

LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN ESPAÑA Y EN ASTURIAS: EVOLUCIÓN Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES. SUS CAUSAS Y RETOS

Por Juan Méjica García

I. Consideraciones previas sobre los riesgos en el medio laboral

Sabido es que los accidentes de trabajo mortales – salvo los relacionados con el tráfico o *in itinere* – han descendido de forma importante desde hace décadas en casi todos los países desarrollados*, en la mayoría de los cuales, además, los índices de siniestralidad general presentan una tendencia claramente decreciente. De otro lado, las enfermedades profesionales “tradicionales” (por ej., silicosis, saturnismo, hidrargirismo, plumbemia, malacia del semilunar, nistagmus, artrosis hiperostósante del codo, etc.), también las enfermedades del trabajo como la bursitis, la tenosinovitis de Quervain o los callos infectados, pertenecen casi a la Historia, pues se identifican con un modelo industrial de sectores ya periclitados (así, minería, siderurgia, astilleros, industria química y textil). *Ver Gráficos 1 a 3.*

En cambio, tenemos una epidemia de enfermedades musculoesqueléticas, otra de estrés laboral y trastornos depresivos reactivos o trastornos adaptativos, y en algunos países otra de accidentes de tráfico relacionados con la ida y

vuelta al trabajo o “en misión”. Resultando según algunas estimaciones que más de un 15% de las enfermedades que los Servicios Públicos de Salud tratan como de contingencias comunes son compatibles con una etiología profesional. Concretamente, en Francia ante la imposibilidad de disociar ambos grupos optaron ya en 1997 porque el régimen de accidentes de trabajo compense anualmente al régimen general de la Seguridad Social con una cantidad que se fija a tanto alzado; una cantidad que, obviamente, pagan los empresarios dentro de la cotización específica de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Por eso, en términos generales, la patología del trabajo actual – fracturas, contusiones y heridas aparte- se caracteriza por su carácter multifactorial o multicausal, con posibles causas de origen ocupacional y otras de componente no laboral. Resultando así que en muchos casos, ¿quién puede asegurar que los problemas de estrés, musculoesqueléticos, cardiovasculares o de hipoacusia bilateral que afectan a un trabajador en particular no están directamente relacionados con el ámbito sociolaboral? Lo cual no impide, obviamente, que las evaluaciones de riesgos nos permitan detectar situaciones objetivamente agresivas y por tanto candidatas a ser corregidas; pero tal certeza no puede ser aplicada a muchos de los cuadros patológicos individuales en los que la concurrencia de causas o concausalidad es o puede ser dominante. *Ver Gráficos 4 a 7.*

Por eso resulta pertinente preguntarse si continúa teniendo sentido el propio concepto de enfermedad profesional, asociado a un sistema de doble lista que se basa en la relación unívoca entre ciertas exposiciones a ruido, polvo de sílice o plomo, etc. y determinadas patologías que caracterizaban a muchas

actividades en los dos siglos anteriores. En la práctica, los tipos de trabajos han cambiado y la vida laboral de los trabajadores, también, y por consiguiente sus consecuencias; por lo demás, las lesiones han acabado siendo menos graves o intensas en el tiempo, lo cual se traduce en que sus repercusiones sean escasamente distinguibles de las que generan otros factores de riesgo extralaborales. A ello hemos de añadir que el clásico “trabajo para toda la vida”, o sea, la “profesión habitual” que aún define las situaciones de incapacidad temporal y de incapacidad permanente total está en vías de extinción, con lo cual la asociación entre una exposición a un agente físico, químico, biológico, etc. y la patología o afección producida por el mismo puede ser virtualmente imposible de establecer.

De acuerdo con lo anterior, ¿por qué seguir entonces organizando nuestro sistema preventivo-asistencial alrededor de un sistema listado obsoleto? Bajo esta perspectiva, lo normal sería que fuera el sistema sanitario general quien se ocupara de tratar toda la patología con la sola excepción de las lesiones por accidente de trabajo (heridas, contusiones, cortes, lesiones en los ojos, así como fracturas y esguinces-distensiones). Se evitarían así tantos casos paradójicos de Incapacidad Temporal o situaciones invalidantes que acceden a los Juzgados de lo Social a través de las demandas de trabajadores cuya realidad clínica es rechazada por las Mutuas alegando que no es laboral y por los Servicios Públicos de Salud y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) defendiendo por el contrario su origen profesional.

A mi entender, sólo haría falta que los Servicios de Salud dispusieran de mecanismos eficaces de comunicación a las autoridades laborales cuando sus facultativos detectaran una patología sospechosa de tener un origen total o parcialmente

laboral. Sin duda las autoridades laborales actuarían rápidamente para atajar el problema y evitar que el número de afectados aumentara, pues los riesgos laborales no son un problema individual, sino colectivo. O en otras palabras, un problema de salud pública.

