

Monográfico

7

Enfermedades profesionales. Puntos débiles y propuestas de mejora del sistema



FINANCIADO POR:

EI2017-0005



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



Índice

- 1. EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES 3**
- 2. CÁNCER DE ORIGEN LABORAL 6**
 - 2.1. Costes sanitarios directos de los cánceres laborales en España **8**
 - 2.2. El problema del amianto **9**
- 3. PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES 10**
 - 3.1. Costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales **11**
- 4. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA 12**
- 5. NORMATIVA 14**
- 6. BIBLIOGRAFÍA 15**

EDITA

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA E IMPRIME

Blanca Impresores S.L.

Depósito Legal: M-13788-2019

Cláusula de compromiso con el uso no sexista del lenguaje: *el autor de esta monografía, en su firme compromiso con la igualdad entre mujeres y hombres también en el lenguaje, rechaza su uso sexista. Por tanto, se ha procurado buscar, con carácter general, las fórmulas más neutras posibles respecto al género en los textos. En todo caso, cuando se usa la fórmula masculina como genérica, tan sólo obedece al ánimo de facilitar la lectura del documento, evitando duplicaciones excesivas de uno u otro género, sin posibilidad de ver en ello ninguna intención de perpetuar la invisibilidad tradicional de las mujeres en el lenguaje, común y jurídico.*

1. EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las enfermedades profesionales se definen en el ordenamiento jurídico español como “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”¹.

Por lo tanto, tanto para el reconocimiento como para la indemnización de las EEPP, éstas deben estar recogidas en la lista aprobada, además de los trabajos que presentan el riesgo para los trabajadores. Este sistema libera al trabajador de probar que su enfermedad está causada por el trabajo. Por otra parte, está comprobado que supone “una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud”².

Según datos de la OIT, cada año fallecen 2,78 millones de personas mueren por accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. De todas ellas, alrededor de 2,4 millones fallecen debido a las muchas enfermedades profesionales que existen.³ Estas estimaciones han aumentado desde 2008 como se puede ver en el gráfico que se muestra a continuación⁴. La OIT calcula que cada año se producen 160 millones de casos de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo.



Fuente: OIT, “La prevención de las enfermedades profesionales”, 2013. P. 4.

En nuestro país, durante 2017, “fallecieron 359 pensionistas de incapacidad permanente derivada de una enfermedad profesional, con una edad media de 78 años. De ellos, 45 eran menores de 65 años y una edad media de 58 años. Los restantes 314 tenían 65 o más años y su edad media fue de 81 años.”⁵ Comparando ambas cifras, queda patente la clara infradeclaración de las enfermedades profesionales en nuestro país.

En la siguiente gráfica se puede observar la evolución del número de partes comunicados de EEPP. A partir de 2012 se inicia una senda ascendente en la declaración de las EEPP que alcanza hasta nuestros días, lo curioso es que ya en 2011, las EEPP que no requieren de baja laboral superan en número a las que si la requieren. Este hecho podemos asociarlo a que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social hayan podido endurecer los criterios para conceder bajas, reservando estas para procesos que revistan una mayor gravedad.

1 art. 156 TRLGSS/2015.

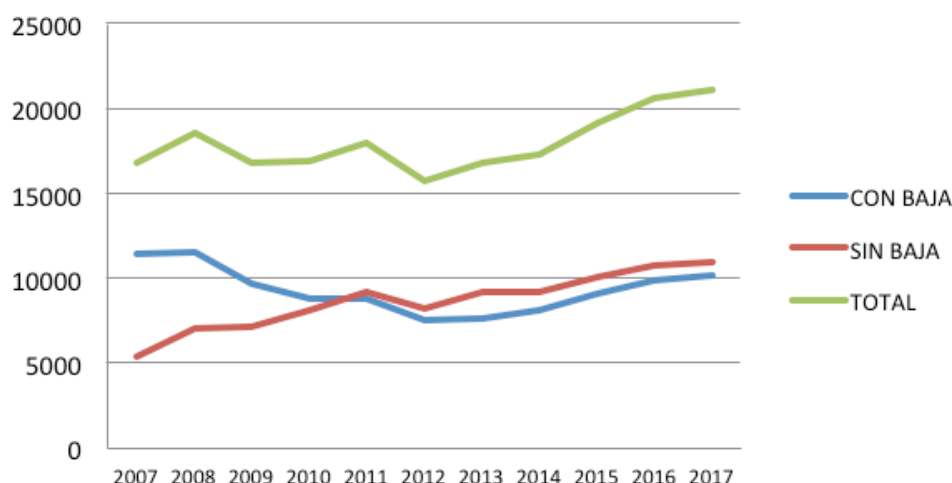
2 García Gómez M., Castañeda López R.: “20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años”. UGT-CEC. P. 121

