el trabajo.

- Incluir, obligatoriamente, en la malla formativa, de todas aquellas carreras profesionales y técnicas intervinientes en materias de salud y seguridad en el trabajo, conceptos relacionados a la enfermedad profesional, particularmente su tipología y el dónde se estudian, califican, tratan y rehabilitan.
- Verificar, mediante los organismos gubernamentales que correspondan, las capacitaciones anuales de la totalidad de los trabajadores que conformen su dotación, independiente del tipo de contrato, respecto de qué es una EP, cuáles son las más frecuentes, cómo, cuándo y a dónde consultar, entro otros aspectos.
- Lograr una integración interministerial (Salud, Trabajo y Previsión Social, Educación) para la elaboración de una guía técnica y protocolo de actuación, por parte de prestadores de salud individuales, públicos o privados de cualquier nivel, ante la sospecha de una enfermedad de presunto origen laboral.
- Contar con un sistema informático único, integrado, nacional, estandarizado, que permita capturar la totalidad de las variables sociodemográficas, ocupacionales, y salud del consultante y su grupo familiar.

Todo lo anterior, permitirá reordenar las actuaciones y prestaciones hacia donde correspondan y de esa forma:

- 1) Reducir el número de pacientes que no son atendidos en los organismos administradores de la Ley 16.744 con la totalidad de prestaciones que le corresponden, incluida la rehabilitación en caso de ser necesaria.
- 2) Apoyar a directivos, profesionales de salud y equipo administrativo, en la capacitación técnico-normativo del sistema de salud laboral.
- 3) Evitar al máximo la existencia de subsidios cruzados.
- 4) Sancionar, de forma adecuada, a aquellos empleadores que deciden cesar el contrato del trabajador que consulta por una patología presumiblemente ocupacional.
- 5) Favorecer la construcción de un perfil epidemiológico más correcto y cercano a la realidad, que está condicionado por la multiplicidad de variables no abordadas.

Se propone comenzar con un estudio piloto que evalúe las derivaciones previas y posteriores a la implementación de la guía orientativa que se pone a disposición.

Intervenciones específicas en Centros de Atención Primaria de Salud

- Preguntar siempre por la ocupación de los pacientes en edad de trabajar y consignarlo como campo obligatorio en la ficha electrónica.
- Establecer un programa nacional de capacitación a todo el personal que labora en esos centros de salud primaria sobre la normativa y sistema de salud laboral en Chile.
- Protocolizar mediante flujos estandarizados a nivel país, la derivación a los Organismos Administradores de la Ley 16.744, ante la sospecha de patología de presunto origen laboral para su estudio y atención si corresponde.
- Registrar en la ficha electrónica como un campo específico, las derivaciones que se realicen en virtud del protocolo establecido y establecer un mecanismo de cobro de las prestaciones otorgadas si la patología finalmente es calificada como laboral tal como ocurre en el sistema de atención secundaria o terciaria, público o privado.
- En los Servicios de Atención Primaria de Urgencia SAPU, se debe poner atención con los accidentados del trabajo, que puedan haber llegado en busca de atención, en el sentido de realizar las derivaciones correspondientes a los Organismos Administradores y hacer los cobros pertinentes de las prestaciones otorgadas.
- Crear conciencia en los trabajadores de la atención primaria para que tenga siempre presente que existen las enfermedades producidas por el trabajo.
- Aclarar a profesionales y usuarios de la atención primaria que los síntomas, diagnósticos y tratamientos de una enfermedad no se diferencian por su origen (común o del trabajo), sin embargo, pueden ser resueltas por un sistema de salud distinto.

6.2. Guía orientativa para la identificación y derivación de enfermedades posiblemente ocupacionales desde los centros de atención primaria de salud.

6.2.1. Marco normativo e institucional sobre enfermedades profesionales.

6.2.1.1 Descripción del marco normativo general

En Chile se establece un marco normativo que regula el régimen de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo conformado por leyes, reglamentos, decretos supremos y circulares, que se originan en lo esencial en 1968 y establecen normas generales y específicas respecto del Seguro Social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Los principios del marco normativo cuya Ley de origen es la N° 16.744 de 1968, son:

- Solidaridad: es decir todos los beneficios que otorga se financian exclusivamente con aporte patronal o empresarial;
- Universalidad: se protege a todos los trabajadores por cuenta ajena e independientes.
- Integridad: ya que las prestaciones cubren todas las contingencias laborales, desde la prevención hasta las prestaciones médicas y económicas.
- Unidad: puesto que los beneficios que otorga la ley son iguales para todos los trabajadores, y automaticidad de las prestaciones: los trabajadores dependientes están cubiertos desde el momento en que comienza la relación laboral, aun cuando no tengan contrato escrito ni se hayan pagado las cotizaciones respectivas.

Este cuerpo legal describe los roles, responsabilidades y funciones de los diferentes actores del sistema y detalla algunos de los procesos involucrados en la calificación de origen de las patologías denunciadas.

Para el funcionamiento del sistema existe una institucionalidad compuesta por organismos públicos y privados. Entre los primeros se encuentra el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que como ente regulador quien está encargado de proponer y evaluar las políticas y planes correspondientes, y el Ministerio de Salud a quien le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.

Del Ministerio del Trabajo depende la Superintendencia de Seguridad Social, (SUSESO), que corresponde a una institución fiscalizadora. Destaca además la

Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) quien se encarga de certificar el estado de salud de trabajadores y beneficiarios, para obtener determinados beneficios; evaluar la pérdida de capacidad de ganancia en las secuelas producidas por enfermedad profesional y aprobar o rechazar licencias médicas laborales; y la Comisión Médica de Reclamos (COMERE) que recibe las reclamaciones en contra de las resoluciones por incapacidad permanente producto de las secuelas por enfermedad profesional que hayan emitido las COMPIN, y el Instituto de Seguridad Laboral.

Además, como entidades sin fines de lucro están los Organismos Administradores de la Ley que administran el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, siendo su labor fundamental la prevención de riesgos profesionales. Dentro de estas entidades privadas existen actualmente tres mutualidades de empleadores: el Instituto de Seguridad del Trabajo, la Asociación Chilena de Seguridad, y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, y una pública: el Instituto de Seguridad Laboral; además de las Empresas con Administración Delegada.

Cabe destacar que la cobertura de este seguro social no es universal, pero abarca aproximadamente al 80% de la fuerza de trabajo ocupada al 2020. Se financia fundamentalmente a través de la cotización básica y de la adicional diferenciada, y las contingencias cubiertas son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

La enfermedad profesional en Chile se define en Ley N° 16.744, Artículo 7° de 1968 como “la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Esta enumeración deberá revisarse, por lo menos cada tres años. Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviera enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. La resolución que al respecto dicte el organismo administrador será consultada ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud”.