Desde luego, son precisos nuevos impulsos para mejorar la información disponible sobre las enfermedades profesionales, también sobre las no incluidas en el cuadro del Decreto 1299/2006 pero que son debidas al trabajo o que, siendo preexistentes, son agravadas por éste.

Como es sabido, según lo dispuesto en el art. 115.2 de la Ley General de Seguridad Social, en sus apartados e) y f), se indemnizan como accidentes de trabajo, aunque obviamente no son accidentes laborales en sentido estricto. Debido a ello, estas enfermedades del trabajo se registraban como accidentes, por lo cual no era posible desglosar sus datos y analizarlos por separado.

Para corregir esta situación, la Seguridad Social en 2010 creó el registro PANOTRATSS (Patologías No Traumáticas de la Seguridad Social), y a partir de ese momento las Mutuas vienen declarando tal tipo de enfermedades en dicho fichero y no en el de accidentes de trabajo.

Resultando que las patologías declaradas en PANOTRATSS son en parte similares a las reconocidas como enfermedad profesional (un 60 % son problemas musculoesqueléticos), pero en parte distintas (un 20% son enfermedades de los órganos de los sentidos, básicamente enfermedades de la conjuntiva). Lo cual sugiere que si se trata de enfermedades causadas exclusivamente por el trabajo, condición indispensable para

figurar en el nuevo fichero, quizás habría que pensar en dar acomodo a un buen número de ellas en el cuadro de enfermedades profesionales, pues, en el fondo, eso es lo que son.

Señaladamente, la seguridad laboral es un buen negocio para las Compañías que adoptan medidas preventivas, si bien evaluar los riesgos es necesario, pero no suficiente. Quizá haya que repensar el sistema, empezando por actualizar el cuadro de enfermedades profesionales, que no contempla patologías que son cada vez más frecuentes, como las asociadas al estrés, síndromes coronarios, sintomatología neuro-orgánica, sobreesfuerzos lumbares, dolores articulares en hombro, codo o muñeca, *mobbing*, clínicas que se relacionan con el edificio enfermo, etc.

(*) Un descenso que, bueno es recordarlo, en España ha significado una reducción desde 2.680 fallecimientos en 1973 hasta 841 trabajadores en 2007, y que desde entonces ha continuado evolucionando positivamente hasta rebajarse a 555 decesos en 2012 (444 en jornada de trabajo y 111 *in itinere*). Con carácter general, la siniestralidad laboral se redujo en un 45% en 2012 respecto al ejercicio de 1979.

