



ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# **ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL AUSENTISMO LABORAL EN TRABAJADORES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE**

Tesis para la optar al Grado de Magíster en Salud Pública

Por

**LESLYE ALEJANDRA ROJAS CONCHA**

Directora de tesis

Michèle Guillou Maudet

Santiago, Chile 2014

©2014, Leslye Alejandra Rojas Concha

## **DEDICATORIA**

A Dios por guiarme y acompañarme en cada uno de mis pasos.

A mi madre, por heredarme su pasión por aprender e inculcarme la importancia de la educación. Gracias por todas sus enseñanzas, que a pesar de su ausencia perduran hasta el día de hoy.

A mis hermanos Kathyuska y Christian, por ser el pilar fundamental en mi crecimiento personal y profesional.

A mi pareja Roberto, por brindarme su apoyo y perseverancia en cada nuevo desafío.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis sinceros agradecimientos al Ministerio de Salud, en especial al equipo del Departamento de Gestión de Recursos Humanos por facilitar el acceso a la información que permitieron desarrollar esta investigación.

A mi Directora de Tesis, Michèle Guillou, por su determinación, apoyo logístico y asesoría incondicional durante el transcurso de esta tarea.

A mis amigos y compañeros de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Jennifer Troc, Andrea Fuentes, Marta Martínez, Hernán Torres, Lorena Vera y Marianela Andrade por facilitarme el abordaje de esta investigación con su experiencia y acompañarme durante todo el período de formación académica.

A mi amigo y académico de la Universidad de Chile, Leonel Valdivia, por creer en mí y ser un impulsor en la continuidad de mi desarrollo profesional.

Agradecer a mi familia, mi pareja y a mis amigos de la vida, que con su mano invisible contribuyeron a que este sueño hoy sea una realidad.

Y muy especialmente agradecer a CONICYT por el financiamiento de mis estudios conducentes al grado académico de Magíster.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág</b>
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iii
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	8
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema.....	10
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos.....	12
1.3 Justificación del Estudio.....	12
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Elementos Teóricos del Ausentismo Laboral.....	14
2.1.1 Definición.....	14
2.1.2 Tipos de Ausentismo.....	15
2.1.3 Modelos Causales.....	16
2.1.4 Indicadores de Medición del Ausentismo.....	20
2.1.5 Consecuencias Organizacionales.....	21
2.2 Sistema Público de Salud en Chile.....	23
2.2.1 Antecedentes Generales del Sistema de Salud Chileno.....	23
2.2.2 Estructura, Organización y Recursos Humanos del Sistema Público de Salud.....	24
2.2.3 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).....	30
2.3 Ausentismo Laboral en el Sistema Público de salud.....	31
2.3.1 Sistema de Subsidio por Incapacidad Laboral.....	31
2.3.2 Sistema de Permisos Estatuarios.....	35
2.3.3 Gestión del Ausentismo Laboral.....	36
2.4 Estudios Relacionados al Ausentismo Laboral.....	37

### **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Diseño del Estudio.....	45
3.2 Población.....	45
3.3 Variables del Estudio.....	46
3.4 Recolección de la Información.....	48
3.5 Análisis Estadístico.....	49
3.6 Aspectos Éticos.....	51
3.7 Limitaciones.....	51

### **CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

4.1 Distribución del ausentismo por incapacidad laboral mediante indicadores de prevalencia, frecuencia y gravedad.....	53
4.1.1 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por tipo de licencia médica.....	54
4.1.2 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por establecimiento autogestionado en red.....	56
4.1.3 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por mes ausente.....	62
4.2 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral, según características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo de los trabajadores ausentados.....	64
4.2.1 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de tipo sociodemográficas.....	65
4.2.1.1 Descripción de las Licencias Médicas por Edad.....	65
4.2.1.2 Descripción de las Licencias Médicas por Sexo.....	67
4.2.2 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de condiciones de empleo.....	69
4.2.2.1 Descripción de las Licencias Médicas por Estamento.....	69
4.2.2.2 Descripción de las Licencias Médicas por Calidad Jurídica.....	71
4.2.2.3 Descripción de las Licencias Médicas por Horas Semanales de Contratación.....	73
4.2.2.4 Descripción de las Licencias Médicas por Unidad de Dependencia.....	75
4.2.2.5 Descripción de las Licencias Médicas por Remuneración Líquida.....	79
4.2.3 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de condiciones trabajo.....	82
4.2.3.1 Descripción de las Licencias Médicas por Cargo.....	82
4.2.3.2 Descripción de las Licencias Médicas por Turno.....	84

4.3 Comparación de las características de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y condiciones de trabajo entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral.....	87
--	----

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

5.1 Discusión.....	97
5.2 Conclusiones.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	106
ANEXOS.....	110

## RESUMEN

La presente investigación aborda la problemática del ausentismo por incapacidad laboral en los trabajadores del sistema público de salud en Chile, fenómeno que genera fuertes costos económicos y organizacionales que afectan la productividad del sector público. Así lo corrobora la OCDE en su publicación del año 2012, que señala a Chile como el país con mayor ausentismo por enfermedad en sus funcionarios públicos, muy superior al resto de sus países integrantes, con un ausentismo promedio anual de 15,7 días por trabajador.

El objetivo de esta investigación es describir el ausentismo por incapacidad laboral de los trabajadores pertenecientes a los Establecimientos Autogestionados en Red, mediante indicadores de prevalencia, frecuencia y gravedad, y a través de las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo de los trabajadores ausentados. Para ello, se aplicó un estudio de diseño transversal de carácter descriptivo, con una muestra poblacional de 41.462 trabajadores ausentados que registraron durante el año 2012, 182.584 licencias médicas, sumando 1.023.585 días de ausencia.

En forma general, se alcanzaron altos índices de ausentismo para el año 2012, con una tasa de incapacidad promedio anual de 17 días de ausencia por trabajador, una tasa de frecuencia de 3 licencias médicas al año y una tasa de gravedad de 6 días de duración de cada licencia médica presentada. Donde las tasas de incapacidad y frecuencia fueron superiores en las licencias por enfermedad común, en los meses de diciembre y junio, y en el Hospital de Concepción y el Hospital de Urgencias HUAP respectivamente. La duración de las licencias fue superior en aquellas producidas por descanso maternal, en el

mes de diciembre y en el Hospital de Talcahuano. La descripción de las características individuales de los trabajadores ausentados, determinó que el mayor índice de prevalencia se presentó en mujeres, en trabajadores entre 25-44 años de edad, en el estamento auxiliar, en trabajadores con contrato indefinido, aquellos que se desempeñan 50 horas semanales y dependen de la unidad de otros servicios clínicos, lo que no constituye un perfil del ausentismo necesariamente. Según la distribución de las licencias medicas, la mayor proporción se distribuyó en aquellos que perciben una remuneración líquida entre \$500.001-1.000.000 pesos y están afectos a turno. Todas estas características resultaron significativamente diferentes entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral, excepto para las variables estamento y horas semanales de contratación. Se concluye que el alto ausentismo presentado en los 57 establecimientos autogestionados en red fue principalmente a causa de enfermedad común, donde el 67,4% de los trabajadores presentó al menos una licencia médica durante el año 2012. Se cree necesario continuar las investigaciones respecto a este fenómeno, incorporando otras características individuales y características del ambiente físico y organizacional que también influyen en el ausentismo, según la literatura.



## INTRODUCCIÓN

El ausentismo laboral se define como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y las huelgas”<sup>1</sup>. Se considera un fenómeno complejo y endémico, que afecta negativamente la productividad de las empresas públicas y privadas.

Existen dos formas en que un trabajador se ausenta de su puesto de trabajo, una forma es un tipo de ausentismo laboral involuntario y justificado, derivado de la incapacidad laboral y los permisos; y el otro es un tipo de ausentismo voluntario e injustificado, asociado al abandono de las funciones sin la autorización de la empresa<sup>2</sup>. La medición del ausentismo laboral constituye hasta hoy una problemática, ya que existen diferentes métodos aplicados en la literatura según el área de investigación que lo utiliza, de los cuales los índices de prevalencia, frecuencia y gravedad son los más utilizados para el sector salud.

Los costos que genera el ausentismo por incapacidad laboral son elevados y estos son asumidos por el trabajador, la empresa y la sociedad entera. La Unión Europea declara que anualmente se pierden 450 millones de días de trabajo por motivos de enfermedad o accidente, con un costo estimado de 490.000 millones de euros anuales<sup>3</sup>. En Chile, durante el año 2012 la suma de los costos por accidente laboral, enfermedad profesional, enfermedad común y maternal alcanzó los \$358.863.069 millones de pesos, con un registro de 1.713.505 licencias médicas subsidiadas<sup>4</sup>.

Las causas que originan la ausencia de un trabajador de su puesto de trabajo son múltiples, pero la más frecuente es la ausencia por enfermedad, que junto a los accidentes laborales y particulares logran constituir hasta tres cuartas partes del ausentismo en todos los sectores de actividad<sup>2</sup>. Estudios internacionales han concluido que más del 80% de las ausencias por causa médica que se presentan en los trabajadores de establecimientos de salud ocurren por enfermedad común, seguido por los accidentes laborales y particulares, y en último lugar la maternidad<sup>5</sup>. En Chile los estudios al respecto son escasos, la mayoría de estos se han enfocado a describir las licencias médicas por enfermedad común en algunos establecimientos hospitalarios del país<sup>6</sup>.

A las importantes consecuencias económicas que genera el ausentismo laboral debemos agregar la alteración de la estructura organizacional de las empresas, que en el caso del sector salud implica un mayor desgaste en el trabajo del resto de los funcionarios, desencadenando la ausencia de más trabajadores, lo que a largo plazo determina un deterioro en la oferta de las prestaciones de salud y un empobrecimiento de la calidad de atención hacia los usuarios.

En base a lo expuesto, el presente estudio tiene como propósito describir el ausentismo por incapacidad laboral y las características individuales de los trabajadores ausentados en los Establecimientos Autogestionados en Red, durante el año 2012. A partir de los resultados obtenidos, será posible sugerir lineamientos hacia la mejora en el diseño de los planes de gestión del ausentismo, impulsados por el Ministerio de Salud y sus organismos.

# CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento del Problema

El Ausentismo laboral es un fenómeno de preocupación constante para las organizaciones tanto públicas como privadas, en los países desarrollados y los envía de desarrollo. En este contexto, según el informe “Human Resources Management Country Profiles”, que dio a conocer la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en diciembre 2012, Chile ocuparía el primer lugar con el mayor ausentismo laboral por enfermedad en funcionarios públicos del país, alcanzando un ausentismo promedio anual de 15,7 días por trabajador durante el 2010, siendo el más alto para los estándares de la OCDE que promedian 11 días por trabajador al año. Además, Chile posee la semana laboral más larga de los países de la OCDE, con un promedio de 44 horas a la semana de trabajo y 2.048 horas de trabajo al año, muy por encima del promedio de la OCDE de 1.745 horas<sup>7</sup>.

Una representación importante de estos funcionarios públicos se concentra en el sector salud. En este sentido, los veintinueve servicios de salud que forman el nivel secundario y terciario de la Red Pública de Salud, presentaron al 31 diciembre 2012 una tasa de ausentismo global (por licencias médicas y permisos) de 44,74 días por funcionario, sumando 4.568.851 días hábiles de ausentismo para una dotación efectiva de 90.138 funcionarios. Estos mismos servicios, han presentado elevados índices de ausentismo laboral a causa de enfermedad, manteniendo una tendencia al alza los últimos años. Durante el 2011 el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa (calculado con el total días de ausentismo por licencias médicas curativas dividido por total dotación efectiva), alcanzó los 19,2 días/persona con

1.726.711 días de ausentismo y un costo asociado a \$37.958.348.47. El 2012 este índice alcanzó los 20 días/persona con 1.863.682 días de ausentismo y su costo asociado aumentó a \$45.071.423.487, según el modelo QlikView v.9, Sistema de Información de Recursos Humanos SIRH-Ministerio de Salud.

Este ausentismo genera fuertes costos económicos y organizacionales para los Servicios de Salud del país, pero principalmente para los 57 Establecimientos Autogestionados en Red dependientes de estos Servicios, los cuales concentran el 68% de la dotación efectiva.

Para comprender el fenómeno del ausentismo en los trabajadores de la salud del sector público de Chile, el presente estudio descriptivo pretende responder: ¿Cuáles son las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo relacionadas al ausentismo por incapacidad laboral, presentado por los trabajadores pertenecientes a los Establecimientos Autogestionados en Red del sector público de salud, durante el año 2012?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Describir el ausentismo por incapacidad laboral, mediante el análisis de las principales características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo de los trabajadores pertenecientes a los Establecimientos Autogestionados en Red del Sistema Público de Atención en salud Chile, durante el año 2012.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la distribución del ausentismo por incapacidad laboral en los trabajadores pertenecientes a los Establecimientos Autogestionados en Red, mediante indicadores de prevalencia, frecuencia y gravedad, durante el año 2012.
- Describir el ausentismo laboral mediante algunas características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo presentado en los trabajadores de los Establecimientos Autogestionados en Red, durante el año 2012.
- Comparar las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron en los Establecimientos Autogestionados en Red, durante el año 2012.

### **1.3 Justificación del Estudio**

El ausentismo laboral es un claro síntoma de problemas en la gestión de los recursos humanos dentro de una organización. Una de las primeras tareas que tienen los Servicios de Salud del país y su red asistencial, es visualizar que el principal recurso con el que cuentan para cumplir sus objetivos son sus trabajadores, los cuales con herramientas apropiadas, espacios adecuados a sus necesidades y calidad de vida laboral contribuirán de manera significativa a la producción de las instituciones de salud. Desde esta mirada, el valor de las personas que cuidan personas es incalculable, por lo tanto, el velar por las buenas condiciones de trabajo, es una de las principales estrategias para gestionar e intervenir el ausentismo laboral.

Ahora bien, para desarrollar cualquier modelo de gestión del ausentismo es necesario dar el primer paso, este consta en recolectar toda la información disponible de las personas participes de este fenómeno, visualizar como se distribuye el ausentismo según sus causas y evaluar los variables que se relacionan al ausentismo. La presente investigación pretende entre otras cosas realizar este primer paso, ya que según la evidencia encontrada, todos los estudios realizados en nuestro país respecto al tema se han dedicado a medir el impacto del ausentismo laboral solo por licencias médicas curativas en trabajadores de la salud, sin abordar otras causas del ausentismo ni las variables individuales de los trabajadores que podrían influir en este acontecimiento, por lo que este estudio es un desafío en sí mismo al ser el primero en su tipo.

El Sector Público de Salud representa una importante fuerza laboral, por lo tanto, cualquier estudio que genere información relevante sobre sus trabajadores y a su vez repercuta en acciones positivas hacia ellos, contribuye de alguna manera a la salud de la gran mayoría de los chilenos.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Elementos Teóricos del Ausentismo Laboral**

A continuación se expondrán los elementos teóricos más relevantes sobre el ausentismo laboral desarrollados por autores de diversas disciplinas que van desde la psicología organizacional hasta la economía de mercado, con el propósito de comprender mejor el abordaje de este fenómeno que afecta la productividad de las organizaciones.

#### **2.1.1 Definición**

El término absentismo, sinónimo de ausentismo, proviene del vocablo latino *absens-entis* ausente y del vocablo inglés *absenteeism*. La Real Academia de la Lengua Española lo define como; la abstención deliberada de acudir al trabajo, costumbre de abandonar el desempeño de funciones y deberes ajenos a un cargo, y costumbre de residir el propietario fuera de la localidad en que radican sus bienes<sup>3</sup>. Con la llegada de la revolución industrial este término es adoptado por los empleadores para referirse exclusivamente a los trabajadores que se ausentaban de sus labores en las fábricas.

Diferentes autores han intentado consensuar algunos tópicos respecto al ausentismo laboral en el transcurso del tiempo. Si en 1963 Briner define el ausentismo como “la falta de asistencia al trabajo de un empleado cuando se esperaba la asistencia por el empleador”<sup>8</sup>, Steers y Rhodes en 1990 lo definen como “un fenómeno endémico que se distribuye ubicuamente entre organizaciones, grupos y países muy diversos, y es costoso para la organización y para el individuo”<sup>9</sup>. Luego en 1998 Samaniego integra algunos

modelos causales al concepto llegando a expresar que el “absentismo es el incumplimiento por parte del empleado de sus obligaciones laborales, faltando al trabajo de manera imprevista cuando debería acudir al mismo”, señalando además que algunas causas de absentismo son involuntarias, como los problemas médicos, las obligaciones legales o familiares, y otras, por el contrario, son voluntarias<sup>10</sup>.

Organismos internacionales también han participado en la definición del ausentismo, pero es la Organización Internacional del Trabajo que en 1991 llega a consensuar una definición que es aceptada hasta el día de hoy, donde declara al ausentismo laboral como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y las huelgas”<sup>1</sup>.

Las causas del ausentismo pueden ser médicas y no médicas, es decir, que su etiología es de carácter multifactorial<sup>6</sup>. El ausentismo de causa médica, originada por enfermedades y accidentes, se define como “el período de baja laboral que se acepta como atribuible a una incapacidad del individuo, exceptuando la derivada del embarazo normal o prisión”<sup>1</sup>. El de causa no médica, incluye todo el ausentismo que no tiene origen en una enfermedad o accidente. Si bien el concepto de ausentismo laboral no tiene una definición única, esto radica principalmente por los diferentes enfoques con los cuales se ha abordado su estudio.

### **2.1.2 Tipos de Ausentismo**

Existen diferentes circunstancias y comportamientos que pueden ser la base de la ausencia al trabajo. El ausentismo no debe ser considerado solo como una conducta individual, por lo que las distinciones entre sus clases permiten una mejor comprensión y gestión de este.



Las conclusiones de diversos autores han llegado a agrupar el ausentismo laboral en dos tipos principales; el ausentismo involuntario y justificado, producido por causas conocidas legalmente como la incapacidad temporal y los permisos, donde la empresa es informada oportunamente; y el ausentismo voluntario e injustificado, producido por el incumplimiento de jornada de trabajo, que desde el abordaje de los factores psicosociales se produce un abandono del puesto de trabajo sin autorización de la empresa (retrasos, salir a fumar, recados, cuidado de los hijos o de personas mayores, etc.), y desde la mirada de la satisfacción laboral del individuo, esta ausencia implica una decisión del trabajador sobre si debe asistir en un día determinado a su trabajo, mediado por la motivación, los valores y metas que tenga sobre su desempeño<sup>2,9,11</sup>.

La mayoría de la literatura concuerda en que el ausentismo de causa médica es de tipo involuntario y justificado, originado por enfermedad común, enfermedad laboral o accidente, y el que los trabajadores se ausenten de sus trabajos radica en características individuales y organizacionales de la empresa a la cual pertenecen.

### **2.1.3 Modelos causales**

Teniendo en cuenta que existen diferentes tipos de ausencia y estos se correlacionan con diferentes causas, ninguna teoría es capaz de dar cuenta de todos los eventos causales del ausentismo laboral. Sin embargo, a lo largo de la historia la psicología organizacional y social se han desarrollado varios modelos explicativos intentando abordar las causas más comunes.

#### Modelo Médico

En este modelo la causa principal del ausentismo laboral es atribuida a la enfermedad de los trabajadores, aunque la evidencia disponible sugiere que la

enfermedad no es siempre la verdadera causa, ya que a pesar que la atención de salud ha mejorado a lo largo de la historia, las tasas de ausentismo parecen seguir incrementándose en todo el mundo.

Estudios internacionales en países desarrollados han detectado que las ausencias por enfermedad pueden ser atribuidas a diferentes factores. Las bajas por enfermedad son elevadas en países con generosas coberturas y protección al desempleo, y cuando existe una baja retribución por resultados sobre todo en empresas grandes con sueldos bajos. Otros estudios arrojan diferencias en el perfil de los absentistas, es decir, las bajas por enfermedad son superiores en hombres del sector industrial, empresa privada y nivel bajo de estudios, por el contrario, las mujeres que se ausentan más por enfermedad son aquellas que pertenecen al sector de servicios, empresas públicas y tienen un nivel medio de estudios, aunque si se excluye la maternidad, su ausentismo es menor que en hombres<sup>12</sup>.

### Modelo Económico

En el modelo económico el ausentismo laboral esta mediado por dos dimensiones, una es la motivación propia del trabajador y la otra es la oferta laboral presente en el mercado, las cuales se explican a continuación.

En el caso de la motivación, este modelo explica que el trabajador se ausenta de su trabajo con el propósito de participar en alternativas de trabajo económicamente más atractivas, sobre todo cuando considera que sus condiciones de empleo son adversas<sup>8</sup>. También se piensa que si las personas le otorgan más valor al tiempo fuera del trabajo, se ausentan con mayor frecuencia según el modelo desarrollado por Dunn y Youngblood (1986)<sup>12</sup>.

En el contexto del mercado, cuando las tasas de desempleo son altas la ausencia tiende a disminuir, lo que indica que los trabajadores pueden estar

haciendo algún tipo de análisis de costo-beneficio en cuanto a decidir si ir a trabajar o no. Además, el estar ausente significa una mayor posibilidad de pérdida de trabajo cuando los empleos son escasos, por lo que el valor relativo al ocio puede disminuir.

Ahora bien, no todos los autores concuerdan con esta última dimensión del modelo económico, ya que pareciera ser que los ciclos de la economía como factor explicativo del ausentismo encuentran controversias dentro de la literatura. En los estudios de Thalmeier (1999) para Alemania y Biffli (2002) para Austria, hallaron que el desempleo es determinante en el ausentismo por enfermedad, en cambio, en el estudio transversal de Osterkamp y Rohn (2005) realizado a 20 países OCDE no se pudo determinar al desempleo como un factor explicativo de ausentismo laboral<sup>13</sup>.

### Modelo Psicosocial

El modelo psicosocial analiza el ausentismo laboral desde la interacción que se produce entre los individuos, sus compañeros de trabajo y la organización como tal.

Desde la mirada de los individuos ha existido siempre un fuerte debate de cómo el comportamiento de los trabajadores predice el ausentismo. Mientras el supuesto teórico de Judge, Martocchio y Thoresen (1997) sostiene que este comportamiento de ausentismo es debido a las características de la personalidad de los trabajadores, como niveles extremos de inestabilidad emocional, ansiedad, desorientación, agresión, autoconfianza y sociabilidad<sup>14</sup>. Otros autores como Chadwick-Jones, Nicholson y Brown (1982) simplemente asocian el ausentismo a actitudes puntuales frente a contextos organizacionales más que individuales<sup>12</sup>.

Otros análisis del comportamiento individual del ausentismo como los estudios desarrollados por Steers y Rhodes, han llegado a la conclusión que el modelo diagnóstico del ausentismo esta mediado por dos dimensiones, una es la motivación de asistencia y la otra es la percepción sobre la capacidad de asistir. La primera dimensión está regulada por tres factores principales, las políticas y prácticas organizacionales, la cultura absentista imperante en la organización, y los valores y metas del empleado. Donde cada uno de estos factores puede encontrarse tanto en el individuo, como en el grupo o en la organización<sup>9</sup>. Estas conclusiones, permiten dar un valor agregado a la falta de motivación individual de los trabajadores más que a la insatisfacción laboral como causa del ausentismo, teorías desarrolladas por los mismos autores entre los años 1978-1990.

Respecto a los compañeros de trabajo, el ausentismo conlleva a consecuencias positivas y negativas. En forma positiva les proporciona ciertas oportunidades, al tener que realizar nuevas tareas que implican el desarrollo y enriquecimiento de sus puestos de trabajo. Pero los aspectos negativos acarrear un aumento de la carga de trabajo sin un beneficio económico reconocido, estando obligados a realizar nuevas actividades sin conferirse la responsabilidad adecuada<sup>10</sup>.

Desde el punto de vista de las organizaciones, las diferencias en las tasas de ausentismo que se dan dentro de unidades de una misma organización dependen del intercambio social dentro de la empresa, más que las motivaciones individuales. Para Nicholson y Johns (1985) el ausentismo en los trabajadores estaría influenciado por la cultura empresarial imperante, por lo tanto, el ausentismo se podría predecir midiendo el grado de importancia que tiene esta conducta de ausencia en los diferentes grupos de empleados de la organización. También se podría medir el tipo de contrato psicológico u obligaciones que estén presentes. Para estos investigadores la importancia de

esta cultura absentista se sustenta en las creencias sobre ausentismo, asumidas por los empleados y vistas como elementos de autocontrol<sup>12</sup>.