El Decreto Supremo 109, Artículo 16° de 1968 señala que: “*Para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando éstos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico*”.

Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviera enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia

directa de la profesión o del trabajo realizado. La resolución que al respecto dicte el organismo administrador será consultada ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud”.

El listado de enfermedades que se reconocen como enfermedades del trabajo en Chile, está contemplado en el Decreto 109 artículo 19º actualizado al 2005. Sin embargo, la Superintendencia de Seguridad Social tiene competencias para agregar otras patologías cuando hay evidencias de la relación entre el riesgo en el trabajo y la enfermedad.

Respecto de la relación causa-efecto y los requisitos técnico-legales para calificar como EP una patología denunciada como tal, la Ley N° 16.744 explicita que debe existir una causa directa entre el ejercicio de la profesión o el trabajo y la enfermedad provocada.

Para la calificación de origen de las patologías denunciadas como profesionales el médico del trabajo sólo o en conjunto a otros profesionales capacitados, de los Organismos Administradores de la Ley, evalúan en un plazo de 30 días desde la interposición de la Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), los antecedentes, entre ellos están: ingreso y examen médico, exámenes de imágenes y/o de laboratorio, y dentro de las evaluaciones de las condiciones de trabajo, se cuentan el Estudio del Puesto de Trabajo, la Historia Ocupacional y la Evaluación de Riesgos. Esta resolución de origen de la enfermedad es comunicada al trabajador y empleador, quienes pueden apelar ante dicha calificación a la Superintendencia de Seguridad Social.

Personas protegidas

De acuerdo a lo descrito en el artículo 2º de la Ley 16.744, la normativa vigente tiene un amplio espectro de cobertura de tipos de trabajadores

“Estarán sujetas, obligatoriamente, a este seguro, las siguientes personas:

- *Todos los trabajadores por cuenta ajena, cualesquiera que sean las labores que ejecuten, sean ellas manuales o intelectuales, o cualquiera que sea la naturaleza de la empresa, institución, servicio o persona para quien trabajen; incluso los servidores domésticos y los aprendices;*
- *Los funcionarios públicos de la Administración Civil del Estado, municipales y de instituciones administrativamente descentralizadas del Estado.*
- *Los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el respectivo plantel;*
- *Los trabajadores independientes y los trabajadores familiares.*

Otros grupos de trabajadores protegidos que se han incorporado mediante Decretos Supremos:

- *campesinos asignatarios de tierras.*
- *suplementeros acogidos al régimen previsional del seguro social.*
- *los profesionales hípicas independientes.*
- *conductores propietarios de taxis.*
- *pirquineros independientes.*
- *pequeños mineros artesanales.*
- *conductores propietarios de vehículos motorizados de movilización colectiva, de transporte escolar y de carga, que se encuentren afectos al Nuevo Sistema de Pensiones.*
- *comerciantes autorizados para desarrollar su actividad en la vida pública o plazas,*
- *trabajadores independientes pertenecientes a aquellos grupos que por el hecho de estar afiliados a una Administradora de Fondos de Pensiones y no haber estado afectos al régimen de alguna Institución del Antiguo Sistema Previsional han quedado marginados de tal protección.*

Se incorporan además los trabajadores del sector público mediante la Ley 19.345 de 1994.

La afiliación al sistema por parte de los trabajadores dependientes es automática, toda vez que la empresa está obligada a incorporarse a un Organismo Administrador del seguro y cotizar por todos sus trabajadores.

En el caso de los trabajadores o grupos de trabajadores independientes antes mencionados se deben afiliar individualmente

Contingencias cubiertas

La ley 16.744 asegura que los/as trabajadores/as dependientes, tanto del sector privado, como del sector público, y los trabajadores independientes que coticen, estarán protegidos por el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

- *Accidentes del trabajo. Corresponde a las lesiones que sufre el/la trabajador/a a causa o con ocasión del trabajo y que le cause incapacidad o muerte.*
- *Accidentes del Trayecto. Los que ocurren en el trayecto directo entre la habitación y el lugar de trabajo, o aquellos que ocurren en el trayecto*

directo entre dos lugares de trabajo que corresponden a distintos empleadores.

- Accidentes sufridos por dirigentes sindicales. Corresponde aquellos accidentes que sufren los dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.
- Enfermedades profesionales. Son aquellas causadas de manera directa por la tarea que desempeña y que le causan incapacidad o muerte.

6.2.1.2 Institucionalidad establecida en el marco normativo

Diversas instituciones intervienen en el proceso de identificación, evaluación y calificación de enfermedades profesionales, así como las prestaciones médicas que les corresponden. Se listan a continuación los organismos públicos y entidades privadas con competencia en esta materia.

a) Organismos Públicos:

- **Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MINTRAB):**

Conforme al artículo 40 de la Ley 20.255 el Ministerio del Trabajo y Previsión Social es el órgano superior de colaboración del Presidente de la República en materias laborales y de previsión social y en ese sentido le corresponde proponer y evaluar las políticas y planes correspondientes, estudiar y proponer las normas aplicables a los sectores a su cargo, velar por el cumplimiento de las normas dictadas, asignar recursos y fiscalizar las actividades del respectivo sector. Cuenta con dos Subsecretarías: del Trabajo y de Previsión Social.

- **Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO):**

La Superintendencia de Seguridad Social es una institución autónoma del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Integra las llamadas Instituciones Fiscalizadoras, a que se refiere el artículo 2° del D.L. 3.551, de 1980.

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o reposo médicos en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador, la

respectiva entidad del régimen de salud común o el organismo administrador, podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social respecto del carácter del accidente o la enfermedad, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social.

- **Ministerio de Salud (MINSAL):**

Le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional. Entidad normativa y fiscalizadora a través de las **Secretarías Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud)** de quienes dependen también las **Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez**.

- **Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN):**

Se encarga de certificar el estado de salud de trabajadores y beneficiarios, para obtener determinados beneficios. Evalúa la pérdida de capacidad de ganancia en las secuelas producidas por enfermedad profesional. Aprueba o rechaza licencias médicas tipo 6, por enfermedad profesional o accidente del trabajo.

- **Comisión Médica de Reclamos (COMERE):**

Con dependencia de ambos Ministerios: de Salud, y del Trabajo y Previsión Social. Recibe las reclamaciones en contra de las resoluciones por incapacidad permanente producto de las secuelas por enfermedad profesional que hayan emitido las COMPIN, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico de la Ley N° 16.744.

