

# **Salud Mental y Trabajo**

**¿Son los trastornos mentales el sector informal de la salud  
laboral del país?**

Universidad de la República, Facultad de Derecho

Licenciatura en Relaciones Laborales, Monografía Final  
Montevideo, 4 de febrero de 2016

Tutor: Juan Raso

Estudiante: Valeria Sienna  
C.I: 3.098.375-7

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I

1	Introducción	4
2	Antecedentes	4
3	Marco Conceptual	5
4	Marco Teórico	8
5	Marco Jurídico	14
6	Objetivos generales	16
7	Objetivos específicos	16
8	Hipótesis	17

## CAPÍTULO II

9	Marco Metodológico	17
9.1	Abordaje	18
9.2	Técnicas	18

## CAPÍTULO III

10	Análisis	20
10.1	Contexto Social	20
10.2	Datos Estadísticos	23
10.3	Disponibilidad de Recursos Humanos y Económicos	27
10.4	La acción de las Agencias del Estado	30
10.5	La acción de los Actores Sociales	42
10.6	Acciones Paliativas	47
10.7	Multicausalidad e imposibilidad de comprobación mediante estudios clínicos	48
10.8	Factores de riesgo	50

10.9	Trastornos más frecuentes y trabajos más riesgosos para la salud mental	52
11	Conclusiones	53
12	Referencias	56
13	Bibliografía	57
14	Anexos	60

# CAPÍTULO I

## 1.- INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se caracteriza por un vertiginoso ritmo de cambio. Asistimos a la era de la información, donde los cambios son permanentes a nivel social, cultural, tecnológico, político, y económico. Las comunicaciones son instantáneas. La globalización y la apertura de mercados propician el desarrollo de modelos económicos altamente competitivos. En este marco las empresas han debido implementar cambios organizacionales para adaptarse a las fluctuaciones del mercado. Las nuevas formas de organización del trabajo han traído consigo un alto grado de inmaterialidad, deshumanización, intensos ritmos de trabajo, y mayores responsabilidades para los trabajadores. Tales condiciones han repercutido negativamente sobre su salud mental. Las clásicas enfermedades y accidentes físicos coexisten con nuevas enfermedades que expresan el deterioro psicológico provocado por este nuevo escenario de trabajo. En la era de la información lo inmaterial sustituye a lo material y bajo esta tendencia también aumentan las enfermedades inmateriales, que muchas veces provocan consecuencias más nefastas que las tradicionales a nivel personal, familiar, empresarial, y social. La salud mental laboral es por tanto un tema preocupante que afecta a la sociedad contemporánea en su totalidad. Debido a su complejidad es preciso abordarlo desde un análisis multidisciplinario con la expertise que la medicina, la psicología, la sociología y el derecho, entre otras disciplinas puedan aportar. El presente trabajo fue realizado desde el enfoque de las relaciones laborales y está dirigido al estudio de la fenomenología del trabajo y sus repercusiones sobre la salud mental del trabajador.

## 2.- ANTECEDENTES

Uruguay no tiene antecedentes de regulación y tutela de la salud mental laboral. Sin embargo, podemos encontrar referencias en materia de salud laboral, y referencias relacionadas a la salud mental de la población en general.

En relación a la salud mental, los antecedentes existentes son el plan de salud mental del año 2011, y los aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay que el Ministerio de Salud Pública preparó en el año 2015. Ambos documentos apuntan a abordar

la salud mental de la población integrando su atención de manera progresiva a las prestaciones universales otorgadas por los prestadores de salud. Actualmente el programa brinda atención preventiva a ciertas poblaciones vulnerables, dentro de las cuales se incluye a trabajadores expuestos a condiciones laborales de alto riesgo psíquico.

En referencia a la protección de la salud laboral los primeros indicios de tutela se remontan al año 1914 con la promulgación de la Ley 5032 sobre prevención de accidentes de trabajo. Más adelante, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó el Convenio Internacional del Trabajo N° 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que Uruguay ratificó en el año 1973, reconociendo un listado de enfermedades profesionales que debían ser prevenidas, registradas, notificadas e indemnizadas. En el año 2009 OIT propuso un listado actualizado por medio de la recomendación N° 194, en base a la cual debía reexaminarse y actualizarse la lista nacional de enfermedades profesionales. En nuestro país esta tarea se realiza en el seno del Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, organismo tripartita creado por Decreto 83/96. En el año 2010 el CONASSAT revisó la lista de enfermedades profesionales y la reconoció casi por completo, dejando fuera del elenco nacional a los trastornos mentales y del comportamiento. Aún en la actualidad la salud mental de los trabajadores uruguayos carece de tutela legal.

De la curiosidad que provocó este vacío regulatorio y su creciente casuística a nivel mundial, se gestó la idea del problema que guía la presente investigación.

### **3.- MARCO CONCEPTUAL**

Se desarrollan a continuación algunos conceptos considerados necesarios a efectos de abordar la temática que es objeto de la presente monografía:

**Salud:** “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1946, pp.1)

**Salud Mental:** Se define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales

de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013)

**Trabajo:** El trabajo, al decir del profesor Plá Rodríguez, es “todo comportamiento humano encaminado a producir algo” (Plá Rodríguez, 1990, pp.88). Luego el juslaboralista aclara que no todo trabajo humano es objeto del estudio del Derecho del trabajo, sino solo aquél que reúne determinadas características como ser por cuenta ajena, libre, oneroso y fundamentalmente prestado en condiciones de subordinación (idem, p. 92 y ss). Por lo tanto a los efectos del presente análisis el término será entendido en su acepción jurídica que refiere al trabajo subordinado, ya que la Ley 16074 sobre Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, responsabiliza al patrono por las enfermedades profesionales que padezcan los obreros o empleados a su cargo, y define patrono como “toda persona, de naturaleza pública, privada o mixta, que utilice el trabajo de otra, sea cual fuere su número: y por obrero o empleado, a todo aquel que ejecute un trabajo habitual u ocasional, remunerado, y en régimen de subordinación.” (Uruguay, Ley 16074, Art. 3, 1989). Por lo tanto, cuando se haga referencia al término trabajo en esta investigación se estará haciendo alusión al concepto de trabajo subordinado comprendido bajo la cobertura de la citada Ley.

**Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT):** El concepto de CYMAT incluye todas las condiciones que el trabajador vive en relación al empleo. Neffa las define como “las constituidas por los factores socio técnicos del proceso de producción implantado y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo” (Neffa citado en Nieto, 99, pp.19). Dentro de las diferentes variables que inciden en las CYMAT podemos citar el tiempo de trabajo, la forma de remuneración, la organización del trabajo y su contenido, el sistema de relaciones laborales, el contexto económico, político y social, condiciones de vida, factores personales del trabajador y su entorno, así como las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo, la ergonomía y la calidad de las relaciones humanas en la empresa, lo que constituye una visión integral de la situación vivida por un trabajador en situación de trabajo. Por todo esto, el concepto de CYMAT evoluciona de manera continua. No obstante, mantiene la característica de presentar riesgos capaces de ocasionar enfermedades profesionales al trabajador.

**Riesgo:** “Puede definirse como la probabilidad estadística de ocurrencia de un daño.” A su vez, “un factor de riesgo es aquel atributo o exposición que aumenta la probabilidad de

ocurrencia de un daño a la salud” (Mazzáfero citado en Nieto, 99, pp.20). La velocidad con la que un factor de riesgo afecta la salud del trabajador está condicionada por dos variables: la concentración del agente en el ambiente de trabajo, y el tiempo de exposición. Hay varios tipos de riesgos pudiendo clasificarse en: condiciones de seguridad, riesgos ambientales, carga de trabajo, riesgos psicosociales.

**Enfermedad profesional:** La Organización Internacional del trabajo (OIT) define este concepto como: “una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral” (OIT, 1996, pp. 3) Sin embargo, la propia OIT en su Convenio Internacional del Trabajo (CIT) N° 121 ratificado por Uruguay, establece que cada país miembro debe definir el concepto de Enfermedad Profesional en su normativa interna. Es así que en Uruguay la Ley N° 16074 aporta la siguiente conceptualización: “Se considera enfermedad profesional la causada por agentes físicos, químicos o biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar de trabajo” (Uruguay, Ley 16074, Art. 38-42, 1989). 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. Las enfermedades profesionales indemnizadas son aquellas enumeradas en listas elaboradas por el Poder Ejecutivo. Anteriormente regía el decreto 167/981, del 8 de abril de 1981 mientras hoy rige el decreto 210/2011 de 13 de junio de 2011, por el cual se declara obligatoria la Lista de Enfermedades Profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (revisión 2010), con las excepciones que se determinan, y se deroga el Decreto No. 167/981 de 8 de abril de 1981.

A pesar de ser taxativa, la legislación nacional deja abierta la puerta a la inclusión de nuevas afecciones al establecer que tanto el trabajador como el patrono pueden acreditar ante el BSE el carácter profesional de una enfermedad que no esté aceptada como tal, siendo dicho organismo quien termina definiendo la cuestión. A efectos de probar si la patología padecida por un trabajador es una enfermedad profesional “no basta que se encuentre incluida en la lista actualizada, sino que es necesario que exista una relación causal entre la exposición en un entorno de trabajo o actividad laboral específicos, y una enfermedad puntual” (Gari G., 2011, pp.55).

**Enfermedad común:** A los efectos de la presente investigación se considera enfermedad común toda afección de la salud del trabajador a la que la legislación no le reconozca el carácter de enfermedad profesional.

**Trastorno mental:** El término trastorno mental carece de una definición operacional que englobe todas las posibilidades. Las enfermedades en general, se definen a partir de diferentes niveles de abstracción en base a síntomas, signos y exámenes exploratorios. Para unificar criterios al realizar un diagnóstico, las enfermedades y entre ellas los trastornos mentales, han sido definidos y clasificados mediante indicadores cuyos criterios están definidos en manuales estadísticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un manual llamado Clasificación Internacional de Enfermedades cuya última versión es la décima (CIE-10), que define al trastorno como “la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.” (OMS, 1992, p. 26).

#### **4.- MARCO TEÓRICO**

##### **Sistema de salud del país**

Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cuya conducción y rectoría está a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP) con participación del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El SNIS es financiado por un Seguro Nacional de Salud (SNS) que administra la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo que opera en el ámbito del MSP. El SNS posee un fondo público único y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), constituido por los aportes del Estado, empresas públicas y privadas, y de los hogares beneficiarios del SNIS; Este fondo al que aportan todos los uruguayos según sus ingresos con un sistema de topes, centraliza los aportes a la seguridad social en lo que refiere a la contingencia de la salud. El SNIS opera bajo un esquema de seguro social al que los individuos aportan según su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además el fondo redistribuye los recursos financieros desde los grupos con utilización baja de los servicios de salud, a los grupos que hacen un

uso más intensivo de los mismos. El sistema se encuentra fragmentado en cuanto a la oferta de servicios. Las instituciones que lo integran pueden clasificarse según el sector al que pertenezcan, pero todas están obligadas a brindar a sus usuarios los programas integrales de prestaciones aprobados por el MSP. En el sector público la principal red de servicios a nivel nacional es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Pero también otras instituciones públicas brindan asistencia total o parcial a ciertos grupos de la población. Los que ofrecen asistencia integral son: Sanidad militar, Sanidad policial, y el Hospital de Clínicas. Los que brindan atención parcial o atienden riesgos específicos son el Banco de Seguros del Estado (BSE) que tiene a su cargo la atención de trabajadores asegurados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y el Instituto de Medicina Altamente Especializada que brinda prestaciones de enfermedades de baja frecuencia y alto costo a través del Fondo Nacional de Recursos. En el sector privado los prestadores más importantes son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que actúan como seguros de prepago y cuentan con una red de prestadores propios. Estas entidades son sin fines de lucro y sus actividades están fuertemente reguladas por el Estado. Las posibles formas de afiliación a una IAMC son: individual, colectiva o a través de la seguridad social. A cambio de la cobertura que ofrecen, las IAMC cobran una cuota mensual, órdenes de atención y tickets de medicamentos cuyo valor está regulado por el MEF. Por los afiliados a la seguridad social, las instituciones reciben cuotas de parte de FONASA que cuentan con un componente de cápitas ajustadas por riesgo; de esta manera se asignan diferentes pagos por grupos de población según edad y sexo. Una parte menor de la demanda privada la cubren las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular, que ofrecen una cobertura total o parcial a cambio de un prepago y cuentan con mayor flexibilidad para operar en el mercado por tener menor control estatal; estas pueden ser un servicio alternativo o complementario a las IAMC; un ejemplo del primer caso son los seguros privados, y un ejemplo del segundo las emergencias móviles. Los usuarios del sistema tienen libertad para elegir entre prestadores públicos y privados e incluso pueden cambiar de prestador si así lo desean. Las fuentes de financiamiento del sistema son mixtas (pública y privada). La pública se integra por tributos y contribuciones a la seguridad social, y la privada por el aporte de los hogares mediante su gasto de bolsillo y las cuotas de prepago a organismos privados.

## **Actores y Política Nacional en materia de salud laboral**

La política de nuestro país en la materia incluye programas de protección de la salud laboral, fomento de la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, así como el diseño de planes de seguridad social, y un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. La responsabilidad de ejecución de estas tareas es compartida entre varias instituciones.

Se indican a continuación los actores más importantes, con sus respectivas competencias en la política nacional:

**Ministerio de Trabajo y Seguridad Social:** En nuestro país el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) es el organismo responsable de regular y dirigir la política nacional en lo referente a las relaciones de trabajo y su protección. El Ministerio tiene la potestad y la obligación de estudiar, coordinar y ejecutar la política laboral mediante la Dirección Nacional de Trabajo (DINATRA), donde funcionan además los consejos de salarios, donde se negocian condiciones salariales, y cuestiones relacionadas a las condiciones de trabajo. Mediante la Dirección Nacional de Seguridad Social (DINASS), el MTSS asesora al Poder Ejecutivo en el diseño y modificación de las políticas de seguridad social, además de evaluar y controlar la aplicación de las mismas. Asimismo, el Ministerio efectúa tareas de contralor de la legislación laboral y de la seguridad social a través de la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social (IGTSS), unidad ejecutora competente para la protección legal de los trabajadores en el empleo y en general de las condiciones de higiene, seguridad y medio ambiente en que el trabajo se desarrolla. Dentro de sus deberes está el de investigar las causas que hayan originado accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Como adscriptos al ministerio funcionan varios organismos, entre los que se halla el Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT), organismo tripartito presidido por la IGTSS e integrado por el MSP, el BSE, el BPS, representantes de los trabajadores (PIT-CNT), y representantes de los empleadores; sus objetivos son: estimular iniciativas y promover el desarrollo legislativo sobre prevención de riesgos laborales y mejora de las condiciones de trabajo, promover la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como analizar convenios y tratados internacionales para promover su aprobación, entre otros.

**Ministerio de Salud Pública:** es el organismo encargado de organizar y dirigir los servicios de asistencia e higiene del país, siendo responsable por la salud colectiva de la población. Además de tener a su cargo la dirección del SNIS, el MSP debe analizar la situación de salud del territorio nacional relevando y manteniendo actualizado un sistema de información y vigilancia del cual obtiene estadísticas sectoriales en base a las que planifica las políticas sanitarias. Es responsable por promover en coordinación con otros organismos, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. El MSP cuenta con varios planes abocados a atender las necesidades de salud de los uruguayos, en el marco de los cuales existe un Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) y un programa sobre salud ambiental y ocupacional.

**Banco de Previsión Social:** El Banco de Previsión Social (BPS) es el instituto de seguridad social en Uruguay. Su objetivo es brindar servicios que aseguren la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto, como responsabilidades familiares asociadas a la maternidad y el cuidado de los hijos, el desempleo, la enfermedad o accidente, la invalidez, vejez y sobrevivencia. El BPS otorga prestaciones para afrontar dichas contingencias que pueden ser en dinero (subsidios y pensiones) como en especie (planes de vivienda, de salud, cursos de capacitación, etc.). Dentro de las prestaciones económicas servidas por el banco se encuentra el subsidio por enfermedad, y las pensiones por incapacidad total y parcial, asistencias a la que recurren los trabajadores que por razones médicas se encuentran imposibilitados para trabajar. El BPS también abona un complemento a los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo y perciben un pago del Banco de Seguros del Estado; lleva adelante programas especiales de prevención de enfermedades del trabajador y reconversión laboral, visita empresas, imparte charlas, coordina cursos con institutos de enseñanza para tratar de maximizar la capacidad remanente del trabajador, y realiza jornadas sobre salud laboral.

**Banco de Seguros del Estado:** El Banco de Seguros del Estado (BSE) es el órgano facultado para administrar y controlar la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en nuestro país. La ley 16074 le otorga dicha potestad en régimen de monopolio, diseña el sistema de cobertura, y regula las obligaciones a su cargo. El seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ampara a toda persona que realice trabajos para un tercero, con independencia del tipo de tareas que ejecute, el lugar donde las desarrolle, cuál sea su categoría laboral, el tiempo que dure la

vinculación o las características de la misma; es obligatorio en todos los casos incluso cuando se trate de un trabajo no remunerado y se trata de un derecho irrenunciable. Consiste en brindar asistencia en caso de ocurrencia de accidente o enfermedad profesional, así como el pago de una indemnización por incapacidad temporaria durante el tiempo que la misma dure. La asistencia se presta en el país e incluye gastos médicos, odontológicos, y farmacéuticos; suministro de aparatos ortopédicos, accesorios que garanticen el éxito del tratamiento, gastos de transporte desde el lugar del accidente al de asistencia, y desde allí al domicilio o a la inversa, y los gastos de sepelio. El BSE debe prestar asistencia en todos los casos de accidentes laborales y enfermedad profesional tratando e indemnizando al trabajador con independencia de la existencia o no de cobertura a través de la contratación de una póliza. Las prestaciones económicas que paga son indemnizaciones temporarias y rentas por incapacidad permanente. El procedimiento a seguir en caso de ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional se detalla en la ley 16074. El BSE posee un centro de atención propio para víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que cuenta con instalaciones especiales para su rehabilitación. Además de la gestión técnica comercial, desarrolla actividades de prevención, educación y formación con la finalidad de fomentar la conciencia aseguradora y la prevención en la sociedad.

**Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional Trabajadores:** El PIT-CNT, Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT) y Convención Nacional Trabajadores (CNT), es la central sindical única del Uruguay. La máxima autoridad de la central sindical es el congreso nacional, del cual participan delegados de base de todos los sindicatos, asociaciones y federaciones. El congreso elige la Mesa Representativa, órgano de conducción de la Central, donde participan delegados de los principales gremios y el secretariado ejecutivo que ejerce la conducción ejecutiva del colectivo. El principio fundamental de la central es tutelar y defender los intereses generales y particulares de todos los trabajadores del Uruguay, bregando por agrupar en su seno a todas las Organizaciones sindicales del país. El PIT-CNT participa en varias instancias nacionales relacionadas a la salud laboral integrando comisiones bipartitas de seguridad y salud en el trabajo, y ámbitos tripartitos como los Consejos de Salario, y el CONNASAT. Además, la central sindical cuenta con un Centro de Estudios, el Instituto Cuesta-Duarte, asociación civil creada con el objetivo de brindar apoyo técnico a los trabajadores organizados. El instituto gestiona, organiza e implementa proyectos de investigación, formación y documentación socio laboral y sindical.

**Cámaras empresariales:** No existe una central empresarial única en Uruguay, sino numerosas agremiaciones. Sin embargo puede afirmarse que las cámaras que ostentan mayor representatividad son aquellas de más larga tradición histórica: la Cámara de Comercio, la Asociación Rural, la Federación Rural, la Cámara de Industrias del Uruguay, y la Asociación de Bancos. Estas agremiaciones representan los intereses y necesidades de los empresarios que nuclean, y su objetivo ha consistido en promover los intereses del sector al que representan así como su proyección en el plano político del país para influir en políticas específicas, sin manifestar un gran interés por organizarse en una central única que los represente en forma conjunta. Al igual que la central sindical de trabajadores, las cámaras participan en varios ámbitos que tratan temas de seguridad y salud en el trabajo tales como las comisiones bipartitas de salud, el CONASSAT y los Consejos de Salario.

**Facultad de Medicina:** La Facultad de Medicina depende de la Universidad de la República y fue fundada en 1875. La enseñanza clínica comenzó impartándose en el Hospital Maciel y luego se instalaron varias clínicas dependientes de la Facultad en el Hospital Pereira Rosell. Pero frente a la necesidad de tener un hospital clínico que permitiera articular la docencia y la investigación se fundó el “Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela,” que hoy aloja a casi todas las clínicas de la Facultad. Dentro del área de gestión académica de la institución se organizan numerosos departamentos, cátedras y clínicas, abocados al estudio de diferentes especialidades médicas con el objetivo de formar especialistas en diferentes áreas. Uno de ellos es el Departamento de Medicina Social y Administración, en el marco del cual opera el Departamento de salud ocupacional (DSO) creado en el año 1988 con el cometido fundamental de formar médicos especialistas en salud ocupacional. El DSO cumple actividades de docencia a través del dictado de cursos; de asistencia a través de la Policlínica de Salud Ocupacional donde se hacen diagnósticos especializados sobre enfermedades ocupacionales, se brinda asesoramiento sobre prevención de riesgos en el trabajo, y se evalúan las incapacidades laborales; actividades de investigación sobre condiciones y medio ambiente de trabajo de los diferentes procesos productivos y su repercusión en el proceso de salud y enfermedad de los colectivos involucrados; y actividades de extensión que incluyen el relacionamiento del departamento con los actores sociales del mundo del trabajo tales como sindicatos, empresas, instituciones públicas y privadas, ONG, entre otros.

## 5.- MARCO JURÍDICO

En un plano general el derecho a la salud está reconocido como derecho humano fundamental y como tal protegido por los instrumentos internacionales tutelares de dichos derechos. En el plano laboral, la Constitución de la República en su artículo 54 mandata a la ley el deber de reconocer a todo trabajador la higiene física y moral. Es así que en nuestro país existen varias normas en materia de salud laboral promulgadas con la finalidad de establecer un marco que proteja la salud de los trabajadores. Dicha reglamentación es vasta y su desarrollo excede el propósito del presente estudio. Sin embargo, se considera necesario exponer la normativa vigente en materia de enfermedades. Dentro de las **normas internacionales** cabe destacar algunos Convenios Internacionales del Trabajo (CIT) ratificados por Uruguay, y Recomendaciones Internacionales del Trabajo (RIT). El CIT 155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, establece directivas de prevención a nivel nacional y de empresa, especifica la necesidad de un sistema de inspección apropiado y suficiente que prevea sanciones adecuadas en caso de infracción, y mandata reexaminar periódicamente las políticas de seguridad y salud de los trabajadores y el medio ambiente de trabajo con el fin de evitar “los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo” (OIT, CIT 155, Art. 4, 1981). El CIT 121 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales establece las condiciones básicas a las que debe acogerse la legislación nacional en materia de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, reglamentando cobertura mínima, prestaciones, contingencias cubiertas, y aportando un listado de enfermedades profesionales que actualmente ha sido renovado. El CIT 161 sobre Servicios de Salud en el Trabajo determina la obligación de establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores y en todas las empresas en consulta con las organizaciones de trabajadores y empleadores más representativas; también insta a los estados ratificantes a garantizar la aplicación de procedimientos para la declaración de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por parte de los empleadores, y la elaboración de estadísticas anuales sobre el tema. **A nivel regional** la Declaración Socio laboral del Mercosur “establece que todo trabajador tiene derecho a ejercer sus actividades en un ambiente de trabajo sano y seguro, que preserve su salud física y mental y que los Estados partes se comprometen a formular, aplicar y actualizar en cooperación con los interlocutores sociales, políticas y programas en materia de salud y seguridad de los trabajadores y del medio ambiente de trabajo con el fin

de prevenir los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Dono, L., 2012, pp.15). Entre la **normativa nacional** podemos mencionar la Ley 16074, que declara obligatorio el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para todos los trabajadores, y regula el régimen de cobertura y los procedimientos. Asimismo, confiere al BSE la potestad de reconocer enfermedades profesionales no incluidas en el listado nacional. La Ley 14407 reglamentaria del subsidio por enfermedad establece el sistema de prestaciones en base al cual se brinda cobertura en el marco del sistema nacional de seguridad social a los trabajadores que deben ausentarse de su empleo a causa de una enfermedad común. Asimismo, la Ley 16713 crea y reglamenta el régimen jubilatorio y pensionario que cubre los riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia. El Decreto 83/996 crea el Consejo de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT), organismo tripartito cuya integración y cometidos fueron detallados al describir la estructura y funciones del MTSS bajo la órbita del que opera. El CONASSAT reglamentó el CIT 155 para las actividades en general a través del Decreto 291/007 que mandata la creación de comisiones bipartitas y tripartitas de salud. También trabajó en el Decreto 210/011 por el cual Uruguay “adoptó la nueva lista de enfermedades profesionales aprobada por el Consejo de Administración de la OIT con fecha 25 de marzo de 2010” (Dono, L., 2012, pp.18). Esta lista cuenta con 106 enfermedades y a sugerencia del CONASSAT excluye los trastornos mentales y del comportamiento (ver anexo I). La lista anterior anexa al CIT 121 databa de 1981 y reconocía sólo 29 enfermedades. Sin embargo, la Ley aclara que “la nómina de enfermedades profesionales no es fija, ya que puede ser ampliada por el Banco, dando cuenta al Poder Ejecutivo, sin perjuicio de las nuevas enfermedades profesionales que resulten de la aplicación de los convenios internacionales suscritos por el país” (Mangarelli, C., 1998, pp.388). El Decreto 127/2014 establece la implementación obligatoria de Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo en todas las empresas uruguayas de cualquier actividad sea cual fuere su naturaleza, otorgando para ello un plazo máximo de cinco años. La norma reglamenta la integración, condiciones mínimas y funciones de dichos servicios. Entre muchas otras funciones estos órganos deben vigilar la salud de los trabajadores en relación con el trabajo, participar en el análisis de las enfermedades profesionales, y llevar un registro estadístico de las mismas, con lo cual se da cumplimiento a través de ellos al CIT 161. Los Decretos 64/004, 169/004 y 41/012 reglamentan un código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Comunicación Obligatoria y establecen que en caso de enfermedades profesionales o evento vinculado al trabajo, se deberá informar a la unidad de vigilancia epidemiológica del

MSP, al BSE y a la IGTSS. Por último, cabe mencionar la Ley 5032 de prevención de accidentes de trabajo que establece la obligatoriedad del empleador de respetar las medidas de prevención y seguridad laboral que dicte el Poder Ejecutivo a fin de prevenir accidentes de trabajo. “Tan amplio se considera su ámbito de aplicación que cada vez que se dicta un decreto de Seguridad y Salud en el Trabajo, específico para alguna actividad en particular, se funda en la Ley 5032” (Dono, L., 2012, pp. 16).

## **6.- OBJETIVOS GENERALES**

Los siguiente “objetivos generales” guiaron el desarrollo de la investigación:

- Conocer la estructura del sistema de salud del país y la política de inclusión de padecimientos en el listado de enfermedades profesionales.
- Determinar qué efecto tienen las condiciones y medio ambiente de trabajo sobre la salud mental de los trabajadores.
- Indagar cuál es la tutela que el gobierno ejerce en lo referente a la salud mental de los trabajadores.

## **7.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Asimismo, se pretendieron alcanzar los siguientes objetivos específicos en el ámbito de este estudio:

- Investigar la normativa en materia de salud laboral y enfermedades profesionales, los procedimientos en caso de ocurrencia de enfermedad profesional, las instituciones involucradas, y su rol en dicho proceso.
- Identificar y definir la competencia de los organismos nacionales implicados en el reconocimiento de nuevas enfermedades profesionales.
- Investigar las razones que impidieron reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional en la última actualización realizada.
- Indagar cómo se estructura el sistema nacional de recopilación y análisis de datos sobre enfermedades profesionales y cuál es su aplicación práctica.

- Investigar si el personal médico del país posee recursos suficientes para establecer el origen laboral de un trastorno mental y cómo logra establecer la interrelación de la enfermedad mental con el trabajo.

## **8.- HIPÓTESIS**

Se trabajó sobre la base de las siguientes hipótesis:

- Trabajar expuesto a riesgos de tipo psicosocial afecta la salud mental de los trabajadores.
- Resulta médicamente posible determinar el origen laboral de un trastorno mental.
- Las dificultades que el país enfrenta para proteger la salud mental de los trabajadores se derivan de su deficiente sistema de recolección y análisis de datos estadísticos.

## CAPÍTULO II

### 9.- MARCO METODOLÓGICO

La finalidad de esta investigación fue analizar si las enfermedades mentales de los trabajadores son tomadas en cuenta en nuestro país, y cuáles son los argumentos y datos utilizados para analizar dichas patologías. En una primera etapa se recopiló y analizó información referente al tema escogido. En base a ella se elaboró el marco conceptual y el marco teórico. También en esta instancia se redactaron los objetivos e hipótesis, se definió el abordaje, el diseño, y las técnicas a utilizar para el estudio. En una segunda etapa se elaboraron las pautas de entrevistas, se entrevistó a informantes calificados, y se solicitaron datos secundarios a los organismos pertinentes. En una tercera etapa se analizó la información recopilada y se finalizó con la redacción de conclusiones.

**9.1.- Abordaje:** El trabajo fue abordado mediante una metodología cualitativa.

Se escogió este método porque deslinda al investigador de la necesidad de elaborar muestras representativas además de posibilitar el acercamiento de la teoría a la experiencia permitiendo lograr un armonioso equilibrio entre ambas fuentes de información. Considerando que el diseño explicativo permite responder a las causas de un fenómeno, explicar en qué condiciones ocurre y porqué dos o más variables están relacionadas, fue el elegido para diseñar el trabajo en función de los objetivos planteados.

**9.2.- Técnicas:** La recopilación de información se efectuó mediante la técnica de entrevistas optando por aplicar el modelo de entrevista semiestructurada donde se respetan los temas a trabajar durante la reunión, pero el entrevistador puede decidir libremente el orden de presentación de los mismos y el modo de formular las preguntas. Las pautas de preguntas fueron planificadas a través del diseño de un esquema flexible, dinámico, no estandarizado y abierto con la finalidad de dirigir la conversación hacia el tema definido en el marco de la investigación y otorgar al interlocutor suficiente libertad para expresarse. Esta herramienta se consideró adecuada al propósito del trabajo por brindar una gran riqueza informativa, ser personalizada y permitir indagar y repreguntar para clarificar o profundizar en aspectos clave. A través de este instrumento, los interlocutores se convierten en informantes que actúan como observadores del

investigador representando sus ojos y oídos en el campo. Por lo tanto, resultaba necesario identificar el perfil de informante calificado, es decir, persona referente en la temática analizada, con participación en los procesos de toma de decisiones a nivel nacional. Se entendió que los integrantes del Consejo de Seguridad y Salud en el Trabajo reunían estos requisitos y además representaban a la totalidad de las instituciones involucradas en el tema. Adicionalmente, se seleccionó al Departamento de Salud Ocupacional, y a la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina como informantes calificados, por entender que podían aportar información médica especializada de alta calidad. Una vez identificadas las personas referentes, se solicitó la integración del CONASSAT a la IGTSS y se obtuvo una lista de nombres asociados a los organismos que cada uno representaba. Luego se contactó a estos organismos y se solicitó la entrevista con cada representante. En la mayoría de los casos para tener acceso a ellos alcanzó con completar los trámites administrativos exigidos. Por otro lado, para complementar la información y ampliar algunos conceptos se entrevistó a dos doctores en medicina en su calidad de especialistas: a la Profesora Agregada del DSO quien casualmente resultó ser a la vez representante del BPS en CONASSAT, y a la Profesora Agregada de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. En suma, se concretaron 9 entrevistas que fueron transcritas e incluidas en el sector “Anexos” del presente trabajo. Los encuentros se llevaron a cabo en las diferentes instituciones procurando construir “rapport”, es decir una relación de confianza y buen entendimiento con “el otro”, para generar un espacio de diálogo que permitiera lograr la mayor apertura y franqueza de parte de los entrevistados. Se intentó sacar el mayor provecho de estas instancias pretendiendo interpretar el sentir y pensar de los actores en relación a los temas planteados, observando su comportamiento y lenguaje corporal, prestando atención a sus silencios y tonos de voz, además de escuchar el contenido de sus declaraciones, para luego hacer una lectura global de la significación que cada uno otorgó al tema y a partir de ello efectuar un análisis objetivo. La intención primaria fue sumar al examen de esta información el análisis de datos secundarios que fueron solicitados a todos los informantes; sin embargo, algunos actores afirmaron no poseer datos estadísticos (PIT-CNT, CIU), y los que aseveran tenerlos (BPS, MTSS y MSP) se comprometieron a enviarlos, pero desafortunadamente los datos nunca llegaron. Es por este motivo que el desarrollo se basa exclusivamente en el análisis de la información recabada durante las entrevistas.

## **CAPÍTULO III**

### **10.- ANÁLISIS**

De la información recopilada surge que la tutela de la salud mental de los trabajadores uruguayos es un tema complejo que presenta muchas dificultades en su abordaje. Para dar cuenta de ellas el análisis se ha organizado bajo los siguientes subtítulos: contexto social, datos estadísticos, disponibilidad de recursos humanos y económicos, rol del Estado, actores sociales, acciones paliativas, multicausalidad e imposibilidad de comprobación clínica, factores de riesgo, trastornos más frecuentes y trabajos más riesgosos. En los siguientes apartados se retoman las ideas expuestas por los informantes consultados. La versión completa de las entrevistas puede ser consultada en la sección de anexos.

#### **10.1- Contexto social**

A pesar de que todos los actores del CONASSAT opinan que la salud mental de los trabajadores es un tema serio que necesita ser atendido, los trastornos mentales no fueron incorporados al listado de enfermedades profesionales del Decreto de 2011 por entenderse en dicho ámbito que el país carece de madurez para poder afrontar la problemática. Esta falta de madurez es en gran parte producto del subdesarrollo del país. En Uruguay vivir resulta costoso; los salarios son en general muy bajos en relación al alto costo de vida. Esto determina que los trabajadores no puedan atender adecuadamente sus necesidades básicas, entre ellas la atención a su salud. Tampoco pueden hacer frente a otro tipo de gastos como aquellos derivados de una alimentación sana, o de actividades de esparcimiento. Para compensar esta situación, muchas veces las personas trabajan más horas de las que deberían. En virtud de mantener su empleo, especialmente en la actual época de recesión, aceptan e intentan acostumbrarse a las presiones empresariales. El universo empresarial uruguayo es muy heterogéneo y se compone en su mayoría de pequeñas empresas. Los empresarios también deben lidiar con presiones derivadas de la situación de mercado y hacer lo posible por mantener la competitividad en un país tomador de precios. Como resultado, se vive en un constante estado de estrés. Todos estos factores impactan negativamente sobre la salud de la población, que en muchas ocasiones

apela al uso de sustancias como una vía de escape. Las adicciones como el alcohol o la droga, generan a su vez serios problemas de índole social y laboral.

Nuestro país ha experimentado un fuerte crecimiento de la tasa de sindicalización en los últimos tiempos y posee un buen desarrollo del tripartismo, pero la negociación colectiva continúa centrada en temas muy básicos como la recuperación salarial, el salario mínimo, y el mantenimiento de las fuentes de trabajo, en virtud de intentar mejorar la calidad de vida de la población. Este contexto dificulta la posibilidad de tratar otros temas de singular importancia como la salud laboral, con la seriedad y la constancia que merecen. Como consecuencia, las certificaciones médicas aumentan, y entre ellas las enfermedades mentales ocupan un lugar preponderante.

Algo parecido ocurre en el ámbito de la salud. Uruguay implementó en el año 2008 una reforma sanitaria que estableció un sistema integral y universal, y permite que el Estado controle a los prestadores de salud. El sistema es aún joven, y habiendo tantos aspectos sobre los que trabajar, debió establecer prioridades en las cuales concentrarse. Considerando que somos una sociedad envejecida, se enfocó en temas tales como reducir la mortalidad infantil, cuidar la salud materna, y dar seguimiento a los niños en su primera infancia. También se realizó una encuesta nacional de enfermedades prevalentes, es decir, aquellas que por factores ambientales o coyunturales se producen con frecuencia. De la mencionada encuesta surgió que las enfermedades prevalentes del Uruguay son las de tipo no transmisible como por ejemplo las cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad; pero no podemos precisar si alguna de ellas tiene origen laboral y el MSP afirma estar lejos de poder pesquisar esa información.

Otra de las acciones realizadas por el MSP fue la creación de un programa de salud mental. De acuerdo a la información proporcionada por el organismo somos una sociedad altamente medicalizada, y en particular con medicación psiquiátrica que genera dependencia. Por eso también se consideró prioritario establecer la atención a la salud mental como una prestación más dentro del paquete obligatorio impuesto a los prestadores de salud. Anteriormente este aspecto estaba desatendido y dejaba la atención de los pacientes psiquiátricos librada a las posibilidades económicas de cada familia que debía afrontar de forma particular los costos de terapia, medicación, y cuidados en general.

Por otra parte, fue necesario solucionar problemas de acceso económico a través de la regulación del sistema de tickets que los prestadores de salud cobran a los usuarios, y de acceso geográfico estableciendo un mínimo de policlínicas por área. El tiempo de acceso a las especialidades médicas y dentro de ellas la atención a la salud mental, también debió ser regulado.

Estos primeros pasos recientemente dados por nuestro país en plan de tutelar la salud mental de la población en general, hacen suponer lejana la posibilidad de ocuparse de la salud mental de grupos particulares como por ejemplo, los trabajadores.

En Uruguay la atención en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales está monopolizada a cargo del BSE, institución con fuerte impronta reparadora, altamente especializada en accidentes de trabajo y en aspectos traumáticos, quirúrgicos y ortopédicos. Sin embargo, y de acuerdo a la información aportada por los informantes consultados, el ente actualmente no se preocupa de analizar las enfermedades profesionales con fines preventivos. No poseen un buen sistema de registros; la información estadística que generan está focalizada en accidentes de trabajo y ni siquiera permite individualizar los casos de enfermedad profesional. Hasta hace muy poco tiempo la institución no contaba con médicos especialistas en salud ocupacional. En el año 2010 contaban solamente con 2 médicos especializados en salud mental; esta es una de las razones por la cuales cuando se actualizó el listado de enfermedades profesionales, la posibilidad de indemnizar los trastornos mentales resultó inviable.

Asimismo cabe destacar que la falta de prioridad otorgada a la recopilación y el análisis de datos a fin de producir información estadística que sirva de base en materia de prevención, no está limitada a la órbita del BSE. Podría decirse que se trata de un tema cultural, ya que ninguno de los actores sociales se preocupa por generar este tipo de insumos.

Otro tema de tipo cultural que preocupa al sector empresarial y también al BPS, es la creciente falta de compromiso hacia el trabajo detectada en los últimos años. Perciben un alto desinterés de parte de los trabajadores que ya no se motivan con incentivos económicos y muchas veces prefieren acogerse al seguro por desempleo, llegando en algunos casos a solicitarlo directamente a su empleador; la reducción salarial que esto ocasiona ya no actúa como incentivo de permanencia en el trabajo.

Esta tendencia preocupa también al MTSS quien implementó una estrategia de “Cultura del Trabajo para el desarrollo” a fin de generar cambios en este sentido. En medio de esta coyuntura la posibilidad de abrir un nuevo canal de certificación asociado a la esfera de la salud mental con la dificultad de comprobación clínica que caracteriza a estas afecciones, genera reticencia en el sector empresarial y en el BSE, ya que temen que su reconocimiento incentive el ausentismo. Manifiestan que para poder adicionar los trastornos mentales al listado de enfermedades profesionales indemnizadas, los organismos públicos involucrados necesitan contar con un muy buen equipo de profesionales capaces de analizar los casos que se presenten.

En ese sentido, el escaso desarrollo que la salud ocupacional como disciplina posee en nuestro país resulta problemático, ya que hasta hace poco tiempo el mercado laboral para quienes se formarían en esta materia era muy reducido y como consecuencia de ello contamos hoy con pocos médicos especializados.

Sin embargo, la perspectiva de creación de los Servicios de Salud en el Trabajo que impone el Decreto 127/2014, amplía el campo laboral de estos profesionales. Se espera que los servicios de salud en el trabajo sean un valioso instrumento de prevención y promoción de la salud en las empresas, y generen información estadística de calidad en materia sanitaria. Estos servicios se implementarán gradualmente llegando a ser obligatorios para todas las ramas de actividad dentro de 5 años, período durante el cual se prevé que muchos profesionales finalicen su especialización en salud ocupacional.

Por último, cabe mencionar que nuestro país no cuenta en la actualidad con una Ley de seguridad y salud en el trabajo que regule la materia y provea a los técnicos y políticos de un marco que respalde su accionar y su capacidad punitiva. No obstante, el CONASSAT trabaja actualmente en un proyecto de este tipo.

## **10.2- Datos Estadísticos**

Una de las dificultades encontradas a nivel nacional en cuanto al relevo de información sanitaria, es que cada organismo involucrado tenía hasta hace poco tiempo su propio sistema de recolección y registro de datos; estos sistemas diferían entre sí dificultando mucho el reporte de información. El MSP trabaja en la armonización de los sistemas, así

como en la reglamentación de procedimientos de captura y reporte de datos. Desde la división de vigilancia epidemiológica también se trabaja en la definición de casos, esto es, precisar cuándo se está frente a una situación que debe ser reportada; esto es importante porque para obtener información de calidad, es indispensable que los técnicos sepan con certeza cuál es la información a relevar, y de qué manera deben hacerlo; de esta forma se evita que las enfermedades sean sub-diagnosticadas, lo que impediría toda posibilidad de controlar si los prestadores de salud cumplen u omiten su deber de reportar los casos que establece el Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Comunicación Obligatoria entre los cuales se hallan las enfermedades profesionales. Por otro lado, sin este tipo de definición muchas veces se reporta información insuficiente que no proporciona referencias precisas sobre las causas de origen de las enfermedades. Dentro de las definiciones quedará establecido entre otras cosas, qué se entiende por un caso de enfermedad vinculada al trabajo, y a partir de entonces se espera poder pesquisar las enfermedades de origen laboral desde el MSP.

No obstante, la información oficial sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales surge de los registros del BSE. Este organismo recibe las denuncias de parte de los empleadores, de los prestadores de salud, y de los trabajadores, las procesa y las comunica a su vez al MTSS y al MSP.

Sin embargo, el BSE enfoca su accionar en los accidentes de trabajo sobre los cuales hace mediciones y publica datos, y descuida el registro y análisis de las enfermedades profesionales.

El formulario que se utiliza para alimentar el sistema de registros del BSE es único, y califica como siniestro a todo caso que se presente sin aclarar si corresponde a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional. El mencionado formulario debería finalizar con una resolución del organismo donde conste dicha precisión. Sin embargo, el MTSS manifiesta no recibir del banco la información desagregada; a pesar de eso, todo el análisis estadístico que el Ministerio genera se basa en la cifra global de siniestros que el BSE le reporta, cifra que engloba accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Como resultado de esta situación, el MTSS no cuenta con información consistente sobre enfermedades profesionales.

En el año 2014 el BSE reportó un total de 54000 siniestros. Este número refleja la totalidad de denuncias recibidas y asistencias brindadas. Sin embargo, luego de ajustar el criterio de medición la cifra bajó a 51000. El nuevo criterio aplicado incluye sólo aquellas denuncias en las que el BSE luego de estudiar el caso, concluyó que efectivamente se trataba de un accidente de trabajo o enfermedad profesional. El PIT-CNT entiende que la aplicación del nuevo criterio ocasiona un sub-registro de rechazos porque aquellos casos rechazados desde un primer momento nunca ingresan al sistema y por lo tanto tampoco se ven reflejados en las estadísticas. Así, el BSE reporta un porcentaje de rechazos del 5%, mientras que los datos manejados por la central de trabajadores arrojan un porcentaje de rechazos del 30%.