#### **2.1.4 Indicadores de Medición del Ausentismo**

El ausentismo laboral es un fenómeno de duración variable, por lo cual no existe consenso de cuáles son los indicadores universales para su medición. Sin embargo, los indicadores más utilizados por los organismos e investigadores son los índices de prevalencia, frecuencia y gravedad<sup>5,10,15</sup>. Su construcción puede variar según lo que se pretenda medir.

- Índice de Prevalencia: mide el porcentaje de trabajadores ausentes en un período determinado, en relación al número de trabajadores que tendría que asistir en ese período.
- Índice o tasa de Frecuencia: indica el número de episodios de ausencia en un período determinado en relación al número de trabajadores. Para evitar la ambigüedad en el cálculo deben definirse con precisión los acontecimientos, la determinación del periodo más apropiado de medida, los días omitidos de contabilización y el nivel de análisis.
- Índice o tasa de Gravedad: se refiere a los días de trabajo perdidos por enfermedad ó demás causas de ausentismo, en relación al número de episodios de ausentismo, es decir, miden el tiempo perdido por el trabajador durante algún período de tiempo determinado. El tiempo perdido se mide en horas y días.
- Tasa global de ausentismo: indica el porcentaje de los días de trabajo perdidos en relación con el total de días de trabajo previstos o programados. También se puede calcular en horas.

- Tasa de incapacidad: se aplica en el caso de ausentismo a causa de enfermedad y se refiere a los días de ausentismo por enfermedad en relación a los trabajadores.

En nuestro país, el ausentismo por causa médica es medido mediante la construcción de la tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad. Estas permiten dar cuenta sobre las condiciones de trabajo, los riesgos de exposición laboral y sus consecuencias. Las tasas se expresan en proporciones, donde el numerador varía en función del número y duración de las licencias médicas, y el denominador se establece por el número de trabajadores cotizantes, exceptuando la tasa de gravedad que tiene como denominador el total de días de trabajos esperados, solo si su medición se basa en el tiempo perdido<sup>16</sup>.

### **2.1.5 Consecuencias Organizacionales**

Las consecuencias organizacionales del ausentismo laboral radican en los altos costos que se generan en las organizaciones, los cuales se pueden definir como indirectos y directos.

#### Costos indirectos

Cuando se habla de costos indirectos estos se refieren a todo el costo organizacional que significa el reemplazar un trabajador ausente o redistribuir el trabajo en sus otros compañeros. Es decir, estos costos implican todo el tiempo que se requiere para encontrar a un adecuado reemplazo para un puesto de trabajo, la formación que se necesita para el cargo, la adaptación del reemplazante, la aceptación de este por parte de los compañeros de trabajo y por último la sobrecarga de tareas para los otros trabajadores<sup>2</sup>. Muchos accidentes laborales surgen en este contexto, porque los reemplazantes no se han familiarizado lo suficiente con la tecnología o las nuevas tareas que

deberán realizar. Así mismo, los conflictos interpersonales suelen manifestarse especialmente en el momento de la reincorporación al trabajo de la persona ausentada<sup>9</sup>.

### Costos directos

Los costos directos están relacionados con gasto económico que implica el complemento salarial, la seguridad social y los derivados de la asistencia sanitaria del trabajador<sup>2,3</sup>.

De acuerdo con la IV Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo realizada el 2005 a 27 países de la Unión Europea, determinó que casi la cuarta parte de los empleados encuestados (23%) se ausentaron del trabajo por razones médicas, por lo menos una vez al año. Estas ausencias generaron costos significativos para los sistemas de protección social, con un gasto relativo a subsidios por enfermedad que alcanzó en total más de 90 millones de euros al año, representando el 0,9% del producto interno bruto (PIB) de la Unión Europea<sup>17</sup>. El año 2012 este gasto se incrementó a 490.000 millones de euros anuales, lo que implicó que la Comunidad Europea perdió 450 millones de días de trabajo por concepto de enfermedad o accidente, con 6.9 millones de personas víctimas de accidentes de trabajo y 23 millones de personas con alguna enfermedad de origen laboral. Dentro de los países de esta comunidad, se destaca España que gastó \$10.840 millones de euros al año por este tipo de ausentismo, equivalente al 1,15% (PIB), con un costo medio laboral para las empresas españolas de \$30.324 euros por trabajador, donde \$22.503 euros correspondían a salario y \$7.821 a otros gastos sociales<sup>3</sup>.

En nuestro país, la Superintendencia de Seguridad Social publicó en su informe estadístico anual que durante el año 2012 el número de subsidios iniciados por enfermedad de origen común y maternal suplementario fueron de 1.452.354, equivalentes a 22.903.380 números de días pagados y un monto

total pagado de M\$289.252.105. De los cuales el 74,9% de los subsidios correspondían a 3.896.714 trabajadores cotizantes del sistema público de salud (FONASA), y el 25,1% a 1.308.749 trabajadores cotizantes de alguna de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Respecto a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales señaló que, el número de subsidios iniciados el 2012 fue de 261.151, equivalentes a 4.913.663 números de días pagados y un monto total pagado de \$69.610.964<sup>4</sup>.

## **2.2 Sistema Público de Salud en Chile**

### **2.2.1 Antecedentes Generales del Sistema de Salud Chileno**

Para comprender el Sistema Público de Salud en Chile, es necesario revisar algunas características respecto al Sistema de Salud Chileno, tanto en su estructura y financiamiento, como se presenta a continuación.

Primero que todo el sistema de salud chileno es reconocido como un sistema mixto, es decir de carácter público y privado, tanto en el aseguramiento como en el financiamiento y la prestación de servicios<sup>18</sup>.

El sistema público de salud corresponde al Sistema Nacional de Servicios de Salud, donde el aseguramiento depende del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que administra las cotizaciones de los contribuyentes y la prestación de servicios se realiza mediante un conjunto de establecimientos de salud que trabajan en un sistema integrado en red, distribuidos a lo largo del país.

El sistema privado de salud tiene como aseguradores a los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE), que son instituciones privadas administradoras de



las cotizaciones de salud obligatoria de las personas que los eligen. La prestación de servicios es entregada por prestadores privados, que tienen una amplia red clínicas y centros ambulatorios con todos los niveles de complejidad de atención en salud.

Otra red de administradores y prestadores privados de salud son las mutuales. Estas instituciones son las encargadas de la administración del seguro obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Ley 16.744, la cual es financiada por el empleador y las prestaciones son otorgadas por los establecimientos de salud dependientes de estas instituciones. Las mutuales en Chile son cuatro; la Asociación Chilena de Seguridad, la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción, el Instituto de Seguridad del Trabajo y el Instituto de Seguridad Laboral.

Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema de salud chileno son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario tanto para ISAPRE como para FONASA) y el gasto de bolsillo. En el caso del sector público depende también del aporte fiscal y el sector privado depende solo de las cotizaciones obligatorias y voluntarias de sus contribuyentes<sup>19</sup>.

## **2.2.2 Estructura, Organización y Recursos Humanos del Sistema Público de Salud**

### Estructura

La estructura del Sistema Público de Salud está formada por todos los organismos que integran el denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual fue creado el 2 de julio de 1979 a partir de la fusión del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados

(SERMENA). Estos organismos son; el Ministerio de Salud, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), los Servicios de Salud Autónomos, los Servicios de Salud, los Establecimientos Autogestionados en Red, los Establecimientos de Salud Experimentales y la Atención Primaria de Salud Municipal<sup>20</sup>.

El Ministerio de Salud es el órgano rector del sistema público de salud, función principal otorgada por la Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. Esta función la realiza mediante dos subsecretarías: de Salud Pública, a cargo de las políticas públicas y normativas de salud, y de Redes Asistenciales, que asume la regulación, supervisión y coordinación de la gestión del SNSS y Atención Primaria de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública tiene bajo su administración las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), que son los organismos encargados de velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad, ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente, actualizar el diagnóstico epidemiológico regional y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Estas secretarías están distribuidas geográficamente en 15 regiones del país.

También son de la administración de esta subsecretaría los Servicios de Salud Autónomos, estos corresponden al Instituto de Salud Pública (ISP) encargado de autorizar y controlar la producción, distribución y ventas de productos farmacéuticos; la Central de Abastecimiento (CENABAST) que provee insumos de laboratorio y medicamentos a los prestadores de servicios públicos de salud; El Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrador público del seguro de salud y la Superintendencia de Salud, organismo que vigila y controla a FONASA e ISAPRES. También fiscaliza a todos los prestadores de

salud pública y privada, respecto de su acreditación y certificación, según las facultades otorgadas por la ley.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales administra los Servicios de Salud, que son organismos territoriales descentralizados del Ministerio de Salud, cuyas funciones emanan del Decreto 140/2004 y estas consisten en articular, gestionar y desarrollar la red asistencial ambulatoria y hospitalaria correspondiente al territorio asignado, donde su máxima autoridad es el Director del Servicio de salud, que como Gestor de Red, debe velar por el desarrollo de las prestaciones de servicios de los establecimientos bajo su supervisión. Estos organismos son veintinueve en total y geográficamente se distribuyen uno por cada región del país, exceptuando la Región Metropolitana, la Región de Valparaíso, la Región del Biobío, la Región de la Araucanía y la Región de los Lagos que presentan más de un servicio en su territorio.

Esta subsecretaria también administra; los Establecimientos Autogestionados en Red, que corresponden a los 57 establecimientos hospitalarios de alta complejidad de país; los 3 Establecimientos de Salud Experimentales (Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud Maipú y Centro de Referencia de Salud Cordillera), que son organismos asistenciales que funcionan al igual que los servicios de salud pero a menor escala (DFL N°29); y la Atención Primaria de Salud (APS), que es la puerta de entrada al Sistema público de Salud, depende administrativamente en su mayoría de los municipios donde territorialmente se ubican y se organiza mediante el servicio de salud correspondiente, considerando sus establecimientos, centros de salud familiar urbanos y rurales, adosados o no, postas de salud rural, estaciones, y, adicionalmente hospitales de menor complejidad.

## Organización

El sistema público de salud actúa mediante su Red Asistencial, la cual corresponde a un conjunto de establecimientos de diversas características, que se organizan en tres niveles de atención de salud, un nivel primario, secundario y terciario de salud. Estos establecimientos a su vez se clasifican según su complejidad resolutive, en establecimientos de baja, mediana y alta complejidad; según su modalidad de atención, en un sistema abierto de atención ambulatoria y otro sistema cerrado de hospitalización; y según su complejidad técnica, organización administrativa, ámbito geográfico de acción y número de prestaciones a realizar en cuatro grupos, los hospitales tipo I, II, III y IV. Clasificaciones que se integran y resumen a continuación<sup>21</sup>:

El nivel primario de salud lo integran todos los establecimientos de baja complejidad que poseen la menor capacidad resolutive del sistema. La modalidad de atención ambulatoria está integrada por los centros de salud familiar, centros comunitarios, centros urbanos y rurales, centros de salud mental, servicios de atención primaria de urgencia y postas rurales, los cuales al corte del 31 marzo 2013 suman en su totalidad 2.164 centros de atención primaria de salud. En la modalidad de atención cerrada, los establecimientos de baja complejidad corresponden a 98 hospitales tipo IV a la misma fecha de corte, es decir establecimientos con menos de 100 camas de dotación y ubicado en localidades urbano-rurales no superior a 30.000 habitantes.

El nivel secundario de atención está formado por todos los establecimientos de mediana complejidad. En su modalidad de atención ambulatoria incluye a 8 Centros de Referencia de Salud (CRS) y a los Consultorios de especialidades (CAE) adosados a los establecimientos de mediana y alta complejidad. En su modalidad cerrada de atención en cambio, incluye a 25 hospitales tipo III con 100 a 200 camas, ubicados en un territorio no superior a 70.000 habitantes.

El nivel terciario de atención está formado por todos los establecimientos de alta complejidad, los cuales se caracterizan por tener la mayor capacidad resolutive de la red al disponer de mejor tecnología y nivel de especialidad. Su sistema de atención ambulatoria está desarrollado por los centros de diagnóstico terapéutico (CDT) adosados a los grandes hospitales. El sistema cerrado de atención está constituido por 57 hospitales de alta complejidad denominados establecimientos autogestionados en Red. Los hospitales tipo II son 24, se caracterizan por disponer de 250 a 300 camas y se ubican en ciudades de hasta 100.000 habitantes, entre ellos se encuentran los 14 hospitales e institutos de especialidad, como el Instituto del Nacional del Tórax, del Cáncer, geriátrico, los Hospitales de niños Dr. Roberto del Río, Dr. Exequiel Gonzales Cortes, Dr. Luis Calvo Mackenna, etc. En cambio los hospitales tipo I son 37, se caracterizan por disponer de 300 a 500 camas dotación, son los más grandes de la red, por lo tanto, se ubican en las grandes ciudades y corresponden a los hospitales base de cada región del país.

### Recursos Humanos

Los recursos humanos disponibles para el sector salud en Chile se encuentran identificados en el “Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud”, el cual constituye la principal fuente de datos respecto al personal de salud, independientemente si se desempeñan en el área pública, privada o mixta. Esta base al corte del 31 de diciembre del 2012 encuentran registradas 235.115 personas, de las cuales 107.999 (46%) son profesionales no médicos, 93.640 (40%) son técnicos de nivel superior y auxiliares paramédicos, 30.238 (13%) médicos y por último 3.238 (1%) otro tipo de prestadores. Según la misma fuente, el país cuenta con 15.902 médicos especialistas certificados y 2.582 odontólogos especialistas certificados<sup>21</sup>.

En el caso del Sector Público de Salud, la contratación de los recursos humanos es regulada mediante leyes y estatutos. Esta contratación se regula bajo cuatro leyes; las leyes médicas 19.664 y 15.076 que regulan los procesos administrativos del estamento médico, odontólogo, químico farmacéutico y personal de destinación ; el Estatuto Administrativo de la Ley 18.834, que regula la contratación del resto del personal de salud, constituido por el estamento profesional no médico, técnico, administrativo, auxiliar y directivo; y finalmente el Estatuto de Atención Primaria de la Ley 18.378 que regula los procesos administrativos de todo el personal de la Atención Primaria Municipal.

La dotación efectiva (personal titular y a contrata) de los 29 Servicios de Salud y sus establecimientos hospitalarios al 31 de diciembre 2012 fue de 90.138 personas, de las cuales 75.848 personas corresponden a Ley 18.834, y 14.290 personas a las leyes médicas, donde el 68% (61.176) corresponde a mujeres y el 32% (28.962) a hombres. La mayor dotación de personal se concentra en tres de los nueve estamentos de salud, donde en orden decreciente el mayor estamento es el técnico con 30.084 personas, el estamento profesional no médico con 21.709 personas y el estamento administrativo con 12.426 personas, concentrando estos tres estamentos el 71% del personal de los Servicios de Salud.

La atención primaria de salud al corte de diciembre 2010 registró 49.195 funcionarios, de los cuales un 15% corresponde al estamento administrativo (7.434), otro 15% al estamento paramédico (7.231), un 13% al estamento técnico paramédico y el resto del personal constituye el 57% de la dotación, según el departamento de estadísticas e información en salud, Ministerio de Salud.

Finalmente, señalar que los trabajadores del sector público de salud abordados en el presente estudio, corresponden al personal perteneciente a los

establecimientos autogestionados en red, excluyendo la atención primaria de salud y los establecimientos de mediana y baja complejidad.

### **2.2.3 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)**

Los Establecimientos Autogestionados en Red corresponden a los 57 hospitales de mayor complejidad resolutive del país, que durante la reforma de salud el año 2005 sufren un proceso de transformación de sus funciones, mediante el Decreto 37/2005 que les otorga la autonomía para administrar sus propios recursos, función que antes era exclusiva de los Servicios de Salud y ahora le corresponde al Director de cada hospital. Por lo tanto, se establece que se denominarán “Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) todos aquellos establecimientos hospitalarios con la mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones del sistema”. Si bien el sistema público posee 61 hospitales de mayor complejidad, a diciembre 2012 solo 57 hospitales estaban acreditados como establecimientos autogestionados en red, por lo tanto, únicos establecimientos considerados en esta investigación (*Anexo N°1*).

El total de trabajadores en calidad de contrata y titular de los 57 EAR al corte del 31 de diciembre 2012 fue de 61.538 personas, constituyendo el 68% del personal de los servicios de salud, de los cuales 9.828 corresponden a personas bajo las leyes médicas y 51.710 a la Ley 18.834. Además, el 69% de la dotación equivale a mujeres (42.573) y 31% a hombres (18.965), según el modelo QlikView v.9, Sistema de Información de Recursos Humanos SIRH- Ministerio de Salud.

El financiamiento de los EAR proviene del Ministerio de Salud, que mediante la institución aseguradora FONASA, encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a salud, entrega los aportes

correspondientes a cada hospital. Estos aportes son regulados por los compromisos de gestión adquiridos entre el Ministerio y sus organismos, los cuales se asocian a metas de tipo técnico y administrativo financieras.

## **2.3 Ausentismo Laboral en el Sistema Público de Salud**

El sistema público de salud se caracteriza por presentar un ausentismo laboral de tipo involuntario y justificado. Este ausentismo proviene de dos grandes dimensiones, una de ellas es la incapacidad laboral derivada de enfermedad o accidente, y una segunda dimensión son los permisos regulados por las leyes estatutarias que dirigen los procesos administrativos al interior de los establecimientos de salud.

### **2.3.1 Sistema de Subsidio por Incapacidad Laboral**

La incapacidad laboral es la situación en la cual el trabajador se ve imposibilitado de cumplir sus obligaciones laborales ya sea de manera temporal o permanente, a causa de enfermedad o accidente. El monto de dinero que reemplaza su remuneración por el período que se ausenta de sus funciones es justificado mediante la licencia médica autorizada, conocido como subsidio por incapacidad laboral.

El Decreto Supremo N° 3/84 y actualizado el 2006 define la Licencia Médica como “el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona”<sup>23</sup>. Para que esta sea válida deberá ser reconocida por el



empleador y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), según corresponda.

La incapacidad laboral permanente origina pensiones de invalidez en forma parcial o total, que son determinadas por la COMPIN o la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones, según donde cotice el trabajador. En cambio, la incapacidad laboral temporal origina distintos tipos de subsidios con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda.

Existen siete tipos de licencias médicas que según su causalidad dan origen a diferentes tipos de subsidios por incapacidad laboral temporal, que se describen a continuación<sup>24</sup>:

- Subsidio por enfermedad común: Este da origen a las licencias tipo 1 y consiste en la mantención del 100% de la remuneración del trabajador con un tope de 60 UF. Está sujeto a un mecanismo de carencia condicional, es decir, el pago se devenga a partir del 4° día si la licencia dura menos de 10 días o desde el primer día si la licencia dura 10 días.
- Subsidio por prórroga medicina preventiva: Da origen a la licencia médica tipo 2 de prórroga médica preventiva de la Ley 6.174, que estuvo vigente hasta diciembre 1985 y entregaba tratamiento gratuito y reembolso de gastos médicos por la enfermedad que generó el reposo, ya sea total o parcial. Actualmente quedan pocos enfermos que perciben este subsidio y estaban acogidos a este tipo de licencia a diciembre 1985. Estos corresponden a personas con insuficiencia renal, transplantados y/o sometidos a hemodiálisis.

- Subsidio por descanso maternal: Este subsidio corresponde a la licencia tipo 3 de descanso pre y post natal. En conformidad con lo establecido en el artículo 195 y 197 del Código del Trabajo, la trabajadora tiene el derecho irrenunciable a un reposo por seis semanas por pre natal otorgada a las 34 semanas y media de gestación. A contar de la fecha del parto, la licencia post natal se otorga por un reposo de doce semanas. Si a la fecha del término del pre natal el parto no se ha producido, se extiende una prolongación de la licencia de pre natal por la diferencia entre el término de la licencia pre natal y el día anterior a ocurrido el parto.

Luego bajo la promulgación de la Ley N°20.545 el año 2011, el período post natal es extendido de las siguientes formas:

Para las madres: 24 semanas de descanso completo, con un subsidio equivalente a la remuneración, con tope de 66 Unidades de Fomento (UF) brutas, y 12 semanas de descanso completo y, a continuación, 18 semanas media jornada, cancelando el 50% del subsidio en la segunda etapa.

Para ambos padres: 12 semanas de descanso completo para las madres, de las 12 semanas restantes en jornada completa pueden traspasar un máximo de seis semanas a los padres. Si las madres optan por la media jornada para esta segunda etapa, sólo pueden traspasar 12 semanas a los padres en la misma modalidad.

- Subsidio por enfermedad grave del hijo menor de un año: Corresponde a la licencia médica tipo 4, que se extiende a la madre del menor enfermo por un reposo total, en un periodo de 7 días, prorrogables por 7 más hasta completar los 30 días. Si el médico estima extender el plazo, lo podrá hacer adjuntando

un certificado complementario. En caso que el menor este hospitalizado la madre no tendrá derecho a licencia médica.

- Subsidio por accidente del trabajo o enfermedad profesional: Este tipo de subsidio es regulado por el seguro social obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales Ley 16.744 y es de cargo exclusivo del empleador. Protege a los trabajadores dependientes e independientes cubiertos por el seguro, a los funcionarios públicos y a estudiantes. Se otorga por 52 semanas y es extensible por 52 semanas más. En el caso de los accidentes de trabajo o trayecto corresponde a la licencia médica tipo 5, y la enfermedad profesional a la licencia tipo 6.

Los accidentes del trabajo son todas aquellas lesiones sufridas por el trabajador en el desempeño de sus funciones, y los accidentes de trayecto aquellos producidos entre el trayecto directo de ida y regreso entre la habitación y el lugar de trabajo. Las enfermedades profesionales se producen a consecuencia directa del trabajo y se encuentran reguladas en el Decreto Supremo N°109 de 1968 y el Decreto Supremo N°73 de 2005. Entre las prestaciones que se otorgan se encuentran la atención médica, quirúrgica y dental, la hospitalización si fuese necesario, medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis, aparatos ortopédicos, rehabilitación física y reeducación profesional, además contempla el gasto de traslado en caso de ser necesario<sup>25</sup>.

- Subsidio por patología del embarazo: Este subsidio da origen a las licencias tipo 7, que se otorgan a consecuencia de síntomas de aborto o parto prematuro.

### 2.3.2 Sistema de Permisos Estatuarios

El sistema de permisos estatuarios es un tipo de ausentismo previsible del personal de los servicios de salud y su red hospitalaria, que son reguladas por las leyes 18.834, 15.076 y 19.664, los cuales dirigen todos los procesos administrativos como la contratación, permisos, capacitación y remuneraciones del personal<sup>26,27,28</sup>. A continuación se detallan los permisos legales a los cuales tienen derecho los funcionarios públicos contratados bajo la legalidad mencionada anteriormente:

- Permiso administrativo: Es el derecho a ausentarse de sus labores por motivos particulares, hasta por seis días hábiles en el año calendario para funcionarios de la Ley 18.843 (art.109) y doce días hábiles para funcionarios de las leyes médicas. Los cuales podrán fraccionarse por días o medios días y permiten mantener el goce de sus remuneraciones.
- Comisión de servicio: Los funcionarios públicos podrán ser designados por el jefe superior de la respectiva institución en comisión de servicio al desempeño de funciones ajenas al cargo, en el mismo órgano o en otro distinto del servicio público, tanto en el territorio nacional como extranjero. Esta comisión no podrá ser superior a tres meses durante el mismo año calendario, aunque podrán ser renovadas por el mismo periodo no más allá de un año.
- Permiso sin goce de sueldo: el funcionario podrá solicitar permiso sin goce de remuneraciones por motivos particulares, desde dos meses (leyes médicas) y hasta seis meses (Ley 18.834) en cada año calendario y para permanecer en el extranjero, hasta por dos años, se exceptúan de este límite de tiempo aquellos funcionarios que obtengan una beca para especialización en el extranjero según las legislaciones vigentes.

