

ANEXO N°45



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Nombre del Proyecto: Calificación de Enfermedades de Trastornos Musculoesqueléticos y Género
Código proyecto: ID-75

Autores(as):

Encargada principal: María Elisa León
Encargadas alternas: Macarena Chepo
Ma. Gabriela Morgado

2024

Este trabajo fue seleccionado en la Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales 2022 de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile), y fue financiado por la Asociación Chilena de Seguridad con recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley N° 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendencia of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendencia of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendencia of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile

ÍNDICE

I. Resumen ejecutivo	6
II. Introducción y antecedentes.....	7
III. Definición del problema, pregunta de investigación.....	7
IV. Objetivos generales y específicos.....	8
V. Revisión de la literatura.....	9
1. Sexo y género: aspectos conceptuales	9
2. Sesgo de género	9
3. Sesgos de género y seguridad y salud en el trabajo: aspectos teóricos.....	10
4. Enfermedades musculoesqueléticas	12
5. Proceso de calificación.....	13
VI. Descripción de la metodología y aspectos éticos.....	15
VII. Resultados y discusión	23
1. Parte cuantitativa	23
1.1. Tasas.....	23
1.2. Calificación de trastornos musculoesqueléticos	26
1.3. Análisis de accidentes/enfermedades laborales vs. comunes según sexo.....	31
1.4. Análisis de regresión para determinar la presencia de sesgo en la calificación	39
2. Parte cualitativa.....	48
2.1. Comprensión del concepto de género y su aplicación a la labor médica desde la perspectiva expertos en Medicina del Trabajo.....	49
2.2. Rol del género en la exposición a riesgos ocupacionales en enfermedades musculoesqueléticas desde la perspectiva de expertos en Medicina del Trabajo	52
2.3. Valor percibido por los expertos en Medicina del Trabajo respecto al género como factor relevante en el proceso de calificación	55
2.4. Temas Emergentes.....	60
3. Discusión y limitaciones.....	66
VIII. Recomendaciones para Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	69
IX. Conclusiones	72
X. Referencias	73
XI. Anexos.....	75
1. Equipo de investigación	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población total cubierta por seguro de Ley 16.744 según sexo	16
Tabla 2: Accidentes de trabajo y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile.....	16
Tabla 3: Accidentes de trayecto y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile.....	16
Tabla 4: Enfermedades profesionales y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile	17
Tabla 5: Diagnósticos de patologías musculoesqueléticas acordados con contraparte técnica SUSESO	17
Tabla 6: Guion entrevista semiestructurada	20
Tabla 7: Tasas de accidentabilidad según sexo, período 2012-2021, Chile	23
Tabla 8: Tasas de accidentabilidad del trayecto con lesiones musculoesqueléticas según sexo, período 2012-2021, Chile.....	24
Tabla 9: Tasas de enfermedades profesionales según sexo (casos por 10.000 personas trabajadoras)	25
Tabla 10: Estadísticos de tendencia central y dispersión de edad de muestra de personas trabajadoras según sexo.	27
Tabla 11: Número de denuncias totales por región y sexo.....	28
Tabla 12: Total de denuncias según OAL, según sexo.	28
Tabla 13: Distribución de denuncias según actividades económicas para hombres y mujeres	29
Tabla 14: Categorías de calificación según sexo	30
Tabla 15: Denuncias según parte del cuerpo afectada	31
Tabla 16: Construcción variables “accidente laboral”, “accidente común”, “enfermedad laboral” y “enfermedad común”.	31
Tabla 17: Distribución de denuncias de accidentes según calificación y sexo	32
Tabla 18: Distribución de accidentes (común/laboral), sexo y parte del cuerpo afectada.	33
Tabla 19: Comparación de accidentes (común/laboral) según parte del cuerpo afectada entre hombres y mujeres.	33
Tabla 20: Accidentes según sexo y actividad económica, desagregadas según calificación	34
Tabla 21: Distribución de accidentes según sexo, calificación laboral/común para rubro actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	34
Tabla 22: Distribución de accidentes según sexo, calificación laboral/común para rubro comercio al por mayor y al por menor	35
Tabla 23: Distribución de denuncias de enfermedades según calificación y sexo	36
Tabla 24: Distribución de enfermedades (común/laboral), sexo y parte del cuerpo afectada	36
Tabla 25: Comparación entre hombres y mujeres de enfermedades (común/laboral) según parte del cuerpo afectada	37
Tabla 26: Enfermedades según sexo y actividad económica, desagregadas según calificación	37
Tabla 27: Distribución de enfermedades según sexo, calificación laboral/común para rubro actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	38

Tabla 28: Distribución de enfermedades según sexo, calificación laboral/común para rubro comercio al por mayor y al por menor	39
Tabla 29: Modelo 2 aplicado a accidentes laborales/comunes	42
Tabla 30: Modelo 2 aplicado a enfermedades laborales/comunes	43
Tabla 31: Resultado modelo 3 para accidentes según actividad económica	44
Tabla 32: Resultado modelo 3 para enfermedades según actividad económica...	46
Tabla 33: Descripción de participantes parte cualitativa, según grupo objetivo	48
Tabla 34: Temas y subtemas derivados del análisis temático	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasas de accidentabilidad según sexo, 2012-2021, Chile.	23
Gráfico 2: Tasas de accidentabilidad del trayecto con lesiones musculoesqueléticas según sexo, período 2012-2021, Chile.	24
Gráfico 3: Tasas de enfermedades profesionales con diagnósticos musculoesqueléticos según sexo, período 2012-2021, Chile.	25
Gráfico 4: Distribución de denuncias asociadas a lesiones musculoesqueléticas en el período 2012-2021, desagregadas según sexo, Chile.....	26
Gráfico 5: Histograma de edades de trabajadoras/es según sexo.....	27
Gráfico 6: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada y sexo, periodo 2012-2021, Chile	42
Gráfico 7: Distribución de probabilidad de calificación laboral en enfermedades según parte del cuerpo afectada y sexo, periodo 2012-2021, Chile	43
Gráfico 8: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, periodo 2012-2021, Chile.....	45
Gráfico 9: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de comercio al por mayor y al por menor, periodo 2012-2021, Chile.....	45
Gráfico 10: Distribución de enfermedades laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, periodo 2012-2021, Chile	47
Gráfico 11: Distribución de enfermedades laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de comercio al por mayor y al por menor, periodo 2012-2021, Chile	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo teórico para analizar las formas en que se manifiesta el sesgo de género en medicina.....	10
Figura 2: Construcción del género en el trabajo	12

I. Resumen ejecutivo

Objetivo General: Explorar las características de género en la calificación de patologías musculoesqueléticas (accidentes y enfermedades).

Metodología: Se utilizó un diseño mixto con dos etapas. La fase cuantitativa fue un estudio observacional analítico secundario, con una base de datos proporcionada por la SUSESO, que incluía registros de patologías musculoesqueléticas (PME) entre 2012 al 2021. Se calcularon frecuencias simples y relativas de accidentes y enfermedades según sexo, edad, región, parte del cuerpo afectada y tipo de RECA. Para el análisis inferencial, se emplearon modelos de regresión logística (OR) para evaluar la relación entre sexo y calificación (común/laboral) de las PME. Se aceptó un IC 95% de confianza, $p < 0,05$, usando software R. La fase cualitativa consistió en un estudio de caso, con 24 entrevistas semiestructuradas a: epeteístas (n=8), médicos de medicina del trabajo (n=6) y miembros del comité calificador (n=10) de distintas mutualidades. Las entrevistas fueron analizadas mediante análisis temático con el software NVivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello (151-L4/CECENF/01-2022).

Resultados: Los datos cuantitativos muestran que los hombres tienen una mayor probabilidad de que sus PME sean calificadas como laborales, inclusive en sectores no masculinizados. Cualitativamente, se evidenció desconocimiento del concepto género y su aplicación a la práctica médica, lo que contribuye a una subvaloración del riesgo laboral en mujeres.

Conclusiones: Los resultados sugieren la necesidad de incorporar una perspectiva de género en la calificación de PME laborales, para evitar sesgos que afecten negativamente la protección de mujeres trabajadoras en Chile.

Palabras claves

Género y trabajo, calificación de accidentes y enfermedades, patologías musculoesqueléticas.

II. Introducción y antecedentes

En las últimas tres décadas, la participación laboral femenina en Chile ha experimentado un notable crecimiento, pasando del 30,5% el año 1990 al 52,6% el 2023 (Fundación Mujeres por Chile, 2024). Este incremento ha modificado la fuerza laboral, impulsando la inserción de mujeres en distintos sectores económicos, incluyendo aquellos históricamente dominados por hombres (INE, 2015).

En el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, Chile dispone de un sistema universal y obligatorio de protección y seguridad social, establecido por la Ley N° 16.744 de 1968, que ofrece a las personas trabajadoras acceso a actividades preventivas, atención de salud y compensaciones económicas en caso de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales (Ley 16744: Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1968).

Uno de los principales desafíos en este campo son las enfermedades musculoesqueléticas. Según cifras de la SUSESO para 2023, las enfermedades musculoesqueléticas representaron el 17% de las enfermedades profesionales reportadas en mutualidades e ISL, siendo la segunda causa más frecuente, después del COVID-19 (Superintendencia de Seguridad Social, 2024). Respecto al total de denuncias por enfermedades asociadas a patologías musculoesqueléticas, solo el 11% fueron calificadas como laborales, con una mayor proporción en hombres (16%) que en mujeres (8%).

Aunque las diferencias en la calificación pueden atribuirse a varios factores, la literatura sugiere que el sesgo de género juega un papel considerable en las decisiones médicas, lo cual podría explicar estas discrepancias (Marcum, 2017). El sesgo de género en medicina se refiere a una forma de negligencia no intencionada, pero sistemática, donde los profesionales de salud actúan basándose en preconcepciones estereotipadas sobre la salud, comportamiento, experiencias y necesidades de hombres y mujeres (Hamberg, 2008). Este sesgo también puede surgir al asumir que existen diferencias donde no las hay, lo que refuerza percepciones dicotómicas incorrectas (Risberg et al., 2009). Los síntomas de dolor en mujeres, por ejemplo, a menudo son interpretados como psicológicos, subestimados o ignorados. Asimismo, dadas las normas sociales que imponen a las mujeres una carga superior de responsabilidades familiares y laborales, la presencia de estos factores puede complicar o agravar sus condiciones de salud. Frecuentemente, se recomienda a las mujeres reducir estas cargas, trasladando así la responsabilidad de manejar y resolver sus problemas de salud, lo que perpetúa y empeora esta sobrecarga (Samulowitz et al., 2018).

Dado este contexto, se hace evidente la necesidad de explorar más a fondo el impacto del sesgo de género en la calificación de las enfermedades profesionales en Chile. Un enfoque que incorpore una perspectiva de género podría revelar no solo las inequidades existentes en la calificación de estas condiciones, sino también permitiría el diseño de recomendaciones que promuevan una evaluación justa y equitativa para todas las personas trabajadoras.

III. Definición del problema, pregunta de investigación

La presente investigación pretende conocer si las diferencias observadas en la mayor frecuencia de calificación de enfermedades musculoesqueléticas en

hombres se deben a la presencia de sesgo de género, respondiendo por tanto a la siguiente pregunta de investigación propuesta por la SUSESO: ¿Existe discriminación de género en la calificación de enfermedades musculoesqueléticas en Chile?

Como sub-preguntas del componente cualitativo, se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Cómo es comprendido el concepto de género y su aplicación a la labor médica desde la perspectiva expertos en Medicina del Trabajo?

¿Cuál es el rol del género en la exposición a riesgos ocupacionales en enfermedades musculoesqueléticas desde la perspectiva de expertos en Medicina del Trabajo?

¿Cuál es el valor percibido por los expertos en Medicina del Trabajo respecto al género como factor relevante en el proceso de calificación?

IV. Objetivos generales y específicos

Los objetivos corresponden a lo señalado por la SUSESO:

Objetivo General:

Explorar las características de género en la calificación de accidentes y ETMS.

Objetivos Específicos:

1. Calcular tasas de accidentabilidad y enfermedades musculoesqueléticas por sexo.
2. Caracterizar los tipos de calificación de ETMS y accidentes y rubros de actividades involucradas y analizadas por sexo y edad.
3. Conocer la opinión de expertos en medicina del trabajo respecto de las diferencias de género observadas en las calificaciones

V. Revisión de la literatura

1. Sexo y género: aspectos conceptuales

El término “sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, como los cromosomas, la función reproductiva, el sistema endocrino/hormonal, distribución de grasa corporal, entre otras. (Hassard & Torres, 2021). Estas diferencias son universales y se mantienen relativamente constantes a lo largo del tiempo. En cambio, “género” se refiere a las características sociales y culturales asignadas a hombres y mujeres, las cuales están moldeadas por comportamientos, roles, expectativas y que varían en función del contexto social y cultural. Estas características son aprendidas, modificables y pueden variar tanto entre diferentes culturas como dentro de una misma cultura (Hassard & Torres, 2021).

Es importante destacar que el sexo y el género no son categorías excluyentes, sino que interactúan de manera dinámica. Por lo tanto, al analizar las diferencias en la salud entre hombres y mujeres, es crucial tener en cuenta tanto el impacto relativo del sexo como del género, así como la interacción entre ambos factores (Hassard & Torres, 2021). Tener un enfoque o perspectiva de género en salud implica que, además de aspectos biológicos, es crucial considerar las condiciones de vida, la posición y expectativas sociales sobre lo "femenino" y lo "masculino", tanto en las interacciones profesionales como al desarrollar teorías sobre mujeres y hombres (Risberg et al., 2009).

2. Sesgo de género

El sesgo de género en medicina se refiere a una forma de negligencia no intencionada, pero sistemática, donde los profesionales de salud actúan basándose en preconcepciones estereotipadas sobre la salud, comportamiento, experiencias y necesidades de hombres y mujeres (Hamberg, 2008).

Marcum describió diversos tipos de sesgos de género presentes en la atención médica (Marcum, 2017): i) una perspectiva masculina o androcéntrica, que define la salud y la enfermedad tomando a los hombres como referencia fisiológica, lo que implica que ellos representan el estándar de lo “normal”; ii) la ceguera de género, que asume erróneamente que no existen diferencias en la presentación de enfermedades entre hombres y mujeres, ignorando las variaciones en etiología y síntomas entre ambos sexos. Un ejemplo de este tipo de sesgo lo reporta Kerget (2019), en el caso de una trabajadora que se desempeñaba como controladora en una pequeña fábrica de arenado (Kerget et al., 2019). A pesar de haber presentado síntomas durante 10 años, su diagnóstico de silicosis fue retrasado debido a la falta de indagación sobre su historial ocupacional, asumiendo que la exposición a sílice y la silicosis eran típicas de hombres, no de mujeres, y iii) los estereotipos de género, donde creencias preconcebidas sobre la enfermedad del paciente se basan únicamente en su género, lo que obstaculiza el reconocimiento de las características individuales que podrían influir en los resultados clínicos. Además, este sesgo frecuentemente se asocia con el sesgo de anclaje, en el que los síntomas iniciales y más evidentes se fijan

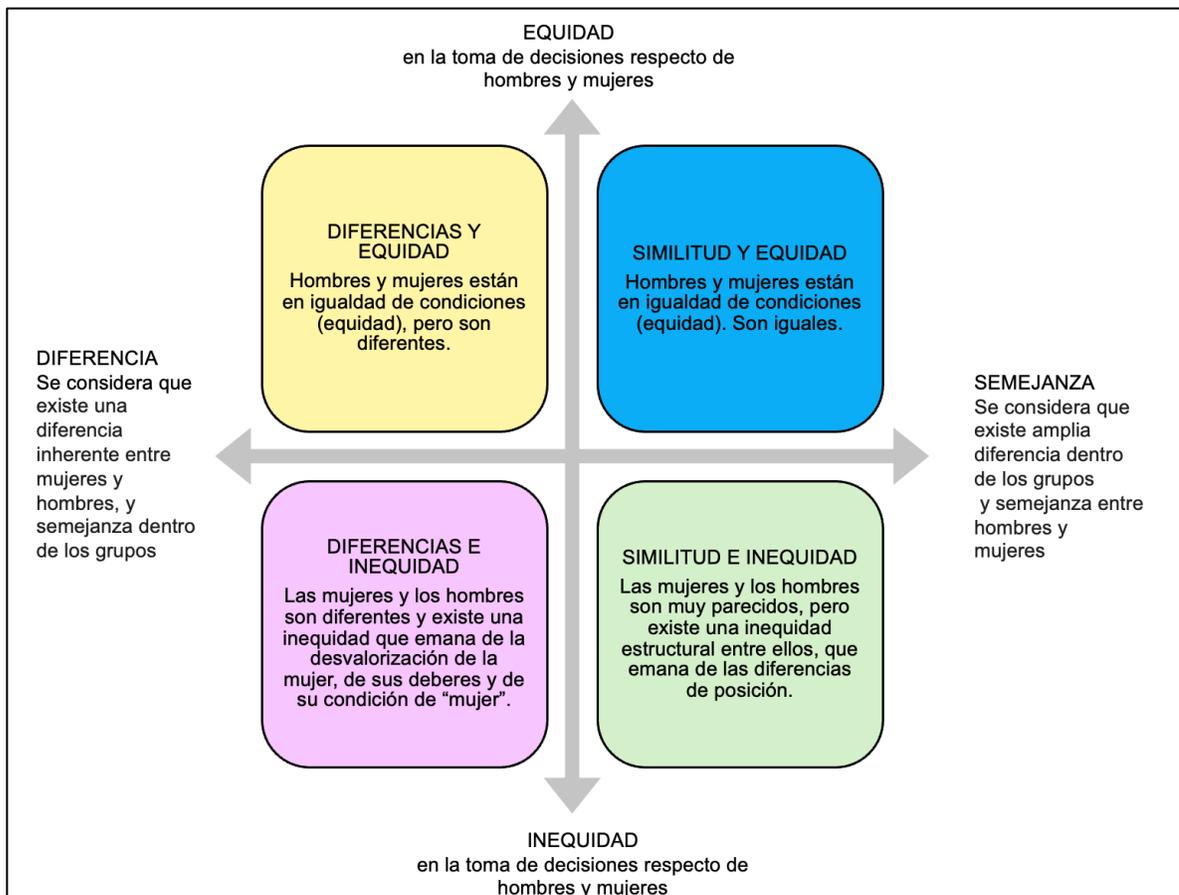
en las primeras etapas de la toma de decisiones clínicas, impidiendo que nueva información influya en la decisión final.

Ningún enfoque que considere las diferencias entre mujeres y hombres está completamente libre del riesgo de sesgo de género (Risberg et al., 2009). Aunque este tipo de sesgo puede afectar a ambos géneros, las mujeres han estado históricamente en desventaja en términos de acceso y calidad de la atención médica en comparación con los hombres (Marcum, 2017).

3. Sesgos de género y seguridad y salud en el trabajo: aspectos teóricos

Una forma teórica de comprender el sesgo de género en medicina es a partir de lo propuesto por Risberg et al. (2009). Este modelo propone que existen diversas formas en la que el sesgo de género puede surgir y manifestarse en medicina, tanto cuando se asumen diferencias entre hombres y mujeres sin base, como cuando se ignoran diferencias legítimas. Gráficamente, el modelo ha descrito cuatro cuadrantes (Figura 1).

Figura 1: Modelo teórico para analizar las formas en que se manifiesta el sesgo de género en medicina



Adaptado a partir de lo propuesto por Risberg et al., 2009.

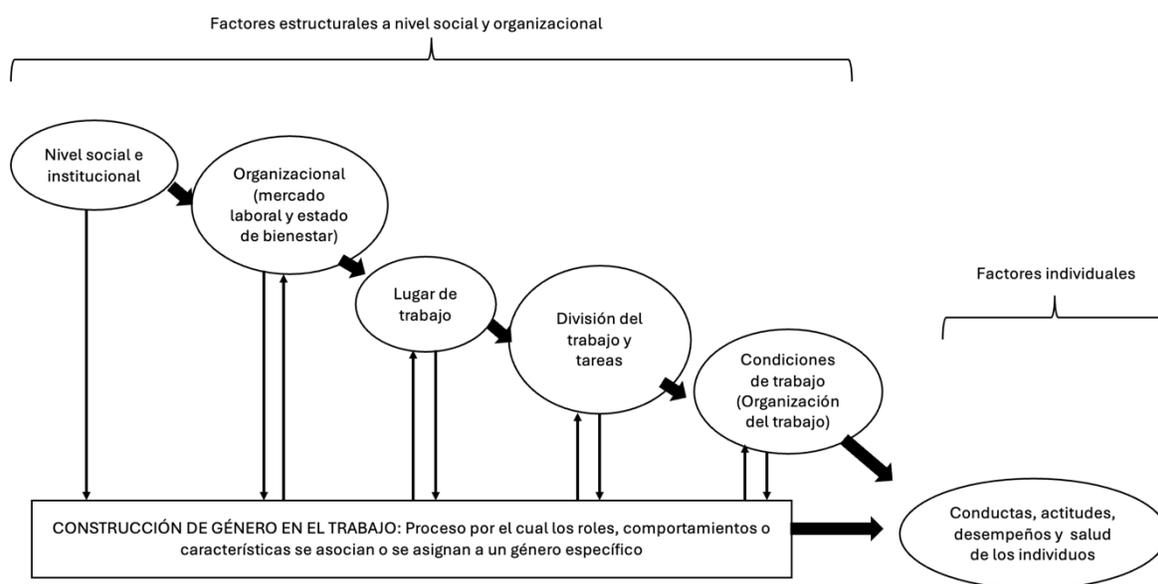
A continuación, se detallan los cuatro cuadrantes del modelo con ejemplos aplicados a la salud y seguridad en el trabajo:

- Diferencias y equidad (Cuadrante I, amarillo): Aquí se asume que existen diferencias biológicas o de género entre hombres y mujeres, pero que ambos están en igualdad de condiciones. Por ejemplo, las mujeres que trabajan en oficinas reciben evaluaciones específicas para condiciones como el síndrome del túnel carpiano, mientras que los hombres en trabajos industriales son evaluados por lesiones lumbares. Ambos grupos son tratados de manera equitativa, considerando sus riesgos laborales específicos, sin subestimar ni sobreestimar los síntomas según el género. En este cuadrante, se pueden enfatizar las diferencias sin caer en la discriminación.
- Similitud y equidad (Cuadrante II, azul): En este caso, se asume que no existen diferencias importantes entre hombres y mujeres y que ambos tienen las mismas oportunidades y riesgos. Un ejemplo sería la evaluación de lesiones musculoesqueléticas, donde se podría asumir que hombres y mujeres soportan las mismas cargas físicas en actividades laborales como levantar objetos pesados, sin considerar que las diferencias en la composición física y las funciones biológicas pueden hacer que las mujeres sean más vulnerables a ciertos tipos de lesiones. El riesgo en este cuadrante es pasar por alto estas diferencias y generar intervenciones ineficaces, perpetuando las inequidades (“ceguera de género”).
- Diferencias e inequidad (Cuadrante III, rosado): Se asumen diferencias significativas entre los géneros, y estas diferencias llevan a la inequidad. En el contexto del trabajo, un ejemplo sería la idea de que las mujeres, por ser más sensibles, se les da menos importancia a los síntomas reportados en relación a enfermedades laborales, porque se asume que son “más propensas a exagerar”. Esto podría conducir a diagnósticos tardíos o incorrectos.
- Similitud y desigualdad (Cuadrante IV, verde): Aunque se reconoce la similitud entre hombres y mujeres, se asume que existe inequidad en sus posiciones sociales o en su acceso a recursos. Un ejemplo aplicado a la salud sería el contar con protocolos de diagnóstico de alguna enfermedad laboral basados en datos recogidos mayoritariamente de hombres, dado que históricamente han ocupado determinados roles. Aunque hombres y mujeres reciben el mismo examen y los mismos criterios diagnósticos se aplican a ambos, el protocolo no toma en cuenta que las mujeres podrían presentar síntomas diferentes o que ciertos equipos de protección diseñados para hombres no se ajustan bien a las mujeres, lo que aumenta su riesgo de lesión. Este tratamiento “igualitario” es en realidad injusto porque la estructura fue diseñada para un grupo específico y no considera las diferencias de género.