Otro tema que preocupa al PIT-CNT es la falta de precisión de las publicaciones del BSE. Entienden que el ente efectúa una mala clasificación de la información y como consecuencia la siniestralidad laboral se ve minimizada. Aseguran que el 82% de las muertes por accidentes de tránsito publicadas, son en realidad accidentes de trabajo sufridos por choferes, vendedores, y otro tipo de trabajadores que conducen. Como producto de esta imprecisión, la población visualiza una atenuada versión de la realidad.

El MSP en cambio, recibe información discriminada por parte del BSE sobre enfermedades profesionales de tipo infectocontagioso, y aquellas relacionadas con metales; esto se debe a que la cobertura de estas afecciones por parte del BSE está reglamentada en una Ley específica cuyo cumplimiento debe controlar el MSP. Pero el resto de las enfermedades profesionales no le son reportadas de manera adecuada. A pesar de ello, el MSP asegura que el BSE es consciente de su omisión y está transitando un cambio positivo que incluye modificar su sistema de captura y registro de datos.

Lo cierto es que nadie fiscaliza al BSE. Nadie controla su gestión; nadie exige que cumpla con el deber de generar información suficiente, y la reporte de manera adecuada a los organismos competentes.

Pero la importancia de la información estadística en materia de salud laboral no sólo es desestimada por el BSE.

El DSO (Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina) registra los casos que atiende y los reporta al Servicio de Registros Médicos del Hospital de Clínicas, pero no posee datos discriminados, ni elabora reportes estadísticos de las patologías.

La CIU no releva datos estadísticos sobre ausentismo, ni los discrimina por sectores, o por tipo de patología. Aducen que los casos difieren mucho de una empresa a la otra y para hacer un estudio serio sería necesario evaluar el ausentismo a la interna de cada una; estiman que los Servicios de Salud en el Trabajo serán de gran ayuda en esta tarea.

El Instituto Cuesta Duarte no produce estadísticas en materia de salud ocupacional. El PIT-CNT no releva datos acerca del nivel de cumplimiento de las cláusulas sobre condiciones salariales acordadas en los convenios colectivos. La secretaría de salud laboral de la central investiga algunas situaciones sectorizadas y algunos temas concretos, y brega por conseguir que Cuesta Duarte elabore estudios de carácter general. Consideran que la cobertura de las enfermedades vinculadas al trabajo está instrumentada en función de una lógica que prioriza la economía estatal y empresarial ante la salud de los trabajadores. No admiten que el BSE no releve enfermedades profesionales. Manejan datos de OIT según los cuales por cada accidente de trabajo ocurren entre 4 y 5 enfermedades profesionales. Basándose en este informe y en el número de accidentes publicados por el BSE, calculan que en el año 2014 hubo aproximadamente 200 mil casos de enfermedad profesional en Uruguay. Entienden que lo significativo de la cifra debería motivar la pesquisa de datos y producción de estadísticas que habiliten la evaluación epidemiológica de las ocupaciones.

Por otro lado, estiman que el estrés es una de las causas más importantes de enfermedad laboral del país, y reprobaban la inexistencia de datos al respecto.

La información proporcionada por el BPS confirma dicha percepción. Un estudio puntual realizado en el 2014 sobre la distribución por patologías del año 2013, arroja que los trastornos mentales ocupan el segundo lugar luego de las enfermedades osteoarticulares; A pesar de esto, el organismo no discrimina las certificaciones médicas por trastornos mentales en función del diagnóstico o del sector de actividad.

El MSP reconoce que la salud mental de los trabajadores es un tema de gran preponderancia, pero por ahora no elabora indicadores en la materia que orienten planes de vigilancia epidemiológica.

La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina que opera en el Hospital de Clínicas y atiende entre otros casos a pacientes con patologías psiquiátricas de origen laboral, no es consultada por ninguna institución, ni está obligada a comunicar la información que genere.

### **10.3- Disponibilidad de Recursos Humanos y Económicos**

La realidad uruguaya obliga a solucionar múltiples aspectos con escasos recursos económicos. Esta limitación presupuestal determina que muchas veces las instituciones no puedan contratar personal en cantidad suficiente. A su vez, la insuficiencia de recursos humanos exige priorizar los aspectos más urgentes y dejar relegados los importantes. La salud mental de los trabajadores es considerada un aspecto importante por todos los actores consultados, pero como producto de esta lógica no recibe la atención que debería.

El BSE no trabaja en ningún plan de acción que facilite el futuro reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedad profesional. El poco personal que integra el departamento de Administración de Riesgos debe atender un gran volumen de trabajo que incluye labores de inspección, investigación y capacitación en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Sólo 16 personas se ocupan de llevar adelante esta tarea en todo el país. La evaluación de un caso técnicamente determinado puede llevar alrededor de 5 horas. Pero ni siquiera está técnicamente determinado qué es lo que se debe evaluar en materia de enfermedades mentales de origen laboral, y por lo tanto, la tarea no se aborda.

En el BSE la producción estadística está supeditada a la cantidad de personal con el que la institución cuente en los diferentes períodos; en aquellos de mayor escasez de recursos humanos, la tarea se interrumpe.

El MSP opina que si el banco tuviera mayor capacidad financiera podría contratar más personal y atender de mejor manera estos asuntos. Al momento de evaluar la actualización del listado de enfermedades profesionales el BSE contaba con un psicólogo, un psiquiatra

y ningún médico especialista en salud ocupacional; claramente no poseía recursos suficientes para asumir el compromiso de evaluar e indemnizar los trastornos mentales de índole laboral que se presentaran, considerando además que se esperaba una gran demanda de atención.

Con respecto a su propio presupuesto, el MSP expresa que es limitado. Gran parte del dinero destinado a la salud no llega al MSP ni a ASSE, sino que es derivado a otras instituciones. Las restricciones presupuestales impiden implementar herramientas que dirijan un plan de acción en materia de salud mental laboral. A modo de ejemplo se menciona que a pesar de tener claro que la salud y la educación son trabajos que presentan riesgos para la salud mental, no les resulta posible hacer un “screening” que de cuenta del estado de salud de dichos trabajadores. Siguiendo la experiencia en Suecia, les gustaría implementar rondas en salud mental; esto consiste en la aplicación de encuestas a los trabajadores que permiten medir su percepción del riesgo en las diferentes actividades, para luego clasificar los sectores en función del puntaje obtenido de acuerdo a parámetros establecidos, y determinar el grado de riesgo al que cada uno está expuesto. Ese paneo global permite identificar las áreas más sensibles en las que hay que enfocar la prevención. Si bien el MSP entiende que este es el camino a seguir, por el momento no cuenta con recursos que le permitan desarrollar la estrategia.

Otro tema a tener en cuenta es la distribución del gasto que se le otorga al presupuesto destinado a la salud. Hoy el SNIS está enfocado en el 3er nivel de atención al que se destina el 90% del presupuesto, pero el análisis de la carga de enfermedad indica que debería priorizarse el primer nivel de atención; este nivel incluye la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En orden de potenciar estos aspectos, fue necesario estructurar cambios en la carrera de medicina para dejar de formar médicos enfocados en la medicina reparadora y asistencialista, y empezar a formar médicos que pongan foco en la promoción y prevención de la salud. Sin embargo, hace falta esperar 10 años para que los primeros profesionales del nuevo plan egresen.

Los Servicios de Salud en el trabajo que recientemente empezaron a operar en algunos sectores, tampoco escapan a la problemática económica. Sabiendo que la gran mayoría de las empresas uruguayas son PYMES, se estima que a muchas les será difícil sino imposible contratar un equipo de profesionales. En ese sentido, se consideró oportuno

empezar por implementar los servicios en el sector de la salud, considerando que ya cuenta con los recursos humanos necesarios; se espera que estos servicios se afiancen y fortalezcan en el correr de los próximos años, y puedan atender posteriormente a trabajadores de otras empresas o ramas de actividad; de esta forma la carga económica del pequeño empresario se vería atenuada.

La CIU opina que es necesario controlar la salud mental de los trabajadores y la salud laboral en general, y que si la IGTSS contara con mayor presupuesto podría contratar personal e incrementar por ejemplo el número de inspectores de condiciones de trabajo para controlar la aplicación del Decreto 291 de 2007, relevando si se cumple con tener instaladas y funcionando las comisiones bipartitas de salud, y a futuro controlando el cumplimiento del Decreto 127/2014 sobre Servicios de Salud en el Trabajo.

En cuanto a la formación de recursos humanos, el país cuenta con pocos médicos especializados en salud ocupacional. Estos profesionales se están formando y se espera que muchos egresen en los próximos años.

También resulta necesario regular las competencias de los profesionales que intervienen en temas relacionados a la salud mental laboral y controlar a las entidades que brindan formación, porque está sucediendo que los psiquiatras y psicólogos se autodefinen expertos en la materia y no hay regulación. Estos y otros aspectos están considerados en el proyecto de Ley de Salud Laboral que hoy integra la agenda del CONASSAT.

El MSP espera poder incluir gradualmente a otros colectivos en el Programa Nacional de Salud Mental que hoy prevé atención a los docentes y al personal de la salud que consulte por temáticas laborales. Pero esto requiere que previamente los prestadores de salud formen equipos capaces de trabajar de manera integrada, elaborando diagnósticos conjuntos, para que la atención sea efectiva.

El PIT CNT entiende que toda la problemática sobre enfermedades profesionales en nuestro país se reduce a un tema de costos económicos.

Con respecto a las enfermedades mentales argumenta que existen protocolos para evaluar el estrés laboral y métodos para desagregar qué porcentaje de dicho estrés puede ser atribuido al trabajo, y qué porcentaje es consecuencia de otros factores. En su opinión todo

lo que hace falta es adaptar esos instrumentos a nuestra realidad, pero no se hace por falta de voluntad. Para la central obrera la problemática puede ser muy amplia, pero la raíz del problema radica en que no hay voluntad de reconocimiento de parte del organismo a cargo de los pagos. Por otra parte, si el BSE reconociera los trastornos mentales como enfermedad profesional, la prima que cobra a los empresarios aumentaría su valor. En consecuencia, las enfermedades mentales no se indemnizan, y los trabajadores sienten que existe una confrontación de derechos humanos ya que para ejercer su derecho a un trabajo digno, se ven obligados a menoscabar su derecho a la salud.

En definitiva, se infiere que el Estado y las Cámaras Empresariales conciben la salud de los trabajadores como un costo laboral y temen que la indemnización de la salud mental a nivel profesional pueda incrementarlo significativamente.

No obstante, un análisis de costos de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo que la OIT realizó entre los países integrantes de la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) en el año 2003, indica que el costo encubierto de los mismos equivale al 4% del PBI de dichos países, y estiman que en los países subdesarrollados puede llegar al 10%. El estudio no discrimina estos costos por tipo de enfermedad, pero considerando el alto número de certificaciones médicas por trastornos mentales que el BPS indemniza, podría suponerse que en nuestro país la salud mental de los trabajadores implica un costo muy elevado.

En base a estas consideraciones podría sostenerse que evitar el problema de la salud mental de los trabajadores no es la mejor forma de cuidar la economía.

#### **10.4- La acción de las Agencias del Estado**

El Estado actúa a través de diferentes agentes que se ocupan de gestionar la salud de los trabajadores. A continuación se analiza cuál es el servicio que cada órgano brinda en relación a la salud mental laboral, y qué dificultades afronta en la ejecución de dicha labor.

##### **Departamento de Salud Ocupacional**

El DSO (Facultad de Medicina) brinda asesoramiento médico a trabajadores de diferentes ramas de actividad que son derivados en algunas ocasiones por el médico tratante, en

otras por compañeros que conocen el servicio, y en otras por algún referente sindical; cualquier persona puede concurrir. Sólo necesita agendarse y asistir a su cita en las policlínicas del departamento. Todos los trabajadores poseen un prestador de salud, por eso el DSO no les otorga tratamiento; su servicio consiste en evaluar el caso y hacer recomendaciones. Cuando el trabajador padece una enfermedad común es derivado a su prestador de salud, y cuando el caso es evaluado como enfermedad profesional se le indica asistir en el BSE. La persona es orientada con recomendaciones para su vida laboral, y también se le sugiere tratarse con un psiquiatra y/o psicólogo que de seguimiento a su trastorno. Muchas veces se le entrega al trabajador un informe diagnóstico dirigido a su médico tratante que él puede presentar a su vez en la empresa, o en el BSE. El DSO también elabora indicaciones para las organizaciones cuando los médicos detectan que es necesario hacer adecuaciones en los puestos o en la organización del trabajo para contribuir a mejorar la salud del trabajador. Es frecuente que los trabajadores en proceso de juicio laboral acudan al DSO a solicitar una opinión médica sobre su situación.

De acuerdo a los especialistas en salud ocupacional en la mayoría de los casos los trastornos mentales causan algunas dificultades de adaptación al empleo, pero no impiden la capacidad de trabajo del trabajador, e incluso muchas veces, trabajar puede ayudarlo a mejorar. Pero también es posible que el trabajo afecte negativamente a la persona. Entre los trabajadores que consultan al DSO se ven mayormente casos de estrés, estrés crónico y las consecuencias derivadas de estos factores, tales como síndromes depresivos, síndromes de ansiedad, síndrome de burnout, o estrés post traumático como consecuencia de una situación de violencia en el trabajo. De todas estas afecciones, el BSE sólo ha aceptado algunos casos de estrés pos traumático de acuerdo a lo informado por el DSO.

En opinión del DSO los trastornos mentales son una de las afecciones más comunes entre las no catalogadas como profesionales, además de ser una de las causas más frecuentes de certificación médica en nuestro país y en el mundo entero, y cuyo número va en aumento. Atribuyen la proliferación de estos problemas al acelerado ritmo de vida, así como a las exigencias y deshumanización del trabajo en pro de la productividad. El sufrimiento que todo esto genera afecta a trabajadores en todos los niveles jerárquicos, pero es aún mayor entre los empleados de menor jerarquía. A pesar de que muchas veces los trastornos mentales se originan en el trabajo eso se desconoce porque no todos los pacientes pasan por una evaluación diagnóstica realizada por especialistas en salud

ocupacional. Como resultado los trabajadores son indemnizados por el BPS; esto representa una gran dificultad porque contribuye a minimizar la magnitud de un problema que es necesario evidenciar para que a partir de su reconocimiento se implementen métodos de prevención.

En este proceso la primer tarea a realizar es identificar los factores de riesgo que están presentes en el trabajo y asociarlos con el efecto que producen en la salud del trabajador. En el caso de los trastornos mentales los factores de riesgo fundamentales son los vinculados a la organización del trabajo, y generalmente son los más difíciles de reconocer.

Otra dificultad encontrada para establecer la interrelación trabajo-enfermedad mental, es la multicausalidad de estas afecciones; los factores estresantes del trabajo afectan de manera diferente a las personas dependiendo de su historia de vida personal, y eso dificulta establecer en términos generales cuánta carga tiene el trabajo en la enfermedad padecida por los trabajadores. A criterio del DSO el país cuenta con profesionales capacitados para realizar esta tarea, pero no posee capacidades coyunturales para abordar el problema. Es necesario que los servicios de salud terminen de establecerse, que el programa de salud mental del MSP aborde con mayor profundidad el asunto de la salud mental en el trabajo desde un enfoque multidisciplinario, y que se sensibilice el reconocimiento del problema para poder reconocerlas.

Hace falta un análisis profundo que aborde las dos caras de la problemática en salud mental laboral, trabajando por un lado en lograr el reconocimiento del trabajo como un factor que afecta la salud, y por otro, en desnaturalizar el estigmatismo social que hoy deben afrontar los trabajadores afectados por trastornos mentales.

En la visión de los especialistas en salud ocupacional los trastornos mentales deberían ser reconocidos como enfermedad profesional en forma paulatina. Para ello se debe avanzar progresivamente en la resolución de las dificultades que hoy lo impiden; de lo contrario se correría el riesgo de enfrentar un sobre diagnóstico de enfermedades mentales y una consecuente demanda imposible de cubrir.

## **Banco de Seguros del Estado**

Por ser el BSE el organismo que ostenta el monopolio en la gestión de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo, entrevistar a sus representantes en el CONASSAT era uno de los objetivos principales del trabajo de campo que sustenta esta investigación. La institución posee tres representantes en el Consejo; se seleccionaron dos de ellos, uno perteneciente al Área Legal y otro a la Central de Servicios Médicos, por entender que eran las personas más idóneas para responder las preguntas planteadas. Ambos se negaron a recibirme, e incluso rehusaron responder mis preguntas vía mail alegando falta de tiempo y manifestando que la postura del organismo no es afín a brindar información sobre este tema. Por toda respuesta me recomendaron consultar a los representantes de otras instituciones en el Consejo. Pese a lo frustrante que resultaron las negativas recibidas en los primeros dos intentos, me propuse contactar al tercer representante y descubrí que se encontraba en trámite jubilatorio. Investigué su número telefónico y afortunadamente logré contactarlo. Este señor, Técnico Prevencionista de profesión quien trabajó durante años en el sector Administración de Riesgos del BSE tuvo la amabilidad de recibirme en su casa y responder todas las preguntas que estuvieron a su alcance; a pesar de que hubo muchas interrogantes que el informante no supo disipar por tratarse de temas médicos o procedimentales de la Central de Servicios Médicos, la charla fue productiva y la información recabada se presenta a continuación:

El procedimiento de cobertura inicia cuando una empresa denuncia un accidente de trabajo o enfermedad profesional ante el BSE. El enfermo debe concurrir a atenderse a la Central de Servicios Médicos o a sus dependencias. Si el trabajador ignorara que su dolor tiene origen profesional o simplemente desconociera sus derechos laborales y acudiera a su prestador de salud por sentirse enfermo, su médico debe derivarlo al BSE al reconocer el carácter profesional de la patología. El trabajador es evaluado por un médico del BSE que es responsable de determinar en los casos de enfermedad, si ésta puede ser atribuida al trabajo y por lo tanto indemnizada; para ello se basa en la clínica y en el resultado de los estudios que considere pertinente efectuar. Pero muchas veces el personal médico necesita más datos en los cuales apoyarse para hacer esta determinación, y los solicita al departamento de Administración de Riesgos. El personal de este sector concurre a los lugares de trabajo para evaluar el puesto del trabajador involucrado y su relación con la lesión basándose en un conjunto de aspectos técnicos predeterminados; finaliza con la redacción de un informe que es entregado al médico. Si el médico concluye que la lesión

no tiene relación con el trabajo ni fue sufrida en ocasión de él, el caso es rechazado por el BSE y el trabajador derivado a su prestador de salud. En caso contrario se lo acepta y se le brinda atención médica. El tratamiento se indica en función de la patología.

Sin embargo, tal como expone la Profesora Mangarelli, “hay enfermedades que no se encuentran incluidas dentro del concepto de enfermedad profesional y que sin embargo han sido provocadas por el trabajo. Es el caso de las denominadas en algunos países “enfermedad-accidente”...” (Mangarelli, C., 1998, pp.345). En nuestro país, estos casos son admitidos por el BSE como accidente de trabajo.

La categorización de accidente de trabajo o enfermedad profesional para el BSE sólo tiene una connotación económica ya que las prestaciones difieren de un caso al otro siendo mayor el monto abonado por enfermedad profesional.

El BSE lleva estadísticas de accidentalidad y estas resultan de gran utilidad para el sector de Administración de Riesgos porque les permiten identificar problemas y desarrollar planes preventivos.

Consultado sobre la conveniencia de elaborar estadísticas sobre enfermedades mentales de origen laboral a partir de las certificaciones médicas del BPS para identificar los sectores más problemáticos y las afecciones más frecuentes, el entrevistado manifiesta que le parece una ruta correcta a seguir en el marco de mi investigación, y que en la órbita del BSE esa decisión es competencia del Sanatorio.

Desconoce si el sector de Servicios Médicos ha recibido solicitudes de aceptación de enfermedades mentales de origen profesional, pero asegura que nunca se requirió investigación o evaluación alguna a su sector, lo que por lógica hubiera ocurrido de presentarse algún caso de esta índole.

En cuanto a las condiciones técnicas necesarias para determinar la relación causal entre enfermedad y trabajo opina que se necesita estudiar el asunto, pero lo relaciona con la evaluación de la presión en el lugar de trabajo y la carga mental; entiende que si las presiones pueden alterar al trabajador y aumentar su predisposición a sufrir accidentes, una situación de presión sostenida en el tiempo bien podría llegar a ocasionarle un

trastorno. Sin embargo, a pesar de su formación y su experiencia no encuentra la forma de determinar técnicamente el origen laboral de un trastorno mental, aunque entiende que debe de existir una manera de hacerlo, y en su opinión el médico laboralista tiene capacidad para hacer esta determinación.

En suma, el BSE brinda atención médica a los trabajadores sufrientes de accidente de trabajo o enfermedad profesional e indemniza económicamente al trabajador siempre que el sector de servicios médicos certifique el origen laboral de las patologías. Esta determinación resulta difícil de efectuar en el caso de las enfermedades mentales; no hay estadísticas al respecto a pesar de que la experiencia en otras áreas de la salud indica que estas pueden resultar de gran utilidad en el desarrollo de actividades preventivas. La imposibilidad de acceso al departamento de servicios médicos impide poder precisar con exactitud si el BSE ha estudiado solicitudes de indemnización de enfermedades mentales, pero la inexistencia de derivaciones al departamento de administración de riesgos en solicitud de apoyo sobre esta temática, hace suponer que hasta el momento no lo ha hecho.

### **Banco de Previsión Social**

El sector de salud ocupacional del BPS atiende a trabajadores que solicitan bonificación de servicios por haberse desempeñado en actividades catalogadas como riesgosas a lo largo de su vida activa. La bonificación de los servicios está regulada por el Poder Ejecutivo, y prevé un cómputo ficto de tiempo adicional a la edad real y a los servicios reales.

El Decreto 205/97 especifica el tipo de riesgo al que cada actividad bonificada está expuesta y mandata a revisar periódicamente la tabla para evaluar si todos los servicios deben continuar bonificándose o han mejorado sus condiciones riesgosas apoyados por ejemplo en los avances tecnológicos. Para hacer esta comprobación existe una comisión de servicios bonificados que funciona en el MTSS quien la preside, y de la que participan también el BPS y el MSP. Entre los factores de riesgo considerados para bonificar los servicios están presentes los psicosociales.

Sin embargo, los casos que pasan por el sector de salud ocupacional se asocian a determinantes físicos. El proceso se inicia con la solicitud de bonificación por parte del

trabajador; el sector de salud ocupacional evalúa su historia clínico laboral, identifica qué actividades desarrolló en cada etapa de su vida, y en base a la información que el trabajador proporciona evalúa el proceso de trabajo y los factores de riesgo a los que estuvo expuesto. Luego se visita a las empresas y se valora el proceso in situ, se estudian los antecedentes de evaluaciones ambientales previas y en base a todo esto se determina si realmente la persona trabajó expuesta a condiciones de riesgo sin mecanismos suficientes de control; de constatarse que así fue, se recomienda aplicar el decreto y el expediente sigue su vía administrativa hacia otros sectores. Los médicos y técnicos que realizan la revisión retrospectiva de riesgos laborales no tienen calidad de inspectores, es decir que pueden efectuar recomendaciones cuando las condiciones de una empresa no son aceptables pero no tienen potestad para intimar la corrección.

A pesar de no ver casos referidos a riesgos psicosociales, les consta que en la educación por ejemplo donde estos factores están muy presentes, los servicios se bonifican, pero el trámite consiste en aplicar el cómputo adicional que establece el decreto si se comprueba que la persona desarrolló actividad docente. El sector no realiza un verdadero análisis de los riesgos psicosociales en ninguna actividad.

Respecto a los trastornos mentales la doctora entiende que si la OIT propone reconocerlos como enfermedad profesional sería bueno poder hacerlo, pero opina que esto no debe efectuarse de manera brusca; si bien la tendencia debe ser abarcativa, es imperioso que la inclusión sea gradual, y no le parece que sea este el momento apropiado para re-evaluar el tema.

A su criterio, una de las mayores dificultades que impide determinar la relación causal entre trabajo y enfermedad mental es el desconocimiento de las condiciones en que trabajan las personas, porque para establecer el vínculo de un problema de salud con el trabajo hace falta conocer la patología y los factores de riesgo que están presentes en el ambiente laboral; hay muchos factores que deben ser puestos en evidencia para poder establecer esa relación; porque el riesgo como tal aumenta la probabilidad de enfermarse, pero influyen también otros condicionantes relacionados con la historia de vida y la historia personal de los trabajadores.

Otra gran dificultad es la inexistencia de estudios epidemiológicos, es decir, estudios poblacionales que en un período de tiempo permitan asociar la exposición a determinados factores de riesgo con determinado grupo de patologías.

En la actualidad el BPS cuenta con una base de datos, pero al no estar procesados es como si éstos no existieran; lo que representa una gran omisión, porque una fuente de información que podría servir de insumo para analizar el estado de salud de la población activa, y dentro ella la salud mental por sectores y por patología, está siendo desaprovechada.

### **Ministerio de Salud Pública**

En su calidad de organismo rector de la salud, el MSP está involucrado en las carencias que el país afronta y las dificultades que debe superar en materia sanitaria. Muchos de estos aspectos ya fueron presentados en apartados anteriores.

Parece importante mencionar que de acuerdo a la opinión del MSP los trastornos mentales pueden tener origen laboral, y que el decreto original por ellos propuesto incluía a las enfermedades mentales en el listado de enfermedades profesionales.

Sin embargo, el diagnóstico de la realidad en ese momento dictaba que no había capacidad instalada para evaluar los trastornos mentales en el BSE; tampoco estaban dadas las condiciones a nivel nacional por no estar instalados aún los servicios de salud en el trabajo, lo que impedía recolectar datos en función de los cuales preparar planes de vigilancia en salud laboral e implementar campañas de prevención. También se detectó la necesidad de trabajar en la pesquisa de las enfermedades profesionales, ya que en opinión del MSP los prestadores de salud contribuyen a empeorar el problema de falta de datos cada vez que el trabajador concurre a su mutualista por sentirse enfermo, y los médicos olvidan preguntar: ¿en qué trabaja usted? y ¿en qué trabajaba antes?. Por otro lado, la competencia de los actores en torno a la salud mental de los trabajadores no estaba regulada, y tampoco había recursos humanos suficientes.

Esta incapacidad nacional de evaluar las enfermedades mentales hizo temer que su reconocimiento como enfermedad profesional provocara una gran demanda indemnizatoria por parte de los trabajadores, sin que el país contara con pautas claras en cuanto a los

criterios a aplicar para la determinación de los diagnósticos, y argumentos firmes para establecer el vínculo laboral de la enfermedad.

En la actualidad algunas de las dificultades más urgentes han sido superadas. Se creó el plan nacional de salud mental, se crearon los servicios de salud en el trabajo para algunas actividades, y en el 2019 deberán estar instalados y funcionando en todas las empresas del país cualquiera sea su naturaleza.

Resta entonces hacer mediciones de los datos que recaben los servicios que ya están en funcionamiento, hacer una nueva evaluación de la realidad nacional actual para juzgar sus capacidades de valoración del origen laboral de los trastornos mentales, y seguir avanzando en función de las dificultades persistentes.

### **Ministerio de Trabajo y Seguridad Social**

En materia de seguridad y salud en el trabajo el MTSS participa a nivel nacional del CONASSAT a través de la IGTSS, ámbito donde se discutió la última actualización del listado de enfermedades profesionales. En dicho acto Uruguay avanzó muchísimo al ampliar considerablemente las afecciones indemnizadas. El MTSS destaca el logro alcanzado al haber podido reconocer en la lista actualizada del 2010, el 99% de las enfermedades que la OIT recomendó como profesionales. El organismo no niega que los factores psicosociales puedan ser elementos de enfermedad profesional. Lo que juzga complicado es analizar cuándo la afectación de la salud psíquica o psicológica del trabajador responde efectivamente a una causa laboral. Considera que los trastornos mentales hoy por hoy no se desconocen, sino que su indemnización queda sujeta a la prueba del vínculo causal que la enfermedad mantenga con el empleo. En tal sentido resulta curioso que el Estado supedita la cobertura de los trastornos mentales a la capacidad de prueba por parte del trabajador, cuando la imposibilidad de dicha determinación fue la mayor dificultad encontrada por el gobierno a la hora de reconocerlas como enfermedad profesional.

Sin embargo, a criterio del MTSS resulta clarísimo que cuando hay un evento traumático en el marco del trabajo, el BSE lo reconoce como accidente o enfermedad profesional; de modo que a pesar de no estar incluidos en la lista de enfermedades profesionales, los trastornos mentales son reconocidos cuando el nexo causal es inequívoco. No obstante, como fue mencionado con anterioridad los datos de siniestralidad que el MTSS maneja son

los que le suministra el BSE, y consisten en un número global sin discriminaciones a partir del cual parece muy difícil arribar a tales conclusiones.

En cuanto a los procedimientos establecidos, sólo existe obligación patronal de informar la siniestralidad laboral al BSE en un plazo determinado. A pesar de ser la policía del trabajo, la IGTSS no controla que los empleadores cumplan con realizar las denuncias de accidente y enfermedad profesional, ni le consta que otro organismo cumpla con fiscalizar esta tarea.

En su órbita de trabajo el MTSS desarrolla acciones para tutelar la salud mental de los trabajadores; estas comprenden por un lado los actos inspectivos de condiciones de trabajo atendiendo aquellos casos en que los inspectores perciben situaciones de riesgo psicosocial; y por otro, la recepción de denuncias de parte de los propios trabajadores a través de la oficina 108 donde también se les brinda asesoramiento; toda vez que la IGTSS detecta esta clase de situaciones interviene visitando a las empresas en cuestión, solicitando que detallen los actos de cuidado o preservación del ambiente adoptados en relación a la condición psicológica de sus trabajadores, y haciendo recomendaciones de protección para el contexto psicosocial de sus grupos laborales.

Fuera de esto, la secretaría reconoce que en el Decreto del 2010 el gobierno asumió el compromiso de volver a valorar la inclusión de las enfermedades mentales en el listado de enfermedades profesionales en función de la evolución de las posibilidades del contexto nacional para afrontar la tarea.

Con foco en ampliar dichas posibilidades, el gobierno está pensando en desarrollar un plan Nacional que aborde sistemáticamente todos los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este proyecto está siendo considerado en la órbita del CONASSAT.

Como meta para el 2016 el Ministerio se propone desarrollar una campaña nacional de prevención contra riesgos laborales, y para ello ha solicitado ayuda a la OIT quien tiene una fuerte experiencia en estos aspectos.

También por parte del MTSS se destaca la necesidad de que Uruguay cuente con una base técnica de profesionales expertos en salud ocupacional que asista al país en el desarrollo de los servicios de salud en el trabajo, a fin de que estos institutos brinden una

efectiva ayuda técnica en pro de lograr que las empresas sean lugares saludables. Pero este es un objetivo que requiere tiempo.

### **Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT)**

El Consejo de Seguridad y Salud en el Trabajo es un equipo tripartito integrado por representantes de varios organismos estatales involucrados en la temática de salud laboral, empresarios y trabajadores, que trabaja en generar recomendaciones para la creación de normas en materia de salud y seguridad laboral. Desde su creación a la fecha tuvo un período de inactividad, pero en el año 2005 se volvió a convocar por iniciativa del MTSS y desde el año 2010 trabaja de manera activa brindando un rico entorno de diálogo social; el MTSS asegura que cada norma que se dictó en la última administración tuvo una instancia de valoración en el Consejo.

La temática abordada en su órbita es muy amplia y por eso para analizar asuntos específicos el Consejo se divide en comisiones, y luego se nutre de los insumos que las mismas generen para avanzar en su tarea.

Al momento de revisar el listado de enfermedades profesionales, CONASSAT generó una comisión técnica para evaluar el tema que estuvo integrada únicamente por los representantes del estado. En dicha oportunidad el MSP elaboró una propuesta que incluía la totalidad de las enfermedades recomendadas por la OIT. Pero al momento de discutirla hubo opiniones encontradas dentro del estado. La toma de decisiones en CONASSAT requiere que los 4 representantes gubernamentales adopten una única postura. En consecuencia, la postura estatal fue negativa por falta de unanimidad a pesar de que la mayoría apoyaba el reconocimiento profesional de los trastornos mentales. La voz disonante fue la del BSE.

El BSE era quien debía pagar las primas por trastornos mentales de origen laboral en caso de reconocerlos, y en esa oportunidad se declaró incompetente para afrontar la demanda que podía llegar a surgir de tal reconocimiento fundándose en su escasez de recursos humanos capacitados y de presupuesto para contratarlos.

Por otra parte, cuando la propuesta se presentó en la plenitud del Consejo los empresarios expresaron dudas sobre el impacto económico que podría implicar la inclusión profesional

de estas patologías. Como resultado de la falta de consenso, en el listado de enfermedades profesionales actualizado del año 2010 no figuran los trastornos mentales. El compromiso de volver a evaluar su inclusión en el futuro aún no ha sido atendido.

En otro orden de cosas, el MTSS trabaja para dar cumplimiento a los lineamientos planteados por el Ministro de Trabajo en materia de salud y seguridad para este período; en ese sentido, CONASSAT encomendó a una comisión tripartita la recopilación de toda la normativa que existe sobre seguridad y salud laboral. Esta labor permitirá que en un paso posterior se pueda hacer una valoración ordenada de las normas; y se piensa que a futuro, incluso podría llegarse a generar un código en salud y seguridad a partir de dicho material.

En la última reunión que el Consejo mantuvo previo a la elaboración de esta investigación, se planteó elaborar un Programa Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo que derive en una Ley Nacional de seguridad y salud en el trabajo. Esta herramienta debería abordar armónicamente todos los elementos de un sistema de salud y seguridad. Un sistema es un conjunto de elementos que cubre todos los aspectos sobre un tema, en este caso, la salud y seguridad laboral. El primer paso para avanzar en esa dirección es hacer una declaración política sobre la creación de un marco legal de salud y seguridad; luego será necesario definir rigurosamente las competencias de cada organismo involucrado y los controles que se deben ejercer sobre ellos; fiscalizar a las entidades que dan formación y a las que administran los servicios, a las organizaciones, y a los profesionales intervinientes regulando las responsabilidades de cada uno. Hay que regular de manera armónica todos los aspectos y todos los actores que intervienen en la gestión de la salud y la seguridad. También será preciso implementar un gran programa de capacitación para empresarios y trabajadores sobre cómo alinearse al plan nacional de prevención.

Esta propuesta ha sido bien recibida en el seno del CONASSAT y aunque no existe todavía una definición sobre ella, hay fuertes intenciones de abordar la tarea contando para ello con el apoyo técnico de la OIT.

La definición de este marco normativo equivaldría al desarrollo de una estrategia global que hasta ahora nuestro país no ha experimentado, significaría un avance cualitativo importante en materia de salud y seguridad, y contribuiría a fomentar cultura de prevención.

## **10.5- La acción de los Actores Sociales**

### **Cámara de Industrias del Uruguay**

La Cámara de Industrias participa en ámbitos tripartitos de seguridad y salud en el trabajo tales como el CONASSAT y comisiones sectoriales; también integra las comisiones bipartitas de salud previstas por el Decreto 291/2007, a nivel de empresa se trabaja en aplicar lo convenido colectivamente, y fuera de estos ámbitos colabora haciendo aportes a los abordajes que los entes públicos realicen sobre el tema.

Si bien cada sector de actividad debería tener su área de trabajo específica en materia de salud de acuerdo al Decreto mencionado, hay pocas formalmente constituidas y trabajando. A decir de la CIU esto se debe a un tema cultural y superarlo supone una gran dificultad. Manifiestan que si bien la Comisión de Relaciones Sociolaborales de la CIU es partidaria de sacar el mayor provecho de estas instancias, el mundo empresarial es muy amplio y heterogéneo, y en ese contexto concientizar y educar resulta muy difícil. Les parece importante que a la hora de dictar las normas sobre salud y seguridad, la diversidad empresarial sea tenida en cuenta y también la falta de hábitos de prevención; en su opinión debería apuntarse a enfatizar que la reglamentación no obliga únicamente a las grandes organizaciones sino a todo el mundo empresarial y a todos los trabajadores. Creen firmemente que del trabajo conjunto pueden surgir grandes avances, sin embargo, las bipartitas de salud no funcionan en todos los sectores.

El sector empresarial expresa una profunda preocupación por la problemática relacionada a las enfermedades mentales. Reconocen la importancia del tema y son sabedores de que estas patologías afectan a todos en mayor o menor medida. Por eso creen que es imperiosa la necesidad de analizar la situación y desarrollar mecanismos de prevención.

Incorporar las enfermedades psicosociales al listado de enfermedades profesionales requiere un proceso de maduración y análisis previo, para saber cómo trabajar desde lo preventivo. Para eso hace falta generar datos que nos permitan identificar cuáles son los problemas más importantes, en qué sectores ocurren, y a partir de ello sacar conclusiones sobre los factores desencadenantes de las enfermedades y las formas de prevenirlas. A partir de esta información sería útil negociar acuerdos sobre condiciones laborales con el objetivo de evitar las enfermedades de origen psicosocial, o en su defecto minimizar los riesgos que la actividad implica para la salud. Asumen que no se trata de una tarea fácil;

no obstante, destacan la tarea que el CONASSAT ha desarrollado en los últimos años, y tienen grandes expectativas de continuar avanzando en los próximos tiempos.

A pesar de ello, los empresarios manifiestan preocupación por la falta de estudios en torno a los trastornos mentales; entienden que la problemática continúa fluyendo y si no se toman medidas preventivas antes de que se instale definitivamente, a futuro no resultará posible controlar la situación. Revelan cierto temor con respecto al impacto que el reconocimiento de los trastornos mentales pueda producir sobre el ausentismo laboral que actualmente ya es elevado. A modo de ejemplo mencionan que la flexibilización del sistema de certificaciones provocó un aumento sustancial de las mismas; considerando que las enfermedades mentales no son pasibles de comprobación mediante estudios clínicos, la ambigüedad de su carácter, la multicausalidad de los factores intervinientes, y la inexistencia de pautas claras para determinar cuánta carga de enfermedad puede ser atribuida a la situación laboral, es lógico suponer que en el contexto actual su reconocimiento sembraría un campo fértil para el aumento del ausentismo. Por eso es indispensable estudiar el tema, y tener un diagnóstico claro de la situación de salud mental de los trabajadores a nivel nacional.

A pesar de todo esto, la CIU no desarrolla ningún plan estratégico de prevención, y confiesa no visualizar disposición para hacerlo por el momento. En su opinión la salud laboral nunca ocupa el primer lugar en la agenda de temas a tratar en los ámbitos de negociación. Esto no es bueno para el país ya que las enfermedades mentales son una de las principales causas de certificación laboral, y los problemas de salud de los trabajadores ocasionan problemas de ineficiencia, baja productividad y ausentismo a nivel de empresa y problemas de salud para el trabajador, pero también generan problemas de tipo familiar, y social.

Todas estas razones justifican la importancia de asumir el problema a la mayor brevedad posible, identificar los factores de riesgo, y trabajar en su prevención.

La CIU no está segura de que este sea el momento de incluir las enfermedades mentales en el listado de enfermedades profesionales, pero entiende que desde hace tiempo estamos en la etapa de analizar los casos concretos que surjan y estudiar cuáles son los disparadores de esas situaciones. En opinión de la CIU esa tarea ya no admite la menor demora.

## **Plenario Intersindical de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores**

El PIT-CNT participa en los mismos ámbitos de salud que la CIU y la preocupación que manifiesta en relación a la salud mental de los trabajadores es similar.

En consonancia con lo expuesto por los empresarios, la central obrera considera que no se saca provecho suficiente de las comisiones de salud previstas por el Decreto 291/2007 y que esto puede ser adjudicado en parte a razones culturales; pero también es responsabilidad de las Cámaras Empresariales que en algunos casos no llevan propuestas a las reuniones, y en otros directamente no asisten. Debido a esta falta de participación las comisiones no están produciendo los resultados esperados, y el Estado no ejerce ningún control sobre su funcionamiento.

La inobservancia de lo dispuesto por el Decreto 291 del 2007 genera desconfianza en la central sindical respecto a la futura aplicación de otras normas sobre salud y seguridad como es el caso por ejemplo del Decreto 127/2014 que establece la implementación obligatoria de los servicios de salud en el trabajo. Considerando que las empresas deben contratar un equipo de profesionales que realice esta tarea, los trabajadores albergan dudas respecto al grado de cumplimiento que tendrá la norma. Por ahora se limitan a monitorear el funcionamiento de aquellos servicios que ya se encuentran instalados en la salud y en la industria química controlando que en dichas áreas la reglamentación se cumpla, y esperando evaluar los primeros resultados que estos servicios arrojen.

En opinión del sindicato, es evidente que el trabajo produce consecuencias físicas y psicológicas en el estado de salud de los trabajadores, y esto es producto de la mala organización del trabajo. Las lesiones por esfuerzo repetitivo y las enfermedades mentales son las principales causas de certificación laboral del país; y de acuerdo a la información que manejan, Uruguay es el segundo país de América en el consumo de psicofármacos. A pesar de que no se sabe si el trabajo es un determinante de esta situación porque no hay estudios al respecto, podría inferirse de los datos que el aumento de la presión en el trabajo se manifiesta en dos aspectos: lesiones por esfuerzo repetitivo derivadas del aumento del ritmo, y estrés derivado de la presión ejercida sobre el trabajador en el desarrollo de su tarea.

El estrés es el mayor factor de riesgo psicosocial y surge como consecuencia de la forma en que el trabajo se organiza, pero no existe ninguna reglamentación que lo reconozca ni lo regule. A excepción de los factores psicosociales, el resto está regulado. La central afirma que hay países que reconocen el estrés, y por ello entienden que hay forma de medirlo y de demostrar su vinculación con el trabajo. Conocen la existencia de protocolos para hacer estas determinaciones y afirman haber propuesto su implementación en el seno del CONASSAT sin haber tenido éxito. Para ellos, la gran dificultad de reconocer las enfermedades mentales es de índole económica. Sienten que la clase social dominante estructura las leyes en defensa de sus propios intereses. Es por eso que la salud de los trabajadores en materia de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo está estructurada bajo la lógica comercial de un seguro cuando correspondería incluirla en la esfera de la seguridad social.

Esto coincide con lo expresado por Mangarelli “en nuestro país ... el régimen de accidentes de trabajo no se encuentra incorporado al sistema de Seguridad Social, y tampoco está regulado como un seguro social, no existe aporte de los trabajadores ni del Estado, sino que se trata de un seguro comercial que contrata el empleador“. “Las compañías de seguros tienen fines comerciales, y en función de éstos organizan el sistema;...”se trata de un seguro mercantil, las primas que abona el empleador se fijan de acuerdo al grado de riesgo de la actividad o de la empresa y la cobertura se encara con fines de lucro.” (Mangarelli, C., 1998, pp.333-35-37).

De acuerdo a la Ley la indemnización abonada por enfermedades profesionales es superior a la abonada por accidentes de trabajo, y en opinión de la central es por eso que los trastornos mentales no son reconocidos como enfermedad profesional a pesar de ser una de las principales patologías padecidas por la población activa del país. Reconocer este tipo de dolencias implicaría aumentar el precio de las primas que los empleadores abonan; a su criterio estas son las razones por la cuales el BSE y el sector empresarial estuvieron en contra de la inclusión.

Fundan la falta de interés en el cuidado de la salud de los trabajadores del país en la abundancia de mano de obra disponible. La situación de desempleo que Uruguay atraviesa facilita el reemplazo de los trabajadores enfermos o incapacitados, e induce a los saludables a aceptar malas condiciones de trabajo en virtud de acceder a un empleo y permanecer en él. En general la población no puede darse el lujo de elegir un trabajo en

base a sus preferencias y expectativas, sino que se limita a tomar los empleos disponibles; esto sumado a la inseguridad laboral y una baja remuneración, genera insatisfacción y estrés.

Por otro lado, la visibilidad de los riesgos psicosociales y de las enfermedades mentales de origen laboral es muy baja y no genera un gran impacto social.

