



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Estudio del Proceso de Calificación de Enfermedades Profesionales Musculoesqueléticas

Paulina Hernández
2020





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



Estudio del proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas, como aporte a fortalecer su objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia.

Paulina Hernández Albrecht.
Marta Martínez Maldonado.
María Gispert Pañella.
Ignacio Castellucci Irazoqui
Eric Tapia Escobar.

Junio 2020

ergonomia
chile

INDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	2
3.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y RELEVANCIA	4
4.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
5.	Metodología.....	11
	Preguntas de investigación	11
	4.1. Objetivos.....	11
	Objetivo general.....	11
	Objetivos específicos.....	11
	4.2. Metodología objetivo específico N°1	11
	4.3. Metodología objetivo específico N°2	12
	4.4. Metodología objetivo específico N°3	14
5.	RESULTADOS.....	16
	5.1. Resultados objetivo N°1	16
	5.2. Resultados objetivo N°2	22
	5.3 Resultados objetivo N°3.....	32
	Objetividad.....	32
	Uniformidad.....	34
	Especificidad.....	36
	Transparencia	37
	Otros aspectos a considerar	38
	5.4 Resultados objetivo N°4	39
	Recomendaciones para fortalecer la etapa de denuncia y detección de casos.....	40
	5.4.1. Problema: Desconocimiento del sistema del seguro o Ley 16.744.....	40
	5.4.2. Problema: Falta de entrenamiento de los médicos del sistema de salud público y privado en sospecha de EP.....	41
	5.4.3. Problema: Escaso cumplimiento del Programa de Vigilancia de TMERT-EESS.....	42
	Recomendaciones para fortalecer el proceso de calificación	43
	5.4.4. Problema: Definición del sistema a utilizar y criterios de calificación.....	43
	5.4.5. Problema: Reconocimiento de la multicausalidad.....	45
	5.4.6. Problema: Conflicto de interés.....	46
	5.4.7. Problema: Falta de entrenamiento/formación.....	47
	5.4.8. Problema: Incertidumbre de los trabajadores durante el proceso de calificación....	48

5.4.9. Problema: Contribución de la Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT) al proceso de calificación de EPME chileno	49
5.4.10. Problema: Disconformidad con los plazos establecidos en el protocolo	50
6. CONCLUSIONES.....	51
REFERENCIAS	53
ANEXO N°1.....	55
ANEXO N°2.....	56
ANEXO N°3.....	70
ANEXO N°4.....	79

1. RESUMEN

El Protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir los Organismos Administradores de la Ley 16.744 en el proceso de calificación de las enfermedades profesionales musculoesqueléticas, fue promulgado para dotar al proceso de objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia. Tras 4 años de implementación, se identifican aspectos que dificultan el logro de esos objetivos en la denuncia, evaluación clínica y del puesto de trabajo, comisión de calificación y resolución. Se revisaron procesos de calificación en 7 países, identificando mejores prácticas para integrarlas y aportar recomendaciones de mejoramiento. El análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas a diferentes actores y profesionales que participan en el proceso: organismos administradores, organismo regulador, empresas, ejecutores de evaluaciones de puesto de trabajo, comisiones de calificación y trabajadores indica que, en las distintas etapas del proceso de calificación, existen falencias y aspectos a mejorar para que el protocolo sea objetivo, uniforme, específico y transparente. Se plantean recomendaciones para reforzar la denuncia y mejorar el proceso propiamente tal, orientándose al conocimiento y cumplimiento de la Ley y sus normativas, a la definición del modelo a seguir, a la consideración de la multicausalidad y puntos de corte, a minimizar el conflicto de interés, a reforzar la formación de los profesionales intervinientes, como puntos principales.

2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

En el año 2015 entró en vigor el Protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir los Organismos Administradores de la Ley 16.744 en el proceso de calificación del origen de las enfermedades denunciadas como profesionales, el cual tuvo varias modificaciones y finalmente fue derogado y reemplazado en el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales¹, de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO S. d., 2020).

Esta normativa definió que sería un Comité de Calificación de enfermedad musculoesquelética de extremidad superior (EPME) la entidad responsable de la calificación, e indicó la obligatoriedad del estudio de todos los casos de denuncias, debiendo incluir además de la evaluación clínica, una serie de exámenes y la evaluación del puesto de trabajo (EPT), como antecedentes para la decisión del origen laboral o común de dichas patologías (SUSESO, Circular 3167 instruye a los organismos administradores del seguro de la ley n° 16.744, sobre el protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir en el proceso de calificación del origen de las enfermedades, 2015).

Analizando estas nuevas exigencias, los organismos administradores (OAL) han desplegado una serie de recursos económicos y profesionales para su cumplimiento, contratando personal o externalizando servicios, aumentando la cantidad de exámenes realizados, desarrollando programas de capacitación y estableciendo una orgánica para la gestión del proceso.

Para estudiar este problema, se utilizaron métodos cualitativos de investigación, ya que permiten profundizar en el proceso de calificación a partir del propio conocimiento y la experiencia adquirida en la aplicación del proceso de la calificación. El análisis cualitativo se realizó a partir de entrevistas con los principales actores intervinientes: organismo regulador; organismos administradores de la Ley, ejecutores de evaluaciones de puesto de trabajo, integrantes de comités de calificación, empleadores y trabajadores. El análisis permite describir en detalle los aspectos positivos y negativos del proceso y la opinión de los actores clave respecto a los cambios que deben introducirse para mejorar la objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia al proceso.

Para complementar el análisis cualitativo respecto a la implementación del nuevo sistema de calificación de EPME chileno, se realizó una revisión de diferentes

¹31° versión del Compendio de Normas, modificada por la Circular N°3488, publicada el 16 de enero de 2020

procesos de calificación a nivel mundial que aportan con experiencia y aprendizaje, fundamentalmente al momento de plantear recomendaciones al proceso del país. La revisión en cada sistema seleccionado identifica las características del proceso y sus resultados en términos de porcentajes de casos calificados e implicó análisis de literatura, cuestionarios y entrevistas.

Este documento se inicia con el marco teórico el cual presenta, inicialmente, el problema de calificación de las EPME y describe el proceso de calificación chileno. Posteriormente se plantean las preguntas de investigación y la metodología utilizada para el cumplimiento de los diferentes objetivos.

Los resultados son presentados para cada uno de los objetivos: correspondiendo el objetivo N°1 a la revisión de los procesos a nivel internacional; el objetivo N°2 destaca los aspectos positivos, negativos y mejoras propuestas al proceso por los entrevistados, en cada una de sus etapas; el objetivo N°3 asocia los aspectos identificados en el objetivo N°2 con los criterios de objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia; y el objetivo N°4 establece las recomendaciones para el mejoramiento del proceso de calificación chileno, en base a la información analizada.

Finalmente se plantean conclusiones de la investigación.

Los anexos presentan el sistema de calificación de EPME chileno (Anexo N°1) y, entregan en detalle, la revisión de los procesos de calificación de los 7 países analizados (Anexo N°2), el análisis cualitativo de las entrevistas (Anexo N°3) y los Factores que afectan la uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia (Anexo N°4).

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y RELEVANCIA

Las patologías musculoesqueléticas, de origen multicausal, presentan una complejidad mayor para la comprobación de la relación causal ya que se deben evidenciar los diferentes factores de riesgo asociados a cada patología y estimar el tiempo de exposición en las tareas, muchas veces diversas, que realiza el trabajador afectado. En Chile, a diferencia de otros países, no se han generado criterios orientadores para la calificación (puntos de corte), respecto a la magnitud e interrelación de los factores de riesgo asociados a las diferentes patologías musculoesqueléticas. Además, no todas las comisiones de calificación cuentan con un especialista en ergonomía que es el profesional que puede aportar mayores antecedentes desde el conocimiento de la actividad, a la resolución de los casos. Por lo anterior, es posible que las decisiones en la calificación se basen solamente en criterios clínicos.

El objetivo de la nueva normativa de calificación de EPME fue “dotar al proceso de elementos que aseguren una mayor uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia”. Lo anterior surge del “análisis de la información contenida en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) en que se ha advertido que del total de enfermedades denunciadas como de origen profesional, un porcentaje menor es calificado como laboral”. Además, se indica que, “existen diferencias en los procesos e instrumentos utilizados por los organismos administradores para la evaluación y calificación de las enfermedades profesionales y dentro de los mismos organismos, a nivel de sus agencias regionales, generando resultados diversos y no consistentes” (Superintendencia de Seguridad Social, Normativa y Jurisprudencia - Circular 3167 instruye a los organismos administradores del seguro de la ley n° 16.744, sobre el protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir en el proceso de calificación del origen de las enfermedades, 2015).

El año 2015, previo a la modificación del proceso de calificación, el porcentaje de denuncias de patologías musculoesqueléticas calificadas como de origen laboral fue de un 15%. En el 2016, este porcentaje descendió a 11%, en 2017 a un 6%, en 2018 y 2019 correspondió a un 5%. Es decir, desde la entrada en vigencia del nuevo proceso, la calificación de origen laboral de estas patologías disminuyó drásticamente. Este solo análisis genera algunas interrogantes respecto a cómo se está desarrollando el proceso de calificación ya que lo esperado era que la calificación aumentara. Por otra parte, los informes de estadísticas de la SUSESO (2018 y 2019) que analizaron el comportamiento de las enfermedades profesionales desagregadas por género, muestran que un 9% de las denuncias en hombres obtienen calificación laboral, mientras que en mujeres sólo un 2%². Lo

² Porcentajes respecto del total de denuncias por enfermedad

anterior haría suponer de la existencia de cierta discriminación por género en la calificación (Superintendencia de Seguridad Social, Informe Anual de Estadísticas de Seguridad Social , 2018 y 2019).

Los resultados del nuevo protocolo no han sido estudiados en profundidad y se desconocen aquellos factores que puedan estar explicando la progresiva disminución de los casos calificados y las diferencias observadas en sectores productivos, por zonas geográficas y especialmente las diferencias de calificación según sexo (Hernández P., Martínez M., Tapia E., 2016). Estos hechos contradicen al espíritu con el cual se creó e implementó esta nueva normativa.

Es conocido que muchos médicos que se desempeñan en los organismos administradores y que participan en el proceso de calificación (médicos de urgencia, médicos del trabajo, médicos que conforman las comisiones de calificación de EPME), no han tenido la formación suficiente ni la práctica de reconocimiento en terreno de los factores de riesgo presentes en los diferentes puestos de trabajo. Además, un primer estudio, realizado en el marco del concurso público organizado por SUSESO, respecto a las variables personales, biomecánicas y organizacionales registradas en las EPTs de las patologías musculoesqueléticas de origen profesional calificadas por Mutual de Seguridad durante el año 2016, evidenció que la EPT es un insumo que presenta falencias en su realización y dificultades en la interpretación, por lo que eventualmente su información podría no ser significativa en la decisión ya que la estimación de la magnitud de los riesgos se hace compleja. Siendo la EPT la principal herramienta para indagar riesgo en el puesto de trabajo y considerando que no está entregando información confiable o fácilmente interpretable, cabe preguntarse sobre la calidad de su aplicación y sobre su interpretación por parte de las comisiones de calificación.

La relevancia de esta investigación radica, por un lado, en que se contará con un primer diagnóstico del proceso de calificación de enfermedades musculoesqueléticas chileno, luego de la implementación del nuevo protocolo desde el año 2015 realizado a partir de las experiencias de aplicación de los distintos actores involucrados y por otro que, a partir de este análisis y de la revisión de las mejores prácticas a nivel internacional, se establecen mejoras para la optimización del proceso.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El reconocimiento de una enfermedad como profesional es un ejemplo concreto de toma de decisión en materia de medicina o de epidemiología clínica aplicada. Decidir sobre el origen de una enfermedad no es una «ciencia exacta», sino una cuestión de criterio basada en un examen crítico de todas las evidencias disponibles. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), estos criterios deben estar basados en evidencia como, intensidad de la asociación, concordancia, especificidad, relación o secuencia temporal, gradiente y plausibilidad biológicos, coherencia y estudios de intervención³.

La OIT describe como opciones que se ofrecen a los Estados Miembros para identificar y reconocer las enfermedades profesionales, tres tipos de sistemas: (1) Sistema de Listas: con un número fijo de patologías consideradas enfermedad profesional y que no requiere mayor análisis para su calificación. Para este sistema, ya se conocen los riesgos específicos que producen enfermedad y los rubros a los que se asocian, permitiendo establecer acciones preventivas y de protección a trabajadores y trabajadoras; (2) Sistemas de Cobertura Global: donde se expone en forma genérica la causalidad laboral, otorga mayor cobertura y flexibilidad, debiéndose analizar cada uno de los casos, pero muchas veces la responsabilidad en la demostración de la causalidad laboral recae en el mismo trabajador y trabajadora; (3) Sistema Mixto: es el sistema recomendado por la OIT, que es una mezcla de los sistemas de lista y de cobertura global que, dependiendo de su uso, permite aplicar las ventajas mencionadas en ambos sistemas (OIT, 2011).

Cuando se habla de Enfermedad Profesional (EP), se hace referencia al marco conceptual que distingue a un subgrupo variado de enfermedades adquiridas y que está basado en el conocimiento médico, que reconoce el estado de enfermedad asociado a un agente generador de daño (o noxa) que debe estar presente en los lugares de trabajo. La diferencia fundamental que existe entre la medicina clásica y la medicina del trabajo radica en que el concepto enfermedad profesional es una definición jurídica asumida por el país. Cada país, en su soberanía, define la metodología y patologías que considerará enfermedades profesionales, lo que implica que no existe una definición internacionalmente válida y que las estadísticas entre países no son comparables si no consideramos la variabilidad de la legislación local (Huava, 2016). Por lo tanto, se podría decir que una enfermedad profesional es un concepto legal, creado con fines de seguro (y no con fines de prevención). Su definición corresponde a criterios legales, no

médicos. El sistema de seguro de enfermedades profesionales refleja un compromiso social y político (Eurogrip, 2015).

³En algunos casos, una prueba preventiva básica permite verificar si la supresión de un peligro determinado o la reducción de un riesgo concreto del entorno de trabajo o de la actividad laboral impide el desarrollo de una enfermedad específica o reduce su incidencia

Entre los criterios para la calificación del origen laboral de una enfermedad están, la relación entre la exposición y los efectos (es decir, la relación entre la exposición y el daño causado a la persona) y la relación entre la exposición y la respuesta (es decir, la vinculación entre la exposición y el número relativo de personas afectadas). Las investigaciones y los estudios epidemiológicos han brindado una gran contribución en este aspecto. El mayor conocimiento de la relación causal ha permitido una definición médica más precisa de las enfermedades profesionales. Por esta razón, la definición jurídica de las enfermedades profesionales se acerca cada vez más a la definición y a los criterios médicos.

En el caso de Chile, la definición legal de enfermedades profesionales data del año 1968 y se encuentra enmarcada en la Ley 16.744 del Ministerio del Trabajo; en el D.S. 594 del Ministerio de Salud; y en el D.S. 109 del Ministerio del Trabajo. Todas consideran como EP a aquellas enfermedades causadas directamente por agentes de riesgo relacionados al trabajo. La definición e interpretación de la Ley en Chile, reconoce solamente aquellas enfermedades causadas de manera directa por el ejercicio del trabajo, no reconociendo aquellas enfermedades agravadas por el trabajo o aquellas donde el factor de riesgo y la exposición no sean demostrados.

Las enfermedades musculoesqueléticas, laborales o no laborales, tienen múltiples factores contribuyentes que, a su vez, tienen diferentes impactos en la aparición o progresión de la enfermedad. Por lo tanto, existe una distribución continua de la causalidad, pero la legislación impone un proceso de decisión binario (reconocimiento o no reconocimiento y, por lo tanto, compensación o no compensación). Otorgar una indemnización, aunque solo una parte de la causa se deba a factores ocupacionales, plantea la cuestión subyacente del punto de corte (Gehanno, J.-F., Letalon, S., Gislard, A., & Rollin, L., 2019). Este punto porcentual, en el cual un factor de riesgo ocupacional se considera suficiente para dar lugar a una compensación no está claramente definido en Chile, y, si bien nuestra Ley “establece la EP como la causada de forma directa”, en la realidad varía dependiendo el tipo de patología y del criterio del comité de calificación.

El proceso de calificación chileno (Anexo N°1), se inicia con la presentación de una denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) por parte del empleador, remitida, a más tardar dentro del plazo de 24 horas, el que debe enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención, al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad. En caso de que no se cuente con la respectiva DIEP emitida por el empleador, la denuncia deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante.

Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos, podrá formular la denuncia. La pesquisa de un caso también puede ocurrir durante los exámenes o evaluaciones médicas que forman parte de los programas

de vigilancia realizados por el OAL, y este deberá notificar de ello al empleador, quien deberá realizar la respectiva DIEP para iniciar el proceso de calificación.

El proceso que sigue es la evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional, que corresponde a la prestación otorgada por un médico evaluador quien, mediante la anamnesis, examen físico y estudios complementarios, establece un diagnóstico. El médico evaluador deberá contar, al menos, con un curso de 40 horas o más, sobre aspectos generales del Seguro y conceptos de salud ocupacional, y cumplir los requisitos de capacitación establecidos en los protocolos de calificación específicos. Dicho profesional deberá solicitar la evaluación de las condiciones de trabajo que corresponda y derivar el caso al Comité de Calificación, con la finalidad de determinar adecuadamente el origen común o laboral de la afección, excepto en los casos en que corresponde calificar al médico del trabajo (en situaciones especiales). Todo el proceso de evaluación clínica de la enfermedad, incluyendo los resultados de los exámenes y conclusiones de la evaluación de condiciones de trabajo, deberán ser registrados en la ficha médica del trabajador, la que será remitida al médico del trabajo o comité de calificación, según corresponda.

Las evaluaciones de condiciones de trabajo tienen por objetivo determinar si existe exposición a agentes de riesgo en el lugar de trabajo. Dentro de éstas se encuentra la evaluación de puesto de trabajo (EPT) o, en el contexto de Protocolos de Vigilancia elaborados por el Ministerio de Salud, la historia ocupacional y los demás antecedentes que sirvan como fuente de información para la calificación. La aplicación de las evaluaciones, de la historia ocupacional y de los demás antecedentes, deberán ser realizadas por profesionales con competencias específicas en las mismas.

La calificación propiamente tal es, en general, efectuada por el comité de calificación, salvo algunas excepciones en que puede calificar el médico de urgencia (cuando la condición de salud de "emergencia o urgencia" derive de una patología común o en patologías graves) o el médico del trabajo (situaciones especiales y casos de Programas de Vigilancia).

Todos los integrantes del Comité de Calificación deberán contar con un curso mínimo de 40 horas sobre aspectos generales del Seguro de la Ley N°16.744 y conceptos de salud ocupacional. Este deberá ser presidido por el médico del trabajo y en caso de empate decidirá su voto. Cada organismo administrador deberá definir el número de comités, su competencia territorial (nacional, regional o zonal), la periodicidad de sus reuniones, las áreas de especialidad que traten y las demás materias necesarias para su adecuado funcionamiento.

El pronunciamiento del médico de urgencia, del médico del trabajo o del comité de calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación (RECA) del origen de los accidentes y enfermedades Ley

N°16.744, que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadoros. Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada al trabajador evaluado y a su entidad empleadora, dentro de los 3 días hábiles siguientes a su emisión. El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación.

En Chile se consideran como enfermedad profesional musculoesquelética (EPME), las lesiones de los órganos del movimiento, incluyendo trastornos de la circulación y sensibilidad, así como lesiones del sistema nervioso periférico, causadas de manera directa por agentes de riesgo específicos tales como, movimiento, vibración, fricción y compresión continuos, a los que se ve expuesto el trabajador en el desempeño de su quehacer laboral. Estas enfermedades pueden causar incapacidad temporal o incapacidad permanente y pueden comprometer a los siguientes segmentos: Dedos (Dedo en gatillo); Muñeca (Tendinitis de extensores o de flexores de muñeca, Tendinitis de Quervain, Síndrome del Túnel Carpiano); Codo (Epitrocleitis, Epicondilitis); Hombro (Tendinopatía de manguito rotador, Tendinitis bicipital, Bursitis subacromial), de acuerdo a lo determinado por el Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (SUSESOS. d., 2020).

Para la calificación de EPME, existen normas especiales que se describen a continuación:

- La evaluación deberá ser realizada por un médico que, además de la capacitación exigida a los médicos evaluadores, deberá contar con un curso de 40 horas sobre trastornos músculo esqueléticos que, entre otras materias, contemple diagnósticos diferenciales, evaluación de origen y generalidades de su tratamiento.
- El registro de la evaluación médica deberá contener los elementos mínimos establecidos en la "Ficha de Evaluación Clínica y Calificación de Origen de Patología MEES" entre ellos, la anamnesis próxima, remota y laboral, así como el examen físico general y segmentario.
- El equipo evaluador deberá solicitar los antecedentes de la vigilancia de la salud, si corresponde, según lo definido en el Protocolo de Vigilancia para Trabajadores Expuestos a Factores de Riesgo Asociados a Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (TMERT) del Ministerio de Salud y solicitar a la empresa los antecedentes de la vigilancia de los factores de riesgos de TMERT, identificados con la aplicación de la Norma Técnica referida en el citado protocolo. Si la empresa no ha realizado la identificación y evaluación del riesgo TMERT, el organismo administrador le instruirá realizarla.
- Realizar exámenes obligatorios en todos los casos, que corresponden a radiografías y ecografías del segmento afectado. En el caso del Síndrome del Túnel Carpiano se incluye también una electromiografía.
- El estudio del puesto de trabajo deberá ser realizado por un terapeuta ocupacional, kinesiólogo u otro profesional, este último con formación en ergonomía, siempre que se encuentren capacitados en el uso específico de estos formatos. Se considerará capacitado a quienes hayan realizado

un curso de 32 o más horas, de las cuales, al menos 16, deben corresponder a la aplicación supervisada de este instrumento. Se entenderá por profesional con formación en ergonomía, al que cuente con un magister y/o diplomado en esa disciplina⁴

- El Comité de Calificación de EPME deberá ser conformado por tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, fisiatra, traumatólogo u otro médico del trabajo. Se recomienda también la participación de terapeutas ocupacionales, kinesiólogos u otros profesionales con formación en ergonomía.
- Con la finalidad de determinar la ausencia de riesgo en el nuevo puesto de trabajo donde será reubicado el trabajador, sea éste transitorio o definitivo, el OAL deberá verificar que el empleador evalúe el nuevo puesto conforme a la Norma TMERT (Ministerio de Salud, Norma Técnica de Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados al Trabajo (TMERT), 2012).
- Por último, todo trabajador diagnosticado con EPME deberá ser considerado un "caso centinela" para los fines del Protocolo de Vigilancia para trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo (Ministerio de Salud, 2012).

⁴ Exigencia que fue recientemente incorporada en la versión 2020 del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

5. Metodología

Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación que guiaron este estudio son:

- ¿Cuáles son los aspectos que afectan a la objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia en la implementación del proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas vigente en el país?
- ¿Qué características de los procesos de calificación de EPME a nivel internacional, son factibles de replicar en el país para aportar a la objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia?

4.1. Objetivos

Objetivo general

Estudiar el proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas vigente en el país, identificando aspectos que afectan la uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia, de acuerdo a la nueva normativa establecida desde el año 2015.

Objetivos específicos

1. Identificar mejores prácticas de los procesos de calificación de enfermedades musculoesqueléticas realizados a nivel internacional.
2. Analizar el proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados (organismos administradores, empresas, SUSESO, trabajadores), con foco en la implementación de las etapas y en el uso y aportes de los insumos que provienen de exámenes, EPT, programa de vigilancia y Norma Técnica TMERT.
3. Identificar los procesos o factores que afectan la uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia desde la perspectiva de cada uno de los actores involucrados.
4. Proponer mejoras al proceso de calificación en base a los resultados obtenidos.

4.2. Metodología objetivo específico N°1

Para responder a este objetivo se realizó una revisión de literatura asociada a los procesos de calificación de EPME y sus componentes; entidades y profesionales responsables de la calificación; barreras y facilitadores; duración y fiscalización de

su funcionamiento; entre otros. Se incluyó artículos, normativa internacional y principalmente literatura gris.

En la mayoría de los países analizados y con el fin de profundizar sobre algunos puntos específicos, se realizó una entrevista online o cuestionario (vía correo electrónico) a expertos en este campo de los diversos países estudiados:

- Alemania: Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH. Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin. Technische Universität Dresden Medizinische Fakultät Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
- Bélgica: Prof Dr. Lode Godderis, KULeuven, Centre for Environment & Health Kapucijnenvoer 35/5, 3000 Leuven, Belgium
- Francia: Alexis Descatha - Poisoning center and Toxicological surveillance Unit (Head)/ Clinical Data Center (CDC, Medical director), University hospital of Angers, France - Inserm U1018, Ester Unit, University of Angers, France
- Holanda: Dr. Paul Kuijer Principal Investigator | Bewegingspecialist Werk | Coördinator keuzetraject Arts & Topsport – high demand professions National Secretary of the Netherlands for the International Commission on Occupational Health Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid | Nederlands Centrum voor Beroepsziekten | Polikliniek Mens en Arbeid
- Italia: Prof. Dr. Francesco Violante, University of Bologna and Director of the Occupational Medicine Unit of the Sant'Orsola Malpighi Hospital.
- Suiza: Maggie Graf, Chair of certification Sub Committee, International Ergonomics Association; Head of Section Work and Health (1997 – 2017), Switzerland; Researcher ETH Zurich (1988-1997)
- Uruguay: Dra. Rosario Pallas, Presidenta Sociedad Medicina del Trabajo Uruguay. Dr. Marcelo Chopitea, médico ocupacional del Banco de Seguros del Estado.