Es importante destacar que la creación de sesgos de género en el trabajo no es un fenómeno estático, sino que se construye y se perpetúa a través de un proceso estructural, continuo y recursivo (Figura 2). Aquí, es posible plantear este proceso en varios pasos (Härenstam & Nyberg, 2021). En primer lugar, a nivel social e institucional, hombres y mujeres son clasificados en categorías

diferenciadas a partir de expectativas sociales y roles asignados. Es así como estas categorías se asocian con determinadas tareas o roles específicos en el trabajo. Desde aquí, la producción de bienes y servicios se organiza de manera que las personas que realizan distintas tareas quedan segregadas según género, lo que crea estructura en la que las condiciones laborales y los recursos son distribuidos de manera desigual entre los diferentes grupos de personas trabajadoras. Así, el sesgo de género es, por lo tanto, un proceso continuo y recursivo: las personas desempeñan trabajos que están diseñados por género, y esos trabajos, a su vez, refuerzan las identidades de género de las personas. Este proceso se mantiene y reproduce en distintos niveles: interpersonal, organizacional y estructural, lo que hace que las desigualdades de género se manifiesten de manera consistente y profunda en los entornos laborales (Härenstam & Nyberg, 2021).

Figura 2: Construcción del género en el trabajo



Adaptado de Härenstam & Nyberg, 2021.

4. Enfermedades musculoesqueléticas

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen un significativo desafío de salud a nivel global, con considerables repercusiones socioeconómicas. Estos afectan a cerca de un tercio de la población mundial y se cuentan entre las principales causas de discapacidad crónica, ausencias laborales por enfermedad, disminución de la productividad en el trabajo y deterioro de la calidad de vida (Briggs et al., 2018).

Los resultados del estudio Global Burden Disease de 2017 revelaron que los trastornos musculoesqueléticos fueron el mayor factor de contribución a la discapacidad a nivel mundial, representando el 16% de todos los años vividos con discapacidad (James & et al, 2018). Los sitios corporales vulnerables para

los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo incluyen, entre otros, la espalda, los brazos, las manos, las muñecas, los hombros y el cuello (Luger et al., 2019). A su vez, entre los trastornos específicos relacionados se encuentran el dolor lumbar, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano, síndrome de salida torácica, desgarro de meniscos, artrosis de rodilla y fascitis plantar (Luger et al., 2019).

En Chile las enfermedades y los accidentes musculoesqueléticos son un tema relevante de seguridad y salud en el trabajo. Es así, como según las cifras informadas por la SUSESO, para el año 2023, las enfermedades profesionales representaron la segunda mayoría del total de enfermedades profesionales (exceptuando COVID-19) en mutualidades e ISL, alcanzando un 17% (Superintendencia de Seguridad Social, 2024). La distribución por sexo de dichas enfermedades muestra que el 65% de los casos ocurrieron en hombres y un 35% en mujeres. Respecto a las denuncias por enfermedad laboral, este tipo de patologías también representaron la segunda causa (después de los casos de COVID-19). Del total de denuncias por enfermedad laboral, el 74% de los casos fueron calificadas como común y un 26% como laborales. Sin embargo, para el caso de las denuncias por enfermedades musculoesqueléticas, sólo el 11% de los casos fueron calificadas como laborales y el 89% como no laborales. Por otro lado, al hacer el análisis por sexo, se encuentra que en los hombres el 16% de los casos fueron calificados como laborales contra un 8% para el caso de las mujeres.

En el caso de los accidentes laborales, aunque no existe un informe que agrupe la totalidad de aquellos con diagnóstico musculoesquelético, su relevancia es significativa. Si se infiere que los accidentes resultantes de sobreesfuerzos y movimientos inadecuados derivan en lesiones musculoesqueléticas, estos casos representarían el 8% del total de accidentes laborales, constituyendo la cuarta causa de accidentabilidad en las mutualidades de Chile (Superintendencia de Seguridad Social, 2024). Respecto a la calificación, considerando todos los diagnósticos, el 24% de las denuncias son calificadas como accidente común (Superintendencia de Seguridad Social, 2024).

5. Proceso de calificación

La Ley 16.744 o seguro obligatorio contra accidentes y enfermedades profesionales (Ley 16744: Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1968) regula, entre otras materias, en su Título II, las contingencias cubiertas por dicho seguro, como son los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales. Para determinar esta relación causal con el trabajo, y por lo tanto, que la persona trabajadora tenga derecho a las prestaciones que le otorga la mencionada Ley, se debe seguir un proceso denominado “Calificación”. En este sentido, el Decreto Supremo 101 (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968a), establece en su artículo 11 que “la calificación y evaluación de las enfermedades profesionales se establecerá en un reglamento especial”, que corresponde al Decreto Supremo (DS) 109. (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968b).

El DS 109, señala los agentes específicos que entrañan el riesgo, los diagnósticos que se considerarán enfermedades profesionales (entre las que se encuentran las lesiones de los órganos de los movimientos) y las enfermedades profesionales que producen incapacidad temporal e invalidez. Además de lo anterior, el DS establece que el Ministerio de Salud o la Superintendencia de Seguridad Social pueden "... facilitar y uniformar las actuaciones médicas y preventivas que procedan, impartirán las normas mínimas de diagnóstico a cumplir por los organismos administradores ..." (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968b).

De esta forma, el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, establece en la letra B, Título III (Calificación de Enfermedades Profesionales) del Libro III (Denuncia, calificación y evolución de incapacidad de enfermedades permanentes), el protocolo de patologías musculoesqueléticas (Superintendencia de Seguridad Social, s.f.). En este protocolo se define el término "patologías musculoesqueléticas" como aquellas que son derivadas tanto de la exposición a agentes de riesgo (enfermedades profesionales), como aquellas que ocurren como consecuencia de un accidente del trabajo. Además, señala los segmentos del cuerpo y diagnósticos específicos a los que aplica, como son: dedos (Dedo en Gatillo); muñeca (Tendinitis de extensores de muñeca y dedos, Tendinitis de flexores de muñeca y dedos, Tendinitis de De Quervain y Síndrome de túnel carpiano), codo (Epitrocleitis y Epicondilitis), hombro (Tendinopatía de manguito rotador, Tendinitis bicipital y Bursitis subacromial) y columna cervical (Síndrome de tensión cervical).

En el Compendio se establece también el proceso para la calificación de estas patologías, que comienza una vez que una persona trabajadora se presenta a un servicio de atención médica de un organismo administrador de la Ley (OAL), con una Declaración Individual de Enfermedad Profesional (DIEP). El proceso contempla una evaluación médica por la sospecha de la patología musculoesquelética de origen laboral, que debe contener: la anamnesis próxima, remota y laboral, el examen físico general y segmentario. Además, se solicitan antecedentes de vigilancia de la salud, si corresponde. Se deben realizar una serie de exámenes obligatorios y complementarios, que están definidos para cada uno de los diagnósticos. Por último, uno de los antecedentes relevantes requeridos para la calificación es el estudio de puesto de trabajo (EPT), que permite evaluar las condiciones de trabajo.

Con todos los antecedentes señalados anteriormente, el Comité de calificación de patología musculoesquelética de cada OAL debe sancionar si el caso es laboral o común, considerando los antecedentes presentados. Es importante señalar que el Compendio establece que el Comité de calificación debe estar conformado por tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, fisiatra, traumatólogo u otro médico del trabajo. Se recomienda, además, la participación de otros profesionales con capacitación en ergonomía como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y otros.

El procedimiento establece que el Comité de Calificación "*podrá ponderar situaciones en que factores de riesgo extralaborales y condiciones del individuo tienen una relevancia significativa en la calificación*".

Para algunas patologías como: la Tendinopatía del manguito rotador, la Bursitis subacromial, la Tendinitis bicipital, la Epicondilitis, la Epitrocleitis y el Síndrome del túnel carpiano, se establecieron criterios específicos para su calificación. En estas patologías, en “situaciones límites”, se establece que es necesario considerar los factores extralaborales, en el sentido que si estos existen, se debe orientar la calificación a un origen común de la enfermedad.

VI. Descripción de la metodología y aspectos éticos

- a) **Diseño y tipo de estudio:** Estudio de diseño mixto, con dos etapas simultáneas: una cuantitativa, de tipo observacional, transversal, analítica y otra etapa cualitativa descriptiva (estudio de caso descriptivo (Crowe et al., 2011)). A continuación se presenta cada etapa.

1. Estudio cuantitativo:

- a) **Población, muestra y muestreo:** Esta etapa responde a los objetivos específicos (OE) 1 y 2. Para el OE1, cálculo de tasas, se utilizó la base de datos facilitada por la SUSESO (Convenio firmado el 09/05/2024), la cual consideró un periodo de 10 años (2011 al 2021) de reportes de accidentes y enfermedades musculoesqueléticas. Debido a que la base considera el total de casos reportados por los 4 organismos administradores del seguro, el universo correspondió al total de trabajadores y trabajadoras protegidos por la Ley 16.744, dividido por año (Tabla 1). Esta información fue obtenida del sitio web de SUSESO para cada año.

Para el caso de los accidentes de trabajo, accidentes de trayecto y enfermedades profesionales, la población total por año se presenta en las Tablas 2,3 y 4.

Para el OE 2, el universo consideró el total de denuncias respecto a accidentes y enfermedades. Esto incluye las Resolución de Calificación (RECA) correspondientes a: Accidente del Trabajo, Accidente de Trayecto, Enfermedad Profesional, Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad, Enfermedad laboral sin incapacidad temporal o Permanente, Accidente común, Enfermedad común, Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad, Accidente de Dirigente Sindical en cometido gremial, Incidente laboral sin lesión, Accidente ocurrido a causa o con ocasión, calificado como origen común y Accidente de trayecto calificado como de origen común. Se consideró el periodo desde 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2021. La población corresponde a trabajadoras y trabajadores de empresas e instituciones adheridas a los cuatro OAL y la administración delegada del Seguro de la Ley 16.744. El total de casos alcanzó el N= 300.857.

Tabla 1: Población total cubierta por seguro de Ley 16.744 según sexo

Año	Población cubierta total	Población cubierta mujeres	Población cubierta hombres
2012*	5.066.432	1.901.537	3.164.895
2013*	5.205.988	1.982.257	3.223.731
2014*	4.916.419	1.936.043	2.980.376
2015	5.647.982	2.255.551	3.392.431
2016	5.736.416	2.277.874	3.458.542
2017	5.811.318	2.345.042	3.466.276
2018	6.105.926	2.460.588	3.645.338
2019	6.568.554	2.659.721	3.908.833
2020	6.537.235	2.659.029	3.878.206
2021	6.722.281	2.711.234	4.011.047

Fuente: Elaboración propia en base a información brindada por SUSESO

* Para los años 2012-2014, el valor de la población cubierta total no incluye los casos en donde no se informó la variable sexo.

Tabla 2: Accidentes de trabajo y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile

Año	Nro. Accidentes totales	Nro. Accidentes mujeres	Nro. Accidentes hombres	Población cubierta total	Población cubierta mujeres	Población cubierta hombres
2012*	1.341	340	1.001	5.066.432	1.901.537	3.164.895
2013*	2.041	505	1.536	5.205.988	1.982.257	3.223.731
2014*	1.624	486	1.138	4.916.419	1.936.043	2.980.376
2015	8.157	2.150	6.007	5.647.982	2.255.551	3.392.431
2016	7.677	2.080	5.597	5.736.416	2.277.874	3.458.542
2017	6.319	1.785	4.534	5.811.318	2.345.042	3.466.276
2018	5.351	1.528	3.823	6.105.926	2.460.588	3.645.338
2019	4.748	1.231	3.517	6.568.554	2.659.721	3.908.833
2020	3.728	869	2.859	6.537.235	2.659.029	3.878.206
2021	4.050	956	3.094	6.722.281	2.711.234	4.011.047

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

* Para los años 2012-2014, el valor de la población cubierta total no incluye los casos en donde no se informó la variable sexo.

Tabla 3: Accidentes de trayecto y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile

Año	Nro. Accidentes totales	Nro. Accidentes mujeres	Nro. Accidentes hombres	Población cubierta total	Población cubierta mujeres	Población cubierta hombres
2012*	121	67	54	5.066.432	1.901.537	3.164.895
2013*	128	75	53	5.205.988	1.982.257	3.223.731
2014*	135	85	50	4.916.419	1.936.043	2.980.376
2015	590	308	282	5.647.982	2.255.551	3.392.431
2016	829	511	318	5.736.416	2.277.874	3.458.542
2017	564	346	218	5.811.318	2.345.042	3.466.276
2018	511	305	206	6.105.926	2.460.588	3.645.338
2019	560	341	219	6.568.554	2.659.721	3.908.833
2020	390	191	199	6.537.235	2.659.029	3.878.206
2021	525	280	245	6.722.281	2.711.234	4.011.047

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

* Para los años 2012-2014, el valor de la población cubierta total no incluye los casos en donde no se informó la variable sexo.

Tabla 4: Enfermedades profesionales y población cubierta, desagregados según sexo. Periodo 2012-2021, Chile

Año	Nro. EP totales	Nro. EP mujeres	Nro. EP hombres	Población cubierta total	Población cubierta mujeres	Población cubierta hombres
2012*	518	256	262	5.066.432	1.901.537	3.164.895
2013*	445	190	255	5.205.988	1.982.257	3.223.731
2014*	252	118	134	4.916.419	1.936.043	2.980.376
2015	913	329	584	5.647.982	2.255.551	3.392.431
2016	990	344	646	5.736.416	2.277.874	3.458.542
2017	597	161	436	5.811.318	2.345.042	3.466.276
2018	689	164	525	6.105.926	2.460.588	3.645.338
2019	677	135	542	6.568.554	2.659.721	3.908.833
2020	505	110	395	6.537.235	2.659.029	3.878.206
2021	1.274	334	940	6.722.281	2.711.234	4.011.047

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

* Para los años 2012-2014, el valor de la población cubierta total no incluye los casos en donde no se informó la variable sexo.

- b) **Criterios de inclusión y exclusión:** Se consideraron denuncias de patologías musculoesqueléticas informadas por los OAL. Los diagnósticos incluidos fueron acordados con la contraparte técnica de la SUSESO. Es detalle, el listado se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5: Diagnósticos de patologías musculoesqueléticas acordados con contraparte técnica SUSESO

Segmento	Glosa de Diagnóstico	Código CIE-10
Manos	Dedo en Gatillo	M65.3
Muñeca	Tendinitis de extensores de muñeca y dedos	M65.8
	Tendinitis de flexores de muñeca y dedos	
	Tendinitis de De Quervain	M65.4
	Síndrome del Túnel Carpiano	G56.0
Codo	Epitrocleitis	M77.0
	Epicondilitis	M77.1
Hombro	Tendinopatía del manguito rotador	M75.1
	Tendinitis bicipital	M75.2
	Bursitis subacromial	M75.5
Columna Cervical	Síndrome de Tensión Cervical	M54.2
Columna Lumbar	Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	M51.1
	Discopatía de Columna Lumbar	M51.3
	Lumbociática	M54.4
	Lumbago no específico	M54.5

c) Instrumentos de recolección de datos: No se utilizaron instrumentos de recolección de información, puesto que se trabajó con las variables predefinidas en la base de datos entregada por SUSESO.

d) Plan de análisis: Para el OE 1, se calcularon las tasas de accidentes del trabajo, accidentes de trayecto y enfermedades profesionales considerando la siguiente proporción:

$$Tasa\ de\ accidentabilidad = \frac{Número\ de\ accidentes\ del\ trabajo\ año\ x}{Promedio\ de\ trabajadores\ cubiertos\ año\ x} \times 100$$

$$Tasa\ de\ EP = \frac{Número\ de\ EP\ año\ x}{Promedio\ de\ trabajadores\ cubiertos\ año\ x} \times 10.000$$

Donde:

- Tasa de accidentabilidad (del trabajo y trayecto) : Para cada tasa se incluyeron los diagnósticos musculoesqueléticos acordados con contraparte (Tabla 5).
- Tasa de EP (Enfermedades Profesionales): Para esta tasa también se incluyeron los diagnósticos musculoesqueléticos acordados con contraparte (Tabla 5).
- Número de accidentes: Incluye aquellos accidentes con días perdidos de acuerdo a las bases de datos entregadas por la SUSESO.
- Número de EP: Incluye aquellas enfermedades con días perdidos de acuerdo a las bases de datos entregadas por la SUSESO.
- Promedio de trabajadores: Incluye la población cubierta por los OAL.

Para el OE2, se realizó un análisis descriptivo de la muestra según sexo. Para el caso de las variables edad, región de ocurrencia de la denuncia, actividad económica, organismo administrador, tipo de RECA, y parte del cuerpo afectada, se realizó un análisis según sexo. El análisis bivariado incluyó una comparación entre hombres y mujeres respecto de calificación de accidentes y enfermedades (común o laboral), incluyendo variables de parte del cuerpo afectada y actividad económica. Se usaron diferentes estadísticos según tipo de variable (chi-cuadrado, Prueba de Levene de igualdad de varianzas), aceptando un 95% de confianza con un valor $p < 0,05$. Para establecer la relación entre sexo y calificación, se construyeron tres modelos de asociación, utilizando regresión logística. El Modelo 1 incluyó la población total; Modelo 2 consideró población según parte del cuerpo afectada, y; Modelo 3 incluyó parte del cuerpo afectada y dos actividades económicas específicas. Esta selección se realizó a partir de aquellas actividades productivas que cumplieran con tres características: presentar similar distribución de puestos de trabajo entre hombres y mujeres, presentar porcentajes similares de denuncias (accidentes y enfermedades en forma conjunta) realizadas por hombres

y mujeres y que, además, poseían suficiente cantidad de datos para ser analizados. Estos rubros fueron: actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler; y comercio al por mayor y al por menor. Se consideró como variable dependiente la calificación (común o laboral). Se calcularon OR, aceptando un 95% de confianza con un valor $p < 0,05$.

2. Estudio cualitativo:

a) Población, muestra y muestreo: Se incluyeron tres tipos de informantes claves, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de calificación SUSESO. Cada grupo representaba un caso. Los grupos entrevistados fueron:

- i. Epeteístas: Este grupo está compuesto por profesionales con formación en ergonomía, que realizan el estudio de puesto de trabajo.
- ii. Médicas (os) de Medicina del Trabajo que realizan la evaluación médica del caso y solicitan exámenes complementarios.
- iii. Integrantes del comité de calificación, que revisan antecedentes levantados por los grupos anteriores y determinan si el caso es laboral o no.

Como estrategia de muestreo, se realizaron reuniones con los organismos administradores de la Ley (OAL) Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad, Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) e Instituto de Seguridad Laboral (ISL) para informar los objetivos del proyecto y promover la participación de las/os profesionales pertenecientes a los grupos de interés. Se consideró un tamaño muestral mínimo de 20 personas o hasta lograr saturación. A sugerencia del representante del ISL, este OAL no fue incluido, ya que parte de su proceso de calificación se encuentra externalizado.

b) Criterios de inclusión y exclusión:

- Pertenecer a alguno de los grupos de interés
- Tener alguna relación contractual con alguno de los OAL

c) Método de producción de datos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas, mediante la plataforma zoom, con una duración promedio de 30 minutos. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadoras con experiencia en investigación cualitativa. Las preguntas incluidas en el guion se presentan en la Tabla 6. El guion fue construido en función a: significación del género, su rol en la ocurrencia de patologías musculoesqueléticas y el valor asignado al género durante el proceso de calificación.

