

## PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: UN DESAFÍO PARA LA SALUD OCUPACIONAL EN CHILE

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 1, 1996/ 17-26

*Dra. María Inés Pino Quivira\**

En la primera parte de este artículo se resumen algunos planteamientos emitidos por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en distintas publicaciones y documentos de trabajo, todos los cuales se listan en la bibliografía. El análisis de la situación en Chile ha sido hecho en base a la experiencia de la autora, y los datos que se presentan se han extraído de información oficial publicada por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Seguridad Social y las Mutualidades de Empleadores. Además la información presentada se ha enriquecido con los resultados de estudios realizados por otros especialistas en el tema, que también se agregan a la bibliografía.

### RELACION ENTRE TRABAJO Y SALUD

El trabajo es el pilar del desarrollo económico de una nación, permitiendo que ésta cumpla sus metas de desarrollo social.

Desde el punto de vista del individuo, el trabajo da vitalidad a la existencia y contribuye en forma importante a la identidad personal. Pero es en primer lugar el único medio que tienen los trabajadores para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, vestuario, recreación. Además, a través del trabajo la persona se procura un lugar en la sociedad, y marca el resto de las actividades sociales del hombre.

Por otro lado, salud significa no solamente la ausencia de la enfermedad, sino también significa bienestar físico, mental y social en grado óptimo.

La salud es un derecho humano fundamental, y es deseable y necesaria para que una población sea sana y más creativa. La buena salud del trabajador influye directamente en su productividad individual y en la productividad de la nación. Basta pensar que más de la mitad de los habitantes de un país dependen económicamente de la población trabajadora, por lo tanto una mala situación de salud de ésta altera también la salud del resto de la sociedad.

La salud y el trabajo son hechos que guardan una estrecha relación entre sí: las condiciones y el medio ambiente de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud de las personas, y el estado de bienestar físico y mental del trabajador influye a su vez en su productividad. Como una buena parte del convivir diario del trabajador transcurre en el ambiente de trabajo, su salud depende en gran medida de las condiciones de trabajo existentes.

Cuando el trabajo está adaptado a las capacidades y limitaciones humanas es un factor importante en el fomento de la salud y en el desarrollo del hombre. En cambio un trabajo que entraña riesgos para la salud puede causar enfermedades profesionales, ser una de las múltiples causas de otras enfermedades o agravar un estado de salud deficiente de origen no profesional. Ade-

---

\* Médico, Licenciada en Salud Ocupacional.

más puede generar factores de riesgo que ocasionen fatiga, envejecimiento prematuro y acortar el período de vida activa.

Los principales problemas de salud de los trabajadores (además de los accidentes del trabajo) son las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo. (Un Comité de Expertos de la OMS definió las enfermedades relacionadas con el trabajo como aquellas "situaciones patológicas" en las cuales el medio laboral y el desempeño del trabajo influyen significativamente. Existe una relación causal entre la exposición en el trabajo a factores de riesgo reconocidos, como de efectos de potencialidad, desencadenantes, aceleradores, o agravantes de una enfermedad común que afecta al trabajador).

De acuerdo al planteamiento de la OPS, los problemas de salud de los trabajadores están influenciados por distintos factores negativos entre los que se pueden mencionar:

1. **El desconocimiento de la gravedad de la situación:** originado por los insuficientes mecanismos de declaración y de registros, y por la limitación de los recursos para investigar o diagnosticar las lesiones y enfermedades profesionales.

2. **Las condiciones de trabajo:** que se caracterizan por la coexistencia de prácticas de trabajo obsoletas con el uso de la tecnología que han determinado nuevos factores de riesgo, mal conocidos y controlados, y que requieren de acciones preventivas más complejas.

3. **Las limitaciones de recursos para informar, capacitar y entrenar en forma adecuada a los trabajadores:** que es necesaria para lograr el aumento de producción que se espera, para desarrollar el espíritu preventivo y el autocuidado, así como la capacidad para participar en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud en el trabajo.