Las acciones preventivas sobre riesgos psicosociales que el sindicato desarrolla consisten en brindar capacitación. Tienen un curso llamado “Riesgos y Prevención Psicosociales”, dirigido a delegados de salud, y otro abierto al público en general. En estas instancias de capacitación se recomienda la metodología ISTAS 21 para el reconocimiento y medición de riesgos psicosociales a partir de la aplicación de un cuestionario. Una vez que se identificaron los riesgos psicosociales que provocan las disfunciones de salud mental laboral, se pueden tomar acciones sobre ellos. Existe incluso un programa informático desarrollado para procesar rápidamente los datos relevados por el método ISTAS 21. Sin embargo, la central sindical siente que en nuestro país no se le da importancia a los problemas de salud mental, y por lo tanto las metodologías para evaluar las causas de los trastornos no se aplican.

Otras de las acciones desarrolladas por la central consiste en brindar apoyo a los afiliados que sufren enfermedades mentales de origen laboral. Para eso conformaron un grupo de trabajo que se encarga de tratar los casos de acoso moral, y firmaron una serie de convenios con la U.R. para derivar a los afiliados afectados a las facultades de medicina y psicología. No hay mediciones de la cantidad de trabajadores involucrados en estos programas hasta el momento, pero el grupo de trabajo se reúne semanalmente y a cada reunión acuden en promedio 2 o 3 afiliados en busca de ayuda.

El PIT-CNT reclama la creación de un marco regulatorio nacional sobre salud y seguridad que refleje la postura del gobierno en esta materia. Entre otras cosas creen necesario regular las inversiones en prevención, en capacitación, en formación, y los procedimientos a seguir en la implementación de nuevos procesos de trabajo, así como fomentar la regulación del cruce de datos, y la coordinación entre organismos.

## **10.6- Acciones paliativas**

La imposibilidad de garantizar una adecuada tutela de la salud mental de los trabajadores intenta ser mitigada por acción de algunos organismos estatales mediante el desarrollo de estrategias de soporte psicológico y emocional para aquellos colectivos considerados vulnerables. El objetivo de estas acciones es ayudar a los trabajadores a procesar el impacto generado por la carga psíquica y emocional derivada de la actividad que desarrollan.

En este marco de actuación intervienen el MSP a través del Programa Nacional de Salud Mental, y el BPS a través del reconocimiento de servicios bonificados.

Dentro del Programa Nacional de Salud Mental los trabajadores de la salud y de la educación son considerados colectivos vulnerables con necesidades especiales para los cuales se prevé atención prioritaria cuando consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral. Si bien se empezó por estas ramas de actividad, la intención del MSP es avanzar de manera inclusiva hacia otros colectivos a medida que la disponibilidad de profesionales lo permita.

El BPS por su parte, a partir del año 2005 reconoce los riesgos derivados de ciertas actividades y bonifica los años de cotización y la edad requerida para acceder a la jubilación a los trabajadores que las desempeñan. La detección del riesgo derivado de los procesos de trabajo y las condiciones del ambiente laboral es el factor determinante de la bonificación. Sin embargo, se enfatiza que el cometido último de la bonificación no debería ser indemnizar a los trabajadores por su pérdida de salud, sino identificar las tareas que implican un riesgo para su vida o su sanidad con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo. En ese sentido el sector de salud ocupacional del organismo brinda asesoramiento y elabora recomendaciones, aunque carece de capacidad para intimar la observancia de las mismas. Considerando que existe una Comisión de Servicios Bonificados supeditada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social debería promoverse una acción conjunta de los Organismos que la integran, que propenda a la obligatoriedad de cumplimiento de tales recomendaciones y a su fiscalización.

Resulta claro que las acciones paliativas emprendidas son insuficientes, pero constituyen los primeros pasos hacia un acercamiento de la percepción del trabajo como factor de riesgo para la salud mental por parte del gobierno.

### **10.7- Multicausalidad e imposibilidad de comprobación mediante estudios clínicos**

Los trastornos mentales son patologías psiquiátricas que asientan a nivel cerebral y se caracterizan por afectar los pragmatismos, es decir, la aptitud del individuo para funcionar en las distintas áreas de la vida y su capacidad de adaptación. En algunos casos el especialista logra llegar a un diagnóstico claro de la patología, pero en otros el mismo no resulta tan evidente. En este último escenario tampoco es posible efectuar estudios clínicos que contribuyan a clarificar la situación. Para diagnosticar el trastorno en estas ocasiones se atiende a la capacidad de adaptación del individuo. En psiquiatría la rigidez y la falta de flexibilidad hablan de aspectos patológicos y esa característica es la que define el límite entre salud y enfermedad mental.

La determinación del estado de salud de un individuo se realiza en base a la valoración de sus rasgos de personalidad; en la consulta el médico debe escuchar el discurso del paciente, confrontar todas sus declaraciones para comprobar su veracidad, y generar conclusiones propias respecto a la autenticidad del relato. A partir de estos insumos emite un diagnóstico. La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina asegura que por el mismo procedimiento es posible establecer si existe relación entre el padecimiento de un trastorno mental y el trabajo del paciente.

Sin embargo, esta no es una tarea sencilla. Se sabe que los estresores crónicos presentes en el trabajo pueden favorecer el desarrollo de ciertas patologías mentales. De acuerdo con esto, una situación de trabajo que implique estrés crónico podría quedar vinculada directamente por ejemplo a un caso de depresión. Se conoce también que hay trabajos que son estresantes y otros que no lo son tanto, y en opinión de los psiquiatras eso está suficientemente pautado y catalogado. Sin embargo, los especialistas en salud ocupacional enfatizan que si bien es cierto que hay trabajos que implican mayor riesgo que otros, no es el tipo de trabajo o la tarea sino la forma en que el trabajo es llevado a cabo lo que determina su peligrosidad para la salud.

No obstante todos coinciden en afirmar que las patologías psiquiátricas son multifactoriales. Esto quiere decir que no alcanza con una única causa para que la enfermedad se desencadene. Varios factores influyen en determinar su aparición. El trabajo es uno de ellos, pero también lo son las características de personalidad, la contención familiar, las expectativas de vida, el nivel de instrucción del trabajador, y su contexto social en general. Todas las personas reaccionamos de manera diferente ante iguales situaciones. Esto determina que frente al mismo estresor crónico algunos individuos se enfermen y otros no; o que algunas personas trabajen en situaciones de estrés permanente durante toda su vida y su salud nunca se vea afectada. Los factores de riesgo representan una probabilidad de ocurrencia de daño, pero su sola presencia en el lugar de trabajo no alcanza para desarrollar una patología. Sin embargo, si un individuo es propenso a enfermarse, trabajar sometido a factores de riesgo agravaría su situación.

Para determinar el vínculo laboral de un trastorno mental es necesario valorar qué peso ocupa el trabajo en la patología del paciente. Pero como ya se explicó, el psiquiatra realiza esta tarea en función de la percepción que el individuo tiene de su entorno laboral; para hacer una correcta valoración haría falta que el cuerpo inspectivo complete la tarea examinando los lugares de trabajo.

El DSO entiende que identificar los factores de riesgo presentes en el trabajo y vincularlos con un perjuicio para la salud sólo será posible cuando los servicios de salud en el trabajo estén operativos y se hayan afianzado en su labor.

El PIT-CNT coincide en que la valoración de los riesgos psicosociales no es sencilla; reconoce que incluso desde el sindicato es muy difícil moldear acciones preventivas de carácter colectivo a la diversidad de contextos de vida de sus afiliados. Pero afirma que los problemas relacionados con la conducta son el resultado apreciable de un factor de riesgo no visible constituido por la carga mental que el trabajo exige, y que esto puede ser controlado implementando cambios en la organización del trabajo. La central sindical no alberga dudas de que más allá de la carga personal atribuible a cada trabajador, si el factor de riesgo está presente en el medio ambiente de trabajo debe ser considerado y prevenido.

El BSE reconoce no haber evaluado nunca los riesgos de tipo psicosocial. Entiende que la situación requiere de mucho estudio, así como del apoyo técnico de médicos psiquiatras y

especialistas en salud ocupacional. Determinar los indicadores de riesgo que se deben evaluar a priori les parece complicado de lograr por la escasa visibilidad que caracteriza a los factores psicosociales.

El MSP manifiesta que la multiplicidad de causas que pueden ocasionar enfermedades mentales es tan vasta que imposibilita la identificación de un origen de riesgo. Esto ha dificultado el reconocimiento profesional de los trastornos mentales en todo el mundo.

El MTSS coincide en este aspecto indicando que los factores de riesgo psicosocial son inherentes al ser humano y por lo tanto, imposibles de ser aislados. En su opinión la mayor dificultad de reconocer el carácter profesional de las enfermedades mentales radica en el establecimiento jurídico del nexo causal, esto es, la correspondencia fehaciente entre un determinado hecho y el daño por él desencadenado. En opinión del MTSS existen condiciones técnicas para realizar esta determinación pero no para determinar si los elementos de causa del daño son inherentes o ajenos al trabajo, ni en qué medida. Esta valoración debe partir del diagnóstico médico de un especialista que constate la correspondencia y valore el peso relativo de los factores involucrados en cada caso concreto.

### **10.8- Factores de riesgo**

Los riesgos psicosociales son aspectos del diseño, la organización y la gestión del trabajo que pueden provocar consecuencias negativas sobre la salud física, mental y social del grupo humano involucrado. Los factores psicosociales son muy diversos. Se mencionan a continuación algunos de ellos: las cargas excesivas de trabajo, la exigencia contradictoria en las ordenes, la falta de claridad en la función y en el puesto, la falta de participación en la toma de decisiones que afectan el trabajo, la falta de información respecto al modo de realizar el trabajo y de la cadena de procesos, los cambios injustificados, la inseguridad laboral, la mala comunicación e información, el acoso moral, el hostigamiento en pro de la productividad ejerciendo presiones por cumplimiento de metas y objetivos, el trabajo contra horarios, los cambios tecnológicos sin la debida capacitación y previsión, las tareas rutinarias, los tiempos de trabajo, los relevos, los descansos, las rotaciones, la nocturnidad, la extensión de la jornada, la relación entre autonomía y responsabilidad, las relaciones interpersonales, la carga mental, la exigencia intelectual.

A esto hay que agregar las condiciones físicas del entorno de trabajo tales como la ergonomía, el disconfort térmico, los ruidos, etc, que a la larga provocan desgaste en los trabajadores. La imposibilidad de elegir el área de trabajo en función de la vocación también constituye un factor de riesgo a criterio de la central sindical. Asimismo, los bajos salarios representan un factor de riesgo; considerando que la remuneración determina la calidad de vida del trabajador, en un mapa de riesgos psicosociales los que ganan menos son los más vulnerables. Basados en esta concepción afirman que en algunos sectores de actividad el mayor riesgo está representado por los bajos salarios que resultan insuficientes para garantizarle al trabajador una vivienda digna, una dieta saludable, el acceso a una buena educación lo que a su vez imposibilita su desarrollo, y una buena atención en salud.

El DSO agrega que el ritmo acelerado, la deshumanización del trabajo, la prioridad del rendimiento ante la salud, y la falta de reconocimiento de las personas, ocasionan sufrimiento y son causa frecuente de las enfermedades de la psiquis y del comportamiento padecidas por los trabajadores que visitan el departamento.

Cabe agregar que estos factores de riesgo están en la base de los accidentes de trabajo y representan el 50% de las certificaciones y bajas médicas de acuerdo a los datos que maneja la central obrera. Los accidentes de trabajo y el ausentismo son indicadores de futuros problemas de salud que pueden evitarse investigando sus causas y trabajando en su prevención. Conviene tener en cuenta los factores psicosociales a la hora de organizar el trabajo para prevenir enfermedades a nivel físico y psíquico. Sin embargo, muchas veces son los más difíciles de reconocer por las organizaciones debido a su dificultad de visualización y medición.

Todos los trabajos tienen componente de carga física, psíquica y mental, lo importante a tener en cuenta para cuidar la salud de los trabajadores, es respetar el equilibrio de la relación establecida entre las demandas del trabajo y la capacidad de la persona para responder a ellas.

## **10.9- Trastornos más frecuentes y trabajos más riesgosos para la salud mental**

Todos los actores involucrados coinciden en reconocer que los trabajos más riesgosos para la salud mental son aquellos en los que los trabajadores están expuestos a altas cargas mentales y psíquicas y dónde la organización del trabajo está mal concebida.

Si bien ninguna profesión está exenta, se identifican los trabajos administrativos y de gestión, la salud, la educación y la seguridad como los que tienen mayor cantidad de estresores capaces de ocasionar un impacto negativo importante sobre la salud mental. En general, trabajar con seres humanos genera una gran carga de estrés y vulnerabilidad y demanda mucho compromiso emocional de los funcionarios.

Otra actividad en la cual los riesgos son altos es la desarrollada en call centers; este trabajo implica una alta carga mental, es intangible, y en la mayoría de los casos sumamente impersonal; es frecuente que los trabajadores no tengan un referente a quien dirigirse, que reciban las ordenes de trabajo vía web, y que incluso sean desvinculados por este medio. La presión ejercida sobre el trabajador también es alta, los controles implican la escucha de sus conversaciones y el monitoreo visual constante.

Sin embargo se insiste en puntualizar que hay que tener mucho cuidado con las categorizaciones porque el grado de riesgo está determinado por los factores presentes en la organización del trabajo que generan situaciones estresantes, y no por el tipo de tarea o contenido del trabajo.

Haciendo un análisis por sectores los trabajadores afirman que en el ámbito público el número de certificaciones por trastorno mental es más alto que en el privado. Sería interesante investigar si esta diferencia es real o, si como consecuencia del estigmatismo que recae sobre los enfermos mentales, en el sector privado estos son desvinculados mientras que en el Estado la inamovilidad dispuesta por el estatuto protege su permanencia.

Las patologías mentales más frecuentemente asociadas al trabajo son la depresión, los trastornos de ansiedad, y el síndrome de Burnout.

## 11.- CONCLUSIONES

Del análisis precedente se concluye que a pesar de que los trastornos mentales son una de las afecciones más comunes entre las no catalogadas como profesionales y una de las causas más frecuentes de certificación médica, es muy poco lo que se sabe de las enfermedades mentales de origen laboral en Uruguay.

Hay problemas de orden coyuntural que acrecientan la dificultad de reconocer a los trastornos mentales como enfermedad profesional.

La negociación colectiva está centrada en temas básicos como el salario mínimo y la conservación de las fuentes de trabajo, y eso resta tiempo para hablar de otros temas de vital importancia como salud mental laboral. Mientras tanto, las certificaciones médicas por enfermedades mentales aumentan.

El sistema de captura y procesamiento de datos es deficiente. No se cuenta con información estadística que evidencie la importancia de la problemática, permita identificar los factores de riesgo y planear estrategias de prevención. La existencia de datos no procesados y la inexistencia de estudios epidemiológicos imposibilita la capacidad de vigilar la salud mental de los trabajadores.

Es imperativo que el Estado fiscalice el cumplimiento de la responsabilidad de captura y procesamiento de datos por parte del BSE, así como la evaluación y análisis estadístico de la información, y el modo de reportarla para que resulte de utilidad a otros órganos estatales.

Es preciso coordinar la labor de los organismos del estado y delimitar claramente sus responsabilidades, realizando controles de cumplimiento, así como realizar estudios e investigaciones que permitan conocer el peligro físico y mental derivado de las ocupaciones y la forma de prevenirlo.

La carencia de presupuesto y RRHH potencia la falta de información sobre trastornos mentales de origen laboral y sobre enfermedades profesionales en general, pero también se percibe una cierta falta de interés por generarla ya que con los recursos existentes se prioriza la atención de otros temas.

La falta de profesionales especializados en salud ocupacional ha dilatado la puesta en marcha de los Servicios de salud en el trabajo en espera del egreso de un número suficiente de médicos que acompañen el desarrollo de país en materia de diagnóstico y prevención de enfermedades de origen profesional. Por lo tanto, es preciso aguardar para obtener información a través de este canal de recopilación.

El tema de trasfondo también es económico, ya que preocupa el costo derivado del reconocimiento profesional de los trastornos mentales por pago de indemnización y aumento del ausentismo. Para el estado la enfermedad mental significa un costo laboral. Sin embargo, los costos ocultos derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales son elevados. En nuestro país, el universo empresarial se compone en gran medida de pequeñas y medianas empresas que cuentan con recursos económicos y capacidad técnica limitada. Esta clase de organizaciones es la más vulnerable al impacto de los costos por accidentes y enfermedades profesionales, por lo cual ocuparse de su prevención podría resultar rentable para los empresarios.

Todos los actores involucrados coinciden en reconocer que los trabajos más riesgosos para la salud mental son aquellos en los que la organización del trabajo está mal concebida. El grado de riesgo está determinado por los factores presentes en la organización del trabajo que generan situaciones estresantes, y no por el tipo de tarea o contenido del trabajo. Como única tutela de la salud mental laboral el gobierno emprende estrategias de soporte psicológico y emocional para aquellos colectivos considerados vulnerables como la salud y la educación.

No obstante, no todos los pacientes pasan por una evaluación diagnóstica realizada por especialistas en salud ocupacional, y como consecuencia el origen laboral de muchos trastornos mentales se desconoce. Este sub diagnóstico contribuye a minimizar la magnitud de un problema que es necesario evidenciar para que a partir de su reconocimiento se implementen técnicas preventivas.

En el sistema actual la indemnización de los trastornos mentales está supeditada a la comprobación del vínculo causal que la enfermedad mantenga con el empleo, y la carga de la prueba está asignada al trabajador. Esto resulta curioso si se considera que la

imposibilidad de dicha determinación fue la mayor dificultad encontrada por el gobierno a la hora de reconocer las patologías mentales como enfermedad profesional.

Para determinar el vínculo laboral de un trastorno mental es necesario valorar qué peso ocupa el trabajo en la patología del paciente. Los especialistas afirman que es médicamente posible realizar esta determinación, pero para hacer una valoración completa es necesario realizar una inspección de los lugares de trabajo que hoy nadie efectúa.

En definitiva, la exclusión de los trastornos mentales del listado de enfermedades profesionales indemnizadas del país ha llevado a que el Estado, garante y responsable de efectivizar el derecho a la salud mental en su concepción inseparable de la salud integral, no cumpla con su misión.

El CONASSAT, organismo de alzada en materia de salud y seguridad en el trabajo, ostenta un tripartismo de aplicación cuestionable al adoptar un método de toma de decisiones que obliga a los organismos del estado a asumir una única postura. Considerando que el gobierno tiene mayoría, cabe reflexionar si la opinión de los actores realmente se toma en consideración, o simplemente se cumple con la formalidad de escucharlos en el Consejo.

En suma, el Estado reconoce que los riesgos psicosociales presentes en las ocupaciones afectan la salud mental de los trabajadores, sabe que la casuística es creciente y demuestra preocupación por esta problemática. Es consciente de su carencia tutelar en este aspecto y está recorriendo camino hacia el abordaje del problema.

Paradójicamente cuando el origen de la cuestión parece ser consecuencia del vertiginoso ritmo de cambio al que asiste el mundo, los intentos de solución a nivel nacional se presentan como un proceso de transformación que implica cambios muy lentos, donde la escasez de información y datos específicos, la insuficiencia de recursos humanos, y la inexistencia de presupuesto, llevan a concluir que en este momento, la tutela de la salud mental de los trabajadores no es una prioridad del Estado. Cada paso dado en dirección a su reconocimiento implica implementar una serie de cambios en la estructura del sistema sanitario, educativo, normativo y económico del país. Por lo tanto, parece acertado afirmar que los trastornos mentales son enfermedades marginadas, laboralmente desprotegidas, y en consecuencia equiparables a un “sector informal” de la salud laboral del país.

## 12.- REFERENCIAS

- Dono, L. (2012) “Prevención de Riesgos en la Salud del Trabajador. Normas Nacionales e Internacionales”. En Revista de Relaciones Laborales N° 24. Montevideo: Talleres Gráficos Tradinco S.A.
- Gari, G. (2012) “Enfermedades Profesionales: Nueva Lista. Aspectos de Interés”. En Revista de Relaciones Laborales N° 24. Montevideo: Talleres Gráficos Tradinco S.A.
- Mangarelli, C.; et. al. (1998) “La Seguridad Social en el Uruguay”, 2da. Edición, Montevideo, FCU.
- Mazzáfero citado en Nieto (1999) “Salud laboral”, capítulo del libro de Mazzáfero V. y col. “Medicina y Salud Pública”. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Neffa citado en Nieto (1999) “Salud laboral”, capítulo del libro de Mazzáfero V. y col. “Medicina y Salud Pública” Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- OIT (1981) “Convenio Internacional del Trabajo 155. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores”, (en línea). [citado 2015-09-11]. Disponible en internet: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C155](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155)
- OIT (1996) “Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”. Repertorio de recomendaciones prácticas de la Oficina Internacional del Trabajo, 1ra. edición, Ginebra.
- OMS (1946) “Constitución de la organización mundial de la salud”, (en línea), pp.1, [citado 2015-09-09]. Disponible en internet: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- OMS (1992) “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines”, Madrid: Técnicas Gráficas FORMA S.A.
- OMS (2013), “Salud mental: un estado de bienestar”, (en línea), [citado 2015-09-09]. Disponible en internet: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

- Plá Rodríguez, A. (1990), Curso de Derecho Laboral, Tomo I, Volumen I, 2da. Reimpresión, Montevideo: Ediciones Idea
- Uruguay. Poder Legislativo (1989) “Ley 16074 Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales” (en línea). Artículo 3, y 38-42 [citado 2015-08-13]. Disponible en internet: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16074&Anchor=>

### 13.- BIBLIOGRAFÍA

- Batthyány, Karina; Cabrera, Mariana, “Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial”. Montevideo: Universidad de la República, 2011.
- BPS, “Instituto de Seguridad Social” (en línea) Montevideo: Banco de Previsión Social, [citado 2015-08-28]. Disponible en internet: <http://www.bps.gub.uy/9593/institucional.html>
- BPS (2005) “R.D. N° 39-2/2005. Grupo de Trabajo sobre Servicios Bonificados, Informe”, (en línea). [citado 2015-12-17]. Disponible en internet: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/3949/2/39-2-2005\\_servicios\\_bonificados\\_-\\_criterios\\_a\\_aplicar\\_por\\_los\\_servicios\\_.pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/3949/2/39-2-2005_servicios_bonificados_-_criterios_a_aplicar_por_los_servicios_.pdf)
- Centro de Estudiantes de Derecho (2014) Derecho y Relaciones Laborales. Compendio de Normas Laborales. Montevideo: COPYCED
- Colotuzzo, Natalia; et. al. (2013) Normativa vigente en materia de salud y seguridad en el trabajo. En Procedimientos y Jurisprudencia de la Administración del Trabajo. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Montevideo: FCU
- Grupo de Salud Mental en el Mundo del Trabajo (2015) El Trabajo y el Trabajador en Uruguay en el Siglo XXI. Montevideo: Centro de Impresiones de BPS

- Grzetich Long, Antonio “Derecho de la Seguridad Social”. Vol.1. 2° edición, Montevideo: FCU, 2005.
- Instituto Cuesta Duarte, “El Instituto”, (en línea) Montevideo: PIT-CNT, [citado 2015-08-29]. Disponible en internet: <http://www.cuestaduarte.org.uy>
- MSP (2015) “Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay” (en línea). [citado 2015-12-17]. Disponible en internet: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/documento-aportes.pdf>
- MSP, “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” (en línea) Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2009, [citado 2015-08-26]. Disponible en internet: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_la\\_construccion.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf)
- MSP, “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”, (en línea) Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2011, [citado 2015-09-04]. Disponible en internet: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- MTSS, “Historia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social” (en línea) Montevideo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2015, [citado 2015-08-27]. Disponible en internet: <http://www.mtss.gub.uy/web/mtss/creacion-y-evolucion-historica>
- OIT, (1981) “Convenio Internacional del Trabajo 155. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores”, (en línea). [citado 2015-09-11]. Disponible en internet: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C155](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155)
- OIT, (1985) “Convenio Internacional del Trabajo 161. Convenio sobre los Servicios de Salud en el Trabajo”, (en línea). [citado 2015-09-16]. Disponible en internet: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C161](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C161)

- OIT, (1964) “Convenio Internacional del Trabajo 121. Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”, (en línea). [citado 2015-09-16]. Disponible en internet: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C121](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C121)
- PIT-CNT, “Qué es el PIT-CNT”, (en línea) Montevideo: PIT-CNT, [citado 2015-08-29]. Disponible en internet: <http://www.pitcnt.uy/>
- Raso Delgue, Juan, Apuntes Inéditos
- Uruguay, Poder Ejecutivo, Decreto 83/996, (en línea) Montevideo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1996, [citado 2015-08-27]. Disponible en internet: <http://www.mtss.gub.uy/web/mtss/de-alcance-nacional>
- Uruguay, Poder Ejecutivo, Decreto 127/014, (en línea) Montevideo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2014, [citado 2015-09-16]. Disponible en internet: [http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2014/05/mtss\\_682.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2014/05/mtss_682.pdf)
- Uruguay. Poder Ejecutivo (2011) “Decreto 210/011” (en línea). [citado 2015-09-11]. Disponible en internet: [http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/06/mtss\\_194.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/06/mtss_194.pdf)
- Uruguay, Poder Legislativo, “Decreto ley 14407 Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad”, (en línea) Montevideo: Poder Legislativo, 1975, [citado 2015-08-30]. Disponible en internet: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=14407&Anchor=>
- Uruguay, Poder Legislativo, “Ley 16074 Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales” (en línea) Montevideo: Poder Legislativo, 1989, [citado 2015-08-29]. Disponible en internet: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16074&Anchor=>

- Uruguay, Poder Legislativo, “Ley 16713 Seguridad Social”, (en línea) Montevideo: Poder Legislativo, 1995, [citado 2015-09-16]. Disponible en internet: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16713&Anchor=>
- Zurbriggen, Cristina, “Primeros pasos de las Cámaras Empresariales en Uruguay”, (en línea) Montevideo: CIU, [citado 2015-09-03]. Disponible en internet: <http://www.ciu.com.uy/primeros.html>

## 14.- ANEXOS

### Anexo I - Lista vigente de enfermedades profesionales en Uruguay

Enfermedades profesionales causadas por la exposición a agentes que resulte de las actividades laborales

- 1.1. Enfermedades causadas por agentes químicos
  - 1.1.1. Enfermedades causadas por berilio o sus compuestos
  - 1.1.2. Enfermedades causadas por cadmio o sus compuestos
  - 1.1.3. Enfermedades causadas por fósforo o sus compuestos
  - 1.1.4. Enfermedades causadas por cromo o sus compuestos
  - 1.1.5. Enfermedades causadas por manganeso o sus compuestos
  - 1.1.6. Enfermedades causadas por arsénico o sus compuestos
  - 1.1.7. Enfermedades causadas por mercurio o sus compuestos
  - 1.1.8. Enfermedades causadas por plomo o sus compuestos
  - 1.1.9. Enfermedades causadas por flúor o sus compuestos
  - 1.1.10. Enfermedades causadas por disulfuro de carbono
  - 1.1.11. Enfermedades causadas por los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos
  - 1.1.12. Enfermedades causadas por benceno o sus homólogos

- 1.1.13. Enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos del benceno o de sus homólogos
- 1.1.14. Enfermedades causadas por nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico
- 1.1.15. Enfermedades causadas por alcoholes, glicoles o cetonas
- 1.1.16. Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes como monóxido de carbono, sulfuro de hidrógeno, cianuro de hidrógeno o sus derivados
- 1.1.17. Enfermedades causadas por acrilonitrilo
- 1.1.18. Enfermedades causadas por óxidos de nitrógeno
- 1.1.19. Enfermedades causadas por vanadio o sus compuestos
- 1.1.20. Enfermedades causadas por antimonio o sus compuestos
- 1.1.21. Enfermedades causadas por hexano
- 1.1.22. Enfermedades causadas por ácidos minerales
- 1.1.23. Enfermedades causadas por agentes farmacéuticos
- 1.1.24. Enfermedades causadas por níquel o sus compuestos
- 1.1.25. Enfermedades causadas por talio o sus compuestos
- 1.1.26. Enfermedades causadas por osmio o sus compuestos
- 1.1.27. Enfermedades causadas por selenio o sus compuestos
- 1.1.28. Enfermedades causadas por cobre o sus compuestos
- 1.1.29. Enfermedades causadas por platino o sus compuestos
- 1.1.30. Enfermedades causadas por estaño o sus compuestos
- 1.1.31. Enfermedades causadas por zinc o sus compuestos
- 1.1.32. Enfermedades causadas por fosgeno
- 1.1.33. Enfermedades causadas por sustancias irritantes de la córnea como benzoquinona
- 1.1.34. Enfermedades causadas por amoniaco
- 1.1.35. Enfermedades causadas por isocianatos
- 1.1.36. Enfermedades causadas por plaguicidas

- 1.1.37. Enfermedades causadas por óxidos de azufre
- 1.1.38. Enfermedades causadas por disolventes orgánicos
- 1.1.39. Enfermedades causadas por látex o productos que contienen látex
- 1.1.40. Enfermedades causadas por cloro
- 1.1.41. Enfermedades causadas por otros agentes químicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes químicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador
- 1.2. Enfermedades causadas por agentes físicos
  - 1.2.1. Deterioro de la audición causada por ruido
  - 1.2.2. Enfermedades causadas por vibraciones (trastornos de músculos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos periféricos o nervios periféricos)
  - 1.2.3. Enfermedades causadas por aire comprimido o descomprimido
  - 1.2.4. Enfermedades causadas por radiaciones ionizantes
  - 1.2.5. Enfermedades causadas por radiaciones ópticas (ultravioleta, de luz visible, infrarroja), incluido el láser
  - 1.2.6. Enfermedades causadas por exposición a temperaturas extremas
  - 1.2.7. Enfermedades causadas por otros agentes físicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes físicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador
- 1.3. Agentes biológicos y enfermedades infecciosas o parasitarias
  - 1.3.1. Brucelosis
  - 1.3.2. Virus de la hepatitis
  - 1.3.3. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
  - 1.3.4. Tétanos

- 1.3.5. Tuberculosis
- 1.3.6. Síndromes tóxicos o inflamatorios asociados con contaminantes bacterianos o fúngicos
- 1.3.7. Ántrax
- 1.3.8. Leptospirosis
- 1.3.9. Enfermedades causadas por otros agentes biológicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes biológicos que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador
- 2. Enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado
  - 2.1. Enfermedades del sistema respiratorio
    - 2.1.1. Neumoconiosis causadas por polvo mineral fibrogénico (silicosis, antracosilicosis, asbestosis)
    - 2.1.2. Silicotuberculosis
    - 2.1.3. Neumoconiosis causadas por polvo mineral no fibrogénico
    - 2.1.4. Siderosis
    - 2.1.5. Enfermedades broncopulmonares causadas por polvo de metales duros
    - 2.1.6. Enfermedades broncopulmonares causadas por polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cáñamo, de sisal o de caña de azúcar (bagazosis)
    - 2.1.7. Asma causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos e inherentes al proceso de trabajo
    - 2.1.8. Alveolitis alérgica extrínseca causada por inhalación de polvos orgánicos o de aerosoles contaminados por microbios que resulte de las actividades laborales
    - 2.1.9. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas causadas por inhalación de polvo de carbón, polvo de canteras de piedra, polvo de madera, polvo de cereales y del trabajo agrícola, polvo de locales para animales, polvo de textiles, y polvo de papel que resulte de las actividades laborales
    - 2.1.10. Enfermedades pulmonares causadas por aluminio

- 2.1.11. Trastornos de las vías respiratorias superiores causados por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos e inherentes al proceso de trabajo
  - 2.1.12. Otras enfermedades del sistema respiratorio no mencionadas en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador
- 2.2. Enfermedades de la piel
- 2.2.1. Dermatitis alérgica de contacto y urticaria de contacto causadas por otros alérgenos reconocidos, no mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales
  - 2.2.2. Dermatitis irritante de contacto causada por otros agentes irritantes reconocidos, no mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales
  - 2.2.3. Vitiligo causado por otros agentes reconocidos, no mencionados en los puntos anteriores, que resulten de las actividades laborales
  - 2.2.4. Otras enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos en el trabajo no incluidos en otros puntos cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) de la piel contraída(s) por el trabajador
- 2.3. Enfermedades del sistema osteomuscular
- 2.3.1. Tenosinovitis de la estiloides radial debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca
  - 2.3.2. Tenosinovitis crónica de la mano y la muñeca debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas de la muñeca
  - 2.3.3. Bursitis del olécranon debida a presión prolongada en la región del codo
  - 2.3.4. Bursitis prerrotuliana debida a estancia prolongada en posición de rodillas
  - 2.3.5. Epicondilitis debida a trabajo intenso y repetitivo
  - 2.3.6. Lesiones de menisco consecutivas a períodos prolongados de trabajo en posición de rodillas o en cuclillas

- 2.3.7. 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
- 2.3.8. Otros trastornos del sistema osteomuscular no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) del sistema osteomuscular contraído(s) por el trabajador
- 3. Cáncer profesional
  - 3.1. Cáncer causado por los agentes siguientes
    - 3.1.1. Amianto o asbesto
    - 3.1.2. Bencidina y sus sales
    - 3.1.3. Éter bis-clorometílico
    - 3.1.4. Compuestos de cromo VI
    - 3.1.5. Alquitrans de hulla, brea de carbón u hollín
    - 3.1.6. Beta-naftilamina
    - 3.1.7. Cloruro de vinilo
    - 3.1.8. Benceno
    - 3.1.9. Derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos
    - 3.1.10. Radiaciones ionizantes
    - 3.1.11. Alquitrán, brea, betún, aceite mineral, antraceno, o los compuestos, productos o residuos de estas sustancias
    - 3.1.12. Emisiones de hornos de coque
    - 3.1.13. Compuestos de níquel
    - 3.1.14. Polvo de madera
    - 3.1.15. Arsénico y sus compuestos
    - 3.1.16. Berilio y sus compuestos
    - 3.1.17. Cadmio y sus compuestos
    - 3.1.18. Erionita

- 3.1.19. Óxido de etileno
- 3.1.20. Virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC)
- 3.1.21. Cáncer causado por otros agentes en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes que resulte de las actividades laborales y el cáncer contraído por el trabajador
- 4. Otras enfermedades
  - 4.1. Nistagmo de los mineros
  - 4.2. Otras enfermedades específicas causadas por ocupaciones o procesos no mencionados en esta lista cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición que resulte de las actividades laborales y la(s) enfermedad(es) contraída(s) por el trabajador

## **Anexo II – Entrevistas**

### **Entrevista N° 1: Departamento de Salud Ocupacional (DSO), Facultad de Medicina**

Entrevistado: Dra. Estela de Ben

Profesión: Doctora en medicina

Cargo: Profesora Agregada del DSO de Facultad de Medicina

P- Qué público tiene acceso a la atención brindada por el DSO?

R- Trabajadores de diferentes ramas de actividad que son derivados en algunas ocasiones por el médico tratante, en otras por compañeros que conocen el servicio o por algún referente sindical, generalmente es así, pero atendemos a trabajadores tanto de ASSE como de las mutualistas.

Cualquier persona puede venir. Hay que agendar. Solicitan consulta vía telefónica, se agendan y tenemos policlínicas que funcionan 3 veces a la semana. Lunes en la mañana, martes y jueves en la tarde.

P- Cumplen con algún procedimiento formal al diagnosticar enfermedades profesionales?  
De notificación por ejemplo.

R- Generalmente... prácticamente en el 100% de los casos... como es un servicio de asesoramiento nosotros hacemos un informe que se le entrega al trabajador, o dirigido al médico tratante, o que él lo usa luego en la empresa, o dirigido al BSE, o al BPS según corresponda.

P- Es una recomendación, pero no se le da tratamiento acá?

R- Tratamiento no, no se hace el tratamiento porque todos tienen un prestador de salud. Si no es una enfermedad profesional va a seguir su tratamiento en el prestador que corresponda, y si es una enfermedad profesional la cobertura asistencial le corresponde al BSE. Lo que nosotros hacemos es un informe diagnóstico y una orientación al tratamiento.

P- La recomendación es para la persona o para su médico?

R- En principio se orienta a la persona en lo que se recomienda, si hay que hacer adecuaciones, seguimiento y control de lo que sean trastornos mentales con un

especialista, muchas veces se orienta a psiquiatra y a psicólogo, entendemos el concepto integral de salud y no limitamos en ese sentido todo lo que son las posibilidades de tratamiento; y después orientaciones de lo que sería su vida laboral, para la empresa... qué adecuaciones habría que hacer en el puesto, incluso hasta vinculadas a la organización del trabajo para mejorar esa situación. Muchas veces vienen personas que ya están con juicios laborales, eso es bastante común.

P- Llevan algún tipo de dato estadístico de los casos que atienden?

R- Registro. Tenemos registro de los casos, que se reportan al Servicio de Registros Médicos del Hospital, pero no tenemos un reporte estadístico como tal de las patologías. Y no publicamos datos estadísticos.

P- Y llevan algún listado de posibles enfermedades profesionales?

R- Se registra todo, todos los casos que vemos. Pero no tenemos datos discriminados.

P- Que es un trastorno mental? Y cuál es el límite entre salud y enfermedad mental?

R- Bueno, el límite puede ser difícil de precisar. Sin embargo, los trastornos mentales tienen sus fundamentos diagnósticos, que eso es de la órbita de los psicólogos y los psiquiatras, pero dentro de los trastornos mentales la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de pánico, los síndromes bipolares, son múltiples, la psicosis, dentro de ella la psicosis crónicas, la esquizofrenia, la psicosis delirantes agudas... son múltiples... En realidad nosotros en la práctica podemos tener consultas por trastornos mentales que causen dificultades a la hora de la adaptación al trabajo, pero no quiere decir que personas con trastornos mentales no puedan trabajar, de hecho entendemos que el trabajo puede actuar como un protector de la salud en ese sentido, y que es muy bueno que trabajen, y que además pueden tener muy buen rendimiento dependiendo de cómo se adecue el trabajo a la persona, no?

P- Bueno, el planteo está orientado en el marco de la investigación del porqué las enfermedades mentales no fueron incluidas en el listado de enfermedades profesionales..

R- Ah, tú lo planteas por eso...está bien eso! cómo el trabajo puede afectar a la persona. Es cierto. Vemos sobre todo casos de estrés, estrés crónico, síndrome de burn out, todo eso, y las consecuencias, ya sea síndromes depresivos o síndromes de ansiedad,

que pueden relacionarse con el estrés. O estrés post traumáticos como consecuencia de una situación de violencia en el trabajo, eso se ve. Es cierto, eso no está incluido en el listado de enfermedades profesionales al momento actual. No quiere decir que en el futuro no se puedan incluir. Porque la idea es esa, que los listados en la medida de los avances en el conocimiento y las oportunidades que tenga el país de avanzar en ese sentido ... podrían llegar a incluirse; de hecho en la OIT está como una recomendación y creo que son muy pocos los países que han llegado a incluirlos. De todas formas, nosotros entendemos que la lista esa de enfermedades profesionales no es una lista cerrada del todo y de hecho el BSE puede aceptar casos, si bien pueden ser escasos, pero han aceptado casos de situaciones de estrés; de estrés pos traumático sobre todo.

P- Y en cuanto a la definición de trastorno mental? Y cuál sería el límite entre salud y enfermedad?

R- Y no se... eso .... Tienen criterios diagnósticos que son específicos de cada patología y son de la órbita de la especialidad, yo no me atrevería a poner un límite preciso en eso, pero se que los hay y para eso hay fundamentos diagnósticos, criterios diagnósticos y manuales. El CIE10 es la clasificación y el DSM4 es donde están también los criterios diagnósticos. BPS también tiene un baremo donde están incluidos los trastornos mentales. Se que dentro de las más comunes, no catalogadas como profesionales, pero que pueden serlo, porque no todos pasan por una evaluación diagnóstica realizada por especialistas en salud ocupacional tampoco, pero dentro de las más características dentro de las certificaciones médicas, los trastornos mentales son muy frecuentes, no sólo en nuestro país sino en el mundo entero, cada vez son más frecuentes.

P- De modo que usted considera que los trastornos mentales pueden tener origen laboral?

R- Sí, claro que sí. Obvio que no todos, no? Pero hay casos sí que se han visto.

P- Cuáles son los más frecuentemente asociados al trabajo?

R- Depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico...

P- En qué trabajos son más frecuentes dichos trastornos?

R- Generalmente las personas que trabajan con personas como el trabajo en la salud y el trabajo en la educación son trabajos que tienen más estresores, más factores de estrés, y eso puede derivar en estrés crónico que puede llevar al síndrome del quemado profesional con las consecuencias negativas sobre la salud entre ellos un impacto importante sobre la salud mental. Pero bueno, no está exenta ninguna ocupación creo... en estas se da la mayor frecuencia.

P- Llevan algún registro de donde pueda surgir este dato?

R- No tenemos nosotros ningún estudio general. Ha habido algunos estudios de estrés laboral en el personal de la salud, pero no nada general de todas las ocupaciones.

P- Cómo se logra establecer la interrelación entre trastorno mental y trabajo?

R- Bueno, ahí hay criterios diagnósticos de lo que es una enfermedad profesional. Tiene que haber una asociación entre los factores de riesgo, que pueden provocar y el efecto. Tiene que haber también una correlación cronológica, que se haya dado la exposición en un tiempo determinado y luego aparezca el daño. Debe haber habido una exposición temporal, y también se necesita que existan fundamentos científicos, bibliográficos que permitan establecer esa asociación. Pero lo fundamental para nosotros es conocer en profundidad los antecedentes laborales y las condiciones de trabajo. No es sólo donde trabaja y lo que hace, sino como son las consecuencias reales en las que se da el trabajo. Y para los trastornos mentales fundamentalmente como factores de riesgo, hay que atender a factores vinculados a la organización del trabajo. A las relaciones interpersonales, el ritmo de trabajo, la exigencia, la relación que hay entre la autonomía y la responsabilidad. La carga mental, la exigencia intelectual, la memoria, la capacidad de concentración. Son múltiples. Todo eso es importante de evaluar para saber a qué carga psíquica y mental está expuesta la persona. Porque todos los trabajos tienen carga física, psíquica y mental, pero del equilibrio y de la relación que haya entre la capacidad de la persona para dar respuesta y las demandas del trabajo es que se van a producir mayor o menor riesgo de que aparezcan las alteraciones.

P- Considera Ud. que en nuestro país hay recursos suficientes para establecer el origen laboral de un trastorno mental?

R- Yo creo que sí, que hay personas capacitadas para eso en psiquiatría, en psicología, mismo acá. Acá estamos trabajando también con apoyo de psicólogos. Hay que estudiar en profundidad porque hay que reconocer las condiciones de trabajo, pero entiendo que hay argumentos.

P- Cuál sería el personal idóneo para hacerlo?

R- el personal de salud.

P- Han atendido casos de trastorno mental de origen laboral en el DSO?

R- Sí, sí.

P- Cómo se ha procedido en estos casos?

R- Bueno, en realidad es eso, es la orientación para mejorar sus condiciones de trabajo. No tenemos tampoco un registro del seguimiento, es decir... cuántos casos se pudieron mantener trabajando en el lugar, cuántos debieron reorientar su actividad, o cambiar de tareas. No tenemos datos estadísticos en ese sentido.

P- Y tampoco si llegaron a solicitar el reconocimiento de la enfermedad ante el BSE, o no?

R- Esteee... bueno los casos que se derivan al BSE... la gente va al BSE y no necesariamente todos los casos son aceptados como tal. Muchas veces después de un tiempo llega un expediente judicial pidiendo asistencia a una audiencia porque la gente termina en juicio. Hay algunos casos en ese sentido, pero la verdad es que no tenemos un seguimiento de esto como para poder asegurarte de cuál es el resultado.

P- Cuáles son los factores que a su criterio desencadenan los trastornos mentales?

R- fundamentalmente las situaciones de violencia en el trabajo, o la sobre-exigencia, sobrecargas psíquicas, problemas de la organización del trabajo, es por ahí... problemáticas vinculadas a la organización del trabajo.