- **Instituto de Salud Laboral (ISL):**

Es el organismo público encargado de otorgar las prestaciones de la Ley N° 16744 en conjunto con los Servicios de Salud Pública, en el caso de los trabajadores obreros y para los trabajadores catalogados como empleados, las prestaciones médicas las otorgan los organismos con quienes el ISL establezca convenios.

b) Organismos Privados:

- **Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL)**

- **Mutualidades de Empleadores:**

Son las entidades encargadas de otorgar las prestaciones de la Ley N° 16.744. Administran el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Su labor fundamental es la prevención de riesgos profesionales. Existen actualmente tres: el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) creada en 1957, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) creada en 1958, y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción creada en 1966.

- **Empresas con Administración Delegada:**

Existen ciertas empresas, que mediante Resolución Exenta de SUSESO han sido autorizadas para ser administradores delegados, teniendo la facultad de otorgar las prestaciones contempladas en la Ley 16.744, a excepción de las pensiones, puesto que éstas son otorgadas por el ISL.

Las empresas deben acreditar y cumplir los siguientes requisitos:

- Ocupar habitualmente 2.000 o más trabajadores.
- Tener un capital de reserva superior a siete mil sueldos vitales anuales.
- Poseer servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación.
- Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales.
- Constituir garantías suficientes del fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, ante el INP.
- Contar con el o los Comités Paritarios de Seguridad que corresponda.

Actualmente, las empresas con Administración Delegada son las Divisiones Chuquicamata, Salvador, Andina y El Teniente de CODELCO, y la Universidad Católica de Chile.

6.2.1.3. Gestión para el reconocimiento de enfermedades profesionales en el sistema del seguro de la Ley 16.744.

Determinación de la relación causal

Respecto de la relación causa-efecto y los requisitos técnico-legales para calificar como EP una patología denunciada como tal, la Ley N° 16.744 explicita que debe existir una causa directa entre el ejercicio de la profesión o el trabajo y la enfermedad.

El proceso de calificación de una enfermedad para determinar que es de origen laboral o común es realizado por las comisiones médicas de los Organismos Administradores.

Pasos para calificar enfermedades profesionales.

a. Denuncia individual de enfermedad Profesional o Accidente del Trabajo

El proceso se inicia con la Declaración Individual de enfermedad Profesional, DIEP o de Accidente del Trabajo DIAT según sea el caso. Se realiza mediante un formulario estandarizado llenando los campos descritos (anexos 6 y 7).

Puede ser completado por el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.

Se debe realizar la denuncia ante la aparición de los primeros síntomas o si se manifiesta la enfermedad por completo.

b. Plazo de atención médica del Organismo Administrador

Una vez que se realiza la denuncia, la mutualidad o ISL tiene un plazo máximo de siete días para asignar y programar una atención médica. El especialista solicitará exámenes para definir el diagnóstico y evaluará las condiciones del trabajo. Tales exámenes no tendrán costo para el trabajador

ni empleador. Los tipos de exámenes pueden ser de carácter físico (imagenología, fluidos corporales u otros) o bien psicológicos.

c. Evaluación de las condiciones de trabajo

De forma paralela a la evaluación médica, el Organismo Administrador realizará una evaluación de las condiciones de trabajo para determinar si el trabajador está expuesto a agentes de riesgo. Si la sospecha de patología es de salud mental, el estudio de puesto de trabajo además deberá incluir entrevistas a otros trabajadores.

d. Comisión de evaluación

Los resultados de los exámenes médicos, imagenológicos, de laboratorio o funcionales, evaluación psicológica -en caso de patología de salud mental- y el estudio de puesto de trabajo, son analizados por un comité evaluador del propio Organismo Administrador quien determinará si la patología es de origen laboral o no. Esta entidad siempre deberá contar con un médico del trabajo.

e. Calificación de la enfermedad

La evaluación culmina con la calificación de la patología como de origen común o laboral. Esta calificación debe ser emitida por el Organismo Administrador correspondiente y comunicada al empleador y al trabajador.

6.2.1.4. Prestaciones y financiamiento del sistema de seguros de la Ley 16.744

El sistema de seguro contempla tres tipos de prestaciones.

Tabla 9. Prestaciones establecidas por la Ley 16.744

Prestaciones preventivas	Prestaciones Médicas	Prestaciones económicas
Visitas técnicas a las entidades empleadoras adherentes o afiliadas de reconocimiento de las condiciones de trabajo y los riesgos propios de ellas	Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio;	Subsidio de incapacidad laboral,
Elaborar informes técnicos, estableciendo las medidas necesarias y los plazos para controlar los riesgos que se detecten	Hospitalización si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante;	indemnización por accidente o enfermedad laboral,
realizar evaluaciones ambientales (muestreos y análisis de datos)	Medicamentos y productos farmacéuticos	Pensión por invalidez laboral, (cuando hay pérdida de capacidad de ganancia mayor que 40%)
exámenes de control a los trabajadores, toma de muestras y análisis de laboratorio.	Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación;	Pensión por sobrevivencia,
Evaluar las necesidades de capacitación para la empresa y sus trabajadores y particularmente, de los miembros de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.	Rehabilitación física y reeducación profesional,	
	Gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.	

Fuente: Elaboración propia

El financiamiento de los beneficios o prestaciones que otorgan los Organismos Administradores del seguro de la Ley 16.744 provienen de cuatro componentes:

- a. Las cotizaciones de cargo del empleador, respecto de las remuneraciones imponibles de cada uno de sus trabajadores:
 - a.1. cotización básica (0,9%),

- a.2. cotización extraordinaria (0,05%) y,
- a.3. cotización adicional diferenciada, que fluctúa entre el 0 y el 3,4%, pudiendo llegar hasta 6,8%, en función del riesgo que la empresa según su riesgo efectivo o actividad económica.
- b. Los trabajadores independientes también pagan sus cotizaciones para tener derecho a las prestaciones de esta Ley.
- c. Utilidades o rentas que produzca la inversión de los fondos de reserva,
- d. Multas que los organismos aplican de conformidad a dicha ley; las multas e intereses por aplicación de la Ley N° 17.322; la utilidades o rentas que produzcan la inversión de los fondos de reserva y las cantidades que corresponda por el ejercicio de repetir, y en el caso de las Mutualidades, los ingresos provenientes de la atención de terceros.

Como se puede deducir, el financiamiento es exclusivamente patronal sin afectar los ingresos del trabajador. Tampoco se diferencian los tipos o calidad de las prestaciones según las remuneraciones de los trabajadores pues se establece un sistema de reparto al interior de cada Organismo Administrador.