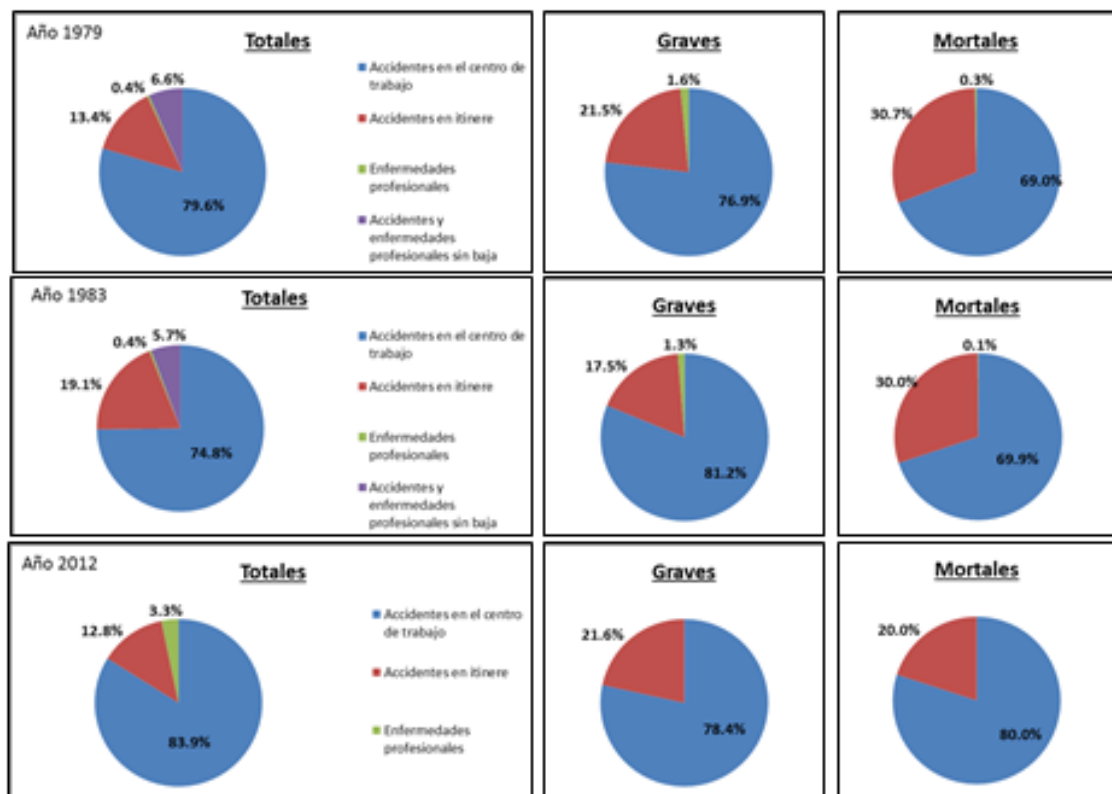


Gráfico 1. Evolución de la siniestralidad laboral en España, años 1979, 1983 y 2012.

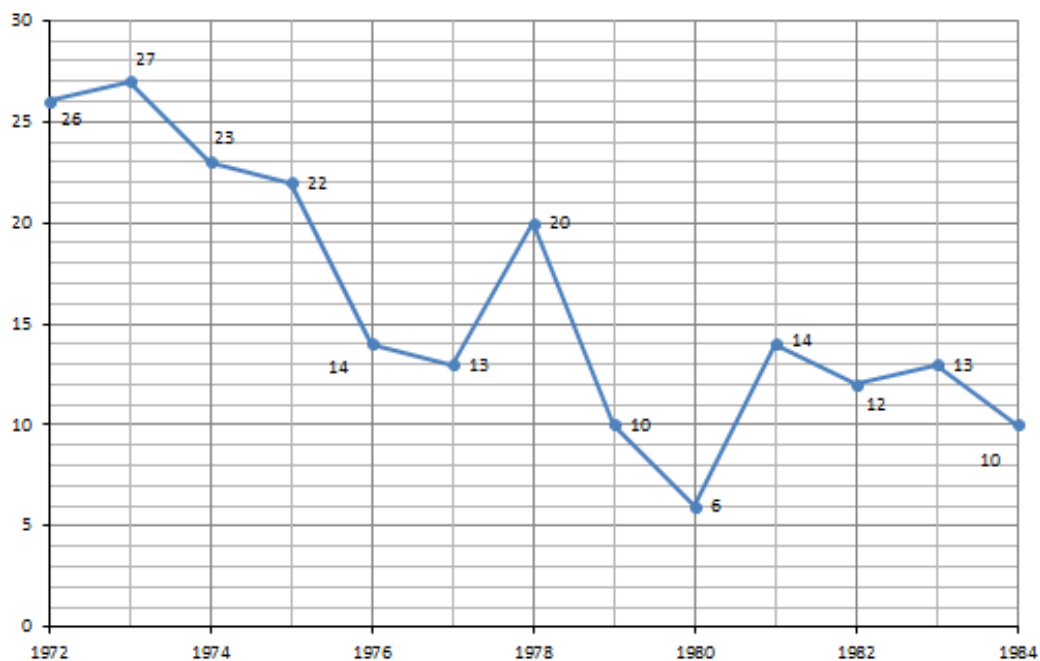


Gráfico 2. Evolución de los accidentes mortales en la minería asturiana, 1972-1984

