



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Proyecto análisis y propuesta de mejora del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadoras y trabajadores con patología de salud mental de origen laboral

CÓDIGO Achs 272-2021

Autores: Soledad Schott, Natalia Cancino, Pilar García, Nadia Ramos y Cristián Villarroel
Revisores: Daniela Campos y Guillermo Lermada
Año publicación: 2024

Este trabajo fue seleccionado en la Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales 2021 de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile) y fue financiado por la Asociación Chilena de Seguridad, con recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.



SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

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

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

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

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

The Research and Innovation Projects series pertains to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16.744.

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

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

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

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.

INDICE

I. Resumen ejecutivo	3
II. Palabras claves	3
III. Introducción y antecedentes	4
IV. Definición del problema, pregunta de investigación o desafío de innovación.....	6
V. Revisión de la literatura o experiencias relevantes	9
VII. Descripción de la metodología	16
VIII. Resultados	20
Etapa 1: Caracterización del proceso de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral y sus principales nodos o elementos críticos	20
Revisión y análisis documental de información del proceso de evaluación y calificación	25
Etapa 2: Levantamiento de información con actores clave	28
Etapa 3: Validación de medidas propuestas a través del Panel de expertos	55
IX. Productos	63
X. Recomendaciones para Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	64
XI. Conclusiones	66
XII. Referencias	68
XIII. Anexos	71
Anexo 1: Pauta de entrevista individual	71
Anexo 2: Pauta de grupo focal.....	72
Anexo 3: Cuestionario de evaluación de propuestas	73

Los autores de este informe adhieren a las recomendaciones de la Real Academia Española con respecto a inclusión y justicia de género en el lenguaje. Por tanto, este documento hace uso del masculino inclusivo; esto refiere a que los plurales serán usados en masculino, pero, implícitamente, incluyen a mujeres, personas no binarias, disidencias de género y otros individuos. Con esto se espera lograr un lenguaje parsimonioso que facilite la comprensión de las ideas aquí expresadas.

I. Resumen ejecutivo

Actualmente, Chile cuenta con dos guías que orientan el proceso de reintegro al trabajo de las personas que se han ausentado por motivos de salud mental. Sin embargo, según nuestros antecedentes, no existen estudios que analicen la relación entre el proceso de calificación y el posterior reintegro al trabajo, ni la pertinencia de las medidas de mitigación prescritas por el organismo administrador en el contexto de una enfermedad profesional.

El proyecto tuvo por objetivo analizar las etapas del proceso de calificación y proponer mejoras para garantizar un reintegro laboral exitoso de aquellas personas que se ausentan por patologías de salud mental de origen laboral. Se utilizó una metodología mixta: se revisó la documentación de 260 casos, que corresponden a enfermedades denunciadas entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019. Los casos corresponden a Achs (n=200) y ISL (n=60). Además, se realizaron 9 entrevistas en profundidad a personas con denuncia de enfermedad profesional acogida y se hicieron 4 grupos focales de los que participaron 27 profesionales que forman parte del proceso.

De este análisis surgieron 34 medidas de mejora al proceso de calificación y reintegro, las que fueron evaluadas por un comité de 47 expertos, quienes las calificaron como “recomendada”, “recomendada con observaciones” o “no recomendada”. De ellas, 11 fueron las mejor evaluadas.

Finalmente, en base a toda la información recogida, se elaboró una Guía de Reintegro Laboral por Patología de Salud Mental y 6 cápsulas informativas con recomendaciones para profesionales, usuarios/as y empresas.

II. Palabras claves

Reintegro laboral, salud mental, proceso de evaluación y calificación, enfermedad de salud mental de origen laboral.

III. Introducción y antecedentes

Las enfermedades de salud mental de origen laboral han suscitado preocupación en el último tiempo debido a su rápido aumento, lo que las ha llevado a estar en el primer lugar de las calificaciones realizadas por el proceso de evaluación y calificación del Seguro de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Al año 2022, dos de cada tres trabajadores (as) que usaron el seguro lo hicieron por patología de salud mental (SUSESOS, 2022). Las diferencias por género son aún más críticas: del total de mujeres que hicieron uso del seguro, 77% lo hizo por salud mental, en cambio, en los hombres fue un 55%.

Si se compara esta estadística con los datos recogidos en 2021, periodo en el que solo un 52% de las calificaciones fue por salud mental y con 2019, donde este porcentaje fue de un 55%, se puede observar que solo en 3 años hubo un aumento de más de 10 puntos porcentuales de estas patologías. Aunque es difícil comparar estos datos con las estadísticas mundiales, debido a que este seguro laboral no existe en otros países y porque la información es escasa, en Países Bajos, por ejemplo, se reportó una leve alza de licencias por salud mental en la postpandemia actual comparado con el 2021 (17.3% y 16.3%, respectivamente, de Vroege & van der Broek, 2023).

Comprendiendo los aumentos significativos de las patologías de salud mental, la OMS junto con la ILO, en un informe del año 2022, recomendaron que personas que presenten sintomatología asociada a trastornos de salud mental reciban reposo médico y que se pueda responder a las dificultades de salud mental desde el contexto del trabajo (OMS, 2022).

A pesar de que el ausentismo por enfermedad de salud mental de origen laboral es considerado un problema de salud pública a nivel internacional (Instituto de Salud Pública, 2020), sólo algunos países han desarrollado lineamientos para abordar esta problemática desde una perspectiva del reintegro laboral. El proceso de reintegro laboral es aquel que facilita la reincorporación de las personas que han estado ausentes del trabajo como resultado de enfermedades (ISP, 2020), mediante la articulación de una serie de actores, como el/la trabajador(a), la organización y organismos moderadores externos.

En Chile, hasta hoy, solo se menciona la obligatoriedad de establecer un programa de reintegro para las personas con patología de salud mental de origen laboral, pero no hay obligatoriedad de seguir procedimientos de reintegro preestablecidos ni plazos para su cumplimiento. Sin embargo, a partir de enero de 2024, según la circular 3766/20-09-2023, será obligatorio incorporar en los Organismos Administradores de la Ley 16.744 una persona que coordine los reintegros laborales de personas con enfermedad profesional (SUSESOS, 2023).

Considerando el contexto actual post pandemia, y las consecuencias que ésta ha tenido en la salud mental y laboral chilena, se vuelve imperativo el examinar los protocolos vigentes actualmente, analizando su efectividad, y buscando áreas de mejoramiento en el proceso de reintegro laboral en la nueva realidad organizacional y laboral en el país.

IV. Definición del problema, pregunta de investigación o desafío de innovación

En los países industrializados, las patologías de salud mental han aumentado significativamente durante la última década. La depresión y la ansiedad son la principal causa de ausencia laboral e incapacidad en la mayoría de los países (Joyce et al., 2016). Desde la perspectiva de la salud pública, las enfermedades de salud mental implican costos psicosociales y económicos que impactan a todos los actores involucrados (Tomicic, et al., 2014), por lo que su adecuada evaluación y tratamiento permite disminuir los costos asociados a ellas. El Foro Económico Mundial estimó que para el año 2030 los costos globales de los trastornos mentales alcanzarán los 6 billones de dólares y que alrededor de dos tercios de estos costos se atribuirán a la pérdida de productividad relacionada con la discapacidad (Corbière, et al., 2020).

El entorno laboral psicosocial está compuesto por múltiples factores de estrés que impactan la salud mental de las personas de manera simultánea y combinada (Shahidi et al., 2021). En Chile, se ha observado un aumento sustantivo en la demanda de atención en salud mental para enfermedades asociadas al trabajo (Bueno, 2020). Por ejemplo, en una de las principales mutualidades (Asociación Chilena de Seguridad), estas demandas crecieron en más de un 1.000% desde 272 casos estudiados en 2004 hasta 2.500 casos en 2014, sólo en el Hospital del Trabajador de Santiago, que es uno de sus más importantes centros de salud. Llama la atención que, en este mismo lapso, los afiliados a dicha mutualidad solo se incrementaron en un 29% (Almonte, 2016), por tanto, no permite explicar el aumento de la demanda. Por otra parte, entre los años 2017 y 2019, el 48% de las denuncias de enfermedad profesional correspondieron a enfermedades de salud mental. Asimismo, en 2019, este tipo de enfermedades representó el 20,6% de las licencias médicas por patologías de origen laboral (SUSESO, 2020).

El desafío de abordar las patologías de salud mental de origen laboral, de acuerdo con los mecanismos actuales, implica la interacción de tres actores principales: El Organismo Administrador de la Ley 16.744 (OAL) o Administración Delegada (AD), el empleador u organización y el trabajador. Los elementos mínimos de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral están normados por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la que establece pautas en cuanto a la metodología, a los formatos de recolección de información y criterios de calificación. Estas pautas son utilizadas por cada OAL y sus prestadores, generando sus propios procedimientos internos de calificación, los cuales podrían diferir en cuanto a su validez y eficacia respecto de los resultados del proceso.

Posterior a la calificación, y si la patología resulta de origen laboral, se inician de manera paralela tres procesos: el tratamiento del trabajador (responsabilidad de OAL), el cambio o readecuación de las condiciones del trabajo (responsabilidad conjunta del OAL y la organización), y la vigilancia epidemiológica al interior de la organización (responsabilidad de

la organización con apoyo del OAL), procesos que hoy en día podrían encontrarse desarticulados, lo que tiene como consecuencia un desmedro en el proceso de recuperación del trabajador.

Según lo anterior, la gestión de este tipo de patologías requiere diagnósticos precisos y tratamientos oportunos, así como, ajustes organizacionales que faciliten la rápida reinserción laboral del trabajador(a) afectado (a) y el control o mitigación del riesgo, con el fin de evitar la reaparición de sintomatología en la persona que estuvo enferma o que aparezcan nuevos eventos a causa del mismo agente o factor de riesgo (Mingote et al., 2009).

Si bien se han elaborado guías que entregan orientaciones generales sobre el reintegro (Ansoleaga et al., 2014; Instituto de Salud Pública, 2020) no existen investigaciones sobre la implementación y eficacia de los programas de reintegro laboral de los trabajadores (as) afectados (as) por una patología de salud mental. De nuestro conocimiento, no hay estudios sobre cómo se relacionan y encadenan todas las etapas del proceso de denuncia, evaluación, calificación, tratamiento, readecuación y reintegro laboral para la recuperación de estos (as) trabajadores (as), que permitan una caracterización detallada de los distintos métodos utilizados por los OAL para los procesos de evaluación y calificación.

A raíz de lo anterior, este proyecto buscó responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son los nodos críticos del proceso de evaluación y calificación de las enfermedades profesionales (EP) de salud mental (SM)?
2. ¿Cómo se pueden mejorar los procesos de calificación de EP de SM para favorecer el reintegro laboral?
3. ¿Qué contenidos mínimos deben tener los planes de reintegro según los distintos factores de riesgo?
4. ¿Qué elementos inciden en un reintegro laboral exitoso?
5. ¿Cómo se puede optimizar el proceso de reintegro laboral, desde la mejora del proceso de evaluación y calificación?

El objetivo general de este proyecto fue proponer mejoras al actual proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral de trabajadores/as con patología de salud mental de origen laboral.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de evaluación y calificación de EP de SM y analizar los elementos críticos que afectan el reintegro laboral del trabajador o trabajadora.
2. Proponer recomendaciones para optimizar el proceso de evaluación de enfermedad profesional.
3. Formular los lineamientos mínimos que deben contener los planes para el reintegro laboral según agente de riesgo.

4. Validar recomendaciones para optimizar la efectividad del proceso de calificación y reintegro con actores involucrados.

V. Revisión de la literatura o experiencias relevantes

Una enfermedad de salud mental de origen laboral es aquella que se produce por la presencia de factores de riesgo en el trabajo (Instituto de Salud Pública, 2020) y la exposición del (la) trabajador (a) a dichos riesgos. Estos factores de riesgo son conocidos como riesgos psicosociales laborales. Se definen como aspectos del diseño, organización, gestión y contexto social del trabajo que tienen el potencial para generar efectos psicológicos o físicos adversos en los/as trabajadores/as (Cox y Griffiths, 2005).

Los riesgos psicosociales laborales se han relacionado con afecciones para la salud. Ya en el año 2005, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo recomendaba el uso de encuestas para evaluar el impacto de los cambios organizacionales sobre la salud de las personas (European Agency for Safety and Health at Work, 2005). La evidencia al respecto es variada y consistente. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda con 1037 participantes concluyó que quienes estaban expuestos a altas demandas psicológicas laborales, como sobrecarga o tiempos de trabajo apremiantes, tenían más riesgo de sufrir un trastorno de depresión mayor o ansiedad generalizada, comparado con aquellos que reportaban bajas demandas psicológicas (Melchior et al., 2007). Del mismo modo, un metaanálisis donde se relacionó a los estresores psicosociales laborales con la salud mental encontró que las altas demandas laborales y la baja libertad de decisión, así como altos esfuerzos y bajas recompensas son factores de riesgo para futuros trastornos de salud mental (Stansfeld & Candy, 2006). Más recientemente, un estudio realizado en el sector salud de Japón encontró una relación entre el clima laboral y la aparición de trastornos de salud mental (Tei-Tominaga & Nakanishi, 2018).

Marco legal sobre protección de la salud del (la) trabajador (a) en Chile

En Chile, existe un cuerpo legal que protege la salud de las personas en el lugar de trabajo. Específicamente, el Código Sanitario, en sus artículos 87° y 88° hace referencia a la evaluación y calificación de accidentes y enfermedades profesionales; el artículo 184 del Código del Trabajo indica que: “El empleador estará obligado a tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, informando de los posibles riesgos y manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad en las faenas, como también los implementos necesarios para prevenir accidentes y enfermedades profesionales”. Así también, los Decretos Supremos (en adelante DS) N°594 del Ministerio de Salud y DS N°101, del Ministerio del Trabajo, refieren a la mantención de las condiciones sanitarias y ambientales y a la incorporación a programas de vigilancia epidemiológica, respectivamente.

En la actualidad, el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad profesional debe tratarse en el marco de la ley 16.744 y no por el sistema de salud común. Esta ley (16.744), a través del

DS. 109 - ambos promulgados el año 1968 - considera la enfermedad de salud mental de origen laboral como “neurosis laboral”, cuyo agente de riesgo desencadenante son todos los trabajos que expongan al riesgo de “tensión psíquica excesiva” y se compruebe relación de causa - efecto. Determinar la causalidad directa en el ámbito laboral es una tarea compleja. Como señalan Ansoleaga et al. (2015), es difícil operacionalizar esta definición en el contexto laboral, lo que causa dificultades en la evaluación, calificación y, por ende, en determinar el tipo de seguro que operará para cubrir los costos asociados a la enfermedad.

Respecto de las neurosis laborales, mediante el DS. 73 del año 2005, se modifican los DS. 101 y 109, incorporando en el N.13 art. 19 del DS. 109 la presentación clínica de la neurosis discapacitante, y ejemplificando algunas patologías como el trastorno adaptativo, principal diagnóstico de patologías laborales hasta 2019 (Superintendencia de Seguridad Social, 2020).

Otro avance respecto a las enfermedades profesionales que se incorporó en el DS 73, fue la inclusión del art. 11 en el DS 101, el cual promueve el uso de reglamentos especiales para la evaluación y calificación de estas enfermedades. Desde allí, los hitos de mayor importancia los ejecuta la Superintendencia de Seguridad Social (en adelante, SUSESO), protocolizando estos procedimientos. Se destacan las circulares 2283/2006 y 2582/2009, que imparten las primeras metodologías de presentación de una Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP); la circular 2838/2012, que establece los elementos mínimos para la realización de los Estudios de Puesto de Trabajo (EPT) para la calificación de patologías de salud mental; las circulares 3167/2015 y 3241/2016 que describen protocolos de acción frente a las denuncias; la circular 3298/2017 que vuelve a modificar las instrucciones para el EPT; y finalmente la resolución 156/2018, que contempla el Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Proceso de evaluación y calificación

La evaluación y calificación de las patologías de salud mental se operacionaliza en el protocolo de evaluación y calificación de enfermedades profesionales de salud mental (EP-SM) (SUSESO, 2021a), que comienza con la presentación de una denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) y termina con tres procesos de intervención de niveles individual (tratamiento), grupal (vigilancia) y organizacional (readecuación -reintegro). En este proceso de evaluación-calificación-tratamiento-readecuación-vigilancia-reintegro establecido por ley, existen aspectos relevantes que deben ser considerados.

La evaluación de EP-SM contempla como mínimo: 1) una evaluación clínica inicial realizada por un (a) médico (a) evaluador (a); 2) una evaluación psicológica, y; 3) la evaluación de condiciones de trabajo, que incluye la solicitud de información de condiciones generales de trabajo y empleo y el estudio de puesto de trabajo.

La evaluación clínica inicial tiene por objetivo pesquisar la existencia de patología y su origen (laboral o común). Si la evaluación médica determina que existe una enfermedad y que impresiona de origen laboral, el (la) denunciante pasa a una evaluación psicológica, donde se exploran aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, como elementos ambientales del lugar de trabajo, como base para la elaboración de hipótesis respecto del origen de la patología.

Según el compendio de normas de la Superintendencia de Seguridad Social (2021a) el diagnóstico de una enfermedad de salud mental debe ser preciso y cumplir con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE -10), lo que será válido tanto para las patologías consideradas como de origen laboral, como para aquellas de origen común. Como es posible apreciar, el diagnóstico es un proceso de estudio sistemático y científico de la salud/enfermedad de un individuo y tiene diferentes etapas: 1) Obtención de la información del problema de salud; 2) Generación de hipótesis diagnóstica; 3) Refinamiento de la hipótesis diagnóstica; 4) Verificación o contrastación de la hipótesis diagnóstica (Serra y Vera, 2014). Este proceso permite y debe ir más allá de la identificación de síntomas y de la clasificación de la enfermedad, pues recopila información para establecer el diagnóstico diferencial, el diagnóstico funcional, el pronóstico o probable respuesta del paciente al tratamiento; la identificación del agente causante de la enfermedad y con ello las posibles acciones que se deben llevar a cabo para dar tratamiento a la condición del paciente (Herrera y Serra, 2011). Entonces, cuando el proceso diagnóstico no es desarrollado de forma sistemática o se encuentra incompleto, puede inducir a error, dificultando la toma de decisiones necesarias para una buena atención, como el tratamiento, pronóstico o identificación de las causas de la enfermedad, poniendo en riesgo al paciente y su entorno (Capurro y Rada, 2007). En particular, el diagnóstico de las patologías de salud mental de origen laboral tiene además dos elementos importantes; por una parte, determina si el costo del tratamiento de la patología debe ser asumido por el/la trabajador/a o por el seguro del empleador y por otra, indica que ante la presencia de una enfermedad existe un factor de riesgo no detectado o no controlado por la organización, que debe ser eliminado para cuidar a los demás trabajadores/as y permitir el retorno de la persona afectada. En este sentido, un diagnóstico certero en el proceso de evaluación contribuye a disminuir los costos para la organización al controlar el riesgo, se disminuye la exposición al riesgo de los trabajadores, se previenen las recaídas del trabajador(a) y mejora el bienestar de las personas y de la propia organización.

De forma paralela a la evaluación clínica y la determinación del diagnóstico y el riesgo asociado a la presentación de la patología, se realiza una evaluación de condiciones de trabajo de la persona afectada o denunciante, en la cual se observan las condiciones ambientales donde se desempeña el/la trabajador/a, las actividades y tareas que realiza y las relaciones interpersonales que se dan en la dinámica organizacional. Se obtienen nuevos antecedentes a través del análisis documental de información de condiciones generales del trabajo y empleo y de entrevistas con compañeros de labores referidos por el/la trabajador/a y con representantes de la empresa, propiciando paridad en el proceso. Es aquí, donde mediante la evaluación de las áreas de

exploración de riesgo se determina la presencia o ausencia del agente pesquisado en la evaluación clínica, de allí la relevancia de analizar cómo se están ejecutando hoy estos procesos.

Finalmente, los informes de las tres evaluaciones pasan a un Comité de Calificación conformado al menos por un psiquiatra, un médico del trabajo y un psicólogo, quienes discuten los antecedentes presentados para decidir sobre la calificación de origen del caso e identificación del agente de riesgo. De ser el caso calificado como una patología de origen laboral, se emiten los siguientes documentos: 1) un informe de fundamentos de calificación, entregado al equipo clínico para dar inicio al tratamiento, 2) un informe con antecedentes del proceso de calificación para su uso en prevención, con el traspaso interno de la información clínica a la unidad que realizará la vigilancia 3) una resolución de calificación (RECA), y 4) un informe de medidas prescritas. Estos dos últimos documentos se entregan al empleador para las gestiones pertinentes relacionadas con la intervención; la primera es la prescripción de medidas del OAL, que incluye realizar un cambio de puesto de trabajo o la readecuación de las condiciones de trabajo de la persona afectada, las que serán verificadas en un plazo de 90 días (SUSESO, 2021b), y la segunda es el ingreso al programa de vigilancia referido en el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2017).

Tratamiento, readecuación y vigilancia

El tratamiento y recuperación de una patología de salud mental de origen laboral es un proceso complejo y multifactorial, cuyas causas no se explican sólo desde la perspectiva clínica del paciente, sino por un conjunto de factores sociolaborales donde participa el empleador, el/la trabajador/a, el seguro y el equipo tratante (Garrido et al., 2013). Las experiencias exitosas en Dinamarca, Suecia y Holanda incluyen abordajes multidisciplinarios enfocados a reducir el estrés, psicoeducación, entrenamiento en habilidades, atención de salud oportuna y acompañamiento (Memish et al., 2017).