P- A su juicio, la salud mental de los trabajadores recibe una adecuada protección en Uruguay?

R- (piensa) Creo que no, que en este sentido... es tal la demanda, o la cantidad de trabajadores que sufren alteraciones mentales que creo que el MSP tiene un programa

de salud mental, pero creo que la visión de la importancia que tiene, o el impacto que tiene eso en el mundo del trabajo no se ha encarado suficientemente. Creo que es un deber, una cosa en la que hay que trabajar más. Pero que requiere de la unión, de la mirada, del apoyo de muchos actores. Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, tendrían que trabajar juntos en esto para que pudiera tener un impacto. Sobre todo, entiendo que sigue habiendo una discriminación con la persona que padece un trastorno mental; las dos cosas, por un lado los factores vinculados a la organización que pueden afectar la salud mental muchas veces son los más difíciles de reconocer o de aceptar para las organizaciones, para las empresas. Nos pasa muchas veces a quienes trabajamos en salud laboral que si hay ruido, o un contaminante químico, uno lo mide, lo muestra, y hay cosas para hacer que son de repente más sencillas.... No quiere decir que lo de la organización siempre sea complejo, pero a veces cuesta más que se reconozca como un factor de riesgo importante. Y por otro lado, los trabajadores con trastornos mentales muchas veces son discriminados, o estigmatizados... como que mirá, esta persona tiene tal problema y más vale sacarlo de acá porque no va a poder... y no es así, porque son personas que muchas veces pueden cumplir con normalidad su trabajo; claro, dependiendo de la severidad y de los momentos... como todo, no? porque un diabético o un asmático descompensado va a haber períodos en los que no pueda trabajar, lo mismo un psicótico crónico. Puede trabajar perfectamente mientras está compensado y si un día o en algún momento se descompensa, como pasa.., ahí tendrá que separarse del trabajo. Pero no necesariamente lo inhabilita para trabajar, y pueden ser muy buenos trabajadores dependiendo en qué. Como todos, depende en qué trabajemos vamos a poder rendir más, o menos.

P- Qué habría que cambiar para mejorar estos aspectos?

R- Yo creo que en el tema de salud mental hace falta la mirada más profunda desde el trabajo y ver las dos cosas, cómo el trabajo afecta la salud y cómo el problema de salud mental es visto en el trabajo de manera estigmatizada y cómo debería modificarse eso.

P- En su opinión, se deberían reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R- Aja.... y sí. En la visión de un especialista en salud ocupacional debería decir que sí. Lo que pasa es que también como te digo una cosa te digo la otra... entiendo que son cosas que deben ser progresivas porque no es tan fácil...

P- Dónde está la dificultad?

R- Sí, no es muy claro porque te digo que capacidades hay... pero capaz que ... no se. Tal vez es porque podría haber un sobre diagnóstico de eso, se podría llegar a generar una situación de alta demanda que no es posible de cubrir .

P- Pero por un tema económico... o por un tema de que pueda generar ausentismo injustificado... o por qué?

R- Es que de hecho el ausentismo ya existe... en realidad lo cubre el BPS.

P- Sí, pero en el caso de los trastornos mentales no hay estudios médicos que permitan descartar la afección...

R- Sí, ahí está... capaz para llegar a establecer que realmente es el trabajo el que está perjudicando, se requiere la visión de los factores de riesgo que están presentes en el trabajo y me parece que en la medida que el país avance más en los servicios en el trabajo que son los efectores para la atención de los problemas de salud en el trabajo ahí podría ir avanzándose en esto. Que estamos en vías de... porque ya se están implementando. Todavía hay que transitar un poco más eso, porque están implementados y obligatorios en algunas ramas de actividad pero no en todas, y me parece que el país debería tender a eso. Pero es difícil porque todavía sigue siendo difícil en algunas enfermedades como trastornos músculo esqueléticos que es como más objetivo y más claro... moviliza tal carga... en fin. Y lo otro, porque aparte en realidad el reconocimiento de la enfermedad profesional es un concepto más médico legal con criterio indemnizatorio; nosotros decimos que no hay límites tan claros; es como tratar de simplificar la realidad causa-efecto, porque en definitiva todas las enfermedades son multicausales; entonces los factores estresantes del trabajo afectan de manera diferente a las personas dependiendo de tu historia de vida personal, familiar, que tipo de apoyo y contención familiar tengas, qué otras expectativas tengas en la vida, que capacidad de actividades recreativas, deporte, en fin; se hace un poquito más complejo el establecer exactamente.... No quiere decir que no se puede ni que no haya gente capacitada para hacerlo; pero a lo mejor... hoy me preguntabas las

capacidades... creo que hay profesionales capacitados, pero esto no quiere decir que en general el país tenga las capacidades como para abordar me parece todavía el problema.

P- Qué se necesita para poder hacerlo? Qué es lo que hace falta?

R- Y..... que estuviera más instalado lo de los servicios de salud que te decía, que el programa de salud mental del MSP encare el tema de la salud mental y el trabajo, porque por ahora no se hace.... Yo empezaría por eso. Por sensibilizar más el reconocimiento del problema, por generar más efectores a nivel de empresa y del sistema de salud para poder reconocerlas. El país ... porque en realidad no las está reconociendo el BSE pero hay cantidad de personas que tienen estrés laboral y están certificados por trastornos de ansiedad por BPS, y no está bien eso porque la importancia de reconocerlos también hace que se ponga en evidencia un problema y se piensen y se creen mecanismos de prevención porque si no estamos tapando el problema. Pero sabemos que es un problema a nivel mundial y que es la enfermedad que hay que apuntar a atender, porque en las próximas décadas..... este... se está transformando como en una epidemia este problema de salud mental; y es la forma de vida, las exigencias, el ritmo acelerado, muchas veces la deshumanización del trabajo en pro de la productividad, la falta de reconocimiento de las personas... eso se ve mucho. El sufrimiento que todo esto genera en el trabajador.

P- Esto se ve en todos los niveles jerárquicos? Viene tanto en operarios como jefes y gerentes?

R- Sí, se ve en todos los niveles. Sí. Pero generalmente el más vulnerable es el trabajador de menor jerarquía.

## Entrevista N° 2: Departamento de Psiquiatría de Facultad de Medicina

Entrevistado: Dra. Vanessa Ems

Profesión: Médico psiquiatra

Cargo: Profesora Agregada de Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina

P- Qué es un trastorno mental?

R- Es una patología psiquiátrica. Creo que lo más difícil es que como las patologías psiquiátricas no quedan ubicadas específicamente en un lugar del cuerpo le cuesta más a la gente tomarlas como una enfermedad, pero son tan enfermedad como cualquier otra que asienta en nuestro organismo. Asientan a nivel cerebral, algunas sabemos específicamente dónde y otras no. Una cosa que caracteriza al trastorno mental es cómo afecta los pragmatismos, las capacidades del individuo para funcionar en las distintas áreas de la vida, y la capacidad de adaptación que tiene. Esos son dos puntos fuertes que definen muchas veces cuando la patología no es clara; eso de no funcionar ni el trabajo, ni en la familia, ni a nivel personal, puede dar cuenta de una patología psiquiátrica.

P-Cuál es el límite entre salud y enfermedad mental?

R- Hay patologías que están bien definidas, que se diagnostican, y que tenga la patología no quiere decir que no sea capaz de trabajar; hay patologías psiquiátricas que no impiden el trabajo, la mayoría. Hay algunas que si, y otras que no. Dónde está el límite entre la salud y la enfermedad? Bueno, cuando se pueden diagnosticar fácilmente la patología está diagnosticada y no habría problema. Después en los otros casos lo que se tiene en cuenta es esa capacidad de adaptación. En psiquiatría la rigidez y la poca capacidad de adaptación, la falta de flexibilidad, habla de aspectos patológicos.

P- Pero qué cosa por ejemplo? Falta de flexibilidad en qué sentido?

R- Por ejemplo, si una persona por su forma de ser en el lugar de trabajo choca todo el tiempo, se pelea con todo el mundo, no se puede adaptar ni al jefe, ni a los horarios, ni a los compañeros, podemos suponer que está en un entorno que es hostil. Si esa persona es cambiada de lugar, se va a otra sección y establece el mismo tipo de situación, y después cuando uno lo entrevista y habla con él va viendo que a nivel del

lugar dónde vive con la familia tiene ese tipo de vínculo, que no ha logrado armar otras cosas y que por ejemplo con la inteligencia y la formación que tiene debería haber podido acceder... o lograr mucho más de lo que pudo hacer. Ahí muchas veces lo que se está juzgando son dificultades claras en la posibilidad de adaptarse, de intercambiar con sus pares de manera adecuada, y eso si bien no da cuenta de una patología psiquiátrica específica, son rasgos de personalidad o características de personalidad que complica mucho el funcionamiento a nivel laboral por ejemplo. Eso no lo vuelve incapaz. Pero hay situaciones extremas en pacientes con disfuncionalidad muy severa que terminan siendo incapaces para trabajar porque no logran una interacción adecuada.

P- Eso se trata con medicación, a nivel de psicólogo, o de qué manera?

R- Las patologías psiquiátricas definidas tienen indicaciones claras de farmacología o psicoterapia, a veces sólo psicoterapia de distintas líneas de acuerdo a lo que se haya visto o las posibilidades que tiene el paciente de trabajar con lo que le está pasando, pero en lo que tiene que ver con estructuras de personalidad no hay medicación. No hay medicación para tratar una estructura de personalidad. En realidad lo que se tratan son los síntomas: la irritabilidad, los aspectos agresivos, pero se trata como síntoma, no la estructura de personalidad. Eso se puede abordar desde lugares psicoterapéuticos; lo que pasa es que los pacientes con trastorno de personalidad son los que no sienten la necesidad por lo general de ir a consultar a pesar de que todo lo de alrededor no funcione bien, queda puesto todo a cargo del entorno. No son ellos los que lo causan; no aceptan que por lo menos una causa de lo que les está pasando tiene que ver con ellos y si no se modifican ellos es muy difícil que la situación cambie.

P- En su opinión, es posible establecer si existe relación entre el trastorno mental padecido y el trabajo del paciente?

R- Bueno, en algunas situaciones sí; los estresores crónicos favorecen la depresión por ejemplo. O sea, una situación de trabajo que implique un estrés crónico sí puede quedar vinculado directamente con una depresión por ejemplo. Hay otras patologías que no. La psicosis no, el trastorno bipolar tampoco. Algunas rotundamente no, otras sí.

P- De qué manera se logra establecer ese vínculo causal en los casos posibles?

R- Las patologías en psiquiatría son multifactoriales. No alcanza con un desencadenante, con una causa para que la enfermedad se muestre. Tienen que haber una vulnerabilidad biológica, un entorno familiar, personal y social, e influyen todos en el resultado final; todos determinan que la enfermedad mental aparezca o no. Frente al mismo estresor crónico hay gente que se deprime y otros que no, pero en la que se deprimió, el hecho de trabajar en una situación de estrés crónico es algo que pesa; cuando uno va a tratar a ese paciente las cosas que va a haber que valorar es que peso ocupa en la patología del paciente estar trabajando ahí y mantenerse ahí por ejemplo.

P- Y eso se valora a partir del discurso del paciente?

R- Sí, del discurso del paciente; pero el psiquiatra hace una valoración, porque el paciente dice una cantidad de cosas... y nosotros confrontamos y a veces podemos notar que el paciente está manipulando la información o siendo inauténtico. Pero sí, nosotros trabajamos a partir de su percepción del entorno de trabajo. Aunque también se sabe... está medio catalogado que hay trabajos que son estresantes y otros que no tanto. Eso está bastante pautado y más o menos se sabe. También es cierto que hay gente que trabaja en situaciones de estrés permanente y no se deprime nunca por ejemplo. Hay que evaluar. No alcanza trabajar en un lugar muy estresante para deprimirse. No alcanza.

P- En su experiencia, cuáles son los trastornos mentales más frecuentemente asociados al trabajo?

R- Y bueno... la depresión es uno, los trastornos adaptativos son los más frecuentes.

P- La ansiedad, los trastornos de pánico?

R- La ansiedad sí! Pero los trastornos de pánico.... no. Los trastornos de pánico pueden estar desencadenados por cualquier cosa o pueden no tener un desencadenante claro. Más que nada la depresión, es lo que más se ve...

P- En qué tipo de trabajos son más frecuentes dichos trastornos?

(Se comprometió a responder esta pregunta por mail pero no lo hizo).

P- Si concluyen desde la clínica que la enfermedad es de origen laboral, lo tienen que notificar o cumplir con algún requisito de forma? Ante quién?

R- No; lo puede pedir el paciente. O si estás pensando en una pensión por ejemplo, nosotros lo que hacemos es un informe y el BPS es quien revalúa al paciente y resuelve si corresponde pensión o no. Nosotros podemos hacerle recomendaciones al paciente de lo que tendría que hacer, podemos tratarlo, podemos contactar con el lugar de trabajo para ver si hay alguna manera de resolver o hacerlo rotar, o algo así. Pero eso es todo. No hay ningún procedimiento que esté estipulado... no.

### Entrevista N° 3: PIT-CNT

Entrevistado: Sra. Tania Marín

Cargo: Delegada de FUECYS en la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente del PIT-CNT y Representante del PIT-CNT en CONASSAT

P- En qué ámbitos relacionados a la salud laboral participa el PIT-CNT?

R- En el CONASSAT por ejemplo. Nos llega información de los temas que están en la agenda de CONASSAT y porqué estos temas están hoy en agenda. En el CONASSAT los temas son consensuados. El PIT –CNT llevó su agenda para esta etapa del CONASSAT, que no fuimos muy ambiciosos creo porque pusimos entre 9 y 12 puntos sobre los reclamos más sentidos de los trabajadores en esta etapa. Producto también de las resoluciones del último congreso, obviamente esto está votado y refrendado por todos los trabajadores afiliados al PIT-CNT. El PIT –CNT lleva su agenda y curiosamente en estos dos períodos que nos ha tocado actuar, se trabaja sobre la agenda que llevamos los trabajadores. Eso por un lado está bien, pero por otro denota falta de interés de las Cámaras de no traer ellos algo, tomar la iniciativa de su parte. No traen propuestas, no han demostrado mayor preocupación. Sí, han tomado postura en forma de respuesta sobre los temas de la agenda. Y el MTSS también presentó algunos puntos; esta vez cuando asumió Murro que hace muy poco, el Inspector General Gerardo Rey ya vino... y el Ministro se presentó ya con algunas ideas originales de parte del gobierno, políticas de Estado con respecto a la salud y la seguridad de los trabajadores.

A partir del 2005 este tema de salud y seguridad tuvo un gran impulso, porque este tema aparece en las agendas y toma preponderancia cuando las actividades privadas pueden tener negociación tripartita. Yo creo que la Ley 17940 que habla acerca de la promoción de las actividades sindicales y la protección de la actividad sindical es un disparador. Eso sumado a que vienen con un fuerte impulso los trabajadores de la actividad privada sobre estos temas porque se está trabajando muy mal. Nosotros tenemos la percepción de que el trabajo así como está no es salud. El trabajo enferma así como está organizado. Entonces en algunas ramas de actividad se valora más que el salario la corrección de la forma en que se trabaja, para no enfermar trabajando, ni morir trabajando. Siguiendo los lineamientos de OIT ningún trabajador debería pasar por esto. Entonces la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se toma fuertemente por parte de los trabajadores de la actividad privada. En la actividad pública tiene otra manera de negociar

estas cuestiones. Pero creo que no se tenía la visualización de que en el trabajo hay riesgos y que la vida útil del hombre trabajador es muy larga, porque hay que aportar 30 años para tener un retiro decoroso, y es importante cómo llegás luego de esos 30 años; si realmente llegás a disfrutar de tu jubilación, o si la vida se termina cuando finaliza tu vida laboral... que no debería ser así porque comienza otra etapa; una etapa de disfrute de los logros que has obtenido, y disfrute de tus nietos, pero eso no se estaba dando. Pero eso no estaba en cuestión para los públicos en mi opinión. Porque no hacían incapie o era muy difícil que se organizara un conflicto por estos temas. Sí por presupuesto y por salario, pero por esto no. Y sin embargo, en la actividad privada periódicamente, una vez que se firma el convenio salarial, te diría que el 60% de los conflictos fueron por condiciones de trabajo

P- O sea que básicamente los ámbitos serían los consejos de salario y comisiones bipartitas?

R- Sí. Y por eso te decía, la ley de libertad sindical más la reglamentación del CIT 155 de OIT en el 2007, y esto es clave, el CIT 155 estaba ratificado pero no había un decreto reglamentario que habilitara las bipartitas de salud, y que determinara la obligatoriedad de tener bipartitas de salud, decreto 291 del 2007.

P- Por qué se excluyeron los trastornos mentales del listado de enfermedades profesionales indemnizadas en nuestro país?

R- En realidad nosotros nunca pensamos... Nosotros solicitamos la ampliación del listado de enfermedades profesionales porque en Uruguay el listado que reconocía el BSE no pasaba las 30, y teníamos conocimiento de que la recomendación de OIT abarcaba más de 100 enfermedades relacionadas con el trabajo. Nunca pensamos que a la hora de pensar y elaborar el decreto quedaran fuera lo que para nosotros era los más sentidos, que son las consecuencias de las cargas mentales que trae el trabajo, las tendinitis y algunas lumbalgias. En una era totalmente digital... y esto es una visión personal, que si bien la Revolución Industrial revolucionó el mundo del trabajo y trajo algunas mejoras para el trabajador ascinado y en malas condiciones de salud, yo creo que hubo una revolución digital no declarada para no asumir los costos, porque no hay nada en ningún trabajo que no sea digital. Que no implique utilizar las manos rápidamente, y los ritmos de trabajo. Y la mayoría de las tendinitis han quedado fuera.

P- Pero ahora sí están incluídas...

R- No...

P- No están incluidas dentro de las lesiones por esfuerzo repetitivo?

R- Mmmm... algunas.... Muy pocas. Nosotros tenemos muy pocos registros de que un trabajador con tendinitis en horario de trabajo sienta un dolor, vaya al BSE y el banco lo ampare y lo rehabilite para el trabajo. No ha sucedido con las tendinitis ni con las lumbalgias. Es una gran discusión que tenemos. En mi experiencia desde la secretaria de seguridad y salud laboral, en las entrevistas que hemos solicitado al BSE nos han dado explicaciones de tipo científicas y en consulta con la Facultad de Medicina... y sobre las enfermedades mentales derivadas del trabajo se argumentó que no había posibilidades científicas y técnicas en la facultad para medir y establecer con precisión el nexo causal entre enfermedad y puesto de trabajo, que eso es lo que necesitan.

P- Ustedes están de acuerdo con eso?

R- No, nosotros no estamos de acuerdo con eso.

P- Y cuál sería la imposibilidad de establecer ese vínculo? Porqué estaría dada esa imposibilidad?

R- Y porque tendrían que clausurar un montón de actividades. Porque es evidente. Por eso nosotros pensamos que tanto el BSE como el BPS que sí ampara y te certifica por estrés laboral y depresión, y permite estar separado del puesto de trabajo durante el tiempo que dure la certificación, yo creo que esos organismos deberían tener una coordinación más firme. Porque hace tiempo, no se ahora... nosotros hace unos días hicimos un encuentro de delegados de salud e invitamos al BSE, BPS y MTSS como siempre; y el mensaje del BPS decía que se va a cambiar el software, porque debido a un problema de software no se podía registrar en BPS qué grupo o qué sub-grupo de actividad tienen los trabajadores certificados. Pero eso es imposible, porque en el BPS piden los recibos!

P- O sea que ellos tienen registro de las certificaciones pero no pueden establecer de dónde viene el trabajador enfermo.

R- Exacto. Y esa información es necesaria para hacer lo que en medicina sería el estudio epidemiológico de la actividad. Cómo se hacía antes, todos los trabajadores de las minas se enfermaban de determinadas cosas, todos los trabajadores que manipulaban sustancias con plomo se enfermaban de otras; siempre hay formas de establecer.

P- Pero entonces la imposibilidad de establecer ese vínculo hoy por hoy estaría dada por un tema de falta de datos más que por imposibilidad médica?

R- Primero por un tema de falta de voluntad política más que nada, como todo. Esa voluntad política que no aparece en ningún lado. Y por otro lado porque no hay una política nacional, como hay una política sobre drogas por ejemplo. Por ejemplo, hay un decreto sobre consumo de cannabis, y a nosotros eso nos da una garantía, porque hay una intención estatal de controlar, una política de control de todo el proceso, desde la producción, comercio, distribución, está todo controlado el consumo; sin embargo no hay una política estatal sobre la postura del gobierno sobre la salud de los trabajadores. Cuál va a ser la inversión en prevención, en capacitación, en formación; cuando se instala un proceso nuevo de trabajo qué se hace, si se analiza el impacto solamente sobre el medio ambiente o también el impacto que va a tener sobre la masa de trabajadores que ocupen un puesto allí. No hay una política nacional. Y nosotros demandamos eso. Porque si hay una política nacional tripartita nosotros intervenimos con nuestras propuestas que son: cruce de datos, coordinación entre los organismos, coordinación entre BSE y el MSP más que nada.

P- Cree usted que es posible determinar fehacientemente la relación causal entre enfermedad mental y trabajo?

R- Sí, porque en otras partes del mundo se ha logrado. Porqué acá no?

P-Y cómo se hace en otros lados, puntualmente con respecto a las enfermedades mentales?

R- Y porque hay políticas nacionales a cerca de la prevención de las enfermedades mentales y la rehabilitación del trabajador enfermo.

R- Por ejemplo qué nos estaría faltando hacer? Qué debería incluir esa política?

R- Qué debería incluir? Bueno.. primero la intención de prevenir, bajar los costos que tiene rehabilitar a un trabajador. Las internaciones. Y sobre todo lo que ellos en el BSE argumentan es que las discapacidades se pueden medir al igual que los riesgos, algunos, otros son por percepción. Y con respecto a las enfermedades mentales también, no hay un baremo como tiene BPS, no hay criterios de medición para establecer qué puestos de trabajo son los que enferman. Nosotros tenemos la certeza de cuáles son, pero bueno, eso

hay que comprobarlo científicamente. Pero sobre todo tiene que haber una intervención firme en la organización del trabajo, que se respeten los derechos. Nosotros los trabajadores tenemos muchos derechos, un compendio de leyes que debería estar en plena vigencia.

P- Dijiste que tienen certeza de cuáles son los sectores o cargos más afectados mentalmente por el trabajo. Cuáles son?

R- Hay que analizar los puestos de trabajo. Por eso es que para nosotros es importante el cruce de datos y que haya registros. Por ejemplo en el último dato que dio el BSE, la rama en que la siniestralidad es más alta es comercio y servicios, que eso antes era impensable, pero también está relacionado con la cantidad de gente que ocupa. Hay que estudiar los indicadores en cada puesto de trabajo. Y una vez que tenés los indicadores tenes que ir a hacer una intervención en los lugares de dónde vienen los trabajadores. Por ejemplo el tema de las tendinitis sabemos nosotros que en la industria automotriz y los digitadores por ejemplo, son trabajadores que trabajan en determinada condiciones y a determinados ritmos que se enferman más temprano que tarde.

P- Y con respecto a las enfermedades mentales se puede establecer alguna tendencia?

R- Sí, podemos establecer. Hay mucho estudio sobre eso. Incluso hay una ley en estudio en el parlamento sobre acoso laboral, y en la exposición de motivos y en los fundamentos expresa todo lo que precede, y las investigaciones llevadas a cabo en otros países, sobre las consecuencias de padecer acoso laboral.

P- Pero acá en Uruguay no se ha logrado asociar las enfermedades mentales a ningún sector en particular? Es decir, sabemos que es algo que afecta a todos los puesto en todos los trabajos, pero se ha logrado establecer alguna predominancia?

R- Es que... como te decía hay carencia de datos. Lo que si sabemos es que es un riesgo más en el trabajo. Una vez que se identifica el riesgo y el trabajador conoce sus derechos, como por ejemplo que no debe perder su dignidad en el trabajo, y que se lo debe respetar como persona, y que no pueden dejar sus derechos en el locker o cuando se ponen el uniforme porque entran con el trabajador y son irrenunciables de la persona, resulta más claro que en el trabajo nadie puede ofender a otros y que no se deben permitir relaciones de presión y hostigamiento para obtener un resultado beneficioso para la empresa. No se puede comprometer la salud mental de un trabajador por eso. No se debe ir renunciando

paulatinamente o sistemáticamente a los derechos. Y eso de sistemáticamente nosotros también lo discutimos porque consideramos que un solo acto de vulneración de un derecho, o de denigrar al trabajador, o un insulto por ejemplo, habilita la intervención del sindicato, la defensa de los derechos del trabajador y un resarcimiento por el daño causado.

P- Se trabaja en alguna estrategia que a futuro permita reconocer a los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R- Primero, lo más importante es que las tres partes están reconociendo que esto de la salud y la seguridad es un problema y que es necesario un cambio cultural. Porque por ejemplo la etimología nomás de la palabra trabajo está asociada a tortura. En el lunfardo ir al yugo, que es un elemento de tortura, indica que no es agradable ir a trabajar. Está establecido culturalmente que indefectiblemente la vas a pasar mal en el trabajo. Pero qué pasa? La evolución de la ciencia y la tecnología tendría que estar al servicio de la gente y del trabajador; si no de qué sirve? Para el movimiento sindical eso es lo central. Para nosotros que nos interesa el trabajador, nos interesa la persona y el puesto de trabajo y la relación que existe en ese lugar de trabajo. Lo otro será problema del empresario o del estado. Pero nosotros aportamos lo que vivimos y aprendemos mientras trabajamos. Que lo que padecemos, o lo que nos gustaría cambiar para mejorar cada puesto de trabajo.

P- Y hay algún plan que esté en proceso?

R- Lo que hay es .... Lo que pasa es que nosotros no queríamos una Ley. El sindicato es muy aliado del derecho. Siempre hemos ido de la mano con la parte jurídica. Y en este caso intervienen muchas disciplinas como la psicología... el psicólogo determina los daños que provoca en el trabajador la inseguridad, la desmotivación cuando no está compenetrado con el trabajo o recibe hostigamiento, en fin, cuando no recibe nada positivo, cuando no hay una construcción de la persona con el trabajo el trabajador eso lo percibe. Y nosotros lo que proponemos es desterrar esos comportamientos desde la organización del trabajo y que esto es un problema de las jerarquías, de los jefes, de los encargados, de la selección de personal, de los perfiles para los cargos, es todo. Por eso decía que para abordar este problema y plantear soluciones es necesario un trabajo multidisciplinario, pero teniendo como centro al trabajador.

P- Y esto que propone cómo se podría lograr?

R- Nosotros tenemos una herramienta que son los sindicatos. La forma de lograr esto sería formar delegados de salud y seguridad, formar las bipartitas que por ley tienen que existir para hacer un seguimiento y una gestión de los riesgos en el trabajo. Porque si hay un riesgo no te pueden decir, mirá a esta máquina le falta protección pero vos tené cuidado, en vez de pasar a 10 cm pasá a 20 cm, porque en la dinámica del trabajo y a los ritmos que se trabaja eso no es seguro. Los riesgos se tienen que resolver en la fuente. No es la conducta lo que hay que cambiar sino la fuente del riesgo. Igual con el tema de los ruidos y las vibraciones. Nos dan protección auditiva, pero nosotros pedimos que se corrija la fuente del ruido o la vibración. Después se hizo claro que estaban equivocados en el enfoque de la prevención de los riesgos en el trabajo. Y acá también! Los riesgos de la mala organización del trabajo basados en las presiones no permiten que el ser humano razone, y por eso cuando se producen siniestros ya sea pequeño, grande o hasta una muerte, en la investigación surge que debido a las presiones el trabajador no pudo razonar. Y si hubiera podido, se podría haber evitado ese riesgo. Por eso digo que hace falta una política nacional como tiene UNASEV por ejemplo. Reconocer que ahí hay un riesgo y remangarse para trabajar todos juntos en eso. Los trabajadores lo que proponemos y participamos es en pedir la integración de las bipartitas para prevenir los riesgos en los lugares de trabajo.

P- Hoy por hoy no existen en todos lados, pero en los lugares que existen sí está involucrado el delegado sindical? O no se lo consulta?

R- No, no, no. El delegado según el decreto debe estar abalado y capacitado por el sindicato. El quehacer, nuestra lucha, se trata justamente de eso, de lograr que las bipartitas funcionen. Por eso nosotros capacitamos a los trabajadores, formamos continuamente a los delegados para que no solamente sea capaz de reconocer los riesgos sino que también aporte soluciones con certeza y conocimiento técnico. Para nosotros la base es que se cumpla el Decreto 291/2007 que es la gestión de los riesgos en el trabajo y que haya bipartitas en todos los lugares de trabajo. Con un compromiso de la empresa. Porque cada vez que nosotros hacemos una bipartita se labra un acta, donde entre otras cosas se detallan los compromisos asumidos. Y eso se refrenda y se lleva al MTSS y a la IGTSS. La IGTSS refrenda el acta y sabe que esa empresa está trabajando junto con el sindicato en pos de corregir los riesgos en el lugar de trabajo. Y si en un año por ejemplo no se corrige, se pide la intervención del MTSS, para que investigue por qué no se ha

corregido. Y así funcionan las bipartitas. Y así debería de andar todo, y debería de haber bipartitas en todos lados porque lo dice la ley.

P- Ahora a través de los servicios de salud en el trabajo se supone que deberían empezar a generarse más datos, no?

R- Sí, pero qué pasa? Según ese decreto... el de gestión de los riesgos en el trabajo, hay que estudiar los puestos de trabajo y ver si hay gente que permanece allí y se enferma y demás, o trabaja un tiempo y se certifica... Por eso es que insisto en la necesidad de que crucen datos el BSE con el BPS. Porque de qué se enferma la gente?

P- Claro, porque cuando llegan al BSE ya están enfermos.

R- Claro! Ya no hubo ningún mecanismo de prevención.

P- Para poder desarrollar algún mecanismo de prevención debería utilizarse la información del BPS.

R- Yo creo que sí. Y sobre todo con el tema de las enfermedades mentales.

Y te digo a groso modo en base a la experiencia que tengo hace 10 años, que las actividades privadas enferman a la gente. Pero en el ámbito público las enfermedades mentales están a la orden del día. Está todo el mundo auto-medicado aparte. Algo está funcionando mal en el estado. Pero ahí habría que hacer un seguimiento de las enfermedades mentales. La gente se certifica mucho. Eso en el ámbito público. Y por otro lado, donde también se certifican mucho es en aquellas actividades donde hay cierto compromiso vocacional. Como la salud y la enseñanza. Hay mucho de la persona puesto allí en el trabajo. Demanda mucho compromiso emocional del funcionario. Y a veces las expectativas de los profesionales no se cumplen. Se trabaja poniendo el corazón para obtener determinados resultados y a veces los resultados no acompañan esas expectativas, entonces viene la frustración, el desapego, y una serie de enfermedades que vienen cuando el trabajo no está bien, o el trabajador no está bien en el trabajo. Hoy tú me preguntabas a qué actividades podríamos asociar más las enfermedades mentales, y yo te diría que a estas. Por eso ahora el CIT 161 específico para la actividad de la salud privada ya están instalados los servicios de salud en el trabajo y también en la industria química. Y por qué? Bueno, por el alto riesgo, y en la salud privada además porque ya tienen los RRHH; y en la química por el alto riesgo de la actividad, y porque tiene una larga tradición de negociación tripartita. Entonces estamos monitoreando en esas actividades cómo se aplica el CIT 161 y los resultados que arroja. Pero en realidad volviendo al

291/2007, lo que crea el decreto es el delegado de salud, la bipartita a nivel de empresa, pero también crea la tripartita a nivel de rama. En esta tripartita, FUECYS por ejemplo tenemos 2 trabajando, pero hay muy poco insumo, se trabaja muy poco en la tripartita. O sea, hay que crear cultura con esto. Vuelvo a insistir, es un problema de las cámaras, porque el trabajador certificado para ellos es un costo, no está produciendo, tiene un ingreso mermado, la rehabilitación está comprometida porque con lo que gana no sabe si se va a poder rehabilitar bien, y todo esto es un problema que recae sobre el Estado. Por eso el Estado debe mandar a las Cámaras a que traigan insumos a las tripartitas, que vengan, que traigan soluciones, que manden delegados, en fin; porque la verdad es que no están participando. Por las prácticas de no asistir a la reunión convocada, no están funcionando las tripartitas, y no están produciendo los resultados que nosotros esperábamos. Por eso, dudo mucho que funcione el CIT 161. Imaginate que tienen que tener un equipo de profesionales trabajando en el lugar de trabajo. No se lo que va a pasar. Otro problema grave es que esos equipos tienen que tener un médico en salud ocupacional. Y médicos en salud ocupacional no hay muchos.

P- Pero se les otorga un plazo para formarse...

R- Sí, hay un período de 5 años para que la Facultad de Medicina pueda otorgar los títulos, pero viste que ahí también hay que tener en cuenta que son muy pocos. Porque hasta ahora era una rama inexplorada, porque no había mucho campo para trabajar tampoco. Pero tendrían que haber previsto esto, los médicos ya tendrían que estar para poder integrar los servicios de salud. Porque lo demás sí hay. Psicólogos hay, Técnico Prevencionista hay ahora, antes se llamaba de otra forma esa carrera y se daba en UTU porque el país era más industrial y la carrera se orientaba más a eso; pero ahora no. Y hablando de eso se me vino a la cabeza otra actividad que padece mucho son los call centers, que tienen una carga mental terrible. Es trabajo intangible, no tenés a quien dirigirte, las órdenes de trabajo vienen todas por pantalla, y hasta te despiden por pantalla. Es totalmente impersonal. Y donde te están escuchando y mirando muchas veces casi todo el tiempo. No podés apagar la cámara, no podés apagar la luz, no podés descolgarte la vincha... es una presión impresionante! Y cuando piden personal piden jóvenes con un montón de capacidades y después los enferman. Porque el ritmo, la organización del trabajo, las presiones, las relaciones son de gran frustración, combinado eso con un salario bajo; entonces en vez de potenciar la formación de los jóvenes... porque piden estudiantes, entonces ellos dicen qué bueno, me van a permitir tomar días por estudio,

tener horarios flexibles y demás, pero después vemos que paulatinamente el trabajador joven se deprime y no toma el trabajo como una parte de su vida social, o de crecimiento personal, sino que lo vive como tortura y siempre está deseando irse. Y eso tiene una connotación muy peligrosa porque el ser humano necesita salir de ese círculo, y ahí es donde aparecen las adicciones. Porque no tiene una respuesta a ese modo de vida, y entonces busca una vía de escape. Ahora legalizaron el cannabis, y ese es un tema que al movimiento sindical le preocupa, y bueno, las adicciones en general. Pero como te decía hoy, que en el ámbito público mujeres grandes y gente longeva empastillados es común ver. Hay actividades que nosotros ya sabemos, actividades que si bien están bien remuneradas no colman las expectativas, el trabajo intangible, incluso los trabajadores de la plaza financiera que ganan mucho tienen muchas adicciones tanto con el alcohol como con la droga. Y así, al no resolver el problema del trabajo, se generan otros problemas sociales como estos. El movimiento sindical está conciente. Nosotros lo tenemos claro. Son problemas sociales y por eso laborales también. Y el sindicato debería ser un paraguas para proteger, y nuestro compromiso llega hasta proteger al trabajador en el ejercicio de su derecho al trabajo, que no pierda el trabajo. Pero eso lo hacemos por solidaridad. Pero el Estado debería pensar que un trabajador que sale del círculo del trabajo y la producción es una carga social. Porque eso va en caída hasta tal punto que hemos encontrado trabajadores en los refugios, cuando eran compañeros de trabajo con una vida sana y saludable. Y atrás hay una familia que pierde el sostén y se afecta también a generaciones futuras. Entonces rescatando a un trabajador se rescata a todo un núcleo familiar. Y la actitud preventiva es esa. Nosotros como trabajadores lo que podemos hacer por ejemplo es trabajar a través de la bipartita. Si un problema de adicción surgiera por ejemplo y es un afiliado, el delegado tiene que entrevistarse y llegar al trabajador con una solución. Porque sabés cuál es el destino final si no.

P- Poseen datos estadísticos sobre enfermedades profesionales? (Cuesta Duarte?)

R- No, nada. No tenemos, esa es la lucha que estamos impulsando ahora. Para saber eso hicimos un convenio con Facultad de Derecho para hacer un trabajo tipo observatorio. Porque no se si todo el mundo piensa igual, pero así lo pienso yo, que cada convenio colectivo es una ley que se compone al menos de 3 partes: la salarial, las condiciones de trabajo y temas más generales.

Las condiciones en las que se va a realizar el trabajo se acuerdan por convenio colectivo y es ley. Y esta es ya la 6ta. ronda de consejos de salario y se firman convenios en que se

asumen compromisos respecto a las condiciones de trabajo y atender las consecuencias del trabajo mal hecho. Pero no sabemos si eso se cumple. No hay seguimiento. Nosotros hace 12 años que le pedimos al BSE por lo menos un indicador de siniestralidad, que ahora viene más ordenado porque el tiempo tiene que servir al menos para eso, para ordenar un poco las cosas. En tu recibo de sueldo que para asistirte es necesario, dice la rama de trabajo en la que te ocupas y el sub-grupo, es decir grupo y sub-grupo. Y en el caso del siniestrado figura también un número de póliza del BSE en el recibo. Que es imprescindible presentarlo para que se liquide y se cobren las prestaciones derivadas de las bajas por siniestralidad laboral. Aunque el BSE igual atiende a cualquier trabajador que llegue y luego investiga y verifica la relación de su vínculo laboral.

P- Con toda esa información el BSE debería poder hacer mediciones.

R- No..., el BSE publicó cifras en el 2012 pero de siniestralidad.

P- Se lleva una lista de posibles enfermedades profesionales? O enfermedades recurrentes entre los trabajadores que no integren el listado?

R- No, nosotros nos damos cuenta por los rechazos administrativos del BSE. El trabajador va y... antes por lo menos tenía derecho a una consulta con un médico que lo habilitaba, lo amparaba, o no. Ahora ni siquiera eso, ahora hay una circular de directorio que habilita a los administrativos a rechazar la admisión del trabajador. Que si nosotros tenemos un listado de las cosas decís?

P- Sí, leí que OIT recomienda que se lleve un listado de posibles enfermedades profesionales con el objetivo de poder comprobar si se repiten y en qué sectores y demás, para poder integrarlas a futuro en el listado de enfermedades profesionales indemnizadas. No se si el Estado lo hace; lo hacen ustedes?

R- No, acá se siguen los lineamientos de OIT pero eso no se hace. Pero debería de estar estudiado. Existen métodos para estudiar las distintas enfermedades y establecer ese nexo causal. Pero nosotros no tenemos uno nacional. Por eso es necesario hacer una investigación y adaptar los límites de exposición a determinados riesgos vinculándolos con la idiosincrasia del trabajador medio uruguayo y así tener una política nacional. Pero hoy las tablas que existen son las Alemanas que se hacen tomando como referencia a la composición de esa población que no siempre coincide con la nuestra. Y las tablas de límites de exposición tendrían que ser adaptadas a la manera de vivir del trabajador

uruguayo. Teniendo en cuenta la manera de alimentarse por ejemplo. Entre muchas otras cosas, no?

P- Han tenido o tienen algún afiliado afectado por enfermedades mentales de origen laboral?

R- Sí, pero es limitado. Porque nosotros no podemos ir más allá... Por ejemplo, las cajas de auxilio compensaban lo que el Estado no daba, pero cuando se disolvieron las cajas nosotros no pudimos hacer mucho porque no tenemos injerencia sobre la seguridad social.

P- Pero han tenido algún afiliado que vio afectada su salud mental y sabiendo que esa afección es causa de su trabajo haya venido al sindicato a pedir apoyo? A preguntar qué puede hacer por ejemplo? Cómo se lo apoya desde el sindicato?

R- Nosotros lo que tenemos es un convenio con una ONG que funciona en la orbita del hospital de clínicas para rehabilitar por adicciones, y lo que hacemos es llevar trabajadores que quieren rehabilitarse y recuperar su puesto de trabajo. Eso funciona para algunas actividades, no para todas.

Pero cuando un trabajador es diagnosticado por una enfermedad mental como estrés, depresión o algo de eso, nosotros representamos al trabajador, pero no tenemos otras herramientas que las que brinda el Estado, que para un caso así es casi nada.

P- En algún caso se intentó probar ante el BSE el origen laboral de un trastorno mental para que otorgue cobertura como enfermedad profesional?

R- No. Las conductas más evidentes son los trastornos de pánico que si suceden en el lugar de trabajo lo más probable es que el trabajador tenga una crisis, otros están controlados con medicación. Pero no, en ese caso el trabajador va a su mutualista y se certifica; y puede estar certificado un tiempo por BPS.

P- Pero nunca se intentó probar ninguno de esos casos ante el BSE?

R- No, pero lo denunciemos. Porque nosotros denunciemos las condiciones de trabajo ante la IGTSS. Pero dependemos de la IGTSS. Y hasta ahora hemos denunciado pero no se ha hecho más que cuidar la fuente de trabajo del trabajador. Porque cuando el trabajador presenta ese tipo de problemas se lo estigmatiza un poco, y lo que hace el sindicato es protegerlo y mantenerle el puesto de trabajo hasta que tenga el alta. Pero sabemos que es un círculo. El trabajador vuelve a su puesto de trabajo y si no se modifica,

a los 6 meses va a estar certificado de nuevo. Otra vez con el problema, porque no se corrige la causa. Lo mismo que las vibraciones, o un cable pelado. Lo que pasa es que todo eso es medible; lo que no se puede medir son las cargas mentales; nosotros decimos que los problemas relacionados con la conducta que es lo que se ve, es sólo la punta del iceberg pero debajo está el problema mayor que es la carga mental del puesto de trabajo.

P-El delegado recibe capacitación para detectar riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, aquello no visible ni evidente que sin embargo puede afectar la salud del trabajador?

R- Nosotros les damos capacitación y el sindicato está haciendo un gran esfuerzo por esto porque en las empresas no hay. Y a nivel tripartito estamos pidiendo que INEFOP intervenga, para capacitar sobre los riesgos en el trabajo y su prevención. Por eso digo que el 291 del 2007 es un Decreto completísimo que habilita a la toma de decisiones, al compromiso y a la acción. Sobre los riesgos psicosociales deberíamos tener un manual, y estar continuamente aportando porque es muy dinámico. El estrés, el acoso, el estrés, el burnout es un derivado del estrés en el trabajo. Al delegado en la Federación y acá en el PIT-CNT se capacita a través del Cuesta Duarte. Si no, no se hubiera podido avanzar. El Decreto 406 que especifica cómo deben estar los puestos de trabajo por ejemplo, hay empresas que no lo conocen, y tiene 25 años. Entonces se necesita una política nacional que obligue a que los empresarios, que como parte de los trámites de apertura de una empresa por ejemplo, como DGI, BPS, etc, deba presentar el plan de seguridad que tiene; que se le exija y se lo asesore y se le pregunte al menos, cual es el plan de seguridad que tiene, porque usted en esta empresa tiene riesgos. Las sanciones existen, pero nos dimos cuenta de que esto va más allá. Porque las multas son irrisorias. Hemos detectado empresas que prefieren pagar la multa y no corregir el puesto de trabajo. Tiene que haber fiscalización, y también debería haber conciencia moral por parte del empresario. Otra cosa en la que estamos trabajando por ejemplo es pedir para los trabajadores de los servicios una cobertura por estrés postraumático; es decir, el BSE tiene una cobertura de estrés postraumático para rehabilitar al trabajador que sufre un accidente. Con la inseguridad se han producido en el comercio muchos robos con violencia y hasta con riesgo de vida para los trabajadores. Y después de eso el trabajador no queda igual después de eso. Y eso debería de cubrirlo el BSE, pero no lo cubre. Y he visto incluso que después de un episodio de ese tipo el empresario grita, bueno, aquí no ha pasado nada! Prendan las máquinas y sigan trabajando! Pero la gente está deseando irse a su casa para llorar, desahogarse, ver

como se siente, qué le pasó y rearmarse un poco. Incluso volver al mismo lugar donde viviste una escena de violencia también cuesta. Y eso debería considerarse y estar amparado por el BSE. El trabajador necesita contención psicológica luego de ese tipo de hechos. Y también se vive violencia por parte del público. Queremos desterrar ese concepto de que el cliente siempre tiene la razón. Los trabajadores, las vendedoras de comercio han sufrido hasta violencia física inclusive, y la empresa no les permite salir a hacer la denuncia policial. Les dicen que vaya a hacerla después del horario. Han pedido la filmación de las cámaras para testificar lo ocurrido y las empresas las han negado. No han querido colaborar en la investigación. Y habiendo guardias de seguridad, tampoco salen de testigo, porque como están en relación de dependencia temen perder su trabajo. Conocí un caso en un supermercado donde una clienta entendió mal una promo y cuando llegó a la caja discutió con la cajera por ese tema, y llegó a agredirla físicamente; y la trabajadora no contó ni siquiera con el apoyo del dueño del supermercado. Llevó a cabo acciones contra la clienta, pero no contra el empleador que omitió su deber de responder por un ambiente de trabajo seguro. No tienen incorporado el deber de seguridad. Sabemos que hay cosas que no se pueden prever, un accidente es un accidente, pero la gran mayoría de los riesgos se pueden prevenir.