4.3. Metodología objetivo específico N°2

Muestra

Se utilizó un muestreo por conveniencia de los principales actores involucrados en cada una de las etapas del proceso de calificación de acuerdo con los criterios que se señalan en la Tabla 1:

Tabla 1. Estructura y criterios de muestra

Informantes	n	Criterios
Trabajador/es	8	Trabajadores que han vivido el proceso de calificación
Responsable empresa	9	Responsables de empresas que hayan recibido denuncias por (EPME)
Ejecutores EPT (“EPTistas”)	3	Profesionales que realizan los Estudios de Puesto de Trabajo, de los distintos organismos administradores.
Comisión de calificación	6	Profesionales de las comisiones de calificación de los diferentes organismos administradores
Responsable de OAL	5	Responsables del proceso de calificación de los Organismos Administradores de Ley 16.744 y Administración Delegada
Organismos reguladores	1	Responsable del proceso en la Superintendencia de Seguridad Social
Total	32	

Técnica de producción de información

Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada (Rabionet, 2011), que consiste en un proceso comunicativo sencillo, en donde un entrevistador –con experiencia en el tema– intenta que los informantes expresen sus puntos de vista en su propio lenguaje y experiencia. El entrevistador orienta esta conversación siguiendo una pauta flexible de preguntas, diseñada para abordar el abanico amplio de tópicos de interés para la investigación, sin coartar la posibilidad de que los propios informantes puedan abrir nuevos temas de conversación.

La pauta semiestructurada de preguntas utilizada en esta etapa del estudio giró en torno a los siguientes ejes temáticos:

- Rol del informante en el proceso de calificación.
- Los aspectos positivos que a su juicio tiene el actual proceso respecto de lo que existía antes de la implementación del protocolo.
- Los aspectos negativos que han identificado durante el proceso de implementación del protocolo.
- Cambios que se le deben introducir para mejorar el proceso de calificación.
- Otros aspectos relevantes

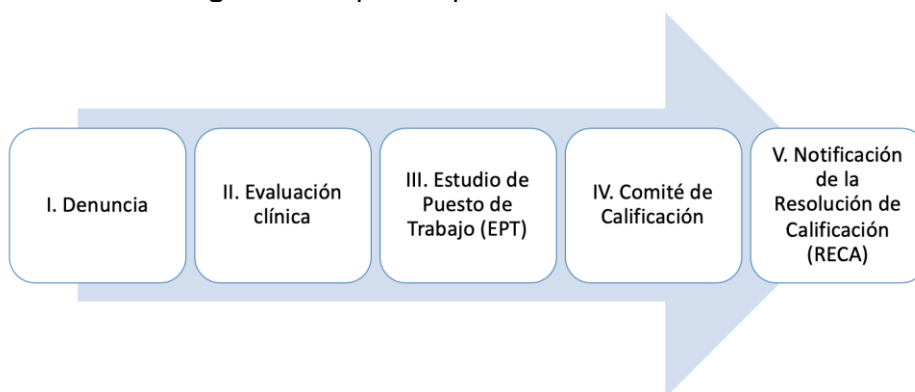
Todas las entrevistas fueron registradas en audio de alta fidelidad y luego fueron transcritas a un documento de texto y sistematizadas mediante el Software de investigación cualitativa ATLAS.ti 8.

Estrategia de análisis

La información producida en las entrevistas se sistematizó mediante la técnica de análisis de contenido (Elo, S., & Kyngäs, H., 2008), que consiste en clasificar la información recogida de acuerdo con su contenido manifiesto, asignándoles un código que da cuenta de lo dicho por los entrevistados. Es un proceso inductivo y sistemático de lectura, análisis y codificación de los patrones observados en los textos. En la medida que este análisis se desarrolla, los códigos se vuelven más consistentes y ricos en información. Esto permite describir el fenómeno en estudio, hacer inferencias válidas de los datos en su propio contexto –proceso de calificación–, identificar problemáticas centrales e ideas que puedan ser una guía práctica para la acción y resolución de los problemas observados.

Para efectos del análisis de la información, se elaboró un sistema de códigos que permitió describir las respuestas de los informantes de acuerdo con las distintas etapas del proceso; desde la denuncia hasta la notificación de la resolución de calificación (ver figura 1):

Figura 1. Etapas de proceso de calificación



Para cada una de estas etapas, se elaboraron una serie de códigos representativos de los contenidos identificados en las respuestas de los informantes, en torno a 3 grupos de códigos:

- Aspectos negativos del proceso de calificación
- Aspectos positivos del proceso de calificación
- Recomendaciones de mejora

4.4. Metodología objetivo específico N°3

Para la integración de los hallazgos con los principios centrales del protocolo, se establecieron definiciones operacionales de estos principios que el nuevo protocolo de calificación buscó en su divulgación. Estas definiciones, descritas a continuación, fueron elaboradas a partir del análisis de las circulares SUSESO y del consenso de

un panel de expertos, conformado por los investigadores y coinvestigadores de este proyecto.

- **Objetividad:** Que todo trabajador tenga la posibilidad, sin importar la afiliación del empleador, de que su caso sea evaluado utilizando un procedimiento conocido y valores de referencia conocidos y validados para la determinación del origen de su patología en un proceso que es llevado a cabo por especialistas que consideran toda la información recabada durante el proceso para la calificación del caso, la que es evaluada en su mérito.
- **Uniformidad:** Que cada etapa del proceso de calificación se realice de forma similar, utilizando las mismas herramientas y procedimientos, sin diferenciar OAL, género del trabajador/a, región de procedencia, rubro, etc.
- **Especificidad:** Calidad asociada al diagnóstico, ya que los factores de riesgo son específicos para cada patología por lo que hay un formato de EPT diferenciado para cada una y batería de exámenes para el estudio de patologías MEES. En las EPT se buscan los factores de riesgos específicos para cada patología y su magnitud; y en los exámenes se buscan otras causas o factores degenerativos. El concepto especificidad, en términos epidemiológicos, también se interpreta como la capacidad del proceso de calificación de identificar a aquellas personas cuya enfermedad no es de origen laboral, a diferencia de la sensibilidad que, en este caso, apuntaría a detectar los casos que si tienen un origen laboral.
- **Transparencia:** Se asocia al acceso a la información por parte de todos los actores que participan en el proceso, en cualquier momento, incluyendo el modo y las razones por las cuales se toman las decisiones en el proceso de calificación.

5.1. Resultados objetivo N°1

El objetivo N°1 *-Identificar las mejores prácticas de los procesos de calificación de enfermedades musculoesqueléticas realizados a nivel internacional-*, revisa los aspectos del proceso de los diferentes países que a los investigadores le parecieron pertinentes y que aportarían con buenas prácticas a las recomendaciones de mejora que se entregan en este estudio. Considera variables tales como: tipo de seguro, definición de enfermedad profesional, utilización de listas y patologías incluidas, procedimiento utilizado (incluye una reseña, profesionales, factores de riesgo, herramientas, responsabilidades, barreras/facilitadores y estadísticas).

Se destaca que además de revisar la literatura gris, se realizaron entrevistas que permitieron conocer, desde la experiencia de profesionales involucrados en el proceso, la realidad más certera del país.

En la tabla N°2 se presenta el resumen de la información recabada por país. En el Anexo N°2 se presenta la información completa y detallada que incluye links de interés.

Las mejores prácticas identificadas en los países estudiados se integran en el capítulo de N°4 de este informe: "Recomendaciones para el proceso chileno de calificación de EPME".

Tabla 2. Procesos de calificación de EPME en países consultados

País	Enfermedad profesional (EP): Criterio (C) y Lista (L)	Proceso de Calificación
Alemania	<p>C: se considera la multicausalidad, sin embargo, el trabajo debe tener un rol fundamental en el desarrollo de la EP.</p> <p>L: Si, abierta°</p>	<p>Proceso: la notificación de casos sospechosos puede ser proporcionada por los empleados y es obligatoria para los médicos y el empleador. Después las aseguradoras dan 3 opciones de médicos y se hace evaluación de riesgos en el puesto de trabajo por la misma aseguradora el médico decide si es o no EP y después hay un consejo que ratifica o no la decisión del médico en la mayoría de los casos se ratifica la decisión del médico. Es importante destacar que el trabajador puede apelar la decisión.</p> <p>Profesionales: Médico independiente aprobado por el asegurador de lesiones ocupacionales (BG) y elegido por el asegurado entre tres nombres. Especialistas en evaluación de riesgos (ergónomos, técnicos en higiene y salud, etc.) pertenecientes a las aseguradoras.</p> <p>Factores de riesgo: se estudian caso por caso de acuerdo con criterios basados en el estado del conocimiento científico.</p> <p>Herramientas utilizadas: cuentan con herramientas de ayuda a la decisión, como la literatura científica, guías como ayuda para la investigación o recomendaciones específicas. La evaluación incluye cuestionarios de entrevista escritos u orales para el empleado y el empleador, así como otros métodos, si corresponde. Si bien se recomienda algunas herramientas, su uso no es obligatorio, pudiendo optar al uso de otras herramientas que están validadas por ejemplo índice de levantamiento o HAL</p> <p>Responsabilidades: la retención en el empleo y la rehabilitación ocupacional de los trabajadores lesionados es una misión fundamental de la aseguradora. En particular, este último ayuda al empleador a cumplir con sus obligaciones con respecto a la reintegración ocupacional. Las aseguradoras son los que realizan las evaluaciones e informes, los cuales son enviados al Estado para el proceso de calificación.</p> <p>Barreras y Facilitadores: el tipo de investigación y las condiciones muy estrictas para el reconocimiento de los EPME son, sin duda, la razón de la alta tasa de rechazo de los casos investigados y el pequeño número de casos reconocidos no fomenta los reclamos de reconocimiento. Por último, el umbral del 20% de incapacidad permanente necesario para otorgar el derecho a una pensión en Alemania tampoco es un factor que incentive la denuncia (esto debiera cambiar). Además, el pago de sueldo de los profesionales involucrados en el proceso por parte de las aseguradoras puede generar conflicto de interés</p> <p>Estadísticas: TME 3% de los diagnósticos de EP, con un nivel de reconocimiento del 12%. En el año 2018 hubo 10.744 denuncias de EPME y se reconocieron 1.354 (12.6% de las denuncias), lo que corresponde al 6.8% de todas las EP reconocidas.</p>
Bélgica	<p>C: se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de tiempo y exposición de causa establecidos en lista de las EP.</p>	<p>Proceso: cualquier médico tiene la obligación de denunciar una posible EP. El trabajador hace la declaración posterior a eso y puede ser ayudado por el médico. El trabajador elige donde se atiende, sistema privado o público y después la seguridad social devuelve el costo de la atención. El trabajador es el único que puede apelar a un fallo de EP.</p> <p>Profesionales: médicos generales, Médicos, ergónomos o ingenieros de FEDRIS (Agence Fédérale des Risques Professionnels). En general es solo un médico el que califica (no siempre es médico ocupacional), se utiliza una comisión solo para enfermedades que no están en la lista de EP</p> <p>Factores de riesgo: cuando la investigación de la solicitud de reconocimiento revela que se cumplen los criterios relacionados con la EP y los relacionados con la exposición, generalmente se reconoce el caso. El impacto de cualquier factor extra ocupacional se tiene</p>

	<p>L: Si, abierta°</p>	<p>en cuenta solo en aquellos casos en que es obvio que la exposición ocupacional no podría haber causado por sí sola la aparición de la EP. Por lo tanto, la búsqueda de estos factores no se realiza automáticamente (a excepción de las enfermedades fuera de la lista). Los criterios de reconocimiento son referencias internas de FEDRIS.</p> <p>Herramientas utilizadas: existen exámenes específicos según la patología. Para tendinitis utilizan OCRA checklist y lo completa el médico en la consulta. También hay evaluaciones de vibraciones lo hace FEDRIS o la empresa. Para el STC tienen GES. Si hay antecedentes de GES y es claro la definen como EP.</p> <p>Responsabilidades: Si es EP FEDRIS paga el proceso y el tratamiento.</p> <p>Barreras y Facilitadores: FEDRIS a veces tiene criterios muy estrictos y si tienen duda normalmente no compensan, además el proceso se ve influenciado por las estadísticas de EPME</p> <p>Estadísticas: un total de 2.498 EPME, lo que corresponde al 69% del total de EP y 82 EPME cada 100 mil trabajadores. Con un nivel de reconocimiento del 31%.</p>
<p>España</p>	<p>C: se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de causa establecidos en lista de las EP.</p> <p>L: Si*, abierta°</p>	<p>Proceso: trabajador puede consultar directamente en la Mutua si sospecha de EP. Además, el trabajador puede consultar a la atención común y el médico, de cualquier tipo, en caso de sospecha que sea EP lo derivará para su atención. Además, tanto en lo privado como en lo público, el personal médico de los Servicios de Prevención tiene asignada la tarea de detectar de manera precoz los daños producidos por las exposiciones a riesgos laborales. En caso en que tengan indicios de que un trabajador tiene una EP han de emitir diagnóstico de sospecha y presentarlo ante la entidad gestora para que ésta tramite la declaración de EP. El trabajador puede reclamar si es que no está conforme con la decisión del origen de la enfermedad, el reclamo lo puede hacer a la mutua si no hay cambio de opinión será el INSS quién decida y si el trabajador no está conforme podrá recurrir a la vía judicial.</p> <p>Profesionales: médicos generales, especialistas u ocupacionales. Técnicos en prevención de riesgos laborales, ergónomos.</p> <p>Factores de riesgo: se estudian los factores descritos en las tablas de las listas de EP.</p> <p>Herramientas utilizadas: desde el punto de vista clínico utilizan una serie de guías que facilitan entender la patología y su posible diagnóstico de EP. Para estudiar los factores de riesgos laborales, además de los mencionados en la lista, pueden utilizar otras herramientas validadas.</p> <p>Responsabilidades: las mutuas son las responsables de realizar los informes y evaluaciones para la determinación de la EP. La responsabilidad del pago de tal recargo recaerá directamente sobre el empresario infractor. es EP quien paga el proceso y el tratamiento es el empleador. Si, es común es pagado por el sistema común.</p> <p>Barreras y Facilitadores: se puede presentar conflicto de interés ya que las mutuas son las responsables de realizar los informes y evaluaciones para la determinación de la EP.</p> <p>Estadísticas: EPME 75% de los diagnósticos de EP, no es posible determinar el nivel de aceptación de denuncias de EPME</p>
<p>Francia</p>	<p>C: se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de causa</p>	<p>Proceso: trabajador realiza la denuncia o puede ser realizada por un médico de cualquier tipo (no se especifica sobre la exposición a riesgos). En general tiene dos partes: 1. La médica donde estudia ve la enfermedad. 2. Ocupacional: se analiza si hay riesgo en trabajo que está en la lista y el médico define como laboral. Pueden recibir información de las empresas respecto a la seguridad. En casos muy difíciles se recurre a una comisión para definir la EP. El tiempo del proceso dura 8 meses, y puede ser un año más si es que se produce un reclamo por parte del trabajador o empleador.</p>

	<p>establecidos en lista de las EP.</p> <p>L: Si*, abierta°</p>	<p>Profesionales: En general son médicos e inspectores de trabajo. Las comisiones regionales, que solo ven casos especiales, están compuestas por profesor en salud ocupacional, un médico ocupacional del seguro, un médico ocupacional de la rama regional del ministerio de trabajo e ingeniero en higiene ocupacional.</p> <p>Factores de riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (act. de ocio), También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes</p> <p>Herramientas utilizadas: utilizan principalmente las listas, donde se definen factores de riesgos y tiempo de exposición. Es importante destacar que no se visitan todos los puestos de trabajo, además no se exigen evaluaciones específicas. Quien realiza la evaluación es la/es inspector/a del trabajo.</p> <p>Responsabilidades: si es EP el empleador paga el proceso y el tratamiento. Si es común es pagado por el sistema común de salud.</p> <p>Barreras y Facilitadores: diferencia en el nivel técnico que existe entre los profesionales según región lo que genera diferencias en las decisiones de reconocimiento de EPME. Además, han tenido problemas con las evaluaciones específicas. Además, se determinó que las comisiones tienen muy poco por tiempo para deliberar los casos. Conflicto de interés: bajo</p> <p>Estadísticas: TME 88% de los diagnósticos de EP (CP. con Alexis Descatha 80%), con un nivel de reconocimiento del 69%</p>
<p>Holanda</p>	<p>C: El trabajo debe representar, al menos, el 50% de todas las causas.</p> <p>L: No hay (si bien no hay lista, existe una guía donde hay 24 EPME)</p>	<p>Proceso: define el médico ocupacional (MO) con un proceso que tiene 6 pasos (no se puede confirmar que todos los MO lo ocupan), si el trabajador o la empresa no está de acuerdo se puede apelar y tener la opinión de un 2 MO. En general dura entre 2 a 3 meses</p> <p>Profesionales: MO que trabaja por cuenta propia o en servicios de salud público o privado. Pueden intervenir otros profesionales de la salud ocupacional, aunque generalmente ocurre cuando los casos van a la corte.</p> <p>Factores de riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (act. de ocio), También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes.</p> <p>Herramientas utilizadas: pautas de evaluación de enfermedades ocupacionales con orientación para la evaluación clínica y laboral. Se consideran antecedentes de evaluaciones de las empresas y el trabajador (auto reporte). Las evaluaciones más específicas sólo son solicitadas cuando se va a la corte (son muy pocos casos donde ocurre eso)</p> <p>Responsabilidades: es importante destacar que el tratamiento lo realiza el sistema de salud común no importa si la patología es laboral o común. Por otra parte, el empleador paga el proceso de calificación. Si es declarada la EP, el trabajador recibirá el salario durante los primeros 2 años (primer año 100% y el segundo año al menos el 70% del salario) normalmente de su empleador (grandes empresas). Las pequeñas empresas, por lo general, tienen un seguro privado y ellos pagarán el salario. Si sigue la incapacidad laboral, se evaluará la discapacidad y el trabajador obtendría un beneficio del gobierno (es lo mismo para un accidente). Además, el empleador podría cambiar o adaptar la estación de trabajo para mantener al trabajador en la empresa.</p> <p>Barreras y facilitadores: los participantes percibieron información limitada sobre el historial de exposición y el acceso limitado a los lugares de trabajo como barreras para la evaluación de la exposición. La información que no está disponible, el empleador no tiene porque no ha realizado las evaluaciones de exposición al riesgo. La responsabilidad de los empleadores (pago del proceso) representa un obstáculo para la evaluación de las EP, ya que existe un posible conflicto de interés. Como facilitadores señalaron la definición de EP y la escala de riesgo de exposición.</p>

<p>Italia</p>	<p>C: se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de causa establecidos en lista de las EP.</p> <p>L: Si*, abierta°</p>	<p>Proceso: el reconocimiento es automático si se cumplen los requisitos de la lista: el diagnóstico (casi siempre verificado por la aseguradora INAIL del estado), el requisito administrativo y el requisito relacionado con la exposición. Cuando existen numerosas causas, se aplica el principio de equivalencia de causas: si se prueba el riesgo ocupacional, la enfermedad se reconoce como de origen ocupacional incluso cuando existen otras causas. Tienen el derecho para apelar la decisión, la revisión se realiza por un médico de INAIL y un médico que designa el trabajador y si no está de acuerdo con la respuesta va a la corte. Si la empresa no está de acuerdo van directo a corte. Por último, es importante destacar que en 90 días deben cerrar el caso.</p> <p>Profesionales: médicos ocupacionales.</p> <p>Factores de riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (act. de ocio), También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes.</p> <p>Herramientas utilizadas: no se exigen herramientas específicas y se realiza en base a la descripción de riesgo de la tabla. Actualmente, se está estableciendo una serie de criterios específicos para determinar EP de columna y EESS.</p> <p>Responsabilidades: si es declarada la EP, el copago del tratamiento médico lo paga el empleador, quién además más paga un seguro anual promedio de 1.000 euros al INAL. Por otra parte, el pago de compensaciones se realiza cuando existe una reducción de las capacidades: del 5% -16% se paga 1 vez. Si es más del 16% se paga de forma vitalicia (pagado por INAIL).</p> <p>Barreras y facilitadores: los criterios de exposición son extremadamente genéricos tanto en calidad (¿qué es postura inadecuada?) como en cantidad (¿cuánto tiempo?): Esto probablemente da como resultado informes inapropiados y un tratamiento desigual a las denuncias.</p> <p>Estadísticas: TME 69% de los diagnósticos de EP (CP. con Francesco Violante 80%), con un nivel de reconocimiento del 43%</p>
<p>Suiza</p>	<p>C: En general, esto se interpreta como que debe ser causado por el trabajo en más del 70% de los casos (C.P. Maggie Graf). En Eurogip se considera que las causas laborales deben representar el 50% de todas las causas.</p> <p>L: Si, abierta°</p>	<p>Proceso: los trastornos deben ser reportados al asegurador de compensación de trabajadores (generalmente realizado por el empleador, pero el médico o el paciente también pueden hacerlo). El caso es revisado por un médico ocupacional empleado de la aseguradora. Es muy difícil apelar contra la decisión de esta persona.</p> <p>Profesionales: médico industrial para el examen médico y la decisión final, que pertenece a SUVA (Swiss Accident Insurance Fund, organismo independiente parte del sistema de seguridad social) para la investigación de las condiciones de trabajo, el historial laboral y las exposiciones extra ocupacionales.</p> <p>Factores de riesgo: para cada caso, se estudian todos los factores de riesgo (relacionados con el trabajo y personales) que podrían ser la causa de la enfermedad.</p> <p>Herramientas utilizadas: son libres de elegir las herramientas de evaluación que consideren apropiadas para su tarea. Probablemente las más utilizadas sean las herramientas de NIOSH. El gobierno federal y las aseguradoras de trabajadores cuentan con varias herramientas rápidas y fáciles de usar para los inspectores de trabajo y especialistas en seguridad</p> <p>Responsabilidades: el seguro de compensación laboral cubre los honorarios médicos y la pérdida de tiempo de trabajo. Si un trastorno no se acepta como una enfermedad profesional, el seguro de salud (que es obligatorio) cubrirá los costos médicos, pero no los salarios perdidos.</p> <p>Barreras y facilitadores: las compañías de seguros pueden tratar de influir en sus médicos para no reconocer la EPME, pero ese no es realmente el gran problema. El principal problema radica en la definición de enfermedad profesional, ya que la ley limita a los médicos en lo que pueden aceptar. La ley establece que una enfermedad debe ser causada predominantemente por el trabajo y los</p>

		<p>médicos interpretan esto como al menos el 70% de los casos según los datos epidemiológicos. Entonces, sí, hay un sesgo en el sistema a favor de las aseguradoras y los empleadores que pagan sus primas. (C.P. Maggie Graf).</p> <p>Estadísticas: 221 EPME en el año 2014 y correspondía al 10% de todas las EP reconocidas,</p>
Uruguay	<p>C: se considera EP la causada por agentes físicos, químicos o biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar del trabajo.</p> <p>L: Si, abierta^o</p>	<p>Proceso: dos caminos posibles: a) en el marco de los Programas de Vigilancia de la Salud en los Servicios de Prevención en Salud y Trabajo, el médico de la empresa puede hacer la denuncia de probable EP al Banco de Seguros del Estado (BSE), éste cita al paciente y le hace las pruebas necesarias o atención necesaria para comprobar dicha enfermedad; b) cuando el empleado se aqueja de dolor y concurre al BSE como si fuera un accidente, éste lo va a tratar y en el proceso se desencadena una investigación del mismo que puede terminar en la declaración de enfermedad profesional o no.</p> <p>Profesionales: médicos y Técnicos Prevencionistas en general, pero pueden participar otros profesionales</p> <p>Factores de riesgo: en algunos casos se realiza un estudio de los factores de riesgo involucrados.</p> <p>Herramientas utilizadas: se utilizan algunas NTP españolas y algoritmos creados por el Ministerio de Trabajo y otras entidades, aunque no hay una normativa que exija una u otra.</p> <p>Responsabilidades: en Uruguay, tanto las enfermedades profesionales como los accidentes de trabajo son prestaciones estatales.</p> <p>Barreras y facilitadores: como es estatal y público, es visto como una prestación social lo que no genera conflictos de interés con las empresas.</p> <p>Estadísticas: no hay disponibles.</p>

^o Se puede considerar otra EP siempre que se pruebe relación de causa

* La lista de EP es más precisa con respecto a las EP y factores de riesgos, pero sin otros criterios más exigentes contenidos en documentos relacionados como es el caso de: Alemania y Suiza.

5.2. Resultados objetivo N°2

El objetivo N°2 *-Analizar el proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados (organismos administradores, empresas, trabajadores, SUSESO), con foco en la implementación de las etapas y en el uso y aportes de los insumos que provienen de exámenes, programa de vigilancia y Norma Técnica TMERT-*, se focalizó en identificar los aspectos positivos, negativos y oportunidades de mejora en las distintas etapas del proceso.

Las tablas que se presentan a continuación entregan una breve descripción de los aspectos positivos (tabla N°3), negativos (tabla N°4) y mejoras al proceso (tabla N°5), señaladas, principalmente, por cada uno de los actores involucrados. En detalle, estos resultados se presentan en el Anexo N°3.

Tabla 3. Aspectos positivos del nuevo protocolo señalados por los entrevistados

Entrevistados	Denuncia	Evaluación clínica	EPT	Calificación	Notificación RECA	Otros de carácter general
Trabajador(es)					Posibilidad de reconsideración de casos	Tiempos de respuesta preestablecidos por protocolo
Responsable(s) empresa		Buena atención de un médico especialista		Estandarización del proceso mediante un comité		Estandarización del proceso
EPTistas			Capacitación online; Estandarización EPT; tecnologías			
Calificador(es)				Comité centralizado		
Otro(s) Médico(s)						Mayor estándar de profesionales;
SUSESO						Estandarización del proceso de evaluación y calificación
Responsable(s) OAL			Estandarización del instrumento; Mejores estándares de capacitación profesionales	Iniciativas internas de mejora de procesos y procedimientos; Estandarización del proceso mediante un comité	Promoción del Protocolo de Vigilancia; Notificaciones más específicas y oportunas a trabajadores	Definiciones de rol y alcances de rol; Equipos de trabajo permanentes; Unificación de instrumentos; Iniciativas internas de mejoras; Reconsideración de casos

Entre los aspectos más valorados desde la implementación del protocolo, cabe señalar que por parte de los trabajadores no hubo aspectos positivos mencionados, salvo por los tiempos de respuesta (fijados por la normativa) y la posibilidad de reconsideración de los casos.

Por su parte, algunos empleadores valoraron parcialmente la estandarización del proceso, por ejemplo, en la atención de médicos especialistas y en la conformación del comité de calificación.