Es indispensable, entonces, para el tratamiento individual de la persona afectada por un problema de salud mental de origen laboral, establecer objetivos terapéuticos tendientes a la recuperación funcional de la sintomatológica asociada a la patología, así como objetivos que incluyan las intervenciones de carácter individual que se implementarán en el lugar de trabajo y que deberían estar contenidas en las medidas prescritas del OAL entregadas al empleador. Respecto a esto, Mingote et al. (2011) establecen que frente a la exposición a condiciones que producen estrés y que este afecte la salud mental del trabajador, debe complementarse el trabajo terapéutico con medidas organizacionales e individuales y con el de desarrollo de competencias y habilidades en el trabajador para afrontar crisis futuras.

La indicación de estas medidas deberá tener por finalidad modificar las condiciones de riesgo causantes de dicha enfermedad, mediante el cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo (SUSESO, 2021b). Desde nuestra experiencia, las medidas

prescritas por el OAL a la organización muchas veces son genéricas y descontextualizadas de la realidad de la organización o del puesto de trabajo, lo que hace difícil su implementación por parte del empleador.

A pesar de la relevancia de los factores psicosociales en el desarrollo de patologías de salud mental de origen laboral, pocos países en Sudamérica tienen protocolos de vigilancia epidemiológica para los riesgos psicosociales en el trabajo, los que intervienen a nivel de diagnóstico, pero faltan protocolos específicos para la intervención y prevención de los factores de riesgo desencadenantes de las enfermedades mentales (Ansoleaga et al., 2014). Contar con ellos es imprescindible, porque permiten detectar el riesgo al interior de la organización de manera de poder mitigarlo o eliminarlo y así prevenir la aparición de enfermedades de salud mental de origen laboral (SUSESO, 2017).

Respecto de la vigilancia de la salud de los lugares de trabajo y sus posibles factores de riesgo, la herramienta más utilizada a nivel mundial para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo es el Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (Burr et al., 2019), cuya adaptación es también utilizada en Chile bajo el nombre de CEAL-SM/ SUSESO. El Cuestionario de Evaluación del Ambiente Laboral – Salud Mental / SUSESO (CEAL- SM/ SUSESO) evalúa 12 dimensiones: carga de trabajo, exigencias emocionales, desarrollo profesional, reconocimiento y claridad de rol, conflicto de rol, calidad del liderazgo, compañerismo, inseguridad sobre las condiciones de trabajo, equilibrio trabajo vida privada, confianza y justicia organizacional, vulnerabilidad, y violencia y acoso. Dado que la relación entre el ambiente psicosocial laboral y la salud mental de los/as trabajadores/as está bastante bien sustentada por la evidencia (Hauke et al., 2011; Gilbert-Ouimet et al., 2014; Theorell et al., 2016; Rugulies et al., 2017; Taouk et al., 2020), es relevante que se utilice desde un enfoque preventivo para la aparición de patologías y que se intervenga frente a la presencia de altos niveles de riesgo detectados (SUSESO, 2017).

Hasta ahora, los procesos de evaluación-calificación y la implementación de medidas en el marco de la readecuación o cambio de puesto de trabajo y de la vigilancia, son de carácter obligatorio tanto para los OAL como para las empresas u organizaciones, ya que son fiscalizables por los organismos competentes y tienen como objetivo la detección, recuperación y prevención de patologías de salud mental en los lugares de trabajo, y la mantención de ambientes de trabajo saludables. Sin embargo, aunque estos procesos son interdependientes, no necesariamente son implementados de forma secuencial, excluyendo del esquema el reintegro laboral del trabajador.

Reintegro al trabajo

El proceso de reintegro laboral es aquel encargado de “facilitar la reincorporación de las personas que han estado ausentes del trabajo como resultado de enfermedades” (pág., 8; Guía de Reintegro laboral ISP, 2020). Los actores involucrados en este proceso incluyen al trabajador, la

organización y el OAL, que son parte de los sistemas: individual (características del trabajador), ambiente de trabajo, seguridad social y salud (Guía de Reintegro laboral ISP, 2020). Al tratarse de diversos sistemas, la evidencia internacional indica que la claridad y la coherencia de las acciones de los actores son críticas para que el reintegro sea eficaz (Corbière, 2020). Según Corbière (2020), un reintegro laboral asistido y eficiente disminuye la probabilidad de recaída (por ende, las licencias médicas a causa de enfermedades profesionales); y genera un clima motivador para el entorno laboral completo, pues los/as trabajadores/as recibirían evidencia concreta que su empleador se preocupa por ellos e implementa políticas para su bienestar en el corto, mediano y largo plazo.

Lamentablemente, la evidencia indica que no existe dicha claridad sobre los roles y acciones que deben seguir los actores involucrados (Corbière, 2020). En Chile, el reintegro fue normado en 2017 con la actualización del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales, donde se incorporó que “para aquellos casos de calificación de patología por salud mental, el organismo administrador deberá generar un programa de retorno al trabajo” (MINSAL, 2017). Si bien es un avance, en la práctica no se cuenta con los lineamientos mínimos obligatorios para este retorno, por ejemplo, plazos, actores involucrados y responsables, lo que impide generar trazabilidad y seguimiento del éxito o fracaso de los casos. Aun así, se han generado guías de reintegro al trabajo (Ansoleaga et al., 2014; Instituto de Salud Pública, 2020) que definen actores y procesos orientados a la organización que reintegra, más que a los organismos administradores que otorgan el tratamiento y autorizan el alta para que el trabajador se reintegre. Ambas guías son referenciales para los OAL, no obligatorias de implementar, por lo tanto, no fiscalizables por la autoridad sanitaria ni por la Inspección del Trabajo.

Un estudio internacional de Joosen et al. (2015) identificó un total de 2114 guías orientadas al regreso o la retención del/la trabajador/a utilizadas en Holanda, Reino Unido, Japón, Finlandia y República de Corea. Aun así, sólo se encontraron 5 países con una o más directrices que aborden este problema, lo que muestra la precariedad en la que se encuentra este proceso a nivel mundial.

Ansoleaga et al. (2015) proponen que los factores que favorecen el reintegro laboral de los trabajadores con reposo médico por patología de salud mental de origen laboral son los siguientes:

- a. Aspectos asociados al (la) trabajador (a): Autoeficacia laboral, motivación y percepción acerca del propio estado de salud. Una vez reintegrados, los recursos personales para resolver los problemas del trabajo son determinantes, así como también la capacidad de detectar tempranamente el estrés.
- b. Aspectos asociados al ambiente de trabajo: La comunicación fluida y en confianza entre el (la) trabajador (a) y el (la) supervisor (a) directo (a); el ajuste entre las expectativas del (la) trabajador (a) y el empleador respecto del desempeño del primero; que el empleador considere que el (la) trabajador (a) está en condiciones de retomar sus funciones.

Estos procesos, que se dan de manera paralela -tratamiento, readecuación y vigilancia- deberían encontrarse articulados y ser consonantes entre sí (Aguirre, 2018), lo que implica un ejercicio de traspaso de información y coordinación entre el organismo administrador y su empresa adherida. No obstante, esa articulación no se encuentra protocolarizada, tratándose como procesos separados. Como consecuencia, esta coordinación no está instalada como parte de la cultura organizacional y no es parte de las prácticas de salud ocupacional en el OAL ni en las organizaciones, por lo que se hace difícil y complejo de implementar.

Teniendo en cuenta estas consideraciones conceptuales, la legislación chilena y las experiencias internacionales, brevemente descritas en este apartado, consideramos relevante realizar un análisis exhaustivo, sistemático y crítico del proceso de calificación y reintegro laboral de personas con patologías de salud mental de origen laboral en Chile. De esa forma, el proyecto propone resolver el lineamiento estratégico 33 “Análisis del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadores chilenos con patología de salud mental de origen laboral y propuesta de mejora”, planteado por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS).

Esperamos que los resultados de este análisis no solo contribuyan a perfeccionar los procedimientos en nuestro país, sino que también aporten al entendimiento general acerca de los complejos procesos que ocurren en el trabajo, que involucran individuos, grupos y organizaciones y que inciden en el bienestar psíquico de las personas.

VII. Descripción de la metodología

Para responder a las preguntas de investigación y objetivos fijados por este proyecto, se tomó como unidad de análisis todos los elementos que forman parte del proceso de calificación, a saber: denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP), evaluación médica, evaluación psicológica, estudio de puesto de trabajo (EPT), resolución de calificación (RECA), informe de fundamentos de calificación e informe de prescripción de medidas.

Considerando estos documentos, se realizó un proceso de investigación secuencial y mixto, es decir, con componentes cualitativos y cuantitativos, para su posterior revisión y validación de resultados por parte de un panel de expertos. Con dichos insumos, se elaboró un conjunto de propuestas de mejora.

Las etapas y pasos para responder a los objetivos planteados son las siguientes:

Etapla 0: Presentación del proyecto al Comité de Ética Científico de la Universidad de Talca. Se elaboró el protocolo de investigación detallado, que fue presentado en el Comité de Ética Científico de la Universidad de Talca, en el mes de marzo de 2022. Se obtuvo la aprobación del Comité en reunión del día 25 de mayo de 2022.

Etapla 1: Caracterización del proceso de calificación de patologías de salud mental (objetivo específico 1).

1.1.Revisión de los documentos que forman parte del proceso de evaluación y calificación.

A partir de la DIEP, informe médico, informe psicológico, estudio de puesto de trabajo (EPT), resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) e informe de prescripción de medidas, se realizó una revisión de cada una de las etapas que forman parte del proceso de calificación. La secuencia de revisión de documentos se realizó en el orden temporal que indica el proceso de calificación.

Durante 2019 se diagnosticaron un total de 5.897 enfermedades profesionales, de las cuales 3.072 fueron calificadas como enfermedades profesionales de salud mental (SUSES, 2020). Estos casos representan el universo de interés de la investigación. Sin embargo, dada la naturaleza cualitativa de esta parte del estudio, el foco no está en la representatividad muestral estadística, sino en la saturación de información, es decir, en la recolección de suficientes datos para obtener información no redundante.

1.1.1. Muestra

En su diseño, la propuesta consideraba la revisión de 81 casos, sin embargo, la muestra final estuvo compuesta de 260 casos, que corresponden a enfermedades denunciadas entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019. Los casos corresponden a Achs (n=200) y ISL (n=60), y 78,1% de los casos totales corresponden a mujeres, mientras que el 21,9% son hombres.

Dado los criterios para formar parte de la muestra, es necesario señalar que no se trata de una muestra probabilística, por tanto, los resultados no buscan ser representativos del total de casos calificados en el período, sino más bien, el interés se centró en la saturación de información suficiente y necesaria para caracterizar el proceso de calificación y los principales elementos asociados a los agentes de riesgo.

Sobre el tratamiento de la información

La base de datos se trabajó en Excel y los cruces de información se realizaron en el paquete estadístico SPSS. Para facilitar el cruce de la información, las siguientes variables fueron recodificadas: Fechas (que habían sido extraídas de bases de datos, ya que su nomenclatura no se ajusta a los parámetros de Excel o SPSS); Profesión u oficio; antigüedad; Molestias o síntomas; Causas; Agentes denunciados; clasificación informante, y Calificación del factor agente y subagente de riesgo; entre otras variables.

De los 13 sectores económicos que formaron parte de la muestra, sólo 6 de ellos fueron utilizados en el cruce de información (salud, administración pública, educación, comercio y retail, industria y servicios), dado que contaban con un mayor número de casos.

Respecto del estudio de puesto de trabajo, con el objetivo de clasificar los factores de riesgo evaluados en el ambiente de trabajo, se tomó como base el Protocolo para la calificación de enfermedades de salud mental de origen laboral de la SUSESO (Anexo N°17 del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744).

Etapa 2: Alzamiento de información con actores claves

2.1. Entrevistas en profundidad

Se hicieron 9 entrevistas en profundidad a personas cuya denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) por patología de salud mental fue acogida. El reclutamiento de las personas se realizó por agente de riesgo (Liderazgo disfuncional, Escaso apoyo social de la jefatura o de la organización y Mal diseño organizacional) y mediante una convocatoria abierta a participar del estudio. La convocatoria se realizó a través de redes sociales institucionales del Centro de Psicología Aplicada (CEPA) de la Universidad de Talca y de la ACHS.

Las personas interesadas en participar de la investigación fueron contactadas vía telefónica. Se les aplicó un screening telefónico a quienes expresaron su deseo de participar en

el proyecto, para identificar la presencia de los criterios de inclusión y exclusión, indagando en el factor de riesgo detectado en el proceso de evaluación y calificación. Una vez que se identificaron los criterios de inclusión requeridos para el estudio y se descartaron los criterios de exclusión, se coordinó la entrevista.

En las entrevistas en profundidad se abordaron los siguientes ejes temáticos: 1) Una descripción de su proceso de evaluación y calificación de EP 2) Las fortalezas identificadas en su proceso de evaluación y calificación de EP 3) Los aspectos de mejora que considera debería implementarse en los procesos de evaluación y calificación de EP.

Al finalizar cada entrevista, se envió a los (as) participantes un documento con recomendaciones a seguir y recursos de apoyo psicológico gratuito a los cuáles recurrir en caso de que presentaran malestar a raíz de su participación en el proyecto. Este documento y la modalidad de envío fue previamente aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad de Talca.

2.2. Realización de grupos focales (Objetivo específico 2 y 3)

Se efectuaron 4 grupos focales con profesionales que realizan las prestaciones de salud mental en los diferentes OAL (ISL, Achs, Mutual de Seguridad e IST), de los que participaron 27 profesionales. La pauta del grupo focal fue estructurada en torno al documento de identificación de nodos críticos del proceso de calificación emanado de los pasos 1 y 2. Se abordaron los siguientes ejes de consulta: 1) Fortalezas del actual proceso de evaluación y calificación 2) Opinión acerca de los nodos críticos identificados en los pasos 1 y 2; y 3) Propuestas de mejora al actual proceso de calificación y readecuación de puesto de trabajo.

Los profesionales que realizan las prestaciones fueron contactados utilizando diferentes medios de comunicación (por ejemplo, páginas webs y redes sociales) y por contactos a través de la Asociación Chilena de Seguridad, Seremi de Salud del Maule, Instituto de Seguridad Laboral, Instituto de Seguridad en el Trabajo y Centro de Psicología Aplicada.

La información recogida en los pasos 2 y 3 se analizó utilizando el software ATLAS Ti, para extraer las subcategorías que surgieron de los contenidos.

Etapa 3: Validación de recomendaciones al proceso de calificación y reintegro (objetivo específico 4).

3.1. Panel de validación de expertos

Se realizó una validación inter-jueces de las propuestas de mejora. Para esto, se siguió el siguiente procedimiento, de acuerdo con los parámetros de Yusoff (2019):

- Preparación de la matriz de propuestas para ser validadas.
- Selección de un panel de 47 expertos, profesionales que trabajan o asesoran a las mutualidades y expertos de comités de calificación.

Posteriormente, se utilizó la metodología de Lynn (1986) adaptada, para establecer la proporción de expertos que evaluaron bien una propuesta. Para ello, se calcularon dos índices: El primero, más exigente, fue al porcentaje de expertos que consideraron cada propuesta dentro de la categoría de “recomendada”. Se seleccionaron solo aquellas con un índice de 0,78 o superior (Lynn, 1986), esto es, donde el 78% de los jueces la validó como “recomendada”. Es decir, la validez de la propuesta (VP) se determinó mediante la siguiente ecuación:

$$VP = \frac{\text{número de expertos que valoran la propuesta como recomendada}}{\text{total de expertos que participan de la validación}}$$

Dado que este estudio fue exploratorio, se calculó un segundo indicador, VP', menos exigente, que incluyó aquellas propuestas calificadas como “recomendada con observaciones”, de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$VP' = 1 - \frac{\text{número de expertos que valoran la propuesta como no recomendada}}{\text{total de expertos que participan de la validación}}$$

En este caso, se siguió la misma regla, esto es, se seleccionaron aquellas propuestas con un índice de 0,78 o superior (78%).

El indicador fue construido en Microsoft Excel.

VIII. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados del proyecto en base a las etapas.

Etapa 1: Caracterización del proceso de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral y sus principales nodos o elementos críticos

La Superintendencia de Seguridad Social refiere en su “Protocolo de patologías de salud mental” del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SUSESO, 2018) que “se calificará como enfermedad profesional, la patología de salud mental producida directamente por los factores de riesgo psicosocial presentes en el ambiente de trabajo, en los cuales la exposición laboral es causa necesaria y suficiente, independiente de factores de personalidad, biográficos o familiares personales del trabajador”.

Para llevar a cabo dicha calificación, se deberá seguir los lineamientos establecidos en el Protocolo normado por la SUSESO en el compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social, los que se actualizan constantemente de acuerdo con el contexto y demandas sociales.

Denuncia y evaluación

El proceso inicia con la sintomatología y presunción de origen laboral de la patología de un trabajador, quien se presenta a su Organismo Administrador de la Ley (OAL) para su calificación, enfocada en validar la existencia de una enfermedad y su relación con la exposición a factores de riesgo psicosocial en su lugar de trabajo. Se evalúa la existencia del agente, secuencialidad, tiempo de exposición, frecuencia y magnitud suficiente.

El flujo se activa con la denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP), que puede ser presentada por cualquier persona que tenga conocimiento de los hechos que presuntamente generan la patología.

La DIEP recoge la identificación del empleador, del trabajador y del denunciante, además de los datos de la enfermedad, que hacen referencia a la descripción de los síntomas o molestias que tiene el trabajador, la descripción del trabajo o actividad que realizaba el trabajador cuando comenzaron las molestias, su puesto de trabajo y los agentes de riesgo que el/ propio trabajador percibe como gatillantes de sus molestias.

El organismo administrador o administrador delegado deberá someter al trabajador a la evaluación clínica, dentro del plazo máximo de 7 días corridos, contados desde la presentación de la DIEP (SUSESO, 2018).

La evaluación clínica comprende obligatoriamente la realización de una evaluación médica y psicológica, con la opción de implementar una evaluación psiquiátrica o la utilización de pruebas psicodiagnósticas, lo que dependerá principalmente de la hipótesis diagnóstica y severidad de los síntomas. Es en esta etapa donde se establece el diagnóstico de la enfermedad y se pesquisa el posible agente de riesgo, por medio de la revisión de la DIEP y del relato del trabajador sobre sus condiciones organizacionales.

Además, deberá realizar un Estudio de Puesto de Trabajo (EPT), con el fin de indagar y comprobar la exposición a factores de riesgo psicosocial en el puesto de trabajo.

Dificultades identificadas del proceso de denuncia y evaluación

Una de las principales dificultades identificadas en el proceso de calificación de patologías de salud mental de origen laboral, está relacionada con la **identificación de los agentes de riesgo en estas dos primeras etapas**; la presentación de la DIEP y la evaluación clínica.

En primer lugar, se presume que la persona que redacta la denuncia conoce todos los aspectos relacionados con las dinámicas organizacionales que originan la sintomatología y que, además, al declarar sobre el agente de riesgo percibido como gatillantes de la patología, ésta tiene conocimientos sobre la manifestación de los factores de riesgo laboral. Esta problemática es relevante porque el procedimiento se enfoca en definir si existe o no una relación causal entre la enfermedad y los factores o agentes de riesgo presentes en el lugar de trabajo que fueron denunciados.

Por otro lado, a pesar de que se exigen cursos de formación obligatorios para todos los actores del proceso, podrían existir discrepancias en el levantamiento de los agentes de riesgo detectados en las evaluaciones en cuanto a que no existen lineamientos en el protocolo de calificación de patologías de salud mental de la SUSESO respecto del agente y sus principales formas de presentación en la salud de los trabajadores/as, necesidad que, aunque no es abordada por esta investigación, es importante relevar. Dentro de este mismo tópico, tampoco hay en la actualidad pautas específicas para uso de los profesionales que tienen la responsabilidad de realizar la detección del agente de riesgo. Tomando en cuenta que deben realizar entrevistas a personas que no tienen un entendimiento acabado de procesos organizacionales y de estos agentes de riesgo, el proceso de levantamiento de información depende casi exclusivamente de la experticia de quienes entrevistan y de su minuciosidad para recabar todos los datos necesarios.

Sugerencia: En este contexto, la indicación de los agentes de riesgo a explorar en la siguiente etapa del proceso, el EPT, debiese apuntar a determinar la existencia de todos aquellos factores de riesgo presentes en la organización del trabajo, complementarios o adicionales a los agentes denunciados, ya que estos podrían estar contribuyendo al síntoma. Esto podría aumentar la cantidad y calidad de la información recogida en el estudio, para comprender de mejor manera la dinámica del trabajo que desempeña el denunciante.

Por otra parte, en el proceso de evaluación el EPT implica un análisis detallado de las condiciones del trabajo, mediante observación en terreno y su objetivo es identificar la presencia de factores de riesgo específicos condicionantes de la patología en estudio, observando las características y condiciones ambientales en que un trabajador se desempeña y de las actividades, tareas u operaciones que realiza. La Superintendencia de Seguridad Social refiere que la evaluación de puesto de trabajo se debe realizar mediante entrevistas semiestructuradas y confidenciales a una cantidad razonable de informantes aportados tanto por la entidad empleadora, como por el trabajador (SUSESO, 2018). Generalmente, el número utilizado es de dos entrevistas a informantes de la organización y dos entrevistas a informantes del trabajador.