4. **La vulnerabilidad de salud de la población en edad de trabajar:** relacionada con la pobreza y la insuficiente cobertura de los recursos de salud.

5. **El limitado interés del sector salud por la prevención:** la modestia de las unidades y expertos dedicados a la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, al mantenimiento de la salud de los trabajadores y al control de los factores de riesgo en el trabajo contrasta con el desarrollo progresivo de los medios curativos asistenciales cuyos costos, además, aumentan continuamente.

6. **La carencia de expertos en salud ocupa-**

**cional:** las unidades de salud ocupacional en los Ministerios de Salud cuentan con 1 o 2 expertos y la ubicación en el organigrama no le concede la importancia y visibilidad más conveniente. Lo mismo ocurre en los Ministerios del Trabajo y con las instituciones de seguridad social.

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las enfermedades profesionales son un problema prioritario de salud pública no sólo por la alta morbilidad y la alta incidencia de casos graves, sino además porque afectan no sólo a los trabajadores directamente expuestos (en plena edad productiva), sino que en ocasiones pueden presentarse los mismos cuadros clínicos en sus descendientes y convivientes, originando graves pérdidas humanas, sociales y económicas.

En ocasiones el diagnóstico de enfermedad profesional en el trabajador se realiza como consecuencia de los síntomas y signos que presenta un familiar (caso índice), habitualmente niños, por su mayor susceptibilidad a los agentes nocivos.

La OMS plantea que, desde el punto de vista de la prevención, la enfermedad de origen laboral es considerada como cualquier condición anatomopatológica debida a una acción específicamente relacionada con las condiciones de trabajo y el medio ambiente laboral. Tiene consecuencias directas sobre el expuesto, causando su muerte o alteraciones reversibles o irreversibles, incapacidades, y algunas veces repercusiones sobre sus descendientes.

El inicio de las enfermedades profesionales es lento y solapado, y surgen como resultado de la combinación entre la concentración o intensidad del factor de riesgo existente en el lugar de trabajo y el tiempo de exposición al mismo; a menudo se relacionan con otros factores de riesgo, incluidos el estilo de vida de los trabajadores, sus hábitos y la susceptibilidad individual. Las enfermedades profesionales también pueden producirse por el breve contacto del organismo con los factores de riesgo que se encuentran circunstancialmente en el ambiente de trabajo, como es el caso de las enfermedades infecciosas profesionales del personal de salud.

*Por lo tanto, la enfermedad profesional debe ser entendida como una cadena de alteraciones en la salud que no siempre se manifiestan, que en ocasiones no tiene un cuadro clínico específico y que se presenta con síntomas y signos iguales a los de las enfermedades comunes.*

Muchas de las enfermedades profesionales son irreversibles y graves; sin embargo muchas son previsibles, por lo que es indispensable que se dedique el máximo esfuerzo para su prevención.

Es la higiene del trabajo la disciplina encargada de la identificación, evaluación de los riesgos profesionales y de establecer las medidas de eliminación o control de los factores de riesgo que los determinan. Sin embargo, por sí sola no basta para proteger a los trabajadores contra las enfermedades profesionales, sino que es indispensable el trabajo en equipo con el médico, quien a través del examen de salud de ingreso y de las evaluaciones de salud periódicas puede realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de las mismas.

Es así como el Comité de Expertos de la OMS en vigilancia del medio y de las condiciones de salud en los programas de higiene del trabajo, definió en 1973 la *detección precoz del deterioro a la salud* como "el descubrimiento de las alteraciones de los mecanismos homeostáticos y compensadores cuando las alteraciones bioquímicas, morfológicas y funcionales preceden a los síntomas y signos manifiestos y son todavía reversibles".

Para la OPS, las bases para un buen diagnóstico son:

1. Reconstituir en forma meticulosa la historia clínica haciendo énfasis en la historia ocupacional.
2. Conocer la naturaleza e intensidad de la exposición.
3. Realizar un completo y minucioso examen físico en búsqueda de síntomas y signos, que proporcionen una prueba corroborativa cuidadosa.
4. Evaluar la intensidad e importancia de la exposición a través de análisis clínicos y de laboratorio.