Los aspectos valorados de forma positiva por los responsables del proceso de los OAL se reflejan en la adopción de medidas para su cumplimiento: definición de roles y alcances de rol entre los profesionales que participan en el proceso; contar con equipos de trabajo permanentes y estables (ej. EPTistas, calificadores); unificar los instrumentos utilizados en el curso de todo el proceso; y también resolver los casos en tiempos establecidos por norma, no exentos de problemas, pero se valora que se defina un plazo.

Lo anterior ha instado a los OAL a establecer prácticas o *iniciativas internas* para mejorar sus servicios: levantar información adicional en algunos instrumentos que lo permitan con objeto de sancionar con información relevante; desarrollar tecnologías de información para estandarizar y agilizar procesos (Ej. capacitaciones en línea, verificación de instrumentos), lo que ha promovido una mejor comunicación interna y un mayor control y orientación de los recursos.

Con menor énfasis se mencionó el programa de vigilancia médico ocupacional (PVMO), que es obligatorio y aunque señalan que tiene debilidades, se promueve su aplicación. Para empresas del área minera este es especialmente relevante al contar con un instrumento que evalúa el nivel de riesgo, permite un acercamiento con estas empresas, y promueve favorablemente los tiempos de respuesta.

Por su parte, entre los EPTistas se valora la *estandarización de los instrumentos de evaluación*. Se reconoce como una medida objetiva la unificación de la EPT y el uso de tecnología para levantar información (como video o fotografía).

La implementación de un *comité de calificación centralizado* fue un aspecto puntualmente reconocido por un médico calificador. Aspecto que es respaldado también por un responsable de OAL: salvo en el caso que exista sobredemanda, un único equipo permanente de calificadores evita errores en la información, promueve la unificación de criterios y procedimientos y que los casos sean vistos por un sólo equipo de trabajo, con dedicación exclusiva, lo que fortalece la experiencia del equipo mismo.

También entre los puntos valorados se señala la *reconsideración de casos*, para resoluciones que puedan resultar particularmente complejas, instancia de

apelación que no existía antes del protocolo o de la que no había mucha información o procedimientos, según señala un responsable OAL.

Como marco general de la valoración positiva se puede señalar que los estándares de las competencias profesionales ha sido un cambio importante en el proceso, y mencionado por todos los profesionales involucrados. Este marco lo refuerza la estandarización del proceso, un aspecto que se remarca es que el nuevo protocolo no permite calificar la enfermedad musculoesquelética en la primera consulta (salvo en casos excepcionales), ni según el criterio de calificación de un solo profesional, sino que, una vez realizada la denuncia por parte del trabajador, este somete a evaluaciones para poder calificar el origen de su enfermedad (a través del comité de calificación), completando todo el proceso de calificación antes de discriminar la posibilidad de que su caso sea laboral.

Tabla 4. Aspectos negativos del nuevo protocolo señalados por los entrevistados

Entrevistados	Denuncia	Evaluación clínica	EPT	Calificación	Notificación RECA	Otros de carácter general
Trabajador(es)	Empresas no facilitan el proceso; Trabajadores no realizan denuncias; Escasa información; Temor al despido; No hay promoción de salud; Bajas expectativas		Denuncian modificaciones de los procesos previo a la realización de la EPT	No reciben información de por qué sus casos son rechazados o aceptados	Notificación RECA con escasa información; Incertidumbre; Temor al despido	No hay protección durante el proceso; Tratamiento privado a la espera de resultados; Desprotección ante licencias extensas
Responsable(s) empresa	Escasos programas de prevención permanentes	Exámenes innecesarios	Profesionales parcialmente preparados	No reciben información de por qué los casos son rechazados o aceptados	Falencias programa de vigilancia; Reubicación de trabajadores impracticable	Rigidez del protocolo; Escasa comunicación con entidades; Servicios externalizados
EPTistas	Empresas no facilitan los procesos		Capacitación y ejecución deficiente; EPT compleja de aplicar; No hay balances técnicos			Escasa comunicación; Plazos no promueven una calificación rigurosa
Calificador(es)	Escasa iniciativa preventiva	Procedimientos innecesarios	Ejecución deficiente	No hay criterios definidos; Conflicto de interés; Tiempos limitados; Poco control procesos externalizados; Diferencias de criterio		Rigidez del protocolo; Plazos no promueven una calificación rigurosa
Otro(s) Médico(s)	Poca iniciativa preventiva	Procedimientos innecesarios	Capacitación deficiente; Ejecución deficiente EPT	Dificultad en conformación de CC		Poca comunicación; Poco control sobre procesos externalizados
SUSESO	Empresas no facilitan los procesos; Trabajadores no realizan denuncias		Formación deficiente de EPTistas;			Poca comunicación entre entidades responsables; Dificultad relación empresas/OAL
Responsable(s) OAL		Procedimientos innecesarios	Ejecución deficiente; Poco control sobre procesos externalizados; Déficit de proveedores-calidad	Dificultad en conformación de CC		Escasa comunicación; Rigidez del protocolo; Dificultad en conformación de equipos; Déficit de proveedores; No hay balances técnicos; Escaso equipo técnico para implementar modificaciones

Entre los trabajadores, los aspectos negativos del proceso responden a la escasa información que reciben cuando se someten a un proceso de calificación. Declaran sentirse desinformados y desprotegidos, lo que tiene como consecuencia, que muchas veces tengan que recurrir a servicios privados de atención a la espera de los resultados de la calificación. Además, muchos trabajadores se abstienen de denunciar, señalando que no hay protección si las licencias son extensas ya que resulta probable que entren en conflicto con su empleador y ven amenazada su continuidad laboral. Por otra parte, denuncian que, en algunos casos, las empresas modifican las condiciones de trabajo previo a realizar la EPT, lo que incidiría en la información que se obtiene con esta evaluación. Declaran, además, que la información que reciben, una vez hecha la calificación, es insuficiente y no les permite conocer las razones de la decisión.

En tanto los empleadores, señalan que existe escasa iniciativa o promoción de programas preventivos y que conocen parcialmente cómo se desarrolla el proceso. Señalan que, hay profesionales parcialmente preparados entre los EPTistas, que podrían asociarse a servicios externalizados, y que conocen poco el entorno laboral para hacer las evaluaciones ajustadas. Señalan que existe dificultad para reubicar trabajadores en empresas pequeñas, porque no tienen esa capacidad de respuesta. El protocolo se asocia con un proceso rígido, con escasa comunicación (o sólo ocasional) entre los actores convocados.

Al igual que los empleadores, los médicos también critican la escasa promoción de una cultura laboral preventiva. Concuerdan, además, en que los exámenes exigidos por el protocolo aportan, en algunos casos, información muy poco específica que los hace innecesarios.

En el marco del proceso interno, los EPTistas enfatizan que las empresas no facilitan la ejecución de la EPT, se resisten y puede ocurrir que el clima laboral generado no ofrezca la posibilidad de realizar un procedimiento adecuado. Adicionalmente la EPT se trata de un instrumento complejo de aplicar, aspecto que estaría dado también por una capacitación deficiente, que escasamente cumple con el aspecto práctico exigido por la normativa. De hecho, coinciden en que prácticamente nunca aplican el formato de “macro labor” debido a su complejidad. Un aspecto que comparten con otros entrevistados es la falta de balances técnicos para mejorar el ajuste de las mediciones. Se percibe poca comunicación que facilite el proceso y que los plazos ajustados no promueven una calificación rigurosa.

Los calificadores comentan que algunos de los exámenes exigidos por el protocolo no aportan información relevante para determinar la causa de la enfermedad, referido especialmente a las radiografías. Al igual que los OAL, también se quejan en cuanto ejecución de la EPT que, al ser una herramienta compleja de aplicar y la formación de los EPTistas es deficiente, su ejecución resulta defectuosa y por ende la información que aporta es incompleta o simplemente no aporta al proceso. Los calificadores también critican la falta de criterios específicos definidos para

poder hacer una evaluación basada en evidencia científica. También perciben que los plazos no promueven una calificación rigurosa de los casos.

Por su parte, entre los aspectos negativos señalados por el organismo regulador están la falta de colaboración de parte de las empresas para efectuar adecuadamente el proceso, y que los trabajadores no realizan denuncias. Reconoce entre los problemas asociados al proceso, el temor de los trabajadores a perder su empleo y que las empresas son obstaculizadoras, sea omitiendo o dilatando respuestas a solicitudes del OAL al que adscriben. Adicionalmente señala que la formación deficiente de EPTistas es un aspecto particularmente negativo, ya que se trata de un paso esencial en el correcto desarrollo del proceso. Y reconoce igualmente la poca comunicación entre entidades responsables, con énfasis en la relación entre empresas y OAL.

Por parte de los OAL se señala que hay una dificultad de comunicación con las empresas. Estas generan resistencia y retrasan los procesos. En algunos casos hay poco interés de responder oportunamente, generando una comunicación poco fluida. Se reconocen numerosas falencias: los procedimientos innecesarios que son un tema transversal a los actores; la ejecución deficiente de las EPT (a falta de formación); admiten tener poco control sobre procesos externalizados, lo cual en regiones es particularmente complejo, dado que existe un déficit de proveedores, y la calidad del servicio ofrecido por estos no siempre es satisfactoria. Admiten que el protocolo resulta rígido, y comparten la opinión de los EPTistas, de que no se han hecho balances técnicos a los instrumentos de evaluación al objeto de ajustar las mediciones. Y, en último punto, aluden a la falta de equipos técnicos dentro de los OAL, que implementen las modificaciones (de corto plazo) que ha sufrido el proceso, desde su inicio.

Tabla 5. Aspectos a mejorar del protocolo señalados por los entrevistados

Entrevistados	Denuncia	Evaluación clínica	EPT	Calificación	Notificación RECA	Otros de carácter general
Trabajador(es)					Información y protección durante el proceso; Más información y claridad en entrega de los resultados	
Responsable(s) empresa	Medidas preventivas	Eficiencia en el gasto de recursos;	Fortalecimiento formación EPTistas; Precisiones sobre uso de EPT; Mejor estándar de proveedores externos			
EPTistas			Fortalecimiento formación de EPTistas; Definiciones de criterio			Eficiencia de los procesos; Soluciones en plazos reales
Calificador(es)	Normativa debe involucrar a las empresas	Eficiencia en el gasto de recursos	Fortalecimiento formación de EPTistas; Precisiones sobre uso de EPT	Comisión calificadora autónoma; Mayor n° de profesionales; Definiciones de criterio		Mejoras programa de vigilancia; Fortalecer formación en medicina ocupacional; Adecuación de procedimientos
Otro(s) Médico(s)	Medidas preventivas; Fiscalización de la autoridad	Eficiencia en el gasto de recursos	Fortalecimiento de la formación de EPTistas	Definiciones de criterio		Fortalecimiento de la formación en salud ocupacional; Estandarización competencias de prestadores
SUSESO			Precisiones sobre el uso de instrumentos;			Adecuación de procesos/procedimientos; Fortalecimiento de la formación en medicina laboral
Responsable(s) OAL	Medidas preventivas	Eficiencia en el gasto de recursos	Fortalecimiento de la formación de EPTistas; Precisiones sobre el uso de EPT; Mejorar los procesos de fiscalización, (aplicación EPT).	Fortalecer la formación en medicina laboral (en general) y la formación del CC		Adecuación de procesos/procedimientos; Estandarización competencias de prestadores

Respecto de las mejoras que se pueden aplicar al protocolo, los trabajadores aluden ampliamente a la falta de claridad de la información que reciben mientras se someten a un proceso de calificación, por lo que declaran que una mejora relevante sería entregar información más clara durante todo el curso del proceso, ya que estando desinformados declaran sentirse desprotegidos y que sólo reciben el resultado final de la Notificación RECA “sin mayor explicaciones”. Sugieren la posibilidad de tratamiento a la espera de resultados, ya que denuncian que, en ocasiones, los OAL no entregan el tratamiento durante el proceso de estudio y, solicitan orientación adecuada en caso de calificación no laboral.

Por su parte, los empleadores sostuvieron que la inversión en medidas preventivas y la eficiencia en el gasto de recursos es un aspecto a mejorar, ya que ello permitiría implementar programas permanentes de salud ocupacional. Algunos empleadores que se desempeñan en áreas de seguridad laboral señalaron que se debería mejorar la formación de EPTistas; la precisión sobre el uso de instrumentos; y el estándar de proveedores externos. Señalan que es importante que los EPTistas conozcan la actividad que van a evaluar, ya que permite corregir desajustes en las mediciones y evitar discrepancias.

Entre los responsables del proceso, unos de los aspectos centrales a mejorar declarados transversalmente (entre OAL, EPTistas y calificadores), apunta a la mejor formación de los EPTistas, ya que representa una de las mayores complejidades debido a la falta de estándares y acreditaciones de dichos profesionales. En esta línea, se señala que no hay orientación sobre cómo formarse en esta área, por lo que una mejora central alude a establecer en el corto plazo un criterio común de formación para los EPTistas, que dependa de un organismo externo, que asegure un estándar mínimo de conocimientos del tema. A mayores estándares habría menos errores en la aplicación de la EPT lo cual es concordante con la mejora sobre la precisión en el uso de estos formatos.

Otro de los aspectos que manifiestan los entrevistados que debería mejorar se refiere a la *adecuación de procedimientos* y la *eficiencia en el gasto de recursos*. Ambos puntos se corresponden entre sí, y son mencionados transversalmente (calificadores, médicos, OAL), ya que parece haber consenso sobre la idea que hay procedimientos que son innecesarios (por ejemplo, radiografías) o que podría existir mayor flexibilidad en la aplicación, en función de aquello que se pesquistan (por ejemplo, algunos casos que son claramente no laborales de acuerdo con ciertas características podrían no necesitar hacer todo el proceso de calificación). Esta explicación concuerda con la inquietud de los profesionales de revisar la pertinencia de los procedimientos de evaluación, ya que se cree que se procede solamente porque lo exige la norma.

Las *medidas preventivas* es otro punto importante planteado transversalmente, tanto por empleadores, OAL y médicos. Existe concordancia en enfatizar que a mejores y permanentes medidas preventivas, el manejo de los recursos y los esfuerzos de todos los agentes resultarían más eficientes.

Respecto a las mejoras a los comités de calificación, se sugiere que deben necesariamente tener autonomía de los OAL, para así frenar el conflicto de interés que se origina en la relación

entre las mutualidades y las empresas, permitiendo una calificación sin condicionantes previos. Se requiere que la relación empresa/OAL no debería influir haciendo que el comité pueda dirimir con la suficiente independencia. De igual modo, otra mejora apunta a transparentar la información que emana de los comités de calificación, respecto a los criterios y argumentos sobre los cuales se toma la decisión de los casos, con un lenguaje adecuado y comprensible para todo aquel que solicite esta información. En algunos casos los entrevistados sugirieron que para estos efectos debe existir un acta con esta información.

En consecuencia, la implementación del protocolo imprimió un mayor grado de uniformidad al proceso. Aún resulta rígido de llevar a cabo y presenta numerosos problemas, no obstante, se reconoce un avance que, conforme a los resultados obtenidos y presentados, obedece a las buenas prácticas que todos los responsables han tenido que incorporar al proceso de calificación para intentar dar cuenta de los principios centrales que persigue el protocolo vigente.

5.3 Resultados objetivo N°3

El objetivo N°3 -Identificar los procesos o factores que afectan la uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia-, se basa en el análisis cualitativo de las opiniones de los entrevistados, buscando los aspectos que afectan a los objetivos que tuvo la SUSESO para la implementación del protocolo de garantizar una mayor objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia al proceso.

El análisis efectuado identificó que, dentro del proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas chileno, aún existen aspectos que dificultan que este sea objetivo, uniforme, específico y transparente.

A continuación, se presenta un resumen de los hallazgos que dificultan el logro de las características de las cuales se intentó dotar al proceso de calificación con la implementación de este nuevo protocolo y su detalle se encuentra en el Anexo N°4.

Objetividad

Problemas detectados Objetividad
Conflicto de interés de los comités calificadoros
Diferencias de criterios en Comités Calificadoros y en ejecución de la EPT
Capacitación y ejecución deficiente de la EPT
Déficit de proveedores tanto para realizar EPT como para conformar Comités Calificadoros
No se han realizado balances técnicos de los instrumentos
Plazos del proceso estrictos e insuficientes
Falencias del programa de vigilancia que generan poco aporte al proceso de calificación

Teniendo en cuenta la opinión de los distintos entrevistados, se observa que hay ciertos aspectos del protocolo que aún siguen afectando a la objetividad del proceso.

Se identifica como uno de los principales problemas el que los médicos que participan en el proceso de calificación podrían estar condicionados por los OAL que los contratan, lo que permitiría explicar el que la mayoría de las denuncias de EPME terminen siendo rechazadas. Lo anterior se debe a que, para los OAL, las empresas son sus clientes y, a la vez, son los que califican a los trabajadores (de esas mismas empresas) durante el proceso, por lo tanto, juegan un doble papel de "juez y parte". Esta doble relación podría representar una cierta parcialidad de estos organismos al momento de calificar enfermedades de origen laboral, vale decir, la decisión del comité de calificación no gozaría ni de autonomía ni de imparcialidad, puesto que amenaza la continuidad de los convenios de servicios entre los OAL y las empresas. En ese

sentido la objetividad se ve cuestionada por el sistema de relación vigente, ya que la resolución de los comités de calificación no se basaría necesariamente en la calidad de la información levantada, si no que la decisión de calificar como laboral o no, se vería afectada por a la inversión adicional que esto podría exigir (al OAL y a las empresas). Lo anterior pone de manifiesto la falta de autonomía de los comités, hecho importante que resta objetividad al proceso.

Se observó también que la capacitación exigida a los médicos de los OAL es insuficiente ya que existen muy pocos médicos con formación formal en salud ocupacional, y el protocolo sólo exige la formación en un curso de 40 horas sobre trastornos musculoesqueléticos a los médicos que participan directamente en el proceso, lo que resta objetividad, puesto que la formación y la experiencia de cada profesional influye en el criterio al momento de definir el origen de las patologías estudiadas. Se observó en las entrevistas que, dentro de quienes conforman los comités de calificación, se presentan a menudo diferentes apreciaciones en la resolución de los casos dificultando la decisión y se aducen a las diferencias de criterios de los distintos profesionales a partir del conocimiento de los factores de riesgo y su impacto en el desarrollo de las patologías. Los entrevistados manifiestan la necesidad de contar con criterios establecidos por patología y puntos de corte.

En relación a la EPT, se presentan tres problemas que afectan la objetividad. En primer lugar, los entrevistados manifiestan que su ejecución es deficiente, realizada preferentemente por prestadores externos, incumpliendo con la objetividad esperada ya que la información recabada no es igual para todos los casos.

También hay diferencias de criterio que se manifiestan según la formación del evaluador, puesto que cada OAL ha generado sus propios cursos, exceptuando al organismo estatal. Esto deriva en la poca precisión en la aplicación de los instrumentos, lo que de acuerdo a los profesionales que participan en los comités calificadoros, se observa en la subestimación o sobreestimación de los riesgos, debiendo en un porcentaje no menor, devolver la EPT y solicitar aclaraciones.

Por su parte, los EPTistas se quejan de la calidad de la formación, que se enfoca principalmente en aspectos teóricos y no prácticos, en formato online no estandarizado, esto sumado a la complejidad de la herramienta, deriva en dificultades para su aplicación. Un punto importante en este aspecto, mencionado por ellos, es que prácticamente nunca utilizan el formato de “macro labor”, desarrollado para tareas que no presentan ciclos de trabajo similares, debido a que es demasiado complejo y la capacitación es insuficiente para lograr entender su aplicación. A partir de esto plantean el problema de que no se han realizado balances técnicos de las herramientas, que permitan evaluar sus características, funcionamiento y efectividad.

Finalmente, tanto los OAL como los EPTistas manifiestan el déficit de proveedores, especialmente en regiones, que apliquen el instrumento. Por otra parte, la externalización de los servicios de EPT, en algunos casos, dificulta el control de la calidad de la información proporcionada por el instrumento, situación que es aumentada en regiones. En general, estos

problemas afectan de forma importante a la objetividad del proceso, puesto que la EPT es la única herramienta que permite evaluar los riesgos en el lugar de trabajo, información que es fundamental para la calificación. Si esta información es insuficiente o de mala calidad, claramente incidirá en la objetividad de la decisión.

Otro aspecto negativo que señalan los entrevistados es que el tiempo que disponen tanto, para aplicar una EPT como para calificar el caso, es breve. Cabe destacar que uno de los problemas que más tiempo toma en el proceso es la coordinación de las EPTs con las empresas, por tanto, en un número importante de casos, los profesionales cuentan con un menor tiempo para el resto de las acciones exigidas por el protocolo. Así también los EPTistas, a quienes se les paga por EPT realizada, se quejan de mala coordinación de los casos a evaluar, lo que les impide dedicar el tiempo necesario para hacer una buena evaluación y elaborar un buen informe. Esto influye directamente a la objetividad de la evaluación del caso ya que se impide que se recoja y analice rigurosamente toda la información necesaria para el proceso.

En relación al programa de vigilancia de trastornos musculoesqueléticos (PVMO-TMERT EESS), muy pocos profesionales de los comités calificadoros lo nombran como un antecedente que aporte a la calificación. Si bien los OAL indican que el programa se ha implementado en varias empresas, en las entrevistas se menciona que este no dialoga con el proceso de calificación y se constituyen como dos procesos independientes. Por otra parte, no todos los casos de denuncias cuentan con la información del programa de vigilancia y en muchos casos la información es parcial. Debido a lo anterior, si bien en el protocolo se considera utilizar esta información para la calificación ésta, en la realidad no aporta de forma importante, generándose una pérdida de antecedentes que eventualmente podrían ser relevantes para dar más objetividad a la decisión de los comités calificadoros.

Existe una falta de formación en salud laboral por parte de los médicos en general, especialmente de quienes atienden las primeras consultas tanto en el sistema público como privado. Esto si bien no afecta directamente al proceso de calificación, influye de forma importante en cuanto a las denuncias de EP, por lo que se hace necesario un mayor entrenamiento a estos profesionales en sospecha de EPME para realizar la derivación pertinente.

Uniformidad

Problemas detectados Uniformidad
Al menos tres OAL cuentan con su propio curso de formación para realizar EPT
Se presentan diferencias en la conformación de los Comités Calificadoros
No todos los OAL tienen la misma capacidad de respuesta frente a los tiempos establecidos en el protocolo
Normativa tiene aspectos técnicos no definidos que cada OAL interpreta según su criterio
Proceso se desarrolla de forma distinta entre los OAL

Se generan diferencias en la aplicación del protocolo en regiones versus la Región Metropolitana
--

Cambios normativos frecuentes hacen difícil modificar los procesos simultáneamente
--

Resoluciones de calificación impracticables para algunas empresas

Un punto relevante manifestado por los entrevistados, y que afecta de forma importante a la uniformidad del proceso, es que la formación de los especialistas que realizan la EPT recae sobre la responsabilidad de cada OAL, dificultando la aplicación uniforme de la herramienta distinguiéndose diferencias entre los OAL. Este aspecto se acentúa aún más en regiones donde hay pocos especialistas, a lo que también se les suma la falta de formación, impidiendo desarrollar una correcta aplicación de la EPT. Esta falencia delata, además, el poco control que tienen los OAL sobre los procesos externalizados.

Se manifiesta, además que, si un profesional cuenta con el curso realizado por un OAL en específico, este no le permite realizar EPTs para un OAL distinto, limitando el recurso, especialmente en regiones, donde este es más escaso. Los EPTistas si bien no manifiestan diferencias importantes entre los cursos, si mencionan diferentes exigencias en la realización de la EPT para un organismo u otro. Los OAL a su vez, manifiestan diferencias de calidad entre proveedores, especialmente cuando estos son tercerizados.

Se pudo apreciar en las entrevistas otras diferencias entre los OAL que dificultan la uniformidad del proceso. Una gran primera diferencia es entre los organismos administradores privados y el público. En este último todo el proceso de calificación es tercerizado, tampoco cuentan con prestador propio de salud. Indican que no pueden hacer capacitación a los EPTistas por ser agentes externos y, por consiguiente, todos los casos deben ser revisados previamente antes de ser transferidos al comité de calificación. Estas situaciones generan dificultad para el cumplimiento de los plazos, para lograr la calidad esperada en las evaluaciones y el compromiso de parte de los proveedores.

Otra diferencia se constató en uno de los OAL privados, en que diferentes profesionales (kinesiólogos, expertos en prevención, internos o externos) realizan la recolección de los datos de la EPT en el puesto de trabajo (en cualquier parte del país) y un equipo de especialistas a nivel central (en Santiago) ajusta y valida la información levantada, (y solicita la corrección en caso de ser necesario), analiza y completa la EPT, para luego ser transferida al comité de calificación.

En relación a los comités calificadoros, también se presentan diferencias entre OALs, mientras en algunos estos están conformados por médicos y ergónomos, en la mayoría de los comités sólo participan médicos. Y un problema relevante para su conformación es contar con médicos especializados, ya sea médicos del trabajo, o especialistas traumatólogos, por lo que eventualmente, para cumplir con los plazos, los comités funcionan sin estos profesionales. También se observan diferencias en la conformación de estos equipos en regiones a diferencia de la Región Metropolitana. Por otra parte, mientras algunos organismos cuentan con tres o más comités, en el organismo público toda la información es evaluada por un solo comité.

En cuanto a las diferencias en los criterios para la calificación, ya mencionado como un punto importante que afecta a la objetividad, no sólo es importante la formación, sino que también se encontraron diferencias en cuanto a los aspectos que se consideran al momento de la calificación. Dado que la normativa no ha definido criterios técnicos para esto, algunos comités de calificación se basan en criterios de la literatura para definir si los factores de riesgo y el tiempo de exposición son suficientes para generar la patología y otros utilizan de base la Norma Técnica de TMERT-ESS como criterio para definir si el tiempo de exposición es suficiente para generar el daño evaluado.

Finalmente, los encargados del proceso en los OAL manifiestan que los sucesivos cambios en la normativa no les ha permitido generar un procedimiento que se mantenga acorde a lo exigido. Por ejemplo, algunos han acudido al organismo fiscalizador para solicitar aplazamiento de la entrada en vigor de algunas modificaciones a los protocolos, lo que ha generado que en un mismo momento algunos organismos desarrollen el proceso de determinada manera y otros de otra.

Otro punto relevante que afecta la uniformidad es que las recomendaciones entregadas en las RECA son impracticables para empresas de menor tamaño, por lo que estas quedan en muchos casos sin ejecución y lo que es peor, con el trabajador despedido, al no poder cambiarlo de puesto de trabajo.