Además de las entrevistas, el EPT considera el análisis documental de la información de condiciones generales de trabajo y empleo, que es solicitada al empleador y puede ser complementada por información entregada por el propio trabajador. En caso de ser un trabajador independiente, esta información deberá ser remitida por el mismo trabajador. Este análisis complementa los hechos recabados en el EPT, y en el caso de que ésta sea discordante, se deberá requerir antecedentes adicionales para establecer la validez de la información, para fines de la calificación (SUSESO, 2018).

Una de las problemáticas que se han podido identificar en este proceso, es que **no existen lineamientos específicos respecto a la designación de testigos**, en cuanto al número y al desbalance de poder entre ellos y el denunciante. Esto podría generar una baja disposición a participar de los testigos designados por el denunciante, por temor a represalias posteriores al procedimiento, además de las problemáticas con la disparidad en el relato y, por consecuencia, en la conclusión del estudio.

Además de lo anterior, y relacionado también con la designación de testigos, **existen conflictos con el procedimiento en empresas pequeñas**, principalmente si se desempeña en una empresa familiar o en microempresas donde el denunciante es el único trabajador.

Dificultades identificadas del proceso de calificación y vigilancia psicosocial

Como últimas etapas del proceso de evaluación y calificación, se debe emitir una Resolución de Calificación (RECA) por parte del comité de calificación de cada Organismo

Administrador de la Ley 16.744 (OAL), en donde, basados en el análisis de los peritajes descritos anteriormente y los antecedentes de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, se determinará si se cumple con la definición de enfermedad profesional de salud mental. El proceso completo, desde la presentación de la DIEP hasta la RECA, no debería durar más de 30 días corridos.

En la RECA se explicita si la enfermedad es calificada como de origen profesional u origen común. Si es de origen profesional, SUSESO establece que en el documento debe indicarse la obligación del empleador de realizar un cambio de puesto de trabajo o la readecuación de dicho puesto, con la finalidad de cesar la exposición al agente causante de la enfermedad profesional del trabajador denunciante. Se deberá precisar cuál es el riesgo o agente presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional.

Además, el OAL deberá entregar la prescripción de las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional en un plazo máximo de 15 días hábiles desde la fecha de la calificación y la empresa tendrá un plazo no superior a los 90 días corridos para cumplirlos. Además, el OAL deberá incorporar al centro de trabajo al programa de vigilancia de riesgos psicosociales, en un plazo no superior a 20 días hábiles.

En este proceso de vigilancia, se deben implementar medidas de intervención que apunten a disminuir o mitigar los riesgos encontrados en la evaluación del cuestionario CEAL-SM/SUSESO, y que son complementados con información cualitativa, como parte de la metodología de carácter participativo que promueve el proceso. Se incluyen para el análisis y diseño de las intervenciones, los hallazgos de la conclusión del EPT realizado durante el proceso de evaluación y calificación.

Paralelo a las medidas de adecuación y a la vigilancia de riesgos psicosociales en la unidad o centro de trabajo al que pertenece el “caso o evento centinela¹”, el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo (MINSAL, 2017) incluye en su actualización del año 2017 la instrucción a los OAL sobre incorporar programas de retorno al trabajo.

Las dificultades de estas últimas etapas están relacionadas, en primer lugar, con **exigencias actuales que tienen los profesionales que conforman el comité de calificación**. El requisito para quienes conforman un comité de calificación es acreditar un curso de 40 horas sobre aspectos generales del seguro de la ley. Esto no implica que deban contar con conocimientos y experiencia sobre aspectos específicos del comportamiento, formas de manifestación, frecuencia o gravedad de los diferentes agentes de observación que forman parte del proceso de exploración.

¹ Evento o caso centinela: Evento calificado como enfermedad de origen laboral.

Sugerencia: Dichos requisitos debiesen ser exigidos a todos los profesionales que sean parte de la cadena de calificación, ya que podrían existir diferencias técnicas entre la opinión de los miembros del comité con los profesionales “menos formados”, lo que podría producir sesgos en los procesos de evaluación y levantamiento de información y en las conclusiones del proceso.

En segundo lugar, la responsabilidad de los comités de calificación está dada por resolver el origen laboral o común de las denuncias de enfermedad, sin embargo, dicha instancia **no entrega insumos necesarios y relevantes para que las áreas de prevención de los OAL puedan realizar la debida prescripción de medidas en los lugares de trabajo**, y, por consiguiente, la efectiva eliminación o mitigación de los factores de riesgo que forman parte de los ambientes de trabajo.

Finalmente, el cumplimiento de los plazos en cada una de las etapas muchas veces no se cumple, por lo que **los procesos de intervención posteriores a la RECA no llegan a implementarse de forma paralela**. Esto podría generar dificultades una vez que se produzca el alta laboral, pronunciada por el médico tratante del trabajador, ya que tendría que volver a un lugar de trabajo donde se mantenga la exposición al riesgo que gatilló la enfermedad.

Revisión y análisis documental de información del proceso de evaluación y calificación

Caracterización de los principales sectores económicos que fueron parte de la muestra

Sector económico	Caracterización
Salud	<p>El promedio de edad de la muestra fue de 40,6 años, con una mediana de 41 años. La principal causa de denuncia es el liderazgo disfuncional, seguido por sobrecarga. La denuncia se realiza luego de un año o más de síntomas o molestias.</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias vinculadas a escaso apoyo social de la jefatura o de la organización y liderazgo disfuncional. El principal subagente está dado por condiciones organizacionales hostiles, vinculado al escaso apoyo social de jefatura o de la organización.</p>
Administración Pública	<p>La edad promedio de quienes denuncian es de 41,4 años con una mediana de 41 años. La principal causa de denuncia es la sobrecarga y el acoso laboral. La denuncia se realiza entre los 3 a 6 meses desde que comienzan los síntomas o molestias.</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias vinculadas a mal diseño organizacional y liderazgo disfuncional. El principal subagente está dado por condiciones organizacionales hostiles o cultura estresante, vinculado al escaso apoyo social de jefatura o de la organización.</p>
Educación	<p>La edad promedio es de 39 años y la mediana de 36 años. La principal causa de denuncia es el hostigamiento. La denuncia se realiza entre los 1 a 3 meses desde que comienzan los síntomas o molestias.</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias vinculadas a liderazgo disfuncional y escaso apoyo social de la jefatura o de la organización. El principal subagente está dado por estilo de liderazgo, vinculado al liderazgo disfuncional.</p>
Comercio y retail	<p>El promedio de edad fue de 39 con una mediana de 36 años. La principal causa de denuncia es el liderazgo disfuncional. La denuncia se realiza entre los 1 a 3 meses desde que comienzan los síntomas o molestias</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias vinculadas a liderazgo disfuncional. El principal subagente está dado por hostilidad de la jefatura, vinculada al liderazgo disfuncional.</p>

Industria	<p>El promedio de edad es de 38 con una mediana de 39 años. Las causas de denuncia se distribuyen de manera equitativa entre acoso laboral, acoso sexual, hostigamiento y sobrecarga, no observando casos de liderazgo disfuncional.</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias por liderazgo disfuncional. El principal subagente está dado por hostilidad de la jefatura, vinculada al liderazgo disfuncional.</p>
Servicios	<p>El promedio de edad es de 38 y la mediana de 34 años. La principal causa de denuncia es el liderazgo disfuncional. La denuncia se realiza luego de 6 meses a 1 año de iniciados los síntomas o molestias.</p> <p>Como resultado del proceso de calificación (estudio, conclusión y calificación final), se reconocen favorablemente las denuncias vinculadas a liderazgo disfuncional. El principal subagente está dado por estilo de liderazgo, vinculado al liderazgo disfuncional.</p>

El análisis de casos permitió describir el proceso de evaluación y calificación de EP de SM y observar los elementos críticos que pudieran afectar el reintegro laboral del trabajador o trabajadora (objetivo específico 1) y comenzar a proponer recomendaciones para optimizar el proceso de evaluación de enfermedad profesional (objetivo específico 2). Dado que las medidas de intervención o de mitigación de factores de riesgo no estaban claramente especificadas en los casos revisados, no fue posible examinarlas de acuerdo con los factores de riesgo más prevalentes (objetivo específico 3). Sin embargo, para los agentes de riesgo más comunes: Mal diseño organizacional, Escaso apoyo social de la jefatura o de la organización, y Liderazgo disfuncional, la literatura internacional en salud mental laboral ofrece los siguientes lineamientos mínimos para intervenir en cada uno de ellos.

Agente de riesgo	Medidas específicas
Mal diseño organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar los roles de forma tal que se minimice la sub y sobrecarga laboral utilizando enfoques participativos para el diseño de los puestos de trabajo y estableciendo expectativas de plazos, objetivos y exigencias generales adecuadas y alcanzables (ILO, 2022). • Garantizar que el trabajo pueda adaptarse a las capacidades físicas y mentales de los trabajadores, o, al menos, garantizar la transferencia a un rol alternativo en la empresa sin pérdida de salario o antigüedad (WHO & ILO, 2022). • Establecer límites claros de jornada laboral y/o número de turnos semanales (WHO & ILO, 2022).

<p>Escaso apoyo social de la jefatura o de la organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación inter-equipo (entre los equipos de trabajo) e inter-individuo (entre los trabajadores), fomentando la comunicación asertiva y las oportunidades para la cooperación entre trabajadores (WHO & ILO, 2022). • Simultáneamente, establecer protocolos internos para abordar el trato injusto (referente a la percepción de un desequilibrio entre trabajadores en la asignación de tareas, responsabilidades y beneficios), el comportamiento ofensivo, el acoso y la violencia entre trabajadores, extendiendo apoyo a los trabajadores afectados (WHO & ILO, 2022).
<p>Liderazgo disfuncional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejar los niveles de estrés de líderes para que tomen buenas decisiones y puedan atender a las necesidades de sus trabajadores (Giorgi et al., 2015). • Establecer entrenamientos y capacitaciones en liderazgo efectivo, extendidos a líderes (para su formación) y a trabajadores en general (para identificar y comunicar puntos de mejora en el liderazgo de su jefatura) (LaMontagne et al., 2014). • Establecer canales de comunicación formales con trabajadores que sean claros, eficaces y que se encuentren en constante monitoreo.

Como puede observarse, la literatura muestra que existen estrategias que la organización puede implementar de manera diferenciada, dependiendo del factor de riesgo que origina la patología. La recomendación de cambio de puesto de trabajo no debería ser, por tanto, la primera opción como estrategia de reintegro, puesto que el foco no está puesto en la mitigación del riesgo que origina la patología, por lo cual, es esperable que, manteniendo el agente de riesgo, aparezcan nuevas denuncias.

Etapa 2: Levantamiento de información con actores clave

Entrevistas individuales

A continuación, se da conocer un resumen de las categorías de análisis que surgieron del contenido extraído de las entrevistas, respecto del proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral:

1. Desconocimiento de los procedimientos de denuncia

Un primer aspecto que llama la atención de los relatos es la ausencia de información sobre los procedimientos para tramitar y denunciar las enfermedades profesionales: *“antes de esto yo no tenía idea que existía esta cosa de la mutualidad”*. Lo anterior vulnera el derecho a saber (DS. 40) respecto de los riesgos que entrañan los trabajos y las formas de gestionar, a través de la Ley 16.744, los posibles efectos en la salud que se desprenden de los ambientes de trabajo.

“En ese momento en verdad yo como que no capté mucho la información, porque no tenía idea, yo en realidad en licencias médicas soy nula, a pesar de que sí he tenido licencias anteriores, pero primera vez que me tocaba una de este tipo... El proceso igual fue un poco... más estresante de lo que yo pensé, porque en verdad, primero siempre me llamaron del (empleador) de que no había llegado ninguna documentación, que yo me tenía que presentar a trabajar, que porque supuestamente el ISL me iba a evaluar”.

Este desconocimiento se evidencia a la hora de realizar la denuncia, que en el caso de los entrevistados fue en la misma empresa o institución, ISL o en la Inspección del trabajo: *“la prevencionista me pasó un papel que tenía que pasar en la Mutual, y yo con el papel fui”*. *“Ahí en la inspección me indicaron que en forma particular eso iba a ser carísimo, que mi empleador debía tener, o debiera me dijeron, tener un contrato, ya sea con la mutual, o me dijo, en la otra instancia, que todos tienen derecho al instituto de seguridad laboral. Averiguando por internet, llegué a la página y ahí descargué el formulario para hacer mi denuncia. Y ahí también me dijeron que eso debía comprobarse”*. Otra de las entrevistadas señala: *“Aparte de eso, la hice (la denuncia) en la unidad que se llama MALS, es como de Maltrato y Acoso Laboral y Sexual, es como una sigla, MALS. La hice también la denuncia con la encargada, u orientadora o encargada, no sé cómo era el cargo puntual de ella, pero de esta unidad de MALS”*.

2. Percepción de la denuncia como un mecanismo arriesgado

Llama la atención que la denuncia, en cuanto puerta de entrada al sistema de reconocimiento de enfermedades profesionales, es visto por los trabajadores/as como un

mecanismo engorroso y arriesgado: *“No presenté nada, porque finalmente entre tanto leseo, que había poca gente, que había que trabajar... y yo sé que es complicado porque uno va, te cuestionan, te hacen exámenes, entonces lo hice por mi cuenta, me traté yo todo con kinesiólogo”*.

Otra de las personas entrevistadas alude al conflicto que genera la “denuncia” en cuanto categoría: *“Yo trabajo en XXXXX, un lugar estructurado que es verticalista. Entonces cuando en mi trabajo supieron que había una funcionaria que había hecho una denuncia, XXXXX, eso fue como un escándalo”* (se han omitido partes del relato para proteger información sensible). El relato de otro entrevistado también aporta antecedentes en esta línea: *“Entonces me da de nuevo la derivación para la mutualidad, y yo voy personalmente con el papelito que dice derivación. Entonces como la mutualidad no tiene otra forma de ingreso, te ingresa como denuncia, entonces para todos los efectos legales de mi empleador, yo quedé como la que estaba denunciando, entonces quedé negra en el trabajo. Entonces yo creo que en la mutualidad debe cambiar eso, hay ingreso por denuncia y tiene que haber un ingreso por derivación”*.

3. Impacto emocional de la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo.

A la falta de conocimiento sobre los procedimientos, se suma el desconocimiento sobre los efectos en la salud mental a partir de la exposición a factores de riesgo organizacional: *“los primeros problemas que manifesté son, eh no sé po, no quería venir al trabajo, tenía problemas para dormir, para conciliar el sueño, andaba muy irritable, y a raíz de todo este tema laboral, porque familiar no, no tenía mayores problemas”*. *“Yo consulté principalmente por sintomatología de trastorno del sueño. Empecé con insomnio, estuve 3 meses con insomnio, y yo creo que producto de eso empecé con mucha cefalea, tenía como falta de concentración, me sentía, así como extraña, como que no era la misma persona de siempre, no tenía muchas ganas de ir a trabajar, como que el día se me hacía eterno”*.

Asimismo, el contexto de pandemia agravó los factores de riesgo psicosocial: *“... porque mucha gente cuando empezó la pandemia salió con este tema del alejamiento preventivo, otras colegas que se embarazaron y tuvieron que irse apenas supieron, entonces como que no lograba descansar. Y mi consulta fue por, más que nada, por el trastorno del sueño, no por el trastorno del ánimo”*.

“O sea, nuestro piso, yo trabajo en medicina, y nuestro piso completo en un momento fue COVID, o sea teníamos todas las salas cerradas... De repente nos llegaban matrimonios, yo creo que eso fue lo que más a mí me pasó la cuenta, porque obviamente uno sabe que donde uno trabaja, siempre hay un riesgo de que los pacientes lleguen y por A B C motivo fallezcan, sobre todo si son adultos mayores... y por ejemplo obviamente, si avanzaban los dos juntos, al mismo ritmo, se mejoraban bien. Pero cuando el matrimonio veía que uno empeoraba, era como ir viendo ese desastre emocional en la otra persona y separarlos era terrible, porque ellos se sentían que se iban a morir, y la gente no quiere morir sola. Era un

miedo, era una incertidumbre, era una angustia, o sea, eran muchas emociones y muchas sensaciones que uno tenía que aprender a manejar en el camino”.

Lo anterior se traduce en la ausencia de claridad sobre el motivo de la denuncia (causas), lo que se correlaciona con lo que se estudia en el proceso de calificación de la enfermedad. Por tanto, se asume que el trabajador “sabe lo que le pasa”.

En experiencias que, a juicio del entrevistado/a fueron límites, la denuncia se produce “cuando me fui a negro. En realidad, esto ocurrió el 2 de octubre, mi jefe me llama, me trata pésimo por el teléfono, eso me dejó en negro... yo le dije que estaba en vías de preparar la denuncia porque tampoco es fácil, hay que armarse de valor. Aparte que estaba tan mal, tan en el suelo, y llegar a llorar ahí... como que a uno no la pescan mucho las instituciones po, o sea ah es un caso más, pero gracias a no sé, no sé a Dios... me atendieron”.

“Consulté primero una neuróloga, la neuróloga me mandó a hacer unos exámenes, una batería completa, TAC de cerebro, encefalograma... electroencefalograma perdón, y en realidad estaba todo bien. Ella me derivó al psiquiatra, tuve solamente una sesión particular pagada, porque me dijo “en verdad”, me dijo, “yo creo que tu enfermedad es netamente laboral y te voy a derivar al ISL”.

Cuando los factores de riesgo están vinculados a las relaciones entre pares o con superiores, los problemas se reducen a las personas, desconociendo la responsabilidad organizacional: *“el tema mío pasaba por un problema laboral con una funcionaria que yo tenía, ¿y eso cuándo se terminó? Cuando a ella la cambiaron de unidad... Pero a la persona con la que trabajaba, con la que yo tuve el problema, el Servicio no tomaba nunca una determinación, sin embargo, ya estaba la resolución del ISL, había una resolución del Servicio que efectivamente decía que a ella había que sacarla del Departamento porque en el Departamento estaba el foco de riesgo para ella y para mí también, y eso nunca ocurría”.*

En las entrevistas también aparecieron factores de riesgo vinculados a la violencia externa: *“Yo trabajo en atención primaria de salud acá en (localidad) y trabajaba de directora de un (establecimiento) que estaba en una población periférica, media complicada. Y ahí un tipo me amenazó de muerte... estaba todo el equipo cuando el tipo me amenazaba... y yo reproduje este audio que me lo habían mandado por WhatsApp. Ahí yo fue como que empecé a llorar, el tema del miedo, porque el tipo aparte de amenazarme, bueno, obviamente de amenazarme de muerte, amenazó que me tenía identificado el auto, que me iba a ir a reventar el auto, que le iba a pagar a una galla que era traficante para poder pegarme y no sé qué. La cosa es que ahí yo entré como en una crisis de pánico y me fui a la mutualidad... lo más probable es que esto siga ocurriendo a través del tiempo porque son los mismos pacientes, el mismo ambiente laboral, y la misma sensación de inseguridad”.*

4. Dificultades en el cumplimiento de la prescripción de medidas

El relato entregado por las y los entrevistados coincide en que, el mayor problema vinculado al proceso de calificación de patologías de salud mental de origen laboral estaría dado por el incumplimiento de la prescripción de medidas por parte de la empresa/institución: *“Entonces en febrero cuando llegó la RECA... decía que sí era acoso laboral, que había como un liderazgo disfuncional por parte de la jefatura, y le daba como, la glosa abajo decía que tenía 90 días el empleador para generar un plan de reintegro laboral. Plan de reintegro que a mí nunca se me presentó, que yo lo pedí por correo, que yo lo pedí a través también de la asociación gremial del hospital, que tampoco nunca, entiendo que ellos insistieron y presionaron, tampoco se generó”*.

“... pero acá el Servicio se demoró un montón en tomar la decisión, porque a esta persona la llamaron, le dijeron: Mire, este es el estudio que llegó del ISL donde determina que usted debe cambiarse. Nosotros la vamos a cambiar a este lugar de trabajo”.

“Yo creo que aquí quien falló, y quien sigue fallando, es el empleador... yo creo que en algún momento va a haber un punto en que no van a dar abasto, el sistema de salud mental, porque, psiquiatras no digamos que son así como muchos. Más encima, sin pandemia, los psiquiatras casi no tienen hora, y ahora, post pandemia, menos”.

“Sabiendo todo lo que pasó, no se hizo ninguna intervención”.

“Demoró muchísimo, desde la resolución, que en este caso me beneficiaba a mí de alejar a la funcionaria del departamento, tuvo que haberse demorado como un año más o menos”.

“... el ISL no tiene ninguna acción, sobre el empleador que está incurriendo en estas denuncias. Por ejemplo, el ISL no tiene ninguna opción de hacer valer los 90 días que pidió en la RECA. A mí eso me llama mucho la atención, después de que en la RECA se dijo 90 días, que esos días se cumplían en mayo, no hay ninguna medida de presión que pueda tener el ISL sobre la institución. Entonces yo creo que eso es algo malo, ¿por qué? porque el (empleador) sabe que esa medida de presión no está, y, por ende, le da como comillas lo mismo que el ISL le pida 90 días, porque no lo cumple y no hay ninguna sanción, aparentemente”.