6.2.2. Gestión para la identificación de posibles enfermedades profesionales en un paciente que acude a un centro de Atención Primaria de salud

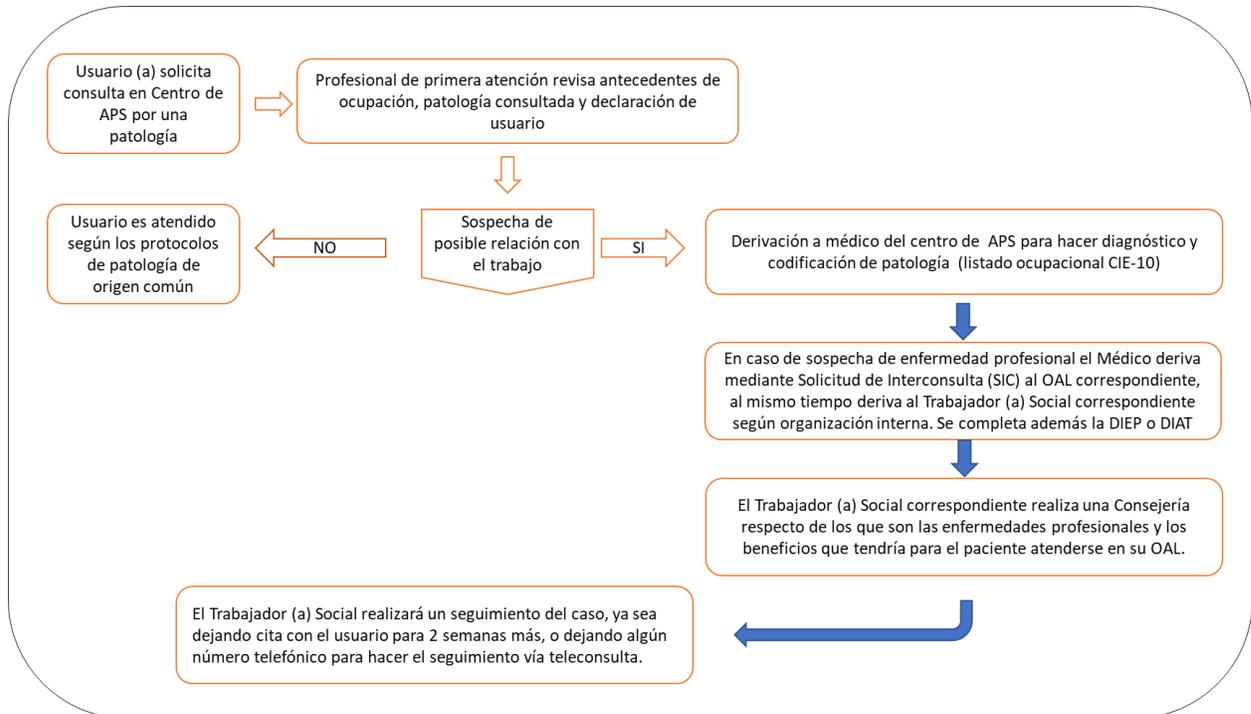
- Medidas para orientar a los colaboradores de los centros de APS en cómo sospechar de enfermedades profesionales:
 - Incorporar dentro del Plan de Capacitación Anual de los funcionarios del centro de APS, que deben realizar obligatoriamente los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL), los temas referentes a patologías de origen laboral y la correcta derivación de pacientes a los respectivos OAL cuando corresponda.
 - Realizar capacitaciones regulares y actualizadas a los profesionales que realizan atención directa de pacientes, sobre las patologías laborales y la forma correcta de derivación a su OAL.
 - Incorporar dentro de las capacitaciones obligatorias de Salud Familiar que se deben realizar dentro del marco de la “acreditación de calidad”, la importancia del trabajo como determinante de la salud de las personas e indicadores de derivación a los OAL.

- Poder ampliar el tiempo de atención de las consultas a un rendimiento que permita poder realizar una anamnesis completa, como como se espera de un modelo de salud familiar.
- Fomentar la creación de un equipo dentro del centro de salud que permita determinar de forma rápida una sospecha de enfermedad profesional. Este equipo deberá tener capacitación en salud laboral.
- Variables a incorporar en los registros
 - Establecer como dato prioritario registrar la dominancia del trabajador (diestro, zurdo, ambidiestro), ocupación, antigüedad en el cargo en la empresa y en general, principales tareas que realiza, jornada laboral en la ficha clínica, en campos obligatorio, así como también la calidad contractual del mismo, con el fin de poder establecer eventual derivación a un OAL.
 - Idealmente dejar esto registrado al momento de la inscripción del (la) usuario(a), pero pudiendo ser editado más tarde en caso de ser necesario por modificación del empleo.
 - Indagar en el origen de la patología al momento de la consulta, ya sea por cuadro agudo o crónico, sobre todo si son de origen músculo esquelético de extremidad superior o de salud mental.
 - Se sugiere destacar automáticamente en pantalla de la ficha electrónica, aquellos diagnósticos CIE-10 que están en el listado de las enfermedades del Compendio de la Superintendencia de Seguridad Social y las que se dan más frecuentemente en el trabajo para los casos de pacientes en edad de trabajar. Esto como alerta para profundizar la indagación respecto a la relación con el trabajo.

6.2.3. Mecanismos sugeridos para la derivación de pacientes hacia Organismos Administradores de la Ley 16.744.

Se propone un flujo decisional para la derivación de pacientes cuyos antecedentes ocupacionales y diagnóstico médico hagan presumir que pudiera tratarse de una enfermedad profesional.

Figura 3. Flujo propuesto para la derivación de pacientes cuya patología pudiera ser de origen laboral.



Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que los profesionales en la atención primaria de salud, no les corresponde confirmar ni calificar la enfermedad como profesional o común, materia médico legal de competencia de las comisiones médicas de los Organismos Administradores. Sin embargo, ante la sospecha de enfermedad profesional si pueden completar la Declaración Individual de Enfermedad Profesional y la licencia médica tipo 6, con antecedentes para la derivación del paciente.

La atención médica para una determinada enfermedad no difiere según el origen laboral o común, sin embargo, debe tenerse en cuenta que la entidad médico-legal denominada enfermedad profesional, conlleva uso de recursos y beneficios de distinta índole a los pacientes, especialmente cuando se trata de incapacidades permanentes producto de la enfermedad.

El trabajador que tienen una enfermedad con presunto origen laboral debe ser derivado al Organismo Administrador portando la Denuncia Individual de Enfermedad Profesional, DIEP, que es un formulario estandarizado que puede obtenerse en la página WEB de la Superintendencia de Seguridad Social en la siguiente dirección:

https://www.suseso.cl/613/articles-481455_archivo_02.pdf

El formulario DIEP puede ser llenado por el médico tratante, el empleador, el propio trabajador o cualquier persona que tenga conocimiento de posible origen laboral de la enfermedad.