- Descanso complementario: Es el tiempo de descanso destinado a compensar los trabajos extraordinarios realizados a continuación de la jornada, y será igual al tiempo trabajado más un aumento del veinticinco por ciento. En caso que no fuere posible, la asignación que corresponda se determinara recargando en un veinticinco por ciento el valor de la hora de trabajo.
- Feriado legal: Se entiende por feriado el descanso a que tiene derecho el funcionario, con el goce de todas las remuneraciones durante un periodo determinado. Será de quince días hábiles para los funcionarios con menos de quince años de servicio, veinte días hábiles para los funcionarios con quince o más años de servicio y menos de veinte, y de veinticinco días hábiles para los funcionarios con veinte o más años de servicio. Los funcionarios que residan en las Regiones de Tarapacá, Antofagasta, Aysén, Magallanes, Chiloé y de Los Lagos, tendrán derecho a aumentar en cinco días más su feriado legal, siempre que se trasladen a una región distinta de su lugar de trabajo (Art.102-107 Ley 18.834 y Art. 25 Ley 15.076).

### **2.3.3 Gestión del Ausentismo Laboral**

La gestión del ausentismo laboral ha sido una política de los recursos humanos esencial en el Sistema Público de Salud, por lo tanto, para monitorear el funcionamiento de los Servicios de Salud y los establecimientos de la Red Asistencial, el Ministerio de Salud implementó el compromiso de gestión del ausentismo como medio verificador esta política. Si bien este compromiso fue aplicado por primera vez el año 1993, con el objetivo de medir anualmente el ausentismo laboral a causa de todos los tipos de licencias médicas y permisos, años más tarde este monitoreo se redujo al seguimiento de todas las licencias médicas, hasta establecer el año 2007 que este seguimiento sea realizado solo a las licencias médicas curativas (licencias por enfermedad común tipo 1). La

metodología de evaluación del compromiso se basa en la medición de un indicador, la tasa de variación, que compara el índice de ausentismo un año-índice de ausentismo del año anterior\*100 (donde el índice de ausentismo es el total días de ausentismo por licencias médicas curativas dividido por total dotación efectiva).

Para obtener la información necesaria que mida este compromiso de gestión y otros temas, se utiliza el “Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)”, que es una base de datos digital que contiene toda la información administrativa del personal de la red asistencial a partir del año 2008, facilitando las tareas de los distintos procesos de recursos humanos. El año 2010 se inserta a este sistema una herramienta de inteligencia de negocios (Business Intelligence) a través del software QlikView v.9, que permite contar con información oportuna y dinámica respecto a distintas variables que componen los modelos de gestión como dotación, gasto, ausentismo y capacitación, proporcionando a los organismos Ministerio de Salud y otras entidades, información de los procesos de recursos humanos, a fin de apoyar los análisis y estudios<sup>29</sup>.

## **2.4 Estudios Relacionados al Ausentismo Laboral**

Diversos estudios han intentado encontrar las variables que mejor explican el ausentismo laboral presente en las organizaciones, obteniendo resultados contradictorios en algunos casos. La mayoría de éstos se ha enfocado a estudiar el ausentismo laboral de causa médica. A partir de esto, se señalan estudios que recogen algunas variables individuales de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y condiciones de trabajo como determinantes del ausentismo laboral en las empresas. Primero se hace una breve reseña a estudios descriptivos europeos recientes, luego estudios latinoamericanos de la

misma línea pero enfocados a trabajadores de la salud, hasta llegar a los últimos estudios realizados en nuestro país. Cabe señalar que la evidencia es escasa, por lo cual, se recogieron los estudios que más se acercan al propósito de esta investigación.

En Francia un estudio retrospectivo desarrollado el año 2010, realizó la comparación del ausentismo laboral en 15 países de la Unión Europea entre los años 1994 y 2001, utilizando los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) con el objeto de definir los determinantes individuales de la ausencia al trabajo por causa médica. Este concluyó que características individuales como ser mujer, tener hijos menor de tres años y la baja satisfacción laboral eran variables significativas en todos los países evaluados. En cambio, ser hombre con un bajo nivel de remuneración y trabajar en un establecimiento de gran tamaño eran variables significativas en la mitad de los países evaluados, para el caso de las mujeres el mayor ausentismo lo presentaban aquellas que se desempeñaban en el sector público<sup>17</sup>.

El año 2012 un estudio descriptivo español de ausentismo laboral por contingencia común (accidente o enfermedad no laboral), utilizando los datos registrados en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, durante los años 2005-2010, llegó a la conclusión que existen una serie de variables relacionadas al ausentismo laboral. Durante los seis años que abarca el estudio se presentaron diferencias relevantes entre las variables de edad, el sector, la actividad, el tipo de contrato y la base reguladora diaria a percibir en situación de incapacidad temporal entre hombres y mujeres. La duración de la baja por enfermedad se correlaciona positivamente con la edad, confirmando mayor duración del ausentismo según aumenta la edad. Por otro lado, el índice de ausentismo es mayor en mujeres, en los que tienen un empleo fijo y están contratados como indefinidos o fijos-discontinuos; así como en el sector servicios y en las zonas industrializadas.

Respecto a la distribución temporal de ausentismo, muestra variaciones en función al día de la semana y la época del año, destacando una mayor frecuencia de bajas los lunes, en comparación al resto de días de la semana; así como un aumento de las bajas tras la finalización de los periodos festivos y vacacionales durante el año<sup>3</sup>.

A nivel de Latinoamérica se han realizado escasos estudios de ausentismo laboral en trabajadores de la salud en general, sino más bien, en ramas más específicas como la enfermería, de los cuales en su mayoría se basan en el ausentismo laboral a causa de enfermedad común.

El año 1997 el Dr. Danatro en su estudio prospectivo de licencias médicas entre el período comprendido desde el 1 de julio 1994 y 30 de junio 1995, ejecutado en una institución pública de salud de Uruguay, determinó que de 1.644 certificaciones de licencia médica, 1.604 (98%) correspondía a licencias de causa médica común y 40 (2%) a licencias por embarazo, estas últimas descartadas finalmente para el estudio. Respecto a las variables relacionadas con el trabajador, concluyó que la mayor proporción de licencias médicas presentadas en función a la edad, se concentraron en los rangos de edad entre los 35 y 44 años (34% equivalentes a 384 licencias médicas) para ambos sexos. Las frecuencias medidas en las variables relacionadas a las condiciones de trabajo determinaron que, los tres escalafones con mayor frecuencia de ausentismo en orden decreciente fue el administrativo (43%), luego el especializado (16%) y el personal de servicio (11%). Respecto al carácter de contrato de los trabajadores la mayor frecuencia de ausentismo fue encontrada en los funcionarios presupuestados (84%), siguiéndole los funcionarios en comisión (8%) y los contratados (7%) principalmente<sup>5</sup>.

En un estudio de corte trasversal retrospectivo realizado a trabajadores de todos los servicios de un Hospital de Venezuela, que evaluaba las certificaciones por licencias médicas presentadas entre el 2001-2003,



concluyeron que de las 10.333 licencias, el 96,7% correspondía a licencias médicas por enfermedad y el 3,3% a embarazo, excluyendo estas últimas del estudio. Los 953 trabajadores que solicitaron reposo medico correspondían al 47% de la dotación total de trabajadores, con una tasa de ausentismo promedio anual de 368,8 días. El índice de frecuencia fue de 1,7 reposos anuales por cada trabajador de la institución con 41,2 días de ausencia promedio/año por cada trabajador. Respecto a la distribución de las licencias por variables individuales estudiadas, el género femenino ocupó la mayor frecuencia con una tasa de prevalencia de 3,7 reposos médicos por cada trabajadora certificada, en comparación con el género masculino que alcanzó una tasa de 3,3. De acuerdo con la ocupación, las tasas más altas de prevalencia corresponden a los auxiliares de laboratorio (4,5), auxiliares de enfermería (4,4) y las lavanderas con (4,2)<sup>30</sup>.

En otro estudio de ausentismo de causa médica también realizado en Venezuela el año 2005, enfocado al personal sanitario del Hospital de Uypar, se determinó que 463 trabajadores generaron 613 certificaciones médicas durante el segundo semestre del año 2003, equivalentes a 4.702 días de ausentismo total. El personal que generó mayor ausentismo se concentró en tres grupos etarios entre los 40-49 años con 2.323 días de ausencia, seguido por el grupo de 50-59 años con 1.249 días, el grupo de 30-39 años de edad con 1.056 días y entre los menores de 30 años y mayores de 60 un total de 37 días. Respecto a los servicios que presentaron mayor cantidad de días de ausentismo se destacan como los cinco primeros, el servicio de medicina con 648 días de ausentismo a causa médica, traumatología con 522 días, quirófano con 477 días, urgencias adultos con 407 días, pediatría con 359 días. Del total de días de ausencia, el personal que presentó la mayor cantidad de días de ausencia por estamento fue en primer lugar el de enfermería con 2.039 días (43,36%), seguido de las auxiliares de enfermería con 1.401 días (29,89%), las camareras con 683 días (14,53%) y el resto del personal con 579 días (12,22%)<sup>15</sup>.

En un estudio de corte transversal con fines descriptivos, tomado de la base de datos de las incapacidades médicas registradas por el personal de un centro médico de I nivel en Bogotá, durante el período del 01 de enero a 31 diciembre 2010, se determinó que al medir índices de frecuencia en el personal ausentado (332 registros de incapacidades), el mayor ausentismo se generó en trabajadores de 26-30 años de edad, siendo las mujeres las que más presentaron incapacidades en el periodo evaluado. También fueron mayores las certificaciones por incapacidad médica en trabajadores con contrato indefinido, teniendo en cuenta las horas contratadas el mayor número de incapacidades se evidenció en los contratos de 8 horas diarias y por cargo, los médicos seguidos de las auxiliares de odontología y los odontólogos fueron los trabajadores más ausentados<sup>1</sup>.

Respecto al ausentismo presentado por estamento, hay más evidencia descriptiva disponible al ausentismo de enfermeras o personal del servicio de enfermería en establecimientos de salud, que de los trabajadores de salud en forma generalizada, si bien solo evalúan un sector de los trabajadores, se relataran estudios recientes que arrojan resultados en función de algunas de las variables que también se consideraran para este estudio.

En España se realizó un estudio descriptivo del ausentismo presentado en el personal de enfermería entre los años 2004 y 2005 en un hospital privado, específicamente en las diplomadas de enfermería (técnicos) y auxiliares de enfermería, utilizando como denominador para los cálculos la suma de las horas a contrata para ambos estamentos y años, con un total 358.461 horas, donde el año 2004 presentó un total de ausencia en el trabajo del 13% (48.375h) y en el 2005 con el mismo número de horas contratadas del 16% (58.817h), siendo la causa más frecuente de absentismo la enfermedad común. Respecto a los servicios con mayor tasa de absentismo de causa médica por

enfermedad común, para los tres turnos de enfermería, mañana, tarde y noche el servicio del hospital con mayor ausentismo fue el de urgencias en ambos años. En el sistema de turnos, la tasa de ausentismo del personal auxiliar de enfermería fue mayor para los turnos de la mañana y la noche, en cambio las diplomadas de enfermería lideraron el ausentismo en el turno de la tarde<sup>31</sup>.

En Brasil, un estudio descriptivo y retrospectivo realizado a trabajadores del servicio de enfermería del Hospital psiquiátrico de Manaus, halló que la tasa de ausentismo para los años 2004-2005, fue mayor en el personal auxiliar de enfermería con 3,92 días de ausentismo, seguido del auxiliar operativo de salud con una tasa de 3,27, el enfermero con 2,93, el auxiliar de salud 2,02 y técnico en enfermería con una tasa de 1,81. Respecto a variables individuales se halló que se ausentó más el personal con contrato fijo que el que tenía contrato temporal y también el personal con mayores años de servicio<sup>32</sup>.

En nuestro país, gran parte de los estudios realizados respecto al ausentismo laboral se han dirigido a describir el ausentismo laboral por enfermedad común, mediante indicadores de frecuencia, magnitud e impacto. Siguiendo esta línea, Mesa y Kaempffer realizaron una revisión sistemática de 14 tesis y artículos científicos publicados entre el año 1986 a 2001 sobre ausentismo laboral por licencias médicas curativas en Chile. Concluyendo el 2004 que de todas las industrias estudiadas, los trabajadores de los servicios hospitalarios son los que presentaron mayores niveles de ausentismo, y los siete hospitales revisados alcanzaron una tasa de incapacidad de 14,3 días por trabajador, una tasa de frecuencia de 1,3 licencia médica curativa anual por trabajador y una tasa de severidad de 10,6 días en cada licencia médica curativa. Donde las tasas más altas de incapacidad por sobre los 19 días promedio, se presentaron en: la Clínica Alemana de Santiago, el Hospital San Juan de Dios en Santiago y el Hospital de Temuco<sup>6</sup>. También se han

desarrollado a nivel nacional otras líneas de investigación respecto al ausentismo en trabajadores de la salud, dirigidos a medir el estrés laboral, el burnout y la satisfacción laboral como predictores del ausentismo laboral, donde varios han concluido que el sexo femenino, la edad mayor a 30 años y más de 15 años de servicio se asocian más al ausentismo laboral<sup>33,34,35</sup>.

En conclusión, la mayoría de los estudios señalados coinciden en que la principal causa de ausentismo laboral es producida por enfermedad y que el mayor ausentismo se presenta en las empresas dedicadas a servicios, especialmente hospitales cuando se compara con otros rubros en Chile.

Respecto a las variables sociodemográficas descritas en los estudios aplicados a trabajadores de la salud, los hallazgos muestran una prevalencia de ausentismo por causa médica mayor en mujeres que en hombres, aunque se debe considerar que la fuerza laboral de salud es predominantemente femenina. En cambio, para la variable edad los resultados varían considerablemente según el estudio aplicado, donde la prevalencia de ausentismo es superior en rangos de 26 a 30 años, 35 a 44 años y 40-49 años seguido por el grupo de 50-59 años, aunque la mayoría de los estudios coincide en que el ausentismo a causa médica es superior sobre los 30 años de edad y a mayor edad mayor frecuencia de ausentismo.

Sobre las condiciones de empleo, se puede señalar que algunos estudios muestran una alta prevalencia de ausentismo en trabajadores con contrato indefinido (presupuestario para Uruguay), que trabajan 8 horas diarias, equivalentes a 40 horas semanales y con bajas remuneraciones. Sobre los estamentos, aparecen los administrativos en primer lugar con mayor ausentismo, seguido del personal especializado y luego el personal de servicio, y para los estudios que abordaron solo servicios de enfermería, el personal más ausentado fueron los auxiliares de enfermería, seguido por los auxiliares de laboratorio y finalmente el personal de servicios. Los servicios clínicos más

afectados por el ausentismo laboral son el servicio de medicina, traumatología, quirófano, urgencias adultos y pediatría, en el caso de servicios de enfermería, la unidad más afectada son los servicios de urgencia.

Según las condiciones de trabajo, los turnos donde más se presenta ausentismo por enfermedad, son los turnos de la noche y mañana para los servicios de enfermería, y según el cargo del profesional el ausentismo es mayor en médicos seguido de las auxiliares de odontología y los odontólogos fueron los trabajadores más ausentados<sup>1</sup>.

Finalmente, se puede mencionar que a nivel internacional los estudios de variables individuales que se relacionen con el ausentismo laboral en trabajadores de la salud son escasos y en Chile no se hallaron disponibles estudios con este enfoque en trabajadores del sistema público de salud que faciliten esta investigación.

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

En esta sección se señala el conjunto de operaciones que se aplicaron para alcanzar el objetivo de describir el fenómeno del ausentismo laboral en los establecimientos autogestionados en red. Se señala el diseño del estudio, la población, las variables, la recolección de la información, el análisis estadístico, los aspectos éticos y las limitaciones.

### **3.1 Diseño del Estudio**

El presente estudio es de diseño transversal con carácter descriptivo.

### **3.2 Población**

El universo y muestra poblacional está constituida por todos los trabajadores ausentados por incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red. Estos corresponden a 41.462 trabajadores que generaron un total de 182.584 registros de licencias médicas, presentadas entre el 01 de enero al 31 de diciembre 2012.

### 3.3 Variables del Estudio

La **Variable Dependiente**, corresponde al ausentismo laboral, definido como en número de días de ausencia por incapacidad laboral, certificada por licencia médica.

La **Variable Independiente**, corresponde a las variables de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y de trabajo que caracterizan individualmente a cada trabajador. Estas fueron seleccionadas en función de los hallazgos encontrados en los principales estudios mencionados en el marco teórico y según su disponibilidad en el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH).

La operacionalización de las variables se resume en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Descripción de las variables operacionales de la investigación

<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>Definición Nominal</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de medición. Agrupadas para el análisis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24 o menos</li> <li>▪ 25-34 años</li> <li>▪ 35-44 años</li> <li>▪ 45-54 años</li> <li>▪ 55-64 años</li> <li>▪ 65 y más</li> </ul>	Cuantitativa/ estratificada
Sexo	Identificación sexual del trabajador	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre</li> <li>▪ Mujer</li> </ul>	Cualitativa / dicotómica Categorica
<b>Variables Condiciones de Empleo</b>	<b>Definición Nominal</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>
Estamento	Corresponde a la planta a la cual pertenece el trabajador contratado, según la ley afecto:  Ley 18.834: Administrativo,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Odontólogo</li> <li>▪ Químico farmacéutico y Bioquímico</li> <li>▪ Médico</li> <li>▪ Directivo</li> <li>▪ Profesional</li> </ul>	Cualitativa/ Nominal

	Auxiliar, Directivo, Profesional Técnico. Leyes medicas 19.664 y 15.076: Médico, Odontólogo Bioquímico, Químico, Farmacéutico y en Ciclo de Destinación (homologado a médico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnico</li> <li>▪ Administrativo</li> <li>▪ Auxiliar</li> </ul>	
Calidad jurídica	Corresponde al estado contractual del trabajador, siendo este indefinido para el cargo titular y definido o temporal para el cargo a contrata. Se excluye el personal a honorarios del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Titular</li> <li>▪ Contrata</li> </ul>	Cualitativa/ Nominal
Horas semanales de contratación	Corresponde a la cantidad de horas contratadas para cumplir la jornada laboral. Todas las modalidades se incluyen para las tres leyes, excepto 28 y 50 hrs. de exclusividad para leyes médicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11 hrs.</li> <li>▪ 22 hrs.</li> <li>▪ 28 hrs.</li> <li>▪ 33 hrs.</li> <li>▪ 44 hrs.</li> <li>▪ 50 hrs.</li> </ul>	Cuantitativa/ Discreta
Unidad de dependencia	Corresponde al departamento o unidad donde el trabajador desempeña sus funciones. Denominación homologada a las señaladas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y agrupadas para su análisis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirugía y Pabellón Quirúrgico</li> <li>▪ Consultorio Adosado Especialidades (CAE)</li> <li>▪ Direcciones y Gestión de la Red</li> <li>▪ Servicios Médicos</li> <li>▪ Otros Servicios Clínicos</li> <li>▪ Psiquiatría</li> <li>▪ Servicios No Asistenciales</li> <li>▪ Unidad de Emergencias y SAMU</li> <li>▪ Unidad Cuidados Intensivos (UCI) y Tratamiento Intermedio (UTI)</li> <li>▪ Pediatría y Neonatología</li> </ul>	Cualitativa/ Nominal
Remuneración Líquida	Corresponde al resultado de la remuneración bruta menos los descuentos legales, es decir, la remuneración percibida en forma efectiva por el trabajador. Fecha de corte diciembre 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$0-500.000</li> <li>▪ \$500.001- 1.000.000</li> <li>▪ \$1.000.001- 1.500.000</li> <li>▪ \$1.500.001- 2.000.000</li> <li>▪ \$2.000.001 y más</li> </ul>	Cuantitativa/ Categórica



<b>Variables Condiciones de Trabajo</b>	<b>Definición Nominal</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>
Cargo	Corresponde a los servicios desempeñados por toda persona incorporada a la administración pública, situación regulada por derecho estatuario de las Leyes 18.834, 15.076 y 19.664.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administrativo</li> <li>▪ Auxiliar Paramédico de Enfermería</li> <li>▪ Enfermero (a)</li> <li>▪ Médico General y Especialista</li> <li>▪ Profesional Asistencial No Médico</li> <li>▪ Técnico de Nivel Superior en Enfermería</li> <li>▪ Otro técnico</li> <li>▪ Otro profesional</li> <li>▪ Otro auxiliar</li> </ul>	Cualitativa/ Nominal
Turno	Corresponde al sistema de turnos y horarios al cual esta afecto el trabajador para cumplir su jornada laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Turno: realiza tercer o cuarto turno.</li> <li>▪ Sin turno: cumple solo jornada diurna.</li> </ul>	Cualitativa/ Nominal

### 3.4 Recolección de la Información

La información se recolectó desde una base de datos secundarios llamado Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), la cual es una plataforma digital del Ministerio de Salud que esta implementada en los 29 Servicios de Salud y sus establecimientos hospitalarios. Este sistema contiene toda la información administrativa de sus trabajadores y mediante su herramienta inteligente llamada QlikView v.9, toda la información sobre ausentismo laboral. En el caso del ausentismo por incapacidad laboral, posee el registro mensual de cada licencia médica que un trabajador enfermo presenta dentro de las 72 horas legales en su establecimiento. Desde esta base secundaria se obtuvieron los registros de las licencias médicas presentadas por los trabajadores de los 57 establecimientos autogestionados en red, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2012.

A partir de esta información, se recolectaron todas las variables disponibles en este sistema (SIRH) que fueran útiles para los propósitos del estudio, las cuales se extrajeron de diferentes plataformas de registros. Para tabular esta información se utilizó el programa Excel xls, construyendo una base de datos que organizó en tablas los datos recolectados según el trabajador (edad, sexo, estamento, calidad jurídica, horas semanales de trabajo, unidad de dependencia, remuneración líquida, cargo y turno), y según el ausentismo (tipo de licencia médica, días de duración, mes ausente y establecimiento EAR).

### **3.5 Análisis Estadístico**

Con el fin de cumplir los objetivos propuestos, se calcularon medidas de prevalencia, frecuencia y gravedad para analizar el ausentismo por incapacidad laboral, mediante tablas dinámicas y herramientas del programa señalado, siguiendo las recomendaciones de la literatura nacional e internacional sobre medicina del trabajo e incapacidad laboral, definiendo para el estudio:

Tasa de Incapacidad (TI): se divide el número de días ausentes por licencia médica sobre el número de trabajadores. Se obtiene un número que expresa el número de días promedio de licencia en un año por trabajador.

Tasa de Frecuencia (TF): se divide el número de licencias médicas sobre el número de trabajadores. Se obtiene un número que expresa el número promedio de licencias obtenidas durante un año por trabajador.

Tasa de Gravedad (TG): se divide el número de días ausentes por licencia médica sobre el número de licencias médicas registradas. Se obtiene un número que expresa el número promedio de días que dura una licencia.

Índice de Prevalencia (IP): se divide el número de trabajadores ausentes por el número de trabajadores que tendría que asistir en ese período y se multiplica por 100, lo que determina el porcentaje de trabajadores ausentes en un período determinado.

La descripción de las variables de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y de trabajo que caracterizan individualmente a cada trabajador ausentado, se realizó con estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y proporciones para las variables cualitativas.

La tercera parte del análisis estadístico corresponde a la comparación de características de tipo sociodemográficas, de condiciones de trabajo y condiciones de empleo entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral durante el año 2012. Para llevar a cabo la comparación en igualdad de condiciones, se efectuó un muestreo al azar de los 41.462 trabajadores ausentados por licencia médica, para llevarlos a un  $n=1.544$  personas ausentadas y ser comparable al  $n=1.544$  personas no ausentadas, disponible para el mismo año. Esto debido a que de los 61.538 trabajadores que en total se desempeñaron en los EAR el año 2012, 41.462 trabajadores se ausentaron por licencia médica, 1544 no se ausentaron por licencia médica y 18.532 trabajadores no ausentados debieron ser excluidos de la investigación por falta de registros en las variables estudiadas.