El análisis hecho de las distintas entrevistas concluye en que el criterio de uniformidad no se cumple, aun habiendo mejorado el protocolo de calificación, existen diferencias en su ejecución según OAL y según la procedencia de los casos a evaluar, debido a la dependencia que tienen las distintas comisiones respecto a la OAL perteneciente. En eso también influye la carencia de un sistema ciego para llevar a cabo la evaluación de cada caso.

Especificidad

Problemas detectados Especificidad
Normativa no presenta criterios para la calificación de casos
EPT no promueve una calificación rigurosa
Diferencias de criterios entre CC y EPT
Exámenes o procedimientos innecesarios

De acuerdo con lo señalado por los entrevistados, al proceso chileno le falta evidencia científica que sustente la calificación por lo que esta resulta más bien arbitraria y subjetiva. Al no existir criterios específicos de calificación para cada patología se dificulta la calificación rigurosa. Esto genera diferencias de criterio al interior de los comités de calificación y diferencias de interpretación de las EPT por lo que es urgente establecer definiciones de criterio y puntos de corte.

Existe consenso en que la herramienta EPT es compleja de aplicar y que, si sus resultados no son satisfactorios, no contribuye a la pesquisa de la información necesaria para la calificación de cada caso. Si bien existe un formato de EPT para cada patología que considera los factores de riesgo, la especificidad del instrumento, y su contribución a la pesquisa de la información precisa para la calificación de cada caso, se puede afectar por algunas razones comentadas por los entrevistados, tales como: (i) el instrumento EPT es operador dependiente, dado que se basa en la observación del profesional que evalúa el puesto de trabajo y que, por lo tanto, la formación y experiencia de éste son fundamentales, si éstas son insuficientes, el resultado es deficiente; (ii) el instrumento EPT presenta una complejidad en su diseño, prueba de esto es que los EPTistas manifiestan que muchos no ocupan el formato de macro labor por ser más engorroso y largo, lo que es un error de aplicación, que genera un error consiguiente en la interpretación y resolución del caso; (iii) la ejecución de la EPT en las empresas puede ser compleja, por ejemplo, la presencia e interferencia de jefaturas u otros actores, pueden confundir al profesional y también pueden intimidar al trabajador afectado, todo lo cual hace difícil obtener la información que se busca; (iv) la rigidez del protocolo en cuanto a los tiempos de cumplimiento además de que la mayoría de las EPT son realizadas por empresas proveedoras de este servicio, podrían incidir en que el EPTista no se tome el tiempo necesario para la correcta aplicación del instrumento.

Como se mencionó anteriormente, la información derivada de la EPT es la única que recoge los riesgos, su magnitud y tiempo de exposición, para relacionarlos con la patología en estudio, por tanto, si esta información no es la correcta, o sobreestima o subestima los riesgos, o se generan diferencias en su ejecución los comités calificadores no contarán con los antecedentes suficientes y reales para realizar una calificación objetiva.

Finalmente, en cuanto a la especificidad, los médicos participantes del proceso sugieren que la obligación de aplicar ciertos exámenes, específicamente radiografías a todos los casos genera una pérdida de recursos en el proceso, además de exponer al paciente a radiación de forma innecesaria. Se critica la rigidez del protocolo en este aspecto, y se fundamenta en que en muchos casos las radiografías no son un real aporte a la resolución.

Transparencia

Problemas detectados Transparencia
Falta de información al trabajador durante el proceso
Tiempos de respuesta percibidos por los trabajadores como muy dilatados
No se entrega información al trabajador que explique la calificación de su patología
Falta de información entre los diferentes actores involucrados en el proceso

Los distintos entrevistados concuerdan en que el proceso es muy hermético. Quienes mejor manejan la información son los equipos médicos al interior de cada OAL. Sin embargo, los

EPTistas y los trabajadores comentaron y lamentaron la falta de retroalimentación durante el proceso. También se presentan problemas relacionados con los tiempos de respuesta que, si bien para los OAL son acotados, para los trabajadores, al mantenerlo en la incertidumbre se perciben mucho más largos, por lo que sienten que las resoluciones tardan mucho en llegar y no tienen un fácil acceso para conocer el progreso de su caso.

Hay una falta de transparencia en los factores que determinan la calificación. No existe transmisión de la información durante el proceso hacia el trabajador ni hacia las empresas, tampoco se recibe una explicación clara y detallada de los motivos que se consideraron para la decisión final. Este punto es grave especialmente en los casos en los que se rechaza el origen laboral de la enfermedad ya que es percibida sin justificación ni argumentos. Este punto en específico se recibe de forma muy negativa por los trabajadores, cambiando radicalmente su percepción del OAL, se sienten abandonados y traicionados por el sistema. Tampoco existe una transparencia en torno a las evaluaciones que se le realizan al trabajador a lo largo del proceso. Un aspecto negativo también se refiere a que la notificación (RECA) suele ser entregada por un funcionario del servicio, lo que no promueve que pueda haber una retroalimentación o explicación por parte de un profesional hacia la persona afectada.

Otro punto relevante en este aspecto es que los OAL mencionan que cuando un caso es recalificado por el organismo fiscalizador, tampoco se entregan los criterios por los cuales se modifica la calificación del caso.

Finalmente, la transparencia del proceso que se esperaba al emitir la normativa no se cumple y todos los actores consultados aducen falta de información.

Otros aspectos a considerar

Si bien el presente análisis se ha enfocado en el proceso desde la denuncia hasta la calificación de los casos, se mencionan a continuación otros problemas detectados mediante el análisis cualitativo de las entrevistas que a juicio del equipo investigador deben ser valorados, pues influyen en este proceso.

Una de las dificultades a la que se ven enfrentados los denunciantes y que atenta contra la transparencia, se remite a un estado anterior a la denuncia misma, cuando las empresas no promueven una cultura preventiva y la difusión de información sobre la gestión de la salud ocupacional en los entornos laborales es más bien escasa.

Este escenario es complejo para los denunciantes debido a la incertidumbre por falta de información y a la escasa protección que sienten si deciden denunciar, al desgaste físico y emocional por el grado de exposición al que quedan sujetos con su empleador por el proceso al que ambos deben someterse. En esta circunstancia podemos advertir que los empleadores obstaculizan, explícita o implícitamente, la denuncia de enfermedades y, en caso de que esta se produzca, también se obstaculiza la correcta ejecución del proceso por parte de la entidad responsable para este efecto.

Se indica también por parte de los trabajadores que, debido a este escenario, muchas veces se atienden de forma particular o se automedican. Lo anterior lleva al problema de la falta de formación de los médicos que otorgan la primera atención ya sea en el ámbito público o privado, que rara vez denuncian el probable origen laboral de una patología.

Finalmente, los trabajadores no apelan a la SUSESO, debido a que el proceso se alarga al menos un mes más, en el cual no tienen tratamiento, y ven en esto una posible fuente de agravamiento de su relación con el empleador.

En consecuencia, la parte más afectada es el trabajador, ya que se inhiben de denunciar, y de hacerlo, temen ser despedidos luego de someterse a un proceso de calificación y de reincorporación a sus trabajos, indistintamente si la resolución les favoreciera o no.

5.4 Resultados objetivo N°4

Recomendaciones para el proceso de calificación de EPME.

De acuerdo al objetivo n°4 –“*Proponer mejoras al proceso de calificación en base a los resultados obtenidos*–, se presentan a continuación propuestas elaboradas a partir del análisis de las entrevistas a los diversos actores del actual sistema de calificación de EPME chileno (O.E N° 2-3), las cuales fueron complementadas con buenas prácticas recogidas del análisis de la experiencia internacional en este campo (O.E N°1.).

Las recomendaciones se presentan a continuación clasificadas en dos grandes ítems:

- Recomendaciones para fortalecer la etapa de denuncia y detección de casos.
- Recomendaciones para fortalecer el proceso de calificación.

Recomendaciones para fortalecer la etapa de denuncia y detección de casos

5.4.1. Problema: Desconocimiento del sistema del seguro o Ley 16.744.

La SUSESO señalaba en 2015 que diversos estudios indicaban que un número importante de licencias médicas de origen laboral eran cubiertas por el seguro de salud común, principalmente patologías musculoesqueléticas, traumáticas y de salud mental. Según el organismo fiscalizador lo anterior se explicaría por una baja notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, debido al desconocimiento de los propios trabajadores sobre la protección que debe brindarles el seguro laboral, lo que los lleva a consultar en el sistema de salud común y no en las mutualidades (Superintendencia de Seguridad Social, 2015). Por otra parte, el informe de Eurogrip destaca que, “no hay duda de que a medida que los médicos y el público en general conocen mejor el sistema de seguro EP, aumenta el número de denuncias.” (Eurogrip, 2015).

Durante las entrevistas, constatamos que, algunas empresas no promueven una cultura preventiva permanente y no facilitan los espacios para realizar una denuncia, sino que justamente lo contrario, debido a la amenaza económica que significa una calificación de un caso como laboral, que incide en el aumento de la prima (valor que deben pagar empleadores por el seguro y que este varía según el rubro y las tasas de accidentabilidad de la empresa). Otro factor importante señalado por los trabajadores es el temor al despido, el cual inhibe a los trabajadores de realizar la denuncia y tienden a esconder las lesiones o enfermedades, tratándolas de forma particular o mediante la automedicación, con objeto de cuidar el empleo y no “causar problemas” a la empresa. Conocidas son las historias entre los trabajadores de despidos tras denuncias (sin importar la calificación), las cuales en la mayoría de los casos fueron rechazadas. Este último punto desalienta también las posibles denuncias, ya que genera desesperanza aprendida (“para qué denunciar si rechazan todos los casos”). Para muchos trabajadores, la denuncia no es una alternativa de solución a sus problemas, ya que las consecuencias pueden ser peores que la enfermedad.

Recomendación:

Fortalecer el conocimiento de la Ley 16.744 y sus beneficios. Considerando que la denuncia es un tema relevante, por un lado, para estudiar todos los casos que lo requieren, también para detectar los casos lo más precozmente posible y evitar que las lesiones se cronifiquen y por otro, para orientar la prevención, en este punto se establecen recomendaciones diferenciadas de acuerdo a los distintos actores involucrados.

- **Hacia los trabajadores:**
 - *Incorporar en la inducción de todo trabajador nuevo, el uso y beneficios de la Ley 16.744, reforzando aspectos de los agentes y factores de riesgo asociados a las EP, como también el proceso a seguir para realizar denuncias de posibles enfermedades profesionales.*
 - *Reforzar el conocimiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad sobre la identificación de factores de riesgo de los trastornos musculoesqueléticos de extremidad superior y los mecanismos existentes para la denuncia de sospecha de EPME.*

- **Hacia las empresas:**
 - *Evaluar el cumplimiento de la obligatoriedad de la identificación de los riesgos de TMERT y sancionar su no cumplimiento, en especial, en la no derivación de los trabajadores al PVMO en caso de corresponder hacerlo dado el nivel de riesgo resultante en la evaluación TMERT.*
 - *Implementar mecanismos para fiscalizar y sancionar la no derivación cuando existan casos sospechosos.*

- **Hacia los organismos administradores de la ley:**
 - *Informar a los trabajadores el uso y beneficios de la Ley 16.744, utilizando instancias como la asistencia a controles, programas de vigilancia, exámenes pre ocupacionales, entre otras.*
 - *Reforzar la información y capacitación sobre la importancia de la denuncia por casos sospechosos de EPME, dentro de la asistencia técnica que estos organismos entregan a las empresas, especialmente, a las PYMES y MIPES.*

5.4.2. Problema: Falta de entrenamiento de los médicos del sistema de salud público y privado en sospecha de EP.

La importancia de la denuncia es que, siendo la primera etapa del proceso, de ella depende que se activen cada uno de los procedimientos que indica la normativa sobre el tema. Del análisis de las entrevistas se desprende que existe una falta de entrenamiento de los médicos de primera consulta, tanto en salud pública como privada, en sospecha de EPME y que esto afecta no sólo al proceso de calificación, sino al sistema de salud en general, dado que, en caso de no derivación, quien se hace cargo de los costos del tratamiento es el trabajador y el sistema de salud común, público y privado. Generando además estadísticas engañosas respecto a la realidad de las patologías de origen laboral.

Destacar que algunas de las instancias y lugares donde se pueden pesquisar las patologías musculoesqueléticas son - Nivel primario, secundario y terciario de atención en salud, tanto público como privado; Durante la consulta del trabajador al médico de la institución administradora del Seguro de la Ley 16.744 correspondiente; - Por detección de licencias médicas tipo 1 y tipo 6 en el sistema informático de FONASA o ISAPRES por patologías determinadas en el protocolo de vigilancia , y; - Por la sospecha de la relación entre patología presentada por un trabajador y tarea laboral, que detecte un profesional o equipo de salud en cualquier nivel de atención (Ministerio de Salud, 2012).

Recomendación:

Sin desconocer la dificultad de un proceso de capacitación a nivel nacional, es necesario que los médicos del sistema público y privado tengan las competencias para detectar aquellos casos de sospecha de EP y realizar la derivación respectiva. Para el proceso se podría:

- *Realizar una campaña de difusión respecto a la Ley 16.744 y generar la obligatoriedad en la derivación (en países como Alemania, Bélgica y España existe la obligación de realizar la denuncia de casos sospechosos)⁵.*
- *Generar guías o protocolos específicos y ponerlos a disposición de los profesionales.*
- *Capacitación del procedimiento de aplicación de las guías.*
- *Sistema informático que facilite el proceso de denuncia y que entregue feedback de la decisión.*
- *Incluir contenidos de salud ocupacional y procedimientos de derivación en la enseñanza pre y postgrado de las escuelas de medicina.*

5.4.3. Problema: Escaso cumplimiento del Programa de Vigilancia de TMERT-EESS

Los entrevistados señalaron que el Programa de Vigilancia TMERT es una herramienta positiva al momento de reconocer los factores de riesgo, pero que aún tiene falencias. Este se hace cargo de las medidas preventivas que deben ser implementadas por las empresas una vez detectados los riesgos y a su vez, detecta los GES con factores de riesgo que podrían arrojar casos sospechosos de EPME. Sin embargo, un aspecto negativo importante es lo poco conectado que se encuentra este proceso con el de la calificación y el poco aporte que genera al proceso, puesto que muy pocas empresas los han implementado, y los profesionales médicos indican que la información, en caso de estar, es muchas veces incompleta.

Recomendación:

⁵ En Alemania, tanto médicos como empleadores tienen la obligación de denunciar los casos sospechosos; en Bélgica, cualquier médico está obligado a denunciar; en España incluso, los médicos de los servicios de prevención tienen asignada la tarea de detectar los casos de manera precoz.

Generar estrategias para asegurar el cumplimiento de la normativa TMERT

- *Las empresas deben contar con su matriz de riesgo actualizada⁶ y establecer sus planes de acción de acuerdo a los niveles de riesgo identificados. Todos los trabajadores expuestos deben ingresar al programa de vigilancia en el OAL que les corresponda.*
- *Los OAL deben prestar la asistencia técnica correspondiente, apoyar y estimular a sus empresas adherentes a tener correctamente identificados y evaluados sus riesgos, así como también, fomentar y controlar la incorporación a los programas de vigilancia dando el debido seguimiento de los trabajadores expuestos.*
- *Las SEREMIs de salud deberán reforzar la fiscalización de las empresas en el cumplimiento del PVMO TMERT-EESS.*
- *Generar estrategias que relacionen los distintos protocolos (Norma TMERT, Programa de Vigilancia y proceso de calificación), no sólo solicitando utilizar la información para la calificación, sino al menos generando criterios que las entrelacen, por ejemplo, al menos debiese haber alguna correlación entre las herramientas de evaluación de riesgo de los distintos protocolos referentes al tema musculoesquelético.*

Recomendaciones para fortalecer el proceso de calificación

5.4.4. Problema: Definición del sistema a utilizar y criterios de calificación

Si bien es cierto que en Chile se ha ido mejorando de forma sistemática el proceso de calificación de EPME, no es menos cierto que los responsables del proceso definen en base a “criterios históricos” basados en el sentido común y en sus años de experiencia. Resultados similares fueron observados en un estudio realizado en Turquía, donde a mayor experiencia como médico ocupacional, menor importancia se le daba al reporte de EP. (disminución estadísticamente significativa en la importancia en 17 de las 30 declaraciones relacionadas al sub-reporte de EP). Lo mencionado anteriormente puede ser una de las causas importantes del subregistro de EP (Alaguney, M. E., Yildiz, A. N., Demir, A. U., & Ergor, O. A., 2019).

Los entrevistados manifiestan que, no existiendo criterios específicos de calificación para cada patología, resulta muy difícil refutar un argumento cuando en las resoluciones hay discrepancias, y señalan que hay calificaciones sin argumentos sólidos (falta de evidencia científica), siendo más bien arbitrarias, sin un criterio definido.

Recomendación:

⁶ La identificación de los factores de riesgo deberá ser realizada por el empleador, usando la metodología referida en la Norma Técnica del Ministerio de Salud, y su Lista de Chequeo de factores de riesgo de TMERT- EESS. Esta Norma es referida de la misma manera en el Decreto Supremo 594.

Definir si elegirá un modelo basado en lista y con presunción de EP (modelo francés, italiano y español) o un modelo caso a caso (más parecido al alemán). En este punto se entregan recomendaciones para mejorar el procedimiento y las herramientas utilizadas para la calificación de EPME.

- **Si se elige el modelo basado en lista: la definición de EPME estará determinada en gran medida por la información presentada en guías, por lo que estas debieran ser lo más detalladas posible y basadas en evidencia.** Las listas actuales presentan el problema de atención dividida, entregan la información separada (EP y agentes/factores de riesgo). Debiera utilizarse una sola lista, donde estén claramente detallados los exámenes médicos, factores de riesgos, GES, etc. (Ver guías españolas y francesas, mayor información y links en Anexo n°2).
- **Si se continúa con el modelo caso a caso (similar al modelo chileno actual).**
Consideraciones:

- Utilizar herramientas validadas científicamente para la determinación de riesgo;
- Una forma de estructurar el proceso es el enfoque de los 6 pasos⁷ utilizado en algunas partes de Holanda (Boschman, J. S., Brand, T., Frings-Dresen, M. H. W., & van der Molen, H. F., 2017). El enfoque de seis pasos se desarrolló para promover la toma de decisiones transparente y basada en la evidencia por parte de los médicos ocupacionales al identificar e informar enfermedades ocupacionales y, cuando sea posible, determinar el tratamiento y las acciones preventivas.
- Seguir el modelo caso a caso. Para este se deberá definir previamente quién proveerá los antecedentes asociados a los riesgos (ver recomendación 5.4.6).

Recomendaciones generales para ambas propuestas o modelos:

- Se debiera contar con la historia clínica del trabajador (exámenes pre y ocupacionales, enf. profesionales), para eso se debiera trabajar en un sistema informático integrador y centralizado con el fin de tener todos los datos epidemiológicos. Esto a su vez permitiría mejorar los procesos de calificación y también debiera favorecer las políticas nacionales de prevención.
- Determinar prioridad y mínimo de antecedentes para la toma de decisión. Ejemplo: el modelo francés en que se exige la información: (1) Médica donde se estudia la enfermedad; (2) Ocupacional: se analiza si hay riesgo en trabajo que está en la lista.

⁷ Enfoque de los 6 pasos: (1) Determinar la enfermedad; (2) Determinar la relación con el trabajo; (3) Determinar la naturaleza y el nivel de la exposición causal; (4) Considerar otras posibles explicaciones y el papel de la susceptibilidad individual; (5) Conclusiones y reportes; (6) Medidas preventivas e intervenciones.

- *Estandarizar el formato de respuesta del proceso de calificación con el fin de poder hacer análisis históricos y mejoras al proceso, así como también, deberá facilitar la comprensión de la respuesta al trabajador.*
- *Un grupo de trabajo (independiente) debiera estar a cargo de los procesos de actualización de la información a través del análisis de la literatura y resultados del proceso de calificación. Los resultados de este análisis debieran ser incluidos, en forma de guías técnicas en el proceso de entrenamiento/formación, (ver links España y Holanda en anexo n°2).*

5.4.5. Problema: Reconocimiento de la multicausalidad

La legislación asociada a EP impone una decisión binaria de reconocimiento o no reconocimiento y, por lo tanto, compensación o no compensación. Para otorgar una indemnización, es necesario establecer un punto de corte incluso en casos en que solo una parte de la causa de la EP se deba a factores ocupacionales. El punto de corte es un punto porcentual, en el cual un factor de riesgo ocupacional se considera suficiente para dar lugar a una compensación (Gehanno, J.-F., Letalon, S., Gislard, A., & Rollin, L., 2019).

Las enfermedades musculoesqueléticas, de origen multicausal, presentan una complejidad mayor para la comprobación de la relación causal ya que se deben evidenciar los diferentes factores de riesgo asociados a cada patología y estimar el tiempo de exposición en las tareas, muchas veces diversas, que realiza el trabajador afectado. En Chile, a diferencia de otros países, no se han generado criterios orientadores para la calificación (puntos de corte), respecto a la magnitud e interrelación de los factores de riesgo asociados a las diferentes patologías musculoesqueléticas. Esta condición afecta la objetividad del proceso ya que, al no considerar la multicausalidad de las EPME, se deja fuera un gran número de casos que tienen un porcentaje (no determinado) de factores de riesgo en su puesto de trabajo y que es posible asociarlo a la patología que presentan.

Varios entrevistados, especialmente trabajadores, manifiestan no comprender el por qué un caso fue calificado y otro similar rechazado. Este problema también fue evidenciado en el trabajo de los comités de calificación ya que, a falta de criterios específicos definidos para poder hacer una evaluación basada en evidencia científica, se generan divergencias de apreciaciones entre los mismos miembros de cada comité, que dificultan la decisión final.

Recomendación:

Establecer puntos de corte para las EPME, para favorecer no solo la objetividad, concordancia y la uniformidad del proceso de calificación, sino que también con el fin de transparentar ante todos los involucrados, los criterios utilizados en la determinación del origen de la patología. Mencionar que existe un variado rango de la fracción atribuible a factores ocupacionales en los diferentes países, que va desde el 50% en algunas jurisdicciones a 5% en otras (Muir, 1995). También hay países como Francia, Italia y España en que existe la presunción de que la enfermedad es profesional (Anexo n°2).

5.4.6. Problema: Conflicto de interés.

Es importante reconocer que en varios de los países cuyos procesos han sido analizados en esta investigación, existe conflicto de interés por parte de los profesionales encargados en establecer el origen de una enfermedad profesional. Por ejemplo, en Alemania, las aseguradoras pagan el sueldo de los profesionales involucrados en el proceso; en Bélgica el proceso se ve influenciado por las estadísticas de EP; en España las mutuas son las responsables de realizar los informes y evaluaciones para la determinación de la EP; en Holanda la responsabilidad de los empleadores (pago del proceso) representa un obstáculo para la evaluación de las EP; en Suiza hay un sesgo en el sistema a favor de las aseguradoras y los empleadores que pagan sus primas.

Chile, no está ajeno a este problema del conflicto de interés, ya que los médicos que participan en el proceso de calificación podrían estar condicionados por los OAL que los contratan, lo que permitiría explicar el que la mayoría de las denuncias de EPME terminen siendo rechazadas. Por otra parte, para los OAL, las empresas son sus clientes y, a la vez, son los OAL los que califican a los trabajadores (de esas mismas empresas) durante el proceso, por lo tanto, juegan un doble papel, de “juez y parte”. Esta doble relación podría representar un sesgo al momento de calificar las EPME, vale decir, la decisión del comité de calificación no goza de autonomía ni de imparcialidad puesto que amenaza la continuidad de los convenios de servicios entre los OAL y las empresas.

Recomendación:

Establecer comisiones técnicas pertenecientes a una institución pública, que delibere los casos de las posibles EP. Para esto se presentan dos posibilidades:

- *La información médica y factores de riesgo es obtenida de cada OAL (similar al modelo alemán o español). Sin embargo, para ello será importante un sistema ciego, por lo que las evaluaciones médicas y riesgos ocupacionales debieran ser estándar y sin identificar al OAL.*
- *La institución pública, realiza el proceso de identificación de riesgo específico y recurre a los antecedentes médicos (historia clínica y examen) de los OAL, estos últimos no deben ser identificados.*

() En ambos casos se deberá contar con estrategias que permitan obtener la información de los riesgos de la forma más objetiva posible, evitando que se manipule la información.*

Consideraciones:

- *El sistema de financiamiento puede ser en base a los aportes de los OAL y Administración Delegada, la cantidad de comisiones dependerá del modelo a seguir y la ubicación geográfica*

- *Se recomienda la plena autonomía de las comisiones, y que el aumento o disminución de las EP no sea parte de sus indicadores u objetivos.*
- *Las comisiones debieran estar integradas por especialista en el área de seguridad del trabajo, médicos y ergónomos.*
- *Dependiendo el modelo a seguir, se debiera revisar el proceso de apelación actual (SUSESO y COMERE) considerando la independencia de la evaluación de los antecedentes laborales y médicos (ver Bélgica <https://www.fedris.be/fr/victime/maladies-professionnelles-secteur-prive/demande>).*

5.4.7. Problema: Falta de entrenamiento/formación.

Si bien no existen datos respecto a los niveles de concordancia y exactitud del proceso de calificación de EPME en Chile, es importante destacar que, en el estudio realizado sobre la aplicación de la Norma Técnica TMERT-EESS se observó que existen bajos niveles de concordancia y exactitud en las evaluaciones realizadas por profesionales chilenos (Castellucci, I., Viviani, C., Hernández, P., Martínez, M., Bravo, G., Ibacache, J., & Bartsch, A., 2018). Por otra parte, esto también se observó en estudios de aplicación de métodos de evaluación de factores de riesgos asociados a TME (Diego-Mas, J. A., Alcaide-Marzal, J., & Poveda-Bautista, R., 2017). En función de lo señalado anteriormente, no se puede descartar bajos niveles de concordancia y exactitud en los resultados de las diferentes EPTs realizadas para el proceso de calificación de EPME.

Por otra parte, los aspectos de formación/educación fueron mencionados por la mayoría de los entrevistados (OAL, SUSESO, comités de calificación, EPTistas, empresas), como uno de los puntos clave para mejorar especialmente la objetividad y especificidad del proceso.