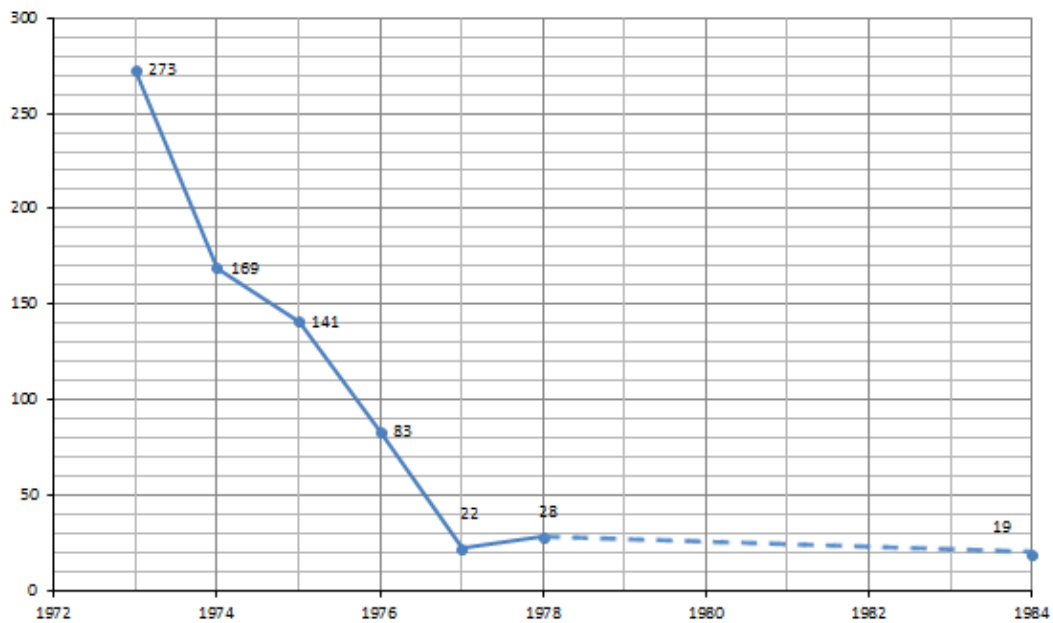


Gráfico 3. Evolución de la silicosis de los mineros asturianos (minas de hulla y antracita), 1973-1984

II. Las cifras de las enfermedades profesionales: evolución y prevalencia de los cuadros patológicos

En 2010 se declararon 16.842 enfermedades profesionales en España, de ellas 8.765 con baja y 8.077 sin baja. Y en 2012 se redujeron a 15.700 casos, correspondiendo 303 a Asturias. Se diagnosticaron 103,3 casos por cada 100.000 trabajadores en el territorio nacional, mientras que en Asturias el índice no superó 95,1 casos. Siguiendo la tendencia de años anteriores, la proporción de trabajadores afectados que causaron baja se situó en el 48,10 % (la *ratio* asturiana alcanzó el 54%). Atendiendo al género, el 55,8% de los trabajadores afectados a nivel nacional eran hombres (52,1 % en Asturias). Ver *Gráficos 4 y 7 a 10*.

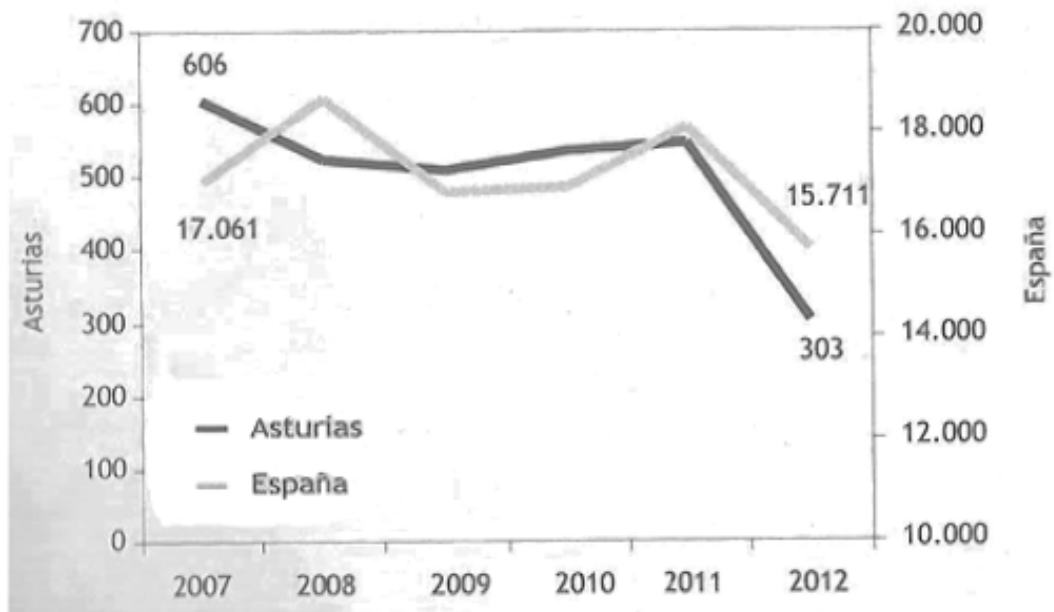


Gráfico 4. Evolución de las enfermedades profesionales comunicadas con parte. Asturias-España, 2007-2012