P- En su opinión, se deberían reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R-Sí. Claro.

P- Qué se necesita para poder hacerlo?

R- Primero, el cruce de datos para identificar las fuentes de riesgo. Identificar qué está pasando. La IGTSS es la policía del trabajo, es la responsable de asegurar que la Ley se cumpla, entonces debe fiscalizar. Y parece que hay voluntad de llevar un registro de incumplidores, es decir cuando una empresa es reiteradamente denunciada por malos tratos. Y nosotros eso no lo pedimos, pero creemos que es necesario. Tiene que cumplirse lo del delegado de salud, las bipartitas, las tripartitas, el seguimiento y gestión de los riesgos en el trabajo, bajar la tasa de siniestralidad. Porque en eso no hay techo. Este es un tema lindo para negociar. Utilizar la ciencia y tecnología en favor de la salud del trabajador, para lograr lugares de trabajos sin conflictos y más sanos. Que realmente pueda llegar a lo que decían los griegos al jubileo, la jubilación, con posibilidades de divertirse y disfrutar. No tener horarios, despertar alguna vocación.

P- El sindicato desarrolla alguna acción preventiva de riesgos psicosociales?

R- La capacitación y la acción continua para no permitir los excesos entre compañeros ni verticales en el lugar de trabajo. Pero sobre todo con herramientas que te permitan detectar si algo no está bien y qué se puede hacer.

P- Pero cómo se detecta un riesgo psicosocial?

R- Es que un riesgo psicosocial es todo. Salario y condiciones de trabajo, pero también el contexto social de cada trabajador, su personalidad, etc. Ningún trabajador es igual al otro. El sindicato puede resolver el salario, pero para aquel que viene de un contexto crítico no va a ser lo mismo que el que viene de un buen contexto social.

P- Pero cómo se logran establecer condiciones generales de riesgo para algo que en definitiva es tan personal?

R- En lo posible y en lo que a nosotros compete tratamos que el trabajador no padezca en el trabajo, que se lleve un salario que lo ayude a mejorar sus condiciones de vida... En un mapa de riesgo psicosocial, el trabajador que gana menos es un trabajador vulnerable. Las franjas salariales determinan tu calidad de vida. En el sector de los servicios que es lo que yo conozco, el riesgo más alto es el salario bajo porque no le garantiza calidad de vida. No le garantiza una vivienda digna, no le garantiza una dieta saludable, no le garantiza la educación lo que lo mantiene en malos empleos e imposibilita su desarrollo, no le garantiza una buena atención en salud. Es por eso que para el sindicato lo primero a resolver es el tema salarial. En el mapa de riesgos es la condición más crítica. Luego las condiciones de trabajo. Las órdenes de trabajo. Los riesgos psicosociales son los riesgos derivados del diseño, la organización y la gestión en el trabajo. Provocan efectos negativos sobre la salud física, mental y social del grupo humano involucrado.

P- Por eso, aquellos riesgos que están presentes en el lugar de trabajo y pueden llegar afectar la salud mental, pero que no son tangibles, cómo se pueden identificar?

R- Las cargas excesivas de trabajo, la exigencia contradictoria en las ordenes de trabajo, el trabajo mal organizado, son situaciones que crean estrés. La falta de claridad en la función y el puesto, la falta de participación en la toma de decisiones que afectan el trabajo, aquello que te dicen “acá no te pagamos para pensar” eso reduce al mínimo tu condición humana, si justamente la capacidad de pensar es lo que nos diferencia de los

animales! Hay que hilar muy fino, pero para eso nos formamos, para detectar estas cuestiones. La falta de información respecto al modo de realizar el trabajo, y de la cadena del proceso, los cambios injustificados, la inseguridad laboral. Hoy por hoy la inseguridad es el segundo factor más alto de riesgo. La mala comunicación e información, el acoso, el hostigamiento en pro de la productividad ejerciendo presiones por cumplimiento de metas y objetivos, los salarios bajos, el trabajo contra horarios, los cambios tecnológicos sin la debida capacitación y previsión, también son situaciones estresantes. Estas son algunas de las cosas que hacen que la gente se estrese. En nuestro país el Decreto 210 que adopta la recomendación de OIT respecto a las enfermedades profesionales dejó afuera a las enfermedades mentales. El argumento es la insuficiencia de nuestro país para establecer un baremo, una tabla de medición de las enfermedades mentales. Por eso se dejó en suspenso esta cobertura para los trabajadores en cuanto a la cobertura del BSE. Sin embargo, el BPS recibe este tipo de certificaciones e indemniza al trabajador. En definitiva, como consecuencia de un riesgo presente en la organización el trabajador sufre una serie de enfermedades que alteran la psiquis y el comportamiento. Estos factores de riesgo están en la base de los accidentes de trabajo y representan el 50% de las certificaciones y bajas médicas de acuerdo a lo conversado con BPS en 2014.

## ENTREVISTA N° 4: PIT-CNT

Entrevistado: Sr. Walter Migliónico

Profesión: Técnico Prevencionista

Cargo: Integrante de la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente del PIT-CNT;  
Representante del PIT-CNT en CONASSAT

P- Por qué se excluyeron los trastornos mentales del listado de enfermedades profesionales indemnizadas en nuestro país?

R- En el 2010 a raíz de un planteo del PIT-CNT en el CONASST, planteamos rediscutir el listado de enfermedades profesionales que era el Decreto 167. Tenía 29, y planteamos que ese listado había que ampliarlo. Se aceptó el nuevo listado de la OIT que es de marzo del 2010 que tiene 106 enfermedades. Se aceptaron 105, pero hubo un problema con la tipificación de lo que es el estrés laboral. Según la gente que participó ahí no había en ese momento un protocolo para establecer cuánto de estrés podía ser provocado por el trabajo y cuánto por otros factores. Eso se discutió, nosotros la delegación del PIT-CNT en el CONASSAT nos apoyamos en el departamento de salud ocupacional de la facultad de medicina que nos acompañó en esa discusión, el Dr. Fernando Tomassina. En ese momento cuando se discutió en 2010 no había un protocolo que permitiera despistar cuánto del estrés era laboral y cuánto era de vivir. Ese fue el argumento. A nosotros la facultad de medicina nos aseveró que era así, y eso quedó a cuenta de crear un grupo de trabajo donde se fuera a estudiar el tema, que nunca se creó ese grupo de trabajo, que más de una vez hemos insistido en la conformación de ese grupo de trabajo. Y ese es el motivo por el cual no se incluyeron. A ver, yo quiero que quede clara una cosa, pasamos de 29 enfermedades a 105 y media, porque el estrés pos traumático se reconoce. No está reconocido el estrés genuino, el de primera, pero sí el pos traumático. Y bueno, a nosotros en ese momento nos pareció un significativo avance porque entre otras cosas se reconocieron las dolencias osteomioarticulares, la lesiones por esfuerzo repetitivo, las tendinitis, tenosinovitis y todas esas. Y algunas otras que no estaban en nuestro listado original del Decreto 167. En la Ley del BSE, art. 37 o 38 dice que se consideran indemnizables las enfermedades provocadas por agentes químicos, físicos y biológicos comprendidas en el decreto 167, que trae la lista de 29 enfermedades. Pasamos de eso a 105 y medio. Y bueno, nosotros en ese momento no quisimos trancar todo por el estrés. Y bueno, creamos el grupo, se acordó entre todos los integrantes reconocer las 105 y media

y dejar el tema del estrés para estudiar. Pero por distintos motivos eso no se hizo, no se estudió; no hemos logrado avanzar. Lo hemos pedido, está en las actas del CONASSAT, y no hemos tenido éxito. E incluso cuando asumió el nuevo ministro, y esto es importante que se considere en el estudio, cuando asumió el nuevo ministro, el nuevo inspector general de trabajo en el nuevo CONASSAT donde el ministro dijo quiero hacer esto esto y esto, nosotros le dijimos bárbaro, esto esto y esto sí, pero queremos retomar el tema del estrés. Y bueno, por distintos motivos no se retomó. Pero esa fue la razón.

P- En su opinión, se deberían reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R- Sí, yo creo que sí. Todos los efectos provocados en mi condición de salud por la forma en que se trabaja tienen que ser reconocidos como tales. Eso es un principio de acción en salud y seguridad en el trabajo. O sea, si vos te enfermás porque estás trabajando, parece ser que esa afección está directamente relacionada con el trabajo, y si tiene causa en el trabajo tiene que ser reconocida como enfermedad profesional. Hay una discusión ideológica en el sentido de que eso del listado es una construcción puramente legal, no es una construcción basada en defender la salud de la gente. Si yo demuestro que lo que tengo es causa de mi trabajo no debería haber limitaciones. Porque no te olvides que legalmente el empresario es responsable por el deber de seguridad, tiene que tomar las medidas de resguardo y seguridad a efectos de evitar los accidentes de trabajo, etc, etc, según dice la 5032. Ahora si la Ley le mandata un deber de seguridad y yo me agarro un problema trabajando, él es el responsable. Despijando obviamente, porque puedo agarrarme el problema en otro lado. Eso es conceptual. Nosotros tenemos el sistema de lista cerrada que en definitiva es un tema legal y económico. Porque si mañana se reconoce el estrés como enfermedad profesional en Uruguay, la cola para atenderse en el BPS llega hasta Punta del Este. Parece interesante que también hay una razón económica; legal y económica.

P- Pero si eso se sabe, por qué no se previene? No sería mucho más económico prevenirlo que atenderlo luego de ya instalado el problema?

R- Sin duda alguna pero...quién lo paga? Para nosotros si es una consecuencia del trabajo y habiendo una Ley que mandata al patrón el deber de brindar seguridad, el patrón es el responsable. Y es el responsable de pagarlo también. Es un tema de costo-beneficio. El tema de la cobertura de los riesgos del trabajo en lo que tiene que ver con

la enfermedad, es un tema de lógica económica. El estrés tal vez sea la más importante causa de enfermedad en el trabajo en Uruguay, y no hay estadísticas. Nadie sabe nada, entonces como nadie sabe nada es como que está ahí...Ahora, nosotros lo vemos acá, vivimos en contacto con los compañeros, con los sindicatos, y eso nos permite ver que las enfermedades que más enferman a los trabajadores del Uruguay son los temas de estrés y enfermedades mentales, desgaste psíquico, y las lesiones por esfuerzo repetitivo. Está medio reconocido lo de las tendinitis aunque hay dificultades, pero el estrés no. Porque sobre todo, cuál es la causa, el nudo de la cuestión? El estrés como consecuencia de la forma en que se trabaja está directamente asociado a la organización del trabajo. Y meterse con la organización del trabajo para algunos es congestión de los trabajadores en la empresa. Y se sabe que las relaciones de trabajo autoritarias generan estrés, ahora para nosotros en el PIT-CNT, los efectos del trabajo en nuestro estado de salud no son ni mala suerte ni castigo divino, son consecuencia de las decisiones que se toman a la hora de organizar el trabajo. El estrés es una lógica consecuencia de la forma en que está organizado el trabajo. Ahora, no está regulado en ninguna reglamentación, si vos analizás los factores de riesgo, están todos regulados menos el grupo 4, los factores que ocasionan estrés, desgaste psíquico, etc, etc. Los factores psicosociales no están reconocidos en ningún lado, y parece interesante tenerlo presente.

- P- Sí, a mí me resultó contradictorio el hecho de que BPS bonifique servicios basándose en múltiples factores y entre ellos los psicosociales, y el MSP también incluye a los trabajadores de la salud y la educación que consulten por motivos laborales también los considera grupos vulnerables. Entonces a través de estos actos el gobierno reconoce de alguna manera que el trabajo puede ocasionar daños a la salud mental, pero por otro lado no incluye este tipo de trastornos entre las enfermedades profesionales reconocidas.
- R- Sí, lo que pasa es que no lo reconoce el que lo tiene que pagar. Es un tema de costo beneficio. En realidad si el BSE reconoce las afecciones de salud mental y las empieza a pagar, va a tener que aumentar lo que cobra, y eso no le sirve a nadie. Por lo menos a los empleadores no les sirve. La realidad objetiva cuál es? Que perdemos derecho. Porque algo que nos provoca un problema por la forma en que trabajamos, no se te compensa como debería. No es un tema menor.

P- Cuesta Duarte tiene datos estadísticos sobre enfermedades profesionales?

R- No, no elabora ningún tipo de estadísticas porque como para el instituto ese tema...lamentablemente tenemos un divorcio sobre ese tema, porque se estudian muchas cosas económicas, pero lo que tiene que ver con la salud laboral acá no se estudia. Los únicos que estudian algo somos nosotros, los de la secretaría de seguridad y salud laboral. Pero nunca hemos logrado que Cuesta Duarte haga un estudio. Ahora nosotros estamos procesando un par de encuestas con los trabajadores de los molinos y los camioneros que la diseñamos y la hicimos nosotros en la secretaría de salud laboral. Calculo que cuando tome color Cuesta Duarte le pondrá algún sello, pero hoy por hoy no investigan el tema. A los efectos de lo económico sí, está lleno de economistas. Pero acá no hay ni un solo médico especialista en salud ocupacional acá. Ni un solo técnico prevencionista trabajando. Y eso te da una idea también a la interna del nivel a la interna. A veces cuando se habla del tema de las enfermedades profesionales que el banco de seguros no reconoce, caso concreto del estrés, todos sabemos que el estrés es preocupante, la forma como se trabaja, las exigencias que se le están imponiendo a la gente, ahora parece que ese es un tema del que es mejor no saber, porque nadie sabe nada, el BSE no releva las enfermedades del trabajo, no sólo el estrés, no releva ninguna enfermedad del trabajo; acá tenemos idea que hay 39 o 40 mil accidentes de trabajo por año; pero no sabemos cuántos enfermos del trabajo hay. Vos fijate que la OIT dice que por cada accidente de trabajo hay como 4 o 5 enfermos del trabajo. O sea que estamos hablando de 200 mil enfermos del trabajo, es una cifra significativa! Pero nadie sabe, nadie lo investiga, y es como que el tema no existe. Es lamentable. Y hoy por hoy hay protocolos para evaluar el estrés en el trabajo, a nivel mundial hay como 2 o 3, lo único que hay que hacer es ajustarlo a la realidad concreta nuestra. Hay protocolos para despistar cuánto es del trabajo y cuánto es de vivir, pero no se aplica. Entre otras cosas porque eso revierte en un costo. Y para el BSE es más importante la salud económica del instituto que la salud de los trabajadores. No es un defecto ni un delito que estén cometiendo, pero es una realidad. En el momento que vos tenés un riesgo de seguridad social como es la cobertura de los riesgos de trabajo enmarcado en una lógica comercial como es la del seguro, pasa eso. Se privilegia la lógica comercial no la lógica de seguridad social como debería hacerse. Yo soy un convencido de que si algún día se investiga esto es una verdadera bomba. Aparte a nivel de visión muy subjetiva... fijate que Uruguay es el segundo país de América en el consumo de psicofármacos. Cuánto de eso es provocado por el trabajo? Se ha aumentado la presión sobre el trabajador que se manifiesta en dos aspectos, lesiones por esfuerzo repetitivo por

trabajar más rápido, y estrés por ponerle más presión al trabajador en su trabajo. Rompe los ojos! Pero acá hacemos la del avestrús, como no tenemos estadísticas no pasa nada. Pero después escuchás hablar que tenemos 40 mil accidentes de trabajo, y cuántos enfermos del trabajo hay? Hay estadísticas del BPS, la cantidad de licencias médicas. Porqué la gente toma tantas licencias médicas, porque no quiere laburar? La gente se enferma en el trabajo porque las condiciones la enferman, no porque no quiera laburar. Entonces, las cosas se encaran de diferente manera.

P- Pero de cualquier forma el dinero sale del Estado, ya sea a través del BSE o del BPS.

R- Claro. Sí ojo, el BPS hoy por hoy no está sólo para cubrir la seguridad social, hoy también están las AFAP y eso es un negocio. Es todo una lógica muy perversa.

P- Han tenido o tienen algún afiliado afectado por enfermedades mentales de origen laboral?

R- Nosotros tenemos un grupo de trabajo que toca todo lo referido al acoso laboral, tenemos una serie de convenios con la U.R., y han venido muchos compañeros con problemas mentales, psíquicos, provocados como consecuencia de la organización del trabajo. Hay un equipo nuestro que toma acciones en el sentido de derivarlos a la facultad de medicina, a la facultad de psicología, pero no se decirte cantidad. Los viernes se reúne el grupo y todos los viernes hay 2 o 3 compañeros.

P- Alguna vez intentaron probar ante el BSE el origen laboral de un trastorno mental?

R- No, nunca probamos. Nunca probamos porque la respuesta es “no está en el Decreto 210.”

P- Pero se supone que igualmente debería estar dispuesto a admitir trastornos fuera del listado si se prueba el vínculo causal.

R- Si vos lo probás se debería admitir, pero haber... es..... complicado. Muy complicado. Y aparte de ser muy complicado de probar es una realidad que el desgaste al cual sometés a la persona.... Por ejemplo, si yo digo que salgo antes porque tengo que ir al cardiólogo no pasa nada. Ahora, si te digo que salgo antes porque tengo que ir al psiquiatra ya hay una connoación, ya se piensa “este tipo está medio loco”, está muy estigmatizado el tema del desgaste mental, el desgaste psíquico y la locura.

P- Si es tan difícil probar el origen del trastorno, no será eso lo que temen los empresarios?

R- Eso puede ser un motivo, pero hay un montón de países que reconocen el estrés, y si lo reconocen es porque tienen una forma de probarlo y demostrarlo. En Argentina por ejemplo se reconoce el estrés laboral, y en España también. Lo de los protocolos que hablábamos por ejemplo, nosotros lo hemos planteado un par de veces, pero no logramos una respuesta; es un tema que lo han ido tirando para adelante y no se ha discutido. Y la verdad que nosotros no hemos tenido una estrategia concreta en el tema salud y seguridad en el trabajo. Nosotros si bien somos una secretaría... la secretaría de salud laboral existe desde 1984; tenemos un secretario de salud laboral votado en el congreso que nunca vino a las reuniones de salud laboral, para que tengas una idea de la poca atención que se le da. Y nosotros hemos ido y nos hemos quejado, y nos dicen que vamos a ver qué hacemos. Ahí se ve la poca importancia que se le da dentro de la estructura de la central. Somos poca gente que trabaja, todo el mundo nos conoce, yo hace 32 años que estoy trabajando en esto. Ahora políticamente no se le da importancia, por distintos motivos; debe de haber 3 o 4 motivos fuertes: hay cierta ignorancia por un lado, cálculo por el otro, no vamos a pegar acá por compromisos, amiguismos etc, y bueno, hay un montón de cosas! Pero lo cierto es que el tema no se toca. Tenemos un instituto de investigación que nunca investigó el tema de las enfermedades profesionales, y eso que se ha planteado un montón de veces. Acá la investigación pasa por lo económico, se estudia si el PBI sube o baja pero lo que tiene que ver con los efectos del trabajo en la salud de la gente no. Yo creo que no hay interés de ir a la raíz del asunto de porqué la gente se enloquece. En ningún lado está escrito que para trabajar yo me tenga que destrozar las manos o destrozarme el cerebro. Y parecería ser en nuestra opinión otra forma de luchar contra la explotación. Porque yo cuando firmo un contrato de trabajo intercambio mi fuerza de trabajo física e intelectual a cambio de un salario, pero en ningún lado dice que tengo que poner también arriba de la mesa mi estado de salud.

P- Lo que pasa es que es muy difícil establecer la línea entre salud y enfermedad hasta incluso para el propio trabajador. Por lo general uno no se da cuenta de que algo lo está afectando hasta que ya se enfermó. Parece que una sola cosa no fuera nada y uno le resta importancia, pero la continuidad desgasta y enferma.

R- Por supuesto. Es difícil darse cuenta. Y aparte vivir enloquece. Vos fijate que estamos planteando que se precisan 64 mil pesos para una canasta de una familia tipo, y cuántas

familias tienen ese ingreso? Y eso ya te estresa. Y además súmame un trabajo que te estrese. Y ya está!

P- Desarrolla el sindicato alguna acción preventiva sobre riesgos de tipo psicosocial? Cuáles? Se trata este tema al negociar los CC?

R- Bueno, nosotros tenemos instancias de capacitación sobre riesgos psicosocial. Tenemos 23 cursos, uno de ellos es riesgos y prevención psicosociales. Impulsamos una metodología de reconocimiento del riesgo psicosocial; esta metodología es ISTAS 21 (Instituto Sindical, Trabajo, Ambiente y Salud) es un instituto de algunas universidades de España y comisiones obreras que tomó el COPSOQ 21 que es un método para medir el riesgo psicosocial de una universidad de Copenhague en Dinamarca. Lo latinizó e hizo el ISTAS 21; O sea, el ISTAS 21 es la versión española del COPSOQ 2, método dinamarqués que nosotros impulsamos para leer las condiciones del medio ambiente de trabajo. Y hay 3 variantes o tipos: el corto de 40 preguntas, el medio de 90, y el largo de 200 y pico de preguntas; con esas 3 metodologías vos podés evaluar el nivel de riesgo psicosocial que es el que provoca la gran mayoría de las disfunciones de salud mental, y en consecuencia tomar acciones. Eso es lo que nosotros recomendamos a los sindicatos. Incluso esta gente de ISTAS 21 desarrolló un programa informático, entonces eso permite una vez que tenés relevados los datos, procesarlos rápidamente. Pero... en la medida que no se le da importancia a los problemas de salud mental, las metodologías para evaluar las causas de los trastornos no se aplican. Y yo lo siento como una limitación personal, porque no hemos logrado convencer.

P- Ese curso es para todos o para los delegados de salud y seguridad?

R- Bueno, tenemos varios niveles; cursos para todos y Cuesta Duarte tiene un curso de formación de dirigentes sindicales dentro del cual tenemos 32 hs en las que trabajamos salud laboral. Y ahí se trabaja el ISTAS 21. Aparte de eso lo aplicamos.

P- Se aplica entre la gente que asiste al curso, o los delegados lo aplican en los lugares de trabajo y en función de los riesgos más frecuentes se prepara el curso?

R- Exactamente. Nosotros lo impulsamos, y ha habido varios sindicatos que lo han usado como la gente de la salud, en algunos bancos los trabajadores lo han aplicado, algunos trabajadores municipales también.

P- Qué opina sobre el régimen de monopolio que hay en Uruguay en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a cargo del BSE?

R- Bueno, yo creo que el régimen de monopolio del seguro de accidentes de trabajo a cargo del Estado atenúa de alguna forma todo lo que tiene que ver con lo antes manifestado sobre la gestión comercial de una prestación de seguridad social. Como bien dijo el Profesor Barbagelata hace un montón de años, el hecho de que esa gestión comercial esté en manos de una institución del Estado atenúa ese efecto comercial; porque en definitiva estamos hablando de una prestación de seguridad social. No puede estar enmarcada por la lógica comercial que tiene un seguro. Somos uno de los pocos países del mundo que tiene un seguro para las prestaciones en materia de salud y seguridad, nosotros, Costa Rica que nos copió a nosotros... en otros lugares se organiza de otra manera que tiene más que ver con lo social. No tiene sentido que un banco que maneja seguros, tenga un servicio de salud. No tiene lógica. Pese a todo yo creo que debemos defender el monopolio del BSE, porque las experiencias que ha habido acá en la vuelta de privatización de esta prestación han sido lamentables. Como el caso de Argentina por ejemplo. Ha significado sin duda alguna pérdida de derecho para los trabajadores. Nosotros hasta el 93 reivindicábamos como central de trabajadores que esta, una prestación social, pasara a la seguridad social. Pero en el 93 se privatizó la seguridad social, una parte al menos, entonces sacamos ese planteo. Ahora reclamamos como PIT-CNT que la prestación se haga con otra perspectiva. Una ley que obliga al patrón, porque la Ley del BSE obliga al patrón a estar asegurado. Pero... conceptualmente, porqué el patrón está obligado a tener el seguro de accidentes de trabajo? Como el derecho del trabajo es un derecho protector y desde el momento en que alguien trabaja para alguien se establece una relación de dependencia, el trabajador está subordinado al patrón; entonces para mantener ese sentido protector del derecho el patrón en nuestro país tiene dos obligaciones establecidas por Ley, brindar el deber de seguridad y si pasa algo, hacer atender al trabajador. O sea que es un derecho de los trabajadores la prestación en caso de accidente o enfermedad profesional. Ahora bien, la Ley obliga al patrón, pero si ese patrón no se asegura al trabajador le pagan sobre el salario mínimo, no sobre su salario real. O sea, hay una incongruencia porque se termina penalizando al trabajador. Si el accidente ocurre porque el patrón no cumplió las medidas de seguridad, al trabajador le pagan las 2/3 partes de su jornal. Porque la Ley lo establece. Hay una serie de

incongruencias que están pensadas con el objetivo comercial, no con el objetivo de proteger al trabajador; ahora, todo esto se atenúa un poco porque está a cargo de una institución del Estado.

P- Alguien controla al BSE?

R- Lo controla la IGTSS. Cuando el BSE rechaza a un trabajador porque entiende que no es accidente lo que tuvo, tiene que comunicarlo al Inspector General de Trabajo, y el Inspector controla.

P- Y controla?

R- Entre bueyes no hay cornadas. Somos todos de la misma banda, y sea la banda que sea, entre bueyes no hay cornadas. Es lamentable pero es así. Acá se hace mucho gre gre para decir Gregorio. La realidad es que una prestación que genera derecho al trabajador termina penalizándolo sea porque lo atienden mal, sea porque no le reconocen enfermedades contraídas en el trabajo como en el caso del estrés. Hay una pérdida de derecho. Nosotros lo dijimos hace muchos años en un congreso, lo votó por unanimidad el BSE y todos los congresales, y se armó un lío bárbaro me acuerdo, dijimos que el BSE privilegiaba la salud económica del instituto antes que la salud de los trabajadores. No es un delito, pero es la lógica comercial de organizar esto en la lógica de un seguro. Ahora, qué otras opciones hay? Y... habría que rediscutirlo. Opciones hay un montón, en mi opinión al menos; Pero no se toman acciones. Entonces así pasa que decimos que tenemos algo, pero en realidad no lo tenemos. Por un lado vemos la cantidad de trabajadores que son rechazados por el BSE y por el otro el BSE oficialmente te dice que son el 5%, cuando los números que nosotros eso sí lo tenemos medio procesado, nos hablan de que cada 10 trabajadores 2 o 3 son rechazados. Y eso no se refleja en las estadísticas. Porque si yo voy a atenderme y me dicen esto no es, no se anota en ningún lado eso porque yo nunca entré. Ellos miden lo que aceptan y cada 100 hay 3 o 4 que no es accidente de trabajo. Ahora, los 20 o 30 que rechazaron de entrada, esos no los cuentan. No quedan reflejados en ninguna parte. Por otro lado, no releva las enfermedades profesionales. Una serie de cosas que son bastante preocupantes en mi opinión.

P- En su opinión qué cambios habría que implementar para mejorar todo esto?

R- Yo creo que hay muchas posibilidades. Uno de los cambios que más temprano que tarde se va a hacer si se quiere privilegiar la salud de los trabajadores es estructurar el BSE de otra forma para que una prestación social como es la cobertura de los riesgos del trabajo no puede estar manejada con una lógica comercial. No puede ser! No admite una discusión lógica ni científica. Es una prestación social, y si es una prestación social no puede estar manejada por una lógica comercial, no se puede hacer plata con eso. No puede ser que yo trabajando para alguien me lastime porque ese alguien no tomó las medidas de seguridad, y a mí me paguen las 2/3 partes del sueldo cuando yo no tuve ni arte ni parte en el asunto. Entonces, hay toda una serie de cosas que merece la pena evaluar.

P- Usted sabe qué fundamento tiene ese límite de los 2/3? Porqué la Ley lo establece?

R- Uno de los fundamentos es que eso combate la simulación. Parece que los trabajadores uruguayos somos todos simuladores. En realidad le están haciendo los deberes a los patrones. Por qué no me pagan el 100%? Porque si lo hacen tienen que cobrarle más a los patrones. Y bueno, si hay que cobrarles más para pagarle al trabajador el 100%, que lo hagan. Porque acá se hace un gran cuento con todo el derecho del trabajador; que el derecho del trabajo es un derecho protector es un cuento chino. En este caso por ejemplo te desprotege. Parece que la razón del poderoso atraviesa cualquier red como dijo aquel griego, porque las leyes que privilegian al pobre sin recursos las detiene una tela de araña, en cambio ninguna tela de araña detiene a los poderosos, algo así. Y es una realidad. Acá vivimos en una sociedad de clases. La clase que domina la sociedad estructura las leyes para defender sus intereses como es lógico. No es que sea una perversidad, es la lógica de los hechos. Si se le empieza a pagar a los trabajadores el 100%, el seguro de accidentes de trabajo va a aumentar. Y eso no le sirve a un montón. Si se empiezan a reconocer todas las enfermedades del trabajo incluido el estrés, dónde está el verdadero costo de la productividad y competitividad de la esfera comercial y de servicios del Uruguay si no se refleja las enfermedades en la forma como se organiza el trabajo. Eso es porque no importa mucho, el trabajador que no sirve se deshecha y ya vendrá otro. Ni siquiera se cuida con criterio de futuro, porque cuánto menos se enferme la gente más poderosa y mejor va a ser la sociedad y se va a consolidar la democracia. No, acá es pague esto patrón; y si le pago más a los trabajadores de algún lado va a tener que salir la plata, le voy a tener que cobrar más. Acá cuando se quiso privatizar el BSE la Cámara de Industrias

estuvo en contra, porque se quería imponer en Uruguay el modelo de la aseguradora de los riesgos del trabajo de Argentina. Y los números, lo que pagaban las aseguradoras era casi el doble de lo que paga el BSE. Entonces, nooooo... no me toquen el BSE! Pero por una razón económica. Y a poco que analicemos la sociedad y vayamos a las raíces, hay mucha intelequia, mucha palabra y luces de colores, pero es todo plata. Alguien tiene que pagar. Y en este caso habría que redimensionar, en mi opinión se está demorando demasiado, muchísimo, en poner la ciencia y la técnica al servicio de los trabajadores. Todos los años tenés 50 o 60 muertes por accidentes. No sabés cuántas personas se mueren en Uruguay por estar respirando sustancias cancerígenas! Y acá se sabe que Juancito se murió de cáncer, pero de qué trabajaba Juancito? Nadie sabe. Las clínicas psiquiátricas de Montevideo están llenas, abarrotadas; pero... la gente se enloquece porque tuvo problemas familiares? O se enloquece por la presión y problemas en su trabajo? Bueno, todas esas cosas no se saben. Hablamos de la falta de seguridad en las calles y se le da gran importancia, y hablamos de los 52 muertos que hay todos los años, y hablamos de los 500 muertos por accidentes de tránsito al año. Pero se sabe que el 82% de esos 500 muertos por accidentes de tránsito era gente que estaba trabajando. Sin embargo no se dice. Dicen que hubo 500 muertos en el tránsito. Parece ser que la gente que se mata en el tránsito era el nene que le robó el auto al papá y se dio contra una columna. Pero no, ahí hay choferes, taxistas, omnibuseros, gente que está trabajando, y eso le quita la importancia que tiene, el peso real que tiene el accidente de trabajo. Y bueno, parece que tiene fuerza la sentencia bíblica que dice "ganarás el pan con el sudor de tu frente". Parece ser que el trabajo implica riesgos, implica lastimarse las manos, lastimarse el cerebro. Este es un tema al que no se le da la importancia que debería. Mirá ahora estoy haciendo una investigación: hay 51 programas en televisión y en radio referidos a la actividad rural. En agosto, setiembre y octubre en ninguno se tocó el tema de la salud y la seguridad en el agro, y es el colectivo que tiene más mutilados por año. Pero parece que ese tema no existe. La gente que se intoxica con agrotóxicos nadie sabe si son 10, 20 u 80. No hay estadísticas! Es un tema muy preocupante. En la construcción por ejemplo las medidas de seguridad se cumplen, y eso es porque el sindicato lo exige y es fuerte; pero también porque la visibilidad del riesgo del trabajo en la construcción es alta y rompe los ojos. Ahora, la visibilidad de enloquecerte trabajando quién la ve? Además está lo otro, suponete que vos y yo trabajamos juntos y viene una persona y nos grita, y bueno... vamos a reaccionar de manera diferente. No hay una respuesta

estereotipada ante el maltrato en el trabajo. Porque a vos te va a afectar de una manera y a mí de otra. Ahora, cómo se cuantifica eso para poder ponerlo arriba de la mesa?

P- Sí, es difícil. Porque son enfermedades multicausales y además hay factores genéticos, de personalidad y demás que influyen. Y pasa eso, que dos personas trabajando en las mismas condiciones reaccionan diferente y capás una se enferma y otra no.

R- Claro, pero hay formas de medir y determinar qué factores de riesgo están presentes en el lugar de trabajo, que puedan detonar o contribuir a detonar una enfermedad. Tengo una anécdota: hace montones de años en una empresa trabajábamos 4. Uno de los jefes nuestros era autoritario. A uno de los compañeros eso le implicó terminar en el psiquiatra y psicólogo porque no podía dormir, tenía que tomar pastillas para la ansiedad. Los otros 3 nos moríamos de risa. Entonces tiene mucho que ver con tu mochila de vida. Ahora, cuántas personas trabajan en lo que eligieron para vivir? Muy pocas! La mayoría trabaja en lo que da valor, o en lo que hay, lo que salió, lo que puede. Entonces eso también influye. No son cosas que se deberían descuidar. Pero si el factor de riesgo existe, más allá de que exista una carga personal, debe estar considerado. Yo creo que se asume que la gente se enferma y siempre se informó y listo. Escuchás que la gente dice, mirá como tengo las manos, toda la vida trabajé. Pero no va por ahí, no es así. Porque, en realidad hay una confrontación de derechos humanos: donde vos quieras ejercer el Derecho Humano a un trabajo digno, menoscabás el Derecho Humano a un estado de salud. Pero aún si no lo miramos por ahí, hasta mirado desde un punto de vista económico! Cuánto le salen a la sociedad los problemas de salud en el trabajo?

P- Por eso, me parece que mucho más caro curar que prevenir. Porque incluso a veces la gente queda incapacitada para siempre.

R- Claro, es mucho más caro. Pero mirá, en el 2003... se llama la seguridad en cifras y está en la página de OIT. Se hizo un estudio entre los 23 países de la organización para la cooperación y el desarrollo económico; y encontraron que el costo encubierto de los accidentes de trabajo era el 4% del PBI de esos países. Es un montón de plata!! Porque el trabajador se enferma y lo cubre el seguro, le paga. Eso es un costo. Y en esa empresa van a necesitar un suplente que capaz que no está preparado, y hay que capacitarlo, y retrasa a los demás. Y al final cuánta plata se pierde? Y si hay un accidente de trabajo tiene que tener como consecuencia una lesión al trabajador, pero

en los accidentes también se rompen las máquinas, y paran los compañeros para auxiliarlo. Yo me acuerdo cuando hace muchos años yo trabajaba en una metalúrgica donde eramos más de 150 en el turno de la tarde, y un trabajador quedó atrapado en una perfiladora de alambre, y se paró toda la planta durante 1 hora y pico. Todo el mundo estaba pendiente de lo que había pasado, y opinaba, sacale la mano, rompamos esto... y cuánto salió en plata que 150 tipos estuvieran parados, que 150 máquinas estuvieran más de una hora sin producir... cuánto es el costo encubierto de eso? Bueno, esta gente hizo el cálculo y les dio que era el 4% del PBI para los países de la OCDE, para el resto puede llegar al 10%. Pero es un tema que no se considera, que no se tiene presente, parece que fuera un tema menor. Y a veces nosotros no tenemos la posibilidad, salvo excepciones como SUNCA que puede ser una excepción, de tratar bien este tema. A veces por ignorancia, a veces por mal cálculo político, un poco por hacerle los mandados a alguien, estas cosas no se consideran. Porque en mi opinión estas cosas rompen los ojos. A veces uno se pregunta muchas cosas...

## ENTREVISTA N° 5: CÁMARA DE INDUSTRIAS

Entrevistado: Dr. Raúl Damonte

Profesión: Abogado

Cargo: Integrante de la Comisión de Relaciones Sociolaborales de la CIU; Representante de la CIU en CONASSAT

P- Desde qué año integra el CONNASAT?

R- Desde 1996

P- Perfecto! Entonces participó del proceso de actualización del listado de enfermedades profesionales. Justamente la no inclusión de los trastornos mentales en el listado es tema central de mi investigación.

R- Bueno pero de eso no hay mucho... en lo que participé de todo lo que ha pasado por el Consejo es en este momento, que estamos generando un Decreto complementario al Decreto 291/2007, al art. 42 que reglamenta el consumo de cannabis que se está generando en el ámbito del CONASSAT. El resto de los temas que tienen que ver con enfermedades mentales no es un tema que haya pasado por el CONASSAT. No están incluidas. En el último listado de enfermedades profesionales que viene de la OIT ya hace un par de años, estas enfermedades no fueron incorporadas al listado después de haberse analizado en el ámbito del MSP y de los organismos competentes por entender que no estaba el país preparado o maduro como para recibir dentro del listado de enfermedades profesionales las enfermedades mentales o psicosociales, o vinculadas al trabajo. Pero se está trabajando en eso, no?

P- Y está de acuerdo con esa decisión?

R- Es que en este momento, yo que viajo y voy a los congresos y tengo posibilidades de actualizarme en esto en forma permanente veo que el mundo entero ya habla de estas enfermedades vinculadas al trabajo desde hace unos cuantos años... pero...en Uruguay recién ahora empezó a instalarse el tema. Recién ahora lo único que hay es una Ley de acoso sexual que por analogía se utiliza en todas otras situaciones de acoso laboral, o sea se utiliza el mismo procedimiento. Pero ni siquiera tenemos una regulación concreta que regule otras formas de acoso que no sea el acoso sexual.

P- Sí, es cierto. Pero en su opinión entonces y en su carácter de representante de la CIU en CONASSAT, piensa que deberían ser incluidas?

R- Por el momento no. O sea, incluidas están, la problemática existe. El listado de enfermedades profesionales el país no lo determina. No elige cuál poner y cuál no poner. Entiendo que es una temática que hoy está instalada en el mundo del trabajo pero de ahí a que sea considerada una enfermedad profesional o no hay que evolucionar mucho.

P- Ud. me dijo que el país no elige las enfermedades, pero sí fue una decisión del CONASSAT el no incluirlas, no? Porque estaban recomendadas.

R- En el CONASSAT fue una decisión no incluirlas pero no de los actores sociales. El CONASSAT genera una comisión técnica en este caso integrada por los organismos estatales que integran el CONASSAT, como el MSP, el BPS, el BSE, la propia IGTSS, pero no los actores sociales. Nosotros en esa comisión no participamos y se decidió no incluirlas en aquella oportunidad; de pronto en el próximo listado la situación ha cambiado. Desde ese momento hasta hoy han cambiado muchas cosas. Pero eso se trata en comisiones dentro del ámbito del CONASSAT. Por ejemplo ahora como te comentaba, hay una subcomisión integrada por médicos para tratar el tema del consumo de cannabis, una comisión a la que el BSE manda su técnico, el BPS manda su técnico, el MSP manda los suyos, el PIT-CNT también, y lo mismo hace la CIU. Se trabaja en el ámbito técnico y luego se pone a consideración del Consejo una propuesta. En este caso es eso. En el anterior caso pasó exactamente lo mismo. Esa propuesta se discute técnicamente y se ponen de acuerdo.

P- Y quién determina... por ejemplo en el caso de las enfermedades mentales quién determinó si se incluían o no?

R- Y eso vino con la no recomendación por parte de ese grupo en el que trabajó el MTSS con su equipo. Nosotros no participamos. Yo en lo personal ni me enteré. Me entero cuando llega la propuesta y el informe en ese mismo listado de enfermedades profesionales viene la inclusión de la tendinitis como una modalidad de enfermedad osteomuscular y con un severo protocolo por iniciativa y recomendación del BSE y el BPS que son quienes certifican en definitiva si se trata o no de una enfermedad profesional, protocolo que debe seguirse para establecer si se trata o no cada tendinitis de una enfermedad profesional. Y eso vino de ahí. Y en ese mismo estudio del listado

el tema este que venia ya recomendado de la OIT se entendió que no tenía en ese momento posibilidades de ser incluido. Por ahí hoy por hoy la cosas han cambiado.

P- En su opinión, qué haría falta para poder incluirlos?

R- Pero cuál es el tema? Incluirlos en un listado? Yo creo que lo importante es que la temática de estas enfermedades o la problemática de estas situaciones... que sea considerada o no como enfermedad profesional es o causa o consecuencia, porque acá por ejemplo debatimos muchas veces en instancias que tienen que ver con denuncias o reclamos sobre temas de acoso laboral y termina siendo la figura de un supervisor que lo que hace es supervisar o estar encima o supervisar una orden de trabajo de un trabajador. O sea, tenemos de las dos cosas. Cuando hay realmente una situación de acoso, eso se convierte en una cuestión reiterativa, donde el trabajador realmente se ve afectado por esa situación en definitiva terminamos teniendo una problemática que puede ser una enfermedad profesional o no, pero terminamos teniendo una problemática. Y en otras situaciones de lo cotidiano también vemos permanentemente que lo que se denuncia es que hay una supervisión directa hacia la persona. Y bueno, supervisar es supervisar. Incluso desde el punto de vista en el mundo entero vemos que hay muchas situaciones cercanas a esas cuestiones de hostigamiento o acoso y que están relacionadas a trabajar en base a objetivos o a la fijación de compromiso o a una cantidad de situaciones de tensión o estrés que de pronto no son acoso provocado directamente por la empresa pero sí son consecuencia de una meta, límite o compromiso asumido. Y hay que tener muy claro cuándo es una cosa y cuándo es la otra. Ahora, estamos diciéndolo hace tiempo en este ámbito de la comisión laboral de la CIU donde hay no sólo profesionales del derecho sino médicos también integrando la comisión, que es un tema en el que hay que trabajar, hay que estar encima, evitar las situaciones más que nada no las enfermedades en sí que es un tema preocupante, sino generar un poco un estudio a fondo sobre las situaciones de riesgo. Todos los temas que tienen que ver con las tareas rutinarias, con los horarios, con la extensión de la jornada, con la nocturnidad, en fin. Un montón de situaciones que son de lo cotidiano que cuando alguien se pone a analizar u organizar el trabajo normalmente no lo tiene en cuenta. Y eso es lo que a la larga... hoy por hoy cuando tú analizás cuáles son los riesgos tenés en cuenta la categoría, horario extendido, la nocturnidad, la rotación, en fin... un montón de riesgos. Pero atención a esto, porque esto no canalizado como corresponde determina que estemos frente a

una situación de enfermedad que hay que encararla en función de la situación de rehabilitación del trabajador. De ahí a que se convierta o no en una enfermedad profesional, como digo hay un montón de matices y aspectos que hay que considerar. Lo que no se puede es estar ajeno a la realidad y a la problemática. Y más que nada hoy donde todos vemos que se trabaja bajo presión que la empresa tiene un montón de problemas relacionados con el mercado, con la competitividad, con un montón de aspectos y al mismo aspecto los trabajadores con lo que es el estrés natural de la estabilidad y demás. Hoy lo menos que podemos hacer es ocuparnos de tratar esos temas. Y no veo mucha disposición a hacerlo te confieso...

