

SOLUCIONES A LOS NUEVOS RETOS EN LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DESDE LA AUTORIDAD SANITARIA

Montserrat García Gómez. Jefa de Área de Salud Laboral.

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. MSSSI.

La invisibilidad de las enfermedades profesionales

Las enfermedades profesionales son causa de enormes sufrimientos y pérdidas en el mundo del trabajo, pero permanecen prácticamente invisibles frente a los accidentes laborales. Además, su naturaleza está cambiando: los cambios tecnológicos y sociales, junto al deterioro de las condiciones de empleo y de trabajo, están agravando los peligros existentes para la salud y creando nuevos. Enfermedades profesionales de sobra conocidas, como la silicosis, siguen estando muy extendidas, al tiempo que una verdadera epidemia de trastornos osteomusculares y mentales de origen profesional se extiende de manera transversal en todos los sectores de actividad y ocupaciones.

De los daños derivados del trabajo, los accidentes son la parte más visible, dada la inmediatez de sus efectos, que hace evidente el origen laboral del daño producido. Aun así, también adolecen de declaración y reconocimiento legal, sobre todo los leves, pero nada comparable a la invisibilidad de las enfermedades profesionales, agravado los últimos años. Las razones, como siempre, son complejas. Baste recordar aquí que el sistema de seguridad social sólo está reconociendo casos de enfermedades profesionales leves y sin baja (el número de casos graves es inferior hoy al de hace 20 años); no está compensando enfermedades complejas y crónicas, prevalentes hoy día (cánceres, cardiovasculares, respiratorias); las mortales no han sido nunca más de 4 al año durante los últimos 20 años (y la mayor parte de estos años ha sido ninguna); y se constatan grandes desigualdades territoriales y de género en su reconocimiento, que plantean múltiples interrogantes. A pesar de la mejora en la declaración en los años 1990-2005, el retroceso observado en 2006-2007 tras los últimos cambios legislativos (el reconocimiento descendió a la mitad), y la brecha entre las Comunidades Autónomas, alertan de que la prestación no está funcionando con equidad, lo que genera desigualdad, falta de cohesión y supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces (García Gómez et al., 2015).

El desconocimiento de la realidad de las enfermedades laborales supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales.

En el preámbulo del Real Decreto que aprueba la última reforma del sistema podemos leer que *se acordó modificar el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales*

enfermedades. En efecto, la información disponible indica que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por esta contingencia profesional se derivan, en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha.

La definición legal de enfermedad profesional implica la existencia de un nexo de causalidad directo con la actividad laboral: aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en un Cuadro, como desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social que la define, y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indican para cada una de ellas (generalmente, un único agente causal). No obstante, no siempre es fácil establecer si una determinada enfermedad está relacionada con un único factor de riesgo. La titularidad de este sistema de aseguramiento corresponde a la Seguridad Social. Es un sistema público pero está gestionado, en su mayor parte, por entidades privadas, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS), controladas por los poderes públicos.

En la práctica, la identificación del origen profesional de una enfermedad es un ejemplo típico de toma de decisiones clínicas o de epidemiología clínica aplicada. La determinación del origen de una enfermedad, lejos de constituir una ciencia exacta, es una cuestión de juicio basado en un análisis crítico de los elementos disponibles, entre los que se deben incluir la intensidad de la asociación con el factor de riesgo, la concordancia, la especificidad, el horizonte temporal adecuado, el gradiente y la plausibilidad biológicos.

Para terminar de complicarlo sucede, además, que para la mayoría de las enfermedades potencialmente causadas por exposiciones profesionales existen también causas no relacionadas con el trabajo.

Todo lo anterior hace que en la actualidad en la mayoría de los países industrializados las estadísticas oficiales registren sólo una parte de las enfermedades derivadas del trabajo. Algunos autores estiman que los sistemas de indemnización por enfermedad profesional y accidente de trabajo compensan menos del 10% de los casos de enfermedad profesional y, en la mayoría de los casos, se trata de enfermedades leves, como la dermatitis.

Según el informe presentado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con motivo de la celebración, el 28 de abril de 2013, del día Internacional de la Salud y Seguridad en el Trabajo, las enfermedades profesionales provocan cada año la muerte a más de dos millones de personas, seis veces más que los accidentes laborales.