3 Organización Internacional del Trabajo: “Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo. Aprovechar 100 años de experiencia”. OIT. 2019. P.1.

4 Organización Internacional del Trabajo: “La prevención de las Enfermedades Profesionales”. OIT. 2013.

5 Secretaria De Estado De La Seguridad Social-Dirección General De Ordenación De La Seguridad Social “Informe anual 2017. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)”. MITRAMISS. P.26

Evolución del nº partes comunicados de EEPP



Fuente datos: Observatorio de las contingencias profesionales de la Seguridad Social. Gráfico: Elaboración propia.

Según los datos definitivos de 2017 se comunicaron 21.049 partes de enfermedades profesionales, el 48,17%, concretamente 10.140, tuvieron baja laboral y 10.909 se cerraron sin baja laboral. En cuanto al sexo, el 50,53% corresponde a hombres y el 49,47% a mujeres. Las enfermedades profesionales de los trabajadores extranjeros representan el 6,72% del total.

La mayor incidencia se produjo en las enfermedades causadas por agentes físicos (Grupo 2) donde se incluyen el 80,20% de los partes con baja laboral en el caso de los varones y el 79,43% en el de las mujeres. Las enfermedades causadas por inhalación de sustancias son 4,5 veces más frecuentes en los hombres, y las causadas por agentes biológicos 3,71 veces más frecuentes en las mujeres.⁶

Según los datos estadísticos registrados a través del sistema CEPROSS, en 2018 se notificaron 24.231 enfermedades profesionales, de las cuales 11.460 causaron baja laboral y 12.771 no causaron baja. El 48,7% se dieron en el caso de los hombres y el 51,3% corresponden a mujeres.

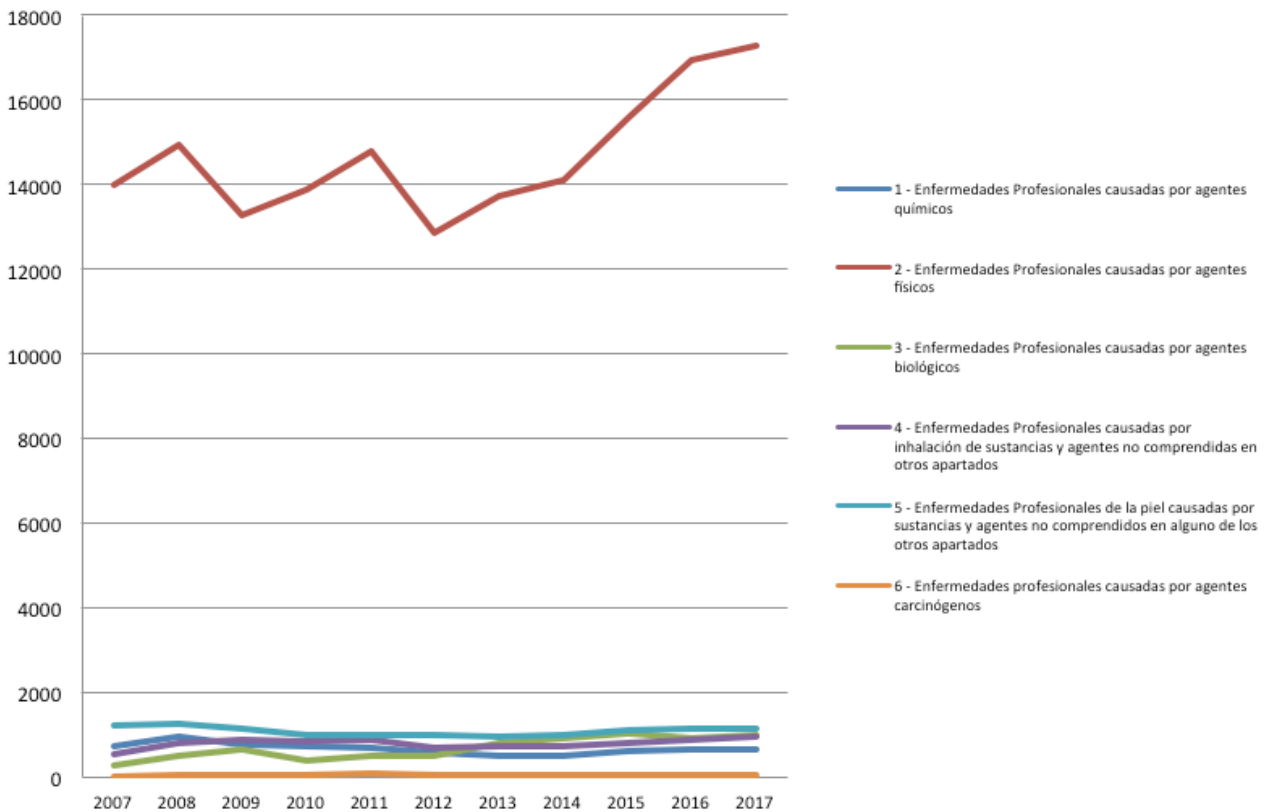
El cuadro de EEPP que se encuentra en vigor actualmente en nuestro país, fue aprobado en 2006 y se divide en seis grupos:

- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

⁶ Secretaría De Estado De La Seguridad Social-Dirección General De Ordenación De La Seguridad Social "Informe anual 2017. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)". MITRAMISS. P.6

Como muestra el gráfico a continuación, la mayor parte de las enfermedades profesionales declaradas pertenecen al grupo 2, causadas por agente físicos, entre las que se incluyen las patologías relacionadas con los trastornos musculo esqueléticos y que presentan un gran aumento desde 2014. En el otro lado de la balanza encontramos las enfermedades causadas por agentes cancerígenos, de las que apenas existe declaración, por ejemplo, según las cifras de 2018 únicamente se declararon 28 cánceres, de los cuales 15 fueron causados por amianto.

Evolución de las EP comunicadas según grupo

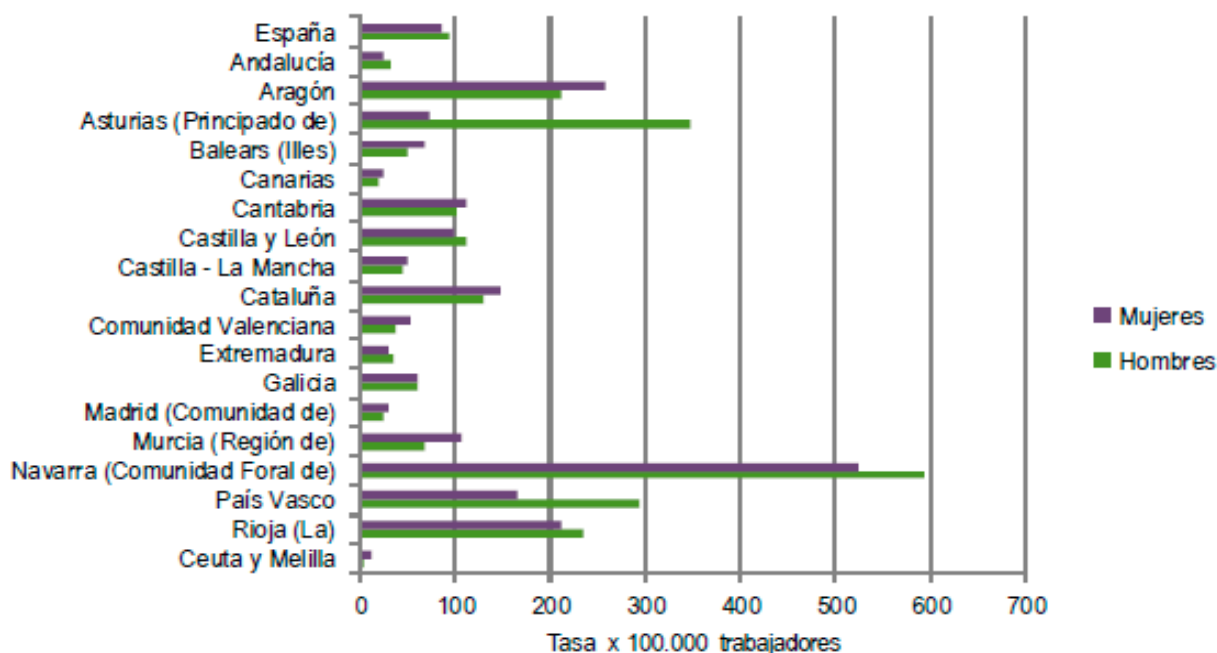


Fuente datos: Observatorio de las contingencias profesionales de la Seguridad Social. Gráfico: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico se puede observar que la declaración es muy desigual entre las comunidades autónomas. “El patrón geográfico de la incidencia acumulada de estas enfermedades muestra un núcleo con una incidencia muy alta en la Comunidad Foral, Principado de Asturias, Aragón, La Rioja y País Vasco; un segundo núcleo con una incidencia próxima a la media lo forma Cataluña, Castilla y León y Cantabria. Las zonas de menor incidencia son las Ciudades de Ceuta y Melilla, Canarias y Comunidad de Madrid”⁷. A este fallo del sistema debería ponerse solución, ya que hay trabajadores de ciertas comunidades autónomas que están quedando desprotegidos frente a las EEPP.

⁷ García Gómez M., Castañeda López R.: “20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años”. UGT-CEC. P. 127

Distribución de la incidencia acumulada de EP por Comunidad Autónoma y sexo. España, 1995-2014.



Fuente: García Gómez M., Castañeda López R., "20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años". UGT-CEC. P. 128