Las manifestaciones adversas producidas por la exposición a un agente nocivo en el lugar de trabajo pueden ir desde:

- la muerte,
- la enfermedad clínicamente detectable,
- las alteraciones morfológicas,
- los cambios fisiológicos,
- las alteraciones histológicas,
- las alteraciones bioquímicas, y hasta
- cambios conductuales y mentales.

Estos efectos adversos pueden ser agrupados en 5 niveles dependiendo de las cantidades totales que los contaminantes puedan alcanzar en el organismo humano:

**Primer nivel:** No se producen ni detectan cambios biológicos.

**Segundo nivel:** Aparecen cambios fisiológicos de significado incierto.

**Tercer nivel:** Los cambios fisiológicos son precoces y definidos y advierten sobre el inminente desarrollo de la enfermedad. Pueden ser considerados como acontecimientos **centinelas**.

**Cuarto nivel:** La enfermedad ya es manifiesta.

**Quinto nivel:** La alteración a la salud es grave, produciéndose la muerte.

En la actualidad se realizan numerosos esfuerzos para perfeccionar las técnicas que permitan disponer de mediciones confiables de respuestas biológicas en el *tercer nivel* mencionado, ya que esto permitiría disponer en forma oportuna de indicadores que sirvan para desarrollar actividades de vigilancia biológica más confiables.

Además en este tercer nivel es posible identificar lo que se denomina *efecto crítico*, que corresponde al primer efecto adverso detectable en el organismo como consecuencia de la exposición. Este efecto puede ser cualitativo o cuantitativo, y puede tener o no trascendencia para la salud del individuo.

*En consecuencia, el trabajador no tiene que presentar la enfermedad manifiesta para que tenga derecho a ser atendido como enfermo profesional.*

El diagnóstico precoz, plantea la OPS, debe ser utilizado con dos propósitos claros:

1. El primer propósito del diagnóstico es indicar el tratamiento necesario para que el trabajador enfermo pueda recuperar su estado de salud.
2. El segundo propósito es que el profesional médico transmita la información que ha obtenido relativa a la exposición del trabajador en su lugar de trabajo a quienes hagan uso de ésta para realizar programas preventivos que permitan, por una parte, eliminar o controlar el factor de riesgo y la evaluación de salud del resto de los trabajadores expuestos.

Las enfermedades profesionales son un importante problema de salud pública. A pesar del subregistro de la información, que es aún mayor que para los accidentes del trabajo, los estudios internacionales señalan altas prevalencias de cáncer ocupacional, afecciones respiratorias, intoxicaciones por metales y plaguicidas, alteraciones neurológicas y del comportamiento, pérdidas auditivas, problemas de la piel y osteomusculares causados por factores de riesgo laboral.

Por otro lado, la información recopilada a través de la notificación de las enfermedades de origen laboral no se utiliza para enriquecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y por lo tanto no desencadena acciones de investigación, prevención y control que son parte obligada de la vigilancia.

## LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN CHILE

En Chile, el "Seguro Social Obligatorio Contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales", establecido a través de la Ley N° 16.744/68, define en su artículo 7° la enfermedad profesional como sigue:

*"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".*

Se exige por lo tanto una relación de causalidad directa entre el riesgo existente en el lugar de trabajo y la enfermedad que presenta el trabajador. (No se incluyen, por lo tanto, las enfermedades relacionadas con el trabajo).

Se desconoce en Chile la magnitud de las enfermedades profesionales, a pesar de ser su denuncia obligatoria de acuerdo al artículo 76° del seguro mencionado.