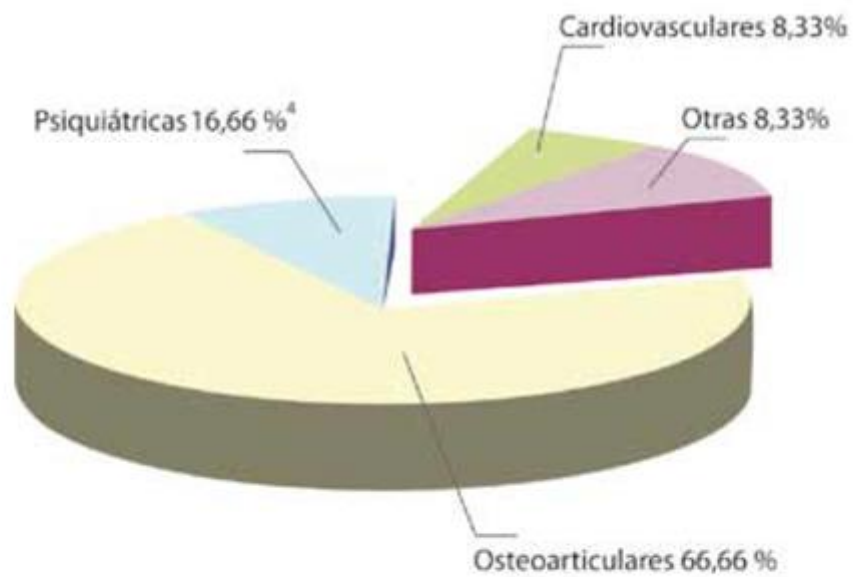


Gráfico 5. Las patologías de los trabajadores asturianos que causan bajas laborales, 2012

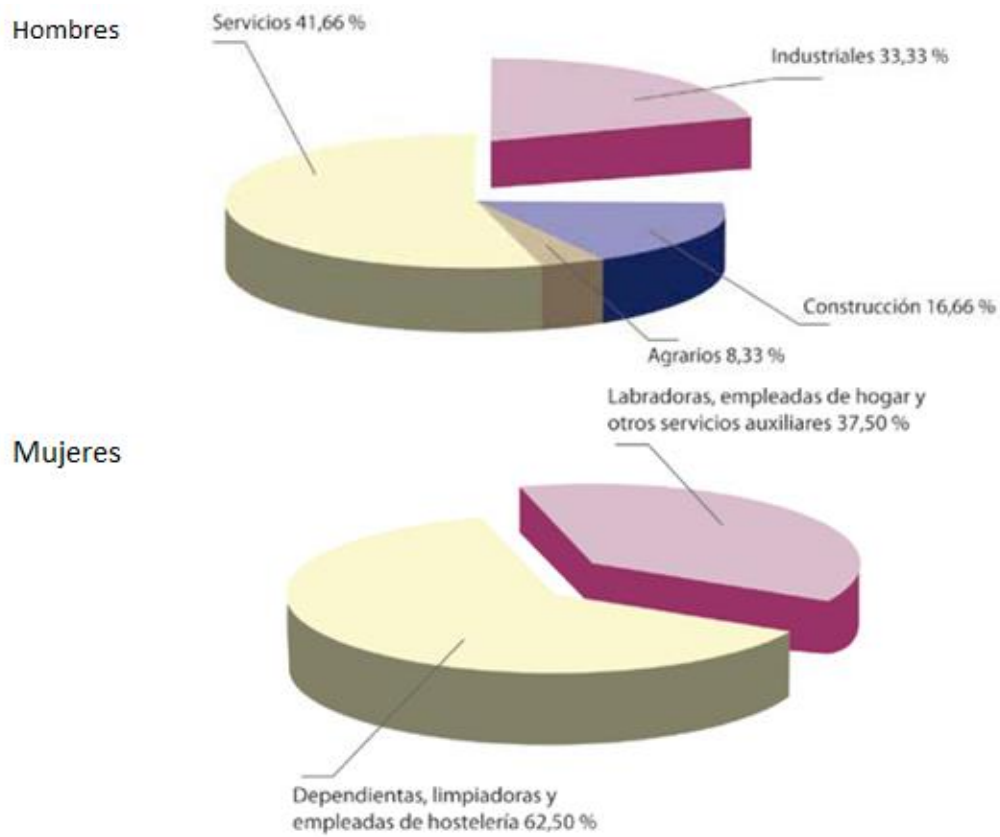


Gráfico 6. Actividades profesionales de los trabajadores/trabajadoras que cursaron procesos de incapacidad temporal, Asturias 2012

Tabla 7. Índice de incidencia (*) de las enfermedades profesionales según actividad económica. Asturias-España, 2010.

	Asturias	España
Agricultura, ganadería, selvicultura y pesca	368,3	223,6
Industrias extractivas	4.216	1.142,3
Industria manufacturera	264,2	421,6
Suministro de agua, saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	-	120,3
Construcción	143,6	126,4
Comercio y reparación de vehículos	117,8	77
Transporte y almacenamiento	7,6	35,2
Hostelería	96,2	71,4
Actividades administrativas y servicios auxiliares	123,3	93
Administración pública y defensa	32,9	35,4
Educación	15,2	33,7
Actividades sanitarias y de servicios sociales	61,5	59,4
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	26,5	58,5
Otros servicios	149,6	111,6
Total	169,1	116,2

(*)Casos diagnosticados por cien mil trabajadores.