“... hay un procedimiento interno sobre el maltrato laboral y acoso sexual que tiene plazos, que tiene un cronograma que ni siquiera se cumple, no se cumplió en mi caso, pese a que la directora me respondió diciéndome que se instruyó un sumario y que lo mío sí configuraba como acoso laboral, antes de que llegara la RECA, por lo tanto, ella sí opinaba eso. Entonces ni siquiera se cumplen los plazos internos de ese manual. Segundo, no se cumplen los plazos que estipula el estatuto administrativo para la resolución de un sumario, o sea el estatuto administrativo da plazos para un sumario”.

5. Percepción positiva acerca del tratamiento clínico recibido

Los relatos coinciden en que la mayor fortaleza del proceso de calificación es el **tratamiento clínico entregado por el proveedor**: *“Yo creo que lo que mejor se hizo fue el acompañamiento del ISL, o sea del, yo le digo el ISL, pero entiendo que es CEPA Talca, ese acompañamiento yo encuentro que es lo mejor que hubo del proceso. Yo creo que, súper profesionales, llamaba mucho la atención de que no hubiera que repetir lo mismo en las entrevistas siguientes, sabían perfectamente el caso de uno cada vez que uno se entrevistaba con ellos. Era, pero lo que uno esperaría de una atención, o sea, un alto estándar, digamos. Nunca yo, “ah no es que no me acordaba de eso, que me dijeron”, no, jamás, siempre estaban un paso adelante, se acordaban de todo, el psicólogo muy asertivo, el psiquiatra igual. Yo creo que lo mejor del proceso fue toparme con CEPA de la Universidad de Talca”.*

“Bueno, lo que más me sirvió fue el apoyo de la (psicóloga), que es lo que más rescato, la psicóloga de la Dirección Comunal, y el rápido actuar de ustedes como Mutual, de haber activado este código que no me acuerdo cómo se llama”.

Otra de las entrevistadas relata las fortalezas de la atención: *“Mira, eran súper puntuales, y eso yo lo valoro mucho, porque yo llegaba a una hora, llegaba 5 minutos antes, me atendían siempre a la hora. No había como una limitante de tiempo, o sea yo podía estar media hora, podía estar una hora, el tiempo, para mi es super importante. Y eso, no había restricción como cuando tú vas al médico y te dice cortito, no sé po, “ya dígame lo que tiene, cuál es su patología”, qué se yo, ya listo chao, para la casa, no, al contrario. Lo otro que también es súper valorable el tiempo que los profesionales dedican a la atención de los pacientes, y que no necesariamente puede ser en el horario en que ustedes nos atienden, sino que después de”.*

Otra persona entrevistada señala: *“Respecto a la evaluación que hizo el ISL y al tratamiento que dio la Universidad de Talca por medio de este centro, yo creo que ahí es un 7 la nota que le pongo a ellos. Yo creo que, de esto, todos ellos tienen como un 7 en el proceso, en la forma, en cómo lo abordan, en lo claros que son, en lo asertivos, en que conocen en detalle al paciente que están atendiendo, las entrevistas que hicieron, yo conversaba con otras colegas que fueron entrevistas y a todas les llamé, a 2 que conversé, les llamé mucho la atención lo asertivos que fueron en la entrevista, como que se sabían toda la historia. No, yo de ellos no tengo nada que sugerir, nada. Yo creo que cualquier sugerencia sería peor que lo que ya hicieron, porque fue excelente. Yo todas las sugerencias van en el tema del (empleador), en gestión de las personas de ahí, que es nefasto, pésimo”.*

6. Percepción de errores en los canales de comunicación entre el OAL, el empleador y entre empleador y trabajadores

Una de las debilidades reportadas apunta a la gestión de la información y del riesgo: *“... la resolución llegó, el ISL se equivocó en la dirección y mandó la resolución a otro establecimiento distinto al nuestro. Después se tuvo que pedir que se enviara, yo no sacaba nada con conseguirme la resolución del (centro de trabajo) si tiene que entrar acá formalmente por oficina de partes, con número de oficio, con otra fecha. Entonces eso fue lo más lento encuentro, pero de acá interno del Servicio”*.

Respecto del riesgo, *“... en la institución hay como una política de denuncia que está como en todos los ascensores, que está como en todos lados, pero nunca en esa política aparece el psicólogo, sino que a mí se me ocurrió conversar con él solamente y le pregunté qué hacer, porque él es el psicólogo de clima organizacional. Entonces, mi jefa empezó a afectar el clima organizacional de mis 20 trabajadores, que dependían de mí. Entonces partió de abajo, molestándome a la gente abajo para generarme dificultades a mí. Entonces como que ella interfirió en el clima organizacional de mi unidad”*.

7. Propuestas de mejora al proceso de evaluación y calificación

Una de las entrevistadas apunta a que una mejora posible sería hacer seguimiento de los casos en sus lugares de trabajo: *“Seguir los casos, de qué pasó. O quizá el tema de generar una instancia de que sale enfermedad laboral, cuáles son los puntos críticos y los puntos que tenemos que, que eso es lo que hacemos nosotros acá, por ejemplo, los que tienen que tratar a corto, mediano y largo plazo e ir supervisándolos. Yo creo que la supervisión es esencial, y en el caso de que no actúas, sacar multa”*.

“Que se cree, igual que cuando hay un evento centinela, por ejemplo. Que se hace un plan de mejora, y ese plan de mejora tiene actividades que van dentro del ámbito del evento que pasó para mejorar aspectos de éste, y que no vuelva a pasar. Y eso hay que supervisarlos, porque el papel resiste mucho”.

Una de las entrevistadas refuerza la problemática de la necesidad de información, prevención y gestión del riesgo en aquellos centros de trabajo donde se califiquen patologías: *“Yo creo que eso, cuando hay un tema de maltrato laboral, lo primero que se produce es angustia, es incertidumbre, es ansiedad. Por lo tanto, creo que el proceso no ayuda a nada de esas 3 cosas, ni a la angustia, ni a la ansiedad, ni a disminuir la incertidumbre. Por lo tanto, yo pienso que habría que hacer un proceso que apuntara a eso, a entregarle respuestas al trabajador antes, anticipadamente, que no tenga que ser el trabajador el que esté yendo, mandando correos, golpeando puertas, preguntando. Porque a mí me tocó escribir correos, preguntar, llamar, entonces yo creo que eso siempre me hacía retroceder, el que yo buscara*

la información me hacía retroceder. Por lo tanto, yo creo que el proceso debe ser un proceso que se adelante y que le quite esa ansiedad al trabajador que ha sido vulnerado. Entonces yo creo que principalmente eso, hacer acciones que vayan a disminuir ese estrés, esa ansiedad, y que sean los procesos de reintegro como mucho más anticipados, que se conozcan. No puede ser que me hagan volver al mismo lugar, con la misma jefa al lado y yo tenga que esperar ahí que me digan a donde me van a destinar, yo creo que eso no puede ser”.

“Es que, en el caso de mutualidad, yo creo que el fin de también de ayudarnos en el tema psicológico y en temas de salud a los funcionarios es muy importante, pero también es importante el tema como te digo de la supervisión, de ir hinchando también a la (empleador), que de repente se queda en los laureles porque empiezan como que oye, este caso hay que hacerle tal y tal cosa, pero finalmente como nadie está como hinchando atrás, hay más problema, hay que ver estos problemas. Entonces no se dan cuenta de que estas cosas pueden llevar a muchas licencias médicas, a abandono laboral, a solicitudes de traslado, y es complicado”.

Otra de las participantes se refiere al seguimiento que debiera hacerse por parte de la mutualidad a los procesos de evaluación, calificación, licencias médicas y a eventuales judicializaciones de los casos: *“No sé po, preguntarles si están en juicio, la verdad no sé cómo explicárselo, pero, que consulten, que vean si está resuelto el tema o los que se vuelven a integrar al trabajo, ha sido óptimo el recibimiento o la adecuación, o el cambio de labores, si les conviene, si hizo bien el cambio, si hay apoyo de la jefatura o de los administrativos que tengan que ver con la salud, salud laboral. Porque, si bien es cierto, el trabajo pasa a ser tu segundo hogar... uno está más horas en el trabajo, que en la casa. Si hay preocupación del empleador en mantener un buen ambiente laboral, porque no somos máquinas”.*

8. Percepción acerca de las formas en que efectúa el reintegro

“El cambio (de funciones) se hizo durante la marcha, cuando yo estaba aquí, se hizo durante la marcha. Porque el OAL le exigió a la (institución) que tenían que mostrar que hicieron algo por el caso, y lo más fácil para ellos fue sacarme una función”. Las acciones evidencian la ausencia del organismo administrador en la prescripción de medidas basadas en los agentes de riesgo que generan exposición en los trabajadores.

“Para el reintegro fue muy fuerte la llegada, para venir como de 0 a 100, fue mucho. Y yo eso se lo dije al psiquiatra, “oye, en mandarme ahora con mi alta laboral es delicado”, “no, pero si yo te digo que estás mejor” me dijo. “Sí me siento un poco mejor, pero eso de colocarme frente a los leones si recién estoy empezando, es como poco ortodoxo”.

“Un desgaste, un desgaste de tener que suplicar, suplicar que tus condiciones laborales sean un poco mejor para tú poder volver, es triste. Es triste, porque yo no estoy así porque sí... Pero no sé si estaba en condiciones para volver a trabajar, así de pronto, de golpe, no lo sé, no lo sé, no, yo creo que no”.

En el anexo N°1 encontrará la pauta de entrevista usada para recoger esta información.

Grupos focales

Fortalezas del proceso de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral

A la hora de identificar las fortalezas del proceso, es posible agrupar las opiniones en 2 ámbitos:

- **Ámbito interno de los equipos responsables de la evaluación de la patología de salud mental laboral**
- **Ámbito vinculado al proceso de evaluación y calificación**

En el primer grupo, encontramos las alusiones al equipo de trabajo que hace posible una adecuada evaluación y calificación: “... una gran fortaleza, es la coordinación entre los miembros del equipo. Yo creo que la fluidez de la información, por lo menos yo que participo en las reuniones clínicas, yo creo que es un tremendo plus”.

“Creo que la coordinación que existe como equipo, nos permite dar respuesta de manera más eficiente a cualquier duda que surja en el proceso, en el fondo construyendo certezas, construyendo ambientes predecibles para los pacientes, lo que apunta directamente a disminuir su sensación de ansiedad e incertidumbre. Entonces, eso es lo que podría rescatar.

En el segundo grupo, se refieren a las fortalezas del proceso en cuanto mecanismo de evaluación y calificación: “... una de las fortalezas del proceso es que indistintamente de la calificación, los pacientes tienen acceso a una atención de calidad que en muchos casos en sus sistemas de previsión no tienen la posibilidad de costear”.

“... dentro de todo, es un proceso que es súper informado para los trabajadores que presentan DIEP o DIAT. Entonces ellos están desde un comienzo al tanto acerca de las distintas etapas, se sienten contenidos por el equipo por lo mismo, y como que eso mitiga un poco la incertidumbre que involucra todo el proceso”.

Sobre este punto (proceso), hay quienes apuntan a la estandarización del proceso como una de sus principales fortalezas: “Y también está bien protocolizado, por más que podemos existir variaciones individuales, el hecho de que todos más o menos sigamos una

misma línea, un mismo tipo de ficha, ayuda a que en el proceso no sé, por ejemplo, si yo me enfermo lo toma otro, pueda tener un buen seguimiento, o si se va alguien, el paciente, que el cambio sea menos drástico, y que ya todos estamos acostumbrados”. “...destacar eso de que está súper estandarizado y protocolizado el proceso, entonces, independiente de que yo trabaje en un área, sé lo que se está haciendo en otra área; si el paciente tiene alguna duda, sabemos a quién derivarlo”.

Otra de las opiniones refuerza la fortaleza del proceso: “... yo puedo darle al paciente claramente, se va a hacer esto, se va a hacer esto, esto se va a demorar tanto tiempo, esto es lo que puedes esperar y esto no. Entonces eso también da una idea de seguridad al paciente de saber lo que está pasando y lo que puede llegar a pasar”.

Otro de los aspectos abordados en el ámbito de la evaluación y calificación se refiere al método de levantamiento de información: “... la logística (de evaluación) me parece que es tremendamente como interesante, como innovador, eso me parece súper bien. Creo sí que podría sacársele más jugo al epeteísta, en términos como de su percepción respecto a las cosas, porque el informe en sí es bien cerrado, como que no te permite mucho que tú puedas realmente a veces jugártela con ciertas cosas, y a veces hay que jugársela, entonces, el informe no te permite mucho aquello”.

En la misma línea, y en otro grupo focal, se reafirma la idea de la información: “Me parece como aspecto positivo del actual proceso de evaluación que hay distintos insumos, médicos, psicológicos y de la evaluación de puesto de trabajo, y también me parece relevante que el empleador pueda aportar antecedentes adicionales que esta documentación que se le solicita, me parece que eso es crucial”.

Sobre los tiempos de respuesta y resolución, otra de las consultadas señala: “Yo creo que una cosa también, un punto positivo, es la rapidez con que se acogen las denuncias. Desde que llega la denuncia, rápidamente se le distribuye un profesional para realizar la evaluación médica, y después inmediatamente la evaluación psicológica. Yo creo que eso le da un respaldo al denunciante, ¿verdad? y se sienten como acogidos en ese sentido, a que el proceso sea rápido, que se le de acogida rápida a la problemática que ellos están denunciando. Yo creo que eso es favorable, por lo menos en nuestro equipo”.

Otros participantes abordan el acompañamiento que reciben los trabajadores como una fortaleza del proceso: “... como un plus importante, es que existan las instancias de acompañamiento de forma continuada, porque muchos pacientes sienten mucha ansiedad por el proceso, y estar acompañados hasta que reciben la resolución es algo súper positivo para ellos. Entonces, sin duda, creo que es una fortaleza del protocolo de atención”.

“... otra fortaleza que yo percibo del proceso es la posibilidad que tienen los denunciantes de ser acompañados mientras se espera la calificación, porque sabemos que

esos plazos no siempre se cumplen, y son periodos bastante extensos, los que muchas veces necesitan ser contenidos y acompañados durante esa fase”.

“... (lo) que a mí me gusta en lo particular, es que lo ven dos profesionales diferentes, o sea lo ve un médico y lo ve un psicólogo. Entonces eso permite también que la evaluación sea un poco más completa, que tengamos más información, porque los pacientes obviamente se desarrollan de diferente manera con un médico que con un psicólogo y nos permite también conversar los casos, tener como más información al respecto”.

Aspectos que mejorar del proceso de evaluación y calificación

Sobre la denuncia

Tal como apareció en las entrevistas individuales a trabajadores/as calificados con patologías de salud mental laboral, en el grupo de discusión se abordó la “denuncia” como elemento que podría prestarse para confusión en el proceso de reclamo de una enfermedad profesional: “Yo quiero mencionar algo que tal vez no es un punto muy relevante del proceso, pero que sí considero que puede tener cierta influencia en cómo lo perciben tanto los denunciantes como el empleador. Es el nombre de la DIEP, que empiece llamándose como Denuncia por Enfermedad Profesional, me da la impresión de que muchas veces los empleadores se sienten un poco amenazados porque lo perciben como una demanda, como una especie de disputa legal. Y también me ha pasado con los testigos de la EPT, que lo ven como “ella demandó a la empresa, ella demandó a la empresa porque se enfermó por el maltrato ... Y pienso que eso agrega un poco de ansiedad al proceso, que ya de por sí es ansiógeno el hecho de buscar ayuda, hacer esta denuncia a partir de las condiciones que está sufriendo esta persona, y el hecho de que se llame denuncia lo hace quizás más difícil o más complejo”.

De la información recabada en el proceso

La manera de levantar la información -vista de forma positiva en uno de los grupos, es también puesta como elemento de análisis: “... *creo que sería bueno también estandarizar algunas cosas para que todo fluya de manera más fácil desde el inicio hasta el final. Porque hay muchas cosas que quedan como a descripción de cómo lo manda la empresa, o los antecedentes que se recopilan. O sea, en cambio si es que se hace alguna especie como de check list o documentos que sí o sí deben estar y los opcionales llegan de una manera más ordenada al comité, va a ser todo más rápido y eficiente. Porque son bueno, algunos son buenos y otros son malos dependiendo del profesional, pero si cumplen con un estándar mínimo de alguna lista de comprobación o algo de documentación, sería más fácil para el comité, porque al comité a veces le llega un papel o dos papeles. Entonces, también eso a*

veces genera que hay que devolver el caso y eso se demora más tiempo, o hay que hacer EPT de nuevo, o sea... tener algo más estandarizado ayudaría, después de todo”.

“... la principal diferencia está precisamente como en la corroboración de esto, que es que la EPT es mediante entrevistas. Entonces claro, viéndolo así pues tiene un poco de subjetivo tal vez, porque como es salud mental, no es algo como más tangible que puedas corroborar con un estudio de imagen, que en efecto puedas mostrarle ya, esta patología sí corresponde en base a lo que se ha estudiado, sino que la EPT se basa en entrevistas de testigos, tanto testigos que elige el paciente como testigos de la empresa. Y en el fondo, claro, es subjetiva la opinión que otra persona pueda tener de una situación, esa es como la principal diferencia de cuando estudiamos otras patologías más físicas”.

“Creo que, en el epeteísta, que tiene que ver con algo que quizá, voy a meter mi cuchara en otro aspecto, pero que tiene que ver con la intervención. Creo que ahí está sobre todo el mayor inconveniente en todo el proceso, porque el epeteísta, cuando yo evaluo sobrecarga, o cuando evaluo cualquier factor, son tan diversos a veces los micro factores que uno encuentra, que la intervención tiene que ir ligada con ese diagnóstico. Y siento que la intervención normalmente es un copy-paste, digamos, es como “ya, cambia al trabajador de su puesto de trabajo”, esa es la recomendación como estándar. Y creo que se pierde la experiencia del epeteísta, que el realmente te pueda decir “sabes qué, en esta organización la sobrecarga se va a cambiar, o hay que solucionarla no cambiando al trabajador, aquí lo que hay que hacer es esto y esto otro, cambiar el libro por un reloj control”, no sé, cualquier tontera. Y eso con liderazgo, con todas las cosas. Entonces creo que realmente se pierde mucho de esa oportunidad del epeteísta que va a la organización y mira realmente bien, que él te pueda decir “sabes que acá hay que hacer esto y esto otro”, creo que esa experiencia se pierde”.

“Al final la mayor dificultad es realizar la EPT, si ese es el punto como clave, más la demora del mismo contacto con la empresa, coordinar la visita. Los casos que no se llegan a calificar en los 30 días no es porque no tengan ingreso médico, sino en el fondo porque hubieron dificultades en la EPT, pese a que la calidad se supone que está estandarizada”.

“Una de las cosas que he notado, es que la empresa cuando se notifica que nosotros vamos a hacer esta investigación y que tenemos que hacer entrevistas, la empresa tiene acceso a saber quiénes son los entrevistados, evidentemente, y es una de las cosas que más los pacientes nos preguntan, es cómo porque él sus testigos no pudiesen ser anónimos, como para tener ellos la certeza de que luego la empresa no va a tener no sé, represalias por ellos haber participado en este proceso. Entonces claro, al tener acceso a los nombres de los testigos, muchos casos que salen no laborales, a pesar de los testigos del paciente si fueran entrevistados, los pacientes alegan que los testigos no se sintieron, digamos, como en la libertad de exponer la realidad de los asuntos, porque la empresa igual sabía que ellos eran testigos”.

Sobre los testigos

Respecto de los tiempos del proceso, una de las opiniones alude a la necesidad de coordinar de mejor manera los tiempos internos del organismo administrador y la distribución de tareas necesarias para llegar a la calificación. Una de esas tareas es la realización de entrevistas a los testigos: *“... siento que una parte crítica es el tema de cuando te envían los testigos y los plazos que existen para eso. A veces pasa que envían los testigos en la última fecha, y para entrevistar y hacer el informe tenemos como dos o tres días. Entonces los plazos se ven muy acotados, uno tiene que realizar las coordinaciones muy rápidamente con los usuarios, hacer un informe a veces en la noche para entregarlo al otro día, sin quizás el tiempo para poder realizar una buena corrección o asimilación de toda la información que te entregan los testigos”*.

“... ahora en la actualidad, entregan los testigos, por lo general lo entregan el último día, y desde ese día, aproximadamente, es variable, pero va entre los 2 a los 4 días que tienes para hacer las entrevistas e informe. Va a depender de cuándo te envíen los testigos, si la empresa lo envía como en la última fecha, tienes muy poquito tiempo para poder coordinar todo. Si lo envían con mayor antelación, vas a tener más tiempo para poder realizar todo”.

“... desde que la SUSESO volvió a instruir EPTS exclusivamente presenciales, para nosotros es un tema, porque ¿dónde los entrevistamos? ya, por ponerte un ejemplo, en algún momento, hace tiempo atrás, yo solicité, porque a mí me pasó también en una oportunidad que me pidieron que hiciera una EPT en cualquier parte, es que no puedes entrevistar en cualquier parte, por último, cita a la gente en la agencia ACHS para poder entrevistarla ahí. Pero cuando el trabajador o la empresa queda en Chuchunco City, y no tienes agencia cerca, ¿cómo vas a hacer que la persona vaya? Entonces es un tema, yo creo que ahí hay una falencia importante y se soluciona tan fácil con permitir que el estudio o las entrevistas puntuales se realicen de manera remota, ese es un problema. Y, lo otro que les comenté delante, que yo siento que es un problema el tema de que no esté estandarizado, por lo menos en nuestro caso, que haya una formalidad respecto a la documentación de los testigos que quieren entregar algo”.