La información oficial que publica el Ministerio de Salud en los Anuarios de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales sólo se refiere a las enfermedades de origen laboral notificadas y que han sido diagnosticadas en los **trabajadores protegidos a través de la Ley N° 16.744**. El último anuario publicado entrega información de 1988, y para el año 1989 se estimaba que sólo el 54 % de la Fuerza de Trabajo Ocupada (FTO) estaba cubierto por este seguro, tal como se muestra en la tabla N° 1.

La información contenida en estos anuarios está incompleta, y es de mala calidad. No se consiguen datos de edad ni de tipos de incapacidad de los trabajadores afectados.

Tampoco se presenta información de consultas, egresos ni mortalidad producida por enfermedades profesionales.

El año 1985 el porcentaje de enfermedades profesionales agrupadas como "Otras, Ignoradas y Mal Definidas" alcanzó al 34,6 %, cifra que hace imposible realizar programas acordes con la realidad del país. (Tabla N° 2).

La Tabla N° 3 permite observar que el número de enfermedades profesionales fluctúa a través de los años sin seguir una lógica. Estas diferencias en la notificación de un año para otro (en 1975 se registraron casi la mitad de las enfermedades notificadas en 1974; en 1987 se notificaron 2,4

TABLA 1  
Cobertura en Salud Laboral  
Chile 1989

SUBSISTEMA	N° TRABAJADORES	% TRABAJADORES LEY N° 16.744	% FTO
MUTUALES			
EMPLEADORES	1.870.400	79,8	43,3
INP - SNSS	413.400	17,6	9,6
E. AD. DELEGADA	60.000	2,6	1,4
TOTAL LEY N° 16.744	2.343.800	100	54,3
ADM. PUBLICA	135.000		3,1
FF.AA.-CARABINEROS	140.700		3,2
DESPROTEGIDOS	1.705.098		39,4
F. T. O.	4.317.800	100	

Fuente: "Cobertura en Salud Laboral en Chile". Documento de Trabajo N° 78.-Programa de Economía del Trabajo, 1991.

TABLA N° 2  
Número Total de Enfermedades Profesionales  
Porcentaje de "Otras, Ignoradas y  
Mal Definidas". Chile 1968-1988

AÑOS	N° ENFERMEDADES PROFESIONALES	% OTRAS, IGNORADAS, MAL DEFINIDAS
1968	911	0,5
1969	806	0,7
1970	825	0,5
1971	3.241	0,6
1972	3.969	1,2
1973	3.487	0,3
1974	3.762	0,2
1975	1.956	0,0
1976	2.452	0,0
1977	1.680	0,0
1978	2.105	0,0
1979	3.307	7,8
1980	4.100	4,9
1981	6.259	28,1
1982	5.226	32,2
1983	6.955	28,7
1984	9.375	29,8
1985	5.073	34,6
1986	8.882	6,0
1987	3.711	27,0
1988	4.267	24,4

Fuente: Anuarios Acc. Trabajo y Enf. Profesionales, MINSAL.

Elaborado: MIPQ

veces menos enfermedades profesionales que en 1986) pueden explicarse por la prioridad que los organismos administradores otorgan a sus programas de vigilancia epidemiológica, a la enfermedad que desean pesquisar y al volumen de trabajadores que se incluyan en esta vigilancia.

Cabe recordar que para diagnosticar una enfermedad como de origen laboral ésta debe buscarse en forma activa en la población expuesta al riesgo.

Las tasas de enfermedades profesionales son bajas y también fluctúan a través del tiempo, siendo los últimos años muy semejantes tanto para las Mutuales como para el binomio INP-SNSS. Estas tasas bajas no se deben a que exista un adecuado control de los factores de riesgo de enfermedades laborales en los centros de trabajo, sino a que el subregistro de enfermedades profesiona-

les en todos los organismos administradores es alto. No se realizan ni se han realizado Programas de Vigilancia Epidemiológica en forma sistemática, que permitan la pesquisa precoz del daño y la pesquisa de enfermos profesionales.