P- Es muy difícil también, porque estrés hay siempre en todo tipo de tareas y en todos los trabajos...

R- Por eso digo. Es difícil y por eso digo... lo mismo que con el caso de la tendinitis, cuánto tiempo hace que se está estableciendo? Y al día de hoy tanto los organismos certificadores como el BSE son muuuuy estrictos, muy estrictos. Porque todos sabemos que una tendinitis o cualquier enfermedad osteomuscular que sea derivada del esfuerzo físico, los movimientos, las posturas ergonómicas y un montón de cosas que arrastrándose en el tiempo pueden llegar a provocar esa situación como enfermedad profesional. Pero también sabemos que en lo cotidiano existen un montón de cuestiones relacionadas con los hábitos de las personas, las posturas y demás que pueden generar una situación como esa y que luego se trata de hacer pasar, de buena fe o de mala fe, como un problema derivado de las cuestiones del trabajo. Porque nadie sabe si el problema osteomuscular es derivado de las cuestiones relacionadas al trabajo o de otras cuestiones. Entonces eso existe y está presente. Imaginémonos todo esto con una cuestión de carácter mental; porque esto es objetivo, se puede diagnosticar y hasta probar porque es más visible, a una situación de desgaste progresivo del trabajador en el área psicosocial como estas cuestiones del estrés o el mobbing o cualquier forma de hostigamiento, todas las cuestiones que están relacionadas con los controles, con la supervisión, con los reglamentos, y en paralelo con la inseguridad en los puestos de trabajo. Un montón de cosas que es el mundo de hoy; hoy estamos viviendo una situación compleja desde todo punto de vista, donde estas cosas están apareciendo justamente por eso. Porque las presiones transmiten presiones y hay un cúmulo de situaciones que hay que trabajarlas desde lo preventivo.

P- Pero cómo se previene algo que es tan intangible?

R- Y está comprobado. Ya se sabe. Hay que leer, hay que estudiar, hay que caminar y hay que informarse. Se sabe que hay factores de riesgo que son disparadores de estas situaciones que están simplemente en la organización del trabajo. El entorno físico del trabajo, el medio ambiente de trabajo cómo es? Qué pasa con la luz? Qué pasa con la temperatura? Qué pasa con la postura? Qué pasa con las tareas rutinarias? Qué pasa con todo este tipo de cosas? Bueno, cuando tenemos todo este tipo de cosas debemos saber que estamos teniendo un problema, o podemos tener un problema; lo soluciono desde este punto de vista: el trabajo tiene que ser algo razonable, las condiciones de trabajo tienen que estar dentro de lo que corresponde, todo eso esos aspectos tienen que ver con cuestiones hasta físicas; está claro y determinado que un problema de iluminación, temperatura, postura, y todas las cuestiones ergonómicas a la larga van provocando un desgaste en el trabajador. Después de eso, lo que tiene que ver con los tiempos de trabajo, la organización correcta de una jornada, lo que tiene que ver con los relevos, con los descansos, con las rotaciones, con la nocturnidad, con el estrés que genera por ejemplo la extensión de una jornada, y eso a su vez es disparador de otras cuestiones que muchas veces se manifiestan no sólo en lo psíquico sino también en lo físico, accidentes de trabajo, ausentismo, son los factores de riesgo desencadenantes de aquellas situaciones de riesgo que están allá, pero bueno atención, si no queremos llegar allá trabajemos sobre estas cosas. Eso son señales claras. Cómo sabemos? Y eso es así. Se estudia causa y consecuencia. Todo está asociado. Todo lo mencionado y también la asignación de tareas, la formación y capacitación, las competencias que pueda tener el trabajador, yo tengo que garantizar todo eso. Estoy exigiendo más allá de sus habilidades y sus competencias? Estoy demandando más allá de sus posibilidades? Estos objetivos que le fijé al área o al sector, son realizables? Sí, son desafiantes, pero son realizables? O terminamos con una frustración? Analizar todo eso. Y cómo está la persona. Trabaja 8 horas sentado? En qué condiciones? Sujeto a qué tipo de medio ambiente de trabajo? Hoy por hoy en otros países más avanzados, todo esto ya es una materia absolutamente completa, se terminó el tema. Hoy se está trabajando en organizarle al trabajador el tiempo libre, darle hábitos de consumo saludable, ayudarlo a organizar sus vacaciones, en los colectivos con trabajadores organizados se negocian estas cosas. Nosotros acá seguimos discutiendo sobre la recuperación del salario y el salario real. Que está

perfecto. Pero cuando esto refleja que acá la asignatura pendiente siguen siendo las necesidades básicas primarias, resolver el tema del salario y la fuente de trabajo... imagínate que sentarse a hablar de esto está lejísimo!! El que lo ve con una perspectiva por haber tenido la posibilidad de ver el mundo de otra manera e interesándose, leyendo y demás... me preocupa eso, que estamos dejando pasar, y más que esto es complicado no sólo para Uruguay. Es complicado desde el punto de vista regional, los países todos nos parecemos, todos estamos perdiendo puestos de trabajo, las certificaciones médicas van en aumento, la gente se está enfermando más que antes, por esto de las situaciones de estrés. Pero cómo la vemos? No, yo no la quiero ver; que se empiece a trabajar desde lo preventivo, a analizar. Tomar el ausentismo y desagregarlo en un montón de factores desencadenantes por ejemplo. Cuál es el índice razonable en función de la empresa, del lugar donde está ubicada, del tipo de tarea, en fin, todo ese tipo de cosas. Por ahí se podría empezar a individualizar dónde estamos teniendo problemas. O sea, incorporar las enfermedades psicosociales al listado de enfermedades profesionales está perfecto, pero primero hay que madurar y saber cómo trabajar desde lo preventivo para que no tengamos instalada la problemática. Nos pasó con lo del esfuerzo físico y las tendinitis, hasta que se empezó a trabajar desde ya hace unos años en negociar y acordar condiciones laborales. Que pasan por las rotaciones, por reducción de la jornada y demás. Buscar en aquellos sectores donde los esfuerzos físicos son importantes, minimizar los riesgos determinados acuerdos que le alivien al trabajador la carga de trabajo. Eso es físico, pero esto que tu planteas no; bueno, con más razón hay que prestar atención. Y sobre todo analizar los factores desencadenantes. Eso es clarísimo, porque no se si vamos a poder evitar la enfermedad, pero sí podemos minimizar los riesgos, trabajar en lo preventivo, ayudar al trabajador a conocerse, a conocer sus límites. A que esto sea interactivo y se hable: estoy con este problema, necesito apoyo... y muchas veces pasa por eso, por tener un apoyo en capacitación en formación, entrenamiento, para que el trabajador rinda de acuerdo a las necesidades. De no exigir por fuera de lo que son las posibilidades de cada uno. Con eso se podrían evitar muchos problemas. Asignación de jornadas interminables. El otro día escuchaba la problemática de una empresa donde la gente trabajaba 12, 14, 15 horas manejando un camión. Por un montón de aspectos, porque tenían mal organizados los sistemas de trabajo, el trabajador que pedía hacer horas extras por un tema económico, y a la larga eso termina generando bajo rendimiento, menos productividad, ineficiencia, mayores

riesgos, mucho mayores riesgos; ni hablemos de accidentes, pero de agotamiento y ese tipo de cosas; y a la larga se comprobaba que los aspectos negativos eran muy superiores a los positivos. El trabajador dejaba de concurrir, estaba cansado, se asumían riesgos. Entonces hay que evitar esas cosas organizándose diferente para que todo el mundo rinda de acuerdo a su capacidad real y que la empresa no asuma riesgos innecesarios ni asigne tareas por encima de las cuestiones lógicas.

P- Cree que los trastornos mentales generan un gran ausentismo? (la CIU posee datos?)

R- No hay datos. Yo no tengo, y la CIU tampoco. Lo que se es que cuando hay un problema puntualmente en una empresa con este tema, lo primero es ver cuál es su porcentaje de ausentismo y compararlo con la media del mercado, con la media del sector, con el lugar físico donde está la empresa ubicada, porque por ahí es inaccesible en cuanto a medios de transporte por ejemplo. Entonces una vez que se hizo todo eso, ahí sí ver en qué sector hay mayor ausentismo, qué tipo de persona, qué días de la semana, e ir caso a caso. Ahí sí van a empezar a surgir los problemas. Ahí se podría ver determinado tipo de certificaciones y la gente que está certificada por estrés, con recomendaciones de.....los problemas por ahí son familiares no son problemas de la empresa, pero a la larga repercuten porque ese trabajador está con un problema, no concurre, o no lo hace en forma completa desde todo punto de vista, desde su capacidad, motivación y demás. Pero es muy difícil de definir. Yo no creo ni conozco que haya datos más allá del ausentismo específico de alguna empresa en particular. Acá no se trabaja con el ausentismo por sectores.

P- BPS tampoco desagrega eso?

R- No, índice de ausentismo BPS no.

P- Pero a través de las certificaciones médicas ellos tienen forma de saber a qué sector pertenece el trabajador.

R- Y pueden sí tener forma de verlo por tipo de enfermedad incluso tal vez, o algo por el estilo, pero son cuestiones muy genéricas, muy perimetrales y de cada caso concreto. Los casos son bien diferentes de cada empresa y de cada tipo de persona para realmente tratar el tema en profundidad hay que ir empresa por empresa, caso a caso y analizarlo de esa manera. Más que nada es una tarea a la interna de la empresa.

Hoy por hoy con equipos... de acuerdo a la normativa, que por suerte hemos ido ampliado el campo de trabajo donde hoy se han incorporado técnicos, no sólo los prevencionistas sino médicos laboralistas, de alguna manera estos trabajos son más multidisciplinarios y hay apoyos. Yo creo que hay un campo de trabajo y la empresa que quiere hacer las cosas bien tiene equipos, se puede informar, puede recurrir a quien le de una mano como el BSE por ejemplo, no hay ni que invertir, el BSE tiene propuestas de trabajo en este sentido, se puede recurrir al BPS, en fin. Si uno quiere hay muchas formas de trabajar en esto, pero es cuestión de proponérselo.

P- Los servicios de salud en el trabajo deberían ser de gran ayuda en la evaluación de la casuística a la interna de cada empresa que ud. mencionaba

R- Y empezemos por ahí! De acuerdo al decreto de aquí a 5 años van a estar en el full de todo. Y año a año se van a ir incorporando distintos sectores de actividad. Ya arrancó con la construcción y con la industria química, pero esos son sectores que están recontra organizados no precisan que el decreto los obligue, pero en definitiva yo creo que uno diga que en el horizonte de 5 años todas las empresas en función de la cantidad de trabajadores tendrán que tener su equipo, bueno, nadie dice que no pueden empezar ahora no? Pueden empezar cuando quieran. Ese es un tema que debería ser tratado con seriedad y que las empresas tienen a su disposición un montón de recursos que por ahí no los toman... seguimos insistiendo desde el año 2007 con la aplicación del decreto 291 de las comisiones bipartitas de salud, los planes de prevención en fin, y hay un número importantísimo de sindicatos y empresas que no tienen idea todavía, o si tienen idea no se han puesto a trabajar. Y eso es un espacio de trabajo muy importante de compromiso y de sumar a mejorar realmente las condiciones de trabajo y la salud de todo el mundo; y sin embargo no se toma con la seriedad que debería tomarse. Digo exactamente lo mismo con los servicios de salud. Hoy por hoy con toda la temática que está en la mesa, el tema de la adicción, las drogas y demás, que eso es otro tema...o sea, el huevo y la gallina...qué provoca las adicciones? El estrés? O el estrés es una consecuencia? Ahí habría que analizar...qué pasa, esta gente me está faltando, el índice de ausentismo aumentó, bueno, hay que analizar cuál es el problema. Y quién me puede dar una mano en eso? Los servicios de salud, trabajar con médicos laboralistas, trabajar con técnicos prevencionista, respaldarse profesionalmente, hacer un estudio, generar procedimientos o protocolos de trabajo, de repente en temas puntuales. Por la responsabilidad de la empresa si

tengo una empresa importante, quiero tratar la problemática de las adicciones acá adentro en conjunto con los trabajadores, vemos cómo hacerlo, y ahí empiezan a salir todos estos temas. Lo que pasa es que nosotros siempre venimos atrás del último. No es tan sencillo convencer e involucrar. Y a las dos partes, porque este no es un trabajo sólo de los empresarios ni de las organizaciones sindicales, este es un tema para trabajar en conjunto. Y si se trabajara en conjunto se avanzaría mucho más. En el CONASSAT en este momento, con esta Inspección de Trabajo se está trabajando muy bien, ya hay productos que han estado en la mesa y van a seguir estando, y se trabaja con agenda y se trabaja y se trabaja y se trabaja. Yo creo que en estos años que vienen se va a poder dar un paso cualitativo importante en todos los temas que tienen que ver con la salud y la seguridad en el ámbito del consejo. Veremos... pero hay buenas expectativas.

P- El reconocimiento de los mismos como EP podría agravar la situación?

R- Yo creo que si, pero no hay ningún sistema que sea perfecto. Todos sabemos, y hemos visto en estos últimos 2 años que después que se cambió el sistema de certificaciones flexibilizando lo que era el sistema tradicional, el número de subsidios por enfermedad aumentó exponencialmente; situación que complica y preocupa no sólo al BPS sino al mundo empresarial y a los sindicatos que en muchos casos se dan cuenta que es una problemática que no se puede solucionar muy fácilmente. Acá no hay vuelta que darle. No responde a ningún análisis de presentismo, incentivo, motivación, se busca por todos lados no hay forma. Por qué? Porque ya hay una cuestión instalada de actitud y falta de compromiso hacia al trabajo en lo que se está trabajando también pero que hoy es una realidad. El trabajador siempre que puede prefiere acogerse a no trabajar que a trabajar. Si a eso se le instala que se abre un espacio más de posibilidad de certificarse....ya hoy por hoy es algo muy difícil de detectar cuando hay un trabajador certificado por estrés laboral es todo aquello tan vago, tan difuso que no se puede corroborar nada. Y queda ahí, ni hablemos de enfermedad profesional. Está en el ámbito del BPS. Seguramente que sí agravaría la situación...(piensa).. En otro momento esto funcionaba al revés. La gente pedía el alta porque al trabajador no le interesaba cobrar un porcentaje de su salario, le interesaba cobrar el 100 % y estar en actividad para no perder presentismo, premios, canastas, beneficios, en fin. Todo lo que está relacionado a un cúmulo de beneficios. Hoy por hoy ya nada mueve a nadie. El trabajador busca la forma de no trabajar, la media de los trabajadores, y este dato

surge de BPS y preocupa a la dirección del BPS y es se está tratando a todo nivel. Hoy ya nadie se conmueve con nada, no hay compromiso. Y es difícil salir de ese círculo vicioso y es está instalada la preocupación y el compromiso de bajar las certificaciones, que los médicos sean estrictos con las certificaciones, que hagan entrevista personal y seguimiento de los temas. Las empresas han reclamado, y nosotros desde la CIU en particular hemos planteado en el CONASSAT esta cuestión como un compromiso de trabajo dentro de la agenda de temas, y tanto la IGTSS como la Central de trabajadores lo acogió con buenos ojos. Bueno, aquello de cultura de trabajo para el desarrollo sale de estas cuestiones. Todos estamos preocupados por la falta de compromiso y un montón de cosas. Yo creo, que si se instala una nueva causal o motivo en este caso enfermedades psicosociales como enfermedad profesional, tenemos que tener un buen equipo por parte de los organismos públicos que analice los casos, que certifique, que haga seguimiento, porque si no esto no se va a poder controlar. Porque así como hay un montón de gente con actitud, con compromiso, con responsabilidad y que no tiene ningún interés en inventarse una enfermedad, también hay de lo otro. Entonces es difícil juzgar a todos por las excepciones, pero también es difícil que... si ingresa esto a la mesa de trabajo va a generar algunos problemas. En otros lados no pasa porque hay otro tipo de postura frente a las cosas. La gente no busca no trabajar, es al revés. La gente apura el alta, la rehabilitación, las mejores condiciones, se trabaja en recuperar al trabajador para su puesto, se facilita, se trabaja en eso. Y acá es como que... el que está enfermo pero no impedido de hacer otras tareas diferentes a las que tenía... no le interesa. Es un tema cultural.

P- La Cámara de Industrias desarrolla o participa de algún plan estratégico con relación a los trastorno mentales ocasionados por el trabajo?

R- Por el momento no.

P- Y CONASSAT que hoy me decía que está trabajando en eso?

R- CONNASSAT recibió hace un mes a los técnicos de OIT que tienen que ver con el área de trabajo y se está trabajando por invitación de la IGTSS con ellos en el área de salud y seguridad. Y llegó material para empezar a desarrollar todo lo que es el plan estratégico de prevención de riesgos que donde está todo en materia de salud y seguridad. Y ese plan estratégico implica un montón de aspectos que tienen que ver con los pasos, con la detección, con el muestreo de temas, con los niveles de riesgos,

con la planificación, etc, y ese plan está en el ámbito de la IGTSS para empezar a desarrollar acciones. Primero que todo va a haber un gran programa de capacitación para empresarios y trabajadores de cómo alinearse a la formulación de un plan nacional de prevención que no sólo parta de c/u de las empresas que debe tener su plan estratégico de prevención de riesgos, y ahí entran todos, sino que sea algo que parta de políticas nacionales. Y se está trabajando en eso. En este momento de hecho, paralelo a la sub-comisión que está trabajando en el tema de las adicciones hay otra comisión en la que también estamos trabajando en el tema de la recopilación de normas, y es algo que viene desde...es decir, acá las normas laborales... hay una norma vigente que tiene más de 100 años; entonces, pongámonos un poquito a entender que si estamos hablando de estrés, hostigamiento, acoso, enfermedades psicosociales, no podemos manejarnos en el marco de una norma que tiene más de 100 años, entonces como primera cosa eso. Recopilación de normas, actualización y cuestiones claras respecto a cómo se deben manejar las cosas. Ahí hay un paralelo, hay muchos insumos de trabajo y se está tratando con el apoyo que la OIT brinda a los actores sociales y al MTSS a través de la IGTSS, se está tratando de trabajar en algo más allá de simples propuestas puntuales u oportunistas. Se quiere ir a una política nacional y esa política nacional va a incluir este tipo de cosas. Pero no es una cuestión específica de la CIU ni nada, acá tiene que surgir del gobierno y de ahí para abajo bajar a los actores sociales y trabajar en serio con esas cosas como se ha trabajado con otros temas. Pero bueno, la salud y la seguridad en la agenda de temas nunca tiene el primer lugar. En este momento a nadie le hables de otra cosa que no sean los consejos de salario, después vendrán otros temas y así sucesivamente. Por eso digo, hay que marcar la pauta porque estos temas están ahí; se viven a la interna de las empresas, pasará un tiempo más hasta que se den cuenta que estas cosas que se toman como rutinarias van a generar de pronto enfermedades o situaciones irreversibles. Porque cuando las cuestiones son realmente de fondo muchas veces no tienen vuelta atrás. Y después disparan efectos de propagación por otros lados generando ineficiencia, falta de productividad, ausentismo, y problemas de todo tipo que terminan perjudicando al trabajador, a su familia, a la empresa, al país, a todos! Por no agarrarlo a tiempo, o por no asumir el problema y no identificar los factores de riesgos que pueden generar este tipo de cosas. Hay que ponerse a trabajar en eso. Esa es la realidad.

P- En qué ámbitos relacionados a la salud laboral participa la Cámara de Industrias?

R- En las comisiones bipartitas, dentro del 291/2007 en el área de salud hay obligación de tener una comisión bipartita trabajando. También fuera de los ámbitos bipartitos están los ámbitos tripartitos sectoriales. Cada sector de actividad debería tener su área de trabajo específica en materia de salud. Formalmente constituídas y trabajando hay pocas: química, construcción, metalúrgico ... algunos, no todos. Transporte... pero deberían estar instalados en todas las ramas de actividad. A nivel general en lo que participamos es en el CONASSAT, y después todo lo que se hace con la participación en los directorios de los entes, como el BPS por ejemplo, donde se está trabajando con aportes, pero en forma más bien perimetral. Y lo que surja de los convenios colectivos de la negociación donde ahí viene un poco la desigualdad, porque hay empresas y sectores que han avanzado mucho en el tema de condiciones de trabajo y otros que se han quedado en la etapa de negociar salarios y quedarse chiquito en eso. Pero hay muchos sectores que están avanzados. Y no hay mucho más, la verdad es un espacio de trabajo muy amplio con desafíos muy importantes y que debería de tomarse con un poco más de preocupación de la que se lo están tomando ahora.

P- El funcionamiento de las Comisiones bipartitas no se controla?

R- No se controla. Ahí si los trabajadores están organizados a nivel de empresa difícil que no funcionen, porque hay esa dinámica de enganchar el interés común y eso está muy bueno y se trabaja y se avanza. Donde los trabajadores no están organizados y las empresas no tienen la iniciativa, la proactividad y la responsabilidad de instalar la comisión y llevarla adelante, queda a la buena voluntad. Y la otra posibilidad de que se dispare el tema es que se haga una inspección, específicamente tiene que ser una inspección de condiciones de trabajo dónde a la empresa le digan bueno acredite que está cumpliendo con el Decreto 291/2007, hoy o mañana bueno acredite que está cumpliendo con los Servicios de Salud, usted acá tiene 100 personas, dónde está su médico? Quién es? Cuándo es la última vez que vino"? Dónde está el plan? Esas cosas. Pero si no, no hay forma de controlar. Pero eso como casi todo, siempre la inspección está remando con una carencia de recursos para llevar adelante todo lo que tiene que controlar. Ese es el problema. No es fácil. Esto es un tema cultural. En otros lados esto funciona. No es necesario decirle a la gente, bueno muchachos siéntense con los representantes de la empresa, trabajen en bipartitas para mejorar sus condiciones de trabajo, para analizar cuáles son los mayores riesgos, organicemos la

jornada, los tiempos libres, cómo podemos trascender hacia la familia... no no. En otros lados no es necesario decirle a la gente que se ponga a trabajar en esas cosas. Pero acá qué vamos a hablar de hábitos de trabajo y consumo saludable, cómo organizamos una dieta para que el trabajador devuelva a la empresa el 100% de sus capacidades, habilidades y compromiso, si estamos en que desde el año 2007 a la fecha hay quienes todavía ni se enteraron de que hay que formar una comisión bipartita para trabajar en la prevención de los riesgos que precisamente a quienes más les debe de preocupar es al empresario y a los trabajadores. Porque el empresario tiene un problema si tiene un accidente o un problema de salud. Y el trabajador ni hablemos. Pero bueno, sin embargo hay que ir a decirles: hicieron la bipartita? Se instalaron? Tienen su técnico? Por qué no designan a una persona que trabaje en estos temas? No, estamos ahí... entonces es muy difícil. Concientizar es muy difícil, educar más todavía. Por eso digo, yo este tema que lo estoy viendo venir y que lo trabajamos en la Comisión de Relaciones Sociolaborales de la CIU se trabaja con esto, todo el mundo está preocupado, pero bueno, el mundo empresarial no es la Comisión de Relaciones Sociolaborales, no son los médicos ni la gente que participa de la Comisión y está en el tema; el mundo empresarial es muy vasto. Con empresas chicas y grandes. Hay una heterogeneidad muy importante dentro de los sectores. Vos decís la Industria Química, en esto tiene una tripartita, sí pero hay 8 o 10 empresas ahí y el resto es una atomización de pequeñas industrias y empresitas que no siguen ningún camino. Pasa en casi todos los lugares, en el transporte, en la bebida, en el sistema financiero, en la alimentación, en todos lados pasa lo mismo. Entonces hay que tener en cuenta es heterogeneidad de los sectores, la problemática, y no quedarse con que este tema obliga o hace referencia directa a las grandes empresas, esto va a todo el mundo empresarial y los trabajadores. Estos niveles de preocupación con las enfermedades psicosociales van a terminar afectándonos a todos en mayor o menor medida, antes o después, pero evidentemente si esto se deja fluir sólo va a llegar un momento en el que no se va a poder controlar, porque va a estar ahí instalado y no se va a poder controlar. No se si llegó la etapa de incluirlas en el listado, no se si estamos en esa etapa, lo que si estamos en la etapa ya hace rato de analizar los casos concretos que están sucediendo y de estudiar un poco los factores de riesgo o cuáles son los disparadores de esas situaciones. Eso me parece que ya no admite la menor demora. Porque el tema está instalado, se habla mucho, se dan seminarios, se ejemplifica, se dan recomendaciones, pero bueno... no se cuál es por ahí el nivel de

sensibilidad por ahí; yo lo veo desde la interna de las empresas y me preocupa bastante. Esta es la foto de lo que uno ha visto a lo largo de estos 30 años, y ve permanentemente, y con las posibilidades de compartir con otros profesionales, con gente de otros lados y demás cuestiones que las estamos viendo venir. Esperemos que cuando los problemas lleguen, que a la larga siempre llegan, estemos preparados.

- P- Yo lo que veo es que por ejemplo, se está avanzando en la formación. Ahora se están formando médicos en salud ocupacional que antes no había...
- R- Y lógico! Pero hay una realidad, porque este plazo de los 5 años para los servicios de salud? Porque si esto fuera ahora no hay gente. No hay posibilidad de atender. No hay profesionales. Entonces en 5 años vamos a llegar gradualmente a que haya más formación, más disponibilidad de recursos, y trabajar en esto apoyados en esos profesionales. Y bueno, eso es una realidad, el Uruguay es así, con poquitos recursos tenemos que tratar de solucionar mucha cosa.

## ENTREVISTA N° 6: MTSS

Entrevistado: Dra. Christianne Sosa

Profesión: Abogada

Cargo: Asesora de la Inspección General de Trabajo en seguridad y salud en el trabajo;

Representante de la IGTSS en CONASSAT

P- Existen datos estadísticos sobre enfermedades profesionales en Uruguay?

R- La información sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo surge de los elementos de registración que tiene el BSE. El MTSS lo que tiene es información de carácter nacional del año 2014 y se procesa información de Montevideo fundamentalmente todas las denuncias que el BSE tiene sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y del interior la que proporcionan los prestadores de salud. Esa es la fuente de información que tiene el BSE. Y el MTSS lo que hace es recibir esa información y como cualquier actor la procesa con los fines de analizar la evolución de la siniestralidad en el Uruguay.

P- Tienen datos de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales?

R- En realidad los datos están sobre todo reflejando en esa siniestralidad. Es la información propia del BSE. Sólo que el BSE utiliza el formulario de denuncia tanto para el accidente de trabajo como para la enfermedad profesional.

P- Cómo puedo obtener esos datos?

R- La información con la que nosotros contamos es la información que el BSE otorgó en el año 2014, esa es la que tiene un carácter nacional completo. De todas maneras el BSE ajustó su criterio de información alrededor de 54000 accidentes de trabajo, estos datos están en la prensa, es pública, hubo alrededor de 54000 accidentes de trabajo que se corresponden con denuncias y asistencias en el BSE.

P- Pero la información discrimina entre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?

R- No, no. Como se usa el mismo formulario, el BSE debería terminar con una resolución que dice si sí o si no se corresponde con un accidente de trabajo o con una enfermedad profesional, pero esa decisión forma parte de la información desagregada que el BSE

debería proporcionar. Nosotros actualmente no contamos con esa información. Lo que sabemos es que en esos números totales hay enfermedades profesionales. Como el BSE cambió el criterio para la inclusión de enfermedades profesionales con un criterio que es más correcto, porque antes se procesaban todas las denuncias y asistencias en el BSE, pero muchas denuncias no son necesariamente accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, entonces esos 54000 aproximados que se informaron a principio de año como los correspondientes al 2014 se ajustaron en su número en 51000 y algo. Eso sí son resoluciones en las que el BSE concluyó que se trataba de un caso de accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Son aquellas que macheada la denuncia de la empresa con la del trabajador y revisados los antecedentes finalmente se concluyó que era un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

P- Se cumple con informar los diagnósticos de enfermedad profesional o eventos vinculados al trabajo como lo indica la normativa? (a la IGTSS, el BSE y la unidad de vigilancia epidemiológica del MSP) Quién tiene la responsabilidad de cumplir con dicha notificación?

R- la comunicación es a salud pública...

P- Yo me refiero al Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de comunicación obligatoria, que tiene varios decretos que establecen que entre otras las enfermedades profesionales deben informarse a la unidad de vigilancia epidemiológica del MSP, al BSE y a la IGTSS.

R- No, en realidad no hay una comunicación regular. Los médicos comunican al servicio de salud pública, capas que al BSE también. Nosotros no tenemos una información consistente registrada sobre enfermedades profesionales.

P- La responsabilidad de comunicar es del servicio de salud?

R- Es del empleador, y bueno, también del médico que lo diagnostica también. No se bien a qué te estás refiriendo. La responsabilidad del empleador es de notificar los casos de enfermedad profesional al BSE. Si es una vigilancia epidemiológica debe ser del médico... pero esa información acá a la IGTSS no llega.

P- Existen procedimientos para la declaración de enfermedades profesionales por parte de los empleadores y de los profesionales de la salud

R- Bueno, lo que está previsto en la normativa, el procedimiento es ese, es comunicar cuando corresponde. La comunicación que hacen es al BSE. La información sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con la que nosotros contamos es con fines estadísticos y es la que nos entrega el BSE.

P- Pero no se controla que se cumpla la normativa que existe?

R- Lo que se está cumpliendo es que el BSE recibe las denuncias y ellos nos pasan números de los registros. Nosotros no llevamos...o sea, toda la estadística que se pueda llegar a generar es a partir de lo que el BSE recibe. Que eso es lo obligatorio.

P- Pero entonces se confía en que el BSE recibe toda la información que debería?

R- Es que la única información veraz es la que surge de una denuncia al BSE que es quien tiene el monopolio como agente asegurador y prestador de las rentas ellos reciben la totalidad de la información. Y la información que se procesa es aquella derivada de las denuncias y de la resolución administrativa que define si es un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Esa es la información que maneja el Uruguay de la accidentalidad.

P- Pero no hay ningún control, yo me refiero a lo anterior.

R- Nosotros no tenemos contralor sobre otros organismos del estado.

P- No, no, yo me refiero al control sobre el cumplimiento de la normativa; es decir, hay una ley que dice que hay que informar las enfermedades profesionales, y ud. me dice que esa responsabilidad es del empleador y del prestador de salud

R- Lo que existe y lo que el país cumple es que los empleadores presentan las denuncias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales ante el BSE.

P- Se fiscaliza que esa notificación se cumpla?

R- no es competencia de la IGTSS si otras personas controlan o no la denuncia. Nosotros recibimos la información. Lo que está actualmente implementado es el deber de presentar la denuncia en plazo ante el BSE.

P- Y controlar el cumplimiento de ese deber es responsabilidad del BSE?

R- Yo no se si lo controla o no lo controla, pero la siniestralidad se registra en el BSE a través de las denuncias.

P- Se lleva una lista de posibles enfermedades profesionales como recomienda la OIT?

R- No se lleva una lista porque Uruguay fue el tercer país que adhiere a la lista. Cuando adhiere sólo dos países habían tomado la recomendación, o sea, Uruguay fue pionero en recoger en un decreto el 99% de las enfermedades de la lista actualizada del 2010. O sea, pasa de tener una lista acotada vigente desde el año 65, a tener 110 enfermedades reconocidas y quedan afuera aquellos aspectos que ningún otro país había reconocido; porque las que no se reconocen son aquellas que... el Uruguay lo va a considerar, no porque no existan o se niegue que existan aspectos que son propios de aspectos psicosociales, la enorme dificultad que el mundo entero plantea es el nexo causa. Es decir, la prueba de que esa afectación en la salud psíquica o psicológica del trabajador se deba efectivamente a una causa laboral. Lo que se va a analizar es considerar que se trate efectivamente de una causa laboral. No es que se niegue que los factores psicosociales puedan ser elementos de enfermedad profesional. Tal ves tú en el marco de tu investigación podés ahondar en eso... de ver qué otros países han reconocido enfermedades psicosociales. Lo que nosotros tenemos de la información del BSE es que es clarísimo que cuando hay un evento traumático en el marco de trabajo se reconoce como un accidente de trabajo o como una enfermedad profesional, es decir, el hecho de no estar incluido en la lista no necesariamente deja afuera a aquella condición donde el nexo causal está absolutamente probado. La ampliación importante del listado hace que el elenco de enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente, el Uruguay las reconoce.

P- Pero aquellas que están fuera del listado y han tenido reiteradas denuncias o solicitudes de admisión se registran en alguna parte?

R- Desde el punto de vista clínico se supone que una vez que el CONASSAT evalúa el listado no va a otras que no estén en el listado, porque el listado es tan omnicomprendivo y tan amplio que se supone que reconoce las enfermedades profesionales habituales. Allí está incluido el elenco claro de lo que son enfermedades profesionales. Salvo que a ti te conste que hay otras que no están incluidas, partimos de la base que ese listado es amplio y omnicomprendivo porque recorre... por ejemplo, en el ámbito del CONASSAT comparece salud pública que tiene su representación

avalando la aptitud epidemiológica y dieron su consejo en relación a la lista, o sea, no me consta que haya cosas que no estén incluidas en la lista.

P- Controlan los inspectores la existencia de riesgos psicosociales en los lugares de trabajo?

R- Todos los inspectores del elenco, tanto de condiciones generales de trabajo como de condiciones y ambiente de trabajo, hacen una valoración general inspectiva y como son cosas inmanentes obviamente cuál te parece que sea el modo de control que podrían llegar a hacer?

P- Bueno, justamente a eso quería llegar. Porque al no ser apreciables a simple vista supongo que su inspección será dificultosa.

R- Los factores psicosociales por supuesto que son inmanentes pero son como cualquier hecho medibles por las herramientas propias de la psicología laboral o por la psicología de las organizaciones. No es algo que esté tangible y medible como pueden llegar a ser las condiciones del decreto 406 que pueden ser medidas, valoradas y tasadas.

P- Y cómo llegan a medir eso hechos de carácter psicosocial?

R- Bueno, no forma parte de algo que sea perceptible a los ojos, pero cuando se hacen inspecciones y se detectan que existen manifestaciones propias de la organización que afecten el clima laboral por ejemplo, o porque se perciben o constatan hechos de violencia en el trabajo o hay declaraciones de trabajadores de que se sienten afectados por estas cuestiones, por supuesto que se deja constancia. En realidad en factores psicosociales la IGTSS participa en condiciones generales de trabajo recibiendo las denuncias de los trabajadores tanto en los actos inspectivos como en la oficina 108 que es la oficina de denuncias y asesoramiento donde se reciben los planteos, se requiere que esas denuncias que versarían sobre la afectación de los derechos fundamentales cuando hay actos de violencia o acoso, bueno ese es el ámbito natural donde se recogen esos actos. Otros es que la IGTSS toda vez que hay una denuncia, y se pide que la empresa exprese qué actos de cuidado o de preservación del ambiente y del entorno se adoptaron en relación a la condición psicológica de esos trabajadores. Esas son las intervenciones que sobre estos factores podemos realizar. O frente a una denuncia o frente a la apreciación en un acto inspectivo que por supuesto requiere de

cuestiones que no son actos a los ojos vistos pero que cuando alguien lo denuncia o lo percibe por constatación directa por supuesto que la IGTSS participa.

P- Y de qué manera lo hace?

R- Tomando la iniciativa de consultar a la empresa sobre qué medidas adopta en un proceso administrativo. Yo hablé de dos aspectos: fundamentalmente a raíz de una denuncia se sustancia un procedimiento que es similar al del acoso sexual, el del acoso laboral por ejemplo o el de los actos de violencia, y en ese procedimiento se le da vista a la empresa, se le consulta qué acciones toma o se recomiendan acciones de protección para el contexto psicosocial de ese grupo laboral.

P- Por qué se excluyeron los trastornos mentales del listado de enfermedades profesionales indemnizadas en nuestro país en la actualización del 2011? Cuáles fueron las razones que impidieron su reconocimiento?

R- En junio de 2010 se empiezan a intercambiar opiniones en CONASSAT sobre la antigüedad de la lista, lo restrictivo de la situación, todas las partes estuvieron de acuerdo en que se trataba de una lista obsoleta que había un montón de elementos que se habían ido agregando, ya se había concretado en el mes de marzo la recomendación de un nuevo listado de OIT, el PIT-CNT plantea nuevamente la idea y el MSP incluye una lista de enfermedades profesionales de comunicación obligatoria. Pero lo fundamental más allá de la declaración de enfermedad profesional era que el BSE la tuviera dentro de su listado. Hubo una instancia de conversación entre los organismos del Estado. A pesar de que el CONASSAT es un órgano tripartito en el que participan los organismos del Estado directamente relacionados con la salud y la seguridad de los trabajadores, hubo una instancia de conversación entre los organismos públicos y ahí se elaboró una propuesta para que se ampliara el listado. Respecto a tu pregunta no es que se impida el reconocimiento, sino que se deja a la prueba. El decreto se toma el compromiso de valorarlas y analizar la evolución del concierto internacional. La mayor dificultad es que incluirlas en la lista puede representar la dificultad de la prueba del nexo causal. Hay un motón de enfermedades que se incluyeron en la lista recomendada por la OIT que no existen, porque forma parte de eventos de trabajo o higiene de otros países, otros son los que no se incluyeron porque.... Pero en todos los casos es el BSE el que no queda acotado a la lista, y nunca quedó, tampoco quedaba antes; que el hecho no estuviera establecido a

texto expreso no implicaba por ejemplo que las enfermedades osteoarticulares que el BSE incluso antes de incluirlas en el listado tenía un protocolo donde se valoraba si la afectación osteoarticular respondía o no a las actividades propias del trabajo.

P- Porqué se trató entre los organismos del Estado y no se incluyó a los actores en la evaluación del listado de enfermedades que integrarían el listado?

R- Cómo que no se incluyó a los actores? Noooo, tal vez me expresé mal. Primero se chequeó y luego se trató en el CONASSAT, el Decreto fue con el 100% de acuerdo de todos. Fue consensuado en el ámbito del CONASSAT. Arrancó con una primera valoración dentro de los organismos del Estado y luego se llevó la propuesta de Decreto que fue trabajada en CONASSAT. Todas las herramientas desde el año 2008 que se restableció el funcionamiento del CONASSAT, todos los elementos han salido en general o con el acuerdo del CONASSAT o con acuerdos tripartitos en Consejos Consultivos. Siempre hay participación. Después por supuesto que la competencia del Poder Ejecutivo será darle la precisión o definición propia de las competencias del Ministro, pero todas las instancias han sido con consenso de los actores sociales, inclusive el listado. Que salió con el compromiso y el acuerdo del PIT-CNT. El PIT-CNT hace la mención de que reclama que se siga considerando la inclusión. El reconocimiento, cuando el Decreto se dictó creo que sólo dos países habían reconocido el listado nuevo y el 99% de las cuestiones fueron incluidas. El avance fue muy sustantivo, y si se prueba el nexo causal también los trastornos mentales o del comportamiento si se prueba que tienen relación con un hecho del trabajo, también el BSE los considera.

P- Qué condiciones técnicas se necesitan para poder determinar fehacientemente la relación causal entre enfermedad mental y trabajo?

R- Y bueno, por lo pronto las cuestiones técnicas son la deliberación intelectual de establecer que esa enfermedad se corresponde sí o sí exclusivamente con el ámbito laboral. Es decir, las enfermedades profesionales de origen mental o psicológico tienen que tener la prueba definida de que se corresponden con el ámbito laboral. Entonces cuáles son las dificultades? Si un trabajador no tenía ninguna dificultad en su trabajo pero presenta un evento traumático como por ejemplo un hecho violento, pasa por ejemplo en el transporte, trabajadores que tienen un accidente de tránsito que queda comprometida su emoción en el hecho, porque hay hechos de muerte, bueno es natural

que se entienda que existe un estrés post traumático, o sea, ahí el vínculo causal es totalmente claro y esa comprobación es la que hace el BSE. Con todas las garantías del asegurado, porque si el trabajador entiende que no se reconoce eso, bueno puede producir prueba, puede intervenir en ese procedimiento de cobertura porque el evento traumático le determinó un padecimiento. O sea, que en general tiende a eso, a la debida correspondencia entre la afectación de la salud y un hecho concreto a ser probado.

P- Cómo se debería establecer esa correspondencia?

R- Bueno, hay un acto clínico que realiza el médico, la “expertise” es la de un médico, la de un psicólogo que puede valorar que el hecho laboral que tienen que ser un acto que tiene que ver con el trabajo, correspondiente a la actividad laboral, se corresponde con esa patología.

P- Y hoy no contamos con médicos formados para eso?

R- Bueno, yo supongo que el BSE tendrá su staff de médicos como para que lo hagan. Eso tendrías que preguntárselo al BSE.

P- Yo a lo que voy es a que la dificultad mencionada justamente fue esa, no? Que no se podía establecer el vínculo causal, que ahora usted me dice que es competencia de los médicos y psicólogos.

R- No, no, pero no es que no existan condiciones técnicas para hacerlo. Es que el ser humano presenta características que se corresponden con el trabajo y otros que son extra trabajo. Eso creo que no es un tema de competencia técnica sino un tema de vida. Como todo hecho, bueno tú no se si sos abogada... pero en todo aspecto jurídico el nexo causal ese. Es la probanza eficiente de que un hecho desencadena un daño. Entonces la dificultad es una cuestión de valoración. Es establecer que ese hecho se corresponde con el trabajo. No con un evento que es no trabajo. Es un tema de valoración que quien vaya a hacer el diagnóstico de la afectación que la tendrá que hacer un psicólogo, un psiquiatra, o un médico, tiene que constatar que eso se corresponde con un hecho laboral.

P- O sea que no hay una perspectiva de que puedan ser incluidas tampoco a futuro?

R- En realidad capaz que en este caso el CONASSAT tomó el compromiso de estudiarlo y hasta la fecha no se ha concluido que sí ni que no. Lo fundamental y creo que si te lo planteas tú en el lugar de la respuesta es probar o no la correspondencia con un hecho del trabajo. O sea, el ser humano no es un ser aislado, dedica parte de su tiempo al trabajo pero también tiene otros elementos que no tienen que ver con el trabajo y que pueden ser ambos elementos de causa. Ya te digo, el BSE establece que reconoce cuando hay un hecho sucedido en el ámbito laboral y en esos casos reconocerá que tiene una afectación en su salud y lo protege.

P- Por ejemplo, el caso de las tendinitis

R- Pasamos de los factores psicosociales a las cuestiones osteoarticulares!

P- No, en realidad iba a hacer una analogía. Iba a que la persona siempre es un ser integral que tiene aspectos referentes a su vida laboral, a su vida social, a su entorno familiar, y siempre en todos los casos establecer que existe ese vínculo con el trabajo va a ser una competencia del BSE. Pero por ejemplo, yo puedo jugar al tenis y tener una tendinitis en el codo y trabajar en algo que nada tiene que ver con eso, y en ese caso la tendinitis no va a ser una enfermedad profesional claramente, pero sin embargo integra el listado de enfermedades profesionales. Con las mentales, por qué no se sigue el mismo criterio?