Para hacer esta comparación entre cada una de las características individuales entre el grupo ausente y no ausente, y así probar las hipótesis estadísticas ( $H_0: \mu_a = \mu_b$ ;  $H_1: \mu_a \neq \mu_b$ ), se realizó el análisis mediante la prueba de significación estadística t-Student, para dos muestras independientes suponiendo varianzas iguales o desiguales según cada variable medida:

El t test para dos muestras independientes se basa en el estadístico:

$$t = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{(n-1)\hat{S}_1^2 + (m-1)\hat{S}_2^2}{n+m-2} \left( \frac{1}{n} + \frac{1}{m} \right)}}$$

Donde  $\bar{X}$  e  $\bar{Y}$  denotan el valor medio en cada uno de los grupos (a= trabajadores ausentes; b= trabajadores no ausentes). Con un nivel de significación del 5% ( $\alpha = 0.05$ ), en poblaciones que distribuyen normalmente y sus muestras fueron tomadas al azar. Realizando todo el análisis estadístico de datos en Microsoft Office Excel 2007.

### 3.6 Aspectos Éticos

La información para realizar el presente estudio se solicitó formalmente al Ministerio de Salud, mediante una carta de autorización dirigida al jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos personales de los trabajadores estudiados.

### 3.7 Limitaciones

- Se excluyeron de este estudio los trabajadores a honorarios, que si bien tienen registro de las licencias médicas presentadas el año 2012, no cuentan con registro respecto a todas las variables utilizadas en este estudio.

- No fue posible analizar el ausentismo global (por permisos e incapacidad laboral) en los establecimientos autogestionados en red, debido a que todos los trabajadores que se ausentaron por licencia médica el año 2012 presentaron al menos un día de permiso en el año, principalmente por feriado legal o permiso administrativo, sesgando la selección de datos.
- No se incluyó en esta investigación el ausentismo de los años 2010 y 2011, a pesar de estar disponible en la herramienta QlikView v.9 (implementada el año 2010 en el SIRH), porque no contaban para esos años con todas las variables necesarias para el propósito de esta investigación.
- No se pudieron incluir otras variables relacionadas con el ambiente físico y organizacional que influyen en el ausentismo según la literatura, por no contar con ningún tipo de registro de este tipo a nivel del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), base secundaria de donde se obtuvieron los datos.

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

En este capítulo se señalan los resultados de la evaluación del ausentismo por incapacidad laboral presentado por los trabajadores pertenecientes a los establecimientos autogestionados en red, durante el año 2012.

La información se desarrolla en tres bloques principales; el primero utiliza los indicadores de medición del ausentismo para mostrar su distribución; el segundo describe las variables de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y de trabajo que caracterizan los trabajadores ausentados por incapacidad laboral; y el tercer bloque muestra los resultados de la inferencia estadística aplicada a las hipótesis de investigación.

### **4.1 Distribución del ausentismo por incapacidad laboral mediante indicadores de prevalencia, frecuencia y gravedad**

Entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2012, el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) registró 61.538 personas como dotación total de trabajadores pertenecientes a los 57 Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), de las cuales 41.462 se ausentaron por incapacidad laboral, registrando 182.584 licencias médicas con un total de 1.023.585 días de ausencia.

Del total de licencias médicas presentadas por los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red, 169.973 corresponden a la Ley

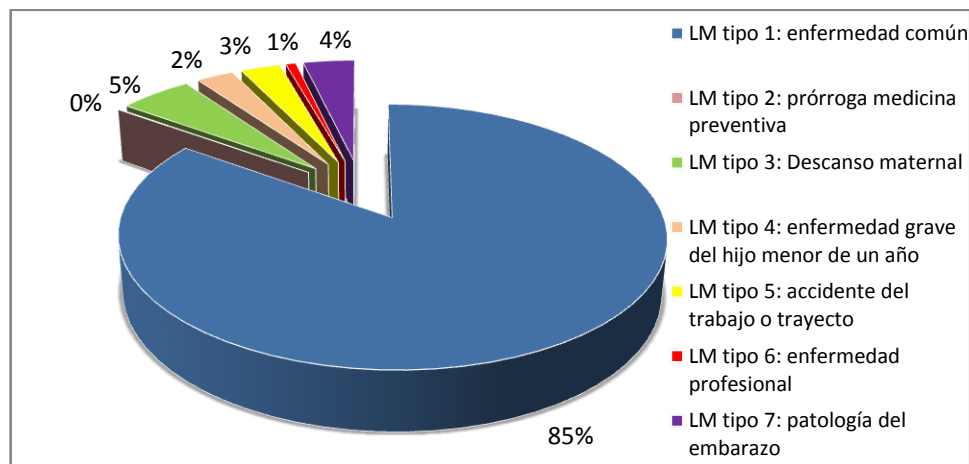
18.834 (93%), formado por el personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar, 8.995 licencias a la Ley 19.664 (5%) y 3.616 licencias a la Ley 15.076 (2%), ambas leyes médicas.

En forma general, la tasa de incapacidad (TI) a nivel de los establecimientos autogestionados en red durante el año 2012 fue de 17 días de ausencia en promedio por trabajador, con una tasa de frecuencia (TF) de 3 licencias médicas por año y una tasa de gravedad (TG) promedio de 6 días de duración por cada licencia médica presentada.

#### 4.1.1 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por tipo de licencia médica

El 85% de las licencias médicas presentadas durante el 2012 fue a causa de enfermedad común (154.926), seguida de las licencias por descanso maternal 5% (9.464), las licencias por patología del embarazo 4% (6.693) y la distribución del 6% restante (11.501) se señalan en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1: Distribución porcentual de las licencias médica según su tipo



En la Tabla N°2, las licencias médicas por enfermedad común presentaron la tasa de incapacidad más alta con 12,8 días promedio por trabajador y la tasa más baja fue la licencia por medicina preventiva con 0,02 días por trabajador. A su vez, las licencias por enfermedad común también presentaron la mayor tasa de frecuencia, es decir, 2,5 licencias por trabajador al año. Por el contrario, la tasa de frecuencia más baja fue para las licencias médicas por medicina preventiva con 0,003 licencia anual por trabajador.

Respecto a la gravedad de las licencias médicas, el reposo maternal posee la tasa de gravedad más alta, con 12,6 días promedio de duración de cada licencia médica presentada, seguido de las licencias por enfermedad profesional con 8,5 días, las licencias por patología del embarazo con 7,5 días, las licencias por medicina preventiva con 7 días y los demás tipos de licencias médicas con una duración promedio aproximado de 5 días por licencia médica.

Tabla N°2: Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad por tipo de licencia médica

Tipo de Licencia Médica	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Tasa Incap. (TI)	Tasa Frec. (TF)	Tasa Grav (TG)
LM tipo 1: enfermedad común	61.538	37.768	154.926	787.142	<b>12,8</b>	<b>2,5</b>	5,1
LM tipo 2: prórroga medicina preventiva	61.538	41	177	1.241	0,02	0,003	7
LM tipo 3: descanso maternal	61.538	1.287	9.464	119.329	1,9	0,2	<b>12,6</b>
LM tipo 4: enfermedad grave del hijo menor de un año	61.538	470	4.834	26.739	0,4	0,1	5,5
LM tipo 5: accidente del trabajo o trayecto	61.538	1.218	5.193	27.757	0,5	0,1	5,3
LM tipo 6: enfermedad profesional	61.538	150	1.297	10.973	0,2	0,02	8,5
LM tipo 7: patología del embarazo	61.538	528	6.693	50.404	0,8	0,1	7,5



#### **4.1.2 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por establecimiento autogestionado en red**

A nivel de los 57 establecimientos autogestionados en red, los 10 establecimientos que poseen la mayor cantidad de licencias médicas (LM) son; el Hospital Sótero del Río con 10.140 licencias médicas (5,6%), el Hospital de Concepción con 9.789 LM (5,4%), el Hospital Barros Luco con 8.178 LM (4,5%), el Hospital de Temuco con 7.900 LM (4,3%), el Hospital San Juan de Dios con 7.287 LM (4,%), el Hospital San Borja Arriarán con 6.884 LM (3,8%), el Hospital de Urgencias HUAP con 6.225 LM (3,4%), el Hospital San José con 5.872 LM (3,2%), el Hospital Carlos Van Buren con 5.419 LM (3%), y el Hospital de Rancagua con 5.290 LM (2,9%), los cuales equivalen al 40% del total de licencias médicas presentadas el año 2012, y el 60% restante se disgrega en el Gráfico N°2.

Estos 10 establecimientos autogestionados concentran sus licencias médicas principalmente a causa de enfermedad común 62.603 licencias, seguido de las licencias por reposo maternal 3.246 licencias, y en tercer lugar las licencias por accidentes de trabajo o trayecto 2.329 licencias, tal como lo muestra la Tabla y el Gráfico N°3, que en sus barras apiladas indica para cada barra de color el número de licencias médicas según su tipo, por tanto, a mayor altura mayor número de LM.

Gráfico N°2: Distribución porcentual de las licencias médicas según establecimiento autogestionado en red

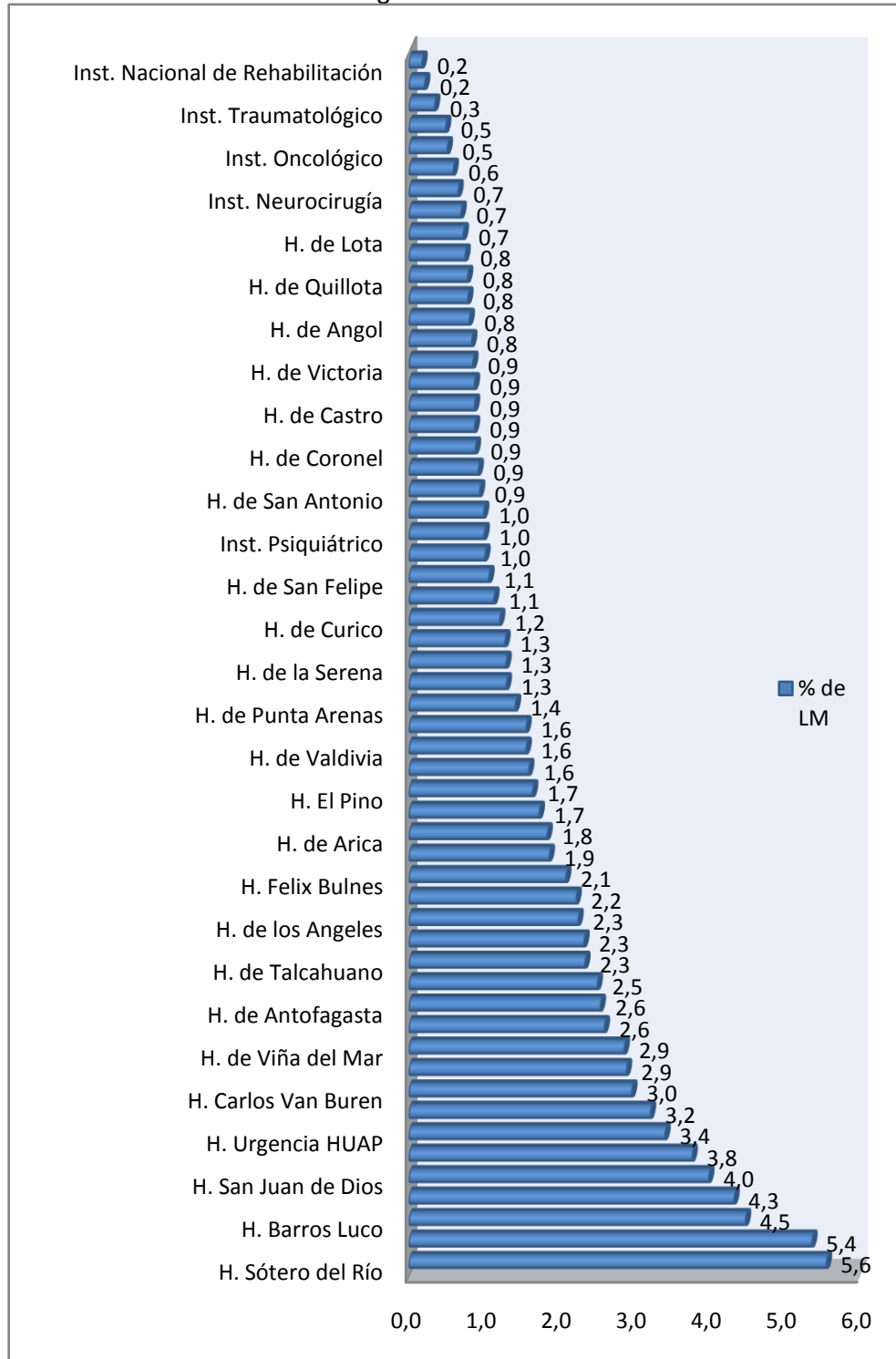
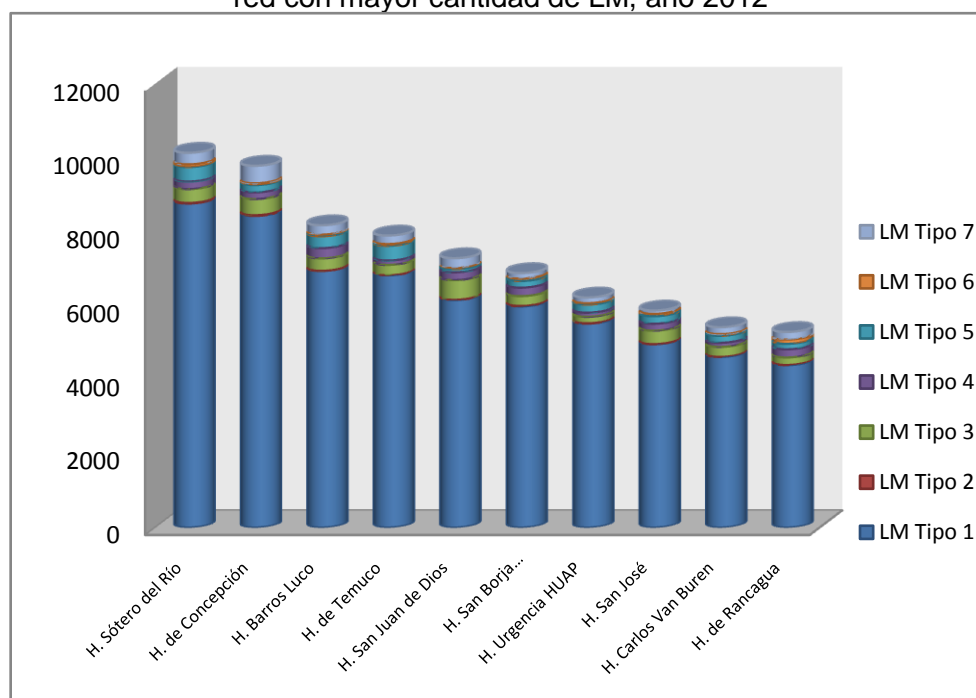


Tabla N°3: Tipos de licencias médicas en los 10 establecimientos autogestionados en red con mayor cantidad de LM, año 2012

EAR	N° licencias médicas	LM Tipo 1	LM Tipo 2	LM Tipo 3	LM Tipo 4	LM Tipo 5	LM Tipo 6	LM Tipo 7
H. Sótero del Río	10.140	8.768	16	375	204	392	74	311
H. de Concepción	9.789	8.433	19	438	180	197	49	473
H. Barros Luco	8.178	6.944	3	337	277	321	46	250
H. de Temuco	7.900	6.825	1	282	118	398	49	227
H. San Juan de Dios	7.287	6.157	6	533	211	87	28	265
H. San Borja Arriarán	6.884	5.984	12	267	229	179	67	146
H. Urgencia HUAP	6.225	5.519	9	176	111	217	39	154
H. San José	5.872	4.960	4	364	188	202	64	90
H. Carlos Van Buren	5.419	4.618	0	271	112	187	46	185
H. de Rancagua	5.290	4.395	4	203	221	149	115	203
Total LM según su tipo	72.984	62.603	74	3.246	1.851	2.329	577	2.304

Gráfico N°3: Tipos de licencias médicas en los 10 establecimientos autogestionados en red con mayor cantidad de LM, año 2012



La tasa de incapacidad promedio a nivel de los establecimientos autogestionados en red, es decir, el total de días de ausentismo por licencias médicas dividido por el total de trabajadores, es de 17 días por trabajador al año. De acuerdo a ello, el establecimiento que presenta la tasa más alta es el Hospital de Concepción con 21,5 días por trabajador y la menor tasa es del Hospital de Valdivia con 8,9 días por trabajador. Los diez establecimientos con mayor tasa de incapacidad del país presentan sobre los 19 días de ausencia por trabajador, los cuales son; el Hospital de Concepción con 21,5 días, el Hospital de urgencia HUAP 21,3 días, el Hospital El Pino 21,2 días, el Hospital de Viña del Mar Gustavo Fricke 21,1 días, el Hospital de Lota 20,8 días, el Hospital de Antofagasta 20,2 días, el Hospital San José 20 días, el Hospital de los Andes 19,6 días, el Hospital de Talcahuano 19,4 días y el Hospital Barros Luco 19 días, donde el 44% del total de días de ausentismo del grupo señalado se concentra en la Región Metropolitana con 4 hospitales a su haber, como se observa en la Tabla N°4.

Respecto a la tasa de frecuencia de las licencias médicas, el Hospital de Urgencias HUAP presenta la tasa de frecuencia más alta con 3,9 licencias médicas promedio por trabajador al año y la tasa más baja es del Instituto Traumatológico y el Hospital de Valdivia con 1,8 licencias por trabajador para ambos establecimientos. En promedio 6 establecimientos presentan una tasa de frecuencia superior a 3,5 licencias médicas anuales por trabajador, estos son; el Hospital de Antofagasta, el Hospital de Viña del Mar, el Hospital de Concepción, el Hospital de Temuco, el Hospital Sótero del Río y el Hospital HUAP.

La duración promedio de las licencias médicas, es decir la tasa de gravedad, fluctúa entre los 4,3 a 6,9 días de duración de cada licencia médica presentada por trabajador, observada en el Hospital de Arica y Hospital de Talcahuano respectivamente.

En promedio, el 67% de los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red se ausentó por incapacidad laboral el año 2012, presentando al menos una licencia médica al año. El mayor índice de prevalencia lo obtuvo el Hospital de Viña del Mar con un 75% de sus trabajadores ausentes por licencias médicas, y el menor índice el Instituto Traumatológico con 54%. Donde todos los establecimientos sin excepción presentaron un índice de prevalencia de ausentismo superior al 50%.

Tabla N°4: Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad, e índice de prevalencia por tipo establecimiento autogestionado en red

Establecimiento EAR	Población total EAR	Población ausente	N° licencia médica	N° días ausente	Tasa Incap. (TI)	Tasa Frec. (TF)	Tasa Grav. (TG)	Índice Prev. (IP)
Hospital de Arica	1.089	812	3.367	14.386	13,2	3,1	4,3	75%
Hospital de Iquique	1.324	916	4.260	20.287	15,3	3,2	4,8	69%
H. de Antofagasta	1.343	966	4.656	27.124	20,2	3,5	5,8	72%
H. de la Serena	952	593	2.369	14.019	14,7	2,5	5,9	62%
H. de Coquimbo	1.208	718	2.855	17.212	14,2	2,4	6,0	59%
H. de Ovalle	613	392	1.694	9.023	14,7	2,8	5,3	64%
H. Carlos Van Buren	1.895	1.239	5.419	32.389	17,1	2,9	6,0	65%
H. E. Pereira de Valparaíso	516	379	1.603	8.696	16,9	3,1	5,4	73%
H. de San Antonio	526	370	1.727	9.227	17,5	3,3	5,3	70%
H. de Viña del Mar	1.467	1.153	5.236	30.882	21,1	3,6	5,9	<b>79%</b>
H. de Quilpué	515	381	1.602	7.897	15,3	3,1	4,9	74%
H. de Quillota	607	387	1.435	8.092	13,3	2,4	5,6	64%
H. de San Felipe	682	466	1.953	11.845	17,4	2,9	6,1	68%
H. de los Andes	594	401	1.825	11.635	19,6	3,1	6,4	68%
H. de Rancagua	1.631	1.167	5.290	29.028	17,8	3,2	5,5	72%
H. de San Fernando	550	351	1.535	9.348	17,0	2,8	6,1	64%
H. de Talca	1.744	1.140	4.582	26.097	15,0	2,6	5,7	65%
H. de Curicó	975	616	2.213	12.877	13,2	2,3	5,8	63%
H. de Linares	828	556	2.344	14.892	18,0	2,8	6,4	67%
H. de Chillán	1.508	973	3.417	18.099	12,0	2,3	5,3	65%
H. de San Carlos	412	299	1.087	5.224	12,7	2,6	4,8	73%
H. de Concepción	2.804	1.986	9.789	6.0372	<b>21,5</b>	3,5	6,2	71%

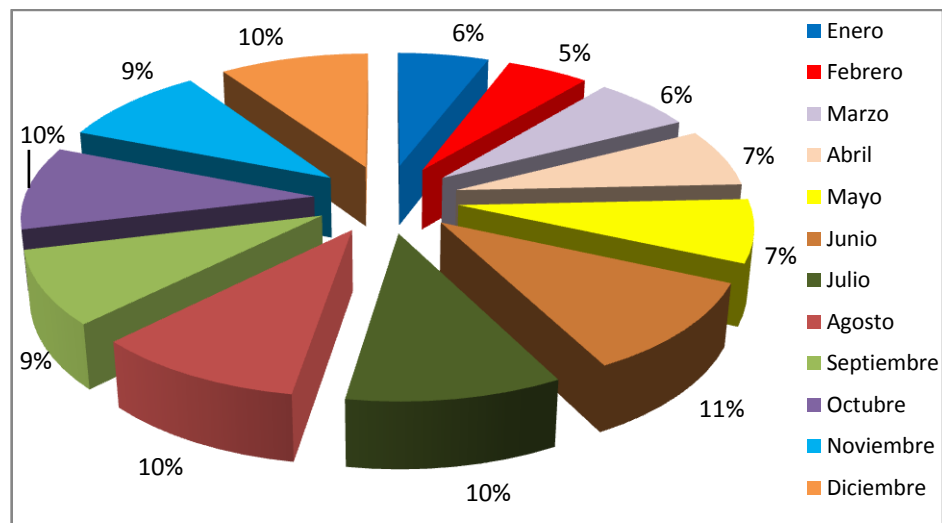
H. de Coronel	473	350	1.625	8.388	17,7	3,4	5,2	74%
H. de Lota	386	301	1.331	8.038	20,8	3,4	6,0	78%
H. de Talcahuano	1.519	975	4.281	29.451	19,4	2,8	<b>6,9</b>	64%
H. de Tomé	314	212	905	4.746	15,1	2,9	5,2	68%
H. de los Ángeles	1.566	983	4.115	26.290	16,8	2,6	6,4	63%
H. de Angol	468	353	1.475	8.195	17,5	3,2	5,6	75%
H. de Victoria	566	414	1.563	7.937	14,0	2,8	5,1	73%
H. de Temuco	2.243	1.618	7.900	42.321	18,9	3,5	5,4	72%
H. de Valdivia	1.615	903	2.856	14.379	8,9	1,8	5,0	56%
H. de Osorno	1.410	888	2.919	14.866	10,5	2,1	5,1	63%
H. Puerto Montt	1.615	949	4.069	23.471	14,5	2,5	5,8	59%
H. de Castro	535	375	1.603	7.678	14,4	3,0	4,8	70%
H. de Coyhaique	603	433	1.442	7.962	13,2	2,4	5,5	72%
H. de Punta Arenas	950	619	2.596	15.583	16,4	2,7	6,0	65%
H. del Salvador	1.709	1.095	4.754	27.159	15,9	2,8	5,7	64%
H. Luis Calvo Mackenna	1.051	613	2.376	13.883	13,2	2,3	5,8	58%
Inst. Neurocirugía	469	293	1.205	6.557	14,0	2,6	5,4	62%
Inst. Nacional de Tórax	468	328	1.375	7.816	16,7	2,9	5,7	70%
H. Luis Tisné	726	458	1.856	10.671	14,7	2,6	5,7	63%
Inst. Nacional de Geriatria	162	110	394	1.854	11,4	2,4	4,7	68%
Inst. Nacional de Rehabilitación	143	95	329	2.125	14,9	2,3	6,5	66%
H. San Borja Arriarán	2.229	1.493	6.884	37.764	16,9	3,1	5,5	67%
H. Urgencia HUAP	1.578	1.189	6.225	33.601	21,3	<b>3,9</b>	5,4	75%
H. Barros Luco	2.538	1.678	8.178	48.277	19,0	3,2	5,9	66%
H. Exequiel González	748	503	2.074	11.189	15,0	2,8	5,4	67%
H. El Pino	841	579	3.013	17.853	21,2	3,6	5,9	69%
H. San José	1.627	1.070	5.872	32.604	20,0	3,6	5,6	66%
H. Roberto del Río	1.049	681	3.174	17.317	16,5	3,0	5,5	65%
Inst. Psiquiátrico	671	455	1.837	9.795	14,6	2,7	5,3	68%
Inst. Oncológico	333	224	943	5.105	15,3	2,8	5,4	67%
H. San Juan de Dios	2.225	1.568	7.287	40.018	18,0	3,3	5,5	70%
Inst. Traumatológico	347	189	636	3.637	10,5	1,8	5,7	54%
H. de Melipilla	458	324	1.277	7.770	17,0	2,8	6,1	71%
H. Félix Bulnes	1.291	886	3.817	19.603	15,2	3,0	5,1	69%
H. Sótero del Río	2.829	1.997	10.140	51.031	18,0	3,6	5,0	71%

### 4.1.3 Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad del ausentismo laboral por mes ausente

Durante el año 2012, el mayor número de licencias médicas presentadas por los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red se registró en el mes de junio, con 19.545 licencias médicas equivalentes al 11% del total de licencias, seguido de los meses de julio, agosto, octubre y diciembre que concentraron el 10% de las licencias médicas por cada mes.