Utilizando los cálculos difundidos por la OIT, en España fallecerían anualmente alrededor de 14.000 hombres y más de 2.000 mujeres por enfermedades debidas a

exposiciones ocurridas en el lugar de trabajo. La mayoría de estas muertes serían cánceres (cerca de 8.700 en hombres y de 850 en mujeres), seguidos de enfermedades cardiovasculares (más de 2.800 en hombres y de 550 en mujeres) y de enfermedades respiratorias (1.560 en hombres y 180 en mujeres).

Desde el punto de vista de la persona, que la enfermedad laboral sea diagnosticada correctamente es vital. No sólo para la salud del trabajador. También para su bolsillo. El trabajador recibe un subsidio menor si la enfermedad que padece se reconoce como común (el 60% de su base salarial desde el cuarto al vigésimo día de baja; durante los 3 primeros no hay prestación y a partir del día número 21 se paga el 75%), en lugar de como profesional (el 75% desde el primer día). Además, en las enfermedades profesionales el trabajador tiene cubierto el 100% de su tratamiento farmacológico y médico.

Desde el punto de vista de la financiación, el hecho de que las enfermedades profesionales no estén siendo reconocidas por el sistema de Seguridad Social como tales, no significa que desaparezcan. Sólo significa que están siendo consideradas como enfermedades comunes, y por lo tanto están siendo atendidas en cualquiera de los dispositivos del Sistema Nacional de Salud (SNS). El gasto generado por estas enfermedades debería ser financiado por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a través de los fondos de la Seguridad Social procedentes de las cotizaciones de los trabajadores y de los empresarios (con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales como entidades gestoras del sistema), en lugar de serlo por el sistema general, con los impuestos de todos los ciudadanos, vía por la que se financia el SNS.

Hay dos consecuencias importantes de este desplazamiento desde el sistema de seguridad social al sistema de salud pública. La primera consecuencia es que las empresas responsables de las exposiciones laborales que causan la enfermedad no tienen que pagar por el coste real de esas exposiciones, que será asumido por los impuestos de todos los ciudadanos. Por lo tanto, tampoco se sienten concernidas por la necesidad de activar medidas para su prevención, ni las autoridades les requieren las modificaciones pertinentes en el medio ambiente de trabajo. Y la segunda consecuencia es que se produce una sobrecarga financiera de los Servicios de Salud.

Soluciones desde la autoridad sanitaria

Tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, tuvieron lugar iniciativas relevantes de las administraciones y los agentes sociales para abordar esta temática. Las administraciones sanitarias en particular iniciaban el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral (**SISAL**), para mejorar el conocimiento de los riesgos y daños de la población trabajadora, la vigilancia epidemiológica y la planificación y evaluación sanitaria en el ámbito de la salud laboral. La Ponencia de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

(CISNS) consensuó los contenidos y procedimientos del Sistema, que fueron aprobados por la Comisión de Salud Pública, y fueron objeto de acuerdo en la Mesa de Diálogo Social en septiembre de 2001. Durante 2003 y 2004 se desarrollaron los trabajos técnicos de elaboración de una lista (de ayuda al diagnóstico) con las principales enfermedades objeto de comunicación por parte de los profesionales sanitarios, como posibles enfermedades profesionales. Lamentablemente, este proyecto quedó suspendido en 2005 a nivel estatal.

Varias Comunidades Autónomas continuaron entonces desarrollando sistemas a partir de estos trabajos y, a nivel estatal, se incluía como una figura nueva la *sospecha de enfermedad profesional* en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establece un nuevo procedimiento de notificación y registro. En él se prevé la **comunicación de sospecha de enfermedad profesional** por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales, a través del órgano competente que designe cada Comunidad Autónoma.

Para facilitar la identificación y notificación de la sospecha, en el seno de la Ponencia de Salud Laboral del CISNS, se aprobó la creación de un grupo de trabajo en 2009 que definiera el procedimiento. Uno de los elementos de mayor interés es que el facultativo del SNS disponga de un sistema de alerta que, mediante una aplicación informática conectada a la historia clínica informatizada, relacione el diagnóstico médico con el cuadro de enfermedades profesionales y la actividad económica y/o la ocupación del trabajador.