Recomendación:

Desarrollar un programa de capacitación, realizado por una institución del estado, en donde además de asegurar la consistencia del proceso de enseñanza se evitaría el sesgo, muchas veces observado en los procesos de capacitación (Castellucci, I., Viviani, C., Hernández, P., Martínez, M., Bravo, G., Ibacache, J., & Bartsch, A., 2018). Este programa debe ser de carácter continuo y debiera considerar:

- *Aspectos relacionados a la ley: factores de riesgo, concepto de causalidad, metodologías de evaluación de riesgo, exámenes específicos, etc. La cantidad de horas y temario dependerá del público objetivo involucrado en el proceso de calificación (médicos, ergónomos que conforman las comisiones, profesionales que realizan evaluaciones en terreno).*
- *Considerar un componente práctico real y obligatorio, acorde al público objetivo, considerando, por ejemplo: seguimiento y evaluación de EPTs realizadas, análisis de casos reales, y acompañamiento a los profesionales.*

- *Actualización de la bibliografía de referencia por parte de grupos de expertos.*

5.4.8. Problema: Incertidumbre de los trabajadores durante el proceso de calificación

Además del desconocimiento de la Ley y sus beneficios por parte de los trabajadores, no existe transmisión de la información durante el proceso de calificación ni hacia el trabajador ni hacia las empresas y tampoco se recibe una explicación clara y detallada de los motivos que se consideraron para la calificación, esto genera gran incertidumbre, sensación de falta de transparencia y desmotivación. Especialmente en los casos en los que se rechaza el origen laboral de una enfermedad, los trabajadores (a falta de información) lo perciben, generalmente, sin justificación ni argumentos, sintiéndose abandonados y traicionados por el sistema. Un aspecto negativo también se refiere a que la notificación (RECA) suele ser entregada por un funcionario del servicio, lo que no promueve que pueda haber una retroalimentación o explicación hacia la persona afectada por parte de un profesional competente.

Por otra parte, muchas de las recomendaciones entregadas en las RECA son impracticables para empresas de menor tamaño, por lo que estas quedan frecuentemente sin ejecución y lo que es peor, con el trabajador despedido, al no poder cambiarlo de puesto de trabajo. Las empresas deberán cambiar de puesto de trabajo y/o readecuar las condiciones de trabajo de los trabajadores que hayan sido calificados con una EPME⁸ (SUSESO S. d., 2020)

Recomendación:

- **Fortalecer el conocimiento de la Ley 16.744 y sus beneficios.** Desarrollado en recom. 5.4.1
- **Implementar un sistema de seguimiento del proceso** (en lo posible, online), desde el ingreso hasta la resolución. Esto permitiría que tanto los trabajadores como las empresas puedan conocer el avance del proceso y cuánto falta para la resolución.
- **Complementar la información entregada en la notificación RECA con una explicación completa de los antecedentes considerados en la resolución.** Esta recomendación se vincula al establecimiento de un punto de corte para las EPME (recom. 5.4.5).
- **Asegurar el tratamiento de la enfermedad en todos los casos con sospecha de EPME durante el proceso de calificación.**
- **Fortalecer la asistencia técnica entregada por los OAL para las medidas preventivas a implementar por las empresas que tengan casos de EPME:**

⁸ En caso que, la enfermedad sea calificada como de origen laboral, en el campo "indicaciones" de la respectiva RECA, se deberá señalar la obligación del empleador de cambiar al trabajador de puesto de trabajo o de readecuar dicho puesto, con la finalidad de cesar la exposición al agente causante de la enfermedad profesional. Para la correcta implementación del cambio de puesto de trabajo o de su readecuación, en el campo "indicaciones" se deberá precisar cuál es el riesgo o agente presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional. Adicionalmente, cuando el trabajador se desempeñe en empresas de menos de 50 trabajadores, el organismo administrador deberá, mediante un informe, prescribir además medidas específicas, acorde a la naturaleza y actividad económica de la empresa, con el objeto de eliminar, controlar o mitigar el riesgo. Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 2020.

- *Apoyando directamente a las empresas de menor tamaño (menos de 50 trabajadores) en la búsqueda de soluciones para su implementación.*
- *Verificando el cumplimiento y efectividad de las medidas implementadas en el resto de las empresas.*

5.4.9. Problema: Contribución de la Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT) al proceso de calificación de EPME chileno

La mayoría de los países estudiados utilizan herramientas validadas científicamente para la evaluación de los factores de riesgo en los puestos de trabajo, además de los cuestionarios y entrevistas realizadas a los trabajadores durante el proceso. En Alemania, por ejemplo, existen recomendaciones de evaluación producidas por la aseguradora en cooperación con las sociedades científicas⁹. En Bélgica utilizan el OCRA checklist para tendinitis. Varios países utilizan principalmente las listas, donde están definidos los factores de riesgos y tiempo de exposición para cada patología.

Del análisis cualitativo realizado en este informe se desprende que la utilización de la EPT es un punto crítico dentro del proceso de calificación. Se encontraron problemas asociados a la complejidad de aplicación del instrumento, a la insuficiente capacitación de los ejecutores de EPT y a la (baja) cantidad y calidad de las empresas proveedoras de este servicio. Por otra parte, no hay balances técnicos del instrumento.

El estudio descriptivo de las variables personales, biomecánicas y organizacionales registradas en los Estudios de Puestos de Trabajo de las patologías musculoesqueléticas de origen profesional que afectan al miembro superior calificadas por Mutual de Seguridad durante el 2016, publicado por SUSESO, concluye que, “el instrumento EPT presenta falencias en su ejecución y dificultades en la interpretación, por lo que eventualmente su información podría no ser significativa en la decisión ya que la estimación de la magnitud de los riesgos se hace compleja”, y además indica que , “a partir de los resultados es difícil asegurar que la EPT es un instrumento que contribuye a la calificación de las enfermedades profesionales musculoesqueléticas por parte de las comisiones de calificación” (Hernández P., Martínez M., Tapia E., 2016).

Recomendación:

Reconociendo el esfuerzo desplegado por SUSESO y los OALs en la elaboración y mejoras al instrumento EPT, se plantean dos alternativas:

- **Validar científicamente el instrumento EPT. Consideraciones:**
 - *Dado el conflicto de interés identificado en esta investigación, el proceso de validación debe ser realizado por un organismo independiente de los OAL, y en*

⁹ <https://www.dguv.de/ifa/fachinfos/ergonomie/index-2.jsp>

caso de considerar la calificación del comité como gold standar, este debe ser un comité independiente.

- *Aspectos a ser considerados en la validación: modalidades de aplicación EPT; profesionales OAL/proveedores; formación; diferencias geográficas, entre otras.*

- **Utilizar herramientas disponibles y validadas internacionalmente.**

5.4.10. Problema: Disconformidad con los plazos establecidos en el protocolo

Los entrevistados (especialmente OAL, comisiones de calificación y EPTistas) señalan que el tiempo que disponen tanto, para aplicar una EPT como para calificar el caso, es breve y esto influye directamente en la calidad de la evaluación ya que impide que se recoja y analice rigurosamente toda la información necesaria para el proceso.

Recomendación:

Revisar los plazos que se han definido para el proceso. *Esta revisión debiera darse en forma participativa y a partir de los resultados que la normativa ha tenido a nivel país, considerando que la exigencia por el cumplimiento de los plazos incide, de alguna forma, en los todos los criterios que se espera, cuente el protocolo (Objetividad, Uniformidad, Especificidad y Transparencia).*

6. CONCLUSIONES

- 6.1 El análisis de los procesos de calificación a nivel internacional permite evidenciar que la calificación de las EMPE es un proceso complejo, lo que puede deberse a la multicausalidad de estas enfermedades (a diferencia de los riesgos clásicos) y también a que las herramientas existentes para dimensionar los factores de riesgo laborales, en su mayoría son operador dependiente y, por consiguiente, es más difícil llegar a un consenso a la hora de la calificación. Por otra parte, y dependiendo de la estructura de los sistemas de los seguros en cada país, se evidenció la existencia de conflictos de interés que interfieren en la objetividad del proceso.
- 6.2 La estandarización del proceso de calificación de EPME a nivel nacional, mediante el protocolo, es valorada por los diferentes actores entrevistados en aspectos tales como: contar con un flujograma del proceso, responsables y plazos, los protocolos de evaluación clínica y de condiciones de trabajo y la creación de los comités de calificación. Además, se valora positivamente, el mayor estándar exigido a los profesionales (médicos y ejecutores de EPT), lo que contribuye a la calidad de la información levantada en la evaluación clínica y en la evaluación de puesto de trabajo, con la cual los comités de calificación cuentan con más información y herramientas para la resolución de los casos.
- 6.3 Los aspectos negativos que dificultan lograr los objetivos planteados de dotar al protocolo de objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia, se relacionan con: la rigidez del protocolo y sus estrictas exigencias de cumplimiento; el uso ineficiente de los recursos; la insuficiente calidad de la EPT; las dificultades en la comunicación entre los distintos actores responsables del proceso y la incertidumbre que presentan los trabajadores durante el proceso desde la denuncia hasta la resolución de calificación.
- 6.4 Respecto a la calificación misma (comités de calificación), se aprecia aún una brecha para cumplir con los objetivos del protocolo básicamente, debido a la falta de respaldo científico del modelo de calificación y a que no existen criterios específicos (o puntos de corte) para cada patología, por lo que persisten calificaciones sin argumentos sólidos, sin un criterio definido.
- 6.5 Al igual que en otros países, el conflicto de interés está presente en el proceso chileno, situación que depende inicialmente de la legislación vigente y que impacta negativamente en la objetividad y uniformidad, por lo que los organismos responsables, deberían plantearse a la brevedad, estrategias para afrontarlo.

- 6.6 Las recomendaciones apuntan a que el proceso se vea reforzado en todas sus etapas, incluso desde antes de la denuncia y las acciones a realizar posteriores a la resolución. Se requiere de profesionales competentes en el conocimiento de las EPME, establecer claramente el modelo de calificación a seguir y los puntos de corte de las enfermedades, sustentado en base científica y actualizada permanentemente. Es importante no dejar de lado a las empresas y los trabajadores que requieren de información completa y frecuente respecto a los beneficios de la Ley y claridad en las resoluciones.
- 6.7 Durante el transcurso de esta investigación, la SUSESO efectuó algunas modificaciones al proceso de calificación de EPME plasmadas en el Compendio de normas del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales recientemente publicado, algunas de ellas se asocian a recomendaciones presentadas en este informe fundamentalmente las que se refieren a competencias profesionales.

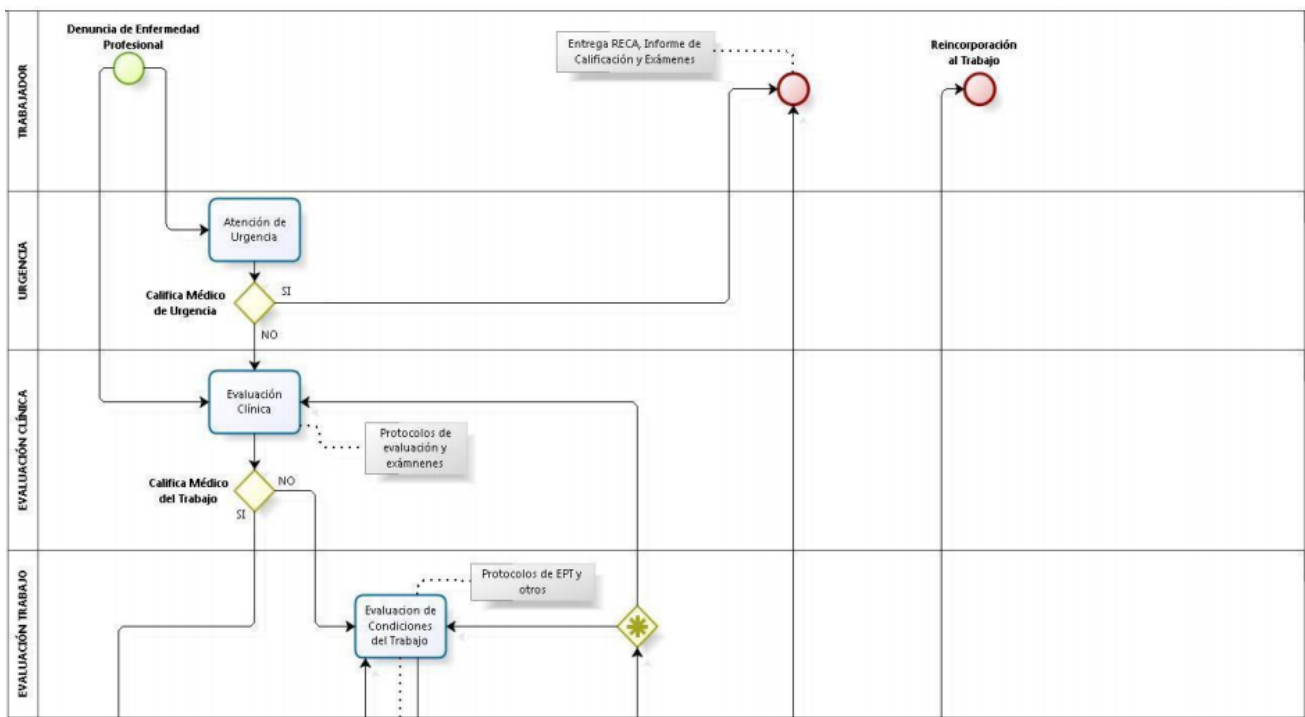
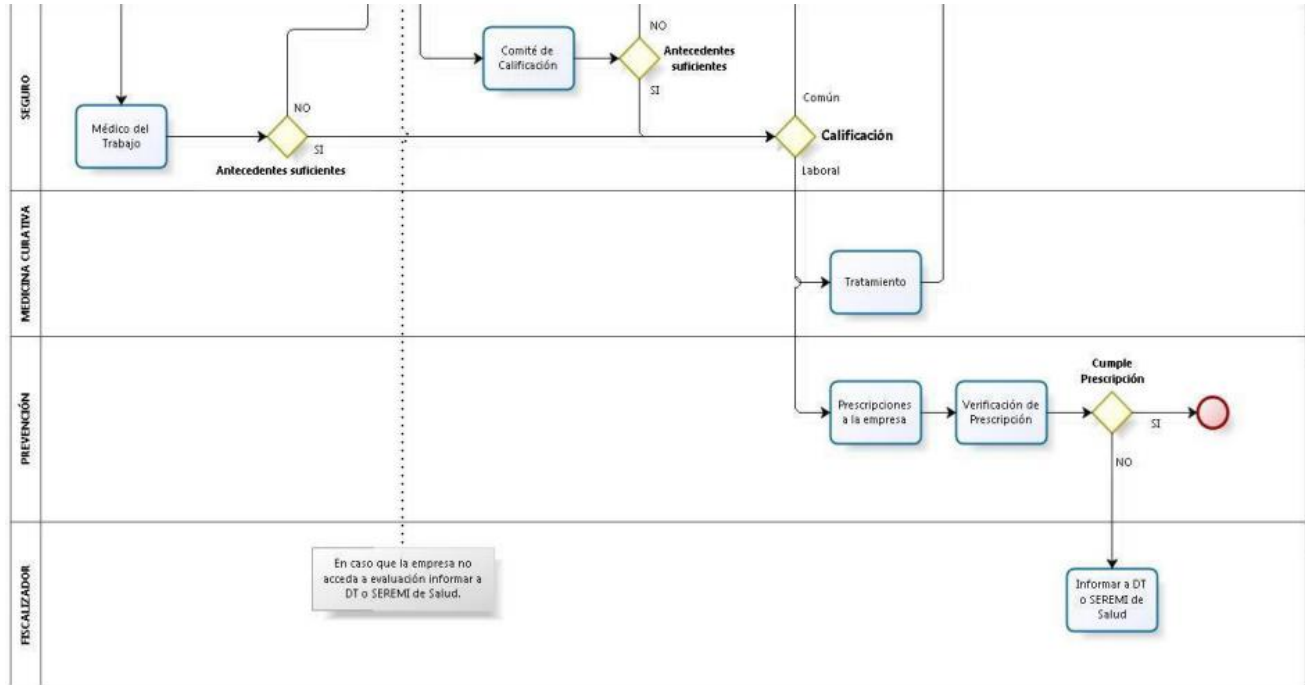
REFERENCIAS

- Alaguney, M. E., Yildiz, A. N., Demir, A. U., & Ergor, O. A. (2019). *Physicians' opinions about the causes of underreporting of occupational diseases*. *Archives of Environmental and Occupational Health*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1080/19338244.2019.1594663>.
- Boschman, J. S., Brand, T., Frings-Dresen, M. H. W., & van der Molen, H. F. (2017). *Improving the assessment of occupational diseases by occupational physicians*. *Occupational Medicine*, 67(1), 13–19. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw149>.
- Carder, M., Bensefa-Colas, L., Mattioli, S., Noone, P., Stikova, E., Valenty, M., & Telle-Lamberton, M. (2015). *A review of occupational disease surveillance systems in Modernet countries*. *Occupational Medicine*, 65(8), 615–625. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv081>.
- Castellucci, I., Viviani, C., Hernández, P., Martínez, M., Bravo, G., Ibacache, J., & Bartsch, A. (2018). *Informe Final : Norma técnica de identificación y evaluación de factores de riesgo de TMERT de extremidades superiores : ¿ Solución o Problema ?* Retrieved from <https://investigacion.suseso.cl:8080/biblioteca/estudios/send/6-estudios/122-norma-tecnica-de-i>.
- Diego-Mas, J. A., Alcaide-Marzal, J., & Poveda-Bautista, R. (2017). *Errors Using Observational Methods for Ergonomics Assessment in Real Practice*. *Human Factors*, 59(8), 1173–1187. <https://doi.org/10.1177/0018720817723496>.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. *Journal of advanced nursing*, 62, 107–115.
- Eurogrip. (2015). *Reporting of occupational diseases: Issues and good practices in five European countries*. 102/E. Retrieved from https://www.eurogrip.fr/images/documents/3933/Report_DeclarationMP_EUROGIP_102EN.pdf.
- Gehanno, J.-F., Letalon, S., Gislard, A., & Rollin, L. (2019). *Inequities in occupational diseases recognition in France*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67(4), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.04.054>.
- Hernández P., Martínez M., Tapia E. (2016). *Estudio descriptivo de las variables personales, biomecánicas y organizacionales registradas en los EPTs de las patologías musculoesqueléticas de origen profesional que afectan al miembro superior calificadas por Mutual de Seguridad durante 2016*. Santiago: SUSES. Superintendencia de Seguridad Social.
- Huava. (2016). *Las Enfermedades Profesionales, Un Paradigma Que Debemos Revisar*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11985.74083>.
- Kuijer, P. P. F., Verbeek, J. H., Seidler, A., Ellegast, R., Hulshof, C. T. J., Frings-Dresen, M. H. W., & Van Der Molen, H. F. (2018). *Work-relatedness of lumbosacral radiculopathy syndrome: Review and dose-response meta-analysis*. *Neurology*. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000544322.26939.09>.
- Laštovková, A., Nakládalová, M., Fenclová, Z., Urban, P., Gad'ourek, P., Lebeda, T., Pelclová, D. (2015). *Low-back pain disorders as occupational diseases in the Czech Republic and 22 European Countries: Comparison of national systems, related diagnoses and evaluation criteria*. *Central European Journal of Public Health*, 23(3), 244–251. <https://doi.org/10.2110>.
- Lötters, F., Burdorf, A., Kuiper, J., & Miedema, H. (2003). *Model for the work-relatedness of low-back pain*. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. <https://doi.org/10.5271/sjweh.749>.
- Ministerio de Salud, M. (2012). *Norma Técnica de Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados al Trabajo (TMERT)*.
- Ministerio de Salud, M. (2012). *Protocolo de Vigilancia para trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo*.
- Muir, D. C. (1995). *Cause of occupational disease*. *Occupational and Environmental Medicine*, 52(5), 289–293. <https://doi.org/10.1136/oem.52.5.289>.

- OIT. (2011). *Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales : Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales.*
- Rabionet. (2011). *How I Learned to Design and Conduct Semi-Structured Interviews: An Ongoing and Continuous Journey. QualitativeReport, 16.*
- Superintendencia de Seguridad Social, S. (2015). *Análisis de las licencias médicas y del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral. Retrieved from <https://www.suseso.cl/605/w3-article-550.html>.*
- Superintendencia de Seguridad Social, S. (2015). *Normativa y Jurisprudencia - Circular 3167 instruye a los organismos administradores del seguro de la ley n° 16.744, sobre el protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir en el proceso de calificación del origen de las enfermedades.*
- Superintendencia de Seguridad Social, S. (2018 y 2019). *Informe Anual de Estadísticas de Seguridad Social .*
- SUSESO. (2015). *Circular 3167 instruye a los organismos administradores del seguro de la ley n° 16.744, sobre el protocolo de normas mínimas de evaluación que deben cumplir en el proceso de calificación del origen de las enfermedades.*
- SUSESO. (2020). *Anexo N°5. Proceso de calificación. https://www.suseso.cl/613/articles-480876_archivo_01.pdf.*
- SUSESO. (2020). *Circular N°3508 Evaluación De Puesto De Trabajo En Enfermedad Músculo Esquelética De Extremidad Superior.*
- SUSESO, S. d. (2020). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Obtenido de <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html>*
- Thiede, M., Liebers, F., Seidler, A., Gravemeyer, S., & Latza, U. (2014). *Gender specific analysis of occupational diseases of the low back caused by carrying, lifting or extreme trunk flexion-use of a prevention index to identify occupations with high prevention needs. American Journal of Industrial Medicine, 57(2), 233–244. h.*
- Van Der Molen, H. F., Foresti, C., Daams, J. G., Frings-Dresen, M. H. W., & Kuijer, P. P. F. M. (2017). *Work-related risk factors for specific shoulder disorders: A systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine, 74(10), 745–755. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104339>.*
- Van der Molen, H. F.-D. (2019). *Systematic reviews as evidence-base for dutch guidelines to assess musculoskeletal disorders as occupational disease: Examples of shoulder, knee and low back disorders. In Advances in Intelligent Systems and Computing (Vol. 820, pp. 19–21). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-96083-8_4.*
- Verbeek, J., Mischke, C., Robinson, R., Ijaz, S., Kuijer, P., Kievit, A., Neuvonen, K. (2017). *Occupational Exposure to Knee Loading and the Risk of Osteoarthritis of the Knee: A Systematic Review and a Dose-Response Meta-Analysis. Safety and Health at Work. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.02.001>.*
- Violante, F. S. (2018). *Minimum exposure criteria and assessment tools for the determination of work-relatedness for musculoskeletal disorders Experience from Italy. In 20 congress International Ergonomics Association.*

ANEXO N°1.

Proceso de calificación de EPME chileno (SUSESO, Anexo N°5. Proceso de calificación. https://www.suseso.cl/613/articles-480876_archivo_01.pdf, 2020)



ANEXO N°2.

Resultados detallados Objetivo N°1.

Información detallada de los procesos de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas en los países consultados

Alemania

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social
- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera que pueden coexistir varias causas, pero la exposición ocupacional debe haber jugado un papel esencial en la aparición de la EP, sin necesariamente haber sido capaz de causar la enfermedad por sí misma. Si se reconoce el origen de la enfermedad relacionado con el trabajo, pero su gravedad no requiere la interrupción del trabajo, el caso será reconocido informalmente, la organización de seguros financiará solo los beneficios individuales de SST. Por último, para otorgar el derecho a una pensión la incapacidad permanente debe superar el 20% de pérdida de capacidad. Por ejemplo: algunas patologías deben ser tan graves que hayan obligado a la persona a suspender todas las actividades que causaron o podrían causar el desarrollo, empeoramiento o recurrencia de la enfermedad. Una situación que se puede presentar es que las enfermeras tengan alguna patología lumbar y si bien se comprueba el manejo manual de pacientes como factor de riesgo al continuar trabajando, no son compensadas. Esta situación cambiaría durante el presente año según lo indicado por Andreas Seidler.
- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista y es abierta¹⁰. Es importante destacar que no describe claramente los criterios de reconocimientos precisos, a excepción de la artrosis de rodilla. No existe una presunción de origen relacionado con el trabajo debido al registro en la lista, y el aspecto multifactorial se examina al buscar el vínculo médico entre la enfermedad y la actividad laboral. En Alemania, actualmente no se puede reconocer ninguna EPME bajo el sistema complementario que actúa como una "antecámara" para el registro en la lista. Una Comisión Médica ad hoc, que se reúne cuatro veces al año, publica regularmente opiniones científicas sobre tal o cual enfermedad y recomienda que se reconozca bajo el sistema complementario (se utiliza para EPME fuera de la lista), especificando en qué condiciones. En general, las EPME en cuestión se incluyen en la lista de enfermedades profesionales varios años después, y la actualización se realiza aproximadamente cada cinco años. La comisión está formada por 12 especialistas asociados a diferentes universidades de Alemania (CP. con Andreas Seidler).
 - Patología: Enfermedades de las vainas tendinosas, inserciones musculares y tendinosas debidas al sobreesfuerzo. Enfermedades osteoarticulares de manos y muñecas causadas por vibraciones. STC, síndromes de martillo hipotenar / martillo

¹⁰Lista abierta: significa que pueden ser reconocidas EP que no necesariamente estén en la lista.

tenar. Enfermedades de disco intervertebral de la columna lumbar o cervical. Lesiones de menisco. Artrosis de rodilla.