Cada CESFAM deberá contar a priori con el listado de todos los Organismos Administradores (Mutualidades e ISL) con los datos de Dirección y teléfono correspondiente para la derivación de pacientes, lo que se puede realizar mediante consulta telefónica a sus sedes centrales:

Organismo Administrador	Teléfono Sede Central	Web
Mutual de seguridad C.CH.C.	600 2000 555	https://www.mutual.cl/
Asociación Chilena de Seguridad	600 600 2247	https://www.achs.cl/
Instituto de seguridad del Trabajo	600 58 40 000	http://www.ist.cl/
Instituto de Seguridad Laboral	600 586 90 90	https://www.isl.gob.cl/

¿Cómo saber a qué Organismo Administrador está afiliado un trabajador?

Hay dos mecanismos expeditos para saber a qué Organismo Administrador del Seguro de la Ley 16.744 está afiliado el trabajador para poder derivarlo correctamente cuando se sospecha que el origen de su enfermedad es de carácter laboral:

1. Consultar al empleador, quien debe estar cotizando normalmente al Organismo Administrador.
2. Buscar en la página Web provista por la SUSESO con el RUT y Fecha de nacimiento del trabajador o trabajadora:

<https://www.suseso.cl/609/w3-article-18954.html>

o bien en:

<https://www.asociaciondemutuales.cl/buscador-mutualidades/>

6.2.4. Trazabilidad de pacientes derivados.

- Cuando un paciente se ha derivado a un OAL, debe establecerse un mecanismo de trazabilidad en el CENTRO de APS mediante

comunicación expedita de acuerdo a los procedimientos de trazabilidad que el Centro haya establecido de acuerdo a su realidad.

- Una vez establecido este nexo, se acordará una nueva consulta en 2 semanas más, ya sea de forma presencial o vía tele consulta para valorar el estado de situación del paciente y de la derivación realizada por el CESFAM al OAL y viceversa.
- Será este mismo profesional antes mencionado quien llevará la estadística y el registro de los pacientes que son derivados y contra referidos, con el fin de poder trazar las atenciones.

6.2.5. Eficiencia en los recursos públicos

Como se ha mencionado en el punto 6.2.1, las prestaciones médicas por enfermedades profesionales son financiadas por el fondo del seguro de la Ley 16.744 del Organismo Administrador al que esté afiliado la empresa o institución donde labora el trabajador.

Ninguna prestación relacionada con enfermedad profesional es pagada total o parcialmente por el trabajador, incluidos medicamentos o todos los soportes médicos necesarios para su recuperación y rehabilitación en caso necesario.

Cuando un paciente que tiene una enfermedad con origen en el trabajo no es atendido por el Organismo Administrador que le corresponde, los costos son asumidos por el sistema de Atención Primaria y con gasto de bolsillo del propio trabajador. En consecuencia, se produce en estas circunstancias, un subsidio cruzado hacia las mutualidades e ISL.

Bibliografía

- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. y Tindall, C. (2004). Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación. Guadalajara: Universidad de Guadalajara
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, v. 1, n. 6, p. 97-113, 2006.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, ii(1),53-81.
- Canales, M. Ed. (2006). Metodologías de la investigación social. Santiago: LOM
- Carrero, V., Soriano, R., Trinidad, A. (2012). Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. Madrid: Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)
- Denzin, K. & Lincoln, S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3ra edición). Los Angeles: Sage Publications.
- Denzin, N. (2010). Moments, mixed methods, and paradigm dialogs. *Qualitative Inquiry* 2010; 16(6):419– 427.
- Delgado, C. (2002). *La Teoría Fundamentada: decisión entre perspectivas*. Bloomington: AuthorHouse.
- DEIS, 2015 Actualización Catálogo de Diagnósticos CIE-10, Departamento de estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.
- E. García (2009) “Perfil de Consulta del Servicios de Urgencia de Atención Primaria,-Padre Joan Alsina de la Comuna de San Bernardo, Tesis de Master en Salud Pública y Sistemas de salud , Facultad de Odontología. Universidad Mayor
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.
- Health and Safety Executive , HSE, LFS - Labour Force Survey , UK, 2019 disponible en <https://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/index.htm>.
- Ibáñez, J. (1979). *Mas allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Martínez-Salgado, Carolina. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

Mayan M. (2009). Essentials of qualitative inquiry. Walnut Creek: Left Coast Press, Inc.

Mayring, P. (2000) Qualitative content analysis. Forum qualitative social research, 1(2): <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>

Morse, J. (1995). The significance of saturation. Qual Health Res 1995; 5(2):147-149

Strauss, A., Corbin, J. (2002) Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía.

Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.

Anexo 1 Glosario de Centros de atención de salud¹⁴

(Definiciones proporcionadas por el Ministerio de Salud, Chile)

SERVICIOS DE URGENCIA

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

Un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) es un establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencia¹ de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en un local anexo. Depende técnica y administrativamente de éste o, en su defecto, de quien la autoridad sanitaria local determine, y cumple la función de entregar prestaciones de emergencia /urgencia médica en horario no hábil.

El SAPU es un componente de la Red de Urgencia y, dada su ubicación en el nivel primario, tiene la obligación de asegurar a la población el acceso inmediato a la atención médica, resolviendo los problemas de salud pertinentes a su Capacidad resolutoria y/o derivando los casos que no pueden ser resueltos a ese nivel de manera coordinada con los otros establecimientos de la Red local.

Servicios de Urgencia de Alta Resolución (SAR)

Entregan atención médica de urgencia, oportuna, resolutoria y de calidad, a la población inscrita, en un horario que complementa el funcionamiento del CESFAM y SAPU. El propósito es que las personas no concurran a un servicio de emergencia hospitalaria, si se trata de una patología de baja complejidad, asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación del usuario a su equipo de salud de cabecera cuando corresponda.

Tienen mayor capacidad resolutoria, mejor equipamiento y tecnología, más personal y una ambulancia para trasladado al hospital.

CENTRO DE SALUD

Centros de Salud Familiar (CESFAM)

Proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; y atienden en forma ambulatoria. La diferencia entre un CES y un CESFAM es que en este último se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la

¹⁴ "Glosario establecimientos de salud", tomado de Ministerio de Salud. disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas.

Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)

Centro Comunitario de Salud Familiar, brinda atenciones básicas de salud y trabaja al alero de un CES o CESFAM, dependiendo de éstos para prestaciones más complejas. Pretende acercar la atención de salud aún más a las personas. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgan, el CECOSF pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo.

