

## La sospecha de enfermedad profesional. Programas de vigilancia epidemiológica laboral

**Montserrat García Gómez**

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

**Correspondencia**

mgarciag@mssi.es

---

### Resumen

---

El desconocimiento de la realidad de las enfermedades profesionales (EP) supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales. El conocimiento del número de las enfermedades profesionales que realmente sufren los trabajadores, así como en qué actividades y lugares de trabajo ocurren, permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover el diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo, esto es, cuando se manifiestan los primeros síntomas, fase en la que, con frecuencia, un buen número de las afecciones todavía son reversibles.

Tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, han tenido lugar iniciativas relevantes de las administraciones y los agentes sociales con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades. La más reciente, el Real Decreto 1299/2006, por el que se establecía un nuevo procedimiento de notificación y registro, que incorporó la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de los facultativos del SNS y de los servicios de prevención de riesgos laborales. Son ya 9 las Comunidades Autónomas que han desarrollado el procedimiento e iniciado los trabajos de declaración de la sospecha de EP. Se describen las iniciativas correspondientes a Navarra, Comunidad Valenciana y Asturias.

**Palabras clave:** *Enfermedades profesionales. Compensación. Declaración de sospecha. Amianto. Salud Laboral. España.*

---

### Abstract

---

The lack of knowledge of occupational diseases (OD) represents one of the main shortcomings of the occupational risk prevention. Knowing the number and types of occupational diseases suffered by workers and in what activities and workplaces occur, should allow the development of more effective prevention policies, and promote early actions to facilitate their treatment in the most effective diagnostic time, that is, when the first symptoms appear, phase in which often a number of diseases are manifested still reversible.

Following the adoption of the Law on Prevention of Occupational Risks, relevant initiatives of administrations and social partners have occurred, in order to bring out hidden occupational diseases and prevent underreporting of such diseases. The latest, the Royal Decree 1299/2006, that establish a new procedure for reporting and recording, which includes the communication of suspected occupational disease by the doctors of the National health System and by the doctors of the occupational risk prevention system. There are 9 Autonomous Communities that have developed the procedure for the declaration of suspected OD. Corresponding initiatives to Navarra, Valencia and Asturias are described.

**Key words:** *Occupational Diseases. Compensation. Reporting of work-related diseases. Asbestos. Occupational Health. Spain.*

## ENFERMEDADES PROFESIONALES

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.

Los sistemas de seguro de las contingencias profesionales tienen dos grandes limitaciones: la indemnización de los trabajadores enfermos en contadas ocasiones se ha orientado a la prevención (Voguel, 2008); y las enfermedades incluidas en las sucesivas listas solo representan una pequeña parte de los daños derivados del trabajo, aquellos en los que el trabajo es el único factor o el más importante.

Por lo tanto, las estadísticas sobre enfermedades profesionales no son un sistema de información para la prevención de riesgos laborales, sino un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de compensación. Fruto de esta lógica, encontramos, por un lado, un subregistro en determinadas enfermedades laborales, y, por otro, altos números en otras, que no responden a la situación real de riesgo y daño derivado del trabajo (CNSST, 1999).

El conocimiento del número de las enfermedades profesionales que realmente sufren los trabajadores, así como en qué actividades y lugares de trabajo ocurren, permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover el diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo, esto es, cuando se manifiestan los primeros síntomas, fase en la que, con frecuencia, un buen número de las afecciones todavía son reversibles.

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 (aproximadamente un 60% de su base salarial) en lugar de como profesional (el 75%). Además, en las enfermedades profesionales el trabajador tiene cubierto el 100% de su tratamiento farmacológico y médico.

Si conociésemos la realidad de las cifras de enfermedades derivadas del trabajo nos sorprendería comprobar que son mayores que las de los accidentes. Algunos autores aducen que, dado que conocemos muy bien los principios de la prevención primaria, lo importante es concentrar los esfuerzos en ella, eliminando o controlando las exposiciones nocivas en los centros de trabajo, dejando el sistema de indemnización por enfermedad profesional circunscrito a la recaudación y asignación de fondos destinados al pago de las prestaciones (Burger, 1989).

En nuestro país, se ha propuesto directamente la supresión de la figura administrativa de la enfermedad profesional, pasando a ser la detección y tratamiento de dicha patología responsabilidad de los Servicios Públicos de Salud, que deberían poner sus hallazgos en conocimiento de las Autoridades Laborales para que éstas pudieran requerir a las empresas las modificaciones pertinentes en el medio ambiente de trabajo (Castejón, 2002).

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, 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). Una adecuada gestión del gasto generado por estas enfermedades aparece como muy relevante para la sostenibilidad del sistema público de salud.

## ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO

El concepto de enfermedad profesional, su notificación y su registro depende de decisiones administrativas en cada Estado, y exige la existencia de un nexo de causalidad directo entre actividad laboral y enfermedad. Pero esta es una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud, por diversos motivos.