Tabla 6: Guion entrevista semiestructurada

Tema	Pregunta	Consideraciones
Tema 1. Construcción del significado de género y su práctica profesional	¿Qué es el enfoque de género para usted? (de ejemplos)	Considerar significados, experiencias, aspectos positivos y negativos, solicitar ejemplos mediante preguntas profundizadoras.
Relación de los roles de género con los problemas de salud laboral	¿Cómo aplica o se materializa el enfoque de género en su práctica profesional?	
	¿Qué diferencias o riesgos existen para la salud laboral en las distintas áreas o rubros de actividad económica entre hombres y mujeres? Y en una misma actividad, que riesgos has observado en los distintos puestos de trabajo entre hombres y mujeres?	
	¿Cómo cree usted que se relaciona el rol de género en la aparición de enfermedades de origen laboral?	
Tema 3. Relación de los roles de género con la aparición de ETMS	En términos de cantidad o frecuencia, donde es más frecuente observar presencia de Enfermedades Musculoesqueléticas? Qué diferencias hay entre hombres y mujeres?	
	¿Cómo cree usted que las tareas domésticas podrían influir en la aparición de las enfermedades musculoesqueléticas? ¿cómo se diferencia esto entre hombres y mujeres?	
	¿Qué diferencias usted ha observado en la sintomatología, adherencia a tto, seguimiento entre hombres y mujeres en la consulta por problemas musculo-esqueléticos?	
Tema 4: Recomendaciones	¿Qué recomienda usted para mejorar la incorporación de perspectiva de género en la salud laboral?	

d) Plan de análisis de datos: Toda la información obtenida de las entrevistas fue transcrita palabra por palabra. El material escrito fue analizado de manera iterativa e inductiva mediante la estrategia de análisis temático, considerando los objetivos específicos y buscando también contrastes y convergencias entre los diferentes grupos de participantes. En este proceso participaron las dos investigadoras principales (MEL y MCC). Los pasos que se realizaron en esta etapa siguieron lo recomendado por Saunders para análisis temático (Saunders et al., 2023), que incluyó: lectura comprensiva, codificación y tematización. Para la lectura comprensiva, las dos investigadoras principales intercambiaron impresiones de la lectura general, identificando posibles temas y códigos, y establecieron acuerdos sobre la saturación potencial. En la codificación, también participaron las mismas dos investigadoras (MEL y MCC), asignaron etiquetas a los conceptos observados en los datos, relacionándolos directamente con los objetivos específicos del estudio. En esta fase se construyó un libro de códigos, que enumera las etiquetas de los códigos, incluye descripciones completas de cada código, y ejemplos

observados en los datos. En la tematización, se analizó el conjunto de códigos o categorías asignadas a cada concepto, con el objetivo de identificar patrones temáticos que capturen aspectos importantes de los datos en relación con la pregunta de investigación. En este proceso participaron también las mismas dos investigadoras (MEL y MCC). El análisis se realizó en el software NVivo.

e) Criterios de rigor: Esta investigación consideró los criterios de rigor descritos por Castillo y Vásquez (Castillo & Vásquez, 2003).

- **Credibilidad:** se refiere a cómo los resultados de una investigación cualitativa son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, o para otras personas que han experimentado el fenómeno en estudio. Este estudio consideró la voz y experiencias emanadas desde participantes clave en el proceso de calificación, en sus distintas etapas. A su vez, el proceso de elaboración de recomendaciones consideró la participación de expertas/os en salud y seguridad del trabajo. La incorporación de estas múltiples perspectivas no solo brindará una mejor comprensión del fenómeno, sino también permitirá dar mayor pertenencia y rigurosidad a los resultados obtenidos.
- **Auditabilidad/Confirmabilidad:** se refiere a la habilidad de otra/o investigador/a de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. En este contexto, esta investigación cuenta con un registro completo de las decisiones metodológicas y actividades realizadas durante el trabajo de campo (cuaderno de campo).
- **Transferibilidad/Aplicabilidad:** Este criterio se refiere al grado en que es posible extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para ello, se diseñó un muestreo que incluyó elementos representativos del fenómeno a estudiar, como la participación de profesionales de diferentes disciplinas y funciones durante el proceso de calificación, representantes de los OAL. Esto dará mayor alcance a los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

En conformidad con la normativa vigente en Chile respecto a la investigación con seres humanos (Ley 20.120), así como también con lo descrito en las pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Salud (CIOMS), la presente investigación contempló diferentes acciones con la finalidad de velar por la protección de la dignidad y derecho de las y los participantes en el estudio. En el marco de los siete requisitos de E. Emanuel, se consideró:

- **Valor social:** la SUSESO tiene interés en conocer si las diferencias observadas en la mayor frecuencia de calificación de patologías musculoesqueléticas en hombres se deben a una discriminación de género o indicaría mayor riesgo de enfermedad que en las mujeres.
- **Validez científica:** El diseño de la investigación de tipo mixto permite responder la pregunta de investigación. A su vez, el equipo de investigación tiene experticia en los distintos aspectos considerados en la propuesta.
- **Selección equitativa de las/os participantes:** Para la parte cualitativa, la selección de participantes consideró representantes de diferentes OAL. La

parte cuantitativa considero la totalidad de los registros contenidos en la base de datos aportada por la SUSESO.

- Proporción favorable de riesgo-beneficio: No existen mayores riesgos asociados a la participación en este estudio.
- Evaluación independiente: las/os investigadoras/es declaran que no tienen conflictos de interés para el desarrollo del protocolo. Esta investigación fue sometida a evaluación independiente del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, el que se encuentra acreditado por la SEREMI de Salud Metropolitana, lográndose la aprobación el día 26/12/2022 (Folio 151-L4/CECENF/01-2022).
- Consentimiento informado: las/os participantes completaron el proceso de consentimiento informado, el cual incluyó una revisión del objetivo del estudio, riesgos y beneficios, forma de participación y su naturaleza confidencial. Se entregó un documento informativo a cada participante durante la convocatoria.
- Respeto a los sujetos inscritos: Se cauteló velar por el respeto a las/os participantes en los siguientes aspectos: i) Se mantuvo el anonimato de las/os participantes. Para ello, los instrumentos fueron seriados mediante folios numéricos, los cuales no contienen información personal que permita identificar a las/os participantes. Los folios fueron de manejo exclusivo de las/os investigadoras/es. A su vez, los documentos de difusión de los hallazgos utilizarán descriptores genéricos como “Epeteístas”, “Integrantes del Comité Calificador” y “Médicos MdT”. A su vez, para la presentación de extractos de entrevistas, se utilizaron pseudónimos; ii) Todo el material (instrumentos y consentimientos informados firmados) se encuentra guardado bajo llave, en dependencias de la Universidad Andrés Bello. El computador que almacena las transcripciones es de uso exclusivo de las investigadoras y cuenta con clave de acceso restringido; iii) Se brindó a las/os participantes la posibilidad de abandonar la entrevista en cualquier momento.; iv) Se realizarán reuniones con SUSESO y los OAL, donde las/os participantes podrán conocer los resultados de este proyecto.

VII. Resultados y discusión

1. Parte cuantitativa

1.1. Tasas

1.1.1. Tasas de accidentabilidad del trabajo (porcentaje)

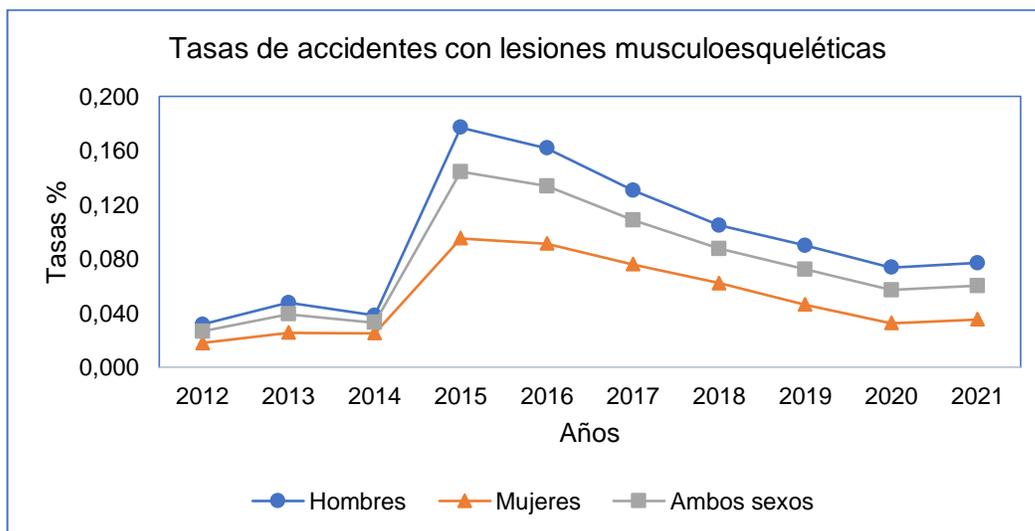
Durante todo el período estudiado, se observa una brecha en las tasas de accidentabilidad entre hombres y mujeres, siendo estas menores en el caso de las mujeres (Tabla 7, Gráfico 1). La diferencia mayor se observa en los años 2015 y 2016, mientras que la menor en el año 2014. En los últimos cuatro años esta diferencia se ha mantenido relativamente constante.

Tabla 7: Tasas de accidentabilidad según sexo, período 2012-2021, Chile

Año	Tasa total	Tasa mujeres	Tasa hombres
2012	0,026	0,018	0,032
2013	0,039	0,025	0,048
2014	0,033	0,025	0,038
2015	0,144	0,095	0,177
2016	0,134	0,091	0,162
2017	0,109	0,076	0,131
2018	0,088	0,062	0,105
2019	0,072	0,046	0,090
2020	0,057	0,033	0,074
2021	0,060	0,035	0,077

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 1: Tasas de accidentabilidad según sexo, 2012-2021, Chile.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.1.2. Tasas de accidentabilidad del trayecto

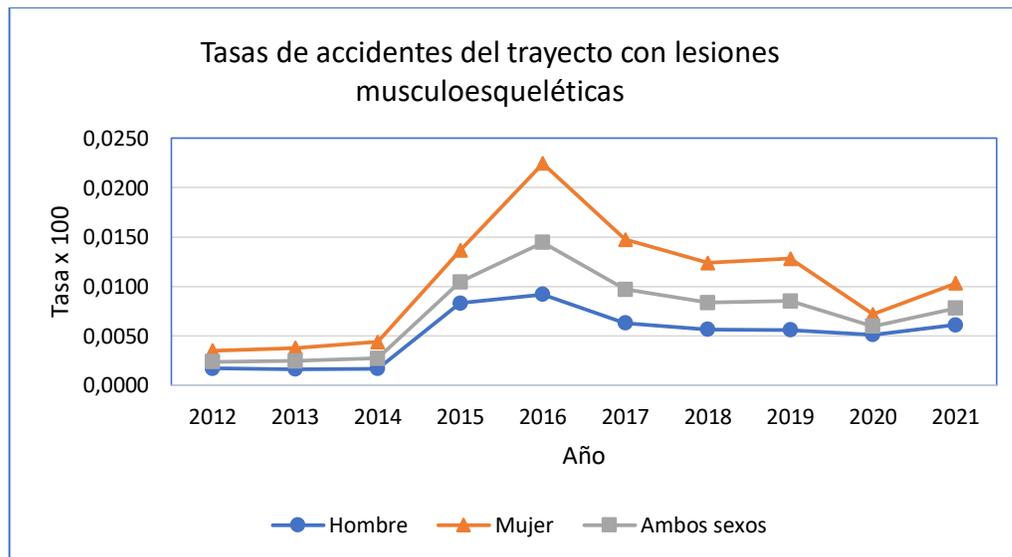
Durante todo el período estudiado, se observa una brecha en las tasas de accidentabilidad entre hombres y mujeres, siendo estas menores en el caso de los hombres (Tabla 8, Gráfico 2). La diferencia mayor se observa en el año 2016, mientras que la menor en el año 2012. Ahora bien, es importante destacar que comparado con los accidentes de trabajo, estas diferencias representan una proporción significativamente menor considerando el tamaño de las tasas.

Tabla 8: Tasas de accidentabilidad del trayecto con lesiones musculoesqueléticas según sexo, período 2012-2021, Chile

Año	Tasa total	Tasa mujeres	Tasa hombres
2012	0,0024	0,0035	0,0017
2013	0,0025	0,0038	0,0016
2014	0,0027	0,0044	0,0017
2015	0,0104	0,0137	0,0083
2016	0,0145	0,0224	0,0092
2017	0,0097	0,0148	0,0063
2018	0,0084	0,0124	0,0057
2019	0,0085	0,0128	0,0056
2020	0,0060	0,0072	0,0051
2021	0,0078	0,0103	0,0061

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 2: Tasas de accidentabilidad del trayecto con lesiones musculoesqueléticas según sexo, período 2012-2021, Chile.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.1.3. Tasa de enfermedades profesionales

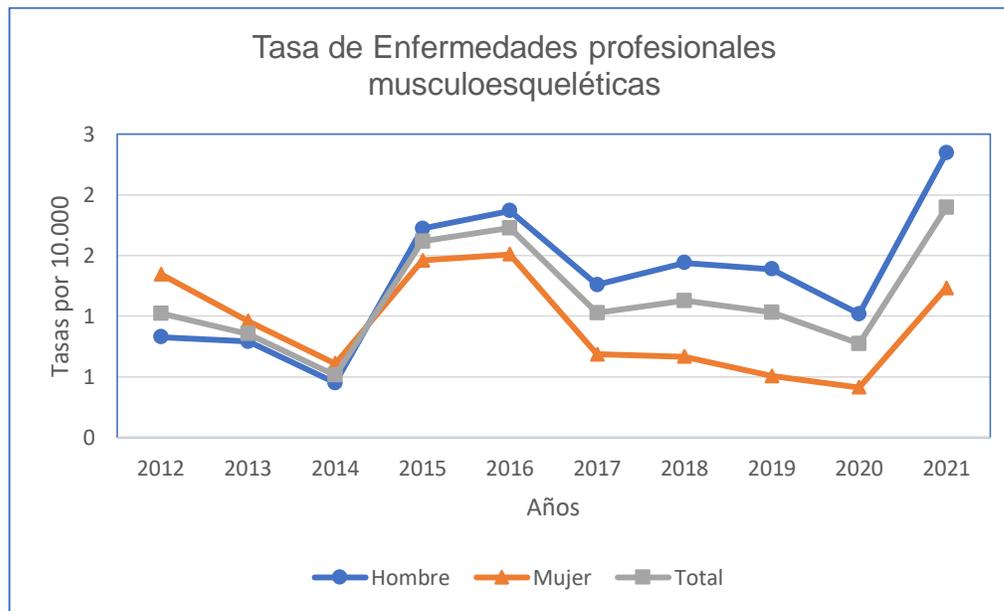
Al inicio del período de estudio, entre 2012 y 2014, las tasas de enfermedades profesionales fueron mayores en mujeres que en hombres. En promedio, durante esos tres años, la tasa en mujeres superaba en 1,4 veces la de los hombres. Sin embargo, a partir de 2015, la situación epidemiológica se invierte, y los hombres comienzan a presentar tasas consistentemente más altas. En promedio, entre 2015 y 2021, la tasa de enfermedades profesionales en hombres es casi el doble que la de las mujeres (Tabla 9, Gráfico 3).

Tabla 9: Tasas de enfermedades profesionales según sexo (casos por 10.000 personas trabajadoras)

Año	Tasa total	Tasa mujeres	Tasa hombres
2012	1,022	1,346	0,828
2013	0,855	0,959	0,791
2014	0,513	0,609	0,450
2015	1,617	1,459	1,721
2016	1,726	1,510	1,868
2017	1,027	0,687	1,258
2018	1,128	0,667	1,440
2019	1,031	0,508	1,387
2020	0,772	0,414	1,019
2021	1,895	1,232	2,344

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 3: Tasas de enfermedades profesionales con diagnósticos musculoesqueléticas según sexo, período 2012-2021, Chile.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

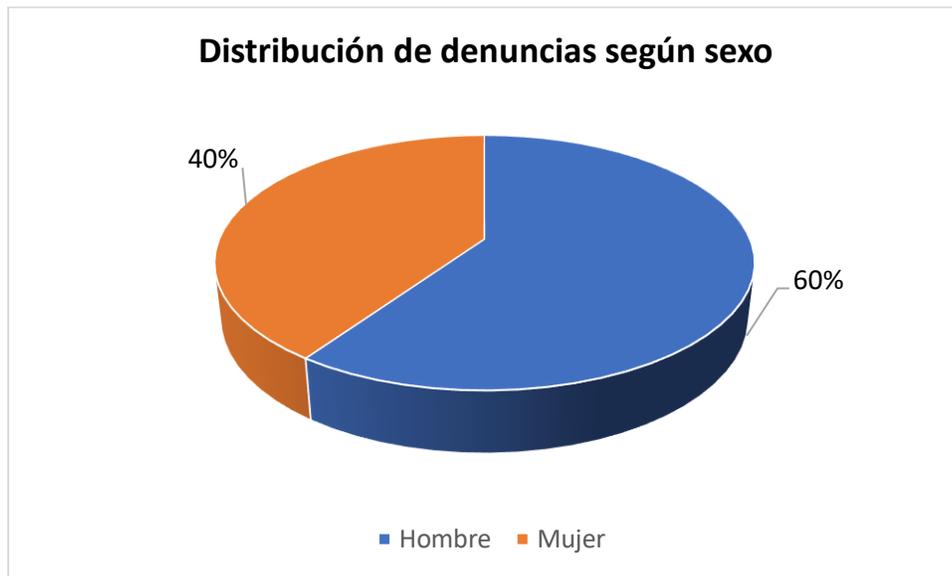
1.2. Calificación de trastornos musculoesqueléticos

1.2.1. Descripción según sexo y edad

La muestra analizada corresponde a denuncias respecto a accidentes laborales (incluye trabajo y trayecto) y enfermedades profesionales, registradas en la base de datos SUSESO entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2021. La población corresponde a personas trabajadoras de empresas e instituciones adheridas a los cuatro OAL y la administración delegada del Seguro de la Ley 16.744.

El total de casos alcanzó el N= 300.857, donde un 59,7% (n=179.521) corresponde a hombres y 40,4% (n=121.336) mujeres (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribución de denuncias asociadas a lesiones musculoesqueléticas en el período 2012-2021, desagregadas según sexo, Chile



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

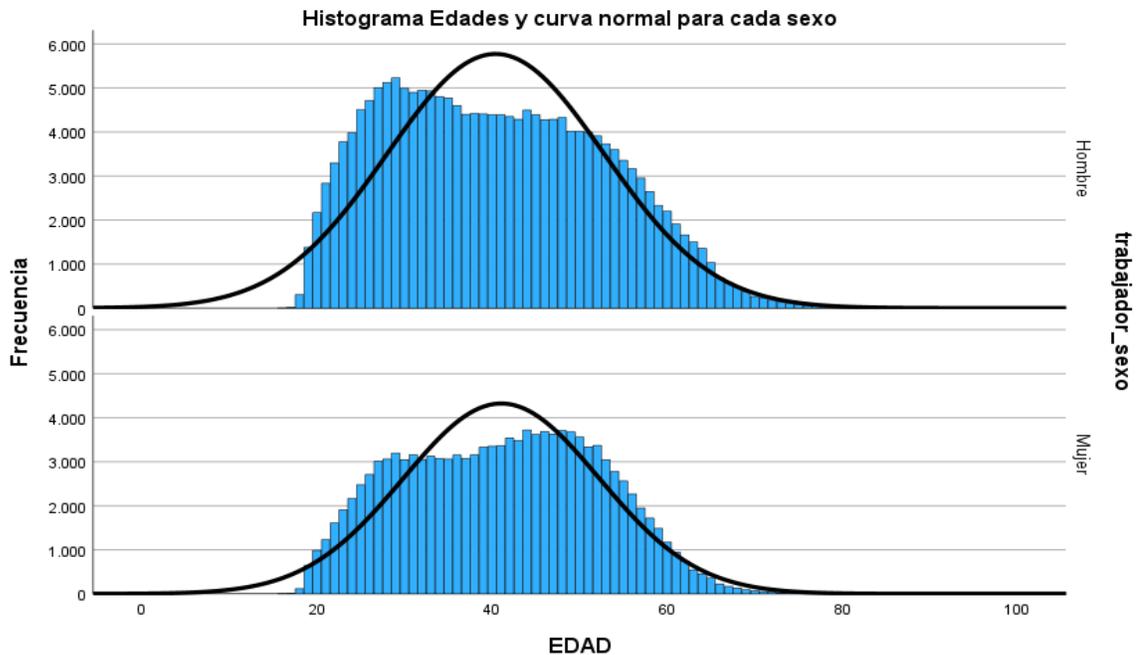
La edad de las personas afectadas fue estimada en base a la diferencia entre la fecha de la denuncia y la fecha de nacimiento, eliminando aquellos casos que presentaban menos de 15 años y más de 100 años (66 casos en total). Se observa una pequeña diferencia en la media de edad de hombres (40,4 años) vs mujeres (41,05 años). Dicha diferencia resultó estadísticamente significativa (Prueba de Levene de igualdad de varianzas con $p < 0,001$) (Tabla 10, Gráfico 5).

Tabla 10: Estadísticos de tendencia central y dispersión de edad de muestra de personas trabajadoras según sexo.

Sexo	N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desv. estándar	Error estándar de la media	Varianza
Hombre	179.482	40,4	40,0	16,0	94,0	12,4	0,029	153,8
Mujer	121.309	41,1	41,0	16,0	93,0	11,2	0,032	125,3
Total	300.791	40,7	40,0	16,0	94,0	11,9	0,022	142,4

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 5: Histograma de edades de trabajadoras/es según sexo



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.2.2. Caracterización según región de denuncia

Las regiones donde se presentaron más denuncias por accidentes o enfermedades laborales fueron aquellas con mayor fuerza de trabajo. Esto incluyó a la RM (N=82.326), Valparaíso (N=26.762) y Biobío (N=18.516). Una cantidad relevante de casos no presentaba información sobre la región (90.435 casos; 30% de la muestra). El detalle de casos y su distribución se presenta en la Tabla 11.

Tabla 11: Número de denuncias totales por región y sexo

Regiones	Hombre	Mujer	Total
Arica y Parinacota	1.103	622	1.725
Tarapacá	1.736	1.144	2.880
Antofagasta	5.046	2.560	7.606
Atacama	2.077	993	3.070
Coquimbo	4.062	2.214	6.276
Valparaíso	16.951	9.811	26.762
Metropolitana	54.377	27.949	82.326
O'Higgins	7.661	4.038	11.699
Maule	8.537	4.037	12.574
Ñuble	1.575	623	2.198
Biobío	12.431	6.085	18.516
Araucanía	8.026	3.432	11.458
Los Ríos	3.284	1.462	4.746
Los Lagos	8.998	4.084	13.082
Aysén	1.307	516	1.823
Magallanes	2.447	1.234	3.681
99 (sin información)	39.903	50.532	90.435
Total	179.521	121.336	300.857

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.2.3. Distribución de las denuncias según OAL

El total de denuncias según OAL se presenta en la Tabla 12. El OAL que reporta mayor cantidad de casos es la ACHS (N=127.954 casos; 42,5%). Según sexo, el total de denuncias en hombres es mayor en la mayoría de los OAL, exceptuando el ISL y la administración delegada.