Probablemente su tendencia a la disminución durante los años 1987 y 1988 en las Mutuales se deba o al aumento de la masa de trabajadores afiliados sin un aumento proporcional de los programas de vigilancia o a una disminución de la cobertura de éstos.

En el binomio INP-SNSS las razones de las tasas bajas son que no ha contado ni cuenta con la infraestructura ni con los recursos humanos y materiales que le permitan desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica que registre situaciones derivadas de problemas detectados en terreno o a través de las denuncias de trabajadores, y principalmente en relación con las condiciones de trabajo.

También juega un importante rol el desconocimiento que el personal de salud, y principalmente los médicos, tienen de la patología laboral. No se relaciona la sintomatología que presenta el adulto enfermo o paciente, que es un trabajador, con el riesgo al que está expuesto en su lugar de trabajo y, por lo tanto, se diagnostica su sintomatología como de origen común.

Los ejemplos de estas situaciones abundan: trabajadores con intensos dolores abdominales, producto de una intoxicación por plomo, que han sido operados de apendicitis aguda, o que han sido diagnosticados como transgresión alimentaria; trastornos neurológicos producto de una intoxicación por solventes, que han sido calificados de origen común (viral u otro); trastornos psiquiátricos diagnosticados como neurosis cuando en realidad la sintomatología ha sido originada por la exposición a mercurio.

Es posible afirmar a ciencia cierta que la historia ocupacional no es parte de la rutina de la anamnesis.

Las tasas entregadas por las Mutuales y por las Empresas de Administración Delegada para la realización del estudio "Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile", los años 1990, 1991 y 1992 (Tabla N° 4) son muy semejantes a las que se observan para el período 1977-1988, a excepción de las que presentan las Empresas de Administración Delegada que son hasta 10 veces mayores que las de algunas Mutuales (1992).

Además estas tasas por estar calculadas sobre el total de trabajadores de empresas afiliadas a los organismos administradores permiten sólo el

TABLA N° 3  
Tasas Brutas de Enfermedades Profesionales  
por 10.000 Trabajadores Afiliados a la Ley N° 16.744  
Chile, 1968-1988

AÑOS	TOTAL		MUTUALES		INP-SNSS	
	NUMERO	TASAS	NUMERO	TASAS	NUMERO	TASAS
1968	911					
1969	806					
1970	825					
1971	3.241					
1972	3.969					
1973	3.487					
1974	3.762					
1975	1.956					
1976	2.452					
1977	1.680		1.174	21,4	506	
1978	2.105		1.269	22,1	836	
1979	3.307		2.293	36,8	1.014	
1980	4.100		3.322	48,4	778	
1981	6.259		5.687	75,6	572	
1982	5.226		4.787	67,6	439	
1983	6.955	43,5	6.411	81,2	465	6,3
1984	9.375	52,6	8.614	92,5	702	8,7
1985	5.073	25,6	4.441	40,0	564	6,5
1986	8.882	41,6	8.529	68,4	353	4,0
1987	3.711	20,9	3.206	22,5	505	14,6
1988	4.267	22,0	3.691	22,9	576	17,5

Fuente: Anuarios Acc. Trabajo y Enf. Profesionales, MINSAL.  
Elaborado: MIPQ.

TABLA N° 4  
Tasas Brutas de Enfermedades Profesionales  
Mutuales y Empresas de Administración Delegada  
Por 10.000 Trabajadores Afiliados  
1990-1992

ORGANISMO ADMINISTRADOR	1990	1991	1992
MUTUAL DE SEGURIDAD CCHC	14,5	15,6	21,7
ASOC. CHILENA DE SEGURIDAD	46,9	41,1	46,1
INST. DE SEGURIDAD DEL TRABAJO	11,8	12,3	13,0
EMP. DE ADMINISTRACION DELEGADA	91,9	98,6	130,6

Fuente: Sandoval H. "Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile" (1994).

cálculo de tasas brutas que no son adecuadas para evaluar la real dimensión del problema.