En primer lugar, el desarrollo industrial ha ido acompañado de una disminución de las enfermedades infecciosas con un alargamiento de la esperanza de vida de la población, pero a la vez se ha producido un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, que son multicausales. Las causas de las enfermedades laborales son hoy complejas. En algunos casos un factor de riesgo laboral puede ser la única causa de enfermedad, pero es mucho más frecuente que los factores profesionales incrementen el riesgo de enfermedad junto con otros factores. A menudo, agravan una enfermedad que ya se tiene. Los ejemplos son numerosos: cánceres, nefrotoxicidad por metales y disolventes, efectos sobre la reproducción, etc.

En segundo lugar, los límites entre exposición laboral y ambiental no están tan claros. Por ejemplo, la exposición a radiaciones ultravioletas o a determinados fármacos (como inmunosupresores y otros) no se consideran laborales, pero es indudable que hay ocupaciones que están más expuestas a dichas radiaciones o a la manipulación de fármacos. La exposición al amianto o a benceno se considera laboral, pero sectores

amplios de la población general están expuestos también a dichos cancerígenos (Kogevinas et al., 2005).

El concepto de enfermedades derivadas del trabajo, establecido en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 4: *Se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*, es más amplio que el de enfermedades profesionales, y cubre todas las enfermedades en las que el trabajo es un factor etiopatogénico más a tener en cuenta.

Podemos también denominarlas enfermedades laborales o enfermedades del trabajo, y con ellas encontramos otro tipo de dificultades, las referidas al tipo de evidencias científicas disponibles. Hay situaciones en las que conocemos bien la causa del aumento de enfermedades entre los trabajadores expuestos, por ejemplo, el mesotelioma en trabajadores expuestos a amianto. En otras situaciones sabemos que un grupo de trabajadores tiene un riesgo más alto, por ejemplo los pintores con respecto al cáncer de vejiga, pero no está claro qué sustancia produce este cáncer. Además, en el lugar de trabajo encontramos miles de exposiciones. Para unos centenares de éstas se ha demostrado, en experimentos con animales o en experimentos de laboratorio, que son agentes cancerígenos en animales, o que son mutágenos o genotóxicos, o hepatotóxicos, etc., pero no existen evidencias en humanos.

Estos problemas dificultan la elaboración de un listado completo de enfermedades del trabajo, fuera de unas decenas de agentes químicos o físicos aceptados de manera generalizada como causantes de riesgos laborales.

## DIFICULTADES EN LA ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO

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. El Grupo de Trabajo 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 desarrollando sus sistemas a partir de estos trabajos.

Simultáneamente, se proyectaba la reforma de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y su transformación en Red de Vigilancia de Salud Pública, proponiéndose la inclusión de la vigilancia de las enfermedades derivadas del trabajo y sus riesgos, quedando así redactado en el proyecto de Real Decreto que se elaboró. También este proyecto se paralizó en 2005.

Más recientemente, el Real Decreto 1299/2006, por el que se ha actualizado el cuadro de enfermedades profesionales, ha establecido un nuevo procedimiento de notificación y registro. En él se prevé la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de los facultativos del SNS 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 del Grupo 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.

Es evidente que para superar los límites de los datos derivados del aseguramiento (en el sentido de su modesto valor preventivo), deben trabajarse las sinergias con los otros dos sistemas implicados: el de la Prevención de Riesgos Laborales, con sus renovadas definiciones y nuevo enfoque de la vigilancia de la salud (aunque no se haya conseguido todavía implantar sistemas de prevención de riesgos laborales coherentes). Y el Sistema Sanitario, aplicando el enfoque y perspectiva de la salud pública al estudio y prevención de las enfermedades del trabajo.

La interpretación de las listas de enfermedades derivadas del trabajo se tiene que hacer con cuidado. Para los reguladores es útil caracterizar un agente o una industria como causante de enfermedad o no. Sin embargo, las principales causas de enfermedad y muerte actuales incluyen cadenas de causalidad extremadamente complejas, y debe tenerse en cuenta que dichas inclusiones pueden variar con el tiempo y también con el lugar. Conocer cuántas enfermedades y lesiones en una población definida derivan de la exposición a factores profesionales es altamente deseable, pero también un gran reto.

## INICIATIVA ESTATAL PARA FAVORECER EL RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO

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. En diciembre de 2012 un total de 35.630 trabajadores, de 13 CC. AA. y 1.529 empresas, estaban 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., 2005; 2013).

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 1,88% del total de enfermedades diagnosticadas), lo que evidencia una discordancia entre los resultados clínicos del Programa y la determinación de contingencia por el INSS.

## INICIATIVAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA DECLARACIÓN DE LA SOSPECHA DE EP

Son ya 9 las Comunidades Autónomas que han desarrollado el procedimiento e iniciado los trabajos de declaración de la sospecha de EP. Por razones de espacio y tiempo, que impiden abarcarlas todas, nos detendremos en las iniciativas correspondientes a Navarra, Comunidad Valenciana y Asturias.