Tabla 12: Total de denuncias según OAL, según sexo.

Organismo		Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Administrador	ACHS	75.386	41,9	52.568	43,3	127.954	42,5
	IST	29.434	16,4	19.842	16,4	49.276	16,4
	MUSEG	69.353	38,6	40.592	33,5	109.945	36,5
	ISL	4.835	2,7	7.788	6,4	12.623	4,2
	Adm. Delegada	513	0,3	546	0,4	1.059	0,4
Total		179.521	100	121.336	100	300.857	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.2.4. Distribución de denuncias según actividad económica y sexo

Del total de denuncias, para el caso de las mujeres, el mayor número de denuncias se presenta en las actividades económicas de Comercio al por mayor y al por menor (18%), seguido de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (14%) y servicios sociales y de salud (10%). Para el caso de los hombres, los rubros que concentran el mayor número de denuncias son las industrias manufactureras (19%), construcción (17%) y comercio al por mayor y al por menor (16%). El detalle se presenta en la Tabla 13.

Tabla 13: Distribución de denuncias según actividades económicas para hombres y mujeres

Actividad económica	Hombres		Mujeres	
	Nro.	%	Nro.	%
Actividades de hogares privados como empleadores	820	0,5	1.370	1,1
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	19.135	11	17.513	14
Administración pública y defensa;	7.142	4,0	12.834	11
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	12.774	7,1	6.270	5,2
Comercio al por mayor y al por menor	28.703	16	21.299	18
Construcción	29.863	17	2.452	2,0
Enseñanza	3.296	1,8	10.413	8,6
Explotación de minas y canteras	2.082	1,2	142	0,1
Hoteles y restaurantes	4.727	2,6	9.229	7,6
Industrias manufactureras	34.707	19	11.600	9,6
Intermediación financiera	1.727	1,0	3.158	2,6
Organizaciones y órganos extraterritoriales	8	<0,1	11	<0,1
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	5.719	3,2	7.062	5,8
Pesca	2.831	1,6	1.513	1,2
Servicios sociales y de salud	3.712	2,1	12.715	10
Suministro de electricidad, gas y agua	906	0,5	214	0,2
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	21.369	12	3.541	2,9
Total	179.521	100	121.336	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.2.5. Caracterización según código de calificación

Del total de denuncias (Tabla 14), la Resolución de Calificación (RECA) más frecuente es el accidente común (38%), seguido por la enfermedad común (27%) y los accidentes del trabajo (15%). Esta distribución es similar en hombres, donde el mayor porcentaje es el accidente común (40,3%), seguido por la enfermedad común (18,8%) y los accidentes del trabajo (18,4%). En mujeres, en cambio, la categoría más frecuente es enfermedad común (39,3%), seguido de accidente común (34,7%) y accidente del trabajo (9,8%).

Tabla 14: Categorías de calificación según sexo

Código de Calificación	Categoría de calificación (RECA)	Hombres		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
1	Accidente del Trabajo	33.106	18,4	11.930	9,8	45.036	15,0
2	Accidente de Trayecto	1.844	1,0	2.509	2,1	4.353	1,4
3	Enfermedad Profesional	4.719	2,6	2.141	1,8	6.860	2,3
4	Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad	17.560	9,8	6.289	5,2	23.849	7,9
5	Enfermedad laboral sin incapacidad temporal o Permanente	1.555	0,9	807	0,7	2.362	0,8
6	Accidente común	72.283	40,3	42.128	34,7	114.411	38,0
7	Enfermedad común	33.672	18,8	47.660	39,3	81.332	27,0
9	Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad	1.538	0,9	1.642	1,4	3.180	1,1
10	Accidente de Dirigente Sindical en cometido gremial	4	0,0	3	0,0	7	0,0
14	Incidente laboral sin lesión	10	0,0	2	0,0	12	0,0
15	Accidente ocurrido a causa o con ocasión, calificado como origen común	12.996	7,2	6.072	5,0	19.068	6,3
16	Accidente de trayecto calificado como de origen común	234	0,1	153	0,1	387	0,1
	Total	179.521	100	121.336	100	300.857	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.2.6. Denuncias según parte del cuerpo afectada

Tanto en hombres como en mujeres, los accidentes se concentran principalmente en la columna lumbar (Tabla 15). En el caso de las enfermedades, estas se concentran, tanto en hombres como en mujeres, en codo, hombro, mano y muñeca. Se observan patrones diferentes en las distribuciones entre hombres y mujeres de acuerdo a la parte del cuerpo afectada. Por ejemplo, mientras los accidentes de mano representan un 8,5% en hombres, en mujeres estos alcanzan el 14%. Lo mismo sucede en el caso de las enfermedades.

Tabla 15: Denuncias según parte del cuerpo afectada

Grupo	Parte del cuerpo afectada	Hombres		Mujeres	
		N	%	N	%
Accidente	Columna Cervical	6.424	4,6	6.886	9,7
	Columna Lumbar	96.862	69	36.900	52
	Hombro	14.319	10	8.611	12
	Codo	8.819	6,3	5.480	7,7
	Muñeca	1.316	0,9	2.691	3,8
	Mano	11.850	8,5	10.212	14
Enfermedad	Columna Cervical	330	0,8	633	1,3
	Columna Lumbar	3.295	8,3	1.801	3,6
	Hombro	10.633	27	13.754	27
	Codo	14.749	37	15.502	31
	Muñeca	3.231	8,1	7.906	16
	Mano	7.693	19	10.960	22

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

1.3. Análisis de accidentes/enfermedades laborales vs. comunes según sexo

Para poder comparar los casos laborales de los comunes según sexo, se consideraron cuatro variables: “accidente laboral”, “enfermedad laboral”, “accidente común” y “enfermedad común” (Tabla 16).

Tabla 16: Construcción variables “accidente laboral”, “accidente común”, “enfermedad laboral” y “enfermedad común”.

Grupo	Resolución de la calificación del accidente o enfermedad	Códigos asociados	N
Accidente Laboral	Accidente del Trabajo, Accidente de Trayecto, Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad, Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad, Accidente de Dirigente Sindical en cometido gremial, Incidente laboral sin lesión,	1,2,4,9,10,14	85.659
Accidente Común	Accidente común, Accidente de trayecto calificado como de origen común, Accidente ocurrido a causa o con ocasión calificado como origen común	6,15,16	215.198
Enfermedad Laboral	Enfermedad Profesional y Enfermedad laboral sin incapacidad temporal o Permanente	3,5	9.222
Enfermedad común	Enfermedad común	7	81.332

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

A continuación, se presenta la comparación entre hombres y mujeres de accidentes y enfermedades, desagregadas según características relevantes.

1.3.1. Accidentes

Del total de accidentes denunciados por mujeres, el 68% (N = 48,376) fue calificado como accidente común (Tabla 17). En contraste, del total de accidentes denunciados por hombres, el 61% (N = 85.482) fue calificado como común. Esta diferencia entre ambos grupos resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que sugiere que los accidentes denunciados por mujeres son calificados más frecuentemente como comunes en comparación con los denunciados por hombres.

Tabla 17: Distribución de denuncias de accidentes según calificación y sexo

Resolución	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Común	85.492	61	48.376	68
Laboral	54.098	39	22.404	32
TOTAL	139.590	100	70.780	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Según parte del cuerpo afectada, los hombres presentan con mayor frecuencia accidentes comunes y laborales asociados a columna lumbar (66% y 74%, respectivamente). Misma situación se registra en el caso de las mujeres, donde los accidentes comunes y laborales alcanzan un 52% y 53%, respectivamente (Tabla 18). Por otra parte, por ejemplo, mientras que en el caso de las mujeres un 21% del total de denuncias de accidentes que son calificados como laborales corresponden a afecciones de la columna cervical, en el caso de los hombres este porcentaje solo alcanza al 8,4%.

Tabla 18: Distribución de accidentes (común/laboral), sexo y parte del cuerpo afectada.

Parte del cuerpo afectada	Hombres				Mujeres			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	1.869	2,2	4.555	8,4	2.155	4,5	4.731	21
Columna Lumbar	56.826	66	40.036	74	24.926	52	11.974	53
Hombro	10.419	12	3.900	7,2	6.598	14	2.013	9,0
Codo	6.611	7,7	2.208	4,1	4.285	8,9	1.195	5,3
Muñeca	1.170	1,4	146	0,3	2.428	5,0	263	1,2
Mano	8.597	10	3.253	6,0	7.984	17	2.228	9,9
Total	85.492	100	54.098	100	48.376	100	22.404	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Al comparar los accidentes según parte del cuerpo afectada entre hombres y mujeres (Tabla 19), se observan que las diferencias son significativas en casi todos los segmentos (excepto muñeca).

Tabla 19: Comparación de accidentes (común/laboral) según parte del cuerpo afectada entre hombres y mujeres.

	Columna Cervical			Hombro			Codo			Muñeca			Mano			Columna Lumbar		
	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value
Común	1.869 (29%)	2.155 (31%)	0.006	10.419 (73%)	6.598 (77%)	<0.001	6.611 (75%)	4.285 (78%)	<0.001	1.170 (89%)	2.428 (90%)	0,2	8.597 (73%)	7.984 (78%)	<0.001	56.826 (59%)	24.926 (68%)	<0.001
Laboral	4.555 (71%)	4.731 (69%)		3.900 (27%)	2.013 (23%)		2.208 (25%)	1.195 (22%)		146 (11%)	263 (9,8%)		3.253 (27%)	2.228 (22%)		40.036 (41%)	11.974 (32%)	
Total	6.424	6.886		14.319	8.611		8.819	5.480		1.316	2.691		11.850	10.212		96.862	36.900	

Valor p calculado con Pearson's Chi-squared test

Al analizar las dos actividades económicas seleccionadas, se observan diferencias en la calificación de accidentes entre hombres y mujeres (Tabla 20). Aunque en hombres y mujeres, en ambas actividades económicas, la proporción de accidentes calificados como laborales es menor, esta proporción es aún más baja en mujeres. Por ejemplo, el 38% de los accidentes en hombres se calificaron como laborales, frente al 28% en mujeres en el sector de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler.

Tabla 20: Accidentes según sexo y actividad económica, desagregadas según calificación

Resolución	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler				Comercio al por mayor y al por menor			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Común	9.646	62	7.788	72	14.112	61	9.351	70
Laboral	5.874	38	3.079	28	9.179	39	4.067	30
Total	15.488	100	10.867	100	23.291	100	13.418	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Con base en las diferencias previamente mencionadas, se incorporó una capa adicional de análisis que incluye la clasificación por rubro, parte del cuerpo afectada y sexo (Tabla 21). En el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, se observan diferencias entre hombres y mujeres en relación con la parte del cuerpo afectada. Considerando el total de accidentes laborales en este rubro, la columna lumbar es la zona más frecuentemente afectada. No obstante, mientras que esta área representa el 74% de los casos en hombres, en mujeres constituye un 59%.

Tabla 21: Distribución de accidentes según sexo, calificación laboral/común para rubro actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler

Parte del cuerpo afectada	Hombre				Mujer			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	213	2,2	544	9,3	275	3,5	530	17
Columna Lumbar	6.479	67	4.349	74	4.245	55	1.808	59
Hombro	1.123	12	449	7,6	1.050	13	282	9,2
Codo	715	7,4	213	3,6	641	8,2	155	5,0
Muñeca	134	1,4	18	0,3	358	4,6	49	1,6
Mano	982	10	301	5,1	1.219	16	255	8,3
TOTAL	9.646	100	5.874	100	7.788	100	3.079	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Lo mismo se aprecia en el rubro de comercio al por mayor y al por menor (Tabla 22). Aquí también se observan diferencias entre hombres y mujeres en relación

con la parte del cuerpo afectada. Considerando el total de accidentes laborales en este rubro, la columna lumbar es la zona más frecuentemente afectada. Sin embargo, mientras que esta área representa el 80% de los casos en hombres, en mujeres constituye un 60%.

Tabla 22: Distribución de accidentes según sexo, calificación laboral/común para rubro comercio al por mayor y al por menor

Parte del cuerpo afectada	Hombre				Mujer			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	265	1,9	545	5,9	414	4,4	598	15
Columna Lumbar	9.794	69	7.371	80	5.119	55	2.447	60
Hombro	1.620	11	584	6,4	1.235	13	381	9,4
Codo	952	6,7	264	2,9	721	7,7	221	5,4
Muñeca	151	1,1	15	0,2	440	4,7	47	1,2
Mano	1.330	9,4	400	4,4	1.422	15	373	9,2
Total	14.112	100	9.179	100	9.351	100	4.067	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Las diferencias observadas en las secciones anteriores sugieren que existe cierto grado de interacción entre el sexo y la parte del cuerpo afectada para la calificación de un accidente como común o laboral. En otras palabras, es posible que la parte del cuerpo afectada modifique la probabilidad de que las denuncias de accidentes realizadas por hombres y mujeres sean calificadas como comunes o laborales.

1.3.2. Enfermedades

Del total de enfermedades denunciadas por mujeres, la gran mayoría (94%; 47.637 denuncias) fueron calificadas como enfermedad común (Tabla 23). Por otro lado, del total de enfermedades denunciadas por hombres, el 84% (N = 33.693) fue calificado como común. Esta diferencia entre ambos grupos resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que sugiere que las enfermedades denunciadas por mujeres son calificadas más frecuentemente como comunes en comparación con las denunciadas por hombres.

Tabla 23: Distribución de denuncias de enfermedades según calificación y sexo

Resolución	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Común	33.693	84	47.637	94
Laboral	6.238	16	2919	5,8
TOTAL	39.931	100	50.556	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Según parte del cuerpo afectada, los hombres y las mujeres presentan con mayor frecuencia enfermedades laborales asociados a codo y mano, sin embargo con diferencias en la distribución (Tabla 24). Mientras en los hombres las enfermedades laborales en codo representan un 45% y en mano un 26%, en las mujeres codo y mano tienen casi la misma distribución (36% y 35% respectivamente).

Tabla 24: Distribución de enfermedades (común/laboral), sexo y parte del cuerpo afectada

Parte del cuerpo afectada	Hombres				Mujeres			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	311	0.9	19	0.3	605	1,3	28	1.0
Columna Lumbar	3.123	9.3	172	2.8	1.751	3.7	50	1,7
Hombro	9.346	28	1.287	21	13.183	28	571	20
Codo	11.920	35	2.829	45	14.450	30	1.052	36
Muñeca	2.906	8,6	325	5,2	7.711	16	195	6,7
Mano	6.087	18	1.606	26	9.937	21	1.023	35
Total	33.693	100	6.238	100	47.637	100	2.919	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Al comparar las enfermedades según parte del cuerpo afectada entre hombres y mujeres (Tabla 25), se observa que las diferencias son significativas en casi todos los segmentos (excepto columna cervical).

Tabla 25: Comparación entre hombres y mujeres de enfermedades (común/laboral) según parte del cuerpo afectada

	Columna Cervical			Hombro			Codo			Muñeca			Mano			Columna Lumbar		
	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value	H	M	p-value
Común	311 (94%)	605 (96%)	0.4	9,346 (88%)	13,183 (96%)	<0.001	11,920 (81%)	14,450 (93%)	<0.001	2,906 (90%)	7,711 (98%)	<0.001	6,087 (79%)	9,937 (91%)	<0.001	3,123 (95%)	1,751 (97%)	<0.001
Laboral	19 (5.8%)	28 (4.4%)		1,287 (12%)	571 (4.2%)		2,829 (19%)	1,052 (6.8%)		325 (10%)	195 (2.5%)		1,606 (21%)	1,023 (9.3%)		172 (5.2%)	50 (2.8%)	
Total	330	633		10.633	13.754		14.749	15.502		3.231	7.906		7.693	10.960		3.295	1,801	

Valor p calculado con Pearson's Chi-squared test

Al analizar las dos actividades económicas seleccionadas, se observan diferencias en la calificación de enfermedades entre hombres y mujeres (Tabla 26). Aunque en hombres y mujeres, en ambas actividades económicas, la proporción de enfermedades calificadas como laborales es significativamente menor ($p < 0,01$), esta proporción es aún más reducida en mujeres. Por ejemplo, el 11% de las enfermedades en hombres se calificaron como laborales, frente al 4% en mujeres en ambas actividades económicas.

Tabla 26: Enfermedades según sexo y actividad económica, desagregadas según calificación

Resolución	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler				Comercio al por mayor y al por menor			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Común	3.234	89	6.354	96	4.803	89	7.533	96
Laboral	381	11	292	4	609	11	348	4
Total	3.615	100	6.646	100	5.412	100	7.881	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Con base en las diferencias previamente mencionadas, se incorporó una capa adicional de análisis que incluye la clasificación por rubro, parte del cuerpo afectada y sexo (Tabla 27). En el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, se observan diferencias entre hombres y mujeres en relación con la parte del cuerpo afectada. Considerando el total de enfermedades laborales en este rubro, el codo es la zona más frecuentemente afectada en hombres y mujeres (49% y 41%, respectivamente). Una diferencia significativa se presenta en la distribución de enfermedades laborales en mano, donde la frecuencia es mayor en mujeres (33%), mientras que en hombres es 25%. Así también, en mujeres las enfermedades en muñeca representan el 7,9% de los casos, mientras que en hombres el 3,1%.

Tabla 27: Distribución de enfermedades según sexo, calificación laboral/común para rubro actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler

Parte del cuerpo afectada	Hombre				Mujer			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	38	1,2	0	0	77	1,2	2	0,7
Columna Lumbar	354	11	12	3,1	274	4,3	3	1,0
Hombro	753	23	77	20	1.606	25	48	16
Codo	1,073	33	186	49	1.907	30	121	41
Muñeca	312	9,6	12	3,1	1.093	17	23	7,9
Mano	704	22	94	25	1.397	22	95	33
Total	3.234	100	381	100	6.354	100	292	100

En el rubro de comercio al por mayor y por menor, también se observan diferencias entre hombres y mujeres en relación con la parte del cuerpo afectada (Tabla 28). Considerando el total de enfermedades laborales en este rubro, el codo es la zona más frecuentemente afectada en hombres y mujeres (42% y 35%, respectivamente). Una diferencia significativa se presenta en la distribución de enfermedades laborales en muñeca representan el 8% de los casos, mientras que en hombres el 4,4%.

Tabla 28: Distribución de enfermedades según sexo, calificación laboral/común para rubro comercio al por mayor y al por menor

Parte del cuerpo afectada	Hombre				Mujer			
	Común		Laboral		Común		Laboral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Columna Cervical	43	0,9	2	0,3	86	1,1	2	0,6
Columna Lumbar	541	11	22	3,6	304	4,0	11	3,2
Hombro	1.348	28	136	22	1.963	26	81	23
Codo	1.565	33	256	42	2.184	29	122	35
Muñeca	367	7,6	27	4,4	1,320	18	28	8,0
Mano	939	20	166	27	1.676	22	104	30
Total	4.803	100	609	100	7.533	100	348	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Las diferencias observadas en las secciones anteriores sugieren que existe cierto grado de interacción entre el sexo y la parte del cuerpo afectada para la calificación de una enfermedad como común o laboral. En otras palabras, es posible que la parte del cuerpo afectada modifique la probabilidad de que las denuncias de enfermedades realizadas por hombres y mujeres sean calificadas como comunes o laborales.

1.4. Análisis de regresión para determinar la presencia de sesgo en la calificación

Con el fin de analizar la posible presencia de sesgos en la calificación de las patologías musculoesqueléticas, los cuales podrían explicar las diferencias observadas, se desarrollaron diversos modelos de regresión logística. Estos modelos permiten evaluar si la asociación entre el sexo y la calificación del accidente o enfermedad (común o laboral) se ve modificada al incorporar otras variables, así como las posibles interacciones entre ellas. A continuación, se detallan los modelos empleados en este análisis.

Modelo 1: Este modelo de regresión logística se llevó a cabo utilizando la muestra completa (N = 300.857 casos), lo que permitió analizar las diferencias entre hombres y mujeres en la probabilidad de calificar una denuncia de patologías musculoesqueléticas como común o laboral, controlando por el posible efecto de otras variables de interés. La introducción de los predictores en esta regresión se realizó en dos etapas: en primer lugar, se incluyó la variable sexo de forma aislada, y posteriormente se añadieron los demás predictores en un solo paso.

Calificación~sexo + edad + org. administrador + región + parte del cuerpo afectada + act. económica

Modelo 2: El Modelo 1 proporciona información relevante sobre la posible presencia de sesgo en la calificación de patologías musculoesqueléticas. Sin embargo, no considera la presencia de interacciones importantes entre las variables de regresión. Una posible interacción se da entre las variables "sexo" y la "parte del cuerpo afectada" de la patología musculoesquelética. Es decir, para un determinado tipo de patología, la probabilidad de que esta sea calificada como común o laboral podría variar entre hombres y mujeres. En otras palabras, la relación entre el sexo y el tipo de calificación del accidente o enfermedad podría estar condicionada por el tipo de accidente o enfermedad denunciado. Una forma de abordar este tipo de efectos es mediante la incorporación de términos de interacción en el modelo. No obstante, su interpretación puede resultar compleja. Una alternativa más sencilla e igualmente útil es aplicar el Modelo 1 a subconjuntos de datos, en este caso, determinados por las diferentes partes del cuerpo afectadas en los accidentes y en las enfermedades denunciadas. En consecuencia, el Modelo 2 estima la probabilidad de que un determinado tipo de accidente o enfermedad sea calificado como común o laboral para hombres y mujeres, controlando por los efectos de otras variables de interés. Este análisis se repitió en seis ocasiones, considerando los accidentes y enfermedades en las siguientes partes del cuerpo afectadas: columna cervical, mano, muñeca, hombro, codo y columna lumbar. A su vez, la variable "región" solo se consideró para el análisis de los accidentes. No se incluyó en el modelo de enfermedades, considerando que los datos no se encontraban disponibles en todos los casos.