Centros Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM)

Un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar, COSAM, se define como un establecimiento de atención ambulatoria, dedicado al área de salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los consultorios de la comuna en la cual funciona. Los COSAM son un nodo fundamental en la reforma comunitaria de la salud mental para satisfacer los diversos requerimientos en salud mental y psiquiatría, de manera de dar respuesta a la creciente y compleja demanda territorial de atención de patologías de moderada y severa intensidad que hasta ese momento eran absorbidas por los centros de APS o por los Servicios de psiquiatría de los hospitales. De esta manera, el COSAM surge como un centro de salud mental familiar de nivel de complejidad secundaria que permite dar respuesta de especialidad de manera ambulatoria a los usuarios de una comuna con presencia de patología de salud mental, así como apoyo, educación y orientación a sus familiares y cuidadores. El COSAM otorga atención a los usuarios residentes en la comuna, beneficiarios de FONASA o PRAIS, inscritos y derivados desde el CESFAM, consultorios o estaciones Médicas de Barrio, así como de hospitales, Tribunales de Familia y otras instancias del poder judicial con motivo de evaluaciones.

Centros de Salud Urbano (CSU)

Es un establecimiento de atención ambulatoria para poblaciones asignadas no superiores a 40.000 habitantes, que puede estar adosado a un hospital de baja complejidad.

Centros de Salud Rural (CSR)

En su mayoría son administrados por las municipalidades.

CONSULTORIOS GENERALES

Consultorio General Urbano (CGU)

Es el establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a

50.000 habitantes. Sus acciones comprenden el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del ambiente de la localidad y la resolución de los problemas de salud de esa misma población y de aquella del área de atracción que llegue por referencia. La capacidad de resolución de salud ambulatoria estará determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo del Consultorio General Urbano estará constituido por médicos y odontólogos generales, más los profesionales y técnicos (enfermeras, matronas, nutricionistas, etc.) al cual se le agregará el tecnólogo médico para el manejo del laboratorio básico que pueda poseer el establecimiento.

Consultorio General Rural (CGR)

Es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del Consultorio General Rural comprenden tanto el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del medio ambiente, como la resolución de problemas de salud que pueda manejar el equipo de salud compuesto de médico, odontólogo, enfermera matrona, otros profesionales y técnicos apoyados por medios básicos de diagnósticos y tratamiento.

Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)

Es un establecimiento Es un establecimiento que colaborara con la participación en comunidad de las personas en situación de discapacidad de origen físico, residentes en la comuna de La Pintana, a través de un modelo de rehabilitación integral, de salud familiar y comunitario.

Anexo 2. Tipos de establecimientos por Región

Región	Tipo Establecimiento								Total
	Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	Centro de Salud Familiar (CESFAM)	Consultorio General Rural (CGR)	Consultorio General Urbano (CGU)	Posta de Salud Rural (PSR)	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	Servicio de Urgencia Rural (SUR)	
Región De Antofagasta	5	14	0	0	12	8	2	5	46
Región De Arica Parinacota	3	6	0	0	7	1	1	1	19
Región De Atacama	1	19	0	0	16	6	0	4	46
Región De Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	3	2	2	0	28	1	0	0	36
Región De Coquimbo	10	31	0	0	96	13	4	6	160
Región De La Araucanía	25	34	9	0	188	11	8	14	289
Región De Los Lagos	29	37	0	0	187	9	3	10	275
Región De los Ríos	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Región De Los Ríos	17	17	0	0	58	9	2	0	103
Región De Magallanes y de la Antártica Chilena	3	6	0	0	8	3	0	0	20
Región De Ñuble	9	28	1	0	54	5	2	15	114
Región De Tarapacá	3	12	0	0	15	7	2	6	45
Región De Valparaíso	24	76	0	1	58	32	2	14	207
Región Del Biobío	42	56	2	0	114	23	14	15	266
Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	11	34	1	0	79	8	5	15	153
Región Del Maule	24	46	0	0	162	7	10	28	277
Región Metropolitana de Santiago	68	167	1	0	46	94	18	9	403
Totales	277	585	16	1	1128	237	73	148	2465

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud.

Disponible en <https://reportesdeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite/> (acceso marzo 2021)

Anexo 3. Resultados encuesta CASEN 2017

Tabla 10 Resultados encuesta Casen pregunta s15

s15. Últimos 3 meses ¿Tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí, enfermedad provocada por el trabajo	253889	1,4	1,4	1,4
Sí, enfermedad no provocada por el trabajo	2945960	16,5	16,5	18,0
Sí, accidente laboral o escolar	86767	,5	,5	18,5
Sí, accidente no laboral ni escolar	220668	1,2	1,2	19,7
No tuvo ninguna enfermedad o accidente	14121338	79,3	79,3	99,0
No sabe/No recuerda	178792	1,0	1,0	100,0
Total	17807414	100,0	100,0	

Fuente: Datos abiertos encuesta CASEN 2017, MIDEPLAN

Tabla 11 Tabulación cruzada de resultados encuesta CASEN 2019, preguntas s15 y s19
Preguntas s19b. ¿En qué establecimiento recibió Medicina General vs s15? Últimos 3 meses ¿Tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?

		Últimos 3 meses ¿Tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?						Total
		Sí, enfermedad provocada por el trabajo	Sí, enfermedad no provocada por el trabajo	Sí, accidente laboral o escolar	Sí, accidente no laboral ni escolar	No tuvo ninguna enfermedad o accidente	No sabe/No recuerda	
¿En qué establecimiento recibió Medicina General	Consultorio general (Municipal o SNSS)	47574	678369	7542	34635	417263	6956	1192339
	Posta rural (Municipal o SNSS)	2121	24282	133	692	32019	646	59893
	CRS o CDT (Consultorio de especialidades del SNSS)	690	15049	0	405	3907	0	20051
	COSAM (Consultorio de salud mental comunitaria)	808	9096	214	455	5391	74	16038
	SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)	583	11394	564	697	9123	497	22858
	Posta (Servicio de urgencia de hospital público)	553	4504	79	298	5505	140	11079
	Hospital público o del SNSS	14297	139335	2938	15647	104150	2023	278390
	Consulta o centro médico privado	33063	279820	5483	13527	235495	5332	572720
	Clínica u hospital privado	16436	160200	2440	8919	122137	2349	312481

Centro de salud mental privado	330	4743	0	112	2918	57	8160
Establecimiento de las FF.AA. o del Orden	1445	24777	263	1412	23500	46	51443
Servicio de urgencia de clínica u hospital privado	24	516	0	105	838	0	1483
Mutual de Seguridad	4086	2838	2890	118	3026	0	12958
Servicio médico de alumnos del lugar en que estudia	169	1939	125	29	1532	0	3794
Otro	132	6528	364	137	5710	203	13074
No sabe/No recuerda	7907	58637	2896	6899	7760	2605	86704
Total	130218	1422027	25931	84087	980274	20928	2663465

Fuente: Datos abiertos encuesta CASEN 2017, Ministerio Desarrollo Social

Nota. Se cruzaron los datos en que ambas preguntas tenían respuesta. La pregunta s19 tiene 15.143.949 datos perdidos por el sistema.