Conociendo la población expuesta a un determinado riesgo incluida en programas de vigilancia epidemiológica y el número de enfermos profesionales pesquisados en estos programas, es posible calcular tasas específicas y aproximarse así a la real magnitud del problema.

La Tabla N° 5 ha sido elaborada con información aportada por las Mutuales (para el mismo estudio anterior), que incluye el número de trabajadores en programas de vigilancia a determinados riesgos y el número de enfermos profesionales pesquisados.

Las tasas que se observan en esta tabla son al menos cien veces mayores que las tasas brutas calculadas con todos los trabajadores afiliados a la Ley N° 16.744 (Tabla N° 3). Aparecen enfermos profesionales si se buscan en forma sistemática. Las empresas con más riesgo de presentar enfermos son las que tienen entre sus factores de riesgo agentes químicos, ruido y movimientos repetitivos, produciendo intoxicaciones, sordera, dermatitis y tendinitis. Esta última patología es motivo de numerosas controversias en nuestro medio, siendo los más perjudicados los trabajadores afectados. Habitualmente son mujeres jó-

venes que deambulan entre las Mutuales, las Isapres y la Superintendencia de Seguridad Social buscando una solución a la dolencia y la incapacidad que las afecta.

El listado de enfermedades profesionales que hasta el año 1986 aparecía publicado en el anuario del MINSAL muestra una clasificación de las enfermedades que no se ajusta a las que de acuerdo al Decreto N° 109/68 se deben reconocer como tales. Ejemplo de esto son la ciática, las lesiones de los ojos (no queda claro a qué tipo de lesiones se refiere) y las celulitis.

La Tabla N° 6 muestra para el año 1986 la distribución de enfermedades laborales según las actividades económicas.

No es posible calcular tasas específicas por actividad económica pues se desconoce, para ese año, el número de trabajadores distribuidos por cada una de estas actividades.

Llama la atención el alto número de ciáticas y de lesiones en los ojos en todas las áreas económicas.

La actividad económica que aportó con más enfermos profesionales el año 1986 fue la INDUSTRIA; sin embargo un 46 % de los diagnósticos correspondió a la ciática, porcentaje semejante al observado en la AGRICULTURA y en la activi-

TABLA N° 5  
Tasas Específicas de Enfermedades Profesionales  
Por 10.000 Trabajadores  
Mutuales de Empleadores, 1992

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	N° TRABAJADORES (en programas de vigilancia)	N° ENFERMEDADES	TASAS ESPECIFICAS
NEUMOCONIOSIS	15.022	44	29,3
ASMA	3.020	41	135,8
DERMATITIS	19.989	1.907	954,0
SORDERA OCUPACIONAL	60.066	1.310	218,1
INTOXICACIONES (SOLV- PLAG - HUM. METALICOS)	12.987	306	235,6
TENDINITIS	12.554	1.127	897,7
DISFONIA	34.659	568	163,9
TOTAL	158.297	5.303	335,0

Fuente: Sandoval H. "Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile" (1994).

TABLA N° 6  
Enfermedades Profesionales Totales Según Actividad Económica  
Chile, 1986

ENFERMEDAD	AGRICUL- TURA	MINERIA	INDUS- TRIA	CONSTRUC- CION	ELEC- AGUA- GAS	COMER- CIO	TRANS- PORTE	SERVI- CIOS
NEUROSIS	2	1	14	4	1	4	17	50
LESIONES OJOS	622	133	898	320	25	132	84	135
SORDERA	0	46	5	0	0	3	1	2
NEUMOCONIOSIS	5	103	3	1	0	1	0	1
SILICO TBC	0	1	0	0	0	0	0	0
DERMATOSIS	209	40	198	75	6	54	15	71
ENF. ART. HUESOS	13	25	22	4	2	9	3	8
SINOVITIS TENDONITIS	37	8	127	20	2	63	21	75
CITICA	874	190	1.390	315	68	399	220	446
LARINGITIS	0	0	1	0	0	0	1	18
ASMA	0	0	5	0	0	1	0	6
CELULITIS	25	10	122	9	1	32	5	42
INTOXICACIONES	119	20	116	20	11	31	6	55
OTRAS, MAL DEFINIDAS	14	14	120	138	1	30	34	174
TOTAL	1.920	591	3.027	906	117	759	407	1.083

Fuente: Anuarios Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, MINSAL.  
Elaborado: MIPQ.

dad SERVICIOS. En la INDUSTRIA sólo el 0,17% correspondió a sordera profesional.