Al tiempo acotado para la realización de las entrevistas, se suma el desbalance de poder en los entrevistados/as que puede aportar el trabajador/a versus los que entrega la empresa: *“... evidentemente existe un desbalance de poder y eso hay que asumirlo como tal, finalmente es el empleador el que contrata al trabajador, por tanto, ejerce una serie de mecanismos de control e información que siempre le van a llegar al empleador primero que al trabajador, y siempre el empleador va a tener más mecanismos de entrega de información que el trabajador, en el sentido de que es el empleador el que guarda los contratos, el que tiene los documentos, el que tiene los sistemas, el que tiene los accesos y el que tiene bajo su*

subordinación a un grupo de personas que tiene empleadas a su nombre. Entonces, ese desbalance de poder es real, y yo creo que hay que asumirlo como tal que es así, y que siempre va a ser así probablemente. El punto es que cómo le das acceso al trabajador a que pueda entregar su versión, y cómo resguardas la cadena de confidencialidad para que esa información pueda ser entregada. Por ejemplo, yo personalmente, no veo de parte, en general, de todos los organismos administradores, cuál es el acceso que le dan al trabajador de manera intuitiva, fácil, rápida, con todos los accesos que tengan, al trabajador para que por ejemplo aporte información para su caso. Qué tipo de información es la que debe aportar, qué educación se le hace al trabajador respecto de qué cosas debe o puede aportar. Dónde está el acceso para que lo pueda hacer de manera rápida, acceso, en el fondo yo creo que hay un tema de acceso. El empleador siempre va a tener la posibilidad de poder entregar esa información, y tiene un mejor acceso para poder entregarla y siempre lo va a tener, porque en el fondo estos son organismos administradores, mutualidades de empleadores, entonces el acceso siempre va a estar dado en preferencia al empleador. Pero claro, yo creo que ahí al trabajador le falta un poco más, creo yo de acceso y de educación también, respecto de qué entregar, cómo entregar, cuándo entregar, y que sea más rápido, porque de nuevo este proceso está cruzado por el tiempo. Entonces, mientras antes se haga llegar la información, mejor, creo que eso ayuda”.

Esta situación se complejiza aún más cuando la denuncia se realiza en un centro de trabajo que es una pequeña empresa: *“Creo que hay una injusticia muy profunda con respecto a los trabajadores que trabajan solos y que no tienen, por lo tanto, la posibilidad de que un otro haya visto lo que le está ocurriendo. Y para esto, digamos, el caso de, o el riesgo de asedio sexual, ahí se expresa brutalmente que creo que tenemos muy pocas herramientas para realmente poder decir si es que existe o no existe la presencia de ese riesgo. Y si uno piensa, además, que es súper injusto porque, ¿habitualmente cuáles son las empresas que les ocurre esto? Son las empresas que tienen como condiciones más pobres, o sea, por ejemplo, el guardia contratista que trabaja, no sé, en una empresa X, la señora que hace aseo, que trabaja sola en el piso, no sé, entonces ella cuando tú le pides un testigo que haya visto lo que ocurrió, realmente no tiene a nadie. Entonces el proceso ahí es bastante injusto con ese trabajador, porque es muy difícil realmente que podamos calificar que está presente el riesgo que estamos evaluando. Entonces, creo que, en esos casos, la lógica del testigo no sirve de mucho, entonces quizás debiera haber un formato distinto para poder evaluar ese tipo de condiciones”.*

“En la misma línea que decían las chicas, en los casos de los trabajadores que son de casa particular, que nos ha tocado en varias EPT hacer esa, o en los que hay el empleador y un trabajador, o dos trabajadores, que ahí el proceso en el fondo es dispar porque no hay testigos, y los testigos son justamente las mismas personas que se acusan como acosadores, entonces es súper injusto el proceso. Y generalmente, también, claro, salen como enfermedad

común, tampoco ellos tienen pruebas para demostrar, entonces uno ya parte como con esta impresión de que ya el proceso no es justo, que se hace la EPT con un testigo o dos”.

Sobre los tiempos de calificación

Respecto de los tiempos que están normados para la calificación de una enfermedad mental de origen laboral, las opiniones son diversas: *“Lo ideal es que se haga lo más rápido posible, cuestión de poder generar una calificación y terminar como con los tiempos de incertidumbre que hay en la consulta, en la denuncia que hace el trabajador. Entonces, mientras más corto sea eso, yo creo que más rápido se resuelve la situación del tratamiento, como de quién finalmente va a asumir ese tratamiento”.*

Otra de las opiniones considera que los plazos acotados posibilitan un diagnóstico común: *“El hecho de que existan estos plazos acotados, de alguna forma u otra, ¿no permea el que se generen, por ejemplo, diagnósticos un poco también precipitados, por ejemplo? O no sé, estoy pensando básicamente en la cantidad de trastornos de adaptación que hay como resultado de la evaluación”.*

“Y creo que desde ahí tenemos una doble presión, porque también del ISL nos presionan a los médicos, que ya no más licencias, pero no sabemos, como decían los doctores, a qué los vamos a reintegrar tampoco. No hay ningún tipo de, si quiera señal de “sí, nos vamos a reunir para ver el plan”, o “se está trabajando en esto”, o “esa es la propuesta”. Y creo, como decía la doctora, que debiésemos tener, o proponer tener una participación, quizá no en el caso a caso, pero generar protocolos. Creo que tenemos un equipo muy bueno como para tener ideas y fortalecer también a los equipos en ese sentido”.

Ausencia de intercambio de información y trabajo de equipo

Si bien en uno de los grupos, el equipo de evaluación es visto como una fortaleza, en otros aparece como una debilidad: *“No, nosotros no tenemos contacto con... de hecho con nadie de la/el (organismo administrador), nosotros solamente con nuestra coordinación interna y después emitimos informes y no nos metemos más en el proceso. Obviamente no tenemos contacto con el paciente tampoco, solamente con contacto empresa y testigos... Tenemos también acceso a las fichas médicas que en el fondo en base a eso nosotros extraemos el motivo de consulta, y en ocasiones también tenemos acceso al informe psicológico para poder complementar la información. Esos son nuestros insumos básicos finalmente”.*

Sobre el diagnóstico

“... el diagnóstico debería estar relacionado con la formación de los médicos y de los psicólogos que se hacen cargo de los ingresos, como de una formación más acabada, más fuerte en medicina del trabajo o en patologías ocupacionales y en diagnóstico clínico también, como para poder... o sea yo creo que eso es un resorte que depende estrictamente de la calidad del profesional que está, o de los profesionales que están de la mano con este proceso”.

“... es muy fácil colocar el diagnóstico de trastorno de adaptación porque es un comodín, pero poco se ha avanzado en realmente entender qué es el diagnóstico del trastorno de adaptación, que está en la base de lo que son trastornos del trauma, o sea, patologías derivadas del trauma. Pero ese diagnóstico y los diagnósticos diferenciales tampoco yo creo que se exploran mucho. Ahora claro, también te podrán decir por otro lado, que llegar a los diagnósticos diferenciales requiere hacer exámenes, porque no sé, salud común, el paquete estándar de salud mental es que tú tienes que tomar una placa de exámenes de laboratorio, una batería de exámenes de laboratorio para descargar si es que hay otros problemas, eso en salud ocupacional no se hace, por ejemplo, no está cubierto ... Luego, tienes el segundo punto de entrada que es el estudio de puesto de trabajo, del perito que lo hace. Y ahí también depende de la formación de esa persona para determinar, justamente tu pregunta que estás haciendo, o sea consulta por sobrecarga, pero en realidad es liderazgo disfuncional. Claro, eso es algo que tiene que determinar el perito. Entonces, si el perito tiene una formación mínima, básica, va a hacer finalmente lo que le pide el médico, o va a hacer lo que le pide el psicólogo, de quien esté determinando el riesgo. Pero si ese perito tiene un enjuiciamiento más crítico de la pega que está haciendo, va a poder leer mejor ese ingreso y va a poder decir “oye, sabes que a lo mejor esto no es sobrecarga, aquí hay atisbos de liderazgo disfuncional y a lo mejor lo que tenemos que estudiar son las 2 cosas, o a lo mejor sólo el liderazgo disfuncional, o condiciones organizacionales hostiles”, qué se yo. Pero eso es un juicio profesional que tiene que emitir el perito, y ese juicio profesional, yo creo que no hay otra forma de poder obtenerlo si no es con formación continua, permanente, que sepan, que estudien casos, qué se yo. Yo creo que, al organismo administrador claro, como funciona de esta manera que actúa sobre lo que está escrito, no va más allá, y no va a ir más allá tampoco, porque en el fondo tiene una lógica de seguro, entonces no va a ir más allá si no se lo piden. Por tanto, toda la instrucción que emane hacia abajo con sus equipos de salud va a ir en esa línea”.

Cuando la calificación resulta de origen común

Uno de los aspectos que aparecen en los grupos focales fue el resultado común de la calificación, y cómo se resuelve la expectativa de los trabajadores/as. *“... caso contrario*

pasa cuando la resolución sale común, y de una tenemos que hacer como ese corte con el paciente y pasa que claro, dicen “ay doctora, me afectó mucho ya no tener comunicación ni terapia con el psicólogo, ni con ustedes”. Y muchas veces es lindo ver cómo la gente te agradece, y de corazón te dan las gracias, independientemente de la resolución, que gracias a esa labor que hemos hecho como profesionales, se han sentido mejor como personas, como seres humanos. Eso es muy bonito”.

“Yo creo que la mayor dificultad que tenemos en salud mental es el paciente, explicarle a alguien que su patología que asociaba su trabajo no es de su trabajo, es algo súper difícil de digerir. Muchas veces hasta los mismos pacientes quedan peleados con sus compañeros de trabajo, porque no dijeron lo que ellos querían, pasa para los dos lados”.

Al respecto, las opiniones apuntan a tomar este tipo de situaciones como una oportunidad: *“... es una súper buena instancia, porque te permite también a veces dar algunas orientaciones en caso de que uno, por ejemplo, en la evaluación haya evidenciado que había antecedentes personales, que en general ahí intento como problematizar o psicoeducar un poquitito, que sería bueno dar continuidad a un tratamiento independiente del tema laboral. Y, en algunos casos hay personas que no asisten, pero por lo menos a mí todas me ha pasado que de una u otra manera me dicen “sabes qué, mira, no asistí porque en realidad, ya que tengo la calificación, no le encuentro mucho sentido”, como igual con harto respeto, yo creo que ayuda a transmitir también este tema como de humanidad del equipo y de que visualizamos a la persona independiente de la calificación. Y lo otro es que también para ellos igual es una instancia para poder educarse respecto a cómo apelar, por ejemplo, siento que es una instancia muy favorable en muchas esferas y creo que es como lo que nos da ese sello distinto de la atención desde principio a fin”.*

“... pocos me han faltado a la sesión de cierre. Es como que lo reciben bien, como que quedan en el aire, no se estuvieron viendo y de un momento a otro les llega un documento, entonces todo el equipo se desliga. Lo notan como una instancia, como dice el nombre, de cierre de un proceso, y bueno generalmente desahogarse un poquito de lo injusto que es, porque es lo que sienten en ese momento, la mayoría no queda muy contentos. Pero sí, aparte, es el momento que tienen, la gran mayoría siempre destaca el agradecimiento al equipo, más allá de lo que haya resultado el proceso”.

“... es como una instancia en donde muchas veces agradecen el proceso que se ha llevado a cabo. Por otro lado, obviamente que muchos se sienten como decepcionados, pero a la vez acompañados a través de este cierre, y les sirve como una instancia también de orientación. No tengo muchos recuerdos de que alguien no se haya conectado a su cierre, la mayoría sí llega hasta su última sesión, y ocupan esa instancia precisamente para orientarse y para ver a qué instancia pueden llegar y como pueden continuar si es que existe algún proceso, o también inclusive como un espacio de contención ante la resolución que no ha sido favorables para ellos también. La mayoría dicen que sí va a apelar a la SUSESO, pero

la verdad es que, de todos los casos, sólo uno de mis pacientes se ha reincorporado. Así que no sé ahí cómo funciona, o si es que realmente siguen o no con el proceso, si es muy difícil, pero de todos los que han salido común, sólo he tenido un reingreso”.

“... este tema como que les ayuda hacer el cierre, me ha pasado que algunos como que llegan muy enojados y como que se vacían con uno. Pero de verdad los ayuda a tramitar la rabia, porque terminan después como separando, una cosa es la calificación, otra cosa son ustedes como equipo, y agradeciendo. Yo creo que, como han dicho, sirve para la elaboración también, y algunos claro, parten como muy enojados, “voy a apelar” y “esto no es justo”, y en algún momento también empiezan un poco a visualizar otras alternativas o a priorizar su salud mental, si es algo que en realidad les hace sentido o no”.

Principales debilidades del reintegro laboral de trabajadores/as con patologías de salud mental de origen laboral

Dentro de las debilidades del proceso, el aspecto que más se menciona es el vinculado a la coordinación del traspaso de la información, sobre todo, en el caso de las RECA: *“ (la demora) De la calificación principalmente diría yo porque, no es por ser parte del equipo, pero de verdad creo que actuamos súper rápido y son casos muy puntuales en los que no se ha podido dar respuesta dentro de algún plazo, de verdad no creo que sea la regla a nivel interno. Pero la coordinación, o esto de que de repente le llega la RECA a un paciente y yo de verdad he esperado 4 o 6 semanas en que nos llegue a nosotros, y tampoco nos dan el pase para trabajar. Entonces ahí yo creo que empieza esta descoordinación que también interfiere en el proceso. Y como te decía, no sé si entre en esto que acabas de plantear tú, pero, el no saber si va a haber un plan de readecuación, que no cumplen los plazos, eso interfiere muchísimo en el proceso encuentro”.*

“... las RECAS a veces se demoran muchísimo, a veces vienen súper rápido. Muchas veces les llegan a los pacientes y nosotros llegamos pensando que vamos a hacer una sesión normal, y quedamos así porque ya tienen la RECA ellos y nadie tiene idea y la tienen no hace dos días, a veces una semana, dos semanas, o más. Deberíamos estar preparados nosotros cuando los recibimos, mandarla en el mismo momento”.

En la misma línea argumentativa, otra de las opiniones señala: *“... las descoordinaciones en las bases de notificación. Como decía la doctora, no siempre se notifica simultáneamente u oportunamente a los distintos entes involucrados en la atención, entonces se dan circunstancias como esas, que los pacientes o llegan con su calificación de distinto tipo, común o profesional, o hay que hacer el cierre imprevistamente, o no podemos iniciar tratamiento, o a veces incluso somos nosotros quienes tenemos que notificar respecto a las calificaciones de enfermedad común, y de pronto ahí también la relación se confunde, porque no somos nosotros quienes calificamos”.*

En segundo lugar, encontramos las deficiencias en el ámbito de los planes de adecuación: “... los planes de adecuación, es súper complicado cuando se demoran tanto, porque cuanto más tiempo los tenemos con licencia médica, más difícil resulta después el reintegro. Pero también es complicado reintegrar a una persona cuando ni siquiera existe un plan de adecuación, o nadie se comunica, porque lo reintegro a qué, ¿a lo mismo?, ¿va a pasar algo?, es difícil contestarles algo”.

“... el tema de los planes de readecuación que no siempre llegan, creo que ese claramente es un nodo crítico, y a veces incluso cuando llegan, no son atingentes muchas veces a la situación del trabajador, ya que consideran el factor de riesgo de un modo demasiado amplio”.

“... el papel da para mucho. Y muchas veces se dicen cosas, que la institución va a hacer algunos cambios, una adecuación, etcétera, y en la práctica nosotros vemos con nuestros pacientes que eso no se da. Los ajustes o las adecuaciones son muy pobres muy pocas, y yo siento desde ese punto de vista como, digamos, como institución de que está prestando ayuda, tenemos muy poca injerencia incluso en las sugerencias que pudiéramos hacer”.

Respecto del reintegro, las opiniones apuntan a la responsabilidad y rol de las empresas e instituciones con casos de calificación: “Pero si tú hablas de la oportunidad del reintegro, se puede demorar o puede ser infructuoso o el resultado no puede ser lo suficientemente adecuado o esperado mientras la empresa no tenga claro el concepto y la obligación y la responsabilidad de abordar este caso. En ese sentido, qué es la sensación, que falta argumentos legales que tiene que determinar la SUSESO para que imponga esta obligatoriedad de responder en la forma y en la oportunidad a la empresa, y colocar todo lo que está a su alcance, a disposición de lograr un buen resultado de reintegro”.

El problema se complejiza en virtud del tamaño de la empresa: “El problema es que en esas empresas (pequeñas) generalmente ni siquiera llegan a enfermedad profesional, porque la cantidad de testigos a veces no da, no hay una cantidad para efectivamente poder tener testigos a ambos lados. Pero el caso que más me preocupa, que a mí me tocaron 2 casos de trabajadoras de hogares, de doméstico, porque ahí ¿qué testigo tienes? tu jefe. Entonces, yo sé que es complejo, pero debiese haber algún tipo de excepción o algún otro procedimiento, porque este modelo claramente no funciona para todos los casos, y es injusto. Entonces después cuando las personas te dicen es que, no sé, “hay 2 personas más y no quieren testificar”, o “hay 2 personas más, pero son cercanos a la jefatura” y a uno le toca decir “es el procedimiento, no podemos hacer nada”, yo encuentro que es revictimizante también. Porque generalmente lo que ocurre en esas situaciones es hostigamiento y finalmente esto es reforzar esa situación”.

“Yo creo que un gran problema es cuando las instituciones no están ni ahí y ni siquiera nos toman en consideración y son instituciones maltratadoras. Y lo malo, nosotros hemos visto que instituciones de salud, cuando es como casi una contradicción. Eso era en relación a antes que hicieras estas preguntas, que era como casi una elucubración. Con respecto a lo tuyo, a la pregunta, yo creo que, bueno, hay que trabajar las expectativas. A veces pasa que las expectativas de los pacientes son expectativas justas, no sé si adecuadas, pero justas. Pero muchas veces, lamentablemente, tenemos que ajustar las expectativas, aunque sean justas a nuestros ojos, con cosas que no se van a cumplir por A, B o C motivo en la institución. Y yo creo que eso tenemos que ir trabajando con los pacientes, o sea, y a veces pasa que lo mejor, el mejor escenario para el paciente es que renuncie, que se vaya, que se vaya del lugar. A pesar de que eso a lo mejor puede ser injusto, etcétera, pero mostrarle de que quizás la institución no va a cambiar, no va a hacer un esfuerzo, no está ni ahí con el trabajador o la funcionaria, sobre todo cuando son mujeres, yo te diría que es una institución bastante sesgada, discriminadora con respecto al tema género”.

“Yo quiero trabajar el tema del reintegro, quiero saber algún tema puntual médico, tengo que darme tremenda vuelta y muchas veces no llevo, generalmente no llevo. Entonces, eso yo siento que va en desmedro del proceso y del paciente cuando ya es una enfermedad calificada. Entonces creo que ahí también debiera haber una cierta regulación en donde hubiera unos mínimos establecidos, quizás unas contrapartes formalizadas. De repente son cosas que son, que uno dice que es evidente que tiene que haber una contraparte, pero yo llevo X tiempo trabajando y no tengo contraparte de ESACH, no tengo contraparte de ACHS, entonces eso uno dice “no es posible”, porque ¿cómo trabajamos los casos?, ¿cómo levantamos información?, ¿cómo resolvemos dudas?, entonces yo creo y uno dice “pero es que es evidente que tienes que tener contraparte”, pero si no lo dice el compendio entonces ACHS no se preocupa. ESACH depende de ACHS, entonces finalmente ahí los procesos se deterioran y afectan en el fondo la calidad del producto, la calidad de la atención o del levantamiento de información”.

“el empleador en la gran mayoría, sobre todo en la empresa privada, no tienen los profesionales para entender lo que está pasando, primero entenderlo, segundo, implementar cambios cuando no están los recursos muchas veces, o cuando la dinámica organizacional, porque son pequeños, porque son cargos específicos, no lo permite. Entonces, es una labor que requiere de mucho acompañamiento, que requiere involucrarse mucho en el caso. Nosotros hemos tenido empresas pequeñas, unos de transporte, de agua, y ha tocado ir e involucrarse ahí, conocer la realidad, ver cómo funcionan y después de eso proponerles medidas”.

“Eso sí, el paciente nunca sabe cuáles son directamente las medidas de mitigación ni cuáles fueron las recomendaciones que se hicieron, porque están es las recomendaciones que da en el fondo el informe de prevención, pero ahí la empresa tiene que ver cuáles son

aplicables para su proceso productivo. Entonces tampoco es que el paciente sepa qué se aplicó que no se aplicó y qué es medida de mitigación y qué es otra cosa”.

“No hay jurisprudencia, nosotros no tenemos cómo obligar a la empresa a que aplique las medidas de mitigación, y además de eso hay empresas que es imposible aplicar medidas de mitigación, pymes, un buzo no va a poder volver a bucear si tiene una (patología), entonces hay muchas patologías que literalmente no se pueden hacer cambios y ahí también hay que modificar un poco de apurar el proceso COMPIN también, de definir secuelas, o de apurar el auto despido, porque en el fondo con reposo, más medicamentos, lo único que hace es jugar en contra del paciente”.