Anexo 4. Listado de patologías seleccionadas para investigación

Tabla 12. Patologías recopiladas del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales

Patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES), Compendio SUSESO

Segmento	Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
Dedos	Dedo en Gatillo	M65.3
Muñeca	Tendinitis de extensores de muñeca	M65.8
	Tendinitis de flexores de muñeca	
	Tendinitis de De Quervain	M65.4
	Síndrome Túnel Carpiano	G56.0
Codo	Epitrocleitis	M77.0
	Epicondilitis	M77.1
Hombro	Tendinopatía de manguito rotador (MR)	M75.1
	Tendinitis bicipital (TB)	M75.2
	Bursitis Subacromial	M75.5

Patologías de salud mental, Compendio SUSESO

	Glosa del diagnóstico	Código CIE-10
	Trastornos de adaptación	F43.2
	Reacciones al estrés	F43.0, F43.8, F43.9
	Trastorno de estrés postraumático	F43.1

	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41.2, F41.3
	Trastornos de ansiedad	F 41.9
	Episodio depresivo	F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9
	Trastorno de somatización	F45.0, F45.1, F45.4
Patologías dermatológicas		
Grupo D.S. 109	Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
Dermatosis Profesional	Dermatitis de contacto	L25.9
	Dermatitis de contacto alérgica	L23.0 - L23.9
	Dermatitis de contacto irritativa	L24.0 - L24.9
Cánceres y Lesiones precancerosas de la piel	Carcinoma basocelular	C44.0 - C44.7
	Carcinoma espinocelular	
Patologías de la Voz		
	Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
	Nódulo de cuerdas vocales	J38.2
	Disfonía músculo tensional	J38.7
	Disfonía no especificada	J38.7
	Pólipo de las cuerdas vocales	J38.1
	Laringitis crónica/Fibrosis Subepitelial	J37.0
Casos derivados de programas de vigilancia		
	Neumoconiosis debida a otros polvos que contienen sílice Silicosis SAI	J62.8

Tumor maligno de los bronquios o
del pulmón, parte no especificada

C34.9

Fuente: Elaboración propia

Otras patologías de interés (Grupo investigador)				
GRUPO	Código CIE-10	PATOLOGÍA	INCLUYE	EXCLUYE
Neumoconiosis de los mineros del carbón	J60	Antracosis		La asociada a tuberculosis a15-a16 (j65)
		Antro silicosis		
		Pulmón de los mineros del carbón		
Neumoconiosis debida al asbesto y a otras fibras minerales	J61	Asbestosis		La asociada a tuberculosis en a15-a16(j65)
				Placa pleural con asbestosis (j92.0)
Neumoconiosis debida a polvo de sílice	J62		Fibrosis silicótica (masiva) del pulmón	La asociada a tbc en a15-a16
Neumoconiosis debida a polvo de talco	J62.0			
Neumoconiosis debida a otros polvos que contienen sílice	J62.8			
Neumoconiosis debida a otros polvos inorgánicos	J63			La asociada a tuberculosis en a15-a16
Aluminosis del pulmón	J63.0			
Fibrosis del pulmón debida a bauxita	J63.1			
Beriliosis	J63.2			

Fibrosis del pulmón debida a grafito	J63.3			
Siderosis	J63.4			
Estañosis	J63.5			
Neumoconiosis debida a otros polvos inorgánicos no especificados	J63.8			
Hipoacusia conductiva y sensorial	H90			
Fiebre q	A78			
Lipoatrofia semicircular				
Artrosis de rodilla	M17			
Osteonecrosis	M87			
Asma	J45			

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Pauta de entrevista semiestructurada según área y cargo.

Tabla 13. Contenido de pauta de entrevistas del estudio cualitativo

Área	Personal a entrevistar	Preguntas abiertas a realizar
Dirección	Director/a o subrogante	<p>¿El personal de este CESFAM incluyéndose usted, conoce detalles del marco regulatorio chileno vigente sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales?</p>
		<p>En relación a este marco regulatorio existente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, el personal perteneciente a este CESFAM, ¿conoce la Institucionalidad al respecto?</p>
		<p>¿Se ha incorporado alguna vez en el plan de capacitación anual el tema de enfermedades profesionales y su sistema de atención y derivación?</p>
		<p>Usted, ¿cuenta con estadísticas locales (de este CESFAM) o de su Servicio de Salud, que determinen o estimen la cantidad anual de prestaciones realizadas a pacientes con enfermedades profesionales diagnosticadas como tal?, y con sospecha de estas?</p>
		<p>¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se atienden en este centro?</p>
		<p>¿Existe un protocolo de atención y derivación ante sospecha de patologías de presunto origen laboral?</p>
		<p>¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que enfrentan este centro de salud para derivar a un paciente con sospecha de patología de presunto origen laboral? ¿Cuáles serían sus sugerencias para implementarlo?</p>

		<p>¿En caso de no tener sistema de derivación de pacientes con posibles enfermedades profesionales, cuáles serían sus sugerencias para implementarlo?</p>
<p>Administración</p>	<p>Encargado de sistema de información del centro de salud o Jefe SOME</p>	<p>¿Cuántas atenciones de morbilidad se registran por año aproximadamente?</p>
		<p>Los sistemas de registro clínico o ficha electrónica ¿contienen campos que permitan registrar atenciones y derivaciones de pacientes a sus respectivos Organismos Administradores de la Ley 16.744 (Mutualidades e Instituto de Seguridad Laboral, ISL)?</p>
		<p>¿Cómo es el flujo de información desde que llega un paciente hasta que se registra el último dato en relación a la morbilidad?</p>
		<p>Actualmente, en este Centro de Salud, existe en el registro clínico electrónico, la posibilidad de registrar temas laborales de los pacientes?</p>
		<p>¿Cuáles variables constituyen campos de llene obligatorio: (rubro o sector económico al que pertenece, código de la ocupación, puesto de trabajo de el(la) trabajador(a) actual; antigüedad en el puesto de trabajo; identificación de la empresa actual; puestos de trabajo anteriores; en atención actual en OAL por sospecha de Enfermedad Profesional; si posee alguna invalidez y cuál es el porcentaje de Incapacidad de Ganancia; otros (cuáles)</p>
		<p>¿Hay un protocolo de seguimiento de información sobre cuestiones laborales? (Identificación de la empresa, Id del puesto de trabajo, Actividad, otro)</p>
		<p>Actualmente, en este Centro de Salud, existe algún protocolo de seguimiento de información sobre las derivaciones realizadas a los Organismos</p>