El mes de febrero fue el periodo que registró el menor número de licencias médicas, con un registro de 9.644 licencias equivalentes al 5% del total, tal como se observa en el gráfico N°4.

Gráfico N°4: Distribución porcentual de las licencias médicas según mes ausente



La tasa de incapacidad fue mayor para el mes de diciembre con 2,36 días promedio de ausencia por trabajador, por el contrario, febrero registró la menor tasa de incapacidad con 0,16 días de ausencia.

Respecto a la tasa de frecuencia, en la Tabla N°5 se puede observar que los cinco primeros meses del año presentaron en promedio 0,2 licencias médicas durante el año por trabajador, teniendo la mayor tasa de frecuencia el mes de junio (0,32) y la menor tasa el mes de febrero (0,16).

La duración de las licencias fue mayor en el mes de diciembre, con una tasa de gravedad de 8,30 días promedio de duración de cada licencia presentada y la tasas más bajas las presentaron los meses de marzo y mayo con 1 día de duración de cada licencia por trabajador.

Tabla N°5: Tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad por mes ausente

Mes ausente	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Tasa Incap. (TI)	Tasa Frec. (TF)	Tasa Grav. (TG)
Enero	61.538	3.571	10.681	16.456	0,27	0,17	1,54
Febrero	61.538	2.416	9.644	9.694	0,16	0,16	1,01
Marzo	61.538	4.110	11.719	11.749	0,19	0,19	1,00
Abril	61.538	5.692	12.330	12.430	0,20	0,20	1,01
Mayo	61.538	12.099	13.340	13.378	0,22	0,22	1,00
Junio	61.538	1.237	19.545	140.491	2,28	<b>0,32</b>	7,19
julio	61.538	1.438	18.703	141.762	2,30	0,30	7,58
Agosto	61.538	1.683	18.372	137.819	2,24	0,30	7,50
Septiembre	61.538	1.463	15.665	123.302	2,00	0,25	7,87
Octubre	61.538	1.975	17.770	135.709	2,21	0,29	7,64
Noviembre	61.538	2.150	17.310	135.454	2,20	0,28	7,83
Diciembre	61.538	3.628	17.505	145.341	<b>2,36</b>	0,28	<b>8,30</b>



## **4.2 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral, según características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo de los trabajadores ausentados**

En este segundo punto se presenta el análisis descriptivo del ausentismo laboral mediante algunas características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo, presentado por los trabajadores ausentados en los establecimientos autogestionados en red.

Cabe señalar que la descripción de estas características se realiza mediante la distribución de las licencias médicas y la prevalencia de trabajadores ausentados por variable estudiada, lo que permitirá una aproximación al perfil del trabajador ausente. La unidad de análisis son los 182.584 registros de licencia médicas presentadas entre el 01 de enero al 31 de diciembre 2012, por lo tanto, no se realiza una identificación individual por trabajador.

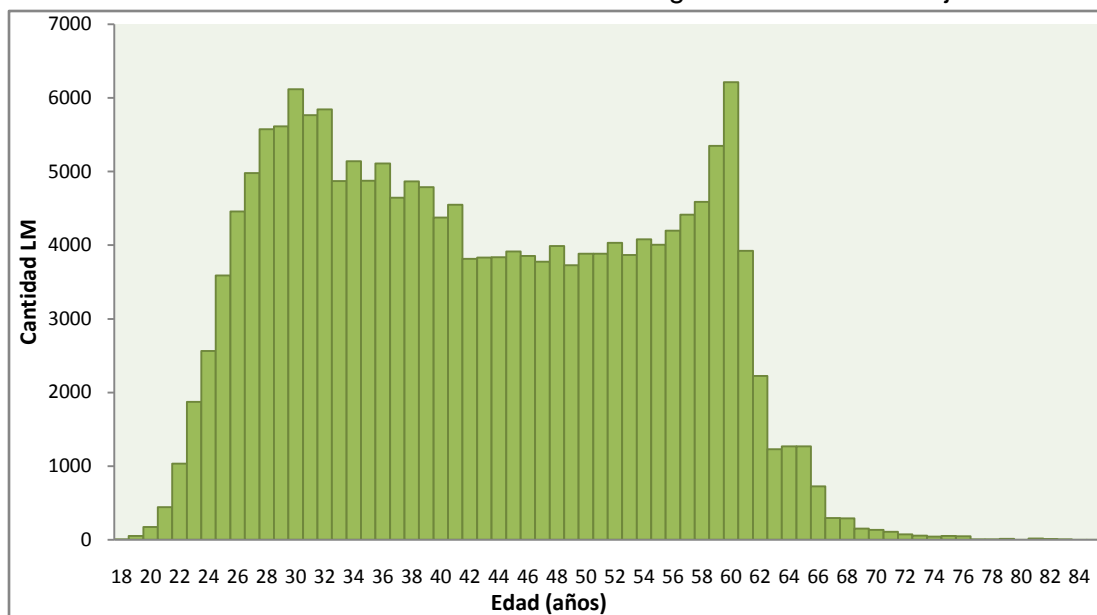
Con el propósito de observar también el comportamiento del ausentismo, se realizan comparaciones entre la distribución del número de licencias médicas por variable y la distribución del número total de trabajadores por la misma variable evaluada.

## 4.2.1 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de tipo sociodemográficas

### 4.2.1.1 Descripción de las Licencias Médicas por Edad

La edad media de los trabajadores que a lo largo del año 2012 registraron licencias médicas es de 42,6 años ( $\sigma=12,045$ ), con puntuación mediana de 41 años y una moda de 60 años. El rango de edad presentada comprende los valores entre los 18 y 86 años, tal como muestra el Gráfico N°5.

Gráfico N°5: Distribución de las licencias médicas según la edad del trabajador ausente

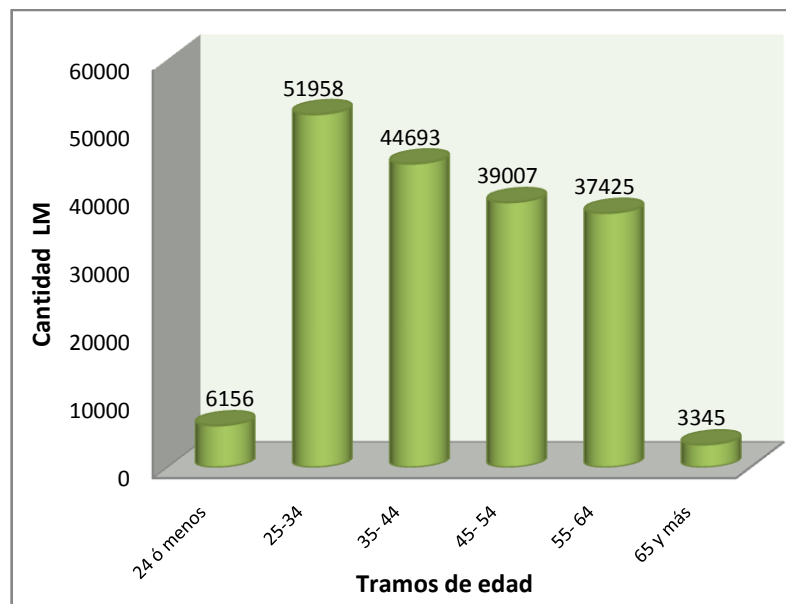


La distribución por edad refleja un aumento de licencias médicas en dos puntos, a los 60 años con 6.213 registros de LM y a los 30 años con 6.120 registros, manteniendo la mayor puntuación entre los 28 a 32 años de edad. Donde el comportamiento del ausentismo es fluctuante después de los 33 años y hasta los 58 años, y es a partir de los 68 años donde el número de licencias

comienza a disminuir progresivamente hasta el final de la permanencia de los trabajadores en los establecimientos.

También se analiza la distribución de licencias por edad como variable categórica. Para determinar los tramos etarios, se adopta como referencia la distribución empleada por el Instituto Nacional de Estadísticas INE para proyecciones de población. En el Gráfico N°6, se observa que el tramo de edad con mayor número de licencias es el de los 25 a 34 años (28,5%), seguido del tramo de 35 a 44 años (24,5%) y el tramo de 45-54 años (21,4%). El menor número de licencias se localiza en el tramo de los 65 y más años (1.8%) y de 24 ó menos años de edad (3,4%).

Gráfico N°6: Distribución de las licencias médicas según tramos de edad de los trabajadores ausentes



Respecto a la distribución del número de licencias médicas comparada con la distribución del personal total de los EAR por tramo de edad, se puede observar en la Tabla N°6 que esta distribución de licencias se aproxima al número de personas por grupo etario, aunque al ser analizadas

estadísticamente arroja diferencias significativas entre ambos grupos ( $t=3,62701903$ ;  $p=.000$ ).

El índice de prevalencia fue superior entre los 25 y 44 años de edad con un 69% de los trabajadores ausentados a causa médica, y el menor índice de prevalencia sobre la edad de jubilación a los 65 y más años, con un 56% de los trabajadores ausentados.

Tabla N°6: Distribución de licencias médicas por tramo de edad en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Tramos de edad	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
24 ó menos	2.375	1.472	6.156	35.341	62%
25- 34	16.306	11.332	51.958	295.790	<b>69%</b>
35- 44	15.105	10.358	44.693	234.470	<b>69%</b>
45- 54	14.509	9.535	39.007	202.633	66%
55- 64	11.808	7.966	37.425	233.272	67%
65 y más	1.435	799	3.345	22.079	56%
total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

#### 4.2.1.2 Descripción de las Licencias Médicas por Sexo

El índice de prevalencia fue superior en mujeres, donde el 74% de las trabajadoras que se desempeñaron el año 2012 presentaron al menos un día de licencia médica, a diferencia de los hombres, que alcanzaron un índice de prevalencia del 53%, tal como se observa en la Tabla N°7.

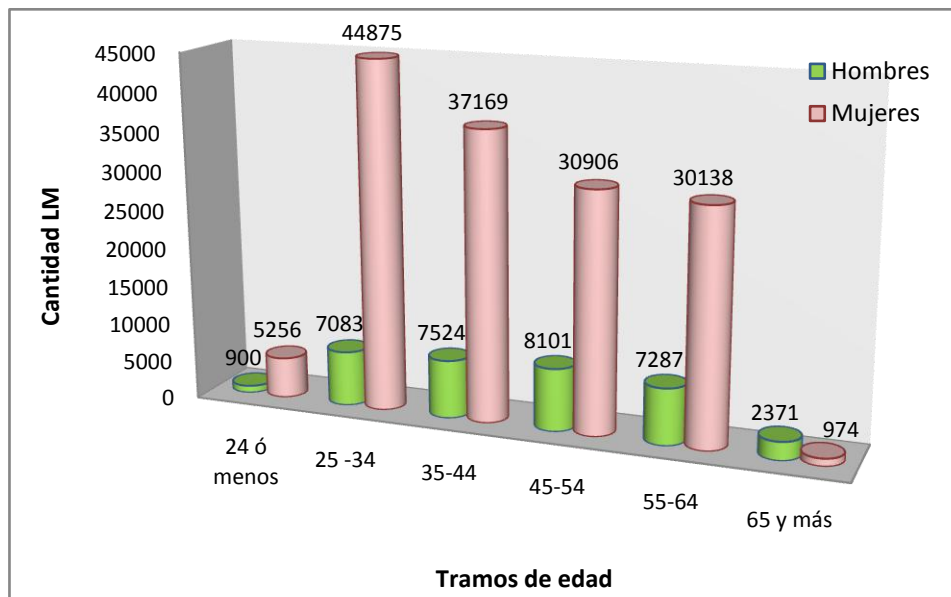
Del total de licencias médicas presentadas 182.584, 149.318 corresponde a mujeres (82%) y 33.266 a hombres (18%). Distribución del número de licencias significativamente diferente a la distribución global del personal por sexo ( $X^2= 0,21320992$ ;  $p=.000$ ), siendo el comportamiento del ausentismo superior en mujeres respecto a hombres.

Tabla N°7: Distribución de licencias médicas por sexo en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Sexo	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
Hombre	18.965	9.970	33.266	164.924	53%
Mujer	42.573	31.492	149.318	858.661	<b>74%</b>
Total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

La edad media de las mujeres que presentaron licencia médica el año 2012 es 41,9 años y la edad media de los hombres 45,8 años. Con la finalidad de analizar mejor estas diferencias, la variable edad se considera categórica a través de los tramos de edad, donde se observan diferencias significativas por sexo en cada tramo de edad ( $\chi^2=138,5858637$ ;  $p=.000$ ).

Gráfico N°7: Distribución de las licencias médicas según sexo y tramos de edad de los trabajadores ausentes



En el Gráfico N°7 se observa que las mujeres presentaron mayor cantidad de licencias médicas entre los 25-34 años, en comparación a los hombres que presentaron la mayor cantidad de licencias entre los 45-54 años de edad.

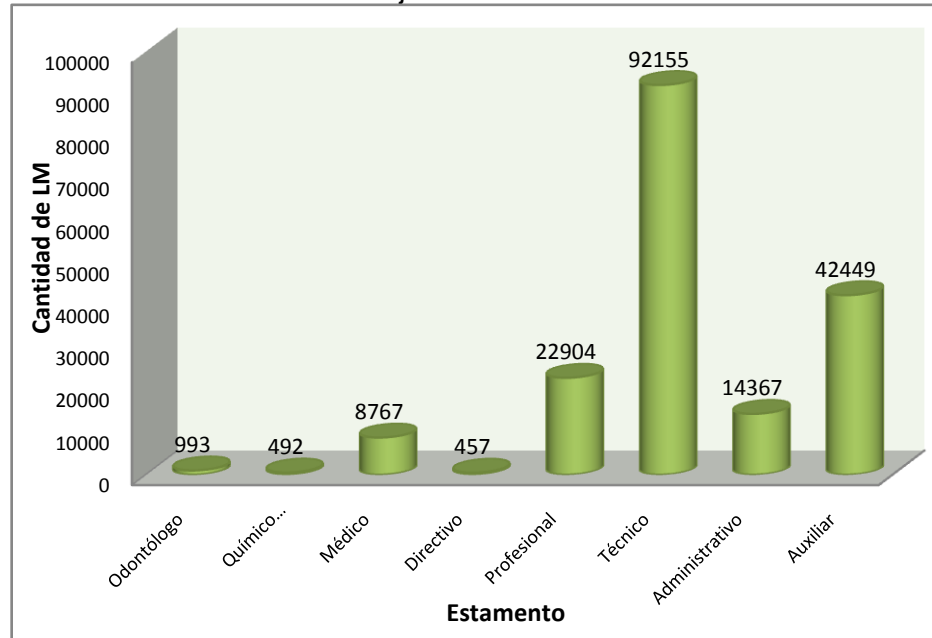
## **4.2.2 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de condiciones de empleo**

### **4.2.2.1 Descripción de las Licencias Médicas por Estamento**

La variable estamento se describe según la planta a la cual pertenece cada trabajador contratado, es decir, los trabajadores bajo el Estatuto Administrativo de la Ley 18.834 pertenecen a uno de los cinco estamentos; administrativo, auxiliar, directivo, profesional y técnico. Los trabajadores bajo la Ley 15.076 y la Ley 19.664 pertenecen a uno de los cinco estamentos; médico-cirujanos, farmacéuticos o químico farmacéutico, bioquímicos, cirujanos dentistas y en ciclo de destinación, que para efectos de este estudio se homologaron a los siguientes estamentos: médico, odontólogo, químico farmacéutico y bioquímico y aquellos en ciclo de destinación en médicos, por lo tanto, se definieron 8 estamentos para el análisis.

En el Gráfico N°8 se observa la distribución de las licencias según los estamentos al cual pertenecen los trabajadores ausentados, donde la mayor cantidad se concentra en los técnicos con 92.155 registros (50,5%) y los auxiliares con 42.499 (23,2%). Los Directivos, Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos presentaron la menor cantidad de licencias médicas el año 2012, con 457 registros y 492 respectivamente, equivalentes al 0,3% para cada estamento. Esta distribución de licencias médicas respecto a la distribución total de trabajadores por estamento resultó estadísticamente diferente ( $X^2=2,511235$ ;  $p=.000$ ).

Gráfico N°8: Distribución de las licencias médicas según estamento de los trabajadores ausentes

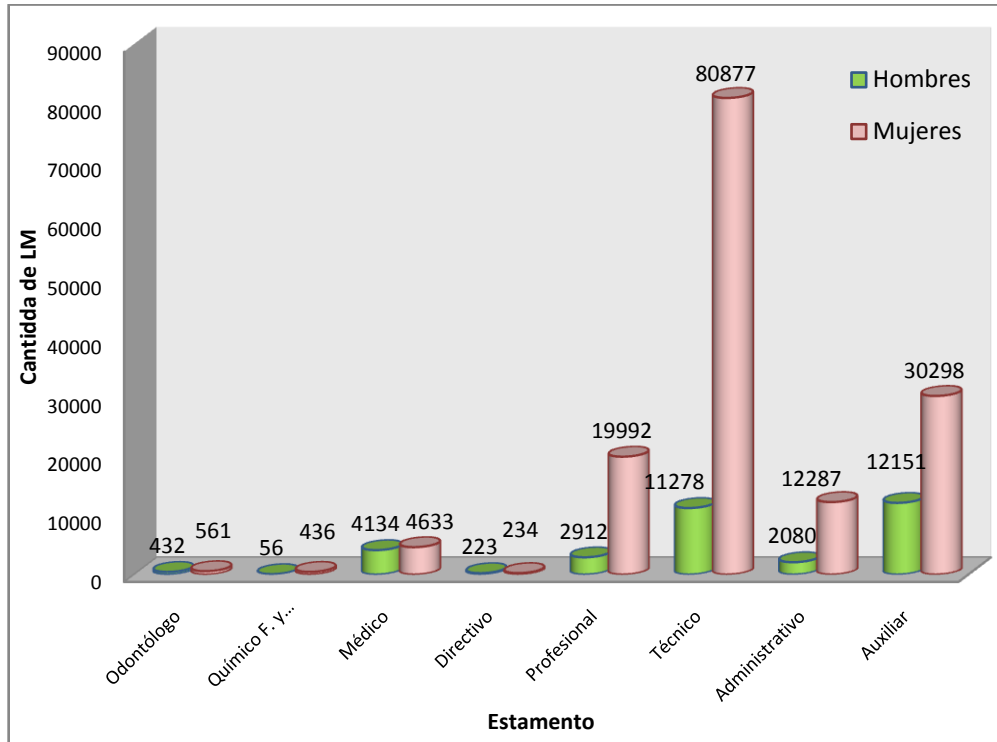


En relación a la prevalencia de trabajadores ausentados por estamento, se observa en la Tabla N°8, que el mayor índice de prevalencia lo alcanzó el estamento Auxiliar (93%), seguido por el Técnico (89%) y el Administrativo (53%), inversamente, el menor índice lo obtuvo el estamento Médico (34%).

Tabla N°8: Distribución de licencias médicas por estamento en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Estamento	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
Odontólogo	707	306	993	4.753	43%
Químico Farmacéutico y Bioquímico	388	165	492	2.744	43%
Médico	8.733	2.980	8.767	42.941	34%
Directivo	400	156	457	2.457	39%
Profesional	13.404	6.087	22.904	124.043	45%
Técnico	22.007	19.611	92.155	531.681	89%
Administrativo	6.615	3.510	14.367	77.416	53%
Auxiliar	9.284	8.647	42.449	237.550	<b>93%</b>
Total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

Gráfico N°9: Distribución de las licencias médicas según estamento y sexo de los trabajadores ausentes



En relación a la distribución de las licencias médicas según estamento y sexo, se puede señalar que las mujeres concentran la mayor cantidad de licencias médicas en el estamento Técnico, por el contrario, los hombres concentran la mayor cantidad de licencias médicas en el estamento Auxiliar.

#### 4.2.2.2 Descripción de las Licencias Médicas por Calidad Jurídica

El estado de contratación de los trabajadores que pertenecen a los establecimientos autogestionados está establecido por tres modalidades, la calidad jurídica de titular que significa a plazo indefinido, la calidad de contrata



que equivale a un contrato a plazo fijo renovable anualmente y el contrato suma alzada honorarios, este último grupo excluido de este estudio.

Las licencias médicas presentadas el año 2012 por los trabajadores en calidad de contrata fueron levemente superiores 94.100 (51,5%) comparado con las licencias presentadas por los trabajadores en calidad de titular 88.484 (48,5%). Contrariamente, la prevalencia de trabajadores ausentes fue superior un 70% en el personal titular, por sobre un 65% en el personal a contrata, tal cual lo señala la Tabla N°9.

Acerca de la distribución de las licencias medicas por calidad jurídica comparada con la distribución del total de trabajadores de los establecimientos por calidad jurídica, estas distribuciones son estadísticamente diferentes entre ambos grupos ( $t=16,23697329$ ;  $p=.000$ ).

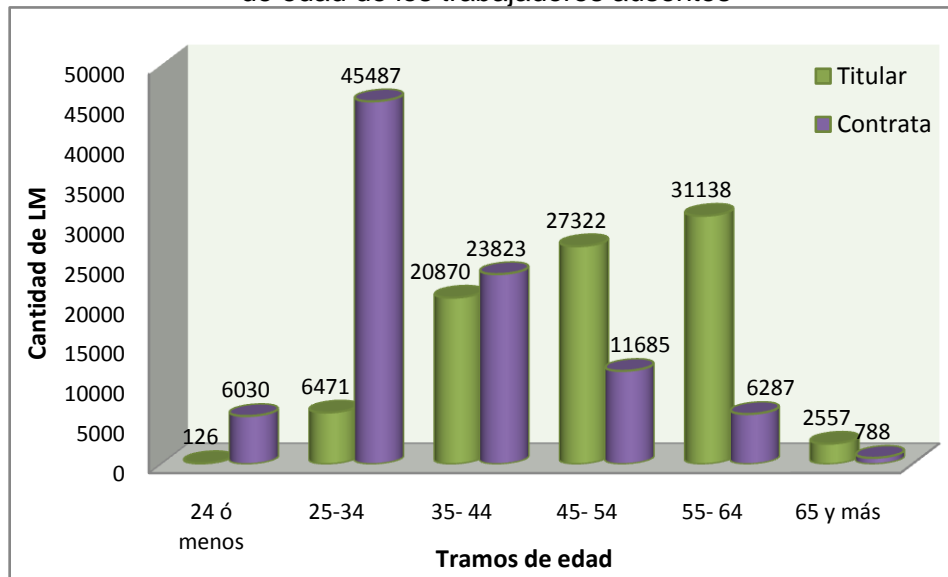
Tabla N°9: Distribución de licencias médicas por calidad jurídica en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Calidad jurídica	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
Titular	27.498	19.326	88.484	508.488	<b>70%</b>
Contrata	34.040	22.136	94.100	515.097	65%
Total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

La distribución de las licencias médicas también fueron analizadas mediante la calidad jurídica y tramos de edad de los trabajadores, determinado que el comportamiento del ausentismo por incapacidad laboral, entre los trabajadores a contrata y titulares a medida que avanzan en edad es diferente entre ambos grupos. Es decir, los trabajadores a contrata alcanzan el mayor registro de licencias médicas entre los 25-34 años de edad, para luego decrecer paulatinamente hasta llegar a la edad de jubilación. Por el contrario, los trabajadores titulares presentan un mayor registro de licencias médicas a medida que avanzan en edad comenzando un alza entre los 35-44 años,

alcanzando su peak entre los 55-64 años de edad, como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N°10: Distribución de las licencias médicas según calidad jurídica y tramo de edad de los trabajadores ausentes



#### 4.2.2.3 Descripción de las Licencias Médicas por Horas Semanales de Contratación

Las horas semanales de contratación para los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red está regulada por los estatutos administrativos de las leyes 15.076, 19.664 y 18.834, las cuales permiten la siguiente cantidad de horas semanales de contratación; 11 hrs., 22 hrs., 33 hrs., 44 hrs., 28 hrs. y 50 hrs. Estas dos últimas categorías corresponden a jornadas de médicos, donde 50 horas, es la sumatoria de jornadas de 22 y 28 horas, el máximo permitido.