Según los datos de avance de 2018 sobre la declaración de enfermedades profesionales facilitados por el Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, podemos observar que se ha producido un ascenso en el número de enfermedades profesionales registradas comparadas con las de 2017. Durante 2018 se han notificado 24.231 enfermedades profesionales, un 14,36% más que las registradas en 2017. Del total de enfermedades profesionales, 11.460 causaron la baja del trabajador y experimentaron un aumento del 11,95%. El resto, 12.771 enfermedades, no causaron baja y también aumentaron en un 16,62%. El 51,3% de los casos de enfermedad profesional se declararon entre mujeres y el 48,7% en los hombres. El 82% de las enfermedades profesionales fueron causadas por agentes físicos. Únicamente 28 enfermedades de las registradas fueron causadas por agentes carcinógenos, de las que 15 fueron debidas a la exposición al amianto, lo que demuestra la evidente infradeclaración de las mismas.

2. CÁNCER DE ORIGEN LABORAL

Según datos de la EU-OSHA, el cáncer de origen laboral es el causante de aproximadamente el 53% de las muertes relacionadas con el trabajo en la UE y otros países desarrollados. Según la hoja de ruta sobre carcinógenos, se producen alrededor de 120.000 casos de cáncer relacionados con el trabajo cada año en la UE como resultado de la exposición a carcinógenos en el trabajo, lo que supone aproximadamente 80.000 fallecimientos al año.⁸

Los cánceres tienen un origen multifactorial y los factores de riesgo son bastante numerosos (estilo de vida, factores genéticos, exposiciones ambientales o laborales). Cuando existe sospecha de que un cáncer tiene un origen laboral, es bastante difícil establecer una relación directa y exclusiva con el trabajo. Además, el cáncer suele aparecer años después de la exposición laboral, habitualmente los trabajadores que son diagnosticados ya están jubilados, esto hace muy costoso para ellos el poder demostrar el origen laboral de su enfermedad y más aún si no fueron informados en su etapa laboral de los riesgos asociados a los agentes cancerígenos a los que estuvieron expuestos.