El escaso número de sorderas ocupacionales diagnosticadas en 1986 puede deberse a que esta patología se encuentra en la medida en que se busca. El trabajador no consulta, en general, en forma espontánea por esta enfermedad.

En relación con las incapacidades permanentes producidas por las enfermedades profesionales la información es aún más escasa. En los anuarios sólo se publicaron para el período 1982-1988 las prestaciones económicas otorgadas por el Sistema de Mutualidades.

A continuación se muestran algunos datos en relación con las indemnizaciones y pensiones otorgadas por una Mutualidad (Tablas N° 7 y N° 8).

Las incapacidades permanentes, ya sea que den

origen a una indemnización o a una pensión, se presentan a edades tempranas, siendo el promedio de edad en este estudio los 45,3 años.

La patología que presenta la edad promedio más alta de incapacidad permanente es la ASBESTOSIS (56,9 años), y las que se presentan a la edad promedio más baja son el ASMA OCUPACIONAL (44,2 años) y el Síndrome por Uso Excesivo de Extremidad Superior, SUEDES (44,5 años).

Estas incapacidades permanentes se presentan en plena edad productiva y a edades cuya integridad física y mental es necesaria e indispensable para la mantención de su familia y la educación de sus hijos. El dolor asociado a estos daños es incalculable.

La Tabla N° 8 muestra el promedio de edad



TABLA N° 7  
Indemnizaciones y Pensiones por Enfermedad Profesional  
Promedio de Edad en Años Según Diagnóstico Principal  
Mutual de Empleadores, 1983-1992

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	NUMERO DE CASOS	EDAD PROMEDIO	D.S.
HIPOACUSIA OCUPACIONAL	618	54,3	6,9
SILICOSIS	417	51,9	7,5
SUEDES	38	44,5	7,6
DERMATOSIS	28	46,9	11,0
ASBESTOSIS	18	56,9	8,2
ASMA OCUPACIONAL	12	44,2	10,0
SILICO TUBERCULOSIS	6	46,0	6,9
NEUMOCONIOSIS DEL CARBON	5	51,6	5,9
BISINOSIS	4	53,0	7,4
ENF, RODILLAS MINERO CARBON	3	50,0	1,0
MESOTELIOMA PLEURAL	3	45,3	10,1

Fuente: Contreras A. "Perfil Epidemiológico de los Trabajadores Indemnizados y Pensionados por Enfermedades Profesionales en una Mutualidad de Empleadores".

TABLA N° 8  
Indemnizaciones y Pensiones por Enfermedad Profesional  
Promedio de Edad en Años Según Sexo y Año  
Mutual de Empleadores, 1983-1992

AÑOS	HOMBRES		MUJERES	
	PROMEDIO EDAD	D.S.	PROMEDIO EDAD	D.S.
1983	52,1	7,9		
1984	54,5	8,2	53,0	1,7
1985	52,3	6,9		
1986	52,2	8,5	49,0	11,1
1987	52,2	6,6	49,0	9,9
1988	52,8	6,9		
1989	53,0	7,3	49,0	0,0
1990	53,9	7,9	46,6	5,4
1991	52,9	6,9	44,2	7,2
1992	53,1	8,3	40,2	6,9
GLOBAL	53,0	7,6	44,8	7,6

Fuente: Contreras A. "Perfil Epidemiológico de los Trabajadores Indemnizados y Pensionados por Enfermedades Profesionales en una Mutualidad de Empleadores".

en años según sexo y año de otorgamiento de la indemnización y pensión.