La distribución del total de licencias médicas según la cantidad de horas semanales de contratación por trabajador, presenta una mayor proporción de licencias en la jornada de 44 horas semanales (93,7%), seguido de la jornada de 22 hrs (2,6%), la jornada de 50 hrs. (1,7%), la jornada de 11 hrs (1,7%) y finalmente las menores proporciones de licencias se registran en las jornadas de 28 y 33 hrs. con un 0,6% para cada categoría, como se visualiza en la Tabla N°10. La distribución del número de estas licencias médicas en relación a la distribución del número de trabajadores según las horas de contratación es significativamente diferente entre ambos grupos ( $t=1703,70635$ ;  $p=.000$ ).

Respecto a la prevalencia de trabajadores ausentes según la jornada de horas que se desempeñan en la semana, el 94% de los trabajadores que realizan 50 hrs semanales presentaron al menos un día de licencia médica, seguidos por el 72% de los trabajadores que se desempeñan 44 hrs. Al contrario, el 17% de los trabajadores en jornada de 28 hrs. se ausentó por enfermedad, donde el mayor y menor índice de prevalencia corresponde solo a médicos.

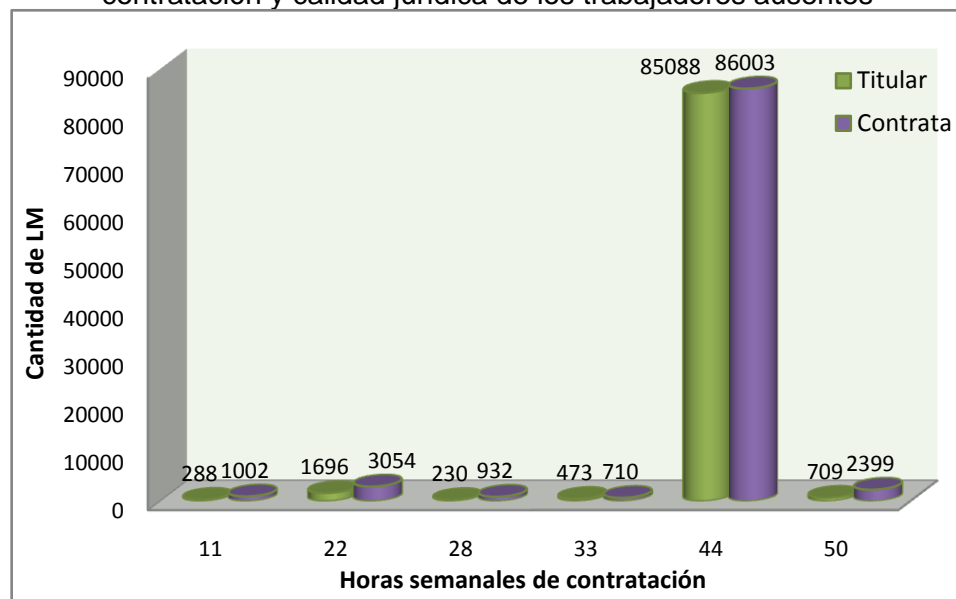
Tabla N°10: Distribución de licencias médicas por horas semanales de contratación en la población ausente y población total de los establecimientos autogestionados en red

Hrs semanales de contratación	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
11	1.546	481	1.290	6.286	31%
22	3.560	1.631	4.750	22.649	46%
28	2.380	393	1.162	6.286	17%
33	796	386	1.183	6.016	48%
44	52.156	37.541	171.091	967.096	72%
50	1.100	1.030	3.108	15.252	<b>94%</b>
Total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

En el gráfico N°11 se señala la distribución de las licencias médicas según horas semanales de contratación y calidad jurídica. Donde cada categoría de

horas semanales presenta mayor cantidad licencias médicas en los trabajadores contratados a plazo fijo por sobre los trabajadores contratados indefinidamente, siendo mayor el número de licencias médicas presentadas en la jornada de 44 hrs. independiente de la calidad de contratación.

Gráfico N°11: Distribución de las licencias médicas según horas semanales de contratación y calidad jurídica de los trabajadores ausentes



#### 4.2.2.4 Descripción de las Licencias Médicas por Unidad de Dependencia

Las unidades de dependencia corresponden al lugar donde el trabajador desempeña sus funciones, para el presente análisis se homologaron a las denominaciones empleadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS). En la versión original de la base de datos del SIRH, se hallaron 440 codificaciones para describir estas unidades en los establecimientos autogestionados en red, las cuales se agruparon en 10 categorías como se describe en la siguiente tabla:

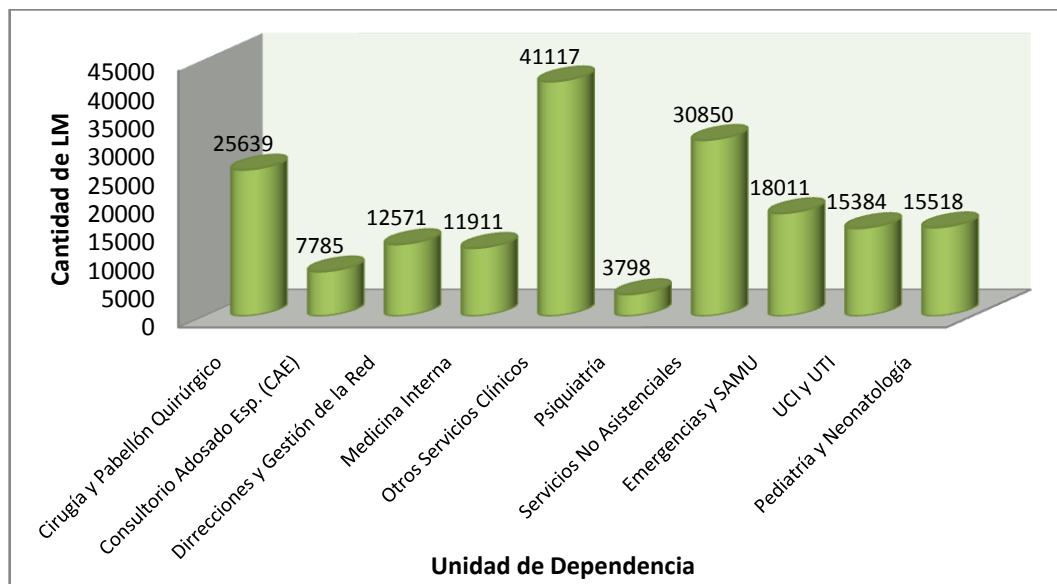
Tabla N°11: Descripción de las unidades de dependencia y la distribución de licencias médicas en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Unidades de dependencia	Unidades originales agrupadas para análisis	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
Cirugía y Pabellón Quirúrgico	Incluye todos los tipos de cirugías y pabellones quirúrgicos disponibles.	7.322	5.554	25.639	144.442	76%
Consultorio Adosado Especialidad (CAE)	Incluye los policlínicos y sus servicios medico-asistenciales disponibles en la atención abierta (ambulatoria).	3.370	1.703	7.785	40.847	51%
Direcciones y Gestión de la Red	Incluye direcciones, subdirecciones, jefaturas de departamento, unidades de gestión de diversas áreas clínicas.	4.985	3.235	12.571	70.341	65%
Servicios Médicos	Incluye los servicios médicos-asistenciales disponibles en la atención cerrada (hospitalización).	8.496	2.455	11.911	67.301	29%
Otros Servicios Clínicos	Incluye hematología, banco de sangre, laboratorio clínico, imagenología, medicina física y rehabilitación, anatomía patológica, odontología y oncología (cuidados paliativos, radio y quimioterapia).	10.543	10.038	41.117	230.037	<b>95%</b>
Psiquiatría	Incluye la atención de salud mental en la atención abierta y cerrada.	1.347	891	3.798	18.861	66%
Servicios No Asistenciales	Incluye todas las unidades de administración interna, servicios básicos, movilización y abastecimiento	10.621	7.253	30.850	169.765	68%
Emergencias y SAMU	Corresponde a los servicios de emergencias adulto e infantil y servicio de atención médica de urgencia (SAMU)	7.120	3.808	18.011	101.654	53%
UCI y UTI	Unidad Cuidados Intensivos (UCI) y Tratamiento Intermedio (UTI)	3.486	3.297	15.384	89.979	<b>94%</b>
Pediatría y Neonatología	Todos los servicios médicos-asistenciales del niño menor de 15 años y servicios del recién nacido en la atención abierta y cerrada.	4.248	3.228	15.518	90.358	67%

La unidad que realiza “Otros Servicios Clínicos” alcanzó la mayor cantidad de licencias médicas presentadas el año 2012, equivalentes al 22,5% del total de LM, seguido de los “Servicios No Asistenciales” con 16,9% y las unidades de “Cirugía y Pabellones Quirúrgicos” con un 14%. Contrariamente, la unidad de dependencia que presentó la menor cantidad de licencias médicas fue “Psiquiatría” con un 2,1% del total de LM, tal como lo señala el gráfico N°12.

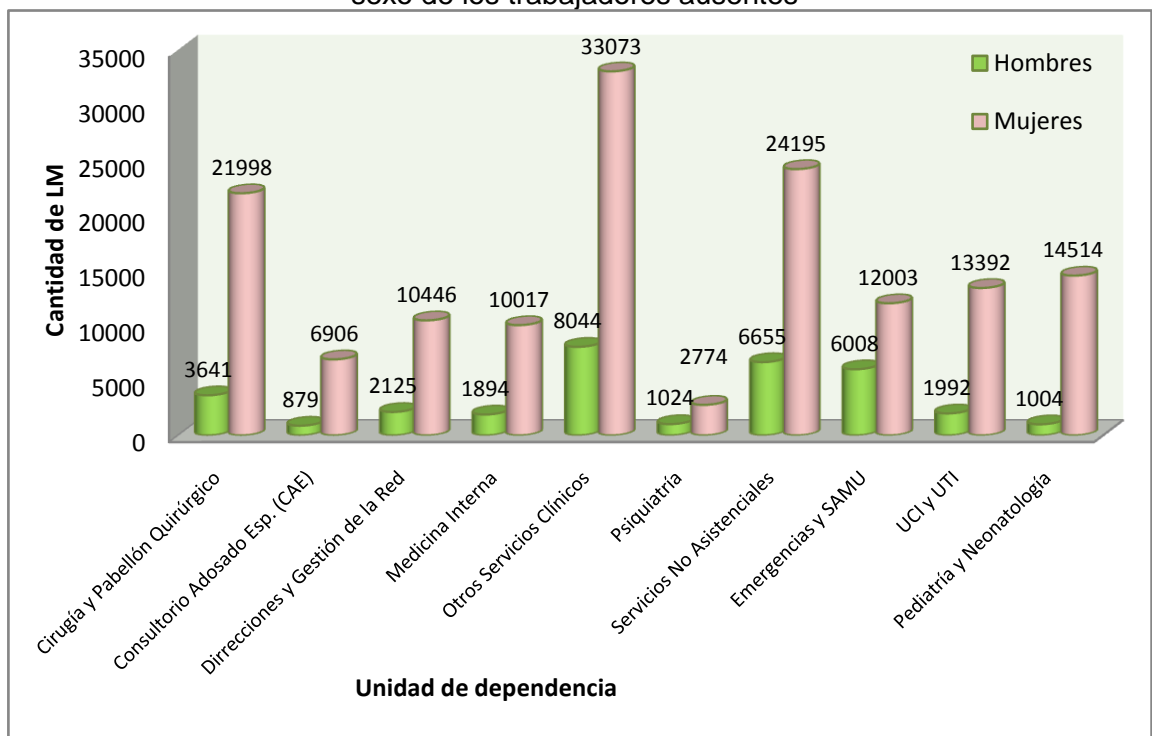
Esta distribución de licencias al ser analizada según el número total de trabajadores que pertenecen a las distintas unidades de los establecimientos autogestionados, presenta diferencias significativas en cuanto a su distribución ( $t=-14,1878885$ ;  $p=.000$ ), ya que, la mayor proporción de trabajadores pertenecen mayormente en forma decreciente a las unidades “Servicios No Asistenciales”, “Otros Servicios Clínicos” y “Servicios Médicos”, distinto a la distribución de las LM.

Gráfico N°12: Distribución de las licencias médicas según unidad de dependencia a la cual pertenecen los trabajadores ausentes



El índice de prevalencia fue superior en “Otros Servicios Clínicos” con un 95% de sus trabajadores ausentados a causa de enfermedad y en “UCI y UTI” con el 94% de sus trabajadores ausentados. Contrariamente el menor índice de prevalencia lo obtuvo la unidad de “Servicios Médicos” con un 29% de sus trabajadores ausentados, tal como lo señala la Tabla N°11.

Gráfico N°13: Distribución de las licencias médicas según unidad de dependencia y sexo de los trabajadores ausentes



Al evaluar la distribución de las licencias médicas presentadas por los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red por unidad de dependencia y sexo, se puede observar que, los hombres que se ausentaron pertenecían principalmente en forma decreciente a las unidades de “Otros Servicios Clínicos”, “Servicios No Asistenciales”, y “Emergencias y SAMU”, por otro lado, las mujeres que se ausentaron pertenecían principalmente a “Otros

Servicios Clínicos”, “Servicios No Asistenciales”, y “Cirugía y Pabellón Quirúrgico”, como se observa el Gráfico N°13.

#### 4.2.2.5 Descripción de las Licencias Médicas por Remuneración Líquida

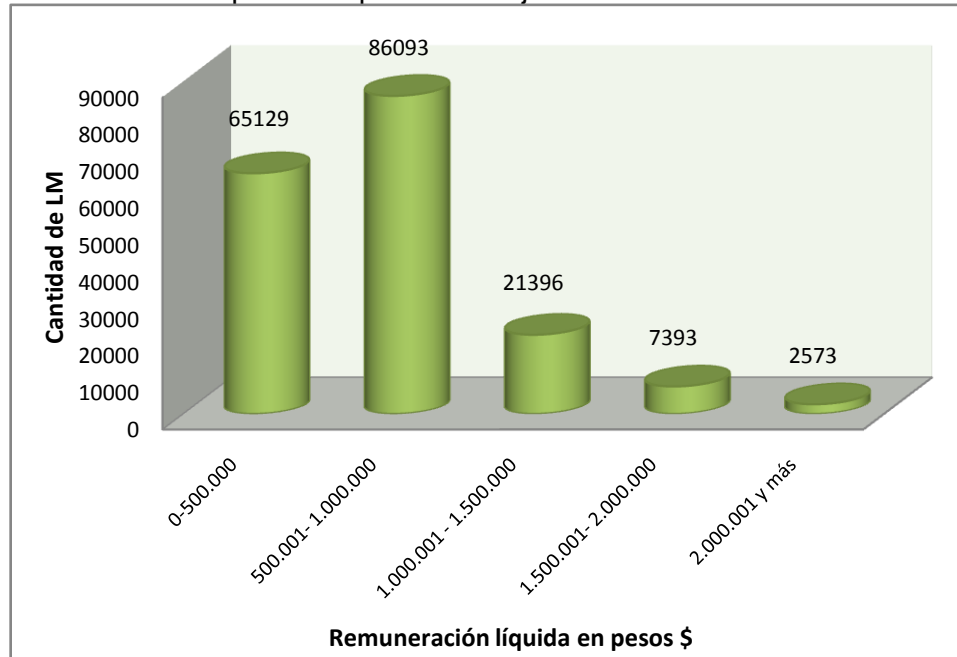
La remuneración líquida corresponde a la remuneración efectiva percibida por cada trabajador de los establecimientos autogestionados, la cual resulta de la resta de los descuentos legales a la remuneración bruta total. Para el análisis de esta variable se extrajeron las planillas de remuneraciones desde el SIRH, con fecha de corte 31 de diciembre 2012, excluyendo las bonificaciones registradas en forma individual, utilizando como único criterio los registros de remuneración líquida. Además, para determinar el sueldo mínimo aceptado, se tomó como parámetro la mínima remuneración líquida percibida por un trabajador auxiliar en grado 31° a 44 horas, que corresponde al sueldo más bajo de un trabajador en un EAR el año 2012, equivalente a \$124.385 pesos.

La remuneración líquida promedio percibida por los trabajadores que se ausentaron por incapacidad laboral durante el año 2012 fue de \$704.083 pesos ( $\sigma= 402651,495$ ) con una mediana de \$573.129 y una moda de \$229.226. El rango de remuneración líquida presentada considera como valor mínimo \$148.981 pesos y valor máximo \$5.212.226 pesos.

Con el propósito de analizar las remuneraciones como variable categórica, se definen cinco tramos de remuneraciones, utilizando como referencia estudios desarrollados por el Instituto Nacional de Estadísticas INE. En el Gráfico N°4 se puede observar que el tramo de remuneración líquida con mayor número de licencias médicas es de \$500.001-1.000.000 pesos (47,2%), seguido del tramo de \$0-500.000 pesos (35,7%). La menor frecuencia de licencias se presenta en el tramo \$ 2.000.001 y más pesos (1,4%).



Gráfico N°14: Distribución de las licencias médicas según remuneración líquida percibida por los trabajadores ausentes



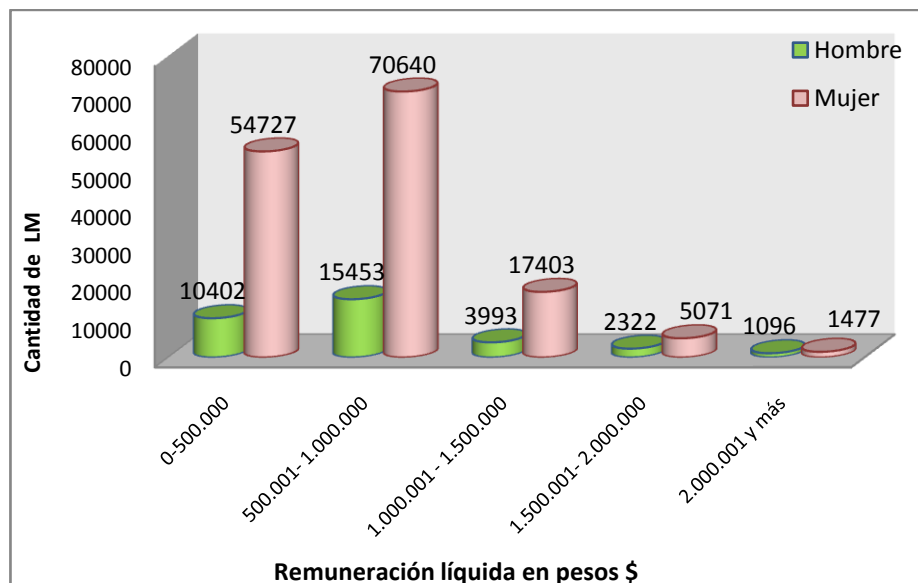
En relación a la comparación de la distribución de estas licencias médicas por tramo de remuneración líquida, con la distribución del personal total de los EAR, se puede señalar que no es posible realizar esta comparación estadísticamente, debido a que no se dispone de la dotación EAR por tramo, a causa de la exclusión de 18.532 trabajadores por falta de registros para esta variable. Misma Razón por la cual no se puede determinar el índice de prevalencia para cada tramo, pero se puede observar mediante la Tabla N°12, que de 61.538 trabajadores desempeñados en los establecimientos el 2012, el 33% de los trabajadores que percibieron entre \$500.001-1.000.000 se ausentaron debido a enfermedad, contrariamente 1,3% de los trabajadores que percibieron \$2.000.001 y más, se ausentaron en menor proporción.

Tabla N°12: Distribución de las licencias médicas por remuneración líquida para la población ausente de los establecimientos autogestionados en red

Remuneración líquida	Población EAR ausente	N° licencias médicas	N° días ausente
\$ 0-500.000	11.845	65.129	391.536
\$ 500.001- 1.000.000	<b>20.242</b>	86.093	474.596
\$ 1.000.001 -1.500.000	6.096	21.396	111.107
\$ 1.500.001- 2.000.000	2.467	7.393	33.553
\$ 2.000.001 y más	812	2.573	12.793
Total	41.462	182.584	1.023.585

En el caso del análisis de la distribución de licencias médicas por tramo de remuneración líquida y sexo, se puede señalar que los trabajadores ausentados que presentaron mayor cantidad de licencias el año 2012, eran mujeres que percibían entre \$500.001-1.000.000 pesos, por el contrario, los trabajadores con menos licencias eran hombres que percibían más de \$2.000.001 pesos. Donde el ausentismo por incapacidad laboral disminuye a medida que se incrementa la remuneración líquida percibida, tal cual se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N°15: Distribución de las licencias médicas según tramo de remuneración líquida y sexo de los trabajadores ausentes



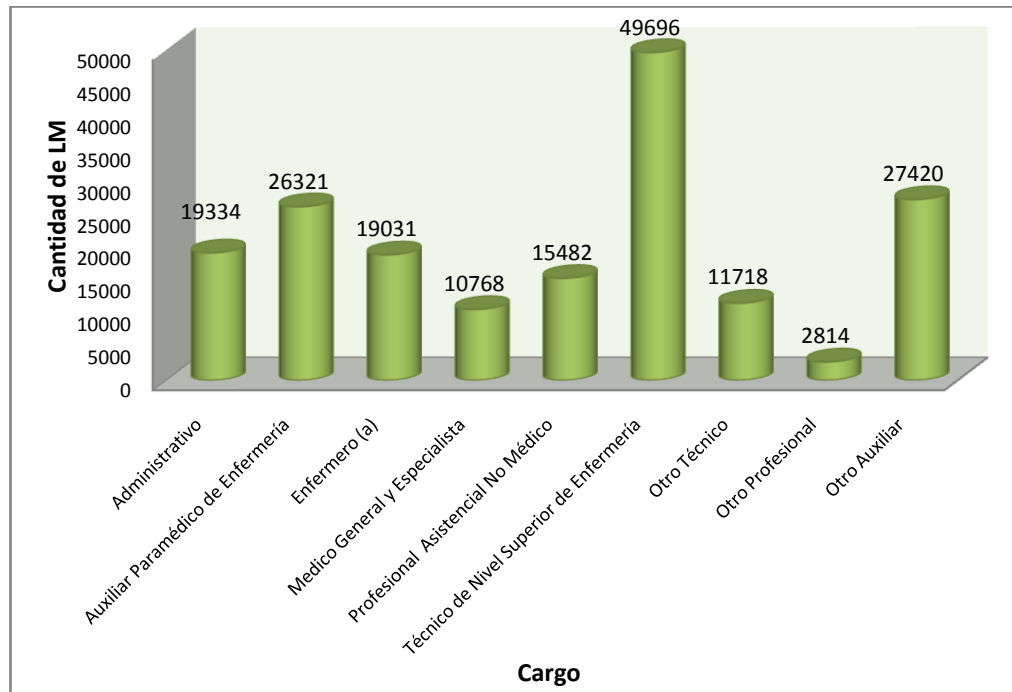
### **4.2.3 Descripción del ausentismo por incapacidad laboral según características de condiciones de Trabajo**

#### **4.2.3.1 Descripción de las Licencias Médicas por Cargo**

El cargo corresponde a la función desempeñada por los trabajadores de los establecimientos autogestionados, lo cual es regulado por los Estatutos Administrativos de las Leyes 15.076, 19.664 y 18.834. En la versión original extraída del SIRH se identificaron 126 códigos para describir los cargos, los cuales fueron agrupados para su análisis en 9 categorías, considerando la clasificación de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) para definir médicos generales y especialistas, y los estatutos para el resto de los funcionarios.