		Administradores del Seguro de la Ley 16.744 ante sospecha de patologías de presunto origen laboral?
		Según su opinión, ¿Cuáles considera que son las principales dificultades que enfrenta su actual sistema de registro de la información clínica si un paciente es derivado hacia los Organismos Administradores del seguro de la Ley 16.744 (Mutualidades, e ISL) en caso de que corresponda?
	Personal recepción de pacientes (Administrativos)	¿El personal administrativo perteneciente a este CESFAM o USTED conoce detalles del marco regulatorio chileno vigente sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales?
		En relación a este marco regulatorio existente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, el personal perteneciente a este CESFAM o USTED, ¿conoce la Institucionalidad al respecto?
		¿Al ingreso de pacientes se les consulta sobre su trabajo y si su dolencia puede ser causada por el trabajo?
		¿Conoce usted si existe un protocolo de atención y derivación de pacientes ante sospecha de patologías de posible origen laboral? (Se excluyen accidentes trabajo o trayecto)
		¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades administrativas que enfrentan este CESFAM para derivar a un paciente hacia el sistema de Organismos Administradores del Seguro de la Ley 16.744 en caso de que corresponda ante la sospecha de una patología de presunto origen laboral.? (Mutualidades e ISL)

Atención de pacientes	Coordinador Médico o equivalente	¿Usted conoce el marco regulatorio chileno vigente sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales?
		Respecto a la actividad laboral del paciente que se presenta en su consulta: ¿se indaga sobre ocupación actual?
		¿Se consigna en la ficha clínica: Sí/No. En caso de que la respuesta sea sí: qué se consulta y consigna?
		¿Existe un protocolo de atención y derivación ante sospecha de patologías de presunto origen laboral en este Centro de Salud (se excluyen accidentes del trabajo y trayecto)?
		¿se conoce en el centro el listado de patologías de enfermedades profesionales (DS109/1968 MINTRAB)
		¿Se indaga en los pacientes sobre su actividad laboral?
		¿qué se hace en caso de sospechar que la patología es de tipo laboral?
		¿Usted o alguno(a) de sus colegas, ha extendido alguna licencia tipo 5 (con motivo de accidente laboral) y/o tipo 6 (con motivo de enfermedad profesional)? Luego de esto, cuáles son las indicaciones que le entrega al paciente?
		¿Usted ha participado en cursos o actividades de capacitación sobre enfermedades profesional organizados por el CESFAM?
		¿Cuál es su opinión respecto del conocimiento y registro de sospecha de enfermedad profesional en su Centro de Salud?, ¿qué impacto implica lo anterior?

Anexo 6. Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.

Corresponde a un formulario estándar, normalizado por la superintendencia de Seguridad Social, SUSESO. (Ver en: https://www.suseso.cl/613/articles-481455_archivo_02.pdf)

Logo
Organismo
Administrador

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Folio:

Código del Caso Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Actividad Económica N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

Tipo de Empresa

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombre Mujer

Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

Sexo Edad Fecha de Nacimiento Otro - Cuzil ?

Alacalufe Colla Quechua

Atacameño Diaguita Rapanui

Aimara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad Profesión u Oficio

Dias Meses Años

Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Tipo de Ingreso:

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Categoría Ocupacional

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Dias Meses Años

SI NO

¿Hacia cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?

Parte del cuerpo afectada

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

Dias Meses Años

SI NO

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Número de Teléfono Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):

Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante

Comité Paritario Empresa Usaria Otro

.....
Firma

Anexo 7. Principales Leyes, Reglamentos y Circulares que regulan el régimen de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo

- **Ley N° 16.744** que Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social del 1° de febrero de 1968.
- **Ley N° 19.394** que Modifica Ley N° 16.744, sobre Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social del 21 de junio de 1995.
- **Decreto Supremo N° 101** que Aprueba Reglamento para la Aprobación de la Ley N° 16.744, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de 1968 modificado el año 2005.
- **Decreto Supremo N° 109** que Aprueba Reglamento para la Calificación y Evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 16.744, del 1° de febrero de 1968, que estableció el Seguro Social contra riesgos por estos accidentes y enfermedades, modificado el año 2005.
- **Circular 3G/40** del Ministerio de Salud 1983 Instructivo para la Calificación y Evaluación de las Enfermedades Profesionales del Reglamento D.S. 109/1968 de la Ley 16.744, (modificada mediante **Circular 3F/264** el 31 de diciembre de 1984 y **Circular B33/47** del 16 de diciembre de 2009).
- **Decreto Supremo N° 594** que Aprueba Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo, del Ministerio de Salud del 21 de septiembre de 1999, modificado el 2015 (Decreto 122).
- **Decreto Supremo N° 40** que Aprueba Reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, del 7 de marzo de 1969, modificado el año 1988 y el año 1995.
- **Decreto N° 72** que Promulga el Convenio N° 187 sobre Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo, del Ministerio de Relaciones Exteriores del 2011.
- **Circular 2.717** que Complementa Instrucciones Referidas a la Obligación de los Organismos Administradores de Remitir las Resoluciones de Calificación al Sistema de Información, de SUSESO del 2011.
- **Circular 2.806** trata del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT). Complementa Circulares N° 2.582, de 18 de noviembre de 2009, y N° 2.717, de 28 de febrero de 2011. Imparte Instrucciones sobre Remisión

de Información Asociada a la Orden de Reposo Médico Ley N°16.744, Certificado de Alta Laboral y Certificado de Alta Médica. SUSES0, 2012.

- **Circular 3.167** que Instruye a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744, sobre el Protocolo de Normas Mínimas de Evaluación que deben Cumplir en el Proceso de Calificación del Origen de las Enfermedades Denunciadas como Profesionales; SUSES0, 2016.
- **Circular 3.241** que Instruye a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744, sobre el Protocolo de Normas de Calificación del Origen de las Enfermedades Denunciadas como Profesionales. Reemplaza y Deroga Circular N° 3167, de 2015. SUSES0, 2016.
- **Circular 3.298** que Instruye a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744, sobre el Protocolo de Normas Mínimas de Evaluación que deben Cumplir en el Proceso de Calificación del Origen de las Enfermedades Denunciadas como Profesionales. SUSES0, 2017.
- **Circular 3.331** referida al Protocolo de Normas Mínimas de Evaluación que Deben Cumplir en el Proceso de Calificación del Origen de las Enfermedades Denunciadas como Profesionales. Patologías Dermatológicas y Patologías de la Voz. Imparte Instrucciones a los Organismos Administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 y Empresas con Administración Delegada. Complementa Circular N° 3241, De 2016. SUSES0, 2017.
- **Circular 3.333** referida al Registro de Información de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales en el Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo. Imparte Instrucciones a los Organismos Administradores de la Ley 16.744 y Empresas con Administración Delegada. SUSES0, 2017.