La edad promedio es mayor para los hombres (53,0 años) que para las mujeres (44,8 años), y a través de los años analizados la edad se mantiene para los trabajadores de sexo masculino, mientras que para las mujeres la incapacidad permanente se ha ido presentando a edades menores.

El gráfico que se presenta a continuación permite observar mejor esta tendencia en el tiempo.

La menor edad promedio de presentación de la incapacidad en la mujer se relaciona probablemente con el hecho de que los trabajos a los que habitualmente pueden acceder mujeres presentan riesgos de enfermedades profesionales que requieren menor tiempo de exposición (ejemplo: digitación).

El alto costo social de las incapacidades permanentes en trabajadoras jóvenes, por el rol fundamental que la sociedad le otorga a la mujer en la crianza de los hijos y en el manejo del hogar, no ha sido evaluado aún.

Por otro lado, si la oferta de trabajo para la mujer es escasa y además es discriminada por su sola condición de mujer (test de embarazo en pre-empleo), es posible pensar que las mujeres que presentan algún grado de incapacidad permanente ven negada su posibilidad de reintegrarse al mundo laboral.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

Se desconoce en Chile la magnitud de las enfermedades profesionales. Los registros actuales son insuficientes para el diseño de programas de prevención. Sin embargo, no basta con aumentar el diagnóstico y el registro de las enfermedades laborales. Es necesario implementar Programas de Vigilancia Epidemiológica que no sólo den cuenta del daño ya producido, sino que permitan, a través de un proceso sistemático, ordenado y planificado en el tiempo, aportar información que

sea utilizada para diseñar políticas, elaborar normas y realizar actividades educativas.

Es necesario aunar esfuerzos que permitan el consenso en pro de una población trabajadora más sana, más plena y más feliz.

## BIBLIOGRAFIA

1. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. XLII Reunión del Comité Regional. Salud de los Trabajadores. Washington D.C. Sept. 90
2. Guía para la Preparación y Ajuste de un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores. Términos de Referencia. Versión Resumida. OPS. Washington, D.C., diciembre 1991.
3. Directrices para un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores. OPS/OMS. Washington D.C., marzo 1992.
4. El Perfil de la Salud Ocupacional en el Siglo XXI. IX Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos del Trabajo. Exposición del Dr. Alvaro Durao, Asesor Regional en salud ocupacional. OPS, julio 1992.
5. Salud de los Trabajadores. CE 111/13. 111ª Reunión, Washington D.C. OPS/OMS. 20 mayo 1993. Original: Español.
6. Fomento de la Salud en las Poblaciones Trabajadoras. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 765. OMS, Ginebra 1988.
7. Detección Precoz de las Enfermedades Profesionales. OMS, Ginebra 1987.
8. Enfermedades Ocupacionales. Guía para su Diagnóstico. Publicación Científica N° 480. Washington, 1986.
9. Corey G. Vigilancia en Epidemiología Ambiental. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. OPS/OMS, México, 1988
10. Pino M. I. "La Salud Ocupacional en Chile". Banco Mundial, marzo 1992.
11. Anuarios de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1968-1988, Ministerio de Salud.
12. Planificación Estratégica. Desarrollo de la salud Ocupacional en Chile a 5 Años Plazo. Depto. Programas Sobre Ambiente. MINSAL, enero 1992.
13. Sandoval H. "Cobertura en Salud Laboral en Chile". Documento de Trabajo N° 78. Programa de Economía del Trabajo, 1991.
14. Sandoval H. "Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile". 1994. Proyecto MINSAL - Banco Mundial.
15. Contreras A. "Perfil Epidemiológico de los Trabajadores Indemnizados y Pensionados por Enfermedad Profesional en una Mutualidad de Empleadores, 1983-1992. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública con Mención en Salud Ocupacional.

Indemnizaciones y pensiones por enfermedad profesional  
Promedio de edad en años según sexo y año