En el gráfico N°16 se puede observar que la mayor cantidad de licencias médicas las presentaron los técnicos de nivel superior de enfermería, equivalentes al 27,2%, seguidos de otros auxiliares con un 15% y los auxiliares paramédicos de enfermería con un 14,4%. Donde la menor cantidad de licencias fue presentada por otros profesionales, con un 1,5% de licencias.

Gráfico N°16: Distribución de las licencias médicas según cargo de los trabajadores ausentes



Esta misma distribución de licencias al ser valorada según la distribución total del personal de los EAR, como se puede apreciar en la Tabla N°13, presenta una distribución significativamente diferente por cargo ( $t=-9,74834797$ ;  $p=.000$ ), ya que, la mayor dotación de los EAR está concentrada en los Técnicos de Nivel Superior de Enfermería, seguido de los Médicos Generales y Especialistas, y Otros Auxiliares. A pesar que los Técnicos de Nivel Superior de Enfermería son más numerosos y presentaron más licencias médicas que otros cargos, al evaluar su índice de prevalencia se puede observar que no representan la mayor prevalencia de trabajadores ausentes (78%) a diferencia de Otros Técnicos que alcanzaron un índice de prevalencia superior (81%).

Tabla N°14: Distribución de licencias médicas por cargo en la población ausente y la población total de los establecimientos autogestionados en red

Cargo	Población total EAR	Población ausente	N° licencias médicas	N° días ausente	Índice de Prev. (IP)
Administrativo	6.707	4.617	19.334	105.613	69%
Auxiliar Paramédico de Enfermería	6.513	5.172	26.321	153.619	79%
Enfermero (a)	6.877	4.800	19.031	103.019	70%
Médico General y Especialista	8.495	3.612	10.768	52.516	43%
Profesional Asistencial No Médico	7.365	4.476	15.482	81.709	61%
Técnico de Nivel Superior en Enfermería	12.527	9.779	49.696	298.892	78%
Otro Técnico	2.862	2.307	11.718	64.990	<b>81%</b>
Otro Profesional	2.028	923	2.814	13.924	46%
Otro Auxiliar	8.164	5.776	27.420	149.303	71%
Total	61.538	41.462	182.584	1.023.585	67%

#### 4.2.3.2 Descripción de las Licencias Médicas por Turno

La variable turno corresponde al sistema de horarios al cual está afecto el trabajador para cumplir su jornada laboral, las cuales se definen en dos categorías:

- Con Turno: son aquellos trabajadores afectos a la Ley 18.834 que realizan tercer turno (dos días 12 horas diurnas, dos noches 12 horas y dos días libres) o realizan cuarto turno (una jornada diurna de 12 horas, luego una jornada nocturna de la misma duración para después acceder a dos días libres).
- Sin Turno: son aquellos trabajadores que se desempeñan durante el día de lunes a viernes, sin exceder las 9 horas diarias.

La distribución de las licencias médicas presentadas por los trabajadores de los establecimientos autogestionados en red, es superior un 89,5% (163.448 LM) en los trabajadores que realizan turno, comparado con un 10,5% (19.136 LM) en los trabajadores que no realizan turno y se desempeñan en jornada diurna, como se observa en la Tabla N°15:

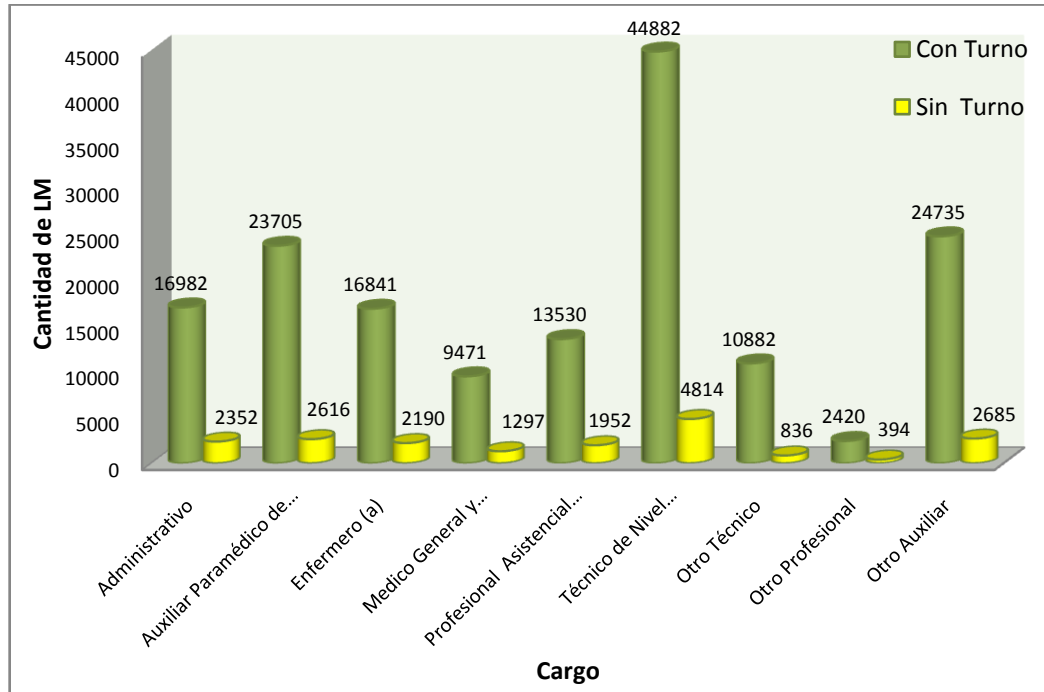
Tabla N°15: Distribución de las licencias médicas por turno para la población ausente de los establecimientos autogestionados en red

Turno	Población EAR ausente	N° licencias médicas	N° días ausente
Sin turno	1.391	19.136	137.187
Con Turno	<b>40.071</b>	163.448	886.398
Total	41.462	182.584	1.023.585

Al analizar la distribución de licencias médicas por trabajadores que realizan o no turno, comparadas con la distribución del personal total de los EAR, se puede observar que distribución de licencias sigue una distribución similar a las dotaciones para ambos grupos, que no pueden ser comparadas estadísticamente por no contar con las dotaciones por cada grupo, al igual que en la variable remuneración líquida.

En el Gráfico N°17 se visualiza la distribución de licencias médicas agrupadas por cargo y turno, donde el mayor ausentismo por incapacidad laboral lo poseen los Técnicos de Nivel Superior de Enfermería con turno (24%) y por el contrario, el menor ausentismo lo poseen Otros Profesionales sin turnos asignados (0,2%). El resto de los cargos que realizan turnos presentaron un alto registro de licencias médicas que en forma decreciente se distribuyen, en segundo lugar el cargo de Otro Auxiliar (24.735 LM), y en tercer lugar el Auxiliar Paramédico de Enfermería (23.705 LM).

Gráfico N°17: Distribución de las licencias médicas según turno y cargo de los trabajadores ausentes



### **4.3 Comparación de las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de trabajo y condiciones de empleo entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral**

En el presente bloque se realiza la inferencia estadística para probar las hipótesis estadísticas que comparan las características sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral. Para ello, se utiliza la prueba t-Student para dos muestras independientes que se distribuyen en forma normal, suponiendo varianzas iguales o desiguales según corresponda a cada variable, a un nivel de significación del 5% ( $\alpha=0.05$ ). Realizando el análisis estadístico mediante Microsoft Office Excel 2007.

#### ***Hipótesis Estadística de Investigación***

**H0**<sup>1</sup>: Las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y de trabajo presentadas por los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red, son semejantes a las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y de trabajo presentadas por los trabajadores no ausentados por incapacidad laboral en los mismos establecimientos, durante el año 2012.

**H1**<sup>1</sup>: Las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y de trabajo presentadas por los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red, son diferentes a las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de



empleo y de trabajo presentadas por los trabajadores no ausentados por incapacidad laboral en los mismos establecimientos, durante el año 2012.

## Hipótesis sobre las características sociodemográficas

### Edad

H0: La distribución por edad de los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red, es similar a la distribución por edad de los trabajadores no ausentados en los mismos establecimientos.

H1: La distribución por edad de los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red, es diferente a la distribución por edad de los trabajadores no ausentados en los mismos establecimientos.

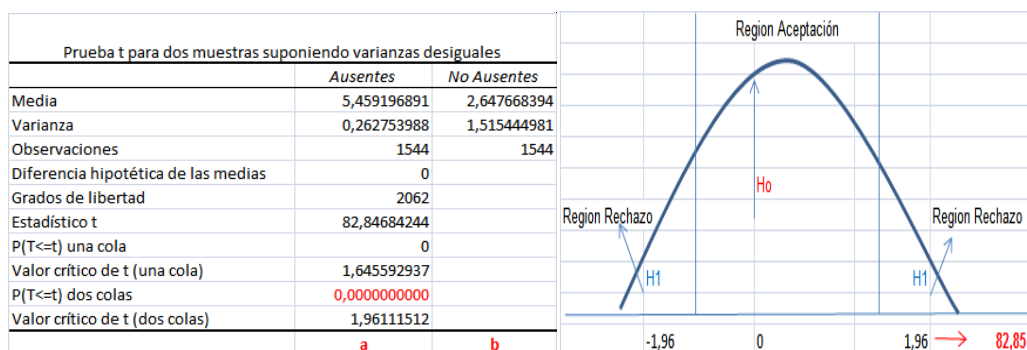


Figura 1: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por edad de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa en la distribución por edad entre los trabajadores

ausentados y no ausentados por incapacidad laboral, de los establecimientos autogestionados en red.

## Sexo

H0: La distribución por sexo de los trabajadores ausentados por incapacidad laboral es igual a la distribución por sexo de los trabajadores no ausentados por la misma causa, en los establecimientos autogestionados en red.

H1: La distribución por sexo de los trabajadores ausentados por incapacidad laboral es distinta a la distribución por sexo de los trabajadores no ausentados por la misma causa, en los establecimientos autogestionados en red.

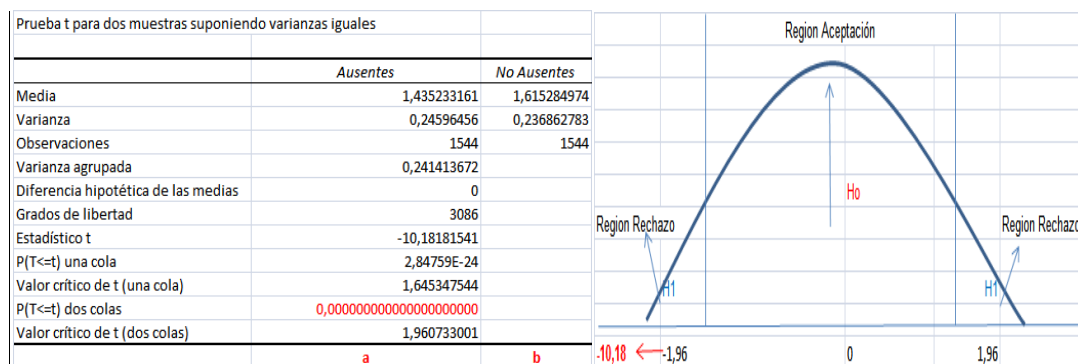


Figura 2: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas iguales en la distribución por sexo de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza Ho, se acepta hipótesis alternativa H1, por cuanto existe diferencia significativa en la distribución por sexo de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

## Hipótesis sobre las condiciones de empleo

### Estamento

H0: La distribución por estamento de los trabajadores que se ausentaron es equivalente a la distribución por estamento de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

H1: La distribución por estamento de los trabajadores que se ausentaron es diferente a la distribución por estamento de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

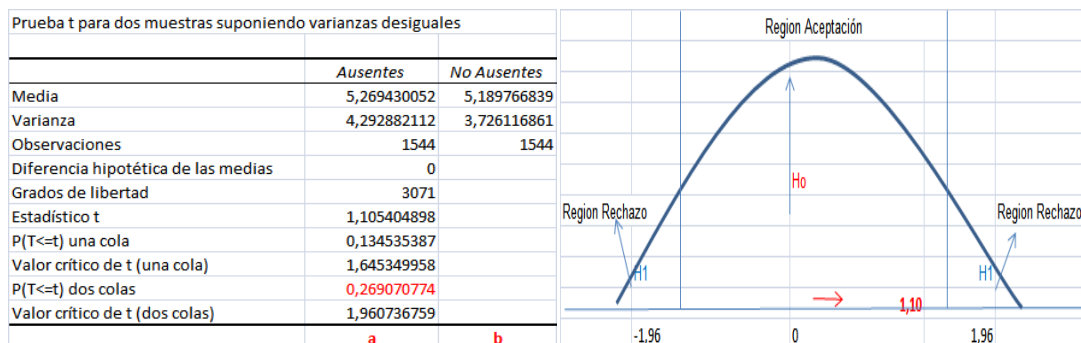


Figura 3: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por estamento de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza H1, se acepta hipótesis nula H0, por cuanto no existe diferencia significativa en la distribución por estamento entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

## Calidad jurídica

H0: Los trabajadores ausentados presentan igual distribución por calidad jurídica que los trabajadores no ausentados a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

H1: Los trabajadores ausentados presentan distinta distribución por calidad jurídica que los trabajadores no ausentados a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

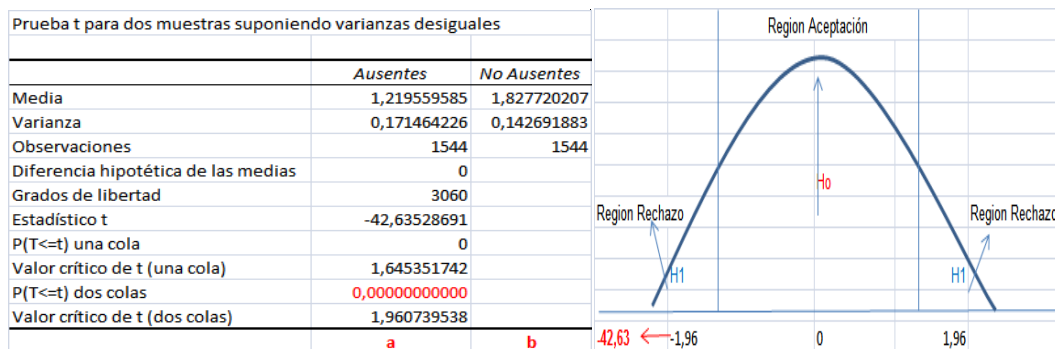


Figura 4: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por calidad jurídica de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa entre la distribución por calidad jurídica de los trabajadores ausentados y la distribución por calidad jurídica de los trabajadores no ausentados a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

## Horas semanales de contratación

H0: La distribución por horas semanales de contratación de los trabajadores que se ausentaron es similar a la distribución por horas semanales de

contratación de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

H1: La distribución por horas semanales de contratación de los trabajadores que se ausentaron es distinta a la distribución por horas semanales de contratación de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

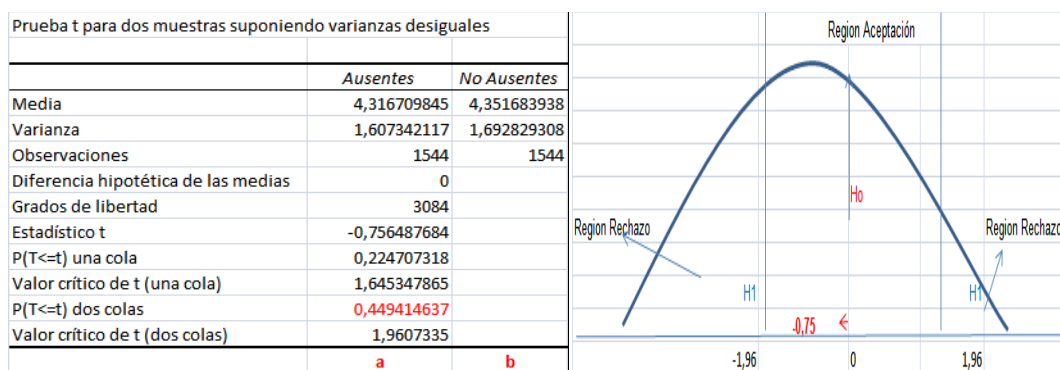


Figura 5: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por horas semanales de contratación de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza H1, se acepta hipótesis nula H0, por cuanto no existe diferencia significativa en la distribución por horas semanales de contratación entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

### Unidad de dependencia

H0: La distribución por unidad de dependencia de los trabajadores que se ausentaron es semejante a la distribución por unidad de dependencia de los trabajadores que no se ausentaron a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

H1: La distribución por unidad de dependencia de los trabajadores que se ausentaron es diferente a la distribución por unidad de dependencia de los trabajadores que no se ausentaron a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

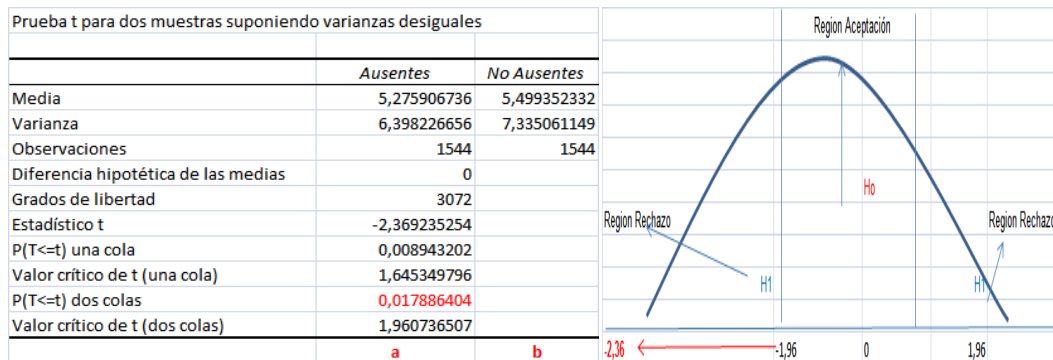


Figura 6: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por unidad de dependencia de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

**Respuesta:** Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa entre la distribución por unidad de dependencia de los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

### Remuneración líquida

$H_0$ : La distribución por remuneración líquida de los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red, es similar a la distribución por remuneración líquida de los trabajadores no ausentados en los mismos establecimientos.

$H_1$ : La distribución por remuneración líquida de los trabajadores ausentados a causa de incapacidad laboral en los establecimientos autogestionados en red,

es diferente a la distribución por remuneración líquida de los trabajadores no ausentados en los mismos establecimientos.

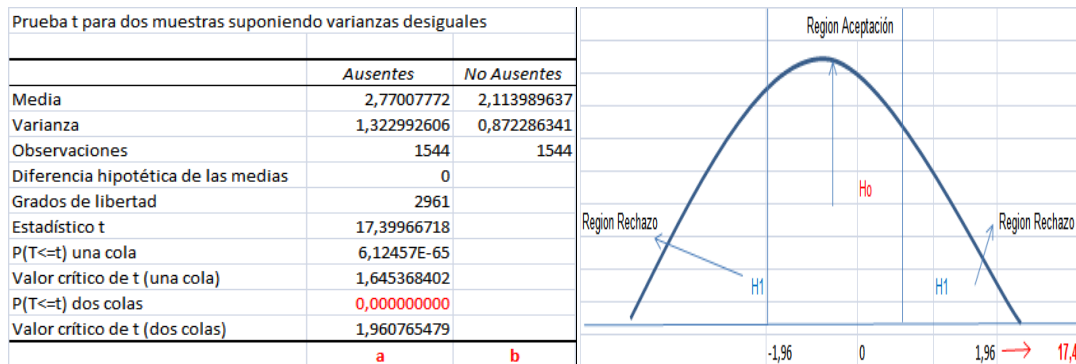


Figura 7: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por remuneración líquida de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa entre la distribución por remuneración líquida de los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron a causa de incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

### *Hipótesis sobre las condiciones de trabajo*

#### **Cargo**

$H_0$ : La distribución por cargo de los trabajadores que se ausentaron es equivalente a la distribución por cargo de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

$H_1$ : La distribución por cargo de los trabajadores que se ausentaron es diferente a la distribución por cargo de los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

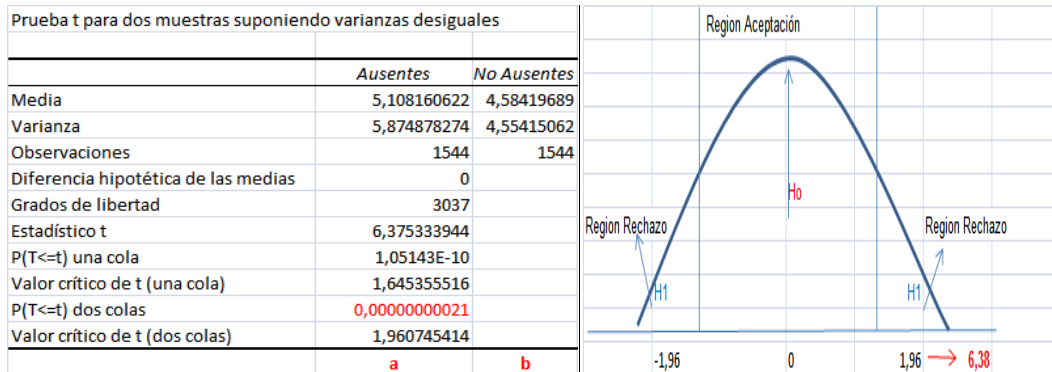


Figura 8: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución por cargo de los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

Respuesta: Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa entre la distribución por cargo de los trabajadores que se ausentaron y no se ausentaron por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

## Turno

$H_0$ : La distribución entre trabajadores con turno y aquellos sin turno es semejante entre los trabajadores que se ausentan y aquellos que no se ausentan por la misma causa, en los establecimientos autogestionados en red.

$H_1$ : La distribución entre trabajadores con turno y aquellos sin turno es diferente entre los trabajadores que se ausentan y aquellos que no se ausentan por la misma causa, en los establecimientos autogestionados en red.



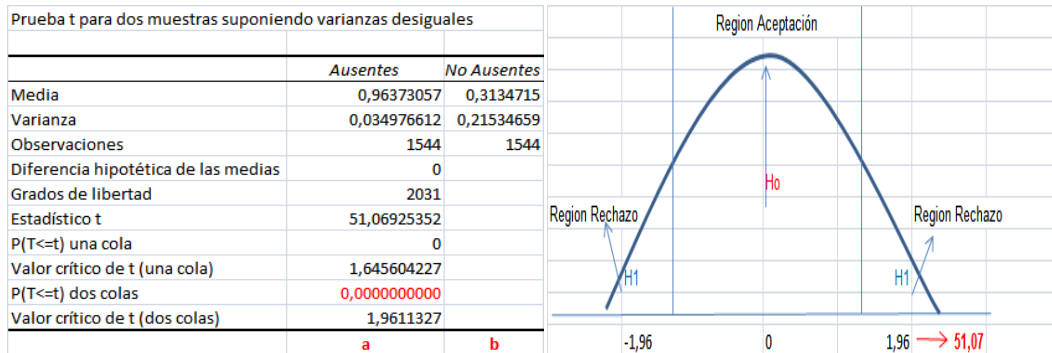


Figura 9: prueba t para dos muestras independientes suponiendo varianzas desiguales en la distribución de trabajadores con turno y sin turno entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012.