Otro de los aspectos apunta a la expectativa del denunciante versus los ajustes que se realizan en el lugar de trabajo: *“Creo también esto depende mucho de las expectativas que tiene el paciente cuando inicia el proceso sí, muchos creen que las medidas de mitigación son medidas que nosotros podemos pedir como con mucha especificidad o que es a gusto del paciente el cambio y la reestructuración, que tiene como que él estar de acuerdo y la verdad no es así. Lo que establecen es que no te expongas al factor de riesgo acogido y para ellos a veces implica que el paciente es el que es cambiado de puesto de trabajo, no necesariamente el hostilizador, entonces ahí caemos ya en otra cosa en donde “yo siento que esto es una medida castigo”. Entonces sí, es variable de caso a caso, el hecho de que haya una medida de mitigación o un cambio no siempre garantiza que el paciente como que va a estar de acuerdo o va a aceptarlo como una mejoría”.*

En la misma línea, otro de los entrevistados señala: *“Nosotros trabajamos para que el paciente vuelva a su funcionalidad, vuelva su rutina, vuelva a su, comillas, normalidad y muchas veces específicamente con los pacientes de salud mental, eso cuesta muchísimo de entender, muchísimo, porque ya vienen, voy a utilizar esta palabra, pero ya vienen muchas veces cronificados en sus síntomas, cronificados en estas licencias médicas eternas, no, etcétera. O en estas expectativas de reivindicación que también es muy común que estén, como de que se haga justicia, y que nosotros llevemos esa bandera de lucha y también tenemos que ajustar muchas veces esas expectativas de los pacientes y eso cuesta mucho, muchísimo”.*

“... lo que se ve harto, es que muchas veces las mismas empresas o las instituciones, no hacen como un insight respecto de lo que está pasando y nos tiran la pelota a nosotros como institución para que nos hagamos cargo del paciente, y no son capaces de ver que efectivamente en el lugar de trabajo es donde se está provocando esta situación. Entonces muchas veces no sé, uno se encuentra, voy a volver un poquito atrás, pero breve, muchas veces uno se encuentra con que no sé, las mismas jefaturas o los prevencionistas de riesgo, les dicen a los pacientes, “no, si la/(el) organismo administrador a mí no me ha mandado ninguna medida de mitigación, a mí no me ha llegado ningún documento”. Entonces finalmente, es como una pelota para allá y una pelota para acá, pero gran parte del tiempo

y lo que sucede muchísimo es que sí, las empresas nos mandan la responsabilidad a nosotros respecto de que el paciente no está suficiente bien tratado o porqué te dieron el alta, si tú no estás bien. Pero con cero Insight respecto de lo que realmente es una enfermedad profesional y el impacto que tiene no solo en un trabajador, sino que en áreas de trabajo o en la empresa como tal o en la institución como tal. Entonces muchas veces se sacan eso y lo ponen sobre nosotros y eso también dificulta los reintegros, dificulta los procesos, dificultan los tratamientos”.

Propuestas para mejorar el actual proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral

“El reintegro es una palabra muy linda, pero en la práctica es compleja, porque va a depender siempre del caso y de las personas y de la organización”.

Uno de los elementos apunta a la calidad y oportunidad de la información que se recoge en los instrumentos de levantamiento de información: *“... si uno pudiera como decir cosas a mejorar, como la cantidad de información que se solicita al médico y al psicólogo clínico al ingreso, y qué utilidad tiene esa información finalmente para la calificación. Yo creo que ahí podría haber como puntos de mejora, porque hay mucha cosa que se pregunta, que no sé si es que luego se va a utilizar en la calificación, o sea, yo creo que no se utiliza. Como que hay mucha información de índole como biográfica del paciente, o como de antecedentes que no se focalizan necesariamente en el diagnóstico, sino que se focalizan en cuestiones como de antecedentes generales de un ingreso médico general, que no es como un ingreso de medicina ocupacional, sino que como que va muy por el lado, preguntando cosas como si esto fuera un ingreso de medicina general habitual”.*

Otro de los participantes señala que no existe la posibilidad de desligarse de los insumos que forman parte de la cadena de evaluación, ante lo cual, no pueden cambiar los agentes de riesgo a estudiar: *“Es que ahí hay un alcance, porque hay dos cosas que pueden suceder, una es que en la ficha médica el médico indique un X agente de riesgo, por ejemplo, sobrecarga. Pero nosotros, por lo menos como ESACH, lo que nosotros hacemos es que nosotros desprendemos el agente de riesgo a indagar dependiendo del motivo de consulta, independiente de lo que diga el médico. Porque el médico escribe lo que quiere, o sea, yo creo que tiene nociones, pero no tiene la expertiz, no se ha interiorizado, no sé, pero no lo hace finalmente como debe ser. Entonces al principio pasaba claro, que uno indagaba el agente de riesgo que decía el médico, o te ponía todos los agentes de riesgo y tú tenías que identificar todo, entonces finalmente, hace tiempo llegamos al acuerdo y se bajó la instrucción de que es el psicólogo epeteísta quien determina cuál es el agente de riesgo a indagar, en base al motivo de consulta que consigna el médico en la ficha. Ahora, en una entrevista, si yo fui a indagar sobrecarga porque el motivo de consulta decía en el fondo que*

era sobrecarga, y yo me doy cuenta de que también hay liderazgo, yo no lo puedo indagar. Esos son lineamientos internos, no sé si es a modo general”.

Sobre los testigos hay muchas opiniones tendientes a mejorar el proceso: “Yo creo que los testigos tienen que ser anónimos, no deberían aparecer en el informe. O por lo menos no su nombre, quizás poner como un dato que sea muy general en el informe de quiénes son los testigos, pero que no aparezca el nombre. Porque ya los testigos de la empresa, obviamente la empresa sabe quiénes van a participar, pero los testigos del denunciante deberían ser anónimos, que sea en absoluta confidencialidad, porque muchas veces pueden tener represalias por lo mismo. Y en cuanto al medio de contacto, yo encuentro que el mejor medio de contacto es el teléfono, porque es algo más privado que el correo electrónico. De hecho, hay personas que uno se contacta con ellos por teléfono, y te dicen “no, te doy mi correo personal para que podamos conversar, porque el correo institucional puede ser revisado”, no sé, no le tienen tanta confianza, entonces te dan el correo personal. Como que siempre yo me he dado cuenta de que los testigos intentan, por todos los medios, que la información que ellos van a entregar no se sepa. Creo que en el informe que uno entrega eso también debería, que antes no se hacía, ahora sí, es que se dice en el informe “testigo del denunciante señaló tal cosa”, pero a veces hay un testigo por parte, entonces, si hay un testigo por parte, ya se sabe quién está diciendo tal cosa, ya no es confidencial la información. Entonces siento que ahí también hay un punto importante porque si le estamos diciendo “sabes qué, lo que me vas a decir es confidencial”, pero solamente tengo un testigo por lado, ya no es confidencial lo que me está diciendo. Entonces siento que eso es bien importante igual trabajarlo, que, en el informe, en la redacción, no se tenga que mencionar quien dijo qué cosa, que sea un relato general de lo que te entregaron”.

“... que exista la posibilidad real para el paciente de poder aportar información a través de sus testigos, o sea, yo creo que eso es la esencia del estudio, finalmente para poder de alguna manera defenderse también frente a esta situación o agente de riesgo o posible hostilidad etcétera que pueda existir en su trabajo”.

Otro punto está dado por la posibilidad de incorporar al proceso, antecedentes o insumos aportados por el trabajador/a que denuncia: “... yo he visto algunos casos, no muchos, pero algunos casos, en que los pacientes tienen documentos y no tienen dónde entregarlos, porque el médico lo que hace es decirles “no, entréguelos al psicólogo”, que en el fondo lo va a atender clínicamente, y esos insumos que son tan relevantes para el caso... porque hay veces en que nosotros nos entramos, que no podemos determinar la presencia porque nadie vio, o qué se yo, pero existen documentos, existe evidencias, correos, WhatsApp, qué se yo, que sólo tiene el paciente y que no lo pudo entregar. Entonces yo siento que eso es súper necesario que de alguna manera se formalice, de tal manera que esa información llegue al psicólogo, no solamente al comité médico, porque puede llegar ahí también, no lo sé tampoco, pero que sí llegue al psicólogo que hace el estudio, es muy relevante para poder concluir”.

“Así como hay plazos para que se realice la EPT, por ejemplo, para verificar los factores de riesgo, a lo mejor sería bueno que haya un plazo para que la empresa haga estos cambios. Si bien lo hay en la teoría, pero la práctica nadie lo regula, entonces ya, se calificó la enfermedad profesional, perfecto, en 10 días. El prevencionista de riesgos tiene que emitir, no sé, un informe de acuerdo a específicamente, qué se hizo con respecto a ese caso, y aquí hay un feedback de eso, si no se ha hecho bueno, otro plazo para que se revaluó esa situación, para cerrar el caso. Porque se califica, se trata, y el factor de riesgo que es lo más importante es la enfermedad emocional quedas al limbo o dependiendo de quién sabe qué, de la estructura organizacional de la empresa, de temas políticos, de temas pandemia, de temas país que, como súper bajo. Entonces creo que sí, eso, concretar lo que pasa después de la calificación. Y eso, y cerrar el proceso, yo creo que con eso ya sería mucho más eficiente el tratamiento”.

Reintegro exitoso

Las opiniones coinciden en que el reintegro exitoso sólo es posible en la medida que la empresa/institución se involucre en el proceso.

“Cuando la empresa de verdad ha tenido interés por el motivo que sea, porque me ha tocado un hospital que no recuerdo cuál es, que de verdad se movilizaron súper bien, tuvieron una muy buena recepción, preocupación del trabajador, etcétera, todo maravilloso. Como también otra empresa que era como mediana, y por miedo funcionó perfecto, y reintegraron súper bien a la usuaria y el proceso en general fue muy, muy positivo. Pero yo creo que acá la piedra de tope es la empresa, y como no siempre podemos contar con la voluntad de la empresa, quizás se necesitan mecanismos por parte de/el (organismo administrador) para poder exigir que se cumplan plazos y que se hagan gestiones en esa índole”.

“... como patrón común en los reintegros exitosos yo puedo identificar la proactividad de la institución, y de hecho cuando tengo que aterrizar expectativas sobre lo que esperan los trabajadores cuando les llega su resolución y dice que la institución va a tener que implementar medidas, acuño siempre al concepto de voluntades: “por tanto, hay que estar a la espera, hay que ser cautelosos, hay procesos que nosotros vamos a poder propiciar”, es cuando vemos que hay una escasa proactividad de parte de la institución, son más bien reactivos y son los mismos trabajadores los que tienen que estar, estando con licencia, con médico, también nuestra parte, invitándolos, que si le parece puede acercarse a consultar. Pero en el fondo, no son acciones que le competan en este caso al trabajador o trabajadora”.

“... nosotros tenemos un programa de reintegro con las personas que tienen calificación de origen laboral, sin embargo, ese es un programa de reintegro que se hace

para el/la (organismo administrador) y, por tanto, está orientado a sus clientes, y sus clientes son principalmente instituciones públicas. Entonces, yo creo que hay una distinción importante entre hacer reintegro en una institución pública versus una empresa privada. La primera diferencia es que, en la institución pública, los mecanismos de despido de gente no son tan rápidos como en la empresa privada, por lo tanto, hay cierta obligación en términos de que la institución tiene como que asumir que tiene ese trabajador en esa condición y que por tanto tiene que reintegrarlo, como que muchas opciones no le quedan. En el caso de la empresa privada, si bien, claro, es más fácil los mecanismos para poder despedir gente, yo creo que ahí se cruzan más otros elementos que son como reputacionales, conflictivos, evitar una demanda laboral, cosas de ese tipo, sobre todo si se trata de empresas más pequeñas. Y en las empresas más grandes, yo me imagino, dentro de lo poco que me ha tocado ver de reintegro, se cruza más bien con aspectos reputacionales y de evitar una conflictiva de demanda laboral. Casos exitosos, entonces dentro de ese contexto, bueno sí, tenemos varios, pero como te digo, principalmente en empresas públicas. Entonces, el contexto de empresa pública está dado yo diría por todo lo que te conversamos antes, o lo que planteamos antes, que es el aspecto normativo, o sea es un reintegro formativo el que nosotros hacemos. Por lo tanto, no está en un plano como de relación comercial con la empresa, porque no se da en ese plano, sino que se da en un plano de normas”.

En este tema, son varias las alusiones respecto de que el reintegro debe ser mirado con sentido de realidad, del tamaño de la empresa, y de las medidas que pueden ser factibles en un tipo u otro de institución: “... el tamaño de la empresa influye bastante en qué cosas se pueden hacer y no se pueden hacer, ya sea por el tamaño de la empresa, porque quizá la empresa tiene 2 tipos de trabajadores, entonces si no es un tipo es otro, no te puede ofrecer más cosas de las que ya tiene. También las cosas que económicamente la empresa puede hacer para, y eso es completamente distinto a lo que lo público puede hacer porque finalmente buscan otro objetivo, y lo que una empresa grande puede hacer porque también cumple con otro objetivo, o lo que una empresa internacional puede hacer porque también cumple con otro objetivo. Entonces, yo creo que acá es como el reintegro como con una sola barra, puede ser demasiado injusto para una empresa o demasiado poco para otra. Entonces yo creo que debería como abrirse ahí el abanico de las cosas que se exigen, por lo menos, la separación público y privado y tamaño de empresa”.

“... establecer quizás ciertos mínimos, un cierto marco regulatorio. Y también va de la mano con establecer una mejor comunicación entre la mutualidad y el prestador médico, porque necesito saber cuándo esa persona se va a reintegrar, por lo tanto, necesito saberlo por lo menos 3 días antes de que se reincorpore, no que llegue de sorpresa. Necesito saber algunos temas incluso médicos, por ejemplo, si está con fármacos, que no pueda hacer turno de noche, entonces todos esos antecedentes también requieren de una comunicación muy fluida entre la mutualidad y el prestador, que no siempre se da con todas las instituciones. Entonces, esas cosas yo creo que debieran normarlas, debieran normar la información que

le tiene que entregar el prestador médico a la mutualidad, y no dar por sentado que, por ejemplo, ACHS, Mutual, tienen sus propios prestadores médicos, que la comunicación es más fluida. Incluso, muchas veces, internamente tampoco lo es. Entonces, debiera establecer eso, ciertas informaciones que debieran entregarse de manera formal, algún formato de informe que tiene que entregar el prestador para poder trabajar el reintegro, darle más formalidad el tema en el fondo, eso yo creo. Unos mínimos y formalidades respecto a los insumos que necesitas para que se dé el reintegro”.

“... creo que una buena medida sería informar a los empleadores de qué se trata el proceso. En especial, yo creo que cuando son empresas más chicas que no tienen esto como algo común, como las empresas más grandes, sería bueno enviar como información sobre qué se trata para que no lo tomen como si fuese una demanda, porque es algo que sí pasa y que se muestran como más asustados o reticentes a entregar información, porque están como en un proceso de que son demandados. Además, creo que sería importante revisar en nuestro caso la evaluación, los plazos que existen para el tema del envío de la información y de los testigos, y cuánto plazo tiene uno para realizar el proceso y que sea obviamente adecuado”.

“Pero yo siento que esto también pudiera ser una oportunidad, sobre todo en aquellos casos de acoso o abuso sexuales, en donde yo creo que ahí nosotros podríamos dar como una serie de protocolos, porque esos son casos serios y que incluso se pudieran eventualmente judicializar. Y que a lo mejor eso pudiera ser, de alguna manera, un “susto” digamos para la institución, sobre todo para las instituciones grandes. Entonces, podría ser una tremenda oportunidad para nosotros como institución prestadora, de poder hacer sugerencias o protocolos con respecto a eso, pensando en varios casos que hemos tenido de esa índole”.

En el anexo N°2 se encuentra disponible la pauta del grupo focal utilizada para la recolección de información.

En resumen, de la información sistematizada en los grupos focales, se extrajeron las siguientes fortalezas (o factores protectores) y debilidades (o factores de riesgo) del proceso:

Fortalezas o Factores Protectores

Coordinación entre los miembros del equipo clínico.

Es un proceso bien protocolizado.

El paciente está bien informado desde que presenta la DIEP o DIAT.

La rapidez del proceso, desde que se hace la denuncia hasta que la persona comienza a recibir atención.

Acompañamiento a los denunciantes mientras reciben la RECA.

Que el equipo de trabajo esté orientado hacia el bienestar del paciente.

Posibilidad de solicitar extensiones de tratamiento cuando el caso lo requiere.

La posibilidad de realizar un cierre con las personas cuyas denuncias han sido calificadas como enfermedad común.

Tener criterios claros de derivación a psiquiatra.

Tener instancias de derivación asistida a la red de salud cuando el caso lo requiere.

Se puede apelar a la calificación si el denunciante no está de acuerdo.

Debilidades o Factores de riesgo

En los EPTs, a veces, se entrevista a pocas personas y son designadas por la jefatura.

La demora en los tiempos de calificación.

La incertidumbre respecto de si habrá o no plan de readecuación. Esto es un aspecto crítico para el reintegro del trabajador.

La coordinación entre la notificación al paciente y al equipo. Es importante que el equipo sepa la calificación en el momento que le llega al paciente para poder organizar la última sesión.

Los plazos para realizar el EPT son muy ajustados, porque se requiere de coordinación con el empleador.

El protocolo indica que los días para realizar la evaluación y calificación son 30 corridos, no hábiles, lo que disminuye los tiempos de coordinación y trabajo frente a días feriados y festivos.

Los pacientes reportan que las readecuaciones a sus puestos de trabajo son muy pobres.

El psicólogo que realiza los EPTs no tiene acceso a la evaluación clínica (en Achs).

Injusticia para realizar el EPT en casos donde trabajadores trabajan solos o en los casos de acoso sexual.

Se observa un desequilibrio de poder al momento de hacer la EPT, entre empleador y trabajador.

En algunas mutualidades, los testigos y las condiciones de entrevista no son confidenciales.

Además, los expertos indican propuestas de mejora y aspectos a considerar para un reintegro exitoso. A continuación, se presenta un resumen de la información recogida en el focus group.

Propuestas de mejora

Centrar la entrevista médica y psicológica en los aspectos de medicina ocupacional, más que en lo biográfico.

En la EPT indagar el agente de riesgo en base al motivo de consulta y a la observación en terreno.

Testigos deberían ser anónimos y no aparecer el nombre en el informe.

Dar la posibilidad a la persona afectada a presentar documentos en el proceso de evaluación y calificación.

Poner plazos a la organización para realizar los ajustes de mitigación del riesgo.

Reintegro exitoso

Contar con una organización comprometida y proactiva con la salud del trabajador.

Que la organización cuente con normas claras para el reintegro.

Considerar el tipo de organización (publico-privada) y el tamaño de la misma al proponer el reintegro.

Buena comunicación entre la OAL, el prestado y la organización, cual debería estar normada.

Mantener al empleador informado del proceso.

Que los prestadores puedan realizar sugerencias para el reintegro.