▪ **Procedimiento:**

- Reseña: La notificación de casos sospechosos a las instituciones legales de seguros de accidentes puede ser proporcionada por los empleados y es obligatoria para los médicos y el empleador (Thiede, M., Liebers, F., Seidler, A., Gravemeyer, S., & Latza, U., 2014). Después las aseguradoras dan 3 opciones de médicos (pagados por las aseguradoras) y se realiza la evaluación de riesgos en el puesto de trabajo por la misma aseguradora (expertos contratados por las aseguradoras), el médico decide si es o no EP y luego un consejo ratifica o no la decisión del médico (el consejo compuesto por, una mitad de trabajadores y otra mitad de empleadores). En la mayoría de los casos se ratifica la decisión del médico. Es importante destacar que el trabajador puede apelar la decisión.
- Profesionales: Médico independiente aprobado por el asegurador de lesiones ocupacionales (BG) y elegido por el asegurado entre tres nombres. Especialistas en evaluación de riesgos (ergónomos, técnicos en higiene y salud, etc.) pertenecientes a las aseguradoras.
- Factores de Riesgo: se estudian caso por caso de acuerdo con criterios basados en el estado del conocimiento científico.
- Herramientas utilizadas: La persona o equipo a cargo de la investigación y el reconocimiento tiene un margen de maniobra sustancial para la evaluación. Cuentan con herramientas de ayuda a la decisión, como la literatura científica, guías como ayuda para la investigación o recomendaciones específicas. En Alemania, por ejemplo, existen recomendaciones de evaluación (Begutachtungsempfehlungen) producidas por la aseguradora en cooperación con las sociedades científicas (<https://www.dguv.de/ifa/fachinfos/ergonomie/index-2.jsp>). Con respecto a las EPME, hay una recomendación para las enfermedades de la columna vertebral y otra para la gonartrosis, incluida recientemente en la lista. Expertos ergónomos/técnicos dentro de las diferentes instituciones legales de seguros de accidentes realizan la evaluación de exposición retrospectiva individual. La evaluación incluye cuestionarios de entrevista escritos u orales para el empleado y el empleador, así como otros métodos, si corresponde (Thiede, M., Liebers, F., Seidler, A., Gravemeyer, S., & Latza, U., 2014). Si bien se recomiendan algunas herramientas, su uso no es obligatorio, pudiendo optar al uso de otras herramientas que estén validadas, por ejemplo, índice de levantamiento o HAL (CP. con Andreas Seidler)
- Responsabilidades: la retención en el empleo y la rehabilitación ocupacional de los trabajadores lesionados es una misión fundamental de la aseguradora. En particular, este último ayuda al empleador a cumplir con sus obligaciones con respecto a la reintegración ocupacional. Las aseguradoras son los que realizan las evaluaciones e informes, los cuales son enviados al Estado para el proceso de calificación.
- Barreras y Facilitadores: el tipo de investigación y las condiciones muy estrictas para el reconocimiento de los EPME son, sin duda, la razón de la alta tasa de rechazo de los casos investigados y el pequeño número de casos reconocidos no fomenta los

reclamos de reconocimiento. Por último, el umbral del 20% de incapacidad permanente necesario para otorgar el derecho a una pensión, en Alemania tampoco es un factor que incentive la denuncia (esto debiera cambiar). Además, el pago de sueldo de los profesionales involucrados en el proceso por parte de las aseguradoras puede generar conflicto de interés (CP. con Andreas Seidler).

- Estadísticas: Eurogip establece 1.240 EPME en el año 2014, lo que corresponde al 3% de todas las EP reconocidas y tiene un nivel de reconocimiento del 12% (88% de los casos de denuncia de EPME se rechazan). En el año 2018 hubo 10.744 denuncias de EPME y se reconocieron 1.354 (12.6% de las denuncias), lo que corresponde al 6.8% de todas las EP reconocidas. Es importante destacar que las EPME más denunciadas fueron las “Enfermedades de la columna lumbar relacionadas con el disco” con 5.073 casos (47% de las denuncias de EPME) y también las más reconocidas 358, pero con un bajo nivel de reconocimiento (7%). Datos obtenidos de <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3674>

Bélgica

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social
- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de tiempo y exposición de causa establecidos en lista de las EP. El impacto de cualquier factor extra ocupacional se tiene en cuenta solo en aquellos casos en que es obvio que la exposición ocupacional por sí sola no pudo haber causado la aparición de la enfermedad.
- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista, que es abierta <https://www.fedris.be/fr/professionnel/maladies-professionnelles-secteur-prive/documentation-medicale>
 - Patología: tendinitis, entesitis y tenosinovitis en extremidades superiores. Bursitis, celulitis o afección del nervio por presión. Síndrome monoradicular o poliradicular (ciática), síndrome de cauda equina caballo o síndrome de estrechamiento del canal vertebral lumbar. Síndrome del martillo hipotenar, lesión osteoarticular de MMSS producto de vibraciones.
- **Procedimiento:**
 - Reseña: Cada empresa paga una parte de la seguridad social, por empleado y es fijo (2% aproximado). No necesariamente la que tiene más riesgo o EP paga más, el fondo es administrado por un organismo público que se llama Agence Fédérale des Risques Professionnels (FEDRIS, incluye accidentes y EP) y su junta directiva está compuesta por trabajadores y gerentes. Los accidentes pueden ir por el sistema privado, pero es controlado por FEDRIS. Cualquier médico tiene la obligación de denunciar una posible EP. El trabajador hace la declaración posterior a eso y puede ser ayudado por el médico <https://www.fedris.be/fr/victime/maladies-professionnelles-secteur-prive/demande>. El trabajador elige donde se atiende,

- sistema privado o público y después la seguridad social devuelve el costo de la atención. El trabajador es el único que puede apelar a un fallo de EP.
- Profesionales: Médicos generales, Médicos, ergónomos o ingenieros de FEDRIS. En general es solo un médico el que califica (no siempre es médico ocupacional), se utiliza una comisión solo para enfermedades que no están en la lista de EP.
 - Factores de Riesgo: Cuando la investigación de la solicitud de reconocimiento revela que se cumplen los criterios relacionados con la EP y los relacionados con la exposición, generalmente se reconoce el caso. El impacto de cualquier factor extra ocupacional se tiene en cuenta solo en aquellos casos en que es obvio que la exposición ocupacional no podría haber causado por sí sola la aparición de la EP. Por lo tanto, la búsqueda de estos factores no se realiza automáticamente (a excepción de las enfermedades fuera de la lista). Los criterios de reconocimiento son referencias internas de FEDRIS. Existen exámenes específicos según la patología, se envía toda la información a FEDRIS y después el medico de FEDRIS evalúa otra vez todos los antecedentes. En general es solo un médico, solo comisión para las enfermedades abiertas
 - Herramientas utilizadas: existen exámenes específicos según la patología (https://www.fedris.be/sites/default/files/503_f_-_attestation_medicale_reparation_dune_maladie_professionnelle_secteur_privé_2.pdf) Si es asbesto es fácil de determinar ya que tienen claro los GES (Grupo de Exposición Similar) o industrias. Pero para tendinitis utilizan OCRA checklist y lo completa el médico en la consulta. Esto también es reevaluado por ingenieros o ergónomos FEDRIS (técnicos). También hay evaluaciones de vibraciones lo hace FEDRIS o la empresa. Para el STC tienen GES. Si hay antecedentes de GES y es claro la definen como EP. Por último, es importante destacar, que el dolor lumbar lo reconocen como enfermedad relacionada, pero no como ocupacional (no se pagan beneficios por EP), y para eso tienen un programa específico de dolor lumbar donde FEDRIS apoya y subvenciona la atención médica y hacen evaluaciones ergonómicas. (<https://www.fedris.be/fr/professionnel/maladies-professionnelles-secteur-privé/prevention/programme-de-prevention-des-maux-de>)
 - Responsabilidades: Si es EP FEDRIS paga el proceso y el tratamiento.
 - Barreras y Facilitadores: FEDRIS a veces tiene criterios muy estrictos y si tienen duda normalmente no compensan, además el proceso se ve influenciado por las estadísticas de EPME (CP. con Lode Godderis)
 - Estadísticas: un total de 2.498 EPME, lo que corresponde al 69% del total de EP y 82 EPME cada 100 mil trabajadores. Con un nivel de reconocimiento del 31%.

Mayor información en:
https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Statistiques/Statistische_jaarverslag_en_BZ/rapport_statistique_2018.pdf

España

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social.

- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones legales (Cuadro de Enfermedades Profesionales: Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre) y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. Es importante destacar que existe una presunción legal de origen ocupacional para las enfermedades asociadas con las exposiciones que aparecen en la lista de enfermedades ocupacionales.

- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista donde se especifica claramente. Sin embargo, las enfermedades no incluidas que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, será reconocida legalmente como una categoría especial de accidente en el trabajo y registrada como "patología no traumática".
 - Patología: corresponden al grupo 2 de EP (mayor información en <http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2017/11/Guia-ayuda-enfermedades-profesionales.pdf>) y se encuentran: enfermedades osteoarticulares causadas por vibraciones (artrosis de muñeca, artrosis de codo, osteonecrosis aséptica avascular de huesos del carpo). Bursitis crónica de las sinoviales de los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas. Bursitis glútea, retrocalcánea, y de la apófisis espinosa de C7 y subacromiodeltoideas. Bursitis de la fascia anterior del muslo. Bursitis maleolar externa. Bursitis preesternal. Higroma crónico del codo. Patología tendinosacrónica de maguito de los rotadores (supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor). Síndrome de pinzamiento subacromial. Tendinitis calcificante. Rotura del manguito. Epicondilitis e Epitrocleitis. STC. Tendinitis de Quervain. Tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte). Tenosinovitis del extensor largo del primer dedo. Arrancamiento de apófisis espinosas. Neuropatía del nervio cubital por compresión a nivel del codo. Neuropatía por compresión del nervio cubital a nivel de la muñeca (Sind. canal de Guyon). Neuropatía por compresión del nervio ciático poplíteo externo a nivel de cabeza del peroné. Neuropatía del nervio torácico largo; nervio dorsal de la escápula y nervio circunflejo o axilar. Neuropatía del nervio radial. Degeneración y rotura de menisco.

- **Procedimiento:**
 - Reseña: trabajador puede consultar directamente en la Mutua si sospecha de EP, en este caso ésta solicitará los antecedentes al empleador. Además, el trabajador puede consultar a la atención común y el médico, de cualquier tipo, en caso de sospecha que sea EP lo derivará para su atención. Además, tanto en lo privado como en lo público, el personal médico de los Servicios de Prevención, en su función de vigilancia de la salud, tiene asignada la tarea de detectar de manera precoz los daños producidos por las exposiciones a riesgos laborales. En caso en que tengan indicios de que un trabajador tiene una EP han de emitir diagnóstico de sospecha y presentarlo ante la entidad gestora para que ésta tramite la declaración de EP (ISTAS, 2019). Además, el trabajador puede hacer consulta directa al Instituto

Nacional de la Seguridad Social (INSS) para que determine si es EP. El trabajador puede reclamar si es que no está conforme con la decisión del origen de la enfermedad, el reclamo lo puede hacer a la mutua si no hay cambio de opinión será el INSS quién decida y si el trabajador no está conforme podrá recurrir a la vía judicial.

- Profesionales: médicos generales, especialistas u ocupacionales. Técnicos en prevención de riesgos laborales, ergónomos.
- Factores de Riesgo: se estudian los factores descritos en las tablas.
- Herramientas utilizadas: desde el punto de vista clínico utilizan una serie de guías que facilitan entender la patología y su posible diagnóstico de EP. A continuación, se entregan algunos links ejemplos:
 - https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ddc_tme-01.pdf
 - https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ddc_tme-02.pdf
 - https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ddc_tme-03.pdf
 - https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ddc_tme-04.pdf
 - https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ddc_tme-07.pdf

Desde el punto de vista de factores de riesgos laborales, además de los mencionados en la lista, se puede hacer uso de:

- <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/movimientos.pdf>
- <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/posturas.pdf>
- Responsabilidades: las mutuas son las responsables de realizar los informes y evaluaciones para la determinación de la EP. Por otra parte, todas las prestaciones económicas que tengan su causa en una EP se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50% cuando la lesión se produzca por incumplimiento de medidas en materia de Seguridad e Higiene en el trabajo (art. 123 LGSS). La responsabilidad del pago de tal recargo recaerá directamente sobre el empresario infractor.
- Barreras y Facilitadores: se puede presentar conflicto de interés ya que las mutuas son las responsables de realizar los informes y evaluaciones para la determinación de la EP.
- Estadísticas: EPME 75% de los diagnósticos de EP, no es posible determinar el nivel de aceptación de denuncias de EPME.

Francia

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social
- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de causa establecidos en lista de las EP. Es importante destacar que existe una presunción legal de origen ocupacional para las enfermedades asociadas con las exposiciones que aparecen en la lista de enfermedades ocupacionales.

- **Lista y patologías:**

- Cuentan con una lista de EP más precisa con respecto a las EP y factores de riesgo. Se debe cumplir con:
 - La enfermedad figura en una de las tablas vigentes y cumple con los criterios médicos;
 - El trabajo (o trabajo anterior) del paciente se enumera en la tabla con respecto a esta EP como un trabajo donde la exposición al factor de riesgo es o se consideró habitual;
 - El tiempo transcurrido entre el cese de la exposición y el inicio de la enfermedad es inferior al período latente máximo especificado en la tabla; para algunas tablas, también hay una duración mínima de exposición.

Además, la lista está abierta y se puede considerar otra EP siempre que se pruebe relación de causa. Por último, para considerar la EP fuera de la lista, existe un prerequisite en el que el trabajador debe estar sufriendo una discapacidad permanente (previsible) de al menos el 25% o de lo contrario fallecer. Algunos ejemplos de la lista se pueden ver en:

- <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?reflNRS=RG%2057>
- <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?reflNRS=RG%2069>
- <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?reflNRS=RG%2079>
- <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?reflNRS=RG%2097>
- <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?reflNRS=RG%2098>
- Patología: Ciática por hernia de disco L4-L5 o L5-S1, Neuropatía crural por hernia discal L2-L3 o L3-L4 o L4-L5. Tendinopatía del manguito rotador, epicondilitis, epitrocleitis, bursitis de codo, síndrome del túnel cubital, tendinitis y tenosinovitis muñeca, manos o dedos, STC, Síndrome del canal de Guyon, bursitis de rodilla, tendinopatía del cuádriceps, tendinitis de la pata de ganso, síndrome de la banda ilio-tibial, tendinitis aquiliana, osteoartritis del codo, Enf. de Kienböck, Enf. de Köhler, Enf. de Raynaud, síndrome del martillo hipotenar, lesión de menisco.

▪ **Procedimiento:**

- Reseña: trabajador realiza la denuncia o puede ser realizada por un médico de cualquier tipo (no se especifica sobre la exposición a riesgos). En general tiene dos partes: 1. La médica donde se estudia la enfermedad. 2. Ocupacional: se analiza si hay riesgo en trabajo que está en la lista y el médico define como laboral. Pueden recibir información de las empresas respecto a la seguridad. En casos muy difíciles se recurre a una comisión para definir la EP, existen 18 comisiones en las diferentes regiones francesas y están compuestas por profesor en salud ocupacional, inspector de trabajo y un médico ocupacional del seguro. El tiempo del proceso dura 8 meses, y puede ser un año más si es que se produce un reclamo por parte del trabajador o empleador.
- Profesionales: En general son médicos e inspectores de trabajo. Las comisiones regionales, que solo ven casos especiales, están compuestas por profesor en salud ocupacional, un médico ocupacional del seguro, un médico ocupacional de la rama regional del ministerio de trabajo e ingeniero en higiene ocupacional. Conflicto de interés: bajo (CP. con Alexis Descatha)

- Factores de Riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (actividad de ocio). También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes.
- Herramientas utilizadas: utilizan principalmente las listas, donde se definen factores de riesgos y tiempo de exposición. Es importante destacar que no se visitan todos los puestos de trabajo, además no se exigen evaluaciones específicas. Quien realiza la evaluación es la/el inspector/a del trabajo.
- Responsabilidades: Si es EP el empleador paga el proceso y el tratamiento. Si es común es pagado por el sistema común de salud.
- Barreras y Facilitadores: una de las barreras indicada por Alexis Descatha es la diferencia en el nivel técnico que existe entre los profesionales según región lo que genera diferencias en las decisiones de reconocimiento de EPME. Además, han tenido problemas con las evaluaciones específicas. Lo anterior es sustentado por un artículo publicado recientemente (Gehanno, J.-F., Letalon, S., Gislard, A., & Rollin, L., 2019), donde se señala que en las comisiones regionales, a cargo del reconocimiento y la compensación, toman diferentes decisiones sobre casos clínicos estandarizados similares y se observan las tasas de discordancia más altas para los casos relacionados con EPME y EP relacionadas con el asbesto, que son las principales EP en Francia. Por último, se determinó que las comisiones tienen muy poco por tiempo para deliberar los casos.
- Estadísticas: EPME 88% de los diagnósticos de EP (CP. con Alexis Descatha 80%), con un nivel de reconocimiento del 69%. (EPME reconocidas/denuncias de EPME)

Holanda

- **Tipo de Seguro:** Mixto
- **Definición de Enfermedad profesional:** se considera la multicausalidad, sin embargo, el trabajo debe tener un rol fundamental en el desarrollo de la EP (fracción relacionada con el trabajo es > 50%, incluso puede ser menor dependiendo de los resultados de la evaluación de riesgo específica (Laštovková, A., Nakládlová, M., Fenclová, Z., Urban, P., Gaďourek, P., Lebeda, T., Pelclová, D., 2015).
- **Lista y patologías:** si bien no hay lista, existe una guía donde hay 24 EPME <https://www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen/aandoeningen-bewegingsapparaat>
- **Procedimiento:**
 - Reseña: Define el médico ocupacional (MO) con un proceso que tiene 6 pasos (sin embargo, no se puede confirmar que todos los MO ocupan este proceso) (Boschman, J. S., Brand, T., Frings-Dresen, M. H. W., & van der Molen, H. F., 2017). Si el trabajador o la empresa no están de acuerdo se puede apelar y tener la opinión de un segundo MO (<https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/second-opinion>). En general el proceso dura entre 2 a 3 meses.

- Profesionales: MO que trabaja por cuenta propia o en servicios de salud público o privado. Pueden intervenir otros profesionales de la salud ocupacional, aunque generalmente ocurre cuando los casos van a la corte. Conflicto de interés: posible, pago del proceso es realizado por el empleador (CP. Con Paul Kuijer)
- Factores de Riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (actividad de ocio). También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes. Los factores de riesgo se basan en diferentes metaanálisis, como Dolor lumbar no específico (Lötters, F., Burdorf, A., Kuiper, J., & Miedema, H., 2003), Síndrome de dolor subacromial (Van Der Molen, H. F., Foresti, C., Daams, J. G., Frings-Dresen, M. H. W., & Kuijer, P. P. F. M., 2017), Artrosis de rodilla (Verbeek, J., Mischke, C., Robinson, R., Ijaz, S., Kuijer, P., Kievit, A., Neuvonen, K., 2017), Síndrome radicular lumbosacro (Kuijer, P. P. F., Verbeek, J. H., Seidler, A., Ellegast, R., Hulshof, C. T. J., Frings-Dresen, M. H. W., & Van Der Molen, H. F., 2018). Finalmente, es importante destacar que desarrollaron guías para analizar los niveles de exposición, aunque la mayoría están en Holandés [https://www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen-aandoeningen-bewegingsapparaat](https://www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen/aandoeningen-bewegingsapparaat) y sólo algunas están en Ingles, como: Dolor lumbar no específico, (<https://www.beroepsziekten.nl/datafiles/LowerBackPain.pdf>) y (Van der Molen, 2019) presenta algunos factores asociados a lesiones de hombro, rodilla y columna lumbar.
- Herramientas utilizadas: Pautas de evaluación de enfermedades ocupacionales con orientación para la evaluación clínica y laboral. Se consideran antecedentes de evaluaciones de las empresas y del trabajador (auto reporte). Las evaluaciones más específicas solo son solicitadas cuando se va a la corte (son muy pocos casos donde ocurre eso, CP. con Paul Kuijer)
- Responsabilidades: es importante destacar que el tratamiento lo realiza el sistema de salud común sin importar si la patología es laboral o común. Por otra parte, el empleador paga el proceso de calificación. Si es declarada la EP, el trabajador recibirá el salario durante los primeros 2 años (primer año 100% y el segundo año al menos el 70% del salario) normalmente de su empleador (grandes empresas). Las pequeñas empresas, por lo general, tienen un seguro privado y ellos pagarán el salario. Si sigue la incapacidad laboral, se evaluará la discapacidad y el trabajador obtendría un beneficio del gobierno (es lo mismo para un accidente). Además, el empleador podría cambiar o adaptar la estación de trabajo para mantener al trabajador en la empresa.
- Barreras y Facilitadores: según el estudio de Van der Molen y cols. (2018) los participantes señalaron como principales barreras: información limitada sobre el historial de exposición y el acceso limitado a los lugares de trabajo. Además, indicaron que la información no está disponible ya que el empleador no ha realizado las evaluaciones de exposición al riesgo. Por último, la responsabilidad de los empleadores (pago del proceso) representa un obstáculo para la evaluación de las EP, ya que existe un posible conflicto de interés. Como facilitadores señalaron la definición de EP y la escala de riesgo de exposición.

Italia

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social
- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera la multicausalidad, pero la EP debe cumplir con los criterios de causa establecidos en lista de las EP. Es importante destacar que existe una presunción legal de origen ocupacional para las enfermedades asociadas con las exposiciones que aparecen en la lista de enfermedades ocupacionales.

- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista de EP que es más precisa con respecto a las EP y factores de riesgos. Además, la lista está abierta y se puede considerar otra EP siempre que se pruebe relación de causa.
 - Patología: Ciática por hernia de disco, osteoartritis de hombro, codo y muñeca, STC, Enf. de Raynaud, neuropatía del nervio mediano y ulnar, Tendinopatía del manguito rotador, bursitis de hombro, tendinitis de la cabeza larga del bíceps, epicondilitis, epitrocleitis, bursitis de codo, tendinitis mano y muñeca, Tenosinovitis De Quervain, bursitis de rodilla, tendinopatía del cuádriceps.

- **Procedimiento:**
 - Reseña: el reconocimiento es automático si se cumplen los requisitos de la lista: el diagnóstico (casi siempre verificado por la aseguradora INAIL - Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro- del estado), el requisito administrativo y el requisito relacionado con la exposición (a menudo evaluado utilizando el documento de evaluación de riesgos de la compañía o comprobando que se realiza una tarea específica). Cuando existen numerosas causas demostradas (es decir, de exposiciones ocupacionales y extra ocupacionales), se aplica el principio de equivalencia de causas: si se prueba el riesgo ocupacional, la enfermedad se reconoce como de origen ocupacional incluso cuando existen otras causas. Tienen el derecho para apelar la decisión, la revisión se realiza por un médico de INAIL y un médico que designa el trabajador y si no está de acuerdo con la respuesta va a la corte. Si la empresa no está de acuerdo van directo a corte (el proceso lo paga quien pierde). Por último, es importante destacar que en 90 días deben cerrar el caso.
 - Profesionales: Médico ocupacional.
 - Factores de Riesgo: se estudian los factores asociados al trabajo, cómo también exposición a factores de riesgo en su vida personal (actividad de ocio). También se tienen en cuenta las características personales (edad, sexo, peso, etc.) y las patologías preexistentes.
 - Herramientas utilizadas: no se exigen herramientas específicas y se realiza en base a la descripción de riesgo de la tabla. Actualmente, se está estableciendo una serie de criterios específicos para determinar EP de columna y EESS. (F. Violante).
 - Responsabilidades: Si es declarada la EP, el copago del tratamiento médico lo paga el empleador, quién además más paga un seguro anual promedio de 1.000 euros al INAIL. Por otra parte, el pago de compensaciones se realiza cuando existe una

- reducción de las capacidades: del 5% -16% se paga 1 vez. Si es más del 16% se paga de forma vitalicia.
- Barreras y Facilitadores: Los criterios de exposición son extremadamente genéricos tanto en calidad (¿qué es postura inadecuada?) como en cantidad (¿cuánto tiempo?). Esto probablemente da como resultados informes inapropiados y un tratamiento desigual a las denuncias. Se está desarrollando un protocolo con una serie de criterios específicos para determinar EP de columna y EESS (Violante, 2018).
 - Estadísticas: TME 69% de los diagnósticos de EP (CP. con Francesco Violante 80%), con un nivel de reconocimiento del 43%

Suiza

- **Tipo de Seguro:** Seguro Social
- **Definición de Enfermedad profesional:** se define en la ley como un trastorno causado predominantemente por el trabajo. En general, esto se interpreta como que debe ser causado por el trabajo en más del 70% de los casos (C.P. Maggie Graf). En Eurogrip se considera que las causas laborales deben representar el 50% de todas las causas. Este requisito ha sido expresado de la siguiente manera por el Tribunal Federal: la condición debe ser dos veces más frecuente para el tipo de trabajo en cuestión que para cualquier otro tipo de trabajo (Eurogrip, 2015).
- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista (poco específica) y es abierta. Para considerar EP fuera de la lista el origen relacionada con el trabajo, debe ser exclusivo o claramente preponderante (75% de todas las causas) (Carder, M., Bensefa-Colas, L., Mattioli, S., Noone, P., Stikova, E., Valenty, M., & Telle-Lamberton, M., 2015), en otras palabras, los estudios científicos deben demostrar que, para la enfermedad en cuestión, hay cuatro veces más casos en la actividad laboral en cuestión que en cualquier otra actividad.
 - Patología: Tendinitis, bursitis crónica, parálisis de nervio periférico por presión, “alteración en articulaciones, huesos o sistema circulatorio causada por vibraciones”. Es importante destacar que se debe demostrar en un caso individual que un trastorno en particular solo podría haber sido por el trabajo (o muy predominantemente por el trabajo), será aceptado como EP. En general, esto se aceptará para algunos trastornos de tendinitis, ocasionalmente para el síndrome del túnel carpiano y casi nunca para trastornos de la espalda y el cuello (C.P. Maggie Graf). Lo que también es avalado por los datos presentados en el Informe Eurogrip donde se señala que la incidencia es tendinopatía (92), bursitis (91) y STC (13).
- **Procedimiento:**

- Reseña: Los trastornos deben ser reportados al asegurador de compensación de trabajadores (generalmente realizado por el empleador, pero el médico o el paciente también pueden hacerlo). El caso es revisado por un médico ocupacional empleado de la aseguradora. Es muy difícil apelar contra la decisión de esta persona.
- Profesionales: médico industrial para el examen médico y la decisión final, y oficial administrativo de la SUVA (Swiss Accident Insurance Fund) para la investigación de las condiciones de trabajo, el historial laboral y las exposiciones extra ocupacionales.
- Factores de Riesgo: para cada caso, se estudian todos los factores de riesgo (relacionados con el trabajo y personales) que podrían ser la causa de la enfermedad.
- Herramientas utilizadas: los profesionales en Suiza son libres de elegir las herramientas de evaluación que consideren apropiadas para su tarea. Probablemente las más utilizadas sean las herramientas de NIOSH. El gobierno federal y las aseguradoras de trabajadores cuentan con varias herramientas rápidas y fáciles de usar para los inspectores de trabajo y especialistas en seguridad que se concentran principalmente en los TME.
- Responsabilidades: El seguro de compensación laboral cubre los honorarios médicos y la pérdida de tiempo de trabajo. Si un trastorno no se acepta como una enfermedad profesional, el seguro de salud (que es obligatorio) cubrirá los costos médicos, pero no los salarios perdidos.
- Barreras y Facilitadores: Todas las enfermedades profesionales, y esa definición incluye la mayoría de los trastornos musculoesqueléticos y cualquier trastorno relacionado con el estrés psicológico, deben remitirse a los médicos del seguro nacional de compensación de trabajadores para que tomen una decisión sobre el caso. Claramente, las compañías de seguros no quieren aceptarlos, por lo que pueden tratar de influir en sus médicos, pero ese no es realmente el gran problema. El principal problema radica en la definición de una enfermedad profesional, de acuerdo con la ley ya que limita a los médicos en lo que pueden aceptar. La ley establece que una enfermedad debe ser causada predominantemente por el trabajo y los médicos interpretan esto como al menos el 70% de los casos según los datos epidemiológicos. Entonces, sí, hay un sesgo en el sistema a favor de las aseguradoras y los empleadores que pagan sus primas. (C.P. Maggie Graf).
- Estadísticas: 250 casos de EPME, estos son en su mayoría de los oficios de la construcción. Es interesante notar que el número ha disminuido constantemente en las últimas décadas. La compañía de seguros dice que esto se debe a una mejor ergonomía, sin embargo, los oficios de la construcción no han estado muy interesados en la ergonomía y pocas personas trabajan en la sucursal (C.P. Maggie Graf). Eurogip establece 221 EPME en el año 2014 y correspondía al 10% de todas las EP reconocidas, además se establece que el número de EPME probablemente disminuyó debido a los esfuerzos de prevención de riesgos realizados por las empresas, lo que resultó en una mejora de la ergonomía en la estación de trabajo y en una mayor mecanización.