**Respuesta:** Se rechaza  $H_0$ , se acepta hipótesis alternativa  $H_1$ , por cuanto existe diferencia significativa en la distribución de trabajadores con turno y aquellos sin turno entre los trabajadores que se ausentan y aquellos que no se ausentan por incapacidad laboral, en los establecimientos autogestionados en red.

En resumen, se rechaza  $H_0$  <sup>1</sup> y se acepta  $H_1$  <sup>1</sup> como hipótesis estadística de investigación, por cuanto existen diferencias significativas entre las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y de trabajo entre los trabajadores ausentados y no ausentados por incapacidad laboral el año 2012, para las variables edad, sexo, calidad jurídica, cargo, unidad de dependencia, turno y remuneración líquida. Se exceptúa a este resultado las variables estamento y horas semanales de contratación, ya que no tuvieron suficiente evidencia estadística para afirmar que son diferentes entre ambos grupos evaluados.

# CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

## 5.1 Discusión

La discusión se presenta en bloques generales al igual que los resultados, para facilitar su interpretación y lectura.

### Observaciones generales:

Para describir el ausentismo laboral en los trabajadores del sistema público de salud en Chile y cumplir con los propósitos de esta investigación, se tomó como muestra poblacional el total de trabajadores ausentados por incapacidad laboral pertenecientes a los 57 establecimientos autogestionados en red, que corresponden a los hospitales de mayor complejidad del país y su dotación equivale al 68% de la red pública de salud, por lo tanto, esta representatividad permitió disminuir el error aleatorio y mejorar la validez externa al utilizar el universo completo de trabajadores ausentados.

El año 2012 se ausentaron 41.462 trabajadores por incapacidad laboral, equivalentes al 67,4% del total de trabajadores pertenecientes a los establecimientos autogestionados en red, los cuales presentaron entre el 01 de enero y el 31 de diciembre un total de 182.584 licencias médicas, que sumaron 1.023.585 días de ausencia.

Distribución del ausentismo mediante la tasa de incapacidad, frecuencia y gravedad por tipo de licencia, establecimiento y mes ausente:

Del total de licencias médicas registradas durante el 2012, un 85% corresponde a licencias por enfermedad común, un 5% a descanso maternal, y el 10% restante en forma decreciente, corresponde a licencias por patología del embarazo, accidente de trabajo o trayecto, enfermedad grave del hijo menor de un año, enfermedad profesional y prórroga de medicina preventiva. Esta distribución por tipo de licencia médica es coherente a los resultados de los estudios latinoamericanos de Danatro 1997 y Parada 2006, donde el 90% de los registros de las licencias corresponde a enfermedad común y menos de un 5% a descanso maternal, en poblaciones inferiores a la estudiada en esta investigación.

El ausentismo a causa médica de enfermedad común en los establecimientos autogestionados en red, presentó en promedio una tasa de incapacidad (TI) de 12,8 días de ausencia por trabajador, una tasa de frecuencia (TF) de 2,5 licencias médicas al año y una tasa de gravedad (TG) de 5,1 días de duración por cada licencia médica presentada, tasas diferentes a las obtenidos en la revisión sistemática de Mesa 2004 sobre ausentismo por enfermedad común, donde 7 hospitales chilenos alcanzaron en forma general una TI de 14,3 días de ausencia, una TF de 1,3 licencias por trabajador y una TG de 10,6 días de duración de cada licencia médica, donde las tasas de incapacidad y duración son superiores a lo obtenido en esta investigación.

Respecto a los tipos de licencias médicas, se obtuvo una tasa de incapacidad y frecuencia superior para las licencias médicas por enfermedad común (12,8 y 2,5 respectivamente). En cambio, la mayor tasa de gravedad la obtuvo la licencia médica por descanso maternal con 12,6 días de duración promedio por cada licencia presentada, resultado esperable debido a las 6 a 12 semanas pre y post natal autorizadas por ley.

A nivel de los 57 establecimientos analizados, la mayor distribución de licencias médicas la presentó el Hospital Sotero de Río (5,6%), el Hospital de Concepción (5,4%) y el Hospital Barros Luco (4,5%), y la menor distribución el Instituto Nacional de Rehabilitación (0,2%). Distribución de licencias que es proporcional a la distribución de la dotación total por establecimiento el año 2012.

En relación a las tasas de ausentismo por establecimiento; la tasa de incapacidad más alta la obtuvo el Hospital de Concepción con 21,5 días de ausencia por trabajador, la tasa de frecuencia fue mayor en el Hospital de Urgencias HUAP con 3,9 licencias por trabajador al año, y la tasa de duración fue mayor en el Hospital de Talcahuano con 6,9 días de duración promedio por licencia. El índice de prevalencia de ausentismo por incapacidad laboral para todos los establecimientos sin excepción fue superior al 50%, con rangos entre el 54% a 79%.

La mayor cantidad de licencias médicas se presentaron en el segundo semestre del año, con una mayor distribución de licencias en Junio (11%), seguido del mes de Julio, Agosto, Octubre y Diciembre (10%), lo que coincide en Junio con el alza de enfermedades respiratorias en el país que afecta la salud de la población general. Por el contrario, la menor proporción de licencias se presentó en Febrero (5%), mes que corresponde vacaciones de verano, por lo tanto, los establecimientos funcionan con una menor dotación de personal. La tasa de incapacidad y gravedad fueron superiores en el mes de Diciembre (2,36 y 8,30 respectivamente), y la tasa de frecuencia superior el mes de Junio (0,32).

Descripción del ausentismo según características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo de los trabajadores ausentados:

Características sociodemográficas:

La edad media de los trabajadores ausentados es 42,6 años, el tramo de edad con mayor distribución de licencias médicas es entre 25-34 años (28,5%), y el índice de prevalencia fue superior en los trabajadores entre 25 y 44 años de edad (69%). Resultados que coinciden con el estudio de Cuevas 2011 y Danatro 1997, que hallaron una concentración de licencias sobre los 30 años de edad, para 332 y 1.644 registros de licencias respectivamente, que no representan más del 0,4% de las 182.584 licencias analizadas en esta investigación, por lo cual, hace compleja una comparación objetiva de sus resultados.

La distribución de licencias médicas por sexo es superior en mujeres por sobre los hombres, con un índice de prevalencia de 74%, coincidiendo con todos los estudios relacionados al ausentismo laboral presentados en el marco teórico que evaluaron la variable sexo (Danatro 1997, Villaplana 2012, Cuevas 2011).

Condiciones de empleo:

Al analizar esta distribución de licencias según estamento, se observa que la mayor cantidad de licencias médicas la obtuvieron los Técnicos (50,5%), seguidos de los Auxiliares (23,2%), que coincide con los índices de prevalencia

alcanzados por estamento, con un 93% de los Auxiliares ausentados por enfermedad y un 89% de los Técnicos ausentados por la misma causa. Resultados distintos al de Danatro 1997, que obtuvo una mayor frecuencia de licencias en el estamento administrativo (47%), seguido del escalafón especializado (16%).

Los trabajadores en calidad de contrata, fueron levemente superiores en la distribución de licencias médicas (51,5%) comparado con los trabajadores en calidad de titular (48,5%), donde la prevalencia de trabajadores ausente fue superior un 70% en el personal titular por sobre un 65% de prevalencia en el personal a contrata. En relación a otros estudios de ausentismo, tanto Cuevas 2011, como Villaplana 2012 coinciden en que el ausentismo es superior en trabajadores a plazo indefinido.

La variable cantidad de horas semanales de contratación por trabajador, presenta una mayor proporción de licencias médicas en la jornada de 44 horas semanales (93,7%) que es desempeñada principalmente por los funcionarios de la Ley 18.834, y una menor proporción en las jornadas de 28 y 33 hrs. con 0,6% para cada categoría, desempeñadas en su mayoría por funcionarios de leyes médicas. La prevalencia de trabajadores ausentes fue mayor para aquellos que tienen 50 horas semanales de contratación con 94%, seguido de la jornada de 44 hrs con 72%, y la menor prevalencia para los que desempeñan 28 hrs, donde 50 y 28 hrs solo corresponde a Médicos. No se dispone de otros estudios con esta variable para comparar los resultados.

Las unidades de dependencia presentan una alta proporción de licencias médicas respecto al total de licencias en "Otros Servicios Clínicos" (22,5%), y un índice de prevalencia de 95% para la misma unidad. Si bien no es la misma clasificación, el estudio de Traish 2005 fue el único que evaluó el ausentismo según servicios clínicos, obteniendo que los servicios médicos de medicina y traumatología tuvieron 1.170 días de ausencias, seguido del servicio de

quirófano tuvo 477 días de ausencia, distinto a los resultados del presente estudio, ya que “otros servicios clínicos” sumó 41.117 días de ausencia, muy superior al resto de las unidades analizadas.

La remuneración líquida promedio percibida por los trabajadores ausentados por incapacidad laboral fue de \$704.083. Donde el tramo de remuneración que presentó mayor distribución de licencias médicas fue entre los \$500.001-1.000.000 pesos (47,2%), y la menor distribución de licencias se presentó en el tramo \$2.000.001 y más pesos (1,4%), resultados que no pueden ser comparados al no disponer de otros estudios de ausentismo que midieran esta variable.

Condiciones de trabajo:

Respecto al cargo se observa que el mayor registro de licencias médicas las presentaron los técnicos de nivel superior de enfermería (27,2%), seguidos de otros auxiliares con un (15%), contrariamente, el menor registro licencias fue presentada por otros profesionales (1,5%). El índice de prevalencia fue superior para Otro técnico con un 81% de sus trabajadores ausentados. Resultados distintos a los obtenidos por Cuevas 2011, que señaló que el cargo médico era superior en registros de licencias en comparación al resto de los cargos estudiados allí.

La distribución de las licencias médicas entre los trabajadores que realizan turno versus los que no realizan turnos, es decir, trabajan en jornada diurna, fue superior en el primer grupo (89,5%) respecto al segundo grupo (10,5%), no pudiendo ser comparables con otros resultados por escases de estudios al respecto.

En forma general, la distribución del número de licencias médicas por edad, sexo, estamento, calidad jurídica, horas semanales de contratación, unidad de dependencia y cargo, presentaron diferencias significativas frente a la distribución global del personal de los EAR por cada una de las variables mencionadas, lo que sugiere que el comportamiento del ausentismo es independiente a la distribución global de estas variables por el personal total que se desempeñó ese mismo año. Se excluyeron de este análisis las variables remuneración y turno, que no contaban con suficientes datos para la dotación total de trabajadores.

Respecto a la comparación de las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de trabajo y condiciones de empleo entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, para probar las hipótesis estadísticas de investigación, se observó que existe diferencia significativa en las variables edad, sexo, calidad jurídica, unidad de dependencia, remuneración líquida, cargo y turno, entre los trabajadores ausentados y no ausentados el año 2012, exceptuando las variables de estamento y horas semanales de contratación, que no tuvieron diferencia significativa entre ambos grupos analizados.

Según los hallazgos encontrados en la presente investigación, se propone profundizar la investigación del ausentismo por incapacidad laboral en trabajadores que pertenecen al estamento técnico y auxiliar, que realizan turno, que están contratados con 50 horas semanales y que se desempeñan en otros servicios clínicos y UCI-UTI.



## 5.2 Conclusiones

En relación a los objetivos de esta investigación, el 67,4% de los trabajadores pertenecientes a los establecimientos autogestionados en red se ausentó por incapacidad laboral, principalmente a causa de enfermedad común.

En forma general, estos trabajadores alcanzaron altos índices de ausentismo, con una tasa de incapacidad promedio anual de 17 días de ausencia por trabajador, una tasa de frecuencia de 3 licencias médicas al año y una tasa de gravedad de 6 días de duración por cada licencia médica presentada.

La prevalencia de trabajadores ausentes por incapacidad laboral fue superior en; mujeres, trabajadores entre 25 a 44 años de edad, en el estamento Auxiliar, con contrato indefinido, con 50 y 44 horas semanales de contratación, aquellos pertenecientes a la unidad de “Otros Servicios Clínicos” y con el cargo de Otro Técnico. Donde la mayor cantidad de licencias médicas se concentró en los trabajadores que percibieron \$500.001-1.000.000 y realizan turno. Resultados que no constituyen un perfil del trabajador ausentado, sino más bien una aproximación a ello.

Las características de tipo sociodemográficas, de condiciones de empleo y condiciones de trabajo resultaron significativamente diferentes entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral, excepto para las variables de estamento y horas semanales de contratación.

Se cree necesario continuar las investigaciones respecto al ausentismo por incapacidad laboral en los establecimientos de salud, incorporando otras características individuales de los trabajadores, del ambiente físico y el ambiente organizacional que influyen también en el ausentismo. Así mismo,

investigar las causas clínicas de las licencias médicas por enfermedad común, para determinar aquellas enfermedades que puedan ser prevenibles mediante planes de intervención que mejoren la calidad de vida de los trabajadores del sector público de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas Y, García T, Villa M. Caracterización del ausentismo laboral en un centro médico de I nivel. Universidad del Rosario. Colombia. 2011;26-39
2. García M. Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. Medicina y seguridad del trabajo. Universidad Complutense. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Unidad de Ergonomía. Madrid- España. 2011; 57 (223): 111-120.
3. Villaplana M. El absentismo laboral por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en el período 2005-2010. Universidad de Murcia. España. 2012; 1:8-76.
4. Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas de Seguridad Social 2012. Departamento actuarial unidad de control de gestión. Chile. 2013: 42-88.
5. Danatro D. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública Montevideo 1994-1995. Revista médica Uruguay. 1997; 13: 101-109.
6. Mesa F, Kaempffer A. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. Revista médica Chile. 2004; 132: 1100-1108.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Informe: "Human Resources Management Country Profiles". Disponible en: <http://www.oecd.org/gov/pem/OECD%20HRM%20Profile%20-%20Chile.pdf>. Acceso 10-05-13.
8. Briner RB. Absence from work. ABC of work related disorders. BMJ: British Medical Journal. 1996; 313: 874-877.
9. Ortiz Y, Samaniego C. Reflexiones en torno a la evolución del modelo de Steers y Rhodes sobre el ausentismo laboral. V Congreso Nacional de Psicología Social-Salamanca. Universidad de Granada, España. 1995; 1: 2-7
10. Samaniego C. Absentismo, rotación y productividad. Introducción a la psicología del trabajo y las organizaciones. Ediciones pirámide –Madrid. España. 1998: 247-256.
11. Clenney M. A study of de relationship between absenteeism and job satisfaction, certain personal characteristics, and situational factors for

- employees in a public agency. An applied research project for the requirements for degree of masters of public administration. Southwest Texas State University. 1992: 6-10
12. Ortiz Y. Factores psicosociales del absentismo laboral en la administración pública. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada. España. 2003; 2:46-60. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/4424>. Acceso 10-04-13.
  13. Blasco F, Blazquéz E, Diez-Ordaz E, Duran F, Gallifa A, Guada J, et al. Informe Adecco sobre absentismo. España 2012: 11-27. Disponible en: [http://www.adecco.es/\\_data/Estudios/pdf/667.pdf](http://www.adecco.es/_data/Estudios/pdf/667.pdf). Acceso 20-03-13.
  14. Judge T, Martocchio J, Thoresen C. Five-Factor Model of Personality and Employee Absence. *Journal of Applied Psychology*. 1997; 82 (5): 745-755.
  15. Traish Z. Absentismo laboral por causa medica en el personal sanitario del Hospital Uyapar. Universidad Nacional Experimental de Guyana. Venezuela. 2005: 26-32. Disponible en: [http://www.cidar.uneg.edu.ve/DB/bcuneg/EDOCS/TESIS/TESIS\\_POSTGRADO/MAESTRIAS/SALUD\\_OCUPACIONAL/TGMRT632005.pdf](http://www.cidar.uneg.edu.ve/DB/bcuneg/EDOCS/TESIS/TESIS_POSTGRADO/MAESTRIAS/SALUD_OCUPACIONAL/TGMRT632005.pdf). Acceso 02-04-13.
  16. Valenzuela MT. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. *Revista Ciencia & Trabajo*. Fundación Científica y Tecnológica ACHS. Chile. 2005; 17: 118-122.
  17. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Les déterminants individuels des absences au travail: une comparaison européenne. Documents de travail. Bureau de économie théorique et appliquée. Université de Strasbourg et Université Nancy 2. 2010; 17: 2-27.
  18. Arteaga O. Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile. Sección 2: Políticas de salud y prestación de servicios en el ámbito nacional e internacional. Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina. Quito: FLACSO - Sede Ecuador: Ministerio de Cultura del Ecuador. 2008: 121-142. Disponible en: [http://www.flacsoandes.org/biblio/shared/biblio\\_view.php?bibid=108102&t=ab=opac](http://www.flacsoandes.org/biblio/shared/biblio_view.php?bibid=108102&t=ab=opac). Acceso 05-02-13.
  19. Vergara M, Martínez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud pública México*, Cuernavaca. 2006; 48 (6). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036363420060060001&ng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036363420060060001&ng=es&nrm=iso). Acceso 05-03-13.

20. Ministerio de Salud. Ley 19.937 del 2004. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&idVersion=2008-12-31>. Acceso 28-04-13.
21. Ministerio del Desarrollo Social. Proyectos de Hospitales – Sector Salud. Sistema Nacional de Inversiones. Chile. 2011; 1-8. Disponible en: [http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/orien\\_proy\\_hospitales2011.pdf](http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/orien_proy_hospitales2011.pdf). Acceso 15-04-13.
22. Superintendencia de Salud. Estadísticas Genéricas de Prestadores Individuales Período 1° de abril de 2009 al 31 de marzo de 2013. Registro nacional de prestadores individuales de salud.Chile.2013: 1-5. Disponible en:[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles8131recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles8131recurso_1.pdf). Acceso 03-03-13.
23. Ministerio de Salud. Aprueba reglamento de autorización de licencias médicas por las compin e instituciones de salud previsional, Decreto N° 3/1984.Bilioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7281&idVersion=2013-04-27>. Acceso 01-05-13.
24. Cámara de Diputados de Chile. Subsidio de Incapacidad Laboral: los distintos tipos y los requisitos para su acreditación. Biblioteca del Congreso Nacional. Chile. 2009: 1-7. Disponible en: <http://www.camara.cl/camara/media/seminarios/postnatal/2.pdf>. Acceso 05-03-13.
25. Ministerio de Salud. Normas legales aplicables a la salud ocupacional. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Salud Ocupacional. Chile.2010:7-10.
26. Ministerio de Hacienda. DFL 29 fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30210>. Acceso 05-04-13.
27. Ministerio de Salud. Ley 15.076; decreto 367, fija el texto refundido del estatuto para los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en:<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28031&idVersion=1963-01-08>. Acceso 12-05-13.

28. Ministerio de Salud. Ley 19.664, establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la Ley N°15.076. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=155848&idVersion=2008-04-19>. Acceso 12-05-13.
29. Digmann C. Implementación SIRH en CENABAST y CRS Maipú. Boletín informativo N°1. Ministerio de Salud. 2011. Disponible en: [http://www.sirh.cl/boletin/boletin\\_marzo2011.pdf](http://www.sirh.cl/boletin/boletin_marzo2011.pdf). Acceso 22-04-13.
30. Parada M, Barrios R, Rincón E, Mejía Z, Mora D, Padilla F. Ausentismo Laboral de Causa Médica. Instituto Autónomo Hospital Universitarios de los Andes. Revista de Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Venezuela.2006; 15:22-25.
31. Aleu D, Carmona C, Ortuño M. El absentismo legal de enfermería en la fundación hospital de L' EsperitSant. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. España. 2009:32-49.
32. Becker S, Carvalho de Oliveira M. Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. Revista Latino-am Enfermagem. Brasil. 2008; 16(1): 1-7.
33. García C. Estrés laboral en personal de la unidad de emergencia gineco-obstetrica. Hospital Clínico Regional de Valdivia. Universidad de Chile. 2006. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmg216e/sources/fmg216e.pdf>. Acceso 20-03-13
34. Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Revista Chilena de Pediatría. Chile. 2004; 75 (5): 2-4. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000500006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006). Acceso 25-05-2014.
35. Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. Revista Médica. Chile. 1999; 127(12):1453-61. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999001200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006). Acceso 25-05-2014.

## ANEXOS

ANEXO N°1: Listado de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) año 2012

N°	Establecimientos	Calidad de autogestionado en red	Servicio de Salud correspondiente
1	H. de Arica	a partir del 2010	Arica
2	H. de Iquique	a partir del 2010	Iquique
3	H. de Antofagasta	a partir del 2010	Antofagasta
4	H. de la Serena	a partir del 2010	Coquimbo
5	H. de Coquimbo	a partir del 2010	Coquimbo
6	H. de Ovalle	a partir del 2010	Coquimbo
7	H. Carlos Van Buren	a partir del 2010	Valparaíso - San Antonio
8	H. E. Pereira de Valparaíso	a partir del 2010	Valparaíso - San Antonio
9	H. de San Antonio	a partir del 2010	Valparaíso - San Antonio
10	H. de Viña del Mar	a partir del 2010	Viña del Mar - Quillota
11	H. de Quilpué	a partir del 2010	Viña del Mar - Quillota
12	H. de Quillota	a partir del 2010	Viña del Mar - Quillota
13	H. de San Felipe	a partir del 2010	Aconcagua
14	H. de los Andes	a partir del 2008	Aconcagua
15	H. de Rancagua	a partir del 2010	O'Higgins
16	H. de San Fernando	a partir del 2010	O'Higgins
17	H. de Talca	a partir del 2010	Maule
18	H. de Curicó	a partir del 2010	Maule
19	H. de Linares	a partir del 2010	Maule
20	H. de Chillán	a partir del 2008	Ñuble
21	H. de San Carlos	a partir del 2010	Ñuble
22	H. de Concepción	a partir del 2010	Concepción
23	H. de Coronel	a partir del 2010	Concepción
24	H. de Lota	a partir del 2010	Concepción
25	H. de Talcahuano	a partir del 2010	Talcahuano
26	H. de Tomé	a partir del 2010	Talcahuano
27	H. de los Ángeles	a partir del 2010	Bío Bío
28	H. de Angol	a partir del 2010	Araucanía Norte
29	H. de Victoria	a partir del 2010	Araucanía Norte
30	H. de Temuco	a partir del 2005	Araucanía Sur
31	H. de Valdivia	a partir del 2010	Valdivia

32	H. de Osorno	a partir del 2010	Osorno
33	H. Puerto Montt	a partir del 2010	Reloncaví
34	H. de Castro	a partir del 2010	Reloncaví
35	H. de Coyhaique	a partir del 2010	Aysén
36	H. de Punta Arenas	a partir del 2010	Magallanes
37	H. del Salvador	a partir del 2010	Metropolitano Oriente
38	H. Luis Calvo Mackenna	a partir del 2005	Metropolitano Oriente
39	Inst. Neurocirugía	a partir del 2010	Metropolitano Oriente
40	Inst. Nacional de Tórax	a partir del 2007	Metropolitano Oriente
41	H. Luis Tisné	a partir del 2007	Metropolitano Oriente
42	Inst. Nacional de Geriátría	a partir del 2010	Metropolitano Oriente
43	Inst. Nacional de Rehabilitación	a partir del 2010	Metropolitano Oriente
44	H. San Borja Arriarán	a partir del 2010	Metropolitano Central
45	H. Urgencia HUAP	a partir del 2010	Metropolitano Central
46	H. Barros Luco	a partir del 2010	Metropolitano Sur
47	H. Exequiel González	a partir del 2008	Metropolitano Sur
48	H. El Pino	a partir del 2008	Metropolitano Sur
49	H. San José	a partir del 2010	Metropolitano Norte
50	H. Roberto del Río	a partir del 2010	Metropolitano Norte
51	Inst. Psiquiátrico	a partir del 2008	Metropolitano Norte
52	Inst. Oncológico	a partir del 2005	Metropolitano Norte
53	H. San Juan de Dios	a partir del 2010	Metropolitano Occidente
54	Inst. Traumatológico	a partir del 2007	Metropolitano Occidente
55	H. de Melipilla	a partir del 2010	Metropolitano Occidente
56	H. Félix Bulnes	a partir del 2010	Metropolitano Occidente
57	H. Sótero del Río	a partir del 2010	Metropolitano Sur Oriente

Fuente: Sistema de información de recursos humanos, Ministerio de Salud, corte 31 diciembre 2012.