Etapa 3: Validación de medidas propuestas a través del Panel de expertos

La información surgida de las tres etapas anteriores permitió sintetizar 34 medidas de mejora al proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral de personas con patología de salud mental de origen laboral

Las 34 medidas surgidas a partir del análisis documental, entrevistas individuales y grupos focales fueron sometidas a la evaluación por parte de un panel de 47 expertos. A partir de las evaluaciones de los expertos se calcularon dos indicadores de validez de las propuestas: VP y VP', el segundo, menos exigente, tal como se describió en la sección de metodología del estudio:

Cálculo de indicadores para las medidas propuestas:

	Medida propuesta	Recomendada	Recomendada con observaciones	No recomendada	Nº de evaluadores	VP	VP'
1	Cambiar el nombre del proceso de denuncia por el de "Activación del seguro de la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales", evitando así una connotación judicial de la enfermedad.	31	11	5	47	0.66	0.89
2	Establecer criterios para la asignación de testigos (que puedan dar cuenta de los hechos), que sean de la misma jerarquía, que sean personas que trabajan con el denunciante y que puedan dar cuenta de la naturaleza del trabajo y de la tarea del denunciante (testigos de los hechos (1), testigos de oídas (2) y testigos contestes (están de acuerdo en los hechos y las circunstancias de los hechos (3). Agregar una calificación (peso) al tipo de testigo.	22	18	6	46	0.48	0.87
3	Elaborar una lista de chequeo para el epeteista, para, antes de realizar la entrevista del EPT, verificar la pertinencia y relación de trabajo con el testigo (jefatura, compañero, sin relación laboral, etc.) para informar en el caso de una denuncia.	34	9	4	47	0.72	0.91

4	Generar un procedimiento de entrega de documentación o evidencias por parte del denunciante. Por ejemplo, que cada mutualidad tenga una casilla de correo donde la persona que denuncia pueda entregar información que aporte a la resolución de su caso y que se integre en su proceso de evaluación y calificación.	33	9	2	44	0.75	0.95
5	Generar un mecanismo de difusión acerca del seguro de la ley 16.744 entre los trabajadores, con énfasis en patologías de SM de origen laboral.	33	5	2	40	0.83	0.95
6	Incorporar en la sensibilización del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales, el proceso de calificación de enfermedades de salud mental de origen laboral.	31	4	5	40	0.78	0.88
7	Crear un fono ayuda que funcione de manera anónima para responder las dudas del trabajador que quiere activar el seguro.	24	10	6	40	0.60	0.85
8	Capacitar a los encargados de recepcionar a los denunciantes en las mutualidades, sobre los aspectos del proceso de DIEP para informar a los (as) trabajadores (as) que presentan denuncias.	32	8	0	40	0.80	1.00
9	Protocolarizar la entrega de información acerca de los casos denunciados y calificados, dentro de las mutualidades y sus prestadores de servicios. Por ejemplo: Al momento de la denuncia, entregar a (la) denunciante un protocolo que le diga qué información puede solicitar a la mutualidad o prestador de servicios, dónde solicitarla, por qué vías y en qué plazos.	34	5	1	40	0.85	0.98
10	Entregar clarificaciones respecto del alcance del proceso de activación del seguro de la Ley 16.744 (cuál	31	5	4	40	0.78	0.90

	es el objetivo y el alcance de este proceso). Explicitar que la activación de este seguro no impide que la persona pueda abordar la problemática desde otras instituciones o instancias, por ejemplo, la legal.						
11	Incorporar a las plataformas de información de la SUSESO informativos "amigables" para las personas que necesitan acceder al seguro.	37	1	2	40	0.93	0.95
12	Generar un documento informativo que detalle al denunciante los antecedentes que pueden ser considerados relevantes para la calificación de EP.	35	3	1	39	0.90	0.97
13	Generar un informativo con la definición de testigo y las características de un buen testigo, para ser entregado a denunciantes, posibles testigos y organizaciones empleadoras.	28	10	2	40	0.70	0.95
14	En la DIEP (formulario de activación del seguro de la ley 16.744: FAS_16.744), agregar un listado de factores de riesgo, donde el trabajador pueda marcar todas las alternativas que estarían presentes en el ambiente de trabajo.	23	8	9	40	0.58	0.78
15	Entregar garantías de confidencialidad a los testigos del denunciante durante el estudio de puesto de trabajo, disponiendo de un lugar físico donde realizar las entrevistas durante la jornada laboral, ya sea que las entrevistas sean presenciales o de manera remota.	31	5	3	39	0.79	0.92
16	Entregar garantías de confidencialidad a los testigos del denunciante durante el estudio de puesto de trabajo, permitiendo que las entrevistas se puedan realizar de manera remota.	32	6	2	40	0.80	0.95

17	En el relato del informe de EPT no debe aparecer el nombre del testigo y la mutualidad debe comunicarse directamente con los testigos del denunciante, no a través del empleador.	31	5	4	40	0.78	0.90
18	Separar los datos personales de los testigos del informe de estudio de puesto de trabajo para que estos datos queden exclusivamente bajo el resguardo de la mutualidad.	26	11	2	39	0.67	0.95
19	Elaborar una ficha de resguardo de la mutualidad, que acompañe el informe de EPT, donde se incluyan casillas para identificar cómo se ha conseguido el testigo (al azar, por referencia del denunciante, por referencia del empleador).	27	7	5	39	0.69	0.87
20	Modificar el sentido del concepto de "testigo" por uno con menos connotación negativa (aclarar la definición en una ficha explicativa: testigo es aquella persona que es capaz de dar fe de un acontecimiento por tener conocimiento del mismo).	28	5	6	39	0.72	0.85
21	1) Elaborar un protocolo especial para situaciones en que no se encuentran testigos pertinentes de acuerdo con la normativa vigente. Es necesario flexibilizar los criterios establecidos por la SUSESO respecto de la asignación de testigos. Por ejemplo, situaciones de trabajadoras de casa particular que trabajan solo con su empleador (a), pueden ser casos en que no sea imprescindible la designación de testigos y se considere solo las evidencias aportadas y demás evaluaciones.	29	5	5	39	0.74	0.87
22	Aumentar los plazos de evaluación y calificación a un periodo de 30 días hábiles.	19	10	11	40	0.48	0.73

23	Mejorar los canales de comunicación entre el OAL y sus prestadores de servicios. Por ejemplo, a través de un sistema de alerta al prestador de servicios que le permita acceder a la RECA antes que la persona denunciante.	30	6	3	39	0.77	0.92
24	Elaborar un protocolo para el abordaje clínico de pacientes crónicos. Se sugiere que contenga aspectos relacionados con la formulación de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, reposo médico, reintegro laboral y reeducación profesional, en caso de que corresponda.	21	14	5	40	0.53	0.88
25	Elaborar una lista de chequeo para el epeteista, para verificar la pertinencia y relación de trabajo con el testigo (jefatura, compañero, sin relación laboral, etc.), para informar en el caso de denuncia.	15	3	1	19	0.79	0.95
26	Generar un procedimiento de asesoría del plan de readecuación, de parte de las mutualidades, para la organización empleadora, inmediatamente calificada la enfermedad profesional.	31	7	2	40	0.78	0.95
27	Incorporar la información relevante del estudio de puesto de trabajo en el informe de readecuación.	27	5	6	38	0.71	0.84
28	Implementar un plan de readecuación de puesto de trabajo que mitigue el riesgo psicosocial identificado. Utilizar el cambio de puesto de trabajo como medida más saludable para el trabajador, solo después de haber gestionado la eliminación del riesgo psicosocial identificado.	26	10	3	39	0.67	0.92
29	Frente a la medida de cambio de puesto de trabajo, garantizar que se respeten los derechos y condiciones laborales del trabajador.	34	5	0	39	0.87	1.00

30	Comité de calificación debe prescribir medidas de mitigación específicas para el agente de riesgo en ese centro de trabajo.	27	6	6	39	0.69	0.85
31	Generar mecanismos de coordinación y supervisión constante de los planes de readecuación y reintegro de los trabajadores, dependientes de las mutualidades.	26	8	5	39	0.67	0.87
32	Realizar seguimiento del reintegro del paciente al lugar de trabajo, por parte de su equipo tratante.	32	4	3	39	0.82	0.92
33	Incorporar canales de comunicación para el reintegro en las mutualidades y entre el OAL, el empleador y el trabajador.	34	3	2	39	0.87	0.95
34	Formalizar en las organizaciones el cargo de "coordinador de reintegro" propuesto en las guías de reintegro laboral. Incorporar un canal de comunicación entre el coordinador de reintegro y el epeteista para que éste realice una evaluación de la mitigación del riesgo que garantice un reintegro laboral exitoso del denunciante.	28	8	3	39	0.72	0.92

El cuestionario de evaluación de las propuestas se encuentra en el anexo N°3.

Las propuestas mejor evaluadas por los expertos fueron las siguientes:

Etapa/ proceso		Medidas finales	Actor que debe implementar la medida
1	Difusión	Generar un mecanismo de difusión acerca del seguro de la ley 16.744 entre los trabajadores, con énfasis en patologías de SM de origen laboral.	OAL y empleador
2	Difusión	Incorporar a las plataformas de información de la SUSESO informativos "amigables" para las personas que necesitan acceder al seguro.	SUSESO

3	Evaluación	DIEP: protocolarizar la entrega de información acerca de los casos denunciados y calificados, dentro de las mutualidades y sus prestadores de servicios. Por ejemplo: Al momento de la denuncia, entregar a (la) denunciante un protocolo que le diga qué información puede solicitar a la mutualidad o prestador de servicios, dónde solicitarla, por qué vías y en qué plazos.	OAL y empleador
4	Evaluación	EPT: Generar un documento informativo que detalle al denunciante los antecedentes que pueden ser considerados relevantes para la calificación de EP.	OAL
5	Evaluación	EPT y testigos: Entregar garantías de confidencialidad a los testigos del denunciante durante el estudio de puesto de trabajo, permitiendo que las entrevistas se puedan realizar de manera remota.	OAL
6	Evaluación	Separar los datos personales de los testigos del informe de estudio de puesto de trabajo para que estos datos queden exclusivamente bajo el resguardo de la mutualidad.	OAL
7	Evaluación	Elaborar una ficha de resguardo de la OAL, que acompañe el informe de EPT, donde se incluyan casillas para identificar cómo se ha conseguido el testigo (al azar, por referencia del denunciante, por referencia del empleador).	OAL
8	Evaluación	Elaborar un protocolo especial para situaciones en que no se encuentran testigos pertinentes de acuerdo con la normativa vigente. Es necesario flexibilizar los criterios establecidos por la SUSESO respecto de la asignación de testigos.	OAL
9	Proceso reintegro	Frente a la medida de cambio de puesto de trabajo, garantizar que se respeten los derechos y condiciones laborales del trabajador.	OAL y empleador
10	Proceso reintegro	Realizar seguimiento del reintegro del paciente al lugar de trabajo, por parte de su equipo tratante.	OAL
11	Todo el proceso	Incorporar canales de comunicación para el reintegro entre el OAL/AD, el empleador y el trabajador.	OAL y empleador

A partir del análisis de las medidas mejor valoradas por los expertos, se generó una lista de chequeo para que el psicólogo que realiza el estudio de puesto de trabajo pueda evaluar la idoneidad del testigo para el caso que se está investigando. La lista de chequeo puede ser aplicada antes de contactar al testigo y antes de iniciar la entrevista.

Esta herramienta también puede ser entregada a la empresa y a la persona que denuncia como guía para la definición de las personas que actuarán como testigos por cada parte.

Lista de chequeo para evaluar idoneidad de testigos

Los testigos deben cumplir con las siguientes condiciones:	CUMPLE/ NO CUMPLE
1. Contar con la información completa del testigo; nombre, cargo, fono y correo electrónico (Si no se cumple, reemplazar).	
2. Que conozca a cabalidad las funciones y contexto laboral de quien denuncia (Si no se cumple, reemplazar).	
3. Que testigo y denunciante pertenezcan al mismo empleador, con contrato vigente (Con excepciones, ver nota **).	
4. Que testigo y denunciante trabajen en la misma unidad/departamento/servicio (al menos 1 mes) o que conozca a cabalidad las funciones y contexto laboral de quien denuncia.	
5. Que testigo no se encuentre con licencia médica prolongada, no la haya tenido en el último mes o que conozca a cabalidad las funciones y contexto laboral de quien denuncia.	
6. En caso de que el/la testigo haya sido desvinculado, el plazo máximo es de 3 meses, debe conocer a cabalidad las funciones del denunciante y el contexto laboral.	
<p>**Excepciones: (1) Empleador cuente con empresas subcontratistas y estos trabajadores compartan funciones con el denunciante. (2) Que el empleador cuente con varias empresas que desarrollen labores en conjunto, pero con distintas personerías jurídicas. Por ejemplo: Trabajador(a): está contratado por clínica veterinaria. Testigo: Trabaja en Farmacia veterinaria. Ambos comparten labores, ambas empresas pertenecen al mismo empleador.</p>	

IX. Productos

En base a la información recogida en este estudio se elaboraron los siguientes productos:

1. Una guía para el reintegro exitoso.
2. Un set de 6 cápsulas informativas con sugerencias para abordar el proceso de evaluación, calificación y reintegro de personas con patologías de salud mental de origen laboral.
3. Difusión Científica:

Se realizaron tres presentaciones a congresos nacionales:

- Presentación Oral: “Análisis del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadores con enfermedad profesional de salud mental (EPSM). Primeros resultados”. XVI Congreso Chileno de Psicología, Valparaíso, octubre, 2022.
- Presentación Oral: “Análisis del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadores con enfermedad profesional de salud mental (EPSM). Primeros resultados”. VI Congreso Chileno de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Concepción, noviembre, 2022.
- Poster: “Recomendación de expertos al proceso de evaluación, calificación y reintegro de patología de salud mental laboral”. XVII Congreso Chileno de Psicología, Punta Arenas, octubre, 2023.

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

El principal nodo crítico que surgió de las entrevistas con actores claves y de la validación de expertos dice relación con la calidad de la información acerca del proceso y los canales de difusión de esta. Por esto, siguiendo los lineamientos de la ILO (2022), se recomienda diseñar e implementar un plan comunicacional del Seguro de la Ley 16.744 que contenga información clara para empleadores y trabajadores, acerca de los procedimientos involucrados, poniendo énfasis en las patologías de salud mental de origen laboral. Dicho plan comunicacional debería tender a responder a preguntas tales como: ¿qué es una patología de salud mental de origen laboral? ¿qué aspectos de mi trabajo pueden hacer que se desarrolle una patología de salud mental de origen laboral? ¿cuándo es correcto realizar una denuncia individual de enfermedad profesional de origen laboral?

Otro nodo crítico tiene relación con la protocolización de áreas no cubiertas por el protocolo actual. Particularmente, se sugiere que cuando se reciben denuncias, los Organismos Administradores de la Ley 16.744 entreguen un informativo a los denunciantes respecto de qué información puede solicitar al OAL o prestador de servicios, dónde solicitarla, por qué vías y en qué plazos. En relación con los procesos de levantamiento de información de los estudios de puesto de trabajo que involucran participación de testigos o informantes. En este sentido, se sugiere incorporar listas de chequeo que establezca la información relevante que el denunciante y empleador deben aportar al Organismo Administrador de la Ley 16.744 y las condiciones que debe cumplir la persona testigo en un estudio de puesto de trabajo. En relación con esto último, es necesario emitir un comunicado oficial acerca de cómo se flexibilizará la obligatoriedad de abordar esta evaluación cuando se trata de empleos donde no es posible conseguir testigos (por ejemplo, las pequeñas empresas donde existe solo un empleador y un trabajador).

El aseguramiento del anonimato y/o resguardo de datos de los trabajadores involucrados surge como otro nodo crítico para tomar en consideración, según los expertos. Se requiere un manejo cuidadoso y confidencial de los datos relativos a los trabajadores(as), de modo que su participación en estos procesos no implique un perjuicio para ellos/as. Para ello, es necesario que los datos de testigos no sean entregados al empleador, sino que sea el OAL o el prestador de servicios quien se ponga en contacto con ellos. Por otra parte, el proceso puede mejorar contando con lineamientos y preguntas tipo que permitan asegurar la idoneidad del testigo, por ejemplo, si su puesto de trabajo es cercano o lejano, de manera de establecer si es el testigo más adecuado para entregar la información acerca de la persona que denuncia.

Finalmente, surgieron propuestas relacionadas con el reintegro al trabajo posterior a una licencia médica por salud mental. Particularmente, se recomienda instruir a los empleadores para que los cambios de puesto de trabajo se usen como una estrategia únicamente frente a la imposibilidad de mitigar el factor de riesgo que causó la enfermedad. Esto es fundamental, porque si se mantiene la exposición al factor de riesgo en el puesto de trabajo, es probable que otras personas desarrollen una patología por su causa. Además, es importante garantizar que, cuando es necesario efectuar un cambio de puesto de trabajo, la persona mantenga sus condiciones laborales pasadas o se le mejoren. Por último, para que ocurra un reintegro exitoso, deben realizarse acciones coordinadas entre el OAL – prestador de servicios y empleador. Las coordinaciones entre todos los actores solo pueden garantizarse si existen profesionales asignados para esta tarea. Por esto, es muy importante que el cargo de coordinador de reintegro exista en los OAL, prestadores de servicios y en las empresas. Por cierto, considerando que hay organizaciones cuya dotación es pequeña, por cuanto no tienen una estructura que les permita un cargo de estas características, el apoyo del OAL es imprescindible para reintegrar a un trabajador. Este apoyo puede traducirse en asesoría, educación, elaboración y seguimiento del plan de reintegro al trabajo.

En particular, en esta investigación con los datos anonimizados de 2019, se evidenció que el proceso de prescripción de medidas no se encontraba sistematizado, y había poco seguimiento de la implementación de las medidas por parte del OAL a la organización. Esto ha ido mejorando en el tiempo, por lo que se requiere de nuevos estudios que permitan evaluar la actual implementación del proceso. La literatura muestra que es posible identificar intervenciones diferenciadas de acuerdo con el agente de riesgo que origina la patología, por lo que es necesario seguir avanzando en formar a los actores involucrados en el proceso, de manera que entreguen sugerencias de modificación de los factores de riesgo a la organización que sean coherentes con las características de la organización y los factores de riesgo involucrados.

Por último, se recomienda abordar el proceso de reintegro laboral de una patología de salud mental de origen laboral siguiendo los lineamientos especificados en la guía creada como producto de este proyecto.

XI. Conclusiones

El presente estudio tuvo por objetivo proponer mejoras al actual proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral de trabajadores(as) con patología de salud mental de origen laboral. Esto se llevó a cabo a través del trabajo articulado con usuarios, profesionales y expertos en el proceso de reintegro laboral, a través del cual se analizaron los elementos críticos que afectan el reintegro laboral del trabajador(a), se formularon lineamientos mínimos que deben contener los procesos de reintegro laboral y se propusieron y validaron recomendaciones para optimizar el proceso de evaluación de enfermedad profesional.

En nuestro estudio, la información obtenida a través del análisis documental, entrevistas con usuarios del sistema, grupos focales con profesionales y evaluaciones por expertos reveló la necesidad de potenciar aspectos claves de los protocolos y medidas vigentes en la actualidad, con el fin de facilitar el reintegro laboral de un trabajador que se ha ausentado de su puesto de trabajo por motivos de enfermedad de salud mental de origen laboral.

En particular, se identificaron una serie de factores de riesgo y protectores desde la perspectiva documental y experiencial en el proceso de evaluación, calificación, y reintegro. Por otro lado, se identificaron 11 medidas para el mejoramiento de los mecanismos protocolizados por SUSESO, cubriendo las áreas de educación y entrega de información en procesos clave, aseguramiento del anonimato y/o resguardo de datos para los trabajadores involucrados, protocolización de áreas no cubiertas por el protocolo actual, comunicación y seguimiento con trabajadores y organizaciones como apoyo directo al reintegro laboral.

La implementación de estas medidas propuestas podría mejorar considerablemente el proceso de reintegro laboral de los/as trabajadores/as, optimizando valiosos recursos económicos y humanos en el largo plazo.

Es preocupante que, aun existiendo dos guías para el reintegro al trabajo, una desarrollada por Ansoleaga et al. (2015) y otra por el Instituto de Salud Pública (2020), los planes de reintegro sigan siendo muy generales y no estén dirigidos específicamente a la mitigación del factor de riesgo que causó la enfermedad. Por lo cual, se sugiere que los OALs generen instrumentos específicos para desarrollar planes de reintegro por lo menos para los agentes de riesgo más comunes, que puedan ser entregados a empleadores y trabajadores y cuyo cumplimiento sea de fácil monitoreo. Además, habiéndose identificado problemas de información y comunicación, se hace urgente que se instalen los coordinadores de reintegro en los OALs / prestadores de servicios y en las empresas, para mejorar la oportunidad y calidad del flujo de información.

Finalmente, se sugiere que en todo momento el trabajador esté siendo informado acerca de su plan de tratamiento, de reintegro y de cómo se está preparando su retorno en la organización. Esto contribuirá a su recuperación e impactará positivamente en su motivación por retomar sus actividades laborales.

XII. Referencias

- Aguirre, A. (2018). Proceso de reconocimiento de una enfermedad mental de origen laboral: la experiencia chilena. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(1), 100-105.
- Almonte, J. C., Mena, C., Ortiz, S., & Osorio, J. P. (2016). Psiquiatría y Ley de Enfermedades Profesionales en Chile: revisión histórica y crítica de una relación compleja. *Revista médica de Chile*, 144(12), 1591-1597. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200011>
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Tomicic, A., Lucero, C., Martínez, C., Domínguez, C., & Castillo, S. (2014). Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral. Fundación Científica y Tecnológica, Fucyt. Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Iniciativa Científica Milenio Proyecto NS100018.
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., Tomicic, A., & Martínez, C. (2015). Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 143(1), 85-95.
- Bueno, C. (2020). Occupational safety and health over the course of a century: from anthrax prevention to mental health problems. Bertranou, F., & Marinakis, A. E. Reflections on work: perspectives from the Southern Cone of Latin America on the occasion of the ILO Centenary ([1st ed.]). ILO. 83-87.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., ... & Pohrt, A. (2019). The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and health at work*, 10(4), 482-503.
- Capurro, D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135, 534-538.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., ... & Lecomte, T. (2019). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-39.
- Cox, Tom and Griffiths, A. (2005) *The nature and measurement of work-related stress: theory and practice*. In: Wilson, J.R. and Corlett, N. (eds.) *Evaluation of Human Work*, 3rd Edition. Abingdon, UK: Routledge. ISBN 9780415267571.
- de Vroege, L., & van den Broek, A. (2023). Post-pandemic self-reported mental health of mental healthcare professionals in the Netherlands compared to during the pandemic - an online longitudinal follow-up study. *Frontiers in public health*, 11, 1221427. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1221427>
- Garrido Larrea, P., Ansoleaga Moreno, E., Tomicic Suñer, A., Domínguez Valverde, C., Castillo Vergara, S., Lucero Chenevard, C., & Martínez Guzmán, C. (2013). Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática. *Ciencia & trabajo*, 15(48), 105-113.
- Gilbert-Ouimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Milot, A., & Vézina, M. (2014). Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on

- demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 109-132.
- Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F. J., Montani, F., Courcy, F., & Arcangeli, G. (2015a). Does leaders' health (and work-related experiences) affect their evaluation of followers' stress? *Safety and Health at Work*, 6(3), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.005>
- Hauke, A., Flintrop, J., Brun, E., & Rugulies, R. (2011). The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and meta-analysis of 54 longitudinal studies. *Work & Stress*, 25(3), 243-256.
- Instituto de Salud Pública (2020). *Guía de reintegro laboral: Orientaciones para casos de enfermedad profesional*. Chile.
- ILO (2022) *World employment and social outlook: Trends 2022*. International Labour Office, Geneva.
- Joosen, M. C., van Beurden, K. M., Terluin, B., van Weeghel, J., Brouwers, E. P., & van der Klink, J. J. (2015). Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. *BMC medical education*, 15(1), 1-12.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 46(4), 683-697.
- LaMontagne, A.D., Martin, A., Page, K., Reavley, N., Noblet, A., Miller, A., Keegel, T. & Smith, P. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14, 131. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>
- Lynn MR (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6):381–5.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), 1119.
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., & Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213-222.
- Mingote, J., Del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M. & Gutiérrez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 188-205.
- Ministerio de Salud (2017). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo*. Chile.
- Rugulies, R., Aust, B., & Madsen, I. E. (2017). Effort–reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 294-306.
- Shahidi, F. V., Gignac, M. A., Oudyk, J., & Smith, P. M. (2021). Assessing the Psychosocial Work Environment in Relation to Mental Health: A Comprehensive Approach. *Annals of Work Exposures and Health*, 65(4), 418-431.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
- Superintendencia de Seguridad Social (2004) *Dictamen 45260-2004*. Normativa y jurisprudencia. Gobierno de Chile.