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, *Informe Anual*, 2010

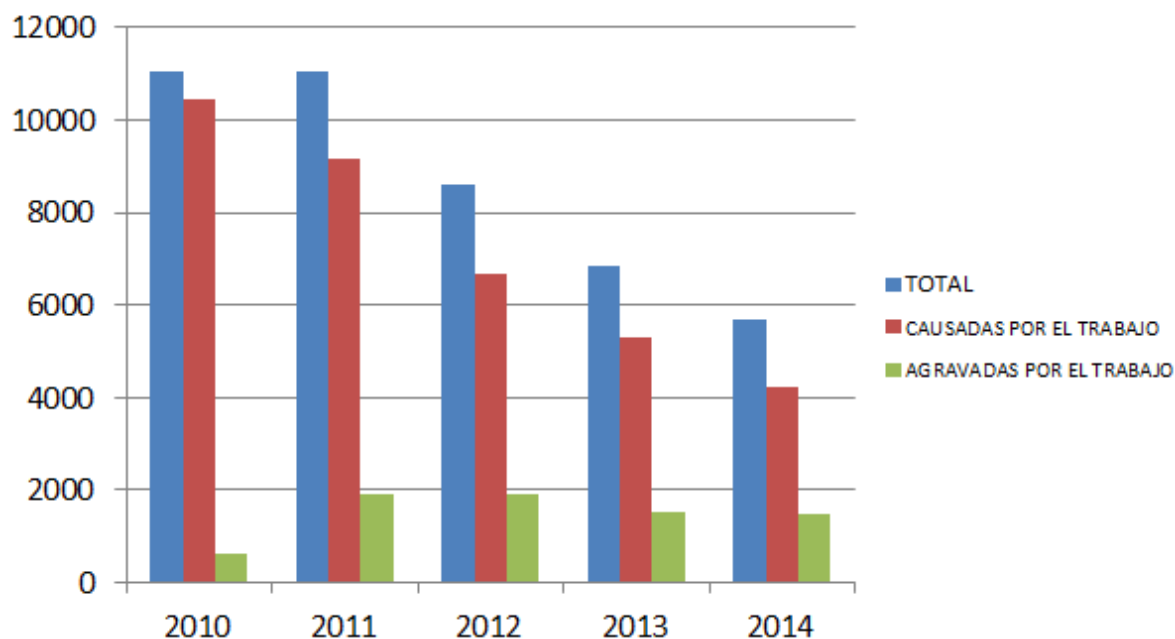


Gráfico 9. PANOTRATSS, 2010-2014

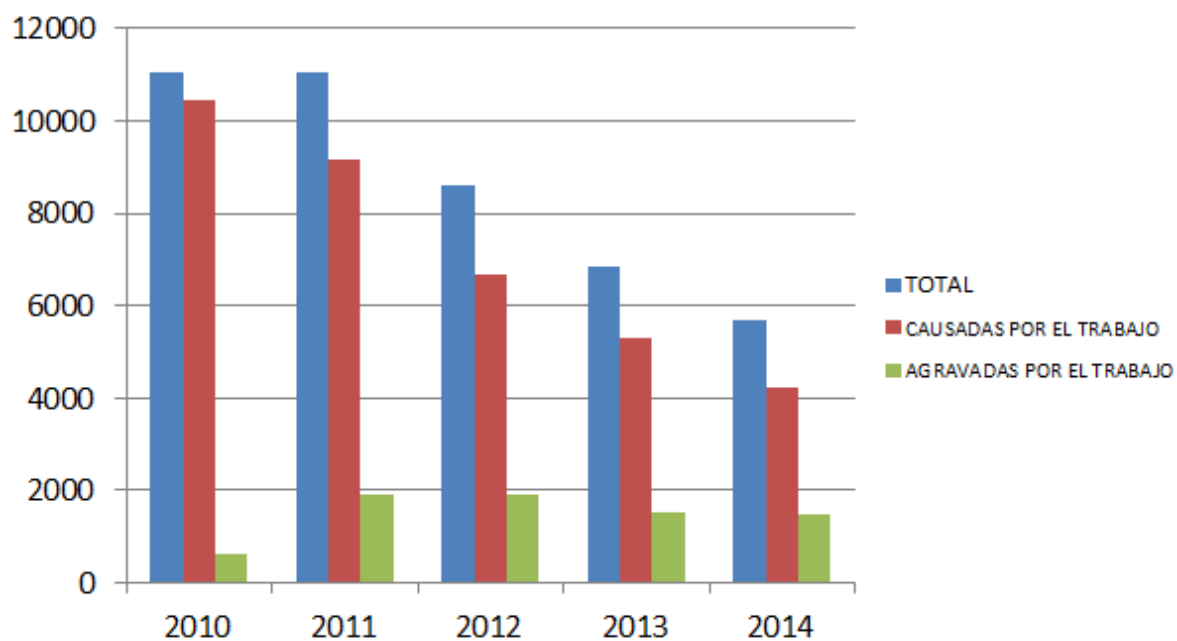


Gráfico 9. PANOTRATSS, 2010-2014

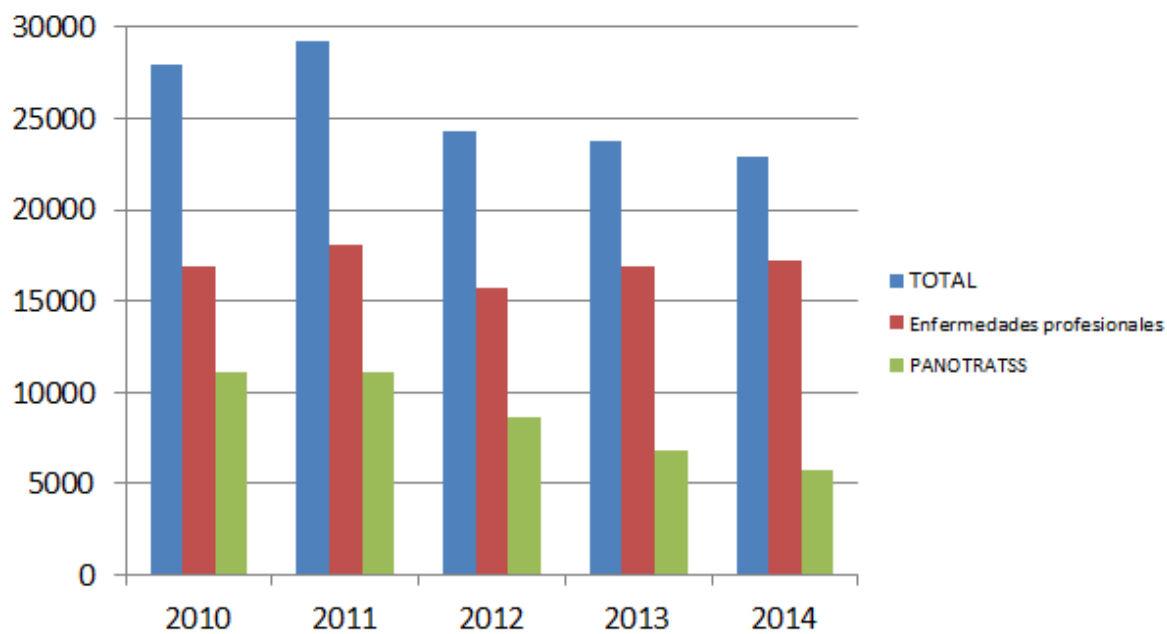


Gráfico 10. Total enfermedades del trabajo, 2010-2014

A simple vista se aprecia – *Gráficos 5 y 6* - que los diagnósticos que con más frecuencia generan procesos de IT son los pertenecientes al grupo de las enfermedades osteoarticulares (principalmente, patología degenerativa de la columna vertebral), siguiéndole los cuadros depresivos y la patología tanto aguda como crónica por afecciones cardiovasculares.

Descubrimos que entre los hombres suman mayoría los encuadrados en oficios vinculados a la industria y la construcción, 50 %; los servicios – empleados de banca, vendedores, conductores, etc. – aportan el 41,66 % de los efectivos, mientras que los activos agrarios representan un residual 8,33 %. En cuanto a las mujeres, los colectivos de dependientas, limpiadoras y ocupadas en la hostelería – por este orden – acaparan el empleo femenino (+ 60 %), mientras que las trabajadoras agrarias y de asistencia domiciliaria, las empleadas de hogar y otras labores auxiliares (administrativas, teleoperadoras, etc.) no llegan a sumar en conjunto el 40 % restante.

III. DATOS PARA UN ESTUDIO DE LOS COSTES DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES, CON BOCETO DE LOS PRÓXIMOS RETOS

Rentable o no, la prevención de riesgos laborales es ante todo un derecho de los trabajadores y, por tanto, una obligación de los empresarios. Un derecho y un deber que no han sido inventados por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995, pues ya venían claramente establecidos en el art. 7.2 de la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 1971. Y que fueron elevados en 1978 al rango de constitucionales al asignar el art. 40.2 CE a los poderes públicos la obligación de velar por la “seguridad e higiene en el trabajo” y que, en lógica concordancia, están específicamente recogidos en el Estatuto de los Trabajadores [ex arts. 4 d) y 5 b)].