R- Desde el punto de vista ergonómico, si se indaga un poco en las causas clínicas es mucho más fácil discernir si la tendinitis se corresponde con un movimiento repetitivo y eso se corresponde con el lugar y el puesto de trabajo que ocupe el trabajador. Es muy fácil. La lesión del codo podrá ser en el marco del trabajo o en el marco del tenis, pero el médico lo va a determinar claramente. Y en las mentales clarísimamente es más complicado. Esta es una impresión personal no, pero cuando se incluyó es porque las lesiones osteoarticulares se corresponden con hechos del trabajo y también con otros hechos de la vida diaria pero existen muchos más elementos... en el concierto internacional también. Todos los países tienen esa dificultad, no es exclusiva del Uruguay. La inclusión o no se debe fundamentalmente a cuestiones valoradas como eso que explicábamos.

P- O sea que siempre va a ser muy subjetivo el diagnóstico, porque no hay estudios probatorios desde el punto de vista clínico.

R- El tema de las enfermedades mentales y del comportamiento que son los hechos que se valoraron no es subjetivo; es un tema de poder discernir si la causa es o no es de origen laboral.

P- claro, pero eso lo determina el médico.

R- eso es una expertise clínica, técnica. No es algo que pueda determinar el empresario, ni cualquiera de nosotros. Es un diagnóstico. El médico psiquiatra, psicólogo o un médico que tenga la expertise para poderlo discernir. O sea, es atribuirle al trabajo el diagnóstico de una lesión. Se requiere de una precisión... no es un tema subjetivo, es un tema técnico. Que requiere que la causa sí o sí, tiene que ser de origen laboral. Esa es la dificultad. La prueba del nexo causal, la prueba jurídica... qué es lo que te ayudaría... el nexo causal la concausa hace que no necesariamente puedas atribuirlo a un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Me explico? Todo tiene que ver con un tema fáctico y un tema de valoración técnica. Esa es en conclusión cual ha sido la evolución para el reconocimiento de las enfermedades profesionales como se hizo.

P- Lo que no logro entender es, si tenemos médicos que están preparados para hacer esa valoración dónde está la dificultad?

R- Pero puede hacer una evaluación de si tiene o no una enfermedad, pero tenés que conocer el lugar de trabajo ir e inspeccionar si efectivamente un hecho tiene o no relación. Porque no puede bastar sólo con la declaración. O sea, el asegurado siempre tiene la posibilidad de recurrir y probar si el BSE no reconoce un hecho traumático que le determine una enfermedad profesional. Como por ejemplo estrés, o algo así. Es decir, es el caso a caso. Concretamente es el caso a caso. Es conocer el procedimiento y las garantías del debido proceso. Lo que sí es que, no se puede incluir, no se incluyó dentro del listado de enfermedades profesionales las enfermedades del comportamiento en virtud de la dificultad de establecer el nexo causal entre la enfermedad y el trabajo. Esa es la conclusión. Si hay pruebas, si existen elementos, el BSE seguramente lo reconozca como un estrés pos traumático.

P- Se trabaja en algún plan de acción que facilite el futuro reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedad profesional? En qué consiste el mismo?

R- Sí, quedó pendiente para que el MSP y el BSE... el BSE tiene la aptitud para valorar si los hechos que se presentan son eso. Cuando se dictó el Decreto del 2010 quedó por

todas las partes acreditado que el reconocimiento de las enfermedades osteomusculares era necesario inculirlas en la lista, porque existe esa mayor facilidad para hacer la prueba del nexo causal, y en las enfermedades mentales cuando se constata aunque no esté en la lista también el BSE las reconoce si se constata que se corresponde en el BSE.

P- Entonces no hay un plan de acción?

R- Tiene que haber un plan de acción?

P- No, pero me interesa saber si existe.

R- Yo no lo conozco.

P- Los Servicios de Salud en el trabajo por ejemplo no son parte de un plan de acción que a futuro podría facilitar la inclusión?

R- Los servicios de salud en el trabajo son en el ámbito de la empresa. Por supuesto que la salud mental de los trabajadores forma parte de las competencias de un servicio de salud. Las condiciones son procurar que el medio ambiente de trabajo fomente y promueva la salud de los trabajadores y forma parte sí de uno de los elementos fundamentales poniéndonos en la perspectiva preventiva. No tenemos por qué esperar que el evento dañoso se produzca, al contrario, la propia empresa es el lugar más propicio para la protección de la salud de los trabajadores, porque el deber hace más de 100 años que el deber de preservar la salud es del empleador, pero hoy día, además de todos los actos de protección y prevención de los riesgos laborales se agrega toda la política de promoción de salud que es aquella que se anticipa en procura de que el trabajador tenga una vida saludable y no visualizarlo como la no enfermedad, sino que a partir de los servicios de salud hay una mirada preventiva y de promoción de salud que sin duda se va a ir profundizando.

P- En su opinión, se deberían reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R- No tengo ninguna opinión en relación porque es tan complejo como decir si se probara que la enfermedad es profesional debe ser protegida sin ninguna duda.

P- Qué implicancias a nivel económico tendría su inclusión?

R- La implicancia económica no es un elemento relevante para una toma de decisión. En mi opinión personal los trabajadores deben ser protegidos independientemente del costo. Más costo dan las enfermedades a la sociedad. No creo que el costo de reconocerlos o no tenga que ser un elemento a considerar.

P- Y a nivel social? (formación/capacitación/, etc)

R- La protección de la salud debe ser alentada sin dudas. Lo importante es que en Uruguay para seguir ampliando los grupos que tienen la obligación de contar con servicios de promoción y salud, requiere de aumentar la base técnica de profesionales expertos en la salud ocupacional, que pueden ser médicos pero pueden ser técnicos, técnicos prevencionistas, psicólogos laboralistas, o sea, lo que se requiere es que haya un soporte técnico que pueda asistir al país en ese desarrollo y que efectivamente no se trate de un requisito formal sino de una efectiva ayuda técnica para que las empresas puedan ser lugares saludables. Me parece que se requiere tiempo. Cuando se previó un plazo en la obligación de los distintos sectores de contar con servicios de salud, es porque el Uruguay no cuenta con una cantidad suficiente de técnicos para esa tarea. Es un campo a desarrollar. Tanto lo de los técnicos prevencionistas que actualmente están teniendo mucho mayor actividad, pasa lo mismo con los profesionales de la salud que puedan contar con esa especialidad.

P- Se está pensando en desarrollar un plan Nacional de Seguridad y Salud? En qué consiste?

R- El CONASSAT lo que tiene es que en la última reunión se volvió a poner en la mesa la decisión de encaminarse hacia un Programa Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Eso implica adherir a una propuesta que nos lleve finalmente a una Ley Nacional de seguridad y salud en el trabajo. Uruguay hoy no cuenta con una ley, quiere decir que no tiene una herramienta que armónicamente aborde todos los elementos de un sistema de salud y seguridad. No quiere decir que el sistema no exista. El sistema existe y es aquel conjunto de elementos que armónicamente cubren todos los aspectos de la salud y seguridad. Tenemos actores, tenemos el desarrollo fuerte del tripartismo, Uruguay ejerce el tripartismo también en materia de salud y seguridad en el trabajo de una manera muy rica, la OIT apoya y destaca de los ámbitos tripartitos en materia de salud y seguridad. Desde el CONASSAT fíjate que ese triángulo que tenemos de

tripartismo, o ámbitos de diálogo social se expresa desde el ámbito de la empresa, el ámbito de las tripartitas sectoriales, el CONASSAT. Los últimos años, cada norma que se dictó tuvo una instancia de valoración en el diálogo social, es decir, la participación de los actores sociales hace que las acciones que se adoptan sean adoptadas en el marco del diálogo social. Esa es una acción muy destacable, sumamente destacable. Y el nivel de desarrollo que tiene el Uruguay en materia de salud y seguridad ha sido bueno, pero es perfectible. Tenemos sobre la mesa esa propuesta de valorar, considerar entrar en ese programa de salud y seguridad. Qué implica eso? El primer paso es hacer una declaración política sobre el marco de salud y seguridad y luego hacer un perfil nacional, que implica definir las competencias que tienen los organismos, y una regulación legal completa.

P- Fomentaría también el cruce de datos entre un organismo y otro?

R- Bueno, yo creo que en cierto modo lo que se puede mejorar es definir estrictamente y en forma rigurosa las competencias de cada uno de los organismos, no es que no se haga, existe; no es que no esté hecho. Pero bueno, lo valorás y lo considerás en un mismo acto. Hay otros aspectos que en otros países donde se han aprobado recientemente leyes sobre salud y seguridad, implican no solamente las competencias sino los controles que vas a hacer en las entidades que dan formación, en las que administran los servicios, en las empresas, en los profesionales que intervienen, se regulan las responsabilidades de los técnicos prevencionistas, de los médicos, en fin, de cualquier actor. Eso es regular en forma armónica todas las caras y todos los actores que intervienen en la salud y la seguridad. De ahí que es un trabajo que el Uruguay creo tiene intenciones de abordar, que ha sido visto con buenos ojos en el ámbito del CONASSAT, no hay todavía una definición sobre ese punto; quedaron las partes en considerarlo y los organismos públicos también, pero hay una muy fuerte intención de avanzar en materia de salud y seguridad. El Ministro Murro cuando asumió hizo algunos lineamientos y en Materia de salud y seguridad puso metas bien cortas y concretas, algunas de más largo aliento y otras de más corto aliento, y alguna de ellas son por ejemplo contar con un documento sobre toda la normativa que existe en salud y seguridad, por eso el CONASSAT dividió esa tarea y la encomendó a un grupo de trabajo que tiene representación tripartita también, para hacer una compilación de toda la normativa en materia de salud y seguridad. Ese trabajo este año seguramente va a estar terminado. Eso implicaría hacer una valoración ordenada de

toda la normativa, que es un paso posterior, no se trata de generar un código en salud y seguridad porque eso requiere un análisis de cada articulado, de cada norma, que es otro paso posterior. También hubo el interés de generar otro grupo de trabajo en materia de adicciones, del consumo de alcohol y otras drogas, que es un grupo que está funcionando, también el Ministro se puso el objetivo de encaminarnos hacia una campaña nacional de prevención contra los riesgos laborales, y en eso vamos a estar trabajando el año próximo, en esa campaña de prevención, estamos pidiendo ayuda a la OIT que tiene una fuerte experiencia en estos aspectos... bueno, son todas esas acciones que hacen a la profundización de la temática en salud y seguridad.

## ENTREVISTA N° 7: MSP

Entrevistado: Dra. Carmen Ciganda

Profesión: Doctora en Medicina y Especialista en Toxicología Clínica

Cargo: Directora de la división salud ambiental y ocupacional; Representante del MSP en CONASSAT

P- Por qué los trastornos mentales están excluidos del listado de enfermedades profesionales indemnizadas en nuestro país?

R- Se discutió mucho en CONASSAT. Nosotros con el Prof. Fernando Rovira que es abogado laboralista que en aquel entonces trabajaba en nuestra división fuimos los que redactamos el primer borrador porque veíamos que estaba trancado el tema de las enfermedades profesionales y dijimos vamos a escribirlo para tratar de sacarlo, si no sale por consenso podemos presionar para que salga por MSP. Eso había sido en el primer período de la administración 2005-2010, a fines de ese período. Ahí es justamente cuando sale la recomendación nueva, la revisión del CIT 121, entonces estábamos en un momento afín para hacerlo. Paralelamente esta área es el punto focal en una comisión intergubernamental de salud ambiental y del trabajador que funciona dentro de los grupos Mercosur de los Ministerios de Salud Mercosur; cada ejecutivo, cada área tiene sus grupos, salud tiene un montón de temas, uno de ellos es esta comisión, y paralelamente estábamos comparando a nivel regional, entre los Ministerios de Salud del Mercosur, quienes tenían ratificados qué convenios de la OIT como para armonizarnos, que esa es la política del Mercosur. Y a veces también nos sirve para adentro mostrar que en la región estamos avanzados en determinado tema, eso también da argumentos a tu ministro a decir bueno, vamos. Porque a veces son temerosos sobre determinados temas. Entonces estábamos viendo que increíblemente había bastante atraso en la región; los pocos países que teníamos aprobado el CIT 121 era viejo y había países que no lo tenían, por ejemplo Paraguay. Y nosotros que lo teníamos reglamentado según el decreto del año 81, en realidad tampoco estaba reglamentado. Es apruébese.... Y eso es también lo que nosotros vemos, que a veces había normas de OIT aprobadas por el país con la muñeca fácil, todo sí, sí ,sí, peor después no hay instrumento que lo internalice. Y como la OIT no es tonta te pide bueno, mostrame. A ver, qué hiciste, qué indicadores tenés, cómo miden? Nunca hacés informes... y entonces había unas cuantas áreas en las que había o hay cosas

pendientes, y esta era una de ellas. Bueno, esto como introducción. Entonces lo que nosotros hicimos fue armar un decreto y convalidar y meter todo. Y el Ministerio de trabajo en la segunda administración 2010-2015 lo ve con buenos ojos, hay un cambio ahí, Juan Andrés Roballo, un rol más político, más visagra, no tan rígido y asumió un rol más conciliador de conflictos viejos que había entre el PIT-CNT y la Cámara de Industrias; el sector empresarial se había retirado y por eso Conassat no funcionaba. Cuando arranca a funcionar en el 2005 arranca pero rígida. Entonces no avanzamos mucho. Pero sí es válido que se reunieron las partes, se limaron asperezas. En este segundo período ya arranca con esto y Roballo dijo bueno, si no tienen problema Carmen y Fernando vamos a tomar el formato de ustedes para empezar a trabajar sobre esto. Y por supuesto que estuvimos de acuerdo!

P- Ese formato incluía todo?

R- Incluía todo porque era copiar la chorrera copiando el anexo. Pero, al momento de discutir hubo peros. Obviamente los que queríamos incluir todo eramos el PIT-CNT, el MSP y el MTSS. Pero claro, es muy fácil decirlo cuando no estás... ahí hubo una voz... viste que en Conassat el Estado tiene 4 representantes (MTSS y MSP como ejecutivo, y después BSE y BPS). Esos 4 tenemos que tener una sola postura. Entonces, discutamos lo que discutamos tenemos que salir con un consenso. No es que todos tengamos voz y voto en CONASSAT. Es decir, todos tenemos voz, pero cuando hay que votar si hay discrepancias el Estado tiene 1 voto. Después votan PIT-CNT y la Cámara que ellos siempre están en bloque y no hay voces disonantes entre los 4 representantes de las distintas ramas que participan por el PIT-CNT, todos opinan lo mismo. Y la Cámara de industrias y empresarial también, lo mismo. Qué sucedió al hablarlo ahí? Que los empresarios tenían miedo de que esto fuera a impactar negativamente en ellos, en general, y sobre dónde va a recargar esto, los montos, los costos; y el BSE que en definitiva si esto se reconoce como enfermedades profesionales es quien debería pagar la prima conveniado sí o no con el sector empresarial, el BSE vio como una avalancha que iba a haber de enfermedades mentales. Y cuando empezamos a escarbar, porque bueno... si lo tiene lo tiene... en realidad ellos lo que no tenían fuerte en ese entonces...bueno digamos que el BSE históricamente, la Ley del BSE es una Ley con una impronta muy reparadora. Tuviste un accidente y te cortaste un dedo te toca tanto, una mano tanto, y etc. Entonces ellos tenían un fuerte componente que en realidad hay que reconocer en los accidentes, en

lo traumático, en lo quirúrgico, en lo ortopédico. Tanto que recuerdo cuando yo estudiaba medicina y tocó mi rotación como interna en el H. de Clínicas, los médicos que eran excelentes cirujanos nos decían siempre que si ellos tenían un accidente por favor los llevemos a la puerta del BSE porque tienen los mejores cirujanos reparadores, los mejores. Y ellos mismos sabían quienes trabajaban allí, se conocían. Y bueno, eso da la pauta un poco de dónde estaba puesta la cabeza del BSE. En los accidentes propiamente dichos. De hecho el sistema de registro del BSE habla de accidente y de siniestros. Un siniestro es realmente, no se... un obrero que cayó del 9no. piso. Pero hasta la terminología que utilizan, el léxico también hay que cambiar; porque un siniestro es por ejemplo un siniestro de tránsito; pero es un siniestro tener una enfermedad profesional? Es un siniestro tener estrés? Es un siniestro tener una intoxicación por plomo? Bueno, ellos hoy lo denominan así, y están cambiando su sistema de registro y su terminología. Pero no es fácil hacer ese tipo de cambios en semejante institución, con años y años y gente con esa cabeza. De hecho hasta hace muy poco tiempo ellos no tenían médico especialista en salud laboral. Entonces, yo soy toxicóloga trabajé en la policlínica de salud ocupacional del CIAT, y veíamos que llegaban los trabajadores que necesitaban un informe desde el punto de vista toxicológico por la afección que padecían, que tenía origen en el trabajo y el BSE les decía que no. Tenían asma por ejemplo, asma profesional porque la persona era sana hasta que trabajaba en la industria química, o una industria del sector cueros pero que utilizan muchos químicos y había un brote en esa fábrica porque todas las mujeres que tenían determinada clínica incluía asma cuando entraban, y cuando salían se mejoraban; y el fin de semana pasaban bárbaro en la casa y al volver al trabajo se atacaban. Obviamente era un asma derivada de una sensibilidad química, que en determinadas instancias el BSE no la reconocía como tal. Decía, no esto es asma. Pero no se fijaba en qué momento se desencadenaba o desarrollaba. Obviamente allí había algo ambiental, los estudios epidemiológicos se hacen así, se estudia si es un brote de un lugar, o es un tema personal, o individual, o si es una enfermedad transmisible... una leptospira por ejemplo, puede haberse originado en el trabajo pero también en un domicilio. Entonces hacemos los estudios para saber dónde se originó. El BSE ahí se sincera y nos plantea que ellos tienen un psiquiatra y un psicólogo; y por lo tanto no podían de ninguna manera encarar este tema de las enfermedades de origen psicolaboral. Con la trancadera también de la Cámara de Industria y los empresarios que...ellos en realidad no opinan. Tratan de no opinar. Hasta que llega un punto en que

por presión o por decantamiento llegamos algo. Y fue lo que...hubo que pactar eso. Y el PIT-CNT no tuvo más remedio que aceptarlo y nosotros al no tener consenso dentro del gobierno también.

P- Cuando no hay consenso en el gobierno cómo se determina el voto? Porque en este caso eran 3 organismos a favor y 1 en contra.

R- Y bueno, por más que los demás votáramos a favor en realidad quien instrumenta y quien tiene que dar la prima o no, evaluar y analizar, es el BSE. Por otra parte, hay que reconocer también que en la primer administración del Frente Amplio 2005-2010 se trabajó en priorizar determinados temas que estaban olvidados dentro de la salud y que son de los de mayor peso. Uno de ellos, por más que se puso énfasis en la mortalidad infantil que se bajó, en la salud materna, somos un país de viejos con baja natalidad y por eso cada niño que nace hay que cuidarlo como oro, entonces las baterías estuvieron puestas ahí, en realizar una primera encuesta nacional de enfermedades prevalentes que muestra que nuestras enfermedades prevalentes son las no transmisibles, las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, hipertensión, obesidad, la parte respiratoria, que incluso alguna de ellas pueden llegar a tener origen en lo laboral; estamos todavía lejos de poder pesquisar eso, pero sí se empezó a caminar en estos temas. Uno era el abandono que tiene nuestro país o que tenía en la salud mental en general. Imaginate entonces en lo laboral. Si no podemos ... el paciente psiquiátrico es un paciente que se tenía que arreglar como pudiera, la familia hacerse cargo, no había prestaciones claras dentro de los prestadores de salud, la gente tenía que ir a terapia particular y los prestadores de salud se vuelven un proveedor de medicamentos, porque son medicamentos caros, entonces el médico emite la receta y los tiene a todos medicados. Somos una sociedad altamente medicalizada en general y en particular con medicación psiquiátrica; es muchísima la gente que toma benzoanfetaminas que son consideradas como las más light, pero no son tan light porque generan dependencia; entonces la persona puede llegar a necesitar una benzoanfetamina para dormir o bajar una situación de estrés o ansiedad, pero el prospecto dice que debe darse por corto tiempo, y acá la gente está años medicada. Por lo tanto el MSP lo que hizo fue potenciar el programa de salud mental y establecer la atención a la salud mental como una prestación más dentro del paquete que tienen que brindar los prestadores de salud. Antes cada uno hacía lo que le parecía, lo que quería. El MSP con la reforma sanitaria, establece que es un sistema integral, público y privado, o sea mixto, universal, que

todos deben tener cobertura y no sólo los trabajadores privados que aportaban a la ex DISSE, que todos deben tener cobertura trabajo o no, esto es, al que trabaja se le descuenta un porcentaje le guste o no, público y privado, y de acuerdo a los ingresos del núcleo familiar pagará o no. En un primer momento casi toda la población quedó incluida, por lo menos todos los menores y todos los trabajadores, y después se fue hacia las jubilaciones más altas y los privados, y los ya jubilados también. Esos fueron pasos previos que hubo que hacer para lograr que fuera un sistema universal, solidario, y después se les exigió que firmaran contratos de gestión, es decir, un compromiso por parte de cada mutualista u hospital de cumplir con una serie de obligaciones que el MSP establece; tienen que darle atención a la primera infancia, el primer año de vida todos los controles son gratis, durante el embarazo también, después tenés que seguirlos un año por lo menos a los niños, medicación gratis para las patologías más frecuentes como hipertensión, diabetes, etc. Para que sean tratadas. Porque a veces lo que se veía es que el usuario tenía problemas de acceso. Acceso por el bolsillo, porque los tickets son carísimos y cada vez que va se desfalca, entonces se regularizó el sistema de tickets, y también acceso geográfico, que por lo menos mi consulta no esté más allá de 20 o 30 minutos, en la ciudad, no? En el campo es distinto. Y también un tema de accesibilidad a la especialidad, a la consulta. Porque pedían una especialidad y les demoraban meses o no había. Bueno, el tema de salud mental era uno de ellos. El difícil acceso a la consulta y también que las prestaciones no eran adecuadas. Entonces en el paquete de prestaciones se estableció que al menos se veían obligados a tratar al paciente con patología psiquiátrica, a los familiares de esos pacientes, y a los colectivos de 2 ramas de trabajo: la educación y la salud. En realidad es la educación, la salud y la seguridad en todo el mundo lo que se ve como ramas o actividades de trabajo de las más estresantes por el proceso de trabajo, por la calidad, por la materia prima con la que se trabaja, la gente, la familia, los niños, con toda la problemática que se vuelca ahí que constituye un factor de riesgo para los trabajadores. Entonces, ahí en parte con eso hay un acercamiento de que se percibe el trabajo como factor de riesgo, pero el MSP reconoce que no hay formados psicólogos suficientes, psiquiatras suficientes, licenciados suficientes que manejen este abordaje de la patología laboral, porque no es sólo medicar, sino que también hay que hacerse cargo del ámbito laboral. Eso está escrito en los papeles, funciona más o menos, pero se vio como una ventana de por lo menos empezar por ahí; y mientras ir formando más técnicos, que haya más técnicos, que el BSE tenga más presupuesto que les permitan contratar más gente.

Ahora en esta ley de presupuesto hay mucho presupuesto para la salud que no viene todo para MSP o ASSE, va mucho para el Ministerio del Interior, y para otras áreas que lo van a dedicar a la salud ocupacional, a la salud de sus trabajadores. En definitiva y resumiendo por qué no se pudo, fue por un tema político de que no había realmente las condiciones dadas para el BSE que es quien en definitiva debe establecer este sí, este no; no tenía capacidad instalada de poder asumir una avalancha que ellos preveían que se les podía venir con esto.

P- O sea que no se incluyeron por falta de recursos?

R- Falta de recursos humanos y materiales como para poder afrontarlo. Pero no es una cosa que haya quedado cerrada. Son cosas que caso a caso se pueden ver y de hecho eso es lo que se prevé.

P- Eso funciona? El caso a caso. Hay casos de enfermedades fuera del listado que el BSE haya aceptado?

R- No conozco con exactitud, yo creo que eso habría que hablarlo con Rodolfo Vázquez, el Director del Sanatorio

P- Sería lo mejor, pero no quieren saber nada conmigo en el BSE...

R- Bueno... de los reportes... nosotros acá tenemos basados en el decreto viejo qué es lo que obligatoriamente los prestadores incluido el BSE tienen que reportar para que el MSP pueda tener su base de datos. Las enfermedades profesionales entran dentro del grupo B. Tenemos 2 grandes grupos, esto es en el mundo, aquellas enfermedades que estén donde estén deben ser reportadas rápidamente porque pueden ser origen de una epidemia, una pandemia, que son fundamentalmente las enfermedades de transmisión, y después están todas las enfermedades que como no se transmiten quedan circunscriptas ahí y pueden demorar unos días más en reportarlas, tienen hasta una semana para reportar eso. Y acá entran los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Esto es viejo, del año 2004; ahora salió un decreto más amplio que incluye este, porque acá por ejemplo si vamos a ver qué se entiende por enfermedad profesional nos decía son las enfermedades comprendidas dentro de CIT 121 de OIT que era la lista primaria, ahora tenemos una lista más amplia. Sin embargo, el trabajador generalmente cuando tiene un accidente laboral porque se cayó, se cortó, se pinchó, si está en Montevideo va a puerta del BSE, si está en el interior va a FEMI que

el BSE tiene convenio, salvo en Colonia que tiene convenio con ASSE, entonces el trabajador concurre a esa emergencia y ahí trabajan para el BSE. Eso funciona bastante bien, siempre y cuando consulten; si tienen un accidente y no consultan quedó sub-registrado. Ahora, qué pasa cuando tengo una enfermedad profesional? Es decir, algo que me pasa de a poquito, día a día. Y la persona en general recurre a su médico. Y estas enfermedades no tienen nombre y apellido profesional, y el médico común tiende a olvidarse de preguntar: tú en qué trabajás? Toda la vida trabajaste en esto o es de ahora? Qué hacías antes? Porque si cambiaste de trabajo capaz que lo que te está afectando no es de ahora; y por más que ahora estés jubilado, o te hayas sacado la grande y no hagas nada, podés tener una enfermedad ya de antes. Entonces ahí hay un gran trabajo para realizar en lo que tiene que ver con la pesquisa de las enfermedades profesionales, o del vínculo. Hay que intentar vincular. Esa brecha no la íbamos a lograr salvar nunca si no creábamos los servicios de salud en el trabajo, que fueron reglamentados el año pasado. El decreto general y luego en particular para la rama química y la salud privada. Y en este caso también queríamos sacarlo para todos. Pero fue imposible, porque no hay médicos especialistas en salud ocupacional, ni enfermeros formados, en fin. Entonces una vez que el médico de la empresa, formado, que está allí y realmente visualice los riesgos, haga los mapas de riesgo, en función de eso haga un plan de vigilancia y de salud, controle, lleve la historia clínica y pueda tender un médico con el médico de referencia de ese trabajador, eso nos va a ayudar muchísimo en el mejor diagnóstico de lo que está sucediendo, poder prevenir otras enfermedades y poder desarrollar planes y campañas. Porque ahora es muy difícil llevar ese tipo de acciones adelante, porque no tenemos masa crítica que lo haga. Entonces gran parte del problema no sólo con la salud mental sino con el resto de las enfermedades, es que nosotros hicimos este decreto y no se vio un aumento en el reporte de estas enfermedades. Quiere decir que no las tenemos? No, quiere decir que nadie tiene ni idea de qué son. Entonces, hasta que no tengamos gente formada y visualicemos al menos algún indicador y empecemos a trabajar con eso, imposible que se empiecen a hacer pesquisas dentro de determinados lugares de trabajo. Por ejemplo, sabemos que la educación y la salud presentan riesgos para la salud mental. Bueno, tenemos algún screening de cómo está la salud mental de nuestra gente? No, nada. Recuerdo que hemos tenido talleres con gente que ha venido del exterior, de Suecia particularmente en cuanto a salud mental nos planteaban que ellos allá tienen lo que se llama la Ronda en Salud Mental. Que es un listadito de preguntas cortas de

una carilla, que obligatoriamente todos los trabajadores estén donde estén deben llenarla una vez al año. Eso lo hace el gobierno de Suecia que es quien hace la vigilancia. Eso qué te da? Ojo, los datos hay que manejarlos con cuidado. Eso, cuando hacés una encuesta así global, te da valores de una aproximación de la percepción del riesgo. Porque no le hice una entrevista psicológica ni nada. Es lo que al trabajador le parece. Y eso después te da áreas de ... como los test de las revistas que te da parámetros, si te sacaste tantos puntos, estás en tal franja. Riesgo de padecer tal cosa. Con determinado puntaje estás en nivel intermedio y con el otro en nivel seguro. Como un semáforo, rojo, amarillo, verde. Ese paneo a nivel global te da los sectores de mayor riesgo. Quiere decir eso que todos los funcionarios de ese sector, por ejemplo la educación tiene un riesgo alto de padecer eso? Nooo, no. Quiere decir que es un área de mayor riesgo y sensible, y conviene ponerse a pensar qué podemos hacer para prevenir eso. Pero acá estamos a años luz de esto todavía. Pero, es por dónde se debería ir. Son herramientas que dirigen por dónde empezar, por qué programa, por qué herramientas, y también es importante no esperar a que la gente se quemé la cabeza por ejemplo, porque después cuesta muuucho recuperar eso. Y a la vez tenemos pocos recursos, maestros por ejemplo. Entonces si después se me jubilan antes porque no dan más, y los termino re contratando porque no tengo más maestros y a ellos les sirve ganarse unos pesitos de más, seguimos con el mismo recurso que estaba mal desde hace años. Se mejoró durante los años que no trabajó y ahora que vuelve se va a volver a enfermar. Entonces son instrumentos que permiten ver por dónde hay que empezar a trabajar, o a quién le tenemos que pedir que tenga terapia laboral, siempre y cuando haya psicólogos laboralista realmente formados para manejar estos temas. Y también hay temas legales, o sea, esto sí o sí se tiene que dirimir en la justicia como una querrela que en definitiva lo que hace es enfermar más a la persona? Porque todo se debate, con testigos y pruebas. Y estamos perdiendo lo humano que hay detrás de todo esto, que en definitiva lo que perseguimos es promover que el trabajador trabaje en lo que le gusta, sintiéndose cómodo, y de una manera saludable. Pero bueno, en parte fue una decisión política en función del diagnóstico que había de la realidad: que no había capacidad instalada para evaluar tanto desde el punto de vista del sector salud como del BSE y tampoco estaban dadas las condiciones porque no teníamos los servicios de salud en el trabajo. Creo que ahora podríamos y deberíamos hacer una medición de cómo va todo y quizá empezar por ramas de actividad si no se puede todo. Y después también está el hecho de que la Ley del BSE habilita de alguna

manera a que cuando se plantea alguna afectación y se logra establecer ese vínculo, se la reconozca. En este momento sinceramente no se si han reconocido o no alguna, pero podríamos averiguar porque tenemos buen vínculo con el BSE. Lo que sí es cierto es que cada organismo tenía su sistema de base de datos y cómo recolectarlos. Entonces el MSP tiene uno, el MTSS otro, el BSE otro, el BPS otro, las mutualistas otro. Lo que logramos armar con un grupo de gente, técnicos, estadísticos y demás, y se está logrando armonizar un mismo sistema de cómo reportar los datos. Partimos de datos que eran un mamarracho. Fijate que según este decreto del 2004 la forma de notificar esto era este formulario (me lo muestra); entonces acá dice de qué institución es la que te está notificando algo, cuál es el servicio, quién es el responsable, cuál es la enfermedad que se está reportando, dónde ocurrió, el nombre del caso. Pero esto por ejemplo no tenía la cédula, acá está agregada a mano, y fijate que Juan Pérez hay mil! Y así un montón. Y no me sirve el número autogenerado de socio. Eso fue cambiando también, ahora el número de cada asociado al sector salud es tu cédula. Hay un único sistema, no podés repetirte, estar acá y allá. Como tengo un familiar en el policial me anoto ahí y saco gratis lo que pueda ahí pero me atiende en el CASMU, el SEEM o MP, bueno todo eso se ha ido mejorando y también el sistema de captura de datos.

P- Retomo dos puntos sobre los que me quedaron dudas Dra. El sector empresarial votó en contra de incluir las enfermedades en el listado entonces?

R- El sector empresarial ni fu, ni fa. En realidad todos estos temas de salud ellos tienen sus asesores que son empresas privadas que trabajan evaluando la salud de los trabajadores, son médicos laboristas, con un perfil que los trabajadores ven más cercano al patrón que al obrero. Ellos lo que planteaban era el temor de la avalancha de gente que puede decir mi patología psiquiátrica es causada por el trabajo, mi jefe me hostigó, en fin, y para eso no tenemos pautas lamentablemente. Hay una comisión formada para algunos tópicos como el mobbing o el acoso que son temas que están en discusión si son enfermedades propiamente dichas o factores de riesgo en un ambiente laboral que te influyen negativamente, no hay consenso a nivel académico en eso, lo que sí se necesitan son determinadas pautas o criterios. Y está sucediendo que yo psiquiatra o psicóloga, me autodefino experta en estos temas y decreto que esta persona tiene mobbing o tal efecto, o tal problema por tal o cual, entonces en eso nos hace falta regular. Porque esto no es sacar una norma y ya está. No, hiciste la norma y ahora hay que reglamentar todo eso. Qué estamos haciendo para tener más reportes o

el vínculo de cáncer de origen laboral, y... o los casos de cáncer que se reportan, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer no tiene buenos registros de su vínculo laboral. Entonces puede haber determinados cánceres relacionados con el trabajo y no lo sabemos. Entonces lo que nos queda ahora es realizar el trabajo a la inversa, a partir de todo esto hay que intentar establecer el vínculo con el trabajo. Entonces hay mucho trabajo por hacer.

P- Los datos que el BSE les pasa discriminan lo que es accidente de trabajo y lo que es enfermedad profesional?

R- Sí, pero fundamentalmente ... claro, hay algunas totalmente descuidadas y otras con un mayor avance. El accidente está discriminado, es lo que mejor hacen. Y después que tenemos son las enfermedades infectocontagiosas, cuando son hantavirus de origen laboral, brucelosis de origen laboral en los frigoríficos, hepatitis, todo lo que es infectocontagioso. Y después por ejemplo lo que tiene que ver con metales, plomo hay una ley específica que dice que es el BSE el que tiene que hacerse cargo de la plumbemia de los trabajadores metalúrgicos y un montón de ramas más de las que tiene que hacerse cargo; entonces eso también nos lo reportan bien, con nombre y apellido está puesto. Entonces en una de las cosas que vigilancia epidemiológica está trabajando es justamente en las definiciones de caso. Es decir, qué es un caso? Cómo para que cualquier médico o enfermero pueda reportar un caso y dentro de eso si se vincula o no al trabajo. Ahí se van a elegir algunas, no todas, como para tener puestos centinelas y seguir determinadas ramas de actividad que también se reportan o pesquisar. O sea, se puede hacer una vigilancia pasiva que es, todos me tienen que reportar esto, por decreto. Y me quedo esperando que me reporten. Pero te pueden reportar como no. Y se puede intentar controlar, pero es un control muy difícil porque si no se sabe pesquisar se sub diagnostica. Entonces, cómo sabemos si un paciente hipertenso es hipertenso por su carga genética, porque es obeso y diabético y favorece eso, porque fuma y es un factor también contribuyente, o porque trabajó toda la vida en una metalúrgica y el plomo afecta el riñón produciendo nefrocontricción, libera catecolaminas y te produce tensión arterial. Y cómo discriminás si tiene justo todo. Porque trabaja ahí pero fuma y es obeso. Y bueno, lo que reportan es la hipertensión, pero la hipertensión como tal es una enfermedad pero no sabemos... entonces lo que hay que ayudar es a que el médico, y esto también es una característica de la reforma sanitaria, de poner cabeza en el primer nivel de atención. Si vos decís, en qué se gasta

la plata y cuáles son los determinantes o la importancia en la carga de enfermedad, decís: el 1% se gasta en temas ambientales y la carga ambiental de las enfermedades está entre un 17 y 20%. También 2 % se gasta en los estilos de vida (estudios y demás), y los estilos de vida son los que tienen la carga de enfermedad en el 40% de peso; es qué como, si fumo, si hago actividad física, etc. Y finalmente lo que se come el 90% de los presupuestos en salud es lo que se gasta en los hospitales, en la atención médica del 3er. Nivel de atención (CTI, ambulancias, etc), y ahí se atiende el 1.9 % de la población. Es decir, la gente, nuestra gente 3.5 millones de habitantes en general no está metida hoy ahí. Cuántas camas están ocupadas, cuánta gente consulta hoy a nivel hospitalaria? Es un porcentaje bajísimo. De 10 personas 9 u 8 no son captadas por ese sistema. Entonces hay que invertir. No es tan fácil porque la gente también tiene una impronta muy medicalizada. Si no me hacen una tomografía o una ecografía, o algo, salgo pensando que el sistema es malo o el médico me atendió muy mal y no sabe nada. Si no le indicó medicación de repente era porque no necesitaba nada, no siempre hay que medicalizar. Entonces hay que cambiar eso y potenciar lo que es el primer nivel de atención, la promoción de la salud y prevención de enfermedad. Y no está muy impuesto esto. Si yo te pregunto, a ti te llaman de tu servicio de salud para ver cómo estás y para ofrecerte charlas de vida saludable, cómo cocinar mejor, etc. Seguro me respondés que no. U ofrecerte que va a haber charlas, te van a enseñar cómo cocinar mejor, como comer mejor, te van a dar un librito con una dieta sana, te van a decir cómo hacer ejercicios mientras estás trabajando, o llévate los champions y te venís caminando, o.. que se yo. Un montón de cosas. Pero no te enseñan eso. Estamos esperando en los consultorios que llegue el enfermo. Entonces hoy por hoy tenemos un sistema de salud enfocado a lo que no debería estar enfocado. La buena noticia es que hay diagnósticos de eso, se sabe que es así, hay una reforma encaminada para eso, hay pautas, prestaciones, planes, y también cambió la facultad de medicina ante todo esto. Lo que pasa es que el plan que antes... yo soy formada de la vieja guardia, y lo que te enseñaban era a pesquisar la enfermedad. Incluso algunas que acá nunca vi ni voy a ver, pero igual te las enseñaban porque había que saberlas. Y bueno! Entonces nunca salimos a la comunidad, nunca vimos dónde está la gente, ni ese primer nivel de atención. Te digo más, esos médicos eran vistos como los médicos... a ver.. lo bien visto era estar en una emergencia móvil, saber salvar vidas. De hecho yo hice todo lo que tenía que hacer, el residentado, donde veías medicina intensiva, todo, porque tenías que ser E.R. sala de urgencias más o menos, dónde llega de todo y vos de verlo

ya lo diagnosticás, y ver muchas cosas. Pero eso no es lo que le pasa a la mayoría de la gente, entonces el médico se volvió de que si tú ibas sana te llegaba a decir “y a qué vino?”. Entonces la gente no va más, porque siente que molesta. Para tener médicos formados con esta cabeza que pongan foco en la promoción y en lo preventivo y no tanto en la medicina reparadora, asistencialista, bueno... hay que formarlos. Así que ahora se necesitarán 10 años para que empiecen a salir.

P- Esto recién empezó?

R- Sí, empezó hace 2 años, así que aún falta. De todas maneras, también la reforma sanitaria se basa en 3 pilares: un nuevo modelo de atención con la atención puesta en la promoción y prevención, un modelo de gestión de salud más cercana al individuo, con mayor territorialización y se necesita que todos tengamos un médico de cabecera, y un nuevo modelo de financiación. La financiación ya no es directamente a la mutualista o seguro de cada uno, ahora te descuentan del sueldo y eso va a un fondo, a una bolsa común, y el fondo lo maneja el BPS. Entonces toda la plata va para ahí y el sistema luego, el MSP libera los pagos siempre y cuando al fiscalizarlos se comprueba que hicieron bien los deberes.

P- El contrato de gestión.

R- El contrato de gestión, y metas que se ponen. Pero qué pasa? Nosotros mandamos fiscalizadores, van a controlar las metas, por ejemplo que tienen que estar controladas el 100% de las embarazadas, o el 100% de los partos, el 90% de los niños, o lo que sea que se haya puesto. Pero ellos qué hicieron? Contrataron gente que está sólo para contestar las metas y bien. Entonces si me preguntás, ellos se volvieron buenos respondedores de preguntas o presentadores de papeles que pedimos al fiscalizar. Entonces desde aquí también se fueron desarrollando estrategias para ir y mirar debajo de la alfombra. Y es una concepción nueva, la reforma no es algo estático, arrancó y sigue; la reforma empezó tardíamente en Uruguay para lo que es el resto del mundo, y también lo que es América Latina. Como ventaja, esto quiere decir que nosotros podemos aprender de los errores que tuvieron los demás; uno de los errores más comunes que a nosotros nos toca de cerca y lo planteamos es que todas las reformas se enfocaron mucho a los usuarios y se olvidaron de la salud del trabajador de la salud que es el instrumento que va a llevar adelante la reforma sanitaria; porque la reforma la hablan algunos, la ejecutan otros y después la labura la gran masa trabajadora. Por ahí

fue el instrumento que nos quedó más flojo, pero que no se pueda abarcar ahora no quiere decir que no se vaya a hacer. De hecho tenemos mucho por hacer ahora con los servicios de salud en el trabajo para empezar a trabajar. Y creo que el sistema integrado de salud es una fortaleza porque podemos decir bueno, estos son los prestadores de salud que tenemos hoy en el país. Es necesario más nuevos para atender la salud del trabajador, o con estos alcanza? Tal vez son muchos los que tienen que fortalecerse teniendo sus propios servicios de salud dentro del trabajo buenos, como para que después además de atender a sus trabajadores puedan convenir con otras empresas y atender a otras áreas o ramas de actividad. Porque al empresario grande, que son los pocos, aquellos que tienen 1000, 500, 200 o 300 trabajadores, no les preocupa contratar. Ellos pagan lo que hay que pagar y lo llevan adelante. Pero a las PYMES, que son la gran mayoría de acá, que son familiares, o pequeños grupos de trabajo, empresitas de 4 o 5 personas, o 20 o 30, los que sean, de repente les convendría contar con un servicio de salud laboral a través de alguna de la mutualista de donde son socios sus empleados, y entonces todo quedaría conectado. Finalmente en una misma historia vamos a tener todos los datos de la persona juntos que es lo que se necesita. Pero bueno, esto es un ideal. Porque también acá hay la libre empresa, entonces cada uno tiene libertad para asociarse donde quiere, tener la mutualista que quiere, y las empresas verán como implementan los servicios de salud en el trabajo. Entonces son temas que hoy funcionan como una vulnerabilidad pero podrían ser una oportunidad de mejorar a lo que queremos llegar, que es poner foco en la salud del trabajador; ya que es integral la mirada, bueno, la persona su mayor parte del tiempo está en el trabajo. Y después no le queda tiempo de ir a su médico. O va para hacerse algún u otro control. Lo que sí es que si yo soy diabético porque me tocó, porque tenía carga genética, o porque mi estilo de vida me conduce hacia ello, no debo cargarle las tintas de mi diabetes al empleador, porque la diabetes no se me originó en el trabajo. Así que de la diabetes se tiene que encarar el prestador de salud. Pero de pronto en el trabajo hay alguna tarea que me perjudica más, o alguna que me favorece. Y el médico del trabajo tiene que saber que yo tengo esa patología porque de repente me controla más, o intenta que en la cantina haya un menú para diabéticos, o te vigila más de cerca. Porque la gente dice yo en el trabajo no puedo hacer la dieta. Pero bueno, es cuestión de llevarse la vianda, o arreglar algo. Porque también es un gran problema. Cómo hay temas que se transversalizan como lo de la dieta y la nutrición. Porque de eso se habla mucho pero si después me venden papitas chip y alfajores y eso es lo

único que tengo a mano me lo como. O no me dan ni media hora para comer tranquilamente, y eso es parte de las políticas empresariales; que en las universidades y los lugares de trabajo haya cantinas saludables, por ejemplo dispensadores de manzanas. Ese tipo de cosas que en otros países hay. Por otra parte, somos un país productor de alimentos, por qué salen tan caros! No? Esas cosas a la larga deberían solucionarse porque todo a la larga termina en nuestro capital humano, y es lo que tenemos y hay que cuidarlo a nuestro capital humano. Y nuestra mayor parte de la vida sucede en nuestra vida laboral activa, entonces ese es un ámbito riquísimo para trabajar otras políticas más allá de lo que estrictamente refiere a salud laboral. Hay que engancharlo con otros temas.