- Superintendencia de Seguridad Social (2018) *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. Gobierno de Chile.
- Superintendencia de Seguridad Social (2020). *Informe anual estadísticas de seguridad social 2019*. Gobierno de Chile.
- Superintendencia de Seguridad Social (2021a). *Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes*. Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Libro III, Título III, letra C. Gobierno de Chile.
- Superintendencia de Seguridad Social (2021b). *Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes*. Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Libro III, Título IV, letra A. Gobierno de Chile.
- Taouk, Y., Spittal, M. J., LaMontagne, A. D., & Milner, A. J. (2020). Psychosocial work stressors and risk of all-cause and coronary heart disease mortality: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 46(1), 19-31.
- Tei-Tominaga, M., & Nakanishi, M. (2018). The influence of supportive and ethical work environments on work-related accidents, injuries, and serious psychological distress among hospital nurses. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 240.
- Theorell, T., Jood, K., Järholm, L. S., Vingård, E., Perk, J., Östergren, P. O., & Hall, C. (2016). A systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. *The European Journal of Public Health*, 26(3), 470-477.
- Tomicic, A., Martínez, C., Ansoleaga, E., Garrido, P., Lucero, C., Castillo, S., & Domínguez, C. (2014). Reintegro laboral en trabajadores con problemas de salud mental: la perspectiva de los tratantes. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 137-145.
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Resource*, 11(2), 49-54.
- World Health Organization and International Labour Organization (2022) *Mental health at work: policy brief*. ISBN (WHO) 978-92-4-005794-4.

XIII. Anexos

Anexo 1: Pauta de entrevista individual

Buenos días/buenas tardes:

Mi nombre es (*indicar nombre*). Soy psicólogo (a).

Antes de iniciar la entrevista, quisiera darle a conocer de qué se trata el proyecto “Análisis y propuesta de mejora del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadoras y trabajadores con patología de salud mental de origen laboral”.

(explicar el proyecto y consentimiento informado. Poner énfasis en la voluntariedad de la participación y en que, en cualquier momento puede finalizar la entrevista, si así lo requiere).

Preguntas:

1. Por favor, realice una descripción de su proceso de evaluación y calificación de EP ¿cuándo hizo la denuncia? ¿cómo la hizo? ¿qué profesionales lo/la entrevistaron? ¿cuánto tiempo transcurrió entre cada entrevista? ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la evaluación y la resolución de calificación?
2. ¿Qué pasó cuando recibió la resolución de calificación?
3. ¿Cómo se hizo su reintegro al trabajo?
4. ¿Cuáles diría usted que fueron las cosas que mejor se hicieron durante el proceso de evaluación y calificación? (identificación de fortalezas del proceso, solicitar detalles a través de ejemplos de situaciones que la persona pueda recordar)
5. ¿Cuáles diría usted que fueron las cosas que más mal se hicieron durante su proceso de evaluación y calificación?
6. ¿Qué sugerencias haría usted para que mejorara el proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral?

(Es deseable que esta pauta se realice en su totalidad, pero en firma semi estructurada, es decir, que le psicólogo/a que la realice puede realizar preguntas adicionales para clarificar o para indagar en profundidad alguna información relevante que emane del participante)

Al finalizar la entrevista, agradecer la participación y recordar los datos de contacto de la directora del proyecto.

Anexo 2: Pauta de grupo focal

Buenos días/buenas tardes:

Mi nombre es (*indicar nombre*). Soy psicólogo (a).

Quisiera agradecer su disposición para participar de esta instancia.

Antes de iniciar la discusión, quisiera darles a conocer de qué se trata el proyecto “Análisis y propuesta de mejora del proceso de calificación y reintegro laboral de trabajadoras y trabajadores con patología de salud mental de origen laboral”.

(explicar el proyecto y consentimiento informado. Poner énfasis en la voluntariedad de la participación y en que, en cualquier momento puede finalizar su participación y retirarse del grupo, si así lo requiere).

Preguntas:

1. ¿Cuáles dirían ustedes que son las principales fortalezas del actual proceso de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral?
2. ¿Cuáles dirían ustedes que son las principales debilidades del actual proceso de evaluación y calificación de patologías de salud mental de origen laboral?
3. ¿Cuáles diría usted que son las principales fortalezas del abordaje del reintegro laboral de trabajadores con patologías de salud mental de origen laboral?
4. ¿Cuáles diría usted que son las principales debilidades del abordaje del reintegro laboral de trabajadores con patologías de salud mental de origen laboral?
5. ¿Qué propuestas haría usted para mejorar el actual proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral?

(Es deseable que esta pauta se realice en su totalidad, pero en forma semi estructurada, es decir, que el/la psicólogo/a que la ejecute puede realizar preguntas adicionales para clarificar o para indagar en profundidad alguna información relevante que emane del participante)

Al finalizar el grupo focal, agradecer la participación y recordar los datos de contacto de la directora del proyecto.

Anexo 3: Cuestionario de evaluación de propuestas



Medidas para mejorar el proceso de evaluación, calificación y reintegro laboral

Estimados (as) expertos (as): El equipo del proyecto **SUSES ANÁLISIS DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN Y REINTEGRO LABORAL DE TRABAJADORES CON ENFERMEDAD PROFESIONAL DE SALUD MENTAL (EPSM) CÓDIGO ACHS 272-2021**, los invita a participar de las propuestas de mejora al proceso de evaluación y calificación a través de su evaluación de la adecuación de las medidas propuestas durante el proceso de alzamiento de información realizado en la primera etapa de la investigación.

Para ello, a continuación:

a) Les daremos a conocer una serie de problemáticas surgidas en la revisión del proceso de calificación, junto a una propuesta de medidas de mitigación.

b). Les solicitaremos que evalúen las medidas propuestas en una escala de 1 a 3, de acuerdo con las siguientes categorías:

1. "no recomendada"
2. "recomendada con observaciones"
3. "recomendada"

c). Después de la evaluación, usted encontrará un recuadro donde podrá entregar sus comentarios acerca de las medidas propuestas.

Finalmente, las evaluaciones recogidas serán resumidas en un indicador de adecuación de la medida.

Responder este cuestionario le tomará aproximadamente 1 hora. Usted puede guardar sus respuestas y retomarlas o editarlas en otra ocasión.

La fecha límite para responder el cuestionario será hasta el día 30 de marzo de 2023, a las 23.55 horas.

Agradecemos su colaboración en esta investigación.

* Obligatoria

* Este formulario registrará su nombre, escriba su nombre.

Problemáticas y medidas sugeridas para la etapa de denuncia

1. **Problemática: El concepto de denuncia genera un conflicto emocional en las personas. Genera estigma porque se confunde con una denuncia a nivel judicial.**

Medida propuesta 1:

Cambiar el nombre del proceso de denuncia por el de "Activación del seguro de la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales", evitando así una connotación judicial de la enfermedad.*

-
-
-

2. Comentarios acerca de la medida propuesta

3. **Problemática: Desbalance de poder entre trabajador y empleador, específicamente, a la hora de designar a los testigos que entregan la información para levantar el riesgo y la posibilidad del (la) trabajador (a) de entregar información que aporte evidencia.**

Medida propuesta 1:

Establecer criterios para la asignación de testigos (que puedan dar cuenta de los hechos), que sean de la misma jerarquía, que sean personas que trabajan con el denunciante y que puedan dar cuenta de la naturaleza del trabajo y de la tarea del denunciante (testigos de los hechos (1), testigos de oídas (2) y testigos contestes (están de acuerdo en los hechos y las circunstancias de los hechos (3). Agregar una calificación (peso) al tipo de testigo. *

-
-
-

4. Comentarios acerca de la medida propuesta

5. **Medida propuesta 2:**

Elaborar una lista de chequeo para el epeteista, para, antes de realizar la entrevista del EPT, verificar la pertinencia y relación de trabajo con el testigo (jefatura, compañero, sin relación laboral, etc.) para informar en el caso de una denuncia. *

-
-
-

6. Comentarios acerca de la medida propuesta

7. Medida propuesta 3:

Generar un procedimiento de entrega de documentación o evidencias por parte del denunciante. Por ejemplo, que cada mutualidad tenga una casilla de correo donde la persona que denuncia pueda entregar información que aporte a la resolución de su caso y que se integre en su proceso de evaluación y calificación. *

-
-
-

8. Comentarios acerca de la medida propuesta

9. Problemática: Desconocimiento del procedimiento de denuncia por parte del denunciante.

Medida propuesta 1:

Generar un mecanismo de difusión acerca del seguro de la ley 16.744 entre los trabajadores, con énfasis en patologías de SM de origen laboral. *

-
-
-

10. Comentarios acerca de la medida propuesta

11. Medida propuestas 2:

Incorporar en la sensibilización del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales, el proceso de calificación de enfermedades de salud mental de origen laboral. *

-
-
-

12. Comentarios acerca de la medida propuesta

13. **Medida propuestas 3:**

Crear un fono ayuda que funcione de manera anónima para responder las dudas del trabajador que quiere activar el seguro. *

-
-
-

14. Comentarios acerca de la medida propuesta

15. **Problemática: Manejo de las expectativas de la persona que activa el seguro, respecto del proceso.**

Medida propuesta 1:

Capacitar a los encargados de recepcionar a los denunciados en las mutualidades, sobre los aspectos del proceso de DIEP para informar a los (as) trabajadores (as) que presentan denuncias. *

-
-
-

16. Comentarios acerca de la medida propuesta

17. **Medida propuesta 2:**

Protocolizar la entrega de información acerca de los casos denunciados y calificados, dentro de las mutualidades y sus prestadores de servicios. Por ejemplo: Al momento de la denuncia, entregar a (la) denunciante un protocolo que le diga qué información puede solicitar a la mutualidad o prestador de servicios, dónde solicitarla, por qué vías y en qué plazos. *

-
-
-

18. Comentarios acerca de la medida propuesta

19. **Medida propuesta 3:**

Entregar clarificaciones respecto del alcance del proceso de activación del seguro de la Ley 16.744 (cuál es el objetivo y el alcance de este proceso). Explicitar que la activación de este seguro no impide que la persona pueda abordar la problemática desde otras instituciones o instancias, por ejemplo, la legal. *

-
-
-

20. Comentarios acerca de la medida propuesta

21. **Medida propuesta 4:**

Incorporar a las plataformas de información de la SUSESO informativos "amigables" para las personas que necesitan acceder al seguro. *

-
-
-

22. Comentarios acerca de la medida propuesta

23. **Medida propuesta 5:**

Generar un documento informativo que detalle al denunciante los antecedentes que pueden ser considerados relevantes para la calificación de EP. *

-
-
-

24. Comentarios acerca de la medida propuesta

25. **Medida propuesta 6:**

Generar un informativo con la definición de testigo y las características de un buen testigo, para ser entregado a denunciantes, posibles testigos y organizaciones empleadoras. *

-
-
-

26. Comentarios acerca de la medida propuesta

27. **Problemática: Poca claridad sobre el motivo de la denuncia explicitado por el denunciante. Se pesquisó que los trabajadores denuncian un malestar relacionado con el trabajo, pero no necesariamente tienen claridad respecto del factor de riesgo.**

Medida propuesta 1:

En la DIEP (formulario de activación del seguro de la ley 16.744: FAS_16.744), agregar un listado de factores de riesgo, donde el trabajador pueda marcar todas las alternativas que estarían presentes en el ambiente de trabajo. *

-
-
-

28. Comentarios acerca de la medida propuesta

Problemáticas y medidas sugeridas para la etapa de evaluación

A continuación encontrará las problemáticas recogidas que se producen durante el proceso de evaluación de la denuncia individual de enfermedad profesional. Además, las medidas propuestas por profesionales, pacientes y por el equipo de investigación.

En cada medida, se le pedirá que indique si usted la considera:

1. No recomendable.
2. Recomendable con observaciones.
3. Recomendable.

Después de la evaluación, usted encontrará un recuadro donde podrá entregar sus comentarios acerca de la medida propuesta.

29. **Problemática: Falta de confidencialidad de los testigos**

Medida propuesta 1:

Entregar garantías de confidencialidad a los testigos del denunciante durante el estudio de puesto de trabajo, disponiendo de un lugar físico donde realizar las entrevistas durante la jornada laboral, ya sea que las entrevistas sean presenciales o de manera remota. *

-
-
-

30. Comentarios acerca de la medida propuesta

Medida propuesta 2:

Entregar garantías de confidencialidad a los testigos del denunciante durante el estudio de puesto de trabajo, permitiendo que las entrevistas se puedan realizar de manera remota. *

-
-
-

32. Comentarios acerca de la medida propuesta

33. Medida propuesta 3:

En el relato del informe de EPT no debe aparecer el nombre del testigo y la mutualidad debe comunicarse directamente con los testigos del denunciante, no a través del empleador. *

-
-
-

34. Comentarios acerca de la medida propuesta

35. Medida propuesta 4:

Separar los datos personales de los testigos del informe de estudio de puesto de trabajo para que estos datos queden exclusivamente bajo el resguardo de la mutualidad. *

-
-
-

36. Comentarios acerca de la medida propuesta

37. Medida propuesta 5:

Elaborar una ficha de resguardo de la mutualidad, que acompañe el informe de EPT, donde se incluyan casillas para identificar cómo se ha conseguido el testigo (al azar, por referencia del denunciante, por referencia del empleador). *

-
-
-

38. Comentarios acerca de la medida propuesta

39. **Medida propuesta 6:**

Modificar el sentido del concepto de "testigo" por uno con menos connotación negativa (aclarar la definición en una ficha explicativa: testigo es aquella persona que es capaz de dar fe de un acontecimiento por tener conocimiento del mismo). *

-
-
-

40. Comentarios acerca de la medida propuesta

41. **Problemática: Cómo se aborda el proceso de denuncia y calificación en trabajadores (as) que trabajan solos (as).**

Medida propuesta:

1) Elaborar un protocolo especial para situaciones en que no se encuentran testigos pertinentes de acuerdo con la normativa vigente. Es necesario flexibilizar los criterios establecidos por la SUSESO respecto de la asignación de testigos. Por ejemplo, situaciones de trabajadoras de casa particular que trabajan solo con su empleador (a), pueden ser casos en que no sea imprescindible la designación de testigos y se considere solo las evidencias aportadas y demás evaluaciones. *

-
-
-

42. Comentarios acerca de la medida propuesta

Problemáticas y medidas sugeridas para la etapa de calificación

A continuación encontrará las problemáticas recogidas que se producen durante el proceso de **calificación** de la denuncia individual de enfermedad profesional. Además, las medidas propuestas por profesionales, pacientes y por el equipo de investigación.

En cada medida, se le pedirá que indique si usted la considera:

1. No recomendable.
2. Recomendable con observaciones.
3. Recomendable.

Después de la evaluación, usted encontrará un recuadro donde podrá entregar sus comentarios acerca de la medida propuesta.

43. Problemática: La calificación, en general, ocurre en un plazo superior a 30 días corridos desde la emisión de la denuncia.

Medida propuesta 1:

Aumentar los plazos de evaluación y calificación a un periodo de 30 días hábiles. *

-
-
-

44. Comentarios acerca de la medida propuesta

45. Problemática: Descoordinación OAL, paciente, equipo tratante cuando ocurre la entrega de la RECA.

Medida propuesta 1:

Mejorar los canales de comunicación entre el OAL y sus prestadores de servicios. Por ejemplo, a través de un sistema de alerta al prestador de servicios que le permita acceder a la RECA antes que la persona denunciante. *

-
-
-

46. Comentarios acerca de la medida propuesta.

Problemáticas y medidas sugeridas para la etapa de tratamiento.

A continuación encontrará las problemáticas recogidas que se producen durante el proceso de **tratamiento** de las personas cuya denuncia individual de enfermedad profesional es acogida. Además, las medidas propuestas por profesionales, pacientes y por el equipo de investigación.

En cada medida, se le pedirá que indique si usted la considera:

1. No recomendable.
2. Recomendable con observaciones.
3. Recomendable.

Después de la evaluación, usted encontrará un recuadro donde podrá entregar sus comentarios acerca de la medida propuesta.

47. Problemática: Complejidades del abordaje clínico de un paciente con síntomas cronicados y estado secular.

Medida propuesta 1:

Elaborar un protocolo para el abordaje clínico de pacientes crónicos. Se sugiere que contenga aspectos relacionados con la formulación de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, reposo médico, reintegro laboral y re educación profesional, en caso que corresponda. *

48. Comentarios acerca de la medida propuesta

Problemáticas y medidas sugeridas para la etapa de reintegro al trabajo

A continuación encontrará las problemáticas recogidas que se producen durante el proceso de **reintegro al trabajo** de las personas cuya denuncia individual de enfermedad profesional es acogida. Además, las medidas propuestas por profesionales, pacientes y por el equipo de investigación.

En cada medida, se le pedirá que indique si usted la considera:

- 1. No recomendable.
- 2. Recomendable con observaciones.
- 3. Recomendable.

Después de la evaluación, usted encontrará un recuadro donde podrá entregar sus comentarios acerca de la medida propuesta.

49. Problemática: Demoras en la entrega e implementación del plan de readecuación.

Medida propuesta 1:

Generar un procedimiento de asesoría del plan de readecuación, de parte de las mutualidades, para la organización empleadora, inmediatamente calificada la enfermedad profesional. *

- 1
- 2
- 3

50. Comentarios acerca de la medida propuesta

51. Problemática: Las medidas adoptadas en el plan de readecuación no son atingentes para la mitigación del riesgo.

Medida propuesta 1:

Incorporar la información relevante del estudio de puesto de trabajo en el informe de readecuación. *

- 1
- 2
- 3

52. Comentarios acerca de la medida propuesta

53. **Medida propuesta 2:**

Implementar un plan de readecuación de puesto de trabajo que mitigue el riesgo psicosocial identificado. Utilizar el cambio de puesto de trabajo como medida más saludable para el trabajador, solo después de haber gestionado la eliminación del riesgo psicosocial identificado. *

-
-
-

54. Comentarios acerca de la medida propuesta

55. **Medida propuesta 3:**

Frente a la medida de cambio de puesto de trabajo, garantizar que se respeten los derechos y condiciones laborales del trabajador. *

-
-
-

56. Comentarios acerca de la medida propuesta

57. **Problemática: Poca claridad en el empleador respecto de las medidas que debe adoptar en el plan de readecuación.**

Medida propuesta 1:

Comité de calificación debe prescribir medidas de mitigación específicas para el agente de riesgo en ese centro de trabajo. *

-
-
-

58. Comentarios acerca de la medida propuesta

59. **Problemática: El reintegro del paciente está sujeto a la voluntad de la empresa, nada es obligatorio. El trabajador queda enfrentado a gestionar su propio plan de readecuación y reintegro laboral.**

Medida propuesta 1:

Generar mecanismos de coordinación y supervisión constante de los planes de readecuación y reintegro de los trabajadores, dependientes de las mutualidades. *

-
-
-

60. Comentarios acerca de la medida propuesta

61. **Medida propuesta 2:**

Realizar seguimiento del reintegro del paciente al lugar de trabajo, por parte de su equipo tratante. *

-
-
-

62. Comentarios acerca de la medida propuesta

63. **Medida propuesta 3:**

Incorporar canales de comunicación para el reintegro en las mutualidades y entre el OAL, el empleador y el trabajador. *

-
-
-

64. Comentarios acerca de la medida propuesta

65. **Problemática: El denunciante no es informado acerca del plan de readecuación.**

Medida propuesta 1:

Formalizar en las organizaciones el cargo de "coordinador de reintegro" propuesto en las guías de reintegro laboral. Incorporar un canal de comunicación entre el coordinador de reintegro y el epeteista para que éste realice una evaluación de la mitigación del riesgo que garantice un reintegro laboral exitoso del denunciante. *

-
-
-

66. Comentarios acerca de la medida propuesta

67. ¿Le gustaría ser contactado (a) por este equipo para participar de futuros proyectos de investigación?

- SI
- NO

68. Si su respuesta anterior fue SI, por favor, indique a continuación su correo electrónico.

Datos de contacto

Para poder hacerle envío de una constancia de participación en este proyecto, necesitamos que nos indique sus datos de contacto. Por favor, a continuación, indique su nombre, institución a la que pertenece actualmente y su correo electrónico.

69. Nombre completo

70. Institución a la que pertenece (p.e. Universidad de Talca)

71. Correo electrónico (p.e. ejemplo@proyectosuseso.cl)

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Equipo de investigación

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