⁸ Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/themes/work-related-diseases/work-related-cancer>

Como se ha puesto de manifiesto en el apartado anterior, el reconocimiento del cáncer de origen laboral en España es ínfimo. Según las estimaciones realizadas por la Universidad de Granada, únicamente se declaran como enfermedad profesional entre el 0,1 y 0,2% de los cánceres laborales estimados y, “*los costes sanitarios directos de los cánceres laborales en España en 2013 ascienden aproximadamente a 150 millones de euros. Los costes estimados tienen una distribución desigual para hombres y mujeres, en los hombres representa el 80% del gasto (126,5 millones de euros) y en las mujeres el 20% (31,5 millones de euros), es decir, 4 veces mayor en hombres que en mujeres.*”⁹ Los mayores costes de los cánceres en hombres corresponden al de pulmón, vejiga, colon y mesotelioma. Entre las mujeres, los mayores costes vienen derivados de los cánceres de mama, mesotelioma, pulmón y riñón.

El infra-reconocimiento de este tipo de enfermedad como laboral genera múltiples problemas. El primero es la falta de conocimiento de la magnitud de la cuestión, este desconocimiento no permite destinar los recursos adecuados para solventarlo, además se están destinando recursos del Servicio Nacional de Salud al tratamiento de cánceres de origen laboral, cuando deberían ser asumidos por la Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. Por otra parte, al no reconocerse estos cánceres como profesionales, las empresas no implantarían medidas para eliminar los riesgos que pueden generar la enfermedad, por lo tanto no se activará el mecanismo preventivo. En este punto es importante recordar el principio de la acción preventiva que recoge la Ley de Prevención de Riesgos Laborales sobre sustitución de lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro, ya que si no existe exposición, no habrá riesgo de cáncer.

Además, normalmente los mensajes preventivos estaban enfocados a los efectos de los comportamientos individuales como, por ejemplo, fumar, falta de ejercicio, ingerir alcohol, mala alimentación. Por suerte, la importancia de los factores ambientales (radón, pesticidas, partículas en suspensión) está comenzando a integrarse en estos mensajes preventivos.

Actualmente se está produciendo un intenso debate sobre la regulación de los agentes carcinógenos o mutágenos a nivel europeo mediante la modificación de la Directiva 2004/37/CE relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo, en la cual se indica que cuando no sea posible eliminar o reemplazar las sustancias cancerígenas por otras menos peligrosas, los empresarios están obligados a reducir la exposición a las mismas a los niveles más bajos que sean técnicamente posible. La citada directiva establece los valores límites de exposición para un listado de sustancias consideradas como cancerígenas y mutágenas, los cuales no deben ser superados.

La actualización de dicha Directiva consiste en la inclusión de nuevas sustancias en el listado con sus correspondientes valores límite de exposición profesional, lo cual garantizará unas mejores condiciones de seguridad y salud para los trabajadores de la Unión Europea.

La primera modificación de la Directiva regula los límites de exposición profesional para 14 nuevas sustancias. Actualmente está en proceso de transposición en nuestro país, mediante la modificación del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

A finales de 2018 se acordó la segunda propuesta de modificación con 7 agentes carcinógenos más, lo que producirá otra modificación de la Directiva en el futuro.

⁹ A.A.V.V. “Costes sanitarios directos de origen laboral atendido en el Sistema Nacional de Salud”. UGT-CEC. P. 103.

Por último, las instituciones de la UE (Parlamento Europeo, el Consejo y Comisión) alcanzaron un acuerdo provisional sobre la tercera propuesta de la Comisión Europea. Según estimaciones de la propia Comisión Europea, con esta medida se mejorarán las condiciones de trabajo de más de un millón de trabajadores de la UE y evitará más de veintidós mil casos de enfermedades relacionadas con el trabajo. Las cinco sustancias sobre las que se establecerán valores límites de exposición profesional son:

- cadmio y sus compuestos inorgánicos;
- berilio y sus compuestos inorgánicos;
- ácido arsénico y sus sales, así como los compuestos inorgánicos de arsénico;
- formaldehído;
- 4,4'-metileno-bis(2-cloranilina) (MOCA)

Los tres primeros carcinógenos se utilizan en los sectores de la producción y el refinado de cadmio, la fabricación de baterías de níquel-cadmio, la galvanoplastia mecánica, la fundición de cinc y cobre, las fundiciones, el vidrio, los laboratorios, la electrónica, las sustancias químicas, la construcción, la sanidad, los plásticos