P- Los Servicios de Salud en el Trabajo van a reportar al MSP?

R- Los Servicios de Salud en el Trabajo están todavía por implementarse porque está el Decreto pero no el reglamento. Por un lado el MSP es quien tiene que orientar lo referente a salud, planes de vigilancia, controles, eso ya entra dentro de los reglamentos que determina qué indicadores se tienen que reportar acá, o sea que sí. Las enfermedades profesionales se tienen que reportar al MTSS, al BSE paralelamente, y eso es lo que se tiene que unificar. Reporte a dónde reporte, se tiene que reportar y unificar todo. Si tiene que reportar al BSE porque es quien en definitiva le va a pagar perfecto. Lo que nosotros necesitamos en definitiva es la información final última para tener los datos país, juntar todo, integrar todo, y para reorientar las políticas. O sea que sí. Y los servicios de salud tienen que habilitarse por el MSP que es quien habilita los servicios de salud en general, y también en particular este mini servicio de salud en el trabajo. Así que no se si reportar pero sí registrarse, habilitarse y los sistemas... nosotros tenemos un software de salud ocupacional que fue creado para los carné de salud en el trabajo que lo vamos a adaptar ahora y ver si es posible brindarlo a los servicios de salud en el trabajo. Porque entonces tendríamos la información mucho más rápidamente y en un mismo formato.

P- O sea que la dificultad para determinar fehacientemente la relación causal entre enfermedad mental y trabajo hoy por hoy es la falta de recurso humanos y económicos?

R- Sí, sí.

P- Yo veo que tampoco hay una buena base de datos que refleje en forma certera lo que está pasando. Por lo que he averiguado la base de datos del BSE incluye todo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; no está discriminado mucho menos por sector de actividad, ni por cargo, ni nada.

R- Bueno, eso lo está modificando el BSE en una comisión conjunta con el MTSS, MSP y BPS. Se logró romper con cabeza de estadísticos, epidemiólogos, flexibilisociólogos, flexibilizar un poco eso... que no es sólo económico... que no es contar, sumar uno más o uno menos... cambiar un poco la cabeza sobre que no se trata de accidentes, ni incidentes, ni siniestros.

P- De hecho hasta se utiliza el mismo formulario para un accidente que para una EP me decían.

R- Sí. Pero bueno, que esté a la cabeza del Sanatorio Rodolfo Vázquez que es un profesor grado 4 de epidemiología, que fue director de epidemiología de acá, es una garantía de que son conscientes de todo lo que tienen que hacer. Si no lo pueden hacer es porque no tienen los recursos financieros aún, pero a la larga lo van a hacer. De hecho ya tienen programada la construcción de un nuevo sanatorio, ya tienen la financiación, ya han presentado la maqueta, va a ser atrás del hospital policial, porque este sanatorio quedó chico, quedó en plena ciudad, el nuevo está más cerca de los ramales de entrada y salida dónde está la ex casa de gobierno, dónde está ASSE, está ahí el helipuerto. Se concentran ciertas cosas de mayor pragmatismo, con cabeza de futuro, aunque no se cuánto llevará la construcción del nuevo sanatorio. También han previsión de un laboratorio de toxicología, cosas que hoy por hoy no tienen, ellos mandan afuera. O sea que en realidad fueron viendo carencias que tienen y han ido intentando solventarlas. Y el sistema de registros es uno de ellos y se está trabajando en eso. No se cuándo terminará, pero se está trabajando.

P- Ya que el BSE toma una postura más reactiva, no sería bueno que hubiera intercambio de datos con BPS para saber por ejemplo qué sectores son los más afectados o de qué se enferma más la gente, de qué patologías, como para desarrollar la prevención a partir de ahí?

R- Bueno lo que pasa es que BPS se ocupa de la cobertura de las enfermedades del trabajador que no tienen relación con el trabajo. Es el propio BSE quien debería intentar mejorar su nivel de gasto. Porque qué pasaba? A él no le importaba... tienen ya

asegurado... en primer lugar, tienen la tranquilidad de ser la aseguradora única en salud. Acá podés tener un seguro privado de salud pero para atenderte por accidente de trabajo y enfermedad profesional es monopólico. Ese monopolio lo tiene el BSE, entonces tiene la tranquilidad de que todo aquel que esté asegurado es él el que lo tiene. Y a los que no, la Ley los ampara entonces el BSE los atiende igual y después va contra ese empleador que es el que va a terminar pagando. Antes ni se molestaban, era págame que hubo un accidente, te toca tanto de la prima, yo te lo deduzco a ti, y al final eso que entraba se terminaba pagando. Pero a la larga eso no le sirve al país. Porque qué sucedía? Por ejemplo, una vez al revisar los datos nosotros notamos que en los trabajadores expuestos a plomo en las metalúrgicas, detectamos que determinados grupos tenían niveles por encima de la norma por lo tanto lo tienen que retirar del puesto de trabajo; y no... el seguro ni los controlaba. Bueno, tenés que retirarlos. Se hace un protocolo y los retirar. Pero la empresa en ese puesto pone a otros. Que se van a empezar a intoxicar igual que el anterior porque el puesto sigue igual. Entonces ese puesto es problemático y hay que mejorar esto, esto y esto. Bien. Eso se logró coordinar con empresas, con las visitas nuestras, y el BSE. El BSE lo que hizo fue contratar una persona en salud ocupacional, porque no tenían, y establece un convenio con la facultad de medicina, con la cátedra de salud ocupacional, por lo tanto ahora tiene varios médicos en salud ocupacional, con cabeza y sentido más preventivo, ordenando la cosa. Y estos médicos dijeron, por qué tenemos tantos accidentes en las carnicerías? El accidente era que en la máquina de picar carne se iban los dedos de los trabajadores. Entonces al hacer un estudio epidemiológico de diagnóstico retrospectivo lo que vieron fue que las máquinas que eran todas importadas, venían sin una tapa protectora. Porqué, no se. Sí, se sabe que.. a las máquinas que se venden en el primer mundo les sacan la tapita para venderlas acá y en una máquina no se nota, pero en cientos de miles de máquinas se ahorran miles de dólares. Y por eso son capaces de venderte una máquina sin la tapa de protección de seguridad, y acá como somos tercer mundo y nadie sabía... hasta que empieza a ver otra cabeza. Dijeron bueno, mandá un técnico prevencionista a ver qué pasa. De hecho se modificó directamente cómo debían ser los equipos y con qué requisitos para que el BSE asegurara. Si no, no te asegura. Y antes no se exigía eso. Pero entraron a ver que si esos accidentes tenían que ver con condiciones y procesos de trabajo, las CYMAT, se podían prevenir. Había que mirar más globalmente, si el BSE tiene técnicos prevencionistas! No tenía médicos en salud ocupacional pero sí técnicos prevencionistas, entonces, úsenlos para eso! Y de hecho

creo que eso fue la cabeza de Rodolfo. Y acá cuando nosotros hicimos la evaluación de Radesca, una metalúrgica que tenía múltiples problemas, y se hizo la valoración en conjunto con el CIAT , facultad de química y demás, llamamos al BSE y quedaron encantados. Hay que evaluarlo y sacar datos globales. En fin, ellos empezaron a no asegurar o subir la prima si el empresario no tenía esto, esto, esto y esto. Entonces el propio empresario se empezó a preocupar por regularizar todo para que le bajen la prima. Y eso disminuyó muchísimo los accidentes. Pero eso se logra sólo yendo a relevar el origen, si no seguís siempre en lo histórico, haciendo las cosas como siempre se hicieron. Y en eso... quizá no sea todo lo que queremos lo que el BSE ha mejorado, pero que está cambiando, está cambiando. Y además el nuevo coordinador de CONASSAT, Gustavo Rey ha planteado como premisa para estos años de trabajo, vamos a revisar toda la normativa que anda suelta por ahí y seguramente con un criterio de recorte, de anular o cambiar las ya obsoletas y que nadie cumple, y trabajar hacia la elaboración de una política nacional de salud y seguridad en el trabajo. No tenemos una ley que establezca la política de la salud laboral. Hay decretitos, aquí y allá con los que vamos tapando baches. Pero si logramos consensuar una política, después esté quien esté en el gobierno en general las políticas se respetan y quedan escritas. Los marcos normativos son necesarios, en nuestra sociedad al menos son muy necesarios, necesitamos un marco normativo para poder avanzar y poder sentirte seguro de que este es tu marco de acción, y eso para los técnicos, o para los cargos político-técnicos son la vida. Porque si no, no podés hacer nada. Pero eso te da seguridad incluso para ser punitivo. Porque si algo te ampara vos podés multar. En el caso que haya mediado un aviso y no te hicieron caso podés decir te voy a multar. Y te dicen, antes no era así... y es verdad, antes no se hacía. Se le decía tenés que arreglar esto. Y a los días íbamos y no lo habían hecho. Entonces veíamos que sólo con controlar y decirles lo que debían hacer no alcanzaba. Entonces les dijimos tenés que hacer esto en tantos días. Pero tampoco. Entonces dimos otro pasito y dijimos tenés que arreglar esto en tantos días porque si no te voy a multar. Entonces nos pusimos a mirar las normas. Ahí encontramos tal decreto y tal otra norma de las que podíamos valernos para poderlos multar. Entonces dijimos tenés que arreglar esto en tantos días porque si no te voy a multar de acuerdo a tal decreto que establece tal sanción económica o el cierre del establecimiento. Y ahí sí, cuando le decís todo sí. Y esas normas estaban, pero no las aplicábamos. Tiene que haber voluntad política también,

no? No puede haber amiguismos. No puede pasar eso de que a este no lo digas nada porque es amigo. Y eso se fue limpiando.

P- Parece tanto lo que hay por hacer y tanto por cambiar...

R- Sí, es mucha cosa pero cada uno tiene su eslabón. No hay que abrumarse. Un colega de acá una vez me dijo: hay una parábola que dice que cada uno es un obrero que trabaja en la construcción de una catedral. Tal vez nunca veamos terminada esa catedral, pero sí nos tocó levantar esta pared. Y esta pared es fundamental, al igual que las otras, y son los pilares de las que vendrán. Entonces vos tenés que tener claro que estamos acá formando parte de este proyecto en conjunto que es la catedral, y no te desesperes con todo lo demás. Vos mirás tu pared. Todos los días tenés que poner una fila de ladrillos. Encárgate de que tengas a la gente contenta trabajando, que tengas los materiales, y esa confianza de que lo que hacés es importante y básico. Sin mirar demasiado para el costado. Y si los demás hacen otras paredes la verdad que nos sirve, porque después vamos a tener que hacer el techo, y el techo sin las otras paredes se nos va a caer. Entonces... a veces pensar demasiado hace que te vayas en el bosque, y aunque tampoco es bueno quedarse sólo en el árbol pero es bueno establecer prioridades. Nos toca todo el bosque, pero bueno, vamos a empezar talando por acá. Y es cierto que hay mucho para hacer, pero sin voluntad política, sin marcos grandes regulatorios no se avanza. Y todo junto a la vez, tampoco. y eso también es lo que aplicamos con el Decreto de las enfermedades profesionales; o sacábamos eso, o no salía nada. O iba a salir mucho más adelante. Entonces sacamos lo que se pudo, y se sigue trabajando por lo demás. Y de hecho esto de las enfermedades mentales fue también problemático en otras partes del mundo, porque hay cosas que son más fácil, como el cáncer, o las enfermedades causadas por el berilio o el plomo. Bueno, yo se dónde está, dónde se usa el plomo, puedo controlar los establecimientos donde se utiliza, en fin, es más tangible que las enfermedades mentales. Porque no cualquiera termina desarrollando un padecimiento. Entonces hay un terreno más fértil para eso, algo que se dio en determinado momento, todos contra un funcionario, o que se yo... cosas personales que estaba viviendo y lo agarraron mal parado porque se estaba divorciando y le vendieron la casa, y termina afectado mentalmente. O le tocó un jefe que maneja mal las situaciones, o no es capaz de manejar la sobrecarga laboral, tiene que resolver 500 expedientes y está solo, y entonces termina mal. Y por eso en general se habla de que todos los trabajos administrativos, todo lo que tiene que ver con

gestión, bueno... el trabajo con seres humanos que es el que genera una mayor carga de estrés y de vulnerabilidad porque vivís absorbiendo los problemas del otro. Entonces sucede por ejemplo lo que se veía representado en el esquete de Gasalla, de la trabajadora pública que gritaba “ para atráaaaas....!!!” Porque es gente a la que no preparamos nunca. Y en una sociedad con problemas políticos, sociales, económicos, la gente va al mostrador y te salta con todo. No es fácil. Y a nosotros mismos nos sucede como trabajadores. Entonces hay que tener pautas claras. Basarse en lo que han hecho otros países. Por suerte hay caminos que uno puede ir tomando y que ofician de guía.

P- Dra. Ustedes desde el MSP creen que es bueno que el tema de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales esté monopolizado?

R- No se, no tenemos una postura. Yo creo que lo que no está bien es que sea juez y parte. En cuanto a que el monopolio lo tenga el Estado y el Estado ofrezca garantías creo que eso fortalece al Estado y yo soy bastante estatista. Pero tiene que tener controles. La contraparte fuerte. Pero me parece por ejemplo que el sector trabajador diría que sí. Porque fijate que ven con temor que empresas privadas de salud laboral se ocupen de los servicios de salud, porque son empresas contratadas por el empleador, son un empleador más. Entonces eso les levanta sospechas. Fijate que creo que sospecharían si una empresa decide tener un seguro, que después como es el que lo paga lo puede llegar a manipular. Pero yo, desde mi opinión personal porque el MSP no tiene opinión en esto, yo creo que el BSE ha dado resultados que muestran solidez, pero debe estar con una contraparte muy bien regulada. Que quizá con la nueva revisión de la Ley que se va hacer, se puedan implementar cambios. Pero... sucedía lo mismo con el agua por ejemplo, OSE era juez y parte. Ella nos daba el agua, ella la controlaba, ella decía que estaba bien; cuando se crea URSEA como una unidad reguladora de los servicios se armó un lío tremendo. Pero en realidad se creó porque ya se quería privatizar el agua, entonces se necesitaba una unidad reguladora. La gente se moviliza, plantea que no quiere, fuimos el primer país en incorporarla en la Constitución como un bien público, creo que hicimos bien, y a la larga a su vez otros organismos fuimos tomando mayor injerencia en lo que es OSE. Porque la voluntad política así lo quiso. Entonces ahora ellos ya no son juez y parte. Son parte, son proveedores; los que los juzgamos somos nosotros. URSEA, DINAIE y MSP. Pero esos organismos hay que crearlos, esas instancias de control. Nada dice que no. De lo

contrario nosotros hubiéramos dicho que era un disparate tener un monopolio del agua y se hubiera privatizado. Pero eso no es garantía de que salga todo bien. Entonces yo creo de que hay que cambiar la forma de cómo está funcionando el BSE, creo que va hacia eso; y no veo mal que haya un monopolio en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; pero bueno, tal vez me faltan elementos para pensar lo contrario. No lo se.

P- El Prog. Nac. De Salud Mental prevé atención prioritaria para grupos vulnerables con necesidades especiales, y entre ellos menciona a los docentes y al personal de la salud que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral. Esto fue previsto para intentar compensar la carencia del listado de enfermedades profesionales? Por qué sólo se protege a estos grupos de trabajadores?

R- Sí, por eso. Y bueno, se empezó por estas ramas de actividad, pero va a haber que seguir con otros. Lo que pasa es que hubo que formar equipos de salud mental en los prestadores de salud, estaban de manera independiente trabajando; trabajaba psiquiatra por un lado, psicólogo por el otro, el que te hacía psicodiagnóstico por otro. Y bueno, ahora hay equipos que trabajan en conjunto, grupalmente y hacen diagnósticos conjuntos. Entonces todo lo que tu buscabas a nivel privado, por lo menos para algunos se puso a disposición en los prestadores. Y una vez que esté formado eso pienso que se irá avanzando como mancha de aceite hacia otros.

P- Y las consultas que estos trabajadores realicen a dónde se reportan?

R- Bueno, consultas como tal no se reportan. Se reportan enfermedades a cierre de alta. Tú tenés que estar internado, se hace un cierre de tu historia y ahí se reportan determinadas enfermedades. Que son las que los reglamentos internacionales establecen. Entonces en el departamento del programa de salud mental cuyo director es Montalbán, ellos están elaborando qué cosas se reportan y qué no. En realidad, no es por quitarle importancia a lo laboral, pero actualmente hay un problema más crucial que son los suicidios, entonces se trabajó un poco en el control de eso; y otro problema grande es la patología psiquiátrica institucionalizada. Entonces se trabajó en los lugares de internación y las colonias de internación donde hay gente abandonada allí. Y hay que ver qué se hace con ese paciente psiquiátrico severo crónico, que tiene de por vida esa mochila. Hay familias que tienen la posibilidad económica y lo pueden atender de

manera privada y otras que no. Y hay todo un gran atraso en eso, la institucionalización sí o no. Por eso no creo que el programa de salud mental esté priorizando esta temática como para tener registros de lo que está sucediendo.

P- El programa sobre salud ambiental y ocupacional del Departamento de Programación Estratégica en Salud, desarrolla alguna acción preventiva sobre riesgos de tipo psicosocial?

R- No.

P- Y tienen planes de hacerlo a futuro?

R- Y sí... pero todo depende de los recursos que no den sí o no después del presupuesto. Estamos pidiendo recursos humanos; si los tenemos se podrán implementar los planes, y si no no; porque el país priorizó otra cosa.

P- Cuáles son los indicadores que maneja el MSP en materia de salud mental de los trabajadores?

R- No los tenemos elaborados, pero primero van a tener que ser cosas muy básicas como por ejemplo el número de servicios instalados en los prestadores de salud, el porcentaje de usuarios que atiendan por patología laboral psiquiátrica o psicosocial, y si dentro de las ramas de educación y salud hay una discriminación por tarea específica, tiempo de permanencia en esos lugares de terapia, y si hay recuperación o no. Lo otro es que se pueden establecer indicadores y establecer algún seguimiento en algún piloto, no en todos sino en algunos. Pero lo que sí tenemos pensado es instaurar el año que viene una encuesta sobre salud y seguridad incluyendo preguntas sobre salud mental. Empezaríamos en algún hospital del interior que es más abarcable, y después intentaríamos extenderla a todos los trabajadores de la salud. Así que estamos afinando el protocolo de ese proyecto.

## ENTREVISTA N° 8: BPS

Entrevistado: Dra. Stella de Ben

Profesión: Doctora en Medicina

Cargo: Gerente de salud ocupacional en BPS; Representante del BPS en CONASSAT

P- Poseen datos sobre la cantidad de certificaciones laborales por trastornos mentales emitidas en los últimos años?

R- No tenemos una distribución de los últimos 5 años por patología. En el 2014 a propósito de la necesidad de elaborar guías sobre las certificaciones laborales se hizo una revisión del 2013, la distribución por patologías y los trastornos mentales aparecieron en segundo lugar después de los osteoarticulares. Eso como cosa grande. De eso hay una guía que está publicada. Se decidió elaborar guías empezando por las patologías más frecuentes y se empezó justamente por los trastornos osteoarticulares y algunos vinculados a la salud mental.

P- Guías de qué tipo?

R- Guías para la certificación médica. Para mejorar la calidad de las certificaciones médicas, para los médicos de los prestadores de salud que son quienes emiten las certificaciones médicas durante la asistencia.

P- Cuáles son los trastornos mentales y del comportamiento que originan más ausencias laborales?

R- Son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, las crisis de pánico. Por ahí fue lo que trabajamos nosotros. Esas patologías.

P- Esos son los datos del 2013?

R- Sí.

P- Los diagnósticos médicos hacen alguna referencia al origen de los trastornos?

R- Generalmente... no se. En la historia clínica en algunos casos puede estar la referencia de que exista alguna relación con el trabajo, por ahí puede haberla pero no necesariamente se ve en todos. Generalmente son temas complejos donde no se

encuentra una única causa. Es una situación que tienen muchos factores que la condicionan o la determinan.

P- Se puede relacionar a estos trastornos con alguna actividad en concreto?

R- Los estudios epidemiológicos generalmente asocian con más frecuencia los trastornos vinculados al estrés, el estrés crónico y todo eso, el estrés como factor de riesgo, con trabajos vinculados con personas; personas que trabajan con personas como los trabajadores de la educación y los de la salud; generalmente se ve que pueden estar más afectados. Pero bueno, depende eso mucho de las condiciones en las que se da el trabajo más que del propio contenido del trabajo; más que el trabajo en sí mismo son las condiciones. Los factores que tienen que ver con la organización del trabajo que es lo que determina que haya situaciones de trabajo que puedan ser muy estresantes; que se yo... las relaciones interpersonales, la organización del turno, los tipos de mando, etc.

P- Cuáles son las dificultades que impiden determinar fehacientemente la relación causal entre enfermedad mental y trabajo?

R- Muchas veces pasa por no conocer cómo y en qué condiciones trabajan las personas, porque para establecer el vínculo de un problema de salud con el trabajo hay que conocer las dos cosas. Hay que conocer la patología, pero también hay que conocer los factores de riesgo que están presentes en el lugar de trabajo, cómo es el lugar de trabajo, cómo es la organización del trabajo. Hay muchos factores que deben ser puestos en evidencia para poder establecer esa relación. También los estudios epidemiológicos, es decir, el estudio de poblaciones expuestas a determinados factores de riesgo han ido en el curso de las investigaciones demostrando que tal condición de trabajo, y tal factor de riesgo se asocia con tal enfermedad.

P- Ese fue el impedimento? El no conocer el entorno en el que se desempeña el trabajo?

R- Impedimento...?

P- Bueno sí, porque el no poder establecer el vínculo causal entre enfermedad y trabajo fue lo que impidió que los trastornos mentales fueran incluidos en el listado de enfermedades profesionales.

R- Ajá...

P- Y CONASSAT está también integrado por el MTSS que tiene inspectores, y por BPS que también tiene inspectores...

R- Claro... sí, eso es uno de los factores determinantes; pero el otro es eso que te decía de los estudios epidemiológicos. El poder establecer que determinadas condiciones o determinadas características de un colectivo de trabajadores expuestos a determinados riesgos, tienen más frecuencia de sufrir tales patologías. Yo que se, en este caso estuvimos hablando de los trabajadores de la educación o los trabajadores de la salud, pero eso es un riesgo, y el riesgo como tal es una probabilidad; no quiere decir que porque eso esté va a aparecer tal patología; aumenta la probabilidad, pero se tienen que dar más condicionantes que tienen que ver con la historia de vida y la historia personal de los trabajadores.

P- BPS está a favor o en contra de la inclusión? Por qué? Qué se necesita para poder hacerlo?

R- Es que el tema es que no es competencia del BPS hacer esa consideración tan específica. Porque esta propuesta de inclusión surge de un consenso, de un grupo donde se trabaja para eso, para elaborar políticas... o en este caso sería una apertura de la lista de enfermedades profesionales; eso surge de ese ámbito de negociación tripartita que es el CONASSAT, entonces yo actuaría como un representante más de eso para establecer un consenso. Si tú me decís cuál podría ser en un futuro mi postura, y bueno... si la OIT lo propone sería bueno que en algún momento el país pudiera reconocerlo; porque la idea es que esto sea progresivo, no se espera que el país adopte todo enseguida. La tendencia debe ser a mejorar, a lograr lo ideal, pero no se si es el momento de plantearlo.

P- BPS bonifica algunos servicios por entender que presentan riesgos que están asociados a ciertas actividades. Hay servicios bonificados por riesgos relacionados de tipo psicosocial?

R- Los casos que pasan por este sector no; son todos asociados a determinantes físicos. Se por ejemplo que la educación tiene bonificación de los servicios, pero eso no pasa por acá, sigue otra vía administrativa y no pasa por este sector porque bueno... se probó que alguien tuvo una actividad docente y si tiene una actividad calificada como tal se le da la bonificación que corresponde.

P- Pero cuál fue el criterio que se aplicó para bonificar la educación por ejemplo?

R- Habría que ver cuando se estudió y se creó esa norma... en los fundamentos es posible que se hayan considerado los factores psicosociales por las exigencias y demandas del trabajo con personas. Imagino que a lo mejor fue eso. Los que pasan por nosotros son todos riesgos físicos, contaminantes, sobre todo químicos. Condiciones vinculadas con riesgo físico.

P- Quiénes pasan por acá?

R- Trabajadores que solicitan servicios bonificados por ejemplo por exposición a radiaciones, por exposición a asbesto y ese tipo de cosas que se reflejan en su historia laboral.

P- Y ustedes cómo evalúan el tipo y el nivel de riesgo; más allá que ustedes no vean riesgos psicosociales, apunto a saber cómo se haría si pasaran por acá, cómo sería la forma de determinar a qué tipo de riesgo está expuesta la persona y en qué proporción. Porque no todos los servicios se bonifican en la misma medida. Cómo se evalúa eso?

R- Claro, pero eso ya está definido en el decreto. Ahí dice como se bonifica, si son 3 años por dos o 4 por 3.

P- Ustedes lo que hacen es evaluar..(interrumpe)

R- Nosotros lo que hacemos es una evaluación de la historia clínico laboral de una persona, y reconocer desde que inició su actividad laboral hasta el momento actual, incluso a veces viene después de ya jubilado, y vamos identificando en esa historia laboral qué actividad desarrollaba, cuál era el proceso de trabajo, qué factores de riesgo estaban de acuerdo a lo que relata el trabajador presentes en su actividad, después si la empresa todavía continúa en actividad vamos a la empresa a ver cómo es realmente el proceso, tenemos una entrevista ahí y valoramos el proceso, estudiamos si hay documentación de estudios de higiene industrial de medición de contaminantes, de lo que hubiera, y también buscamos información que haya en el sector de otras evaluaciones anteriores en la empresa, y ahí determinamos si corresponde... determinamos nosotros no, en realidad consideramos si corresponde el riesgo estuvo presente, en condiciones realmente de riesgo, porque puede haber estado el riesgo pero todos los mecanismos de control en la empresa establecidos y ahí no habría

riesgo o el mismo sería despreciable, y en ese caso lo que hacemos es recomendar que se aplique el decreto, y eso continúa después la vía administrativa.

P- Y la revisión de los servicios bonificados, o sea, la evaluación periódica que define si el servicio debe seguir siendo bonificado, sale de acá?

R- No, eso no sale de acá. Hay una comisión de servicios bonificados que funciona en el MTSS y la preside el MTSS, el BPS también participa, es uno de los representantes de esa comisión, y también el MSP.

P- Los inspectores de BPS controlan la existencia o no de riesgos psicosociales en los lugares de trabajo?

R- No, en realidad el BPS no tiene esa potestad ni ese cometido... la inspección. Eso es cometido de la IGTSS.

P- O sea que los inspectores de BPS sólo miran la documentación?

R- Es que en realidad no son inspectores. No es una inspección, es una revisión retrospectiva de los riesgos laborales. Son médicos, o técnicos prevencionistas los que hacen estas evaluaciones. No tienen calidad de inspector porque nosotros ni siquiera... bueno podemos hacer, porque de hecho lo hacemos, cuando hay alguna condición que no es aceptable como recomendación, pero no como inspección; no podemos intimar a que corrija determinada situación. Nosotros solamente recomendamos.

Notas: salí de la entrevista con la sensación de haber sido rápidamente despachada. Me contestó las preguntas pero fue súper concreta, la entrevista duró en total 14 minutos, la vez pasada había durado entre 30 y 40 cuando la entrevisté por salud ocupacional. Me dijo al principio de la entrevista que le parecía redundante que la hubiese entrevistado a ella de nuevo, que tal vez me hubiera servido más entrevistar a otro representante de BPS en CONASSAT, pero le expliqué que esas fueron las instrucciones de la directora y la entrevisté siguiéndolas. Pero habiendo realizado la entrevista creo que efectivamente no aportó mucho. Cuando terminé de grabar habló un poco más y dijo que no había muchos datos, sólo la guía del 2014, pero la apertura como yo la había solicitado no iba a ser posible y que la persona con la que iba a reunirme en los próximos minutos (tenía una segunda entrevista en otro sector para solicitar datos estadísticos) seguramente me diría lo mismo ya que trabajaban juntas.

Sin embargo, la segunda doctora con quien me entrevisté para solicitar los datos se mostró muy dispuesta a conseguirlos, anotó todo para saber cómo solicitarlos, y me dio casi certeza de que el número de enfermedades año a año, la apertura por tipo de enfermedad año a año, y la apertura por diagnóstico dentro de las enfermedades mentales se podía conseguir seguro. Tenía más dudas sobre la apertura por sector de actividad o categoría laboral, y la reincidencia le parecía muy difícil porque para obtener ese dato es necesario hacer un seguimiento personalizado de cada situación.

Otra cosa que dijo la Dra. De Ben al final de la entrevista fue que en su opinión BPS no le da a la recopilación de datos la importancia que en realidad tiene. A la recopilación y también al procesamiento, porque los datos existen pero no están procesados y entonces es como si no existieran. Y que sobre eso están trabajando para que se empiece a hacer.

## ENTREVISTA N° 9: BSE

Entrevistado: Sr. Carlos Domínguez

Profesión: Técnico Prevencionista

Cargo: Jefe Técnico del Departamento de Administración de Riesgos del BSE;

Representante del BSE en CONASSAT

P- Cuál es el trámite que hay que completar para acceder al plan de cobertura de enfermedades profesionales del BSE? (de quién es la responsabilidad de informarlas y cómo se inicia el trámite)

R- Primero la empresa tiene que hacer la denuncia de accidente, y ahí es atendido en el banco.

P- Y en el caso de las enfermedades profesionales?

R- También, también. Es un accidente. Un accidente puede ser un accidente laboral propiamente dicho, que alguien meta la mano en una máquina por ejemplo, o puede ser una enfermedad profesional también, como alguien que esté trabajando con movimientos repetitivos por ejemplo, y contrae una tendinitis. Esas dos cosas ocurren en ocasión del trabajo. Y eso es justamente lo que consideramos un accidente, una lesión que ocurre en ocasión del trabajo.

P- Y la enfermedad profesional en qué momento debe informarse al BSE?

R- Ahí se le hace una revisión médica y determinan estudios que a la postre van a confirmar si se trata o no de una enfermedad profesional.

P- Pero al BSE se le debe informar en el momento del diagnóstico, o cuándo? En qué momento?

R- Cómo?

P- Claro, me refiero a que cuando el trabajador se enferma normalmente lo que hace es concurrir a su mutualista. En qué momento ese trabajador enfermo pasa a la órbita del BSE?

R- Si se enferma en el trabajo debería acudir al BSE, salvo que sea una gripe, o algo así.

P- Pero cómo sabe el trabajador que lo que tiene es una enfermedad profesional?

R- Y si está trabajando y como consecuencia del trabajo le duele el brazo por ejemplo, eso puede ser una enfermedad profesional.

P- Claro, pero cómo lo sabe el trabajador? Es decir, lo que apunto a saber es si la responsabilidad de ir a un lugar u otro recae sobre el propio trabajador o sobre quién?

R- No, no. No recae sobre el trabajador, es decir, si tú vas a tu mutualista y el médico determina que el padecimiento es a causa del trabajo, el médico tiene la obligación por ley de derivarlo al BSE.

P- Y ahí el BSE...

R- ahí el BSE hace sus estudios, y si no es una enfermedad profesional lo toma como un accidente. Si lo toma como un accidente al trabajador le paga el 66% de su sueldo. Y si lo toma como una enfermedad profesional el 100%.

P- En qué casos se rechaza la atención de un paciente?

R- Si se comprueba que la lesión que tiene no es a causa del trabajo ni fue sufrida en ocasión del trabajo. Por ejemplo, tú podés tener una lesión en la columna como consecuencia hereditaria por ejemplo. Y eso técnicamente los médicos lo comprueban.

P- Pero si tuviera carga genética que lo hicieran propenso a padecer determinada enfermedad, pero a su vez desarrolla tareas que incrementa dicha posibilidad? Cómo se resuelven esos casos?

R- Eso lo determina el médico. Yo no sabría informarte cómo se hace eso...

P- El BSE lleva estadísticas sobre las enfermedades profesionales en Uruguay?

R- Sí... eso lo lleva el Sanatorio

P- Desde cuándo se llevan?

R- Siempre se llevaron estadísticas. Incluso yo participé de estadísticas cuando se hacían prácticamente a mano. Se recogían los datos de la parte de sistemas del BSE y se confeccionaban las estadísticas. Después hubo un tiempo en que se dejaron de hacer

por falta de personal. Porque habían cortado la entrada de funcionarios al servicio público, y se fueron jubilando y jubilando los mayores, y entonces hubo escases de personal y no se podían hacer realmente.

P- Ahora se están llevando?

R- Sí, ahora se están haciendo nuevamente.

P- Para acceder a esos datos debería dirigirme al Sanatorio?

R- Sí, al sanatorio. Con Gustavo Suarez o con el Director del Sanatorio, Dr. Rodolfo Vázquez.

P- Reciben notificaciones sobre diagnóstico de enfermedades profesionales o eventos vinculados al trabajo?

R- Cómo?

P- Funciona el procedimiento que establece que médicos y empleadores deben informar al BSE los caso de enfermedad profesional?

R- Ah, sí. Claro. Es decir, tú vas a atenderte a tu mutualista. Y si el médico determina que tu enfermedad es profesional tiene que pasarte al BSE. Y el trabajador pasa con una indicación. Luego el BSE lo evalúa.

P- Se lleva una lista de posibles enfermedades profesionales como recomienda la OIT?

R- Eso lo lleva el sanatorio, las estadísticas. Supongo que deben de tener un listado de las que dispone la OIT...

P- No, pero yo me refería a las que hoy por hoy no son consideradas enfermedades profesionales, pero posiblemente lo sean. Y por eso se recomienda llevar un listado de los casos que aparezcan.

R- Ah... eso es del área del sanatorio. La verdad que sobre eso no te puedo contestar...

P- Por qué se excluyeron los trastornos mentales del listado de enfermedades profesionales indemnizadas en nuestro país?

R- No se.

P-Bien. Y qué condiciones técnicas se necesitan para poder determinar fehacientemente la relación causal entre enfermedad mental y trabajo?

R-Es decir, una persona que padezca una enfermedad psíquica a consecuencia del trabajo?

P- Sí.

R- Eh... je je! No se, eso había que estudiarlo, pero habría que estudiar las condiciones de trabajo, a qué está expuesto... Yo el último día que estuve en el BSE por ejemplo, que estoy en trámites de jubilación... un superior me hizo la vida imposible y cuando salí del BSE salí tan alterado que pasé un semáforo en rojo y choqué. Y eso más allá del error ... sucedió por una cuestión psíquica... y hay muchas veces que en los trabajos los trabajadores son presionados y eso les produce distintos trastornos.

P- El trabajador se siente mal o se enferma y va a su mutualista. Se atiende, el médico entiende que la enfermedad tiene relación con su trabajo y lo deriva. Pero si se trata de una enfermedad mental hoy por hoy no puede derivarlo al BSE porque los trastornos mentales no son considerados enfermedad profesional.

R- Y ahí...el BSE lo estudia y lo rechaza, o le da paso a la mutualista nuevamente.

P- Pero el médico determina si para él tiene o no relación con el trabajo en base al discurso del trabajador, pero quién lo comprueba? Quien tiene acceso a su lugar de trabajo y puede investigar el caso?

R-Ah!!! No, pero muchas veces los médicos pueden comprobar una enfermedad o lesión profesional, pero muchas veces también nos piden a nosotros (administración de riesgos) que evaluemos el puesto de trabajo.

P-O sea que ustedes son las personas indicadas para entrar en el lugar de trabajo y hacer una evaluación?

R- Ahí está!

P- Pero cómo se evalúa un riesgo psicosocial? Digamos, algo que afecte la salud a nivel mental.

R- Mmmm... No se, porque nosotros no teníamos orden de evaluar eso... tampoco se solicita... eso se tiene que estudiar...y... e incluso también debe existir apoyo técnico de médicos psiquiatras para poder determinar nosotros qué evaluar.

P- Es difícil, no? Es difícil de apreciar. Parece muy poco evidente.

R- Es complicadísimo. No es físico! De repente hay condiciones físicas que puedan ocasionar un trastorno psíquico, como por ejemplo ambientes extremos de calor o frío, o un ritmo muy rápido de trabajo... eso es fácil de ver y de evaluar, y técnicamente hasta lo podés medir, pero ya la presión psíquica de un superior a un operario por ejemplo... es más complicado.

P- Se trabaja en algún plan de acción que facilite el futuro reconocimiento de las enfermedades mentales como enfermedad profesional?

R- No. En mi lugar de trabajo no. Primero de todo porque somos muy pocos para el gran volumen de trabajo que tenemos en el BSE. Date cuenta que somos 16 personas para todo el Uruguay para trabajar técnicamente en la temática de accidentes de trabajo. Aparte de investigar, de inspeccionar, capacitamos. De repente una evaluación musculo esquelética de 1 operario te lleva 5 o 6 horas igual. Y algo que ni siquiera está técnicamente determinado como es el caso de una enfermedad profesional, no lo trabajamos nosotros.

P- En el caso de las que sí están determinadas, como el caso de las lesiones por esfuerzo repetitivo por ejemplo, cómo se trabaja? Se determina por cada trabajador si corresponde o no la cobertura?

R- Eso hay varias formas. El trabajador va a atenderse, el médico ve que tiene algún tipo de lesión y nos solicita a nosotros una evaluación del riesgo para saber si coinciden toda una cantidad de aspectos técnicos que determinan la relación con la lesión.

P- Por ejemplo qué tipo de aspectos?

R- Por ejemplo, un charqueador hace determinado movimientos que producen determinadas lesiones.

P- Eso está todo establecido ya?

R- Eso más o menos está redondeado. Ya sabemos que en el caso de un charqueador tenemos que ir a comprobar a su lugar de trabajo su puesto, ver cómo se trabaja, se hace un informe, se le entrega al médico, se compara y se ve. Pero muchas veces hay determinadas lesiones tendinosas que no encuadran dentro de la categorización de determinadas enfermedades profesionales y que luego a la postre, el médico lo confirma con nuestra información técnica y ese caso se rechaza, se deja como un accidente.

P- O sea, se lo trata como un caso puntual?

R- Sí, se lo trata como un accidente de trabajo y no como enfermedad profesional.

P-La única diferencia es el monto de la indemnización, o también hay diferencias a nivel de tratamiento?

R-El tratamiento va a depender de lo que tenga, eso lo determinan los médicos. Pero la diferencia para el trabajador es el dinero. Y si le queda una incapacidad física, el BSE le da una renta, y ahí también hay diferencia dependiendo si se trata de una lesión o una enfermedad profesional.

P- Se evalúa caso a caso, pero ... las estadísticas que se elaboran, se utilizan para llevar a cabo alguna acción preventiva? Se estudian sectores, actividades? O cómo se trabaja?

R- Claro, las estadísticas para nuestro sector son extremadamente útiles; por ejemplo recuerdo un trabajo que se hizo una vez: en un año había 16 manos amputadas, mano derecha en su mayoría, en picadoras de carne. Eso surgió de una estadística de lesiones. Se investigó por qué había tantas manos amputadas. Se identificó con qué máquina trabajaban los accidentados, y se llegó al dato de que era por el uso de picadoras de carne. Ahí salimos a inspeccionar todas las carnicerías del país. Nos reunimos con el Centro de Carniceros, con otra organización más que hay y determinamos ciertos planes de trabajo tales como protección de máquinas, de capacitación, y demás. Que luego de 3 años de implementados dieron como resultado que se llegar a una sola mano amputada. Y esa mano amputada, era de un carnicero del sector informal, que no estaba asegurado y por lo tanto no tenía acceso al programa. Y hasta el día de hoy las lesiones en ese tipo de maquina son casi nulos. Es decir que si uno tiene determinados rangos estadísticos en el transcurso de un año, pueden identificarse determinados problemas que por otro lado son los que ocasionan gastos

desmedidos a la cartera de accidentes. Y bueno, la forma de trabajar sería atacar esos problemas, no? Fuera de otros planes que tenga el BSE.

P- O sea que llevando este ejemplo al terreno de las enfermedades mentales que hoy por hoy que no están reconocidas como enfermedad profesional, sería conveniente trabajar con estadísticas provenientes de certificaciones médicas del BPS para investigar los casos que se repitan y trabajar en medidas preventivas?

R- Y bueno, eso lo tendría que manejar el Sanatorio del BSE...

P-Está claro, pero si yo quisiera identificar un camino a seguir en mi investigación, sería correcto partir de las certificaciones?

R-Ah...sí, por supuesto! Ahí tenés que conseguir datos estadísticos, de certificaciones por trastornos mentales. Por ejemplo, yo se que hay personas cuyo medio de trabajo es un medio telefónico, y son personas con muchísimos problemas. Hay gente que ha tenido muchos meses de licencia médica. Por el estrés de estar 8 horas con el teléfono...

P- Han tenido solicitudes de aceptación de casos de enfermedad mental como enfermedad profesional?

R- Nuestro sector no. Porque nuestro cliente en administración de riesgos es el Sanatorio que nos solicita información, inspecciones, evaluaciones de riesgos, investigación de accidentes, y desde ese lado que es el lógico de dónde vendría, nunca recibimos ninguna solicitud.

P- La solicitud de un empleador o un trabajador que quiere que se lo trate por una enfermedad que no está incluida, debe dirigirse al Sanatorio?

R- Sí.

P- Esas solicitudes se registran.

R- Supongo que se registrarán...

P-En su opinión, se deberían reconocer los trastornos mentales como enfermedad profesional?

R-Y sí. Eso... tendrían que estudiarse los determinados tipos de riesgos de determinado tipo de trabajos y bueno, técnicamente debe de existir manera de determinarlos.

Tendrían que reconocerse. Yo no se... por ejemplo el mobbing... yo técnico prevencionista con 35 años en esto, si bien se lo que es y demás... pero eso lo tendría que determinar un médico, qué mirar o qué evaluar técnicamente.

P- Los servicios de salud en el trabajo que ahora se están implementando deberían ser útiles para eso, no?

R- También. El médico laboralista tiene capacidad como para determinar ese tipo de cosas y también para determinar la carga mental que tiene un trabajo. Eso tendría que evaluarse... pero...

P- Me quedé pensando... usted me dijo que desde el BSE no se lleva adelante ningún programa de inclusión futura de los trastornos mentales como enfermedad profesional; CONASSAT tampoco lo hace?

R- Yo no estoy enterado. Se que hay preocupación por eso. Pero no estoy enterado si la comisión que maneja eso está programando algo. Porque qué pasa? La CONASSAT es un grupo de representantes de varios grupos que generan recomendaciones para la determinación de decretos o resoluciones. Esa comisión de la CONASSAT a su vez tiene distintos apéndices que son subcomisiones que tratan temas específicos. Y dentro de la CONASSAT se que hay una comisión de salud, que yo no la integré nunca, que es ahí el ámbito natural de eso supongo. Por ejemplo, creo que ahora se está tratando la temática del cannabis en el trabajo, que es grave. No se puede llegar al trabajo con cannabis ni se puede usar durante el trabajo. Hay testers que determinan si el trabajador está intoxicado o no. Y si está trabajando intoxicado a causa de eso puede llegar a ocasionar un accidente de trabajo. Y eso te trastorna psíquicamente, físicamente y ningún empresario puede hacerse responsable por eso. Es decir es responsable por dejarlo ingresar o no intoxicado... si sabe que está intoxicado y lo deja entrar ... ahí sí pasa a ser su responsabilidad...

P- Yo creía que CONASSAT era exclusivamente para tratar temas de seguridad y salud...

R- CONASSAT es muy amplia. Hay muchas comisiones y CONASSAT se nutre de determinados temas de esas comisiones. Y ahí se avanza sobre determinadas temáticas.