Modelo 2 accidente

Calificación (parte del cuerpo)~ sexo + edad + org. administrador + región + act. económica

Modelo 2 enfermedades

Calificación (parte del cuerpo)~ sexo + edad + org. administrador + act. Económica

Modelo 3: El Modelo 2 introduce una segunda capa en la exploración de posibles sesgos en la calificación de accidentes y enfermedades como comunes o laborales. Sin embargo, no contempla que la interacción entre el sexo y la parte del cuerpo afectada podría variar según las distintas actividades económicas. Es posible que, debido a la mayor presencia de hombres o mujeres en determinadas actividades, esto influya en la calificación de un accidente o enfermedad relacionado con una parte del cuerpo específica. Por ejemplo, una mujer que trabaja en el sector de la construcción podría tener una probabilidad diferente a la de un hombre de que un accidente de columna lumbar sea calificado como laboral. En este caso, posibles estereotipos de género podrían llevar a suponer que las mujeres en ese sector realizan principalmente tareas administrativas, lo que implicaría que su lesión no debería considerarse laboral. Al igual que en el

modelo anterior, este implica una nueva interacción, en este caso triple (sexo x parte del cuerpo afectada x actividad económica). Para simplificar el análisis, se implementó el Modelo 3 en diferentes submuestras, según las actividades económicas seleccionadas. La selección se basó en que las submuestras tuvieran un tamaño suficiente y una distribución equilibrada entre hombres y mujeres. A su vez, la variable “región” solo se consideró para el análisis de los accidentes. No se incluyó en el modelo de enfermedades, considerando que los datos no se encontraban disponibles en todos los casos.

Modelo 3 accidente

Calificación (parte del cuerpo, actividad económica) ~ sexo + edad + org. administrador + región

Modelo 3 enfermedad

Calificación (parte del cuerpo, actividad económica) ~ sexo + edad + org. administrador

Como parte del análisis los coeficientes (i.e., Odds Ratio u OR) obtenidos para sexo en las regresiones incluidas en los modelos 2 y 3 fueron transformadas en probabilidades. A diferencia de los OR, que tienen una distribución logística y son una medida relativa, las probabilidades son lineales y representa mejor la magnitud de los efectos. A lo anterior se suma que la interpretación es más intuitiva que en el caso del OR.

1.4.1. Resultados Modelo 1

En el modelo 1, luego de ajustar por variables relevantes, se observó que el OR de las mujeres es 32% menor que el de los hombres para la calificación de accidente laboral. Es decir, los accidentes reportados por mujeres son calificados como laborales con una frecuencia un 32% menor que en el caso de los hombres. Este coeficiente resultó ser estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

1.4.2. Resultado Modelo 2: accidentes

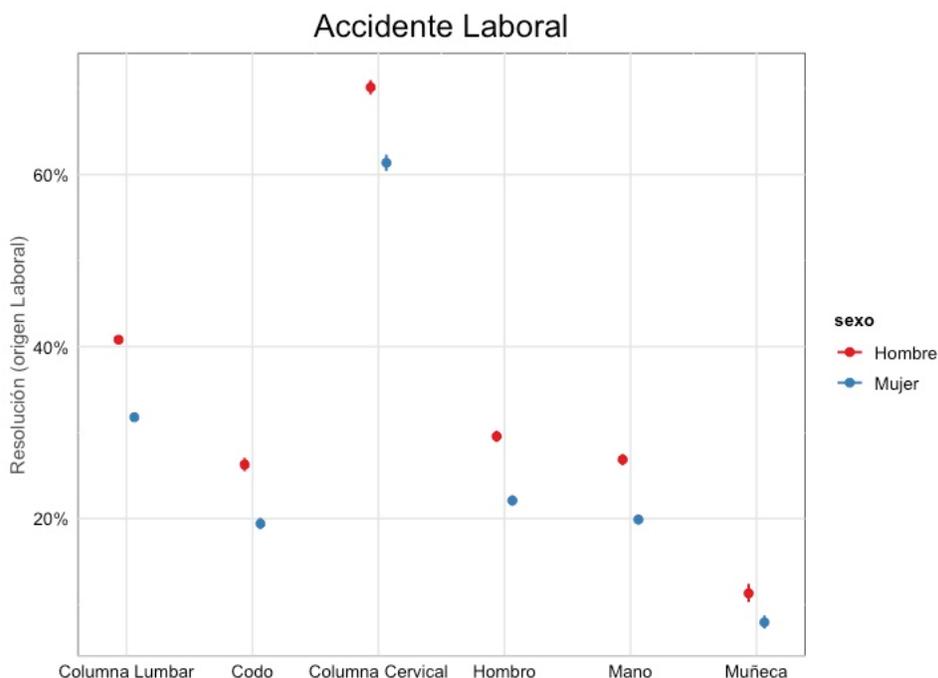
Al analizar las diferencias en la chance de calificar un accidente como laboral/común entre hombres y mujeres para accidentes que involucran diferentes partes del cuerpo afectadas, se observa que en todos los casos, exceptuando la muñeca, donde no hay diferencias significativas ($p = 0,2$), las mujeres tienen menos chance de que su accidente sea calificado como de origen laboral (Tabla 29). Al expresar estos resultados como probabilidad (Gráfico 6), se observa, por ejemplo, que los hombres tienen una probabilidad de 41% (IC95% 40-41) de que, si denuncian un accidente que involucra la columna lumbar, este sea calificado como de origen laboral, mientras que en el caso de las mujeres, esta probabilidad es cercana al 32% (IC95% 31-32).

Tabla 29: Modelo 2 aplicado a accidentes laborales/comunes

	Parte del cuerpo afectada	OR	p
Accidentes	Columna Cervical	0,87	0,004
	Columna lumbar	0,63	<0,001
	Hombro	0,74	<0,001
	Codo	0,76	<0,001
	Muñeca	0,84	0,2
	Mano	0,76	<0,001

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 6: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada y sexo, periodo 2012-2021, Chile



1.4.3. Resultado Modelo 2 aplicado a enfermedades

En el caso de las enfermedades, se mantiene la tendencia observada en los accidentes en cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres. Para todas las partes del cuerpo afectadas, la chance de que una determinada enfermedad sea calificada como laboral en el subgrupo de mujeres es menor que para los hombres. Por ejemplo, en el caso del hombro, una mujer tiene un 72% de menos chance de que esta enfermedad sea calificada como laboral en comparación con los hombres (Tabla 30). Dicho de otra manera, una mujer tiene una chance 3,57 veces menor de que dicha enfermedad sea calificada como laboral en comparación a un hombre que denuncia una enfermedad en la misma parte del cuerpo afectada. En términos de probabilidades, para una enfermedad ocurrida

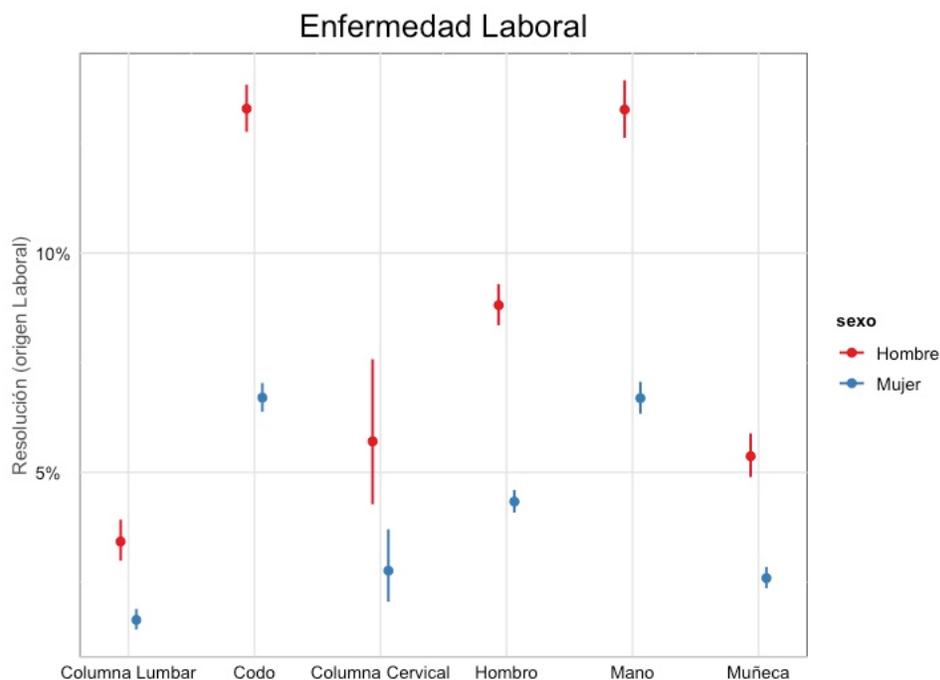
en el hombro, un hombre tiene aproximadamente un 9% (IC95% 8-9) de probabilidad de que sea clasificada como laboral, mientras que en el caso de las mujeres, este valor es aproximadamente del 4% (IC95% 4-5) (Gráfico 7).

Tabla 30: Modelo 2 aplicado a enfermedades laborales/comunes

	Parte del cuerpo afectada	OR	P
Enfermedades	Columna Cervical	0,75	0,4
	Codo	0,3	<0,001
	Hombro	0,28	<0,001
	Columna lumbar	0,51	<0,001
	Mano	0,37	<0,001
	Muñeca	0,22	<0,001

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 7: Distribución de probabilidad de calificación laboral en enfermedades según parte del cuerpo afectada y sexo, periodo 2012-2021, Chile



1.4.4. Resultado Modelo 3 aplicado a accidentes

Para el modelo 3, se analizó la relación entre sexo y calificación de los accidentes como laborales/comunes al interior de dos categorías de actividad económica (actividades inmobiliarias, empresariales y de alquileres y comercio al por mayor y menor). Este análisis se realizó para cada parte del cuerpo afectada (Tabla 31).

Tabla 31: Resultado modelo 3 para accidentes según actividad económica

		Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler		Comercio al por mayor y al por menor	
		OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>
Accidentes	Columna Cervical	0,75	0,024	0,73	0,004
	Columna lumbar	0,63	<0,001	0,62	<0,001
	Hombro	0,72	<0,001	0,76	<0,001
	Codo	0,86	0,3	0,88	0,3
	Mano	0,67	<0,001	0,8	0,012
	Muñeca	1,14	0,7	0,74	0,4

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Con excepción de aquellos accidentes que afectan el codo y la muñeca, los cuales no mostraron diferencias significativas para la calificación laboral/común entre hombres y mujeres en ninguno de los dos rubros evaluados, todos los demás accidentes que afectaron a los otros segmentos mostraron una menor probabilidad de ser calificados como laborales en el caso de las mujeres. Las mayores diferencias se encuentran en la columna lumbar, donde las mujeres presentan entre un 37% y 38% de chance de que sean clasificados como laborales respecto a los hombres. En otras palabras, para el caso del rubro actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, las mujeres tienen 1,5 veces menos chance de que su accidente en columna lumbar sea reconocido como laboral (Tabla 31).

En términos de probabilidades, mientras los hombres tienen un 38% (IC95% 38-39) de probabilidad de que el accidente en columna lumbar en las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler sea calificado como laboral, la mujer tiene una probabilidad más baja, de un 29% (IC 95% 28-30) (Gráfico 8). A su vez, en el rubro de comercio al por mayor y al por menor, mientras los hombres tienen un 42% (IC95% 41-43) de probabilidad de que el accidente en columna lumbar en las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler sea calificado como laboral, la mujer tiene una probabilidad más baja, de un 33% (IC95% 32-34).

Gráfico 8: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, periodo 2012-2021, Chile

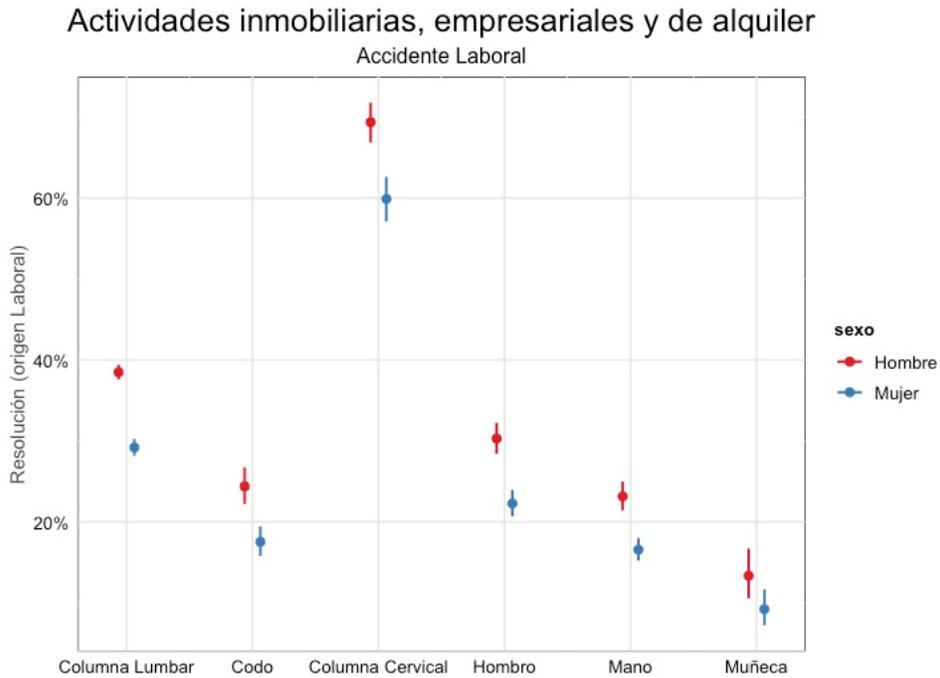
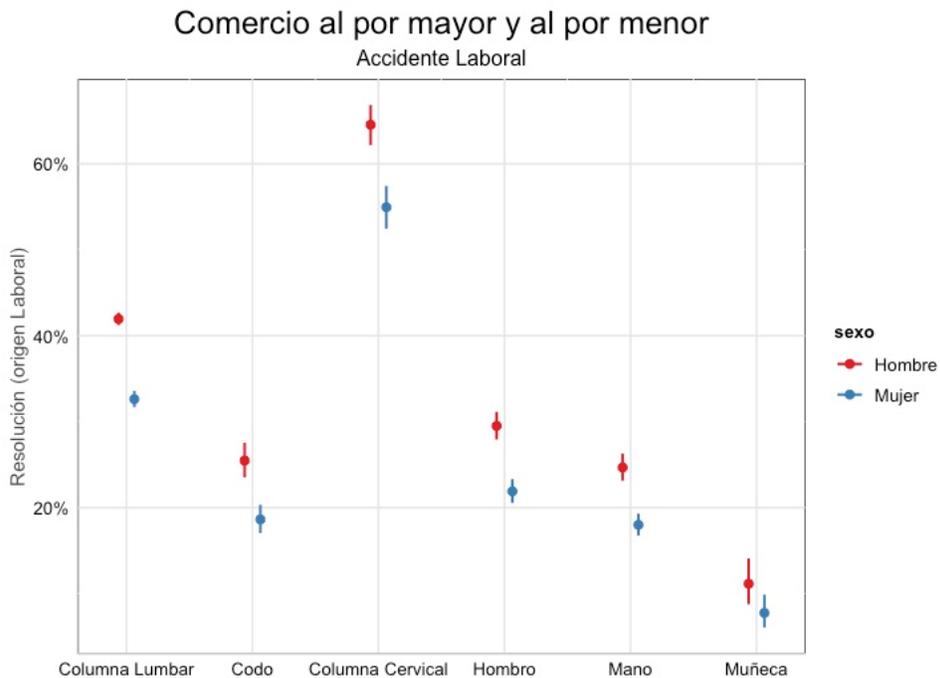


Gráfico 9: Distribución de accidentes laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de comercio al por mayor y al por menor, periodo 2012-2021, Chile



1.4.5. Resultado Modelo 3 aplicado a enfermedades

En aquellas enfermedades que afectan los segmentos de hombro, codo y mano, las mujeres presentan una menor probabilidad que los hombres de que sean calificadas como laborales. Estas diferencias son significativas. En ese caso, por ejemplo, los coeficientes indican que las mujeres con enfermedades en manos, tendrían un 53% menor chance de ser reconocidas como laboral en el rubro de actividad inmobiliarias, empresariales y de alquiler. A su vez, en la actividad de comercio al por mayor y al por menor, este chance es del 71%. En otras palabras, para el caso del rubro actividades inmobiliarias, las mujeres tienen 2,1 veces menos chance de que su enfermedad en manos sea reconocida como laboral. En el rubro de comercio al por mayor y por menor, las mujeres tienen 3,44 veces menos chance de que su enfermedad en manos sea reconocida como laboral (Tabla 32).

En términos de probabilidad considerando que las denuncias más frecuentes en hombres y mujeres, se asocia al segmento codo, existen importantes diferencias en la probabilidad de que estas enfermedades sean reconocidas como laboral entre hombres y mujeres. En la actividad inmobiliaria, empresarial y de alquiler, mientras los hombres tienen un 13% (IC95% 12-15) de probabilidad que su enfermedad de codo sea reconocida, las mujeres tienen un 6% (IC95% 5-6) (Gráfico 10). Asimismo, en la actividad de comercio al por menor y por mayor, mientras los hombres tienen un 14% (IC 95% 12-15) de probabilidad que su enfermedad de codo sea reconocida, las mujeres tienen un 5% (IC 95% 4-6) (Gráfico 11).

Tabla 32: Resultado modelo 3 para enfermedades según actividad económica

Enfermedades		Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler		Comercio al por mayor y al por menor	
		OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>
	Columna lumbar	0,41	0,2	0,93	0,9
	Hombro	0,31	<0,001	0,35	<0,001
	Codo	0,35	<0,001	0,32	<0,001
	Mano	0,47	<0,001	0,29	<0,001
	Muñeca	0,53	0,085	0,28	<0,001

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos SUSESO

Gráfico 10: Distribución de enfermedades laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, periodo 2012-2021, Chile

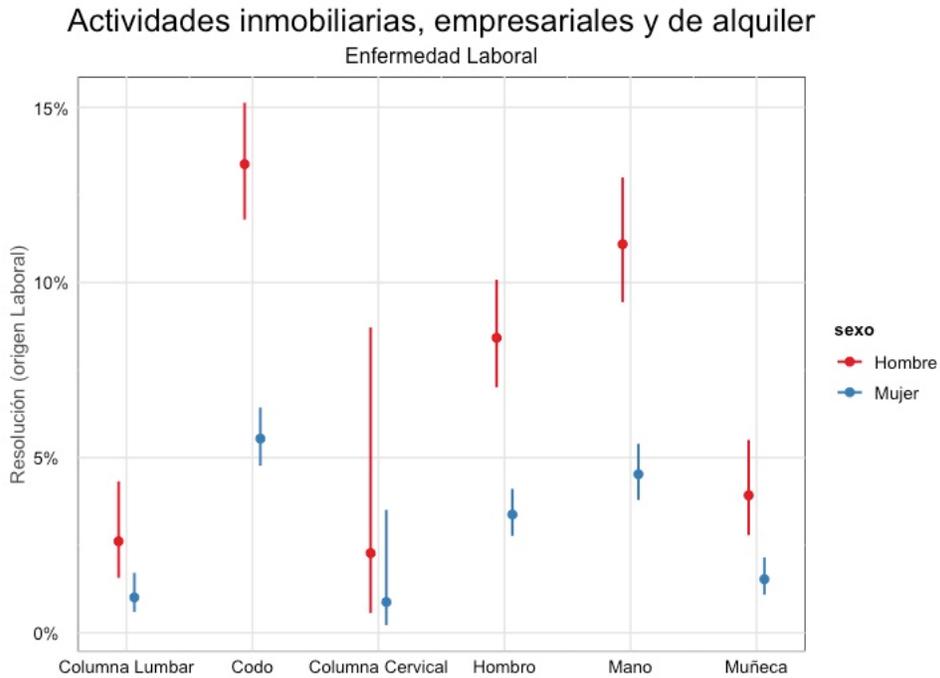
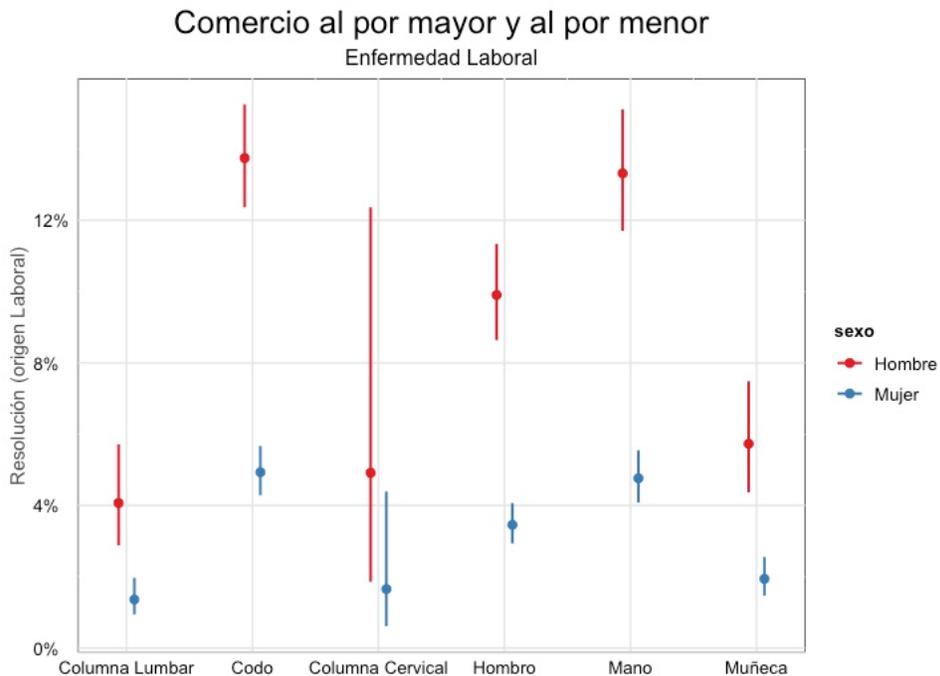


Gráfico 11: Distribución de enfermedades laborales según parte del cuerpo afectada en el rubro de comercio al por mayor y al por menor, periodo 2012-2021, Chile



2. Parte cualitativa

Se realizaron 24 entrevistas (12 hombres, 12 mujeres), de los tres grupos seleccionados: profesionales médicos de trabajo, epeteístas e integrantes del comité de calificación, representantes de las tres mutualidades (Tabla 33). Las características de las/os entrevistados se presentan en la Tabla 33, en donde los grupos incluyeron: Comité de Calificación: 10 entrevistas (5 hombres y 5 mujeres); Epeteístas: 8 entrevistas (5 hombres y 3 mujeres); Médicos de Medicina del Trabajo: 6 entrevistas (2 hombres y 4 mujeres).