Uruguay

- **Tipo de Seguro:** cobertura es brindada por el Banco de Seguros del Estado (BSE)
- **Definición de Enfermedad Profesional:** se considera EP la causada por agentes físicos, químicos o biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar del trabajo. Para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando aquéllos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico.
- **Lista y patologías:**
 - Cuentan con una lista Artículo 40.- Las enfermedades profesionales indemnizadas son aquellas enumeradas por el decreto 167/981, de 8 de abril de 1981. (Actualmente se modificó este decreto por el 210/2011). El trabajador o en su caso el patrón podrá acreditar ante el BSE el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviera aceptada como tal, estando supeditados a la resolución que al respecto adopte dicho organismo
 - Patología: Tenosinovitis de la estiloides radial debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca. Tenosinovitis crónica de la mano y la muñeca debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca. Bursitis del olécranon debida a presión prolongada en la región del codo. Bursitis prerrotuliana debida a estancia prolongada en posición de rodillas. Epicondilitis debida a trabajo intenso y repetitivo. Lesiones de menisco consecutivas a períodos prolongados de trabajo en posición de rodillas o en cuclillas. Síndrome del túnel carpiano debido a períodos prolongados de trabajo intenso y repetitivo, trabajo que entrañe vibraciones, posturas extremas de la muñeca, o una combinación de estos tres factores.
- **Procedimiento:**
 - Reseña: Dos caminos posibles: a) en el marco de los Programas de Vigilancia de la Salud en los Servicios de Prevención en Salud y Trabajo, el médico de la empresa puede hacer la denuncia de probable Enfermedad Profesional al Banco de Seguros del Estado, éste cita al paciente y le hace las pruebas necesarias o atención necesaria para comprobar dicha enfermedad; b) cuando el empleado se aqueja de dolor y concurre al BSE como si fuera un accidente, éste lo va a tratar y en el proceso se desencadena una investigación del mismo que puede terminar en la declaración de enfermedad profesional o no.
 - Profesionales: Médicos y Técnicos Prevencionistas en general, pero pueden participar otros profesionales
 - Factores de Riesgo: En algunos casos se realiza un estudio de los factores de riesgo involucrados.
 - Herramientas utilizadas: se utilizan algunas NTP españolas y algoritmos creados por el Ministerio de Trabajo y otras entidades, aunque no hay una normativa que exija una u otra.

- Responsabilidades: En Uruguay, tanto las enfermedades profesionales como los accidentes de trabajo son prestaciones estatales.
- Barreras y Facilitadores: Al ser estatal y público, es visto como una prestación social lo que no genera conflictos de interés con las empresas.
- Estadísticas: Año móvil: enero 2018 - diciembre 2018 Población Económicamente Activa (PEA- 2011)= 1.474.437. Total de siniestros laborales del país 32293. En cuanto a datos estadísticos específicos de enfermedades profesionales, el BSE aún no los tiene separados.

ANEXO N°3.

Resultados detallados Objetivo N°2.

Se presentan a continuación, los hallazgos identificados del proceso de calificación de enfermedades profesionales musculoesqueléticas desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados.

En cada una de las etapas del proceso, se describen los aspectos negativos, positivos y las mejoras que los diferentes actores mencionaron en las entrevistas. Sin embargo, en este anexo no se detalla explícitamente a quién pertenecen los comentarios frente a un aspecto determinado. En el punto “Resultados objetivo N°2” (5.2) de este informe, se presentan con mayor precisión.

Las tablas que siguen al análisis de cada aspecto entregan, en porcentaje, los comentarios cuyas descripciones fueron agrupadas, clasificadas y ranqueadas en códigos. Para la comprensión de las tablas, es importante señalar al lector, que estas recogen la cantidad de códigos que fueron mencionados por los entrevistados por lo que, si se presentan solo dos comentarios, por ejemplo, quiere decir que no hubo más opiniones en el tema consultado.

- **Denuncia**

La denuncia es la primera etapa del proceso, de ella depende que se activen cada uno de los procedimientos que indica la normativa sobre el tema. Si el trabajador presenta una afección de posible origen laboral, él o su empleador deben realizar la Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) en su organismo administrador.

A continuación, se detallan los factores más relevantes y se presenta una tabla de códigos en relación con la experiencia que tienen los trabajadores en esta etapa y la activación del proceso de detección de una EPME.

Aspectos negativos del proceso

Los aspectos negativos en esta etapa se relacionan con obstáculos que encuentran los denunciantes en la primera etapa del proceso de calificación. En el análisis de las entrevistas se observó, que las empresas no promueven una cultura preventiva permanente y que no facilitan los espacios para realizar una denuncia.

También se observa que, al efectuar una denuncia ante la sospecha de una enfermedad de origen laboral, los trabajadores suelen sentirse expuestos y vulnerables dado que pasan a ser considerados como una amenaza para la organización, ya que, al activarse un proceso de investigación de un caso se somete a la empresa a una suerte de “examen de cumplimiento” de la normativa de salud ocupacional por parte de los OAL a los que se encuentren adscritos. Las personas señalan que la exposición durante este proceso genera un desgaste físico y emocional que no contribuye al objetivo de mejorar la salud que permita un retorno a sus trabajos de forma adecuada.

Otro factor importante señalado por las personas es el temor al despido. Esto inhibe a los trabajadores a denunciar y tienden a esconder las lesiones o enfermedades, tratándolas de forma particular o mediante la automedicación, con objeto de cuidar el empleo.

Entre las descripciones comprendidas en los códigos presentados podemos señalar que las empresas obstaculizan los procesos que de ella se requieren, dilatando las respuestas y retrasando así los procedimientos, hecho que dificulta el escenario para realizar el proceso de calificación.

Tabla 6. Aspectos negativos de la etapa de denuncias

Código	%
Empresas no facilitan los procesos	50%
Trabajadores no realizan denuncias	33%
Alta rotación de profesionales de urgencia	17%
Total	100%

Aspectos positivos y posibles mejoras al proceso de Denuncia, no fueron nombrados por los entrevistados.

- **Evaluación Clínica**

Una vez hecha la denuncia, un médico examina al trabajador y, generalmente, solicita las evaluaciones y exámenes que exige la normativa. Este grupo de códigos muestra la eficiencia que tienen los distintos exámenes o procedimientos que se le realizan al trabajador durante el proceso de evaluación clínica, antes de pasar a la evaluación del puesto de trabajo (EPT), así como también las falencias internas del sistema médico que repercuten directamente en esta etapa.

Aspectos negativos del proceso

Los aspectos negativos en relación con esta etapa se refieren a los exámenes y procedimientos que, según los entrevistados, podrían ser prescindibles, referidos especialmente a las radiografías, pero que conforme al protocolo deben realizarse aun cuando no sean necesarios desde un punto de vista clínico, debido a que no pesquisan la información relevante para evaluar el caso.

Otro aspecto que parece relevante es la incertidumbre que viven los trabajadores durante el proceso de calificación, que se inicia en la evaluación clínica. Esto ocurre porque no está considerado informarlos en cada una de las etapas del proceso. No es sino hasta el final, con la notificación RECA, en que se les indica el resultado final de la calificación.

Además, existe una crítica respecto al tiempo que requiere la realización de estos exámenes que retrasan el cumplimiento de los plazos para la segunda etapa de la evaluación. Así también, la externalización de los servicios también influye y se indica que existe poco control de los OAL sobre las empresas prestadoras de servicios.

Tabla 7. Aspectos negativos de la etapa de evaluación clínica

Código	%
Exámenes o procedimientos innecesarios	69%
Incertidumbre del trabajador durante el proceso	31%
Total	100%

Aspectos positivos

La mayoría de los trabajadores que realizan una denuncia por posible EPME se someten a una serie de exámenes indicados por un médico. Existe un protocolo al que tienen que ceñirse para que la evaluación de los distintos trabajadores sea homogénea, lo cual es positivo. Los usuarios perciben una buena atención al inicio del proceso, al ser atendidos por un profesional de la salud que tiene experiencia en medicina del trabajo.

Un aspecto positivo que se remarca es que el nuevo protocolo no permite calificar la enfermedad musculoesquelética en la primera consulta (salvo en casos excepcionales), ni según el criterio de calificación de un solo profesional, sino que, una vez realizada la denuncia por parte del trabajador, este se va a someter a evaluaciones para poder calificar el origen de su enfermedad, completando todo el proceso de calificación antes de determinar de que su caso sea o no laboral.

Tabla 8. Aspectos positivos de la etapa de evaluación clínica

Código	%
Son atendidos por profesionales de la salud expertos en medicina laboral	43%
Atención rápida y ágil (trabajadores)	57%
Total	100%

Mejoras propuestas

Las propuestas de mejora señaladas por los entrevistados apuntan principalmente a la eficiencia en el gasto de recursos, considerando una mayor flexibilidad de la aplicación del protocolo que ayude a la oportuna toma de decisiones. Se sugiere mayor flexibilidad respecto a los exámenes (dentro de un set de posibilidades) que se le realicen a los trabajadores afectados, utilizando el más específico para pesquisar la patología.

Tabla 9. Mejoras propuestas a la evaluación clínica

Código	%
Mejorar la eficiencia en el gasto de recursos	100%

- **Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT)**

Para determinar la exposición a los factores de riesgo de una determinada patología, se deben evaluar las condiciones del puesto de trabajo. En este grupo de códigos se trata de exponer la eficiencia, la efectividad y la calidad del modelo estandarizado de la EPT.

Aspectos negativos del proceso

Sobre los aspectos negativos en la etapa de la EPT, uno de los temas más señalados por los entrevistados, remite conjuntamente a la capacitación y a la ejecución deficiente de la EPT.

Muchos de los entrevistados apuntan hacia los cursos de formación de EPTistas que realiza cada OAL de acuerdo con sus propios criterios y formatos, dificultad de la cual se infiere que no existe hoy ninguna entidad común que valide esta formación clave para este proceso. De lo anterior se desprende que la ejecución del instrumento EPT resulta deficiente, con información parcial o mal capturada, lo que afecta a las etapas posteriores del proceso.

En cuanto a la ejecución misma del instrumento EPT, hay cierto consenso en que su aplicación en general es compleja, ya sea por el poco dominio de conceptos, información parcialmente levantada y con escasa descripción, ciclos de trabajos mal definidos y cálculos mal efectuados. Lo anterior debido a que los EPTistas estarían insuficientemente capacitados.

Además, hay profesionales que aplican solamente el formato de micro labor de la EPT (que es más fácil de abordar) y otros EPTistas aplican la dimensión macro labor. También en esto, hay diferencias entre los OAL. La circular N°3508, realizó modificaciones a las EPT, que no eran conocidas en el momento de realizar las entrevistas a los diferentes actores del proceso (SUSESO, Circular N°3508 Evaluación De Puesto De Trabajo En Enfermedad Músculo Esquelética De Extremidad Superior., 2020).

Un asunto que se reitera es el poco control que tienen los OAL sobre los servicios externalizados, especialmente sobre la correcta aplicación de los instrumentos. No existe una comunicación fluida entre estas entidades (OAL y empresas o profesionales proveedores), lo que dificulta la corrección de errores y el cumplimiento de los plazos. A su vez, ya que el protocolo ha sufrido varios cambios desde su inicio, ha significado realizar adecuaciones en los OAL quienes han manifestado que han tenido dificultades para enfrentar estos cambios en el corto plazo dado que no cuentan con suficientes equipos para realizar las modificaciones exigidas.

Un último punto que resulta preocupante para las personas entrevistadas refiere a que no hay balances técnicos sobre los instrumentos (EPT) a objeto de mejorarlos.

Tabla 10. Aspectos negativos del proceso de la EPT

Código	%
Ejecución/aplicación deficiente de la EPT	26%
Formación deficiente de EPTistas	22%
EPT compleja de aplicar	13%
Poco control sobre procesos externalizados	13%

Déficit de proveedores-calidad	8%
No hay balances técnicos de los instrumentos	5%
No hay equipo técnico para enfrentar modificaciones	4%
Flexibilidad normativa	3%
TOTAL	100%

Aspectos positivos del proceso

Existe consenso en que la estandarización del proceso de evaluación de puesto de trabajo es un aspecto positivo para la evaluación. Adicionalmente, la homogenización de la capacitación de los equipos de profesionales en cada etapa del proceso revela una característica positiva importante, aun cuando todavía resulta débil la preparación de los profesionales ejecutores del estudio de puesto de trabajo (EPTistas).

La estandarización de los instrumentos se aprecia positivamente, permitiendo unificar el proceso global y la calidad de las herramientas usadas en el proceso de EPT.

Tabla 11. Aspectos positivos de proceso de EPT

Código	%
Estandarización del proceso de evaluación y calificación	62%
Mejores estándares de capacitación de los equipos de profesionales	18%
Instrumentos estandarizados	21%
TOTAL	100%

Mejoras propuestas

Es importante unificar criterios a la hora de aplicar el instrumento. Todos los especialistas que realizan EPTs deberían poder aplicar los dos formatos del instrumento (micro labor y macro labor), cuando corresponda según el puesto de trabajo.

Sobre las propuestas de mejora, entre los entrevistados existen referencias asociadas a la mejora en la formación de los EPTistas para aplicar los instrumentos de forma adecuada y así precisar la información necesaria para la etapa de la calificación de la denuncia.

Aparte de la formación y capacitación, también es considerado importante, por algunos entrevistados, aumentar el control y la comunicación con las empresas prestadoras de servicios de EPT de manera de evitar reiteradas revisiones, pérdidas de tiempo y recursos. Asimismo, aparecen algunas opiniones respecto a mejorar los procesos de fiscalización, especialmente en lo que a aplicación de la EPT se refiere.

Tabla 12. Mejoras propuestas sobre el proceso de EPT

Código	%
Aumentar la precisión sobre el uso de instrumentos	29%
Mejorar la eficiencia en el gasto de recursos	24%
Fortalecer la formación de EPTistas	30%
Fortalecer en la formación en medicina laboral (Gral.)	14%

Mejorar en la fiscalización de la autoridad respectiva	3%
TOTAL	100%

- **Comités de calificación**

Los comités de calificación son los que realizan la calificación del origen de la enfermedad en laboral o común, basándose en las evaluaciones clínicas y en la información de las condiciones de puesto de trabajo. En este grupo de códigos se expresan citas relacionadas con los procedimientos, el control, la capacitación, la evaluación y revisión de los procesos de calificación del instrumento EPT, así como de la evaluación clínica y se hace autocrítica sobre el funcionamiento interno de los comités de calificación.

Aspectos negativos del proceso

Una de las principales problemáticas detectadas en el proceso de calificación son los mismos comités de calificación ya que, si bien se erigen como la etapa decisiva de un proceso de evaluación, presentan una complejidad esencial ya que se han presentado dificultades para conformar y mantener múltiples comités con estas características. Así también, ha resultado complejo cumplir con los estándares del proceso, como los tiempos de respuesta, la planificación y gestión de los comités. Otro de los problemas identificados son los tiempos limitados que se tiene para analizar la información, y en el caso de que no se tenga información suficiente, solicitar mayores antecedentes.

Dentro del trabajo del mismo comité de calificación, existe la necesidad de que las evaluaciones previas se hagan con la mayor rigurosidad posible para contar con los mejores insumos y antecedentes con el fin de llegar a una decisión conforme a criterios profesionales. Para ello, es necesario unificar criterios entre los distintos evaluadores y los propios comités, ya que muchas veces los equipos que califican se encuentran con que la información recopilada para decretar el origen de la enfermedad es insuficiente.

Dentro de quienes conforman los comités de calificación, pueden existir diferentes apreciaciones que dificultan la decisión y se aducen a las diferencias de criterio de los distintos profesionales a partir del conocimiento de los factores de riesgo y su impacto. También influye que no se hagan los exámenes específicos por patologías. Ocurre que, cuando las resoluciones de un comité no son unánimes, por ejemplo, frente a un caso en que un miembro del comité considera que se trata de una enfermedad de origen laboral, se levantan inmediatamente dudas respecto a cuáles fueron los criterios y los argumentos para determinar dicha decisión.

En base a los agentes entrevistados, se puede inferir que los OAL por una parte representan al trabajador frente a una enfermedad de posible origen laboral y, por otra parte, representan a la empresa (adherente), a la que también deben “defender” de alguna denuncia hecha por

un trabajador. De modo que es posible advertir que existe un conflicto de interés explícito de los OAL por cuanto operan como “juez y parte” en el proceso de calificación.

También existe una polémica en torno a los comités de calificación externos, los cuales presentan algunas irregularidades en el proceso de calificación especialmente referidas a los tiempos de cada fase, así como también se refieren a que los comités de calificación en regiones tienen otros criterios médicos a la hora de evaluar la información pesquisada para calificar el caso. Además del poco control que se tiene sobre los procesos externalizados, también existe una comunicación difícil entre los comités de calificación externalizados y los OAL.

Tabla 13. Aspectos negativos sobre el Comité de Calificación

Código	%
Dificultades en la conformación y funcionamiento de los comités de calificación	33%
Poco control sobre procesos externalizados	23%
EPT deficiente no promueve una calificación rigurosa/oportuna	26%
No hay balances técnicos de los instrumentos	9%
Diferencias de criterio en comités de calificación	9%
TOTAL	100%

Aspectos positivos del proceso

Entre los aspectos positivos se destaca, nuevamente, la estandarización del proceso también en lo que respecta a los comités de calificación. Esto ha significado para los OAL realizar una serie de gestiones internas para su cumplimiento y, especialmente, para agilizar el proceso de calificación. No obstante, es preciso indicar que esto responde a la normativa aplicada al proceso general ya que exige el cumplimiento de plazos establecidos. También se destaca que el hecho de que se centralicen los comités de calificación favorece una comunicación más eficiente con redes de trabajo entre entidades, lo que permite que se puedan hacer modificaciones en los procedimientos para que sean más propicios en su evaluación y en los casos que se requiera, hacer una reconsideración de caso.

Tabla 14. Aspectos positivos sobre el Comité de Calificación

Código	%
Iniciativas internas de mejora de procesos/procedimientos	28%
Estandarización del proceso de evaluación y calificación	30%
Comité de Calificación centralizado	9%
Mejores estándares de capacitación de los equipos de profesionales	9%
Comunicaciones eficientes	17%
Modificaciones en los procedimientos	4%
Fortalecimiento de redes de trabajo entre entidades	6%
TOTAL	100%

Mejoras propuestas

Un aspecto relevante sobre el que se plantean mejoras refiere a que los comités de calificación deben necesariamente tener autonomía de los OAL, para así frenar el conflicto de interés que se origina en la relación entre las mutualidades y las empresas, permitiendo una calificación sin condicionantes previos. Se requiere que la relación empresa/OAL, no sea intervenida, haciendo que el comité pueda dirimir con la suficiente independencia, ya que es la calificación de la enfermedad del trabajador la más afectada debido a esta relación engorrosa.

Otra mejora apunta a transparentar la información que emana de los comités de calificación, respecto a los criterios y argumentos sobre los cuales se tomó la decisión de los casos, con un lenguaje adecuado y comprensible para todo aquel que solicite esta información. En algunos casos los entrevistados sugirieron que para estos efectos debe existir un acta con esta información.

Hay referencias a que, en los profesionales de los comités de calificación externalizados, aun estando formados como médicos expertos, se aprecia que falta experiencia a la hora de aportar mayor criterio a las calificaciones para todos los casos. Por lo anterior, una de las mejoras propuestas apunta al fortalecimiento de la formación de los médicos a nivel país.

Tabla 15. Mejoras propuestas sobre el Comité de calificación

Código	%
Fortalecer la formación en medicina laboral (en general)	33%
Mejorar las definiciones de criterio para casos específicos	33%
Fortalecer la formación del comité	20%
Mejorar las definiciones del comité y alcances en el rol	13%
TOTAL	100%

▪ Notificación RECA

En esta etapa, empleador y trabajador reciben la resolución de la calificación. Este grupo de códigos comprende el grado de información o desinformación que tiene el trabajador sobre el resultado de su proceso y sobre el origen laboral o común de su enfermedad, así como las notificaciones oportunas o la incertidumbre durante el proceso.

Aspectos negativos del proceso

Los aspectos negativos de esta etapa responden a la incertidumbre vivida por el trabajador hasta esta parte del proceso, indistinto del tiempo que tome en cada situación. También se señaló el temor a la reincorporación al trabajo sin protección al trabajador. Los entrevistados indican que la exigencia de la normativa respecto a la reubicación de los trabajadores calificados en algunos casos no se puede aplicar, especialmente, en empresas pequeñas. Estos retornos no ofrecen garantías a los trabajadores y se señala que suelen terminar en despidos.

Tabla 16. Aspectos negativos de la notificación RECA

Código	%
Resoluciones impracticables y dificultades para el retorno al trabajo	50%
Incertidumbre del trabajador durante el proceso	50%
TOTAL	100%

Aspectos positivos

Las personas entrevistadas señalaron como aspectos positivos del protocolo la posibilidad de reconsideración de casos. Otros puntos que fueron señalados como positivos es la promoción del programa de vigilancia aun cuando no haya casos calificados (Norma TMERT), así como que la notificación de la resolución de la calificación deba ser realizada en un plazo no superior a 3 días hábiles una vez emitida la resolución.

Tabla 17. Aspectos positivos de la notificación RECA

Código	%
Reconsideración de casos	44%
Prescripción de medidas más específicas para los trabajadores	19%
Tiempo de respuesta a la demanda	13%
Promoción del Protocolo de Vigilancia	13%
Notificaciones oportunas a los trabajadores	13%
TOTAL	100%

Mejoras propuestas

Para efectos de esta notificación, se sugiere que el informe que comprende los fundamentos de la calificación utilice un lenguaje comprensible para los trabajadores y las empresas, dejando de lado los tecnicismos de modo que comprendan qué y cómo se ha calificado. Por otra parte, se mencionó la importancia del cumplimiento efectivo del programa de vigilancia de TMERT-EESS ya que es la instancia preventiva.

Tabla 18. Propuestas de mejora de la notificación RECA

Código	%
Mejorar el programa de vigilancia	43%
Mayor claridad en las resoluciones	57%
TOTAL	100%

ANEXO N°4.

Resultados objetivo N°3.

Factores que afectan la uniformidad, especificidad, objetividad y transparencia.

Para la integración de los hallazgos con los principios centrales del protocolo, se establecieron definiciones operacionales de estos principios que el nuevo protocolo de calificación buscó en su divulgación. Estas definiciones, descritas a continuación, fueron elaboradas a partir del análisis de las circulares SUSESO y del consenso de un panel de expertos, conformado por los investigadores y coinvestigadores de este proyecto.

- **Objetividad:** Que todo trabajador tenga la posibilidad, sin importar la afiliación del empleador, de que su caso sea evaluado utilizando un procedimiento conocido y valores de referencia conocidos y validados para la determinación del origen de su patología en un proceso que es llevado a cabo por especialistas que consideran toda la información recabada durante el proceso para la calificación del caso, la que es evaluada en su mérito.
- **Uniformidad:** Que cada etapa del proceso de calificación se realice de forma similar, utilizando las mismas herramientas y procedimientos, sin diferenciar OAL, género del trabajador/a, región de procedencia, rubro, etc.
- **Especificidad:** Calidad asociada al diagnóstico, ya que los factores de riesgo son específicos para cada patología por lo que hay un formato de EPT diferenciado para cada una y batería de exámenes para el estudio de patologías MEES. En las EPT se buscan los factores de riesgos específicos para cada patología y su magnitud; y en los exámenes se buscan otras causas o factores degenerativos. El concepto especificidad, en términos epidemiológicos, también se interpreta como la capacidad del proceso de calificación de identificar a aquellas personas cuya enfermedad no es de origen laboral, a diferencia de la sensibilidad que, en este caso, apuntaría a detectar los casos que si tienen un origen laboral.
- **Transparencia:** Se asocia al acceso a la información por parte de todos los actores que participan en el proceso, en cualquier momento, incluyendo el modo y las razones por las cuales se toman las decisiones en el proceso de calificación.

A continuación, se detallan los hallazgos que se desprenden del análisis cualitativo relacionándolos con los aspectos esperados del protocolo, de objetividad, uniformidad, especificidad y transparencia en cada una de las etapas del proceso de calificación.