### Navarra

El programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral con la Red de Médicos Centinela de Salud Laboral implantado en Navarra constituye una buena experiencia para la detección de patología de posible origen laboral que se está atendiendo en el sistema público de salud y exige, fundamentalmente, una buena labor de coordinación.

Recientemente sus responsables han publicado el análisis de los sucesos centinela ocupacionales notificados por atención primaria entre 1998 y 2005 y que fueron estudiados hasta 2007 (García López V, 2011). En el periodo fueron notificados 2.055 casos, 1.223 con identificación personal y 832 sin datos de identificación (59,5% y 40,5%, respectivamente). Comprenden a 1.192 tendinitis de codo, 360 casos de túnel carpiano, 86 de asma ocupacional/RADS y 417 de dermatosis. Supone una incidencia en 2005 de 332,8 por 100.000 trabajadores. Únicamente el 21,9% de los casos estaba de baja laboral. El 10,5% de los casos habían consultado en atención primaria por rechazo de atención en Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. El valor predictivo positivo del sistema es del 72 % (casos confirmados como laborales). El 41% tienen algún parte de enfermedad profesional; en el 51% fue anterior su notificación como profesional y en el 49% como suceso centinela.

### Comunidad Valenciana

El sistema de detección de enfermedades laborales de la Comunidad Valenciana (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral – SISVEL), implantado en todos los centros de salud de esa Comunidad, permitió detectar en 2012 un total de 1.318 sospechas de enfermedades profesionales, lo que supuso una media de 109 comunicaciones al mes (Esteban Buedo V, 2013). Esta herramienta, cuyo objetivo es facilitar la detección y declaración de enfermedades profesionales, permite a la Conselleria de Sanitat valenciana mejorar la promoción de la salud en el trabajo y la protección de la salud de las personas que trabajan, ya que para, planificar adecuadamente las actividades sanitarias en dicho entorno, es imprescindible conocer bien los daños para la salud de origen laboral.

Para conseguirlo, en 2010 la Conselleria de Sanitat puso en marcha dentro de sus actuaciones de Salud Laboral el SISVEL, un sistema que permite, tanto a los médicos de atención primaria o especializada desde la aplicación Abucasis, como a los servicios de prevención de riesgos laborales desde un portal de internet habilitado al efecto, comunicar posibles enfermedades laborales. De este modo, a través de las Unidades de Salud Laboral, SISVEL comunica por Internet al 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.

El sistema ha permitido ya a la Conselleria de Sanitat 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. Además, el sistema permite vigilar enfermedades concretas, por su interés para la salud pública (alta prevalencia, acumulaciones espacio-temporales de casos, etc.), o por estar incluidas en el RD 1299/2006, que establece los criterios de registro de enfermedades profesionales contempladas por la seguridad social, realizando un estudio epidemiológico adicional.

Más del 90% de las comunicaciones de sospecha proceden de los facultativos de la Agència Valenciana de Salut, y en 970 casos se solicitó el estudio de la Unidad de Salud Laboral correspondiente. Más del 80% de los casos comunicados corresponden a enfermedades osteomusculares, en su mayoría síndromes del túnel carpiano.

## Principado de Asturias

Por resolución de 14 de junio de 2011 de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias. Se inicia así un programa de detección y comunicación de cáncer profesional basado en la IT por enfermedad común. Se constituye un Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) y se crea un registro de cáncer laboral en Asturias (cancERT). En septiembre de 2013, se habían estudiado 456 casos (Rodríguez Suárez V, 2013), de los cuales 23 fueron catalogados como enfermedades profesionales (5%), 57 como enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT) (12,5%), y 378 como enfermedades comunes (82,9%). El Instituto Nacional de la Seguridad Social procedió a un cambio de contingencia en 8 casos de cáncer, concediendo la calificación de enfermedad profesional.

Entre las principales fortalezas del EVASCAP sus responsables destacan la creación de un equipo de valoración de cáncer de la administración autonómica (EVASCAP); la colaboración de las autoridades sanitarias y laborales en prevención de riesgos; la participación de la Consejería de Sanidad, del Servicio de Salud y del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales en la valoración de casos; la investigación de casos por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales y el registro sistemático de todas las IT por enfermedad común con diagnóstico de cáncer recogido en el cuadro de EP.

Y entre las mejoras necesarias destacan desarrollar el programa en los servicios de prevención; mejorar la relación con el INSS; implementar herramientas en atención primaria para que los médicos dispongan de alertas en situaciones diferentes de IT; implicar a atención especializada (ciertos servicios hospitalarios); incluir a enfermería como apoyo médico para obtener los antecedentes laborales; incluir a los registros hospitalarios de cáncer en la comunicación de algunos cánceres; implicar a las mutuas que gestionan la IT por enfermedad común con diagnóstico de cáncer, de forma que tengan que recoger una historia laboral y enviarla a la Consejería de Sanidad y profundizar la coordinación con el MSSSI y con otras CCAA para entre todos favorecer la modificación (ampliación) de la lista de EP.