Las entrevistas se realizaron por zoom, entre febrero y septiembre del 2023, previo envío de documento de consentimiento informado firmado. Los principales temas y subtemas abordados se presentan la Tabla 34.

Tabla 33: Descripción de participantes parte cualitativa, según grupo objetivo

Tipo de participante	OAL	Sexo
Comité de Calificación	ACHS: 5 participantes	3 hombres; 2 mujeres
	IST: 2 participantes	1 hombre; 1 mujer
	Mutual de Seguridad: 3 participantes	1 hombre; 2 mujeres
Epeteístas	ACHS: 2 participantes	1 hombre; 1 mujer
	IST: 2 participantes	1 hombre; 1 mujer
	Mutual de Seguridad: 4 participantes	3 hombres; 1 mujer
Médicos de Medicina del Trabajo	ACHS: 1 participante	1 mujer
	IST: 2 participantes	1 hombre; 1 mujer
	Mutual de Seguridad: 3 participantes	1 hombre; 2 mujeres

Tabla 34: Temas y subtemas derivados del análisis temático

Pregunta/TEMA	SUBTEMA
Comprensión del concepto de género y su aplicación a la labor médica desde la perspectiva expertos en Medicina del Trabajo	Desconocimiento de la conceptualización de género Falta de incorporación del enfoque de género en la práctica clínica
Rol del género en la exposición a riesgos ocupacionales en enfermedades musculoesqueléticas desde la perspectiva de expertos en Medicina del Trabajo	Se reconocen principalmente diferencias por sexo en la exposición a riesgo, no así por género Se reconoce y normaliza la existencia de segregación horizontal, lo que se justifica fundamentalmente por causas biológicas o decisiones personales

Valor percibido por los expertos en Medicina del Trabajo respecto al género como factor relevante en el proceso de calificación	Diferencias reconocidas y tratadas equitativamente No existen diferencias y todos deben ser tratados igual Se reconocen las diferencias y se usan para justificar las desigualdades No se reconocen diferencias entre hombres y mujeres, y el trato igualitario desconoce inequidades estructurales
Temas emergentes	En el proceso de calificación, las normativas no incluyen la perspectiva de género, lo que podría representar una barrera normativa Las actividades domésticas son minimizadas o no consideradas como relevantes durante el proceso de calificación. Incluso su mención podría ser una limitante para la calificación.

A continuación, se exponen la descripción de temas abordados:

2.1. Comprensión del concepto de género y su aplicación a la labor médica desde la perspectiva expertos en Medicina del Trabajo

a) Conceptualización de género (“Género no es tema”)

De manera transversal, los entrevistados no fueron capaces de definir el concepto de género, incluso uno de ellos aludió no sentirse preparado para responder la pregunta. Con frecuencia se relacionó el género “sesgo” o como sinónimo de masculino y femenino. En esta línea dos entrevistados mencionaron que lo masculino y femenino podrían tener algunos roles asociados, por ejemplo, segregación de los puestos de trabajo. Se percibe confusión del término con identidad de género u orientación sexo-afectiva (“Género como decisión personal”). Dos entrevistados aludieron que el género se relaciona con una construcción social.

ENTREVISTADOR ¿Qué es género para ti?

ENTREVISTADO: Es una pregunta interesante, pero me declaro incompetente para responderla

Carlos, Integrante de comité calificador.

Sí. Bueno, en mis antiguos trabajos esa frase o ese concepto ha estado muy presente por el tema de la inclusión laboral, donde buscamos integrar a personas con distintos géneros, sea hombre, mujer, transexual, bisexual o cualquier índole, a puestos de trabajo donde puedan sentirse cómodos, puedan sentirse aceptados.

Claudia, Integrante de comité calificador.

¿El género? O sea, está el tema masculino - femenino, por lo que he visto y se ha ido desarrollando, viéndolo estrictamente en la labor, lo que es la labor de las tareas principalmente, hay diferencias en que hay ciertas tareas, ciertos puestos de trabajo, que están más dominados por un género que en el otro, por ejemplo.

David, Epeteísta

Porque uno lo puede definir como características que no definen el sexo, sino que definen más la parte social, cultural, o si no, la percepción que uno tiene de lo biológico. De ahí se pueden definir también la identidad de género, la equidad de género y todas esas ramas que da el género. Pero yo lo definiría como las características no biológicas (...) [es como] una construcción sociocultural, una cosa así. Y yo le agregaría características, porque igual todos somos distintos, como construcción... sería como que en el tiempo vamos evolucionando y construyendo nuestro género.

Ignacio, Integrante de comité calificador.

Pero para mí, es al menos ver distintas aristas de la sociedad bien enfocados en el género de la persona, no tanto en el sexo, sino en el género. Entonces, cómo se implementan distintos factores socioculturales, quizás económicos, quizás bueno, muy generales al género de la persona, y que pueden quizás, en algunos aspectos ser distintos de un género a otro.

Lucas, epeteísta

b) Enfoque de género en la práctica clínica

Al igual que con la definición de género, parte de los entrevistados desconoce cómo aplicar un enfoque de género en medicina, o lo usan de manera indistinta como una forma de diferenciar actividades médicas según sexo.

El enfoque de género para mí hace referencia a saber si el paciente se identifica como masculino, como femenino, o también como "otros". Eso es lo que yo entiendo en el enfoque de género, o al menos en esta área.

Claudia, Integrante de comité calificador.

Enfocarme en, no sé, es que como que estoy en dos respuestas. Pero enfocarme en uno de los géneros, ya sea hombre o mujer, a eso se refiere, como un enfoque (...). Sí, principalmente enfocarse en un género, ya sea femenino o masculino, eso creo.

Tamara, Epeteísta

Yo creo que es ver a la persona como un todo y no solo si es hombre o mujer, tratar de dejar las diferencias de lado, y verlo más como persona. Así lo entendería yo (...) Estoy hablando desde la ignorancia, porque todavía no tengo claro qué sería el enfoque de género como tal.

Pedro, Epeteísta

Yo entiendo por enfoque de género que nos enfocamos tanto en hombres como en mujeres. Tomamos un grupo de mujeres o tomamos un grupo de varones, y nos enfocamos netamente en ese grupo.

Loreto, Epeteísta

¿Enfoque de género? Es dentro de lo que uno ve, es tratar de determinar si es que el ser hombre o mujer, genéticamente determinado, influye en algo para el desarrollo de una patología.

Laura, MDT

Entonces, por el tema de género, hay algo que nos predispone genéticamente a distintas patologías.

Bárbara, Integrante de comité calificador.

Algunos de las/os participantes indican que el género no es una variable que tenga un valor relevante en la práctica clínica. Incluso considerar este enfoque podría restringir libertades entre hombres y mujeres.

No me preocupo si es hombre, mujer o lo que sea, me preocupo de la enfermedad por la que él consulta, o ella.

Patricia, integrante del comité calificador

En realidad, el tema del enfoque de género está en boca de todos ahora, es un tema que se ha levantado en muchas instancias, y en realidad no sé por qué tanto bombo si siempre hemos, o sea, la gente, los hombres, las mujeres o lo que tradicionalmente conocíamos como tal, siempre han sido nuestro pacientes.

Elena, integrante del comité calificador

ENTREVISTADO: Ya. Enfoque de género es cuando se pretende igualar condiciones que naturalmente no están igualadas o previamente no están igualadas, por distintas causas, y se pretende igualar para hombres o mujeres.

ENTREVISTADORA. Perfecto, ¿tú me podrías dar un ejemplo sobre esta igualación?

ENTREVISTADO: Lo conocido hoy día, por ejemplo, cuando en elecciones populares se quiere, independiente de los votos alcanzados por los candidatos, se prefiere antes que la representación o la elección por votación, se prefiere que sean elegidos de manera paritarias hombres y mujeres.

Tomás, integrante del comité calificador

ENTREVISTADORA: ¿ qué es el enfoque de género para ti? ¿Alguna vez has hecho alguna reflexión de lo que podría significar esta frase?

ENTREVISTADO: La verdad es que no, no suelo hacer esa reflexión...

María, Epeteísta

Es una pregunta difícil porque no siento que sea tan importante agregar el tema de género a la perspectiva laboral.
Carlos, integrante del comité calificador

Solo uno de las/os participantes reconoce que el enfoque de género es un factor que se debe considerar en la práctica médica.

Bueno, en general, como yo entiendo el enfoque de género, es hoy día tener en cuenta la diferenciación que tienen los géneros con respecto a cualquier problemática asociada, los médicos, etc., en la que hay que tener siempre en consideración que ambos géneros no son iguales.
Juan, integrante del comité calificador

2.2. Rol del género en la exposición a riesgos ocupacionales en enfermedades musculoesqueléticas desde la perspectiva de expertos en Medicina del Trabajo

a) Diferencias por sexo

Al momento de indagar cómo el género se asocia a una exposición diferenciada a los riesgos ocupacionales, las/os participantes se refieren principalmente a diferencias por sexo según ocupación. A su vez, identifican que el riesgo se asocia al puesto de trabajo. Aquí, destaca la invisibilidad de puestos de trabajo que efectivamente tienen alto riesgo y están ocupados por mujeres. Así, se genera una subvaloración del riesgo en mujeres, bajo el supuesto de que los hombres están más expuestos dada la labor que realizan.

Los hombres siempre están más ligados a los trabajos más duros, creo yo. ¿Ya? Hay mucha persona que trabaja en las edificaciones, no sé, los carpinteros, los maestros en general. Las mujeres las veo más relacionadas a lo que es trabajo en salud, ¿cómo se llama?, las auxiliares de aseo, mucha auxiliar de aseo, profesoras. Entonces, creo que el hombre todavía está ligado a más riesgo, a más riesgo de trabajo más duro, con más carga de peso, con más usos de herramientas, más que la mujer.
Patricia, integrante del comité calificador

Hay diferentes puestos de trabajo, que generalmente a veces son más frecuentes en algún tipo de género que en otro tipo de género. Por ejemplo, hay trabajos que son más, por lo menos lo que vemos nosotros en la experiencia, el puesto generalmente de la auxiliar de aseo, a veces está más frecuente en el género femenino, que en el género masculino. O sea, está ocupado mucho más. En el caso, a veces, de los trabajadores portuarios, operarios de bodega que realizan como mucha más fuerza, son trabajos por decirlo "más pesados", y generalmente uno ve que hay más gente del género masculino, que del género femenino.

Mario, integrante del comité calificador

Sí, yo creo que mayoritariamente las diferencias que se dan es por el tipo de trabajo que ejercen los trabajadores que están denunciando. Hombres, generalmente tienden a trabajos que son más pesados, más de manejo manual de carga, de un esfuerzo que requiere mayor solicitud muscular, etc. En cambio, las trabajadoras mujeres están más orientadas a trabajos administrativos, o por ejemplo, que se da mucho en el ámbito de los TENS, mucha mujer TENS, pero poco hombre.

Pía, integrante del comité calificador

Claro, generalmente la mujer, por su característica física, no hace trabajos de gran esfuerzo físico. La mujer hace más bien trabajos de tipo detallista, un trabajo más fino, no exento de riesgo, pero diferente. O sea, no conozco hasta el momento, de todos los tiempos que llevo, ninguna mujer canguera, ninguna mujer que maneje un cango, un cango es un aparato que pesa más de 10 kilos, que hay que trabajar haciendo fuerza, con vibración, con movimientos sobre los hombros para hacer hoyos y romper. Es un trabajo netamente masculino, no es un trabajo en que yo haya visto a ninguna mujer con el problema de cango.

Elena, integrante del comité calificador

El desconocimiento de la definición de género es posible de evidenciar también en algunas contradicciones de los entrevistados, donde colisionan ideas de diferencias biológicas versus desigualdades sociales como factores que aumentan la exposición a riesgos laborales.

Siento que los hombres tenemos menos habilidades en las relaciones personales. Cada vez que hay un puesto de trabajo donde existe un factor emocional o afectivo, la mujer tiene ventaja, o más que ventaja, no es la palabra, tiene más condiciones naturales que el hombre, y probablemente sea un tema cultural más bien, más que un tema de naturaleza humana. Como que nosotros estamos más para hacer un trabajo físico, más fuerte, más resistente, culturalmente así es el concepto, enfrentar la tarea, de darle duro, aguantar, echarle para adelante, el tema físico ahí vamos, psicológicamente también fuerte, vamos a la competencia, y por tanto toda vez que nos toca una cosa afectiva, de relacionarnos con alguien más afectivamente, nosotros decimos “eso no es lo mío, si a mí no me contrataron para eso”

Agustín, integrante del comité calificador

Por ejemplo, vemos que hay un grupo de pacientes en el embarazo, en el periodo posterior al nacimiento de un hijo, por todos los cambios hormonales en todo el puerperio, y también después en periodos de la menopausia, todos los cambios hormonales hacen que están más predispuestas a lesiones musculoesquelética. Sobre todo con lo de los niños, porque no sé, de repente llegan con patologías musculoesqueléticas que es difícil relacionarlas al trabajo en la primera entrevista, ¿no es cierto? Y claro, me dicen que tienen un niño de

3 años y un niño de 1 año y eso genera que tengan que estar con un bebé en brazos, y eso también aumenta el riesgo. Particularmente en lo musculoesquelético yo te diría eso
Constanza, MDT

Participantes identifican que algunos puestos de trabajo ocupados frecuentemente por mujeres tienen una alta exposición a riesgo de patologías musculoesqueléticas. Uno de ellos son las despinadoras, en la industria del salmón.

Las despinadoras, y ellas también tienen un riesgo pero altísimo, y lo más triste es que casi vuelven al mismo puesto, porque yo creo que se hacen modificaciones, pero hemos visto que consultan en más de una oportunidad por patologías. Primero con el codo, después de la muñeca, la mano. Es muy riesgosa la patología de la salmonera, sí. Esas son casi todas laborales. Las despinadoras es terrible cómo trabajan.
Inés, integrante del comité calificador

b) Segregación horizontal

Por otra parte, las personas entrevistadas atribuyen mecanismos causales de segregación horizontal a decisiones personales, desconociendo aspectos sociales y culturales ligados al género que producen esta segregación.

El hombre está como inserto en trabajos más duros, o llámese más pesado, digamos de más carga física, porque son más resistentes en gran medida a ello, o bien porque su interés, su motivación, los orienta hacia ese tipo de trabajo. Trabajos pesados, trabajo de construcción, recolectores de basura, mecánicos, etc. Mientras que la mujer, también quizás en parte por su biología, no tienen tanta resistencia muscular, pero se enfoca también a la vez, en trabajo que son de menos carga física, sin embargo, pudiera en algunos casos ser de mayor carga mental, y abordan trabajos o eligen trabajos menos pesados, como trabajos administrativos, trabajos en atención de clientes, trabajos en las áreas de la salud, trabajos en servicios
Tania, MDT

Entonces, yo creo que el enfoque de género ahí está más en la decisión de los trabajadores de acceder a ciertos tipos de trabajo, y que ahí podría estar una diferenciación de riesgo.
Pía, integrante del comité calificador

A ver, la patología laboral o las enfermedades laborales son las que tienen un riesgo para su origen en el ejercicio habitual del trabajo. Entonces, cuando hay patrones que se repiten en distintos grupos sociales, por ejemplo, mujeres y hombres que prefieren desempeñarse en ciertas áreas sobre otras, entonces es posible que estén expuestos a distintos riesgos, y por lo

tanto, puedan presentar distintos tipos de patologías, con mayor prevalencia de un grupo sobre otro.

Tomás, integrante del comité calificador

Solo algunos/as participantes identificaron que la distribución de puestos de trabajo entre hombres y mujeres obedece a roles construidos socialmente.

Bueno. Ahí hay un punto súper importante, porque aún está o existe ideologías con respecto al rol de la mujer en la sociedad, y con respecto al rol del hombre en la sociedad. De ese rol, la mujer por lo general o en su gran mayoría, está insertada en puestos laborales asociados al trabajo doméstico (...)

No sé si las mujeres se sienten cómodas con las oportunidades laborales de solamente trabajo en pesquera, a lo mejor vamos a tener mujeres que sí van a querer trabajar como operarias en una grúa, en un puerto (...) Creo que todos podemos acceder al trabajo que más nos acomode, y creo que no debe ser sesgado por el género, o sea, que haya una tendencia donde solo las mujeres trabajen en puestos administrativos y no como operarias en grúas de puerto, me está indicando de manera inconsciente que como mujer estoy limitada, que tengo menos fuerza, que soy más débil o que me falta preparación.

Claudia, integrante del comité calificador

2.3. Valor percibido por los expertos en Medicina del Trabajo respecto al género como factor relevante en el proceso de calificación

El valor asignado al género depende de donde se posiciona el sesgo del profesional, variando entre el reconocimiento de diferencias y desigualdades o equidad v/s inequidad. En términos generales, es más frecuente que se asigne un escaso valor al género como elemento importante a considerar en el proceso de calificación. A continuación se presentan las diferencias según cuadrante:

a) Diferencias son reconocidas y tratadas equitativamente

Solo uno de los entrevistados reconoce que existen situaciones donde hay diferencias entre hombres y mujeres, las cuales deberían gestionarse de forma equitativa durante el proceso de calificación (evaluación de puestos de trabajo). Algunos ejemplos de ello es aplicar factores correctivos en las evaluaciones.

Es que en ese caso yo creo que debería ser distinto cuando se evalúa a una mujer, como lo hacen algunos métodos de evaluación. Por ejemplo (...) el KIM... el KIM es un método de evaluación más de carga. Dentro del puntaje, el KIM tiene un diferenciador cuando uno evalúa a una trabajadora, ¿por qué? Porque obviamente una trabajadora no va a tener, ejemplo, una mujer, probablemente no tenga la misma fuerza que un hombre para levantar el mismo peso, entonces en ese caso se aplica un diferenciador, en que la fórmula a las

finales es un “x 1,3”. Quizás eso varía más el puntaje, y ahí está correcto porque se hace una diferencia entre hombre y mujer, porque no necesariamente las características que tengan las tareas las van a desempeñar igual dos personas, hombre y mujer.

Pedro, Epeteísta

Porque quizás, si comparamos dos personas realizando la misma labor, un hombre y una mujer, quizás el hombre va a sentir que no es nada pero la mujer va a sentir que es mucho, quizás sean las mismas horas de exposición, las mismas tareas, que lo realiza los mismos días, haciendo lo mismo. Yo creo que quizás habría que diferenciar eso como para ser más objetivo en el tema de la evaluación, no sé.

Pedro, Epeteísta

b) No existen diferencias y todos deben ser tratados igual

Algunos entrevistados señalaron que no deberían existir diferencias entre hombres y mujeres en las tareas que desarrollan en sus puestos de trabajo, asumiendo que éstos fueron diseñados o las tareas se realizan en forma neutra. Por tanto, el proceso de evaluación es el mismo.

Es que depende mucho del puesto de trabajo, pero en realidad no deberían haber diferencias en el mismo puesto de trabajo para cuando una persona es hombre o mujer, porque el trabajo está hecho para un trabajador sin sexo en este caso, donde lo puede desarrollar un hombre o una mujer...

Ahí uno no hace la diferencia, porque lo que importa es la tarea como tal, no importa si uno es hombre o mujer, como le comentaba, pueden haber diferencias entre que uno tenga más facilidad o dificultad, ya sea por el esfuerzo físico que requiere.

Pedro, Epeteísta

Casi siempre, en un área de producción, vámonos a producción que ahí se ve hombre y mujer que hacen la misma labor. Encuentro el mismo riesgo, porque están usando las mismas cargas.

Loreto, Epeteísta

Pero, si bien nosotros cuando evaluamos a una persona que viene con una lesión o una dolencia, no nos enfocamos específicamente en el género, no hacemos el diagnóstico o la evaluación basada, propiamente tal, si es mujer o es hombre, sino en la lesión y su relación con el trabajo. O sea, más bien, más que un enfoque de género, es un enfoque que llamamos nosotros “ergonómico”, en término de la interacción que tiene ese trabajador con su tarea, y esa tarea que pudo o no ser la causante de su lesión, que lo motiva a consultar.

Tania, MDT

O sea, en definitiva yo trato de ver más la patología o el trabajo del paciente, más allá de si el paciente es hombre o mujer, en general.

Laura, MDT

c) Se reconocen las diferencias y se usan para justificar las desigualdades

Entrevistados atribuyen que, dada la segregación entre hombres y mujeres en puestos de trabajo de “mayor” o “menor” exigencia física, se justifica que los hombres tengan más lesiones musculoesqueléticas, dando menor importancia a los síntomas reportados por las mujeres, asumiendo también que “consultan demasiado temprano” o que, al ser “más preocupadas por su salud” podrían tener menos probabilidad de ser calificadas como enfermedad laboral. Incluso, de manera paradójica, se utilizan las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la fuerza, donde las “mujeres son más débiles”, para justificar que la evaluación pudiera ser inequitativa para los hombres.

Por ejemplo, hay una cosa que nosotros aplicamos que es el tema del Esfuerzo de Borg, que es el esfuerzo físico, cuanto lo calificaría. Ahí, por ejemplo, podría haber una diferencia. Nosotros tenemos hartos problemas con eso, puede ser que yo le pregunte a un hombre “¿cuál es el esfuerzo?”, y te dicen “no, un 5”, y eso tiene una calificación después. Pero si va una mujer que hace el mismo trabajo y te dice “sabes que yo un 8, es muy intenso lo que yo hago”, cambia la evaluación y ambos son considerados de la misma forma. Podría haber quizás una distinción de género con respecto a los parámetros que se están considerando para tomar una decisión final, considerando que hombre y mujer están haciendo el mismo esfuerzo físico o que para ellos es la misma percepción, y yo creo que no lo es.

Esteban, Epeteísta

(Por ejemplo) pueden ser dos reponedores, pero no hacen la misma reposición. A la mujer le dejarán, por ejemplo, depende eso sí, pero le dejan los yogurt que son más livianos y a los hombres los dejan con los manjares, que las cajas pesan como 22 kg.