- **Objetividad del proceso**

De acuerdo con las opiniones de los distintos entrevistados, especialmente de quienes son responsables de conducir este proceso, el nuevo protocolo de calificación de enfermedades musculoesqueléticas trajo consigo mayor objetividad al proceso en términos formales, ya que

por primera vez se establecieron procedimientos claros y homogéneos, instituciones responsables y plazos que se deben cumplir. Frente a esto, los OAL se vieron en la obligación de desarrollar unidades especializadas que fueran capaces de cumplir con las nuevas exigencias. La obligatoriedad de las evaluaciones clínicas y de evaluar los riesgos del puesto de trabajo del caso, la posibilidad de apelar, entre otras, se reconocen como factores que aportan objetividad al proceso, especialmente si se considera que antes cada organismo administrador estableció procedimientos *ad-hoc* para la resolución de los casos.

Denuncia

Si bien se observa que el nuevo protocolo le provee objetividad al proceso en la etapa de denuncia en tanto establece reglas para todos los responsables en el proceso, no hay antecedentes para señalar que antes haya sido distinto. No obstante, es importante señalar que, en el momento de realizar la denuncia, se activa el proceso de calificación, el cual consta, para todos los casos, de 3 etapas más hasta la notificación. Antes de este protocolo, el proceso de calificación podía quedar sujeta a criterio del mismo médico al que el trabajador consultaba.

Evaluación Clínica

Un requisito que aporta objetividad en el proceso de calificación es que, para llevar a cabo la evaluación clínica, los médicos que la realicen deben contar con la capacitación que exige el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales en lo referido a patologías musculoesqueléticas.

La objetividad se ve afectada, inicialmente, dada la poca flexibilidad o rigidez de la implementación del protocolo, ya que exige a los equipos evaluar y realizar exámenes a todos los casos, muchos de los cuales, desde el punto de vista clínico, se señala que no son pertinentes. Esto es especialmente relevante en zonas geográficas más aisladas del país, en donde la disponibilidad de los profesionales y los equipamientos son más limitados, hecho que complejiza la disponibilidad de exámenes o procedimientos posibles de realizar.

Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT)

La ejecución de la EPT, desde el punto de vista de algunos de los trabajadores, es uno de los factores que más aporta a la objetividad del proceso, ya que es percibido como una instancia donde el trabajador es escuchado y la empresa de cierto modo 'fiscalizada'. Se ve en sí mismo como un acto de reparación o justicia con el trabajador y que el sistema de calificación opera de forma objetiva.

Asimismo, un aporte a la objetividad del proceso es, sin duda, que la información estandarizada que se recaba en la EPT es parte importante de los antecedentes que se tiene a la vista al momento de calificar, especialmente los tiempos de exposición a fuerza, postura, repetitividad y los vídeos que se graban de las tareas y ciclos de trabajo. Es importante destacar aquí, las plataformas informáticas que se han implementado por parte de los OAL para la gestión de la información recabada en las EPTs.

Sobre los aspectos que pueden afectar la objetividad de esta etapa del proceso relacionados directamente al instrumento, se pueden señalar:

- La herramienta utilizada en la EPT: es compleja y requiere de un entrenamiento especializado para ser completada correctamente.
- Los programas de formación *online* utilizados para la certificación de los evaluadores, son insuficientes respecto del nivel de entrenamiento teórico y práctico requerido para la correcta ejecución de la EPT. Existen dificultades por parte de las empresas prestadoras de servicios para mantener un staff de evaluadores capacitados (alta rotación, especialmente en regiones).
- Cuando la ejecución de la EPT es deficiente, esta debe ser repetida, con el consecuente gasto de tiempo y recursos. Si esto no es posible, el caso se evalúa con información parcial o errónea.

Existe otro tipo de factores relacionados al *setting* de la EPT. La coordinación de la EPT se hace difícil por parte de las empresas proveedoras externas, las que tienen pocas herramientas para lograr coordinar la evaluación con las empresas. Éstas suelen dilatar esta instancia y cuando se logra, suele ser un momento de tensión para todos los involucrados, relatándose incluso agresiones verbales y físicas entre el trabajador y el empleador. En esta instancia suelen participar los superiores jerárquicos y los responsables de la prevención de riesgos, quienes intervienen o ejercen presión sobre el trabajador que está siendo evaluado. Esto claramente somete al trabajador y al evaluador a una presión que puede afectar la objetividad de la evaluación.

Desde el punto de vista de los empleadores, estos desearían tener un rol explícito en el proceso y aportar con sus propios antecedentes al proceso de la EPT, así como también tener acceso a los datos recabados en este instrumento con el objeto de verificarlos e informarse respecto de los riesgos presentes en su organización.

Comité de Calificación

Entre los aspectos que atentan contra la objetividad en la calificación del comité, uno de ellos está relacionado con que la estandarización de los exámenes que se hacen en las dos instancias previas, dado que se realizan los mismos exámenes para casi todas las patologías y dadas también la irregularidad en la calidad de la información entregada por las EPTs.

Otro de los factores que inciden en la objetividad son los tiempos limitados que se tiene para analizar la información, y en el caso de que no se tenga información suficiente, solicitar mayores antecedentes. Según los miembros de comités de calificación, este hecho no contribuye a calificar rigurosa y objetivamente un caso.

Se identifica como uno de los principales problemas el que los médicos que participan en el proceso de calificación podrían estar condicionados por los OAL que los contratan, lo que permitiría explicar el que la mayoría de las denuncias de EPME terminen siendo rechazadas. Lo anterior se debe a que, para los OAL, las empresas son sus clientes y, a la vez, son los que califican a los trabajadores (de esas mismas empresas) durante el proceso, por lo tanto, juegan un doble papel de "juez y parte". Esta doble relación podría representar una cierta parcialidad de estos organismos al momento de calificar enfermedades de origen laboral, vale decir, la

decisión del comité de calificación no gozaría ni de autonomía ni de imparcialidad, puesto que amenaza la continuidad de los convenios de servicios entre los OAL y las empresas. En ese sentido la objetividad se ve cuestionada por el sistema de relación vigente, ya que la resolución de los comités de calificación no se basaría necesariamente en la calidad de la información levantada, si no que la decisión de calificar como laboral o no, se vería afectada por a la inversión adicional que esto podría exigir (al OAL y a las empresas). Lo anterior pone de manifiesto la falta de autonomía de los comités, hecho importante que resta objetividad al proceso.

Se observó también que la capacitación exigida a los médicos de los OAL es insuficiente ya que existen muy pocos médicos con formación formal en salud ocupacional, y el protocolo sólo exige la formación en un curso de 40 horas sobre trastornos musculoesqueléticos a los médicos que participan directamente en el proceso, lo que resta objetividad al proceso de calificación, puesto que la formación y la experiencia de cada profesional influye en el criterio al momento de definir el origen de las patologías estudiadas. Se observó en las entrevistas que, dentro de quienes conforman los comités de calificación, se presentan a menudo diferentes apreciaciones en la resolución de los casos dificultando la decisión y se aducen a las diferencias de criterios de los distintos profesionales a partir del conocimiento de los factores de riesgo y su impacto en el desarrollo de las patologías. Los entrevistados manifiestan la necesidad de contar con criterios establecidos por patología y puntos de corte.

Notificación RECA

La notificación de la resolución del caso no contribuye a darle mayor objetividad al proceso, ya que en ella no se entregan mayores antecedentes y argumentos sobre la decisión, dejando un manto de dudas sobre los criterios utilizados para la resolución del caso. Muchas veces son funcionarios administrativos de las propias empresas quienes deben dar explicaciones por la decisión del OAL. Claramente, a nuestro juicio, una notificación críptica al final del proceso no aporta a entregarle objetividad al proceso ya que es considerada como insuficiente por parte de los trabajadores. En todos los casos la información que se entrega es considerada como insuficiente ya que solo se reporta el resultado y no se informa de los criterios por los cuales se definió dicho resultado.

▪ Uniformidad del proceso

En términos generales, el proceso es considerado como lo suficientemente uniforme y estructurado como para cumplir con los estándares establecidos en el protocolo. El nivel de desarrollo de los procesos a nivel de los organismos administradores, entrega garantías de que todos los trabajadores que son evaluados serán sometidos al mismo proceso, lo cual representa un avance en esta materia.

Dentro de los aspectos que afectan a la uniformidad, lo primero que destaca es que se encontraron diferencias entre OAL. Una de ellas, es la forma centralizada o descentralizada

en la que se conforman y funcionan los comités de calificación. Esto posee ventajas y desventajas de las cuales los OAL están plenamente conscientes. Quienes administran en forma descentralizada sus comités, tienen dificultades para su conformación y mantención en el tiempo, especialmente en regiones, donde la presencia de profesionales capacitados adecuadamente es más bien escasa. Aparentemente, el modelo centralizado posee ventajas en términos de uniformidad, ya que hace posible formar un comité con la suficiente experiencia y capacitación para evaluar utilizando los mismos criterios para las distintas denuncias, independiente de su lugar de origen. Además, utilizando tecnologías, este comité puede funcionar permanentemente, resolviendo más casos con menos inversión en recursos humanos y menos rotación de profesionales. Los canales de comunicación entre los distintos actores del proceso se facilitan. En el caso de formar múltiples comités de calificación, la tarea de darle uniformidad al proceso se vuelve más compleja.

A pesar de que el nuevo protocolo le trajo uniformidad al proceso, éste a su vez se volvió rígido, poco flexible a las contingencias y con poca capacidad de adaptación a diferentes contextos. Esto puede significar una barrera importante para la implementación uniforme del proceso y el uso eficiente de los recursos.

Denuncia

En el proceso de denuncia existe bastante uniformidad, ya que todos los trabajadores tienen la posibilidad real de realizar una denuncia. Factores que pueden afectar su uniformidad en esta etapa, como la falta de disposición de las empresas para facilitar el proceso de denuncia, la falta de formación de los médicos de primera consulta, la disponibilidad geográfica de los recursos humanos y de equipamientos necesarios para llevar a cabo este proceso.

Evaluación clínica

La uniformidad influye de forma negativa en esta etapa, ya que en ella se requieren realizar evaluaciones y exámenes, que no siempre están disponibles en los tiempos y lugares requeridos, lo cual puede dificultar el cumplimiento de los plazos establecidos. En esta etapa, la excesiva uniformidad de este proceso afecta la eficiencia del uso de los recursos debido a que la información que pesquistan los exámenes del protocolo es insuficiente y se tiene que ampliar con más exámenes, retrasando los plazos establecidos en la normativa.

Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT)

La estandarización de los instrumentos se valora positivamente, permitiendo unificar el proceso global y así mejorar la calidad de las herramientas usadas en el proceso de EPT.

Se pudo apreciar en las entrevistas diferencias entre los OAL que dificultan la uniformidad del proceso. Una gran primera diferencia es entre los organismos administradores privados y el público. En este último todo el proceso de calificación es tercerizado, tampoco cuentan con prestador propio de salud. Indican que no pueden hacer capacitación a los EPTistas por ser agentes externos y, por consiguiente, todos los casos deben ser revisados previamente antes de ser transferidos al comité de calificación. Estas situaciones generan dificultad para el cumplimiento de los plazos, para lograr la calidad esperada en las evaluaciones y el compromiso de parte de los proveedores.

Otra diferencia se constató en uno de los OAL privados, en que diferentes profesionales (kinesiólogos, expertos en prevención, internos o externos) realizan la recolección de los datos de la EPT en el puesto de trabajo (en cualquier parte del país) y un equipo de especialistas a nivel central (en Santiago) ajusta y valida la información levantada, (y solicita la corrección en caso de ser necesario), analiza y completa la EPT, para luego ser transferida al comité de calificación.

Como aspectos que afectan a la uniformidad surgen también, el poco control que tienen los OAL sobre los procesos externalizados y la falta de comunicación fluida entre estas entidades, lo cual dificulta la corrección de errores y el cumplimiento de los plazos. Por su parte, los EPTistas no cuentan con un programa formal de capacitación, unificado y certificado, con fuertes componentes teóricos y prácticos, que les entregue las herramientas necesarias para cumplir correctamente su función. Lo que más afecta a la uniformidad entonces, es la diferencia de criterios de los EPTistas para realizar sus EPT, esto, por la formación diferente, la falta de validación de los programas de formación y la falta de retroalimentación de los profesionales.

Comité de calificación

Tal como se ha mencionado anteriormente, la estandarización de los procesos contribuyó a darle uniformidad al proceso en esta etapa, poniendo énfasis en el carácter especializado y multidisciplinario de la conformación del comité de calificación.

Las dificultades para conformar y mantener múltiples comités con estas características es una de las principales amenazas a la uniformidad de este proceso, ya que es prácticamente imposible que todos los comités se conformen del mismo modo y apliquen el mismo criterio. En regiones el escenario es más complejo, ya que existen mayores dificultades para cumplir con los estándares de uniformidad del proceso. Las diferencias en regiones, en tiempos de respuesta, en tiempos de organización, de planificación y de gestión, hacen necesario revisar los procesos a nivel nacional.

En relación a los comités calificadoros, también se presentan diferencias entre OALs, mientras en algunos estos están conformados por médicos y ergónomos, en la mayoría de los comités sólo participan médicos. Y un problema relevante para su conformación es contar con médicos especializados, ya sea médicos del trabajo, o especialistas traumatólogos, por lo que eventualmente, para cumplir con los plazos, los comités funcionan sin estos profesionales. También se observan diferencias en la conformación de estos equipos en regiones a diferencia de la Región Metropolitana.

- **Especificidad del proceso**

La especificidad es una de las dimensiones más débiles de la implementación del nuevo protocolo. La falta de evidencia científica que respalde el proceso, su rigidez, la calidad de la EPT la externalización de los servicios de EPT y la inexistencia de programas certificados de formación de evaluadores, se presta para una serie de situaciones anómalas que afectan la especificidad del proceso.

Denuncia

Si bien todas las denuncias deben someterse al proceso y deban ser investigadas, sería importante disponer de mayores recursos e información para pesquisar oportunamente los casos (aumentando la denuncia). Por otra parte, se observa que, identificando algunos casos, dadas sus características, como no laborales y otros como laborales, la denuncia podría operar como un filtro sobre los casos denunciados. Lo anterior podría hacer más específico el proceso de denuncia sin que esto signifique desplegar los esfuerzos a lo largo del proceso completo.

Evaluación clínica

Sobre esta fase, la mayoría de los entrevistados señalan que algunos de los exámenes exigidos en el protocolo, no son útiles para el diagnóstico lo que no promueve la especificidad en esta etapa. Se requiere la flexibilidad necesaria para definir los exámenes que entreguen evidencia clínica precisa sobre el origen del problema.

Evaluación del puesto de trabajo (EPT)

Entre los factores que afectan la especificidad del proceso en la ejecución de las EPTs se encuentran, la dificultad propia del instrumento, el contexto en donde se realiza la evaluación y la deficiente capacitación que reciben los evaluadores para llevar a cabo esta tarea. Mientras no se corrija el problema de la formación de profesionales EPTistas, las siguientes etapas difícilmente dispondrán de la información lo suficientemente precisa para tomar una decisión informada.

Existe consenso en que la herramienta EPT es compleja de aplicar y que, si sus resultados no son satisfactorios, no contribuye a la pesquisa de la información necesaria para la calificación de cada caso. Si bien existe un formato de EPT para cada patología que considera los factores de riesgo, la especificidad del instrumento, y su contribución a la pesquisa de la información precisa para la calificación de cada caso, se puede afectar por algunas razones comentadas por los entrevistados, tales como: (i) el instrumento EPT es operador dependiente, dado que se basa en la observación del profesional que evalúa el puesto de trabajo y que, por lo tanto, la formación y experiencia de éste son fundamentales, si éstas son insuficientes, el resultado es deficiente; (ii) el instrumento EPT presenta una complejidad en su diseño, prueba de esto es que los EPTistas manifiestan que muchos no ocupan el formato de macro labor por ser más engorroso y largo, lo que es un error de aplicación, que genera un error consiguiente en la interpretación y resolución del caso; (iii) la ejecución de la EPT en las empresas puede ser compleja, por ejemplo, la presencia e interferencia de jefaturas u otros actores, pueden confundir al profesional y también pueden intimidar al trabajador afectado, todo lo cual hace difícil obtener la información que se busca; (iv) la rigidez del protocolo en cuanto a los tiempos de cumplimiento además de que la mayoría de las EPT son realizadas por empresas proveedoras de este servicio, podrían incidir en que el EPTista no se tome el tiempo necesario para la correcta aplicación del instrumento.

Comité de calificación

En las resoluciones de los comités de calificación cuando no hay decisiones unánimes nos encontramos con dos apreciaciones que están enfrentadas y que atentan contra la

especificidad del proceso. Esta situación despierta dudas en torno a los criterios que tienen los distintos profesionales a partir del conocimiento que tienen en torno a los factores de riesgo y su impacto. Por esta razón resulta imperativo establecer criterios de calificación específicos para cada patología.

Por otro lado, la labor del comité de calificación depende directamente de la información recabada en las etapas anteriores. Si esta información es de mala calidad o llega tarde, deja al comité con un margen de acción reducido para la resolución del caso. Aquí también influye que no se hagan exámenes por patologías específicas con el fin de poder realizar una calificación rigurosa conforme al caso que se está evaluando, lo que afecta a la especificidad de la calificación.

▪ **Transparencia del proceso**

En términos generales, el proceso es considerado por los distintos actores como transparente. El hecho de que existan plazos, evaluaciones y responsables, es un avance para la transparencia del proceso. Sin embargo, existen algunos factores que pueden estar afectando la transparencia del proceso, sobre todo desde el punto de vista de los trabajadores que realizan la denuncia.

A lo largo del proceso, el trabajador está más bien a ciegas, esperando la resolución para saber dónde recibirá el tratamiento que necesita. Para los profesionales que llevan el proceso, este es transparente, pero son los trabajadores quienes lo viven como un proceso opaco, que no está diseñado para mantenerlo informado sobre el estado de avance de su denuncia, ni sobre cuáles fueron las razones para acoger o rechazar su denuncia por enfermedad profesional.

Denuncia

Una de las dificultades a la que se ven enfrentados los denunciantes que atenta contra la transparencia, se remite a un estado anterior a la denuncia misma, a saber, cuando las empresas no promueven una cultura preventiva y la difusión de información sobre la gestión de la salud ocupacional en los entornos laborales es más bien escasa.

Este escenario es complejo para los denunciantes debido a la incertidumbre por falta de información y a la escasa protección que sienten si deciden denunciar, al desgaste físico y emocional por el grado de exposición al que quedan sujetos con su empleador por el proceso al que ambos deben someterse. En esta circunstancia podemos advertir que los empleadores obstaculizan, explícita o implícitamente, la correcta ejecución del proceso por parte de la entidad responsable para este efecto.

En consecuencia, la parte más afectada es el trabajador, ya que se inhiben de denunciar, y de hacerlo, temen ser despedidos luego de someterse a un proceso de calificación y de reincorporación a sus trabajos, indistintamente si la resolución les favoreciera o no.

Evaluación Clínica

De acuerdo con lo declarado por los entrevistados, en esta etapa el trabajador recién comienza a familiarizarse con el proceso sometándose a una serie de exámenes médicos de los que no tendrán acceso a los resultados sino hasta la notificación RECA. Esta privación de la información a los trabajadores no aporta transparencia en esta fase del proceso.

Uno de los problemas que se advierte es que existen evaluaciones clínicas hechas por un médico general, ya que no hay suficientes médicos del trabajo para llevar a cabo todas las evaluaciones clínicas.

Evaluación de Puesto de Trabajo (EPT)

La ejecución de la EPT, en general, es bastante transparente ya que todos los actores están informados de esta instancia y en donde todos manifiestan sus distintos puntos de vista sobre los riesgos presentes en el puesto de trabajo analizado. La evaluación es llevada a cabo de forma pública, recabando antecedentes en un instrumento estructurado, hecho que ayuda a darle mayor transparencia al proceso. A este respecto, los empleadores reclaman mayor participación en esta instancia, proveyendo antecedentes que a su juicio pueden ayudar a una calificación transparente para todos. Es indicación de la EPT entrevistar a los supervisores del puesto, sin embargo, es necesario hacer el alcance: ni los trabajadores ni la empresa tienen acceso a los resultados de la EPT, sólo el comité de calificación, ya que, al tratarse de una evaluación confidencial y altamente técnica, es complejo “liberarla” para que pueda ser examinado por terceros no profesionales.

Comité de calificación

Dentro del proceso de calificación, la orgánica de funcionamiento del comité y los criterios que utilizan para calificar el origen de las enfermedades, son uno de los aspectos más opacos del proceso. Esto se manifiesta, por ejemplo, en que, no existiendo criterios específicos de calificación para cada patología, resulta muy difícil refutar un argumento cuando en las resoluciones hay discrepancias, y los entrevistados señalan que hay calificaciones sin argumentos sólidos, siendo más bien arbitrarias, sin un criterio definido.

Para hacer frente a este problema, se sugiere por parte de los entrevistados el uso de un acta en la que figuren los antecedentes sobre los cuales se tomó la resolución de cada caso, ya que son muchas las dudas que genera esta instancia para las personas que están en este proceso y que sólo reciben una notificación con el resultado y con escasa información.

Notificación RECA

La notificación RECA es la única comunicación formal que recibe el trabajador sobre su denuncia, sin embargo, en ella sólo se consigna el resultado de la evaluación, con escasa explicación de los fundamentos de esta decisión, razón por la cual es percibida como un rechazo sin justificación, ni argumentos. Esto es concebido de forma muy negativa por los trabajadores, cambiando radicalmente su percepción del OAL, ya que se siente abandonado y traicionado por el sistema.

Un aspecto negativo refiere a que esta notificación suele ser entregada por un funcionario del servicio, lo que no promueve que pueda haber una retroalimentación o explicación por parte de un profesional hacia la persona afectada, donde se le explique el motivo por el cual su dolencia no es de origen laboral aun cuando él la sienta derivada del trabajo.

- **Síntesis de los hallazgos análisis cualitativo**

Los hallazgos emanados de las entrevistas, es posible asociarlos con los principios que fundamentan el protocolo de, Transparencia, Objetividad, Especificidad y Uniformidad. A continuación, se presentan los aspectos positivos, negativos que se desprenden de este primer análisis:

- Se valora positivamente la estandarización del proceso de calificación de EPME a nivel nacional, el contar con un flujograma de actividades, responsables y plazos, el establecimiento de protocolos de evaluación clínica y de condiciones de trabajo y la creación de los comités de calificación. Estos cambios han marcado un avance importantísimo en este proceso de salud ocupacional, ya que antes de la aparición del protocolo, cada OAL ejecutaba la calificación de acuerdo con sus propios parámetros incluyendo prácticas diferenciadas al interior del propio organismo.
- Se valora positivamente también, el mayor estándar exigido a los profesionales involucrados en el proceso (médicos y ejecutores de EPT), ya que contribuye a la calidad de la información levantada en la evaluación clínica y en la evaluación de puesto de trabajo, con la cual los comités de calificación cuentan con más información y herramientas para la resolución de las denuncias.
- Una de las primeras críticas que surgen al protocolo, se refiere a las dificultades que los OAL han tenido durante su implementación, debido a sus estrictas exigencias de cumplimiento. Esto los ha obligado a desarrollar una serie de procesos internos adicionales que les permitan cumplir con las nuevas exigencias. Desde esta perspectiva, aún se presenta una gran cantidad de errores o desajustes en la ejecución global del proceso, especialmente en el cumplimiento de los plazos establecidos, en la calidad de la información recabada en la EPT, en la conformación de los comités de calificación y en el cumplimiento de las recomendaciones por parte de las empresas.
- También hay una crítica por parte de los OAL respecto a la distribución y uso eficiente de los recursos, especialmente a la pertinencia de los exámenes (por ejemplo, radiografías), así como también la obligación de someter a evaluación toda denuncia, aun cuando ésta no sea pertinente.
- Respecto a la EPT, hay acuerdo general en que se trata de una de las fases más importantes, pero aun débil, ya que, si bien el protocolo estandarizó la evaluación de puesto de trabajo, los programas de capacitación para los ejecutores de EPT son insuficientes para el desarrollo de las competencias (especialmente prácticas) requeridas para la correcta ejecución de la EPT, asimismo esta formación no es

homogénea entre los distintos OAL y está restringida profesionales de empresas prestadoras de servicios. Esta situación resulta especialmente compleja cuando los OAL deben efectuar procesos en zonas aisladas, ya que deben delegar tareas que, a falta de formación y buena comunicación, dificultan técnicamente la ejecución.

- Otro aspecto que afecta negativamente al proceso, son las dificultades en la comunicación entre los distintos actores responsables del proceso. Esto se aprecia, fundamentalmente, en la escasa información que se entrega al trabajador sobre el avance de su denuncia, así como también, en la falta de comunicación entre el comité de calificación y los EPTistas, entre los OAL y las empresas proveedoras de los servicios de EPTs.
- Un punto sensible se relaciona con la sensación de incertidumbre que presentan los trabajadores durante el proceso, que comienza desde antes de la denuncia, ya que muchas veces los empleadores la retardan o se resisten a apoyarla. Luego del ingreso al proceso y hasta que recibe la resolución, hay un tiempo de espera en que el trabajador desconoce si deberá pagar por su propia cuenta el tratamiento, qué medidas preventivas deberá tomar y a esto se suma el temor a perder el empleo.
- Por otra parte, se genera una relación compleja entre trabajador y empleador cuando existe una denuncia, ya que esta es percibida por la empresa como una amenaza, por lo que tratan de intervenir en la ejecución de la EPT o, incluso, presionan al OAL durante el proceso de calificación o después de él, si el caso fue aceptado.
- Si bien la creación de los comités de calificación fue un gran aporte al proceso, existen varios factores que están incidiendo en que en el resultado de su funcionamiento se aprecie aún una brecha para cumplir con los principios del protocolo.
 - No existen criterios específicos (o puntos de corte) de calificación para cada patología, lo cual hace que resulte muy difícil refutar un argumento cuando en las resoluciones hay discrepancias, por lo que hay calificaciones sin argumentos sólidos, arbitrarias, sin un criterio definido.
 - La estandarización de los exámenes genera falta de especificidad para algunas patologías.
 - EPTs con información insuficiente o errónea además de los tiempos limitados que se tiene para analizar la información y posibilidades solicitar mayores antecedentes.
 - La decisión de los comités de calificación los cuales dependen de un OAL no goza de autonomía ni de imparcialidad dado que amenaza la continuidad de los convenios de servicios entre los OAL y las empresas.