Son ya 10 las Comunidades Autónomas que han desarrollado procedimientos e iniciado trabajos de declaración de la sospecha de enfermedad profesional (Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valenciana), que permiten comunicar posibles enfermedades laborales. De este modo, se logra la relación entre el sistema sanitario público con el sistema preventivo de las empresas (servicios de prevención de riesgos) y con el sistema de atención y notificación oficial de los daños laborales (principalmente mutuas y empresas colaboradoras), con la posibilidad de participación y acceso por parte de la Administración laboral. Y, fundamentalmente, mejorar en el conocimiento y, por tanto, en la actuación preventiva y reparadora sobre dichas enfermedades, y que los médicos puedan más fácilmente cumplir su obligación legal con la ayuda de este sistema proactivo, que les orienta a la hora de determinar el origen laboral de la patología.

La otra experiencia de coordinación entre sistemas es el **Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA)**, que incluye el correspondiente Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica.

Debido al tiempo de latencia entre la exposición y la aparición de enfermedades derivadas del amianto se prevé que la tendencia en el incremento de la mortalidad por dichas enfermedades continúe, y que muchos de estos casos se den en jubilados. Estos hechos, unidos a la prohibición del amianto en España en 2001, provocaron que se planteara la vigilancia de la salud de los trabajadores que habían estado expuestos en

el pasado. En 2002, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas consensuaron un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (PIVISTEA) y el correspondiente Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica, con las organizaciones empresariales y sindicales, otras administraciones y las sociedades científicas, con el doble objetivo de garantizar una vigilancia sanitaria específica adecuada, uniforme y armonizada en todo el territorio nacional de estos trabajadores, por un lado, y el de facilitar el reconocimiento de la enfermedad profesional, tan deficiente, por otro.

Gracias a los procedimientos de búsqueda activa se están alcanzando coberturas muy superiores a las que se habían conseguido con la mera actuación institucional y elaboración de normativa. En el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos (se partía de 2.500 trabajadores contenidos en el RERA, vigente desde 1984), y en el tercer año se multiplicó por 6 este número. Actualmente, un total de 35.630 trabajadores, de 13 CC.AA. y 1.529 empresas, están incluidos en el Programa.

La implantación del Programa representa un ejemplo de **colaboración entre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema de Seguridad Social**. Implica a numerosos profesionales de atención primaria y especializada de los servicios públicos de salud, además del personal de los servicios de prevención de las empresas, y el propio de las Unidades de Salud Laboral de la estructura de Salud Pública de las Comunidades Autónomas. Ello conlleva, además de las dificultades de las tareas de coordinación entre instituciones y estructuras tan diferentes competencial y organizativamente, la formación de numerosos profesionales en salud laboral, y la oportunidad de mostrar a los profesionales de atención primaria y especializada del Sistema Nacional de Salud la importancia que pueden tener las exposiciones laborales en la etiología de algunos de los procesos que atienden en sus consultas (García Gómez et al., 2012; 2014).

Los datos recopilados para su evaluación ponen de manifiesto una reducida tasa de reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto (se han diagnosticado en el Programa 3.398 enfermedades derivadas de la exposición al amianto y, de éstas, se han reconocido como enfermedad profesional 64 casos, lo que supone un 2% del total de enfermedades diagnosticadas), lo que evidencia una discordancia entre los resultados clínicos del Programa y la determinación de contingencia por el INSS.

Bibliografía

García Gómez M, Menéndez Navarro A, Cárcoba Alonso A, Morón Prieto R, Vogel L. Qué hacemos con la salud de los trabajadores en tiempos de crisis. Madrid: Editorial Akal, 2015.

García Gómez, Montserrat; Castañeda, Rosario; García López, Vega; Martínez Vidal, Manuel; Villanueva, Vicent; Elvira Espinosa, Mercedes et al. Evaluación del programa integral de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto en España (2008). Gac Sanit. 2012;26:45-50.

García Gómez M, Castañeda López R et al. Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/PIVISTEA2013.pdf>