Esteban, Epeteísta

Realmente el hombre no se cuida tanto, en el sentido que deja pasar todo y ya no va, ejemplo en este caso, a Mutual cuando ya está reventado y donde ya obviamente su lesión sí o sí va a ser profesional. En cambio, la mujer va en estadio más temprano, más preventivo, quizás al primer dolor, por ende va a ser difícil calificar algo en estado agudo, porque la enfermedad todavía no se ha desarrollado, está en la etapa 1. Entonces, ningún comité va a calificar eso como profesional, yo creo que eso sería.

Pedro, Epeteísta

Puede relacionarse en el sentido en que aquellas enfermedades que son de mayor carga, de mayor ejecución de tareas, yo no tengo estadísticas pero, podrían tender a ser efectuadas más por hombres que por mujeres, y por ende, podría tender a ser calificadas más laboralmente por encontrar riesgos en la Evaluación de Puestos de Trabajo, que aquellas efectuadas por mujeres. Que sí bien es cierto, hay algunas que también van a ser, pero quizás son aquellas más repetitivas, pero aquellas más tranquilas, sin tanta ejecución de fuerza o repetitividad, van a ser probablemente ejercidas por mujeres, podría haber alguna diferencia (...)

Sí, en general las mujeres tienden a ser más sedentarias, no todas insisto, pero sí tienden a ser más sedentarias que los hombres. Tenemos más hombres que consultan y se nota que por lo menos tienen alguna musculatura, versus mujeres muy flaquitas, a lo mejor por el mismo tema de prototipo, que no tienen desarrollo en sí.

Laura, Médico de MDT

d) No se reconocen diferencias entre hombres y mujeres, y el trato igualitario desconoce inequidades estructurales

Este cuadrante representa la peor situación, donde a pesar de que hombres y mujeres son tratados de la misma manera, las estructuras existentes perpetúan la desigualdad. Aquí, la igualdad de trato en realidad no asegura justicia, ya que ignora las necesidades y contextos específicos de ciertos grupos. Es importante destacar que la mayoría de los relatos se ubicaron en este cuadrante, con representación de los tres grupos de participantes (médicos de MDT, epeteístas e integrantes del Comité Calificador).

Como hablábamos recién, uno evalúa la enfermedad en base al puesto de trabajo, porque hoy en día lo que es levantar peso y todo está claro por la ley, entonces uno se basa por eso. No podemos basarnos en “pobre, mira, ella es una mujer, es chiquitita y no tiene fuerza”, porque yo pienso ahí, en el fondo, que si tú no eres apto para un trabajo, no debes aceptar ese contrato (...)
Eso es lo que yo le digo a la gente, “si usted cree que ese trabajo, en realidad, era mucho más pesado de lo que usted creía, quizás no va a poder ser”, porque es una mujer de 1.42 cm y pesa 42 kg, y va a tener que levantar pallets, no puede. Obviamente en algún momento se va a lesionar. Pero hasta qué punto, entonces, la empresa va a cambiar el puesto de trabajo por ella, tampoco creo.
No sé puede, no sé cómo se puede hacer eso, pero no creo que sea tan fácil para una empresa

Patricia, Comité Calificador

Yo no veo que haya diferencias entre los puestos de trabajo entre hombre y mujeres, la verdad. Incluso, no hay ninguna normativa que estipule actualmente

ver alguna diferencia. O lo mismo, nosotros cuando nosotros calificamos alguna enfermedad por lesión musculoesquelético, obviamente nos basamos en un esquema de riesgos, y no, nosotros mismos no hacemos diferencia entre género masculino y género femenino, actualmente. Se ve que hay cargos, pero no hay una diferencia en el cargo así, en el puesto de trabajo que tenga. O sea, tanto personas del género femenino como masculino, el mismo puesto de trabajo en el que están, tiene los mismos riesgos, los mismos factores y tiene las mismas condiciones, por decirlo.

Mario, Comité Calificador

La verdad es que [el proceso de calificación] no guarda relación el género en relación a si algo es laboral o no, sino los factores de riesgo que están involucrados: cuánto es la exposición que tiene, cuáles son los factores que están asociados, no sé, vibración, la postura, etc. No guarda relación, si es hombre o mujer, la posibilidad o la factibilidad de que uno sea más laboral que el otro (...)

O sea, se podría decir que es súper igualitario, en relación a ese tipo de condición laboral o no laboral, independiente del género.

Carlos, Comité Calificador

No, no. Porque como le indico, lo que uno va a buscar en el Estudio de Puesto de Trabajo, es el riesgo que hay en el puesto de trabajo, y no hay esas diferenciaciones de que si yo tengo que considerar un riesgo mayor o menor si son mujeres, no. Es riesgo y es patología: las dos personas pueden tener una epicondilitis, las dos personas tienen el mismo riesgo en el mismo puesto de trabajo. A no ser que realicen la tarea administrativa de forma distinta. Por ejemplo, en el cargo administrativo, que yo tenga ciertas formas de digitar, de tomar hojas, de corchetear, que mi compañero que está al lado. Esas cosas sí marcan diferencia, pero en términos de calificación laboral o no entre hombres y mujeres del mismo cargo, no.

Pía, Comité Calificador

Yo no lo aplico mucho, porque yo califico según factores de riesgo, edad que es importante, pero el género no está dentro de mis requisitos para calificar un caso, como que no va dentro de la calificación.

Ignacio, Comité Calificador

No, es un factor que en general nosotros no tomamos en cuenta como para decir que de este género o este otro género uno va calificar de una manera diferente, sino que, lo que hace es fundamentalmente evaluar, es decir, estudiar la Evaluación de Puesto de Trabajo, que se llama EPT; pero eso es lo que consideramos, y con sus fotografías, con sus videos y con todo lo que el ergónomo haya puesto en un formato que es, más o menos, estandarizado.

Juan, Comité Calificador

¿En una misma actividad productiva? El riesgo, los factores de riesgo van a ser los mismos, porque el puesto de trabajo es analizado desde el punto de vista ergonómico, y la ergonomía es para todos iguales. Puede ser que haya diferencias en estaturas, a lo mejor en pesos, o en las dimensiones del puesto de trabajo, pero el factor de riesgo va a ser el mismo, para hombres y para mujeres. Y en nuestro caso, cuando revisamos una denuncia, tampoco lo sesgamos por ser hombre o mujer, o sea, analizamos el puesto de trabajo y los factores de riesgo, quién esté trabajando ahí da lo mismo, son los riesgos lo que afecta la salud del trabajador.

Claudia, Comité Calificador

Pero el tema de calificación, podría ser un poco más sensible, entonces ahí es donde quizás se podría mejorar ese sistema. Pero como decía, queda ajeno al tema de género, no es como, si la calificación es de hombre o mujer, eso no es relevante finalmente.

David, EPT

La actividad física, la elongación, tener un cuerpo fuerte, las pausas activas, las rotaciones de puesto de trabajo, va en eso. No en tanto del género, yo considero que no es importante en este caso

Lucas, EPT

Ahora que cambió el tema de la calificación, cómo se califica un caso, ahora hay un tema de unas ecuaciones que da para hablar, pero lo que más toma puntaje en este caso es la fuerza, la repetitividad, la vibración, ¿y eso en qué caso se da más? En el sector de la construcción principalmente, o en trabajos donde requieren fuerza, donde hay que manipular herramientas eléctricas que están secundarias a las exposición y vibración. Generalmente en esos trabajos, ¿qué se ve más? Se ven más hombres, entonces probablemente tenga más probabilidades de salir enfermedad profesional. Al contrario, por ejemplo en los puestos de mujer que yo he visto, casi siempre son lo mismo: oficinista, aseo, cajera de supermercado. Pero claro, no son trabajos tan fuertes o que sumen tantos puntos para que puedan calificar como enfermedad, eso creo que puede ser un factor.

Pedro, EPT

2.4. Temas Emergentes

a) Barreras normativas

Los entrevistados perciben que durante el proceso de calificación de una enfermedad, específicamente en el estudio de puesto de trabajo, el género no es reconocido dentro de las indicaciones normadas. Uno de los aspectos identificados en esta área es que se asigna mayor puntaje a los factores de riesgo

presentes en puestos de trabajo ocupados fundamentalmente por hombres, por ejemplo uso de fuerza y vibraciones.

Hay unos cálculos que ahora la SUSESO, bueno, sacó una nueva circular donde tiene algunas patologías que son cálculos, ahí yo en algunas cosas no estoy muy de acuerdo, porque nos ha tocado casos en que vemos realmente que hay riesgos para generar ese tipo de patología, y por los cálculos que nos da la matriz, tiene que ser no laboral o viceversa. Hay cálculos, hay agentes que nosotros estamos acostumbrados que no tienen riesgo realmente para generar una patología de origen laboral, y por los cálculos nos dan que tenemos que calificarlo como laboral (...)

Y obviamente como te digo, todas las personas ya sean por género o por edad, no se puede evaluar directamente a una paciente que tenga 77 años que está trabajando, a una persona que tenga 21 años que tenga el mismo riesgo y las mismas patologías, y una queda laboral y la otra no. Porque hay patologías que son crónicas y degenerativas, hay patologías que uno sabe que son más frecuentes en tal grupo etáreo según el género. Epidemiológicamente, toda patología siempre es más frecuente en algunas mujeres, otra en hombres, género masculino, género femenino. Entonces, por ahí esos criterios de unificar con un cálculo de esos dos más uno, me da laboral o no laboral, por ahí yo no estoy muy de acuerdo en eso.

Mario, Comité de Calificación

... no existen Evaluaciones de Puesto de Trabajo con riesgos propios, asociados a trabajos que sean en sedestación. O sea, normalmente los puestos de trabajo están pensados para estudios dinámicos, tomar algo, llevar algo, poner en una máquina, procesar, etc. Pero ninguno está asociado a posiciones en las que hay que estar sentado por tiempos prolongado... entonces, podría ser quizás interesante para este estudio, porque muchas de las personas o de los géneros que están asociados a servicios, normalmente son mujeres. Entonces, cuando uno dice "mira, la verdad tengo molestias en el hombro porque trabajo en un escritorio, no sé, llamo porque trabajo como call center", uno diría, cuando yo tengo analizar los riesgos y pasarlos por estas circulares, por ejemplo, la 3704 "evaluar riesgos de hombro", y me doy cuenta de que no está pensado el EPT en puesto de sedestación, nunca va a ser laboral (...)

Ahora existen Estudios de Puesto de Trabajo que son propias de ciertas labores. Por ejemplo, hay algunas que son, en particular, asociadas a los portuarios, que son síndromes de lesión cervical. Existen otras, que son especializadas para los que trabajan en camiones de bebidas, digamos un Estudios de Puesto de Trabajo específico para ellos. Entonces, si existiera una que fuera específica para las labores administrativas y las labores en sedestación, quizás podría en el fondo tener, con riesgos o con variables propias, podría ser interesante para disminuir esa brecha asociada a las patologías laborales o no laborales de género.

Carlos, Comité de Calificación

El Estudio de Puesto de Trabajo con el que nosotros calificamos, está hecho para ver patologías en un tipo de trabajador que ejerce X labor y que tiene dolor de X segmento. Pero, por ejemplo, para el manejo manual de pacientes, que sí están involucradas más las mujeres, no está enfocado en eso el estudio, entonces también queda afuera... Entonces, no existe la posibilidad de que yo vea "es mujeres, quizás requiere un mayor esfuerzo", no, no lo mide. El enfoque del Estudio de Puesto de Trabajo es algo muy genérico, que no permite hacer esa diferenciación, ni siquiera en tratar de ver si es manejo manual de pacientes o manejo manual de carga, no.

Pia, Comité de Calificación

Cuando se hace Calificación de Enfermedades, hoy en día se hace mediante números, escala, y todo está como casi que estandarizado. Entonces, va relacionado a lo mismo que digo yo antes, quizás como crear unas escalas distintas, escalas similares o que sea más direccionado a mujer o por edad, etc. No sé en qué más, al menos en mi rubro, no sé en qué más podría cambiar.

Esteban, Epeteísta

Generalmente, en la evaluación lo que más toma fuerza, a parte del factor del tiempo de exposición, que es relevante, sobre todo ahora que cambió el tema de la calificación, cómo se califica un caso, ahora hay un tema de unas ecuaciones que da para hablar, pero lo que más toma puntaje en este caso es la fuerza, la repetitividad, la vibración, ¿y eso en qué caso se da más? En el sector de la construcción principalmente, o en trabajos donde requieren fuerza, donde hay que manipular herramientas eléctricas que están secundarias a la exposición y vibración. Generalmente en esos trabajos, ¿qué se ve más? Se ven más hombres, entonces probablemente tenga más probabilidades de salir enfermedad profesional. Al contrario, por ejemplo en los puestos de mujer que yo he visto, casi siempre son lo mismo: oficinista, aseo, cajera de supermercado. Pero claro, no son trabajos tan fuertes o que sumen tantos puntos para que puedan calificar como enfermedad, eso creo que puede ser un factor.

Pedro, Epetista

Yo creo que se incorpora poco, creo que se incorpora poco. Porque en las mismas normativas en este Estudio de Puestos de Trabajo, no hay diferenciación. Te dicen "si es que el trabajador tiene tanto tiempo expuesto a tal fuerza, a tal postura ergonómica y con tal repetitividad de movimientos, eso es enfermedad profesional", si cumple esos parámetros, y si no los cumple, no es enfermedad profesional. Y no está ese ítem, no se le otorga un riesgo o un factor protector a ciertos géneros.

Constanza, Médico MDT

b) Riesgos extralaborales

Las actividades domésticas no son consideradas como un aspecto relevante durante el proceso de calificación por gran parte de los entrevistados y no se incluyen en el apartado de “riesgo extralaboral” establecido en los formularios de valoración. A su vez, muchas veces este concepto se entiende como sinónimo de deporte.

ENTREVISTADOR: Estoy pensando en tareas domésticas, ¿se incluye eso en la evaluación de la calificación? ¿O eso no aparece?

ENTREVISTADO: No, no se incluye. O sea, no es que yo piense que “porque es mujer, ah ya, entonces en la casa hace múltiples otras labores”. No, porque estamos determinando si la enfermedad es una enfermedad profesional, del trabajo, generado por el trabajo, no por el domicilio.

Patricia, Comité calificador

No, sí se podría añadir en la evaluación y yo creo que también es un factor que influye. Porque si uno tiene más responsabilidades, está más tenso, está expuesto a más dolores.

(...) Se pregunta, pero no tan dirigidamente. Se podría preguntar más dirigidamente.

Inés, Comité calificador

¿Las tareas domésticas? Ya, yo creo que influyen mucho. O sea, es una variable bien importante que uno no la tiene, y generalmente del todo el tiempo que llevo, generalmente cuando un paciente cuando uno lo entrevista, porque yo pasé por ambas partes... Médico del trabajo, y ahora estoy en Comité.

Generalmente, el paciente omite esa información. Cuando uno le preguntas, “¿tú haces algo en la casa? ¿Haces algo por fuera? ¿Haces actividad deportiva?”, te responde “no, yo no hago nada”.

Ignacio, Comité calificador

Mira, la verdad es que debiese preguntarse, porque SUSESO nos da una pauta de lo que se debe preguntar en la anamnesis. Tenemos una ficha, que se llama Ficha MES, que es la Musculoesquelético Extremidad Superior (...) En esa ficha, también el médico evaluador debería completar y poner si hay actividades extra laborales o alguna otra cosa que pudiera provocar la dolencia del trabajador, qué se yo, actividad física, etc. Pero no siempre se pregunta, no siempre está completo en la ficha, por lo tanto no siempre lo tomamos en cuenta para la calificación

Bárbara, Comité calificador

Nosotros cuando calificamos un caso, nunca vamos a condicionar esa calificación por lo que el trabajador hace fuera de su puesto de trabajo. Esos datos no son determinantes para indicar si esa enfermedad es o no de origen laboral. Nos centramos 100% en los factores que están asociados a ese puesto de trabajo, porque no nos compete evaluar lo que la persona hace fuera de su trabajo, porque no está ligado a lo laboral.

Claudia, Comité calificador

En la experiencia que yo he tenido en Evaluación de Puesto de Trabajo, no es algo que uno consulte. Lo que uno consulta es la actividad extraprogramática, no nos focalizamos tanto en la vida familiar.

Tamara, Epeteísta

No, porque la Evaluación de Puesto de Trabajo va direccionado al puesto como tal. Sí puede ser que te pregunten por actividades extra programáticas, pero no está dentro de ellas ser dueño de casa, ahí consideramos deportes extremos, segundo trabajo o algo que podría ser relevante.

Esteban, Epeteísta

La actividad extraprogramática es una de las preguntas, y los caballeros dicen “no, yo llego a mi casa y no hago nada más”, y generalmente cuando le pregunto a la trabajadora dice “sí, yo soy dueña de casa también”, entonces le dan como ese factor de la actividad extraprogramática, que no es una actividad extraprogramática, pero también le dan ese peso. Entonces también es como la queja, por así decirlo, que tienen las trabajadoras (...) Si una persona me dice “yo no he podido descansar en mi licencia, porque estoy con licencia pero igual tengo que seguir haciendo esto”, yo igual lo pongo como una actividad extraprogramática(...) No sé si se tomará en cuenta, al no ser una actividad extraprogramática, pero lo pongo porque me parece importante.

René, Epeteísta

No, yo siento que no lo vemos mucho, y cuando digo “no lo vemos mucho”, es porque no lo consideramos.

Agustín, Médico de MDT

Algunos de los entrevistados minimizan el rol de labores domésticas tales como aquellas vinculadas al aseo o al cuidado como una actividad extralaboral.

Es un factor extra laboral, al menos de que la contraten para hacer labores domésticas, claro que sí. Ahora, me gustaría precisar a qué se refieren con labores domésticas, porque si labor doméstica es, por ejemplo, “quiero poner todas las lámparas de una casa en un día” y tengo que taladrar, claramente ahí tengo vibración, ahí tengo eventualmente repetitividad, y claro, podrían ser factores musculoesqueléticos importantes a determinar. Ahora, normalmente los pacientes no agregan eso al momento de la anamnesis o al momento del estudio.

Carlos, Comité calificador

Por ejemplo, el cambiar la rueda de un auto cuando se pincha, es en general tomada por un hombre. Podrán discutirse las causas de por qué es el hombre el encargado de cambiar la rueda del auto. Si hay que hacer trabajos de soldadura de la reja de la casa, o se llama a un externo, o si es que alguien lo va hacer en la casa, generalmente no es la mujer la que tiene la soldadora, usa el esmeril

angular, quién va a hacer las actividades de esfuerzo físico. Tiendo a pensar que las actividades domésticas de los hombres son de más riesgo que las actividades domésticas de las mujeres. Siendo que todas podrían constituir un riesgo dependiendo, como hablaba antes, si es que una persona mujer u hombre tuvo que hacer una tarea especial en algún momento. No sé, por ejemplo la mujer, estuvo preparando cosas para una comida o para una fiesta, una actividad doméstica donde tuvo que realizar mucho algo de forma repetitiva, puede estar también expuesto a un riesgo. No quiere decir que las tareas domésticas de las mujeres no tengan riesgo, lo tienen, solo que las tareas domésticas de los hombres tienen más riesgo.

Tomás, Comité calificador

Salvo excepciones muy contadas, yo creo que no. A menos que sea, por ejemplo lo mismo, una persona mayor y que sea sedentaria. Una persona que realiza sus labores domésticas día a día, no deberían haber problemas o lesiones, a menos que esa persona un día se le ocurra usar la aspiradora y a la mañana siguiente le duele la espalda por una contractura muscular en la zona lumbar. Pero más que eso, no. De hecho, la actividad física es un factor protector... Moverse, barrer, hacer distintas cosas...

Lucas, Epeteista

Al analizar la influencia de los factores extralaborales en la decisión final de la calificación, existen opiniones contrapuestas. Mientras una entrevistada parece inclinarse hacia una postura más inclusiva, es decir, considerar ambos factores, sin perder de vista que la exposición al riesgo en el trabajo es lo primordial, otra entrevistada sugiere que los factores extralaborales, en algunos casos, justifican una calificación no laboral.

En general, por lo menos en nuestros comités, no damos tanta importancia a que la persona tiene la patología porque cuida niños. No consideramos que eso sea, porque si tiene el riesgo para hacer la enfermedad, no porque esté cuidando niños o tenga que colgar la ropa, le vamos a quitar su derecho a tener una enfermedad laboral, ¿me entiendes? No es una condición para no tener la enfermedad, no es una condición. Pero si el puesto de trabajo no es con riesgo, y ella a su vez hace labores familiar, uno puede decir "sí, a lo mejor le duele más porque tiene que hacer estas labores", pero no le estamos quitando su calidad de enfermedad porque ella hace labores de hogar, ¿me entiendes?

Elena, Comité calificador

Ahora, el tema de los factores extralaborales que pudieran influir en empeorar el cuadro, ahí hacen, por lo menos a mi y mi parecer, con mayor razón que esta patología sea no laboral. O sea, si me dicen por ejemplo que, no sé, la paciente tiene una dolencia en el hombro y trabaja digitando, o sea, no levanta su brazo ni nada, y me ponen con antecedente extra que tiene una guagua de 8 meses, y lo tiene en la casa y tiene que tenerla en brazo, entonces claro, eso

lamentablemente juega en contra al género femenino, en este caso, con respecto a la calificación de una patología de origen laboral.

Bárbara, Comité calificador

Finalmente, uno de los entrevistados, en reconocimiento de la relación que existe entre aspectos extralaborales y construcción de los roles de género, se cuestiona cómo incluirlo en la evaluación.

Yo creo que sería ideal tener algún diferenciador de base en la evaluación como tal. Que si me toca una mujer en un puesto tenga algunos factores que no estén en un hombre, que puedan sumar puntos, por así decirlo. No sé, si tiene hijos, porque tener hijos es un trabajo de después llegar a la casa, es un factor que quizás no es del trabajo, pero es de la trabajadora y después repercute en el trabajo, está todo conectado. Entonces, quizás podrían haber pequeñas diferencias que tampoco carguen la balanza ni para un lado, ni para otro, pero que lo intenten equilibrar un poco, para que sea más equitativo para ambas partes, y que no se de en este caso.

Pedro, Epeteísta

3. Discusión y limitaciones

Esta investigación tenía por objetivo principal explorar las características de género en la calificación de patologías musculoesqueléticas (accidentes y enfermedades). En términos generales, los datos cuantitativos mostraron que los hombres tienen una mayor probabilidad de que sus PME sean calificadas como laborales, inclusive en rubros de actividad económica no masculinizados. Cualitativamente, se evidenció desconocimiento del concepto género y su aplicación a la práctica médica, lo que contribuye a una subvaloración del riesgo laboral en mujeres. A continuación, se presentan algunas ideas fuerza de los principales hallazgos:

- Las tasas de accidentabilidad del trabajo asociado a PME en todo el periodo estudiado son mayores en los hombres. Para el caso de los accidentes de trayecto, la proporción es mayor en mujeres. Esta relación entre hombres y mujeres es similar a la que existe en la accidentabilidad por todas las causas. La literatura indica que esta relación responde fundamentalmente a la segregación horizontal en el mercado de trabajo y otros factores socioculturales (Leon, 2024).
- En las enfermedades profesionales hay un cambio en la tendencia. Mientras entre el 2012 y 2014 las mujeres tenían una mayor tasa de enfermedades laborales que los hombres, a partir del 2015, esta relación se invierte. Cabe señalar que el año 2016 se implementó un cambio en el proceso de calificación, lo cual podría explicar la variación en la tendencia de los resultados. Es importante destacar que, si se consideran todas las causas, las mujeres registran una tasa mayor de enfermedades profesionales en Chile.
- Considerando el total de la muestra, los hombres registran un mayor número de denuncias por PME (59,7%; 179.521 casos) vs las mujeres

(40,4%; 121.336 casos), con una media de edad de 40,4 años para hombres y 41,05 para mujeres. Es importante señalar que esta distribución es similar a de la población trabajadora cubierta por el seguro laboral, que corresponde aproximadamente a un 60% hombres y 40% mujeres.

- Las actividades económicas que concentran un mayor número de denuncias por accidentes y enfermedades por PME, para el caso de las mujeres, son las actividades de comercio al por mayor y al por menor (18%), seguido de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (14%) y servicios sociales y de salud (10%). Para el caso de los hombres, las industrias manufactureras (19%), construcción (17%) y comercio al por mayor y al por menor (16%).
- En el caso de los accidentes, la mayor frecuencia de denuncias en hombres y mujeres según parte del cuerpo afectada es la columna lumbar (69% hombres; 52% en mujeres). La segunda mayoría en hombres es hombro (10%), mientras que en mujeres es mano (14%).
- En las enfermedades, la mayor frecuencia de denuncias en hombres y mujeres según parte del cuerpo afectada es el codo (37% hombres; 31% en mujeres). La segunda mayoría tanto para hombres y mujeres es hombro (27% en ambos).
 - Existen diferencias significativas en las calificaciones de accidentes por PME entre hombres y mujeres. Mientras del total de denuncias de accidentes realizadas por hombres, un 39% es reconocida como laboral, este valor alcanza un 32% en mujeres. A su vez, al comparar los accidentes entre hombres y mujeres según parte del cuerpo afectada, esta tendencia es similar, donde las mujeres registran un menor porcentaje de calificación laboral, con diferencias significativas en casi todos los segmentos (exceptuando muñeca). Estas diferencias se mantienen al analizar en rubros con igual distribución de puestos de trabajo entre hombres y mujeres.
 - En el caso de las enfermedades, también existen diferencias significativas en las calificaciones de PME entre hombres y mujeres. Mientras del total de denuncias de enfermedades realizadas por hombres, un 16% es reconocida como laboral, este valor alcanza un 5,8% en mujeres. A su vez, al comparar las enfermedades entre hombres y mujeres según parte del cuerpo afectada, esta tendencia es similar, donde las mujeres registran un menor porcentaje de calificación laboral, con diferencias significativas en casi todos los segmentos (exceptuando columna cervical). Estas diferencias se mantienen al analizar en rubros con igual distribución de puestos de trabajo entre hombres y mujeres.
 - Al analizar la relación entre sexo y calificación de accidentes y enfermedades, las mujeres tienen una menor probabilidad comparado con los hombres, que su denuncia sea calificada como laboral. Estas diferencias son significativas y se mantienen cuando se incorporan otras variables como parte del cuerpo afectada y rubros con igual distribución de puestos de trabajo entre hombres y mujeres.

- En cuanto a la opinión de expertos en medicina del trabajo, se consideraron las percepciones de tres grupos de interés que participan en el proceso de calificación de enfermedades laborales. Al respecto, destaca que existe un desconocimiento de los conceptos asociados a género y su aplicación en la práctica clínica. A su vez, se atribuyen las diferencias de la exposición a riesgos de PME principalmente a aspectos biológicos entre hombres y mujeres.
- Considerando el supuesto de que siempre existe la presencia de sesgo de género en ámbitos médicos, se seleccionó un modelo de análisis que establece cuadrantes de diferencias/ semejanzas y acciones de equidad/inequidad en los discursos médicos. Al respecto, las percepciones de los entrevistados se distribuyeron principalmente en los ejes donde las acciones orientan a la inequidad. Aquí, se reconocen diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, éstas son utilizadas para justificar las inequidades en resultados en salud. Es así como se describen frecuentemente estereotipos asociados a “mujer débil” vs. “hombre fuerte” a raíz de aspectos biológicos. A su vez, a menudo se ignora la influencia de algunos roles sociales asignados a mujeres (por ej. labores del hogar y labores de cuidado) y se menosprecia o invisibiliza el cómo estos roles pueden impactar en el desarrollo o empeoramiento de PME.

Dentro de las principales fortalezas de esta investigación, radica en su diseño mixto, que combinó métodos cualitativos y cuantitativos para ofrecer una visión más completa y profunda de la presencia de sesgo en el proceso de calificación de PME. Esta metodología permitió no solo analizar datos numéricos de manera rigurosa, sino también captar las percepciones de las/os participantes, enriqueciendo así la interpretación de los resultados. Otra fortaleza, de la parte cuantitativa, es la representatividad de la muestra. El análisis consideró un periodo de 10 años de denuncias de accidentes y enfermedades de la totalidad de las personas trabajadoras cubiertos a nivel país. A su vez, la parte cualitativa convocó a la totalidad de las mutualidades privadas existentes en Chile, logrando amplia participación de diversos profesionales vinculados al proceso de calificación. Otra fortaleza de este proyecto es el apoyo permanente de la contraparte técnica de la SUSESO, a través de su representante Dr. Ricardo Soto, lo que facilitó la convocatoria de participantes, la gestión asociada a la entrega de las bases de datos y otros procesos administrativos.

A pesar de las múltiples fortalezas de esta investigación, no está exenta de limitaciones. Desde una perspectiva metodológica, las bases de datos utilizadas carecían de información sobre los puestos de trabajo, lo que imposibilitó un análisis que incluyera esta variable. Es importante señalar que este registro no está disponible en las bases. Además, en el enfoque cualitativo, no se incorporó la perspectiva de los médicos que trabajan en las urgencias, quienes están vinculados a la calificación de los accidentes laborales. No obstante, dado que los hallazgos relacionados con el sesgo fueron consistentes a través de los distintos grupos estudiados, es plausible que las percepciones de este grupo excluido sean similares al resto de las/os participantes. Finalmente, en la parte

cualitativa, no se incluyeron participantes provenientes del Instituto de Seguridad Laboral, dado que parte de su proceso de calificación se encuentra externalizado. Esta decisión fue acordada con el representante de dicha institución y aprobada por la contraparte técnica de la SUSESO.

VIII. Recomendaciones para Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

A partir de los principales hallazgos, se determinaron 5 dimensiones de recomendaciones, que se detallan a continuación:

1. ÁMBITO NORMATIVO

- Actualmente el enfoque de género ha sido incluido como un principio en la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (Gobierno de Chile & Subsecretaría de Previsión Social, 2024). Este enfoque destaca que las personas trabajadoras pueden enfrentar riesgos laborales específicos debido a sus diferencias sociales, por lo que las políticas y programas de seguridad y salud laboral deben adaptarse para abordar esas particularidades. La gestión preventiva debe asegurar medidas adecuadas que respeten estas diferencias. El enfoque de género enfatiza la importancia de reconocer las diferentes oportunidades y roles que desempeñan las personas en la sociedad. Esto debe reflejarse tanto en las relaciones laborales como en el acceso equitativo a las medidas de seguridad y salud laboral. (Gobierno de Chile & Subsecretaría de Previsión Social, 2024).
- Considerando entonces el marco normativo superior y los hallazgos generados en esta investigación, las actividades incluidas en materia de calificación de accidentes y enfermedades deberían incorporar una perspectiva de género.
- Un elemento que ha sido descrito como relevante en la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo es el establecimiento de una comisión técnica autónoma encargada de la calificación de las enfermedades profesionales. Contar con un solo organismo de calificación podría reducir el sesgo de género, porque permitiría estandarizar los criterios y procedimientos aplicados en la evaluación de estas enfermedades, asegurando que todos los casos sean tratados de manera uniforme, sin diferencias entre instituciones. Este enfoque centralizado facilitaría la capacitación en torno a la sensibilización de género y promovería una evaluación más objetiva, reduciendo la influencia de factores subjetivos o inconsistencias entre distintos organismos. Además, facilitaría la implementación de mecanismos de supervisión y control que aseguren la equidad en las decisiones.
- Es relevante disponer de bases de datos con información descargable que incluyan la variable "puestos de trabajo", lo que facilitaría un análisis más detallado de las condiciones laborales específicas de cada persona trabajadora. Esta información permitiría identificar de manera más precisa las diferencias en los riesgos y las patologías entre hombres y mujeres,

considerando las características del puesto que desempeñan, y ayudaría a diseñar políticas preventivas más efectivas y equitativas.

2. CAPACITACIÓN

- Es fundamental que todos los profesionales que participan en el proceso de calificación reciban capacitación en temas de género para garantizar que las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito laboral sean reconocidas y tratadas adecuadamente. Este tipo de formación permitiría a los evaluadores identificar y mitigar los sesgos de género en el proceso de calificación de enfermedades y accidentes del trabajo, promoviendo decisiones más justas y equitativas. La capacitación en género contribuiría a que las/os profesionales tengan un enfoque más integral y sensible a las particularidades de cada persona trabajadora, lo que mejoraría tanto la prevención como la protección en materia de salud y seguridad en el trabajo.
- Es importante que las actividades de capacitación cuenten con estándares mínimos de calidad de los contenidos e idoneidad de los organismos que las imparten.
- También es relevante implementar programas de capacitación para las personas trabajadoras, los cuales deben abordar sus derechos, especialmente en lo relacionado con enfermedades y accidentes laborales. Esta formación debe enfocarse en educar a las/os trabajadoras/es sobre cómo identificar y reportar síntomas de manera temprana, así como en los mecanismos de apelación disponibles cuando sus enfermedades o accidentes no son reconocidos como de origen laboral. Una mayor comprensión de sus derechos favorecerá una consulta precoz, lo que no solo mejorará su salud, sino que también incrementará la probabilidad de que reciban el reconocimiento y las prestaciones correspondientes bajo la legislación laboral.
- Es fundamental incorporar a las organizaciones sindicales en los procesos de capacitación antes descritos. La participación activa de estas organizaciones fortalecería su rol como representantes de las/os trabajadores, permitiéndoles actuar como intermediarios informados y garantizar que las condiciones de trabajo sean seguras y justas. Además, al estar capacitados en estos temas, las organizaciones sindicales podrían apoyar a las/os trabajadoras/es en la identificación temprana de riesgos y en el seguimiento de los procesos de calificación, promoviendo la equidad y asegurando que los derechos de ellas/os sean respetados en cada etapa del proceso.

3. FORMACIÓN PROFESIONAL

- Es crucial incluir temas de género y sesgos en los programas de formación de las carreras de salud, ya que esto permitirá a los futuros profesionales desarrollar una comprensión integral de cómo las diferencias de género pueden influir en la presentación, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, incluidas las enfermedades laborales. Incorporar estos contenidos garantizaría que las/os estudiantes estén capacitados para identificar y abordar los sesgos de género en la práctica clínica, lo que

mejoraría la calidad de la atención y promovería una mayor equidad en los resultados de salud. Esta capacitación es sobre todo relevante en la formación de expertos en prevención de riesgos y otras especiales como ergonomía, lo que permitiría una mayor sensibilización sobre los sesgos de género.

4. PREVENCIÓN

- Aunque este estudio se centró en la presencia de sesgos en la calificación de accidentes y enfermedades laborales, el enfoque principal en salud y seguridad en el trabajo debe estar orientado hacia la prevención y el control de riesgos. En este sentido, se recomienda dirigir las acciones preventivas a los sectores económicos más afectados, incorporando una perspectiva de género que permita identificar y mitigar posibles estereotipos que puedan influir en la subvaloración de los riesgos a los que están expuestas las trabajadoras.
- Dentro de los instrumentos más importantes que permiten realizar las actividades de prevención se encuentra la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos (MIPER). En esta herramienta debería incorporarse un enfoque de género, lo cual permitiría dar una adecuada valoración a los riesgos conducentes a enfermedades profesionales que se presentan especialmente en mujeres trabajadoras.

5. INVESTIGACIÓN

- Es necesario ampliar la investigación asociada a la comprensión de la relación entre género y trabajo y la existencia de sesgos. Considerando los hallazgos de esta investigación, es relevante indagar sobre la existencia de sesgo en la calificación de otras enfermedades laborales, con el objetivo de identificar y abordar posibles inequidades de género en el reconocimiento y tratamiento de estas enfermedades. Además, es crucial evaluar la presencia de sesgos de género en la identificación y evaluación de riesgos, la investigación de accidentes laborales, y la prescripción de medidas preventivas. Estas áreas pueden contener desigualdades significativas que afectan de manera desproporcionada a las trabajadoras.
- Para avanzar en este ámbito, es imprescindible aumentar la disponibilidad de fondos de investigación específicos, que permitan investigar respecto a estas inequidades y proponer estrategias para abordarlas, promoviendo un entorno laboral más justo y equitativo para todas las personas trabajadoras

IX. Conclusiones

Las conclusiones de esta investigación indican que existen diferencias significativas en los resultados de calificación (laboral/común) entre hombres y mujeres de las patologías musculoesqueléticas. Esto podría ser atribuible a la presencia de sesgos de género en el proceso de calificación. Los resultados cuantitativos mostraron que los hombres tienen una mayor probabilidad de que sus denuncias por patologías musculoesqueléticas sean calificadas como laborales, incluso en sectores donde la distribución de género es similar. Además, las mujeres presentan una menor tasa de calificación de sus denuncias como laborales. Por otra parte, la falta de conocimiento sobre el concepto de género en la práctica médica, identificada cualitativamente, contribuye a la subvaloración de los riesgos laborales en las mujeres, reforzando estereotipos de género.

Las diferencias identificadas en esta investigación son relevantes por sus implicancias en la inequidad de género en el ámbito laboral. En primer lugar, el menor porcentaje de calificación de enfermedades y accidentes laborales en mujeres limita su acceso a las prestaciones de la Ley 16.744, lo que agrava las desigualdades estructurales que enfrentan en el sistema de seguridad social. Esta falta de reconocimiento de sus condiciones laborales no solo perpetúa problemas de salud no resueltos, sino que también obliga a muchas mujeres a asumir costos de bolsillo para su tratamiento. En segundo lugar, la subvaloración del riesgo laboral en mujeres dificulta el diseño, la implementación y la evaluación de medidas preventivas adecuadas en salud y seguridad en el trabajo, perpetuando la invisibilidad de las necesidades específicas de las trabajadoras. Esta situación, a su vez, refuerza las construcciones de género en el ámbito laboral, consolidando un ciclo de inequidad que afecta tanto a la salud como a la protección social de las mujeres.

Para avanzar en la reducción de estas inequidades, es crucial implementar capacitaciones sobre género y salud ocupacional en la formación médica, mejorar los procesos de calificación de enfermedades y accidentes laborales con una perspectiva de género, y ajustar los mecanismos de prevención laboral para que reconozcan las diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres. Estas medidas no solo mejorarían la equidad en el acceso a la seguridad social, sino que también tendrían un impacto positivo en la salud pública al garantizar una cobertura más adecuada y justa para todas las personas trabajadoras.

X. Referencias

- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D. G., Kopansky-Giles, D., Åkesson, K., & March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(5), 366-368. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204891>
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/269>
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- Fundación Mujeres por Chile. (2024, marzo 1). *Estudio Anual 2023: Zoom de género*. https://www.chilemujeres.cl/wp-content/uploads/2024/03/Informe-Anual-2023_Zoom-de-Genero.1.pdf
- Gobierno de Chile, & Subsecretaría de Previsión Social. (2024). *Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo 2024-2028*. <https://previsionsocial.gob.cl/wp-content/uploads/2024/06/05-PNSST-TRAZADO.pdf>
- Hamberg, K. (2008). Gender Bias in Medicine. *Women's Health*, 4(3), 237-243. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Härenstam, A., & Nyberg, A. (2021). Classification of Work: An Approach to the Exploration, Understanding, and Prevention of Gender Differences in Working Conditions. En B.-I. Keisu, S. Tafvelin, & H. Brodin (Eds.), *Gendered Norms at Work* (pp. 15-33). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77734-0_2
- Hassard, J., & Torres, L. D. (2021). Gender, Work, and Health: Some Introductory Thoughts. En J. Hassard & L. D. Torres (Eds.), *Aligning Perspectives in Gender Mainstreaming* (pp. 1-17). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-53269-7_1
- INE. (2015). *Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participaci%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salarialesa.pdf?sfvrsn=ade344d4_3
- James, S., & et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)322797/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)322797/fulltext)
- Kerget, B., Araz, O., Yilmazel Ucar, E., Karaman, A., Calik, M., Alper, F., & Akgun, M. (2019). Female workers' silicosis diagnosis delayed due to gender bias. *Occupational Medicine*, 69(3), 219-222. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz019>

- Leon, M. E. (2024). Género y seguridad y salud en el trabajo. *Prevención de Riesgos*, 43(124), 23-25.
- Ley 16744: Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Pub. L. No. 16744 (1968).
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>
- Luger, T., Maher, C. G., Rieger, M. A., & Steinhilber, B. (2019). Work-break schedules for preventing musculoskeletal symptoms and disorders in healthy workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012886.pub2>
- Marcum, J. A. (2017). Clinical Decision-Making, Gender Bias, Virtue Epistemology, and Quality Healthcare. *Topoi*, 36(3), 501-508.
<https://doi.org/10.1007/s11245-015-9343-2>
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (1968a). *Decreto Supremo 101 aprueba reglamento para la aplicación de la Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=9231>
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (1968b). *Decreto Supremo 109 Reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 16.744, del 1° de febrero de 1968, que establece el seguro social contra los riesgos por estos accidentes y enfermedades*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=9391&idVersion=1968-06-07>
- Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1-14.
<https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Saunders, C. H., Sierpe, A., Von Plessen, C., Kennedy, A. M., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., Goldwag, J., King, J. R., Marx, C. M., Pogue, J. A., Saunders, R. K., Van Citters, A., Yen, R. W., Elwyn, G., & Leyenaar, J. K. (2023). Practical thematic analysis: A guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ*, e074256.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074256>
- Superintendencia de Seguridad Social. (2024). *Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023*. https://www.suseso.cl/607/articles-729454_archivo_01.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social. (s.f.). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*.
<https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136546.html>

XI. Anexos

1. Equipo de investigación

Nombre	Rol	Bio
María Elisa León	Investigadora principal	Médico Cirujano. Magíster de Salud Pública con mención en Salud Ocupacional (cursado). Especialista en Salud Pública, Ergonomía, Factores Humanos y Organizacionales de la Gestión de Riesgos, y Ética de la Investigación Biomédica. Desde el año 2021 es miembro titular de la Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo. Evaluadora de proyectos FONIS de ANID desde su creación (el año 2004) hasta la actualidad. Miembro del Consejo Consultivo para la Seguridad y Salud en el Trabajo, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social Actualmente es Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello.
Macarena Chepo	Investigadora alterna (inicial) A cargo del análisis cualitativo	Enfermera, Magíster en Salud Pública, Doctora en Salud Pública Universidad de Chile. Prof. Investigadora de la Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello (UNAB). Sus líneas de investigación son la salud de personas migrantes, competencia cultural y APS. Miembro de la Comisión Técnica sobre Migración y Salud del Ministerio de Salud de Chile. Directora proyecto investigación SUSESO 2022-2024 "Encuesta de salud recolectores de residuos domiciliarios". Cuenta con experiencia como investigadora en proyectos ANID de competencia cultural y salud de personas migrantes..
Ma. Gabriela Morgado	Investigadora alterna (cierre) Participó en entrevistas	Enfermera-matrona, Dra. En Enfermería, UNAB. Directora Área Académica Enfermería. Académica y presidenta del Comité de Ética Científico, Facultad de Enfermería, UNAB, Viña del Mar. Sus intereses de investigación son el liderazgo en enfermería, calidad y aspectos éticos asistenciales. Directora de Asuntos Estudiantiles y Académicos de la Región de Valparaíso del Colegio de Enfermeras de Chile.

Víctor Pedrero	Investigador. A cargo del análisis cuantitativo	Enfermero, Doctor en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Académico UNAB y Jefe de la Unidad Análisis del Examen Único de Conocimientos en Medicina (EUNACOM). Cuenta con experiencia en investigaciones relativas a grupos vulnerables y competencia cultural en salud. Sus líneas de investigación son competencia cultural y discriminación y salud. Actualmente es el investigador principal del FONDECYT sobre Autoestigma en personas con Diabetes Mellitus.
Santiago Mansilla	Investigador. Colaboró en análisis cuantitativo y recomendaciones	Ingeniero en Prevención de Riesgos y Medio Ambiente e Ingeniero Químico. Experiencia en programas de salud pública y elaboración de normas sanitarias aplicables a las condiciones del medio ambiente y el lugar de trabajo, a nivel nacional e internacional. Cuenta con formación de post-grado, diplomados y cursos de perfeccionamiento en materias de salud y seguridad en el trabajo, realizados en Chile y el extranjero. Actualmente es académico de diversos programas de post-grado sobre salud y seguridad del trabajo.
Naldy Febré	Investigadora Colaboró en recomendaciones	Enfermera. Doctora en Ciencias de la Salud. Magister en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de la Universidad Federal de Sao Paulo. Directora del Magister en Gestión de Riesgos, Seguridad y Salud en el Trabajo.