Si se atiende solamente a los datos estadísticos, no puede decirse que las enfermedades profesionales sean en nuestro país un problema grave desde el punto de vista sanitario. Otra cosa es que el registro de enfermedades profesionales resulte bastante deficiente y que el problema sea mayor de lo que sugieren las cifras manejadas. Desde luego, por su interés sanitario, preventivo y económico, deberían establecerse mecanismos eficaces para conocer con mayor exactitud la magnitud de los datos, también para que su armonización con las estadísticas europeas de siniestralidad laboral resulten verdaderamente comparables.

Resultando que con cierta frecuencia se esgrime el coste de los accidentes de trabajo como uno de los factores que justifican la actuación preventiva, pero apenas se comenta el coste de las

enfermedades derivadas del trabajo. Costes que son fundamentalmente sociales, ya que en su mayor parte no recaen ni sobre las empresas ni sobre las Mutuas que las aseguran, pues existe un fondo común mutual para asegurar las incapacidades permanentes derivadas de este tipo de contingencia. Razón por la cual quizás existe un gran desconocimiento sobre el monto de dicho coste, aunque el problema no termina ahí.

Efectivamente, debido a que en España el cuadro de enfermedades profesionales no incluye patologías con clara relación con el trabajo pero no “listadas”, ¿quién corre con los gastos que originan? En principio, no serán las Mutuas, al no estar reconocidas oficialmente de origen laboral. De ahí que las atienda el sistema sanitario general, y cuando dan origen a incapacidades temporales, éstas en su mayoría son consideradas de carácter común. Sólo en los escasos procedimientos en los que los Juzgados de lo Social reconocen el carácter profesional del cuadro, los costes recaen sobre la Mutua responsable de tal contingencia.

Si bien comparando el actual Decreto regulador (RD 1299/2006, de 10 de noviembre) con la anterior legislación, no sólo se ha actualizado la lista de enfermedades profesionales incluyendo actividades generadoras de riesgo que antes no existían o no se consideraban como tales, sino que tanto o más importante es que se establecen nuevos criterios para la notificación y registro de aquéllas.

Entre las novedades citamos la inclusión de las enfermedades producidas por el antimonio y sus derivados, por epóxidos o por organoclorados y organofosforados, entre otros, así como una importante ampliación del tratamiento dado a las enfermedades

de tipo osteoarticular. En general, la lista de actividades asociadas a los distintos agentes tiene ampliaciones importantes.

Pero donde han existido novedades importantes es en su notificación, pues ahora el parte de enfermedad profesional ya no lo emite el empresario, sino la Entidad Gestora o colaboradora - normalmente, la Mutua-, a la cual la empresa deberá suministrar la información que le sea requerida. También los facultativos del Sistema Nacional de Salud deberán comunicar a las mismas entidades las enfermedades cuyo origen profesional sospechen.

Con todo, son precisos nuevos impulsos para mejorar la información disponible sobre las enfermedades profesionales, también sobre las no incluidas en el cuadro del Decreto 1299/2006 pero que son debidas al trabajo o que, siendo preexistentes, son agravadas por aquél.

Como es sabido, según lo dispuesto en el art. 115.2 de la Ley General de Seguridad Social, en sus apartados e) y f), se indemnizan como accidentes de trabajo, aunque obviamente no son accidentes laborales en sentido estricto. Debido a ello, estas enfermedades del trabajo se registraban como accidentes, por lo que no era posible desglosar sus datos y analizarlos por separado.

Para corregir esta situación, la Seguridad Social en 2010 creó el registro PANOTRATSS (Patologías No Traumáticas de la Seguridad Social), y a partir de ese momento las Mutuas vienen declarando tal tipo de enfermedades en ese fichero y no en el de accidentes de trabajo.

Resultando que las patologías declaradas en PANOTRATSS son en parte similares a las reconocidas como enfermedad profesional

(un 60 % son problemas musculoesqueléticos), pero en parte distintas (un 20% son enfermedades de los órganos de los sentidos, básicamente enfermedades de la conjuntiva). Lo cual sugiere que si se trata de enfermedades causadas exclusivamente por el trabajo, condición indispensable para figurar en el nuevo fichero, quizás habría que pensar en dar acomodo a un buen número de ellas en el cuadro de enfermedades profesionales, pues, en el fondo, eso es lo que son.

BIBLIOGRAFÍA

MÉJICA GARCÍA, J. y BOBES GARCÍA, J.: *Las bajas laborales para profesionales sanitarios. Consideraciones médico-legales y respuesta de los tribunales*, OJO x HOJA, EDITORA, Oviedo, 2013, págs. 18 a 22.

VV.AA.: *Situación económica y social de Asturias 2012*, Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, Oviedo, 2013, págs. 180 y 181.

VV.AA.: *Veinticinco años de prevención en España, 1987-2011 (ERGA)*, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid, 2012.

VV.AA.: *La Silicosis* (Monográfico), en *Asturias Seguridad Minera* (ASM), núm.1, 1988, 15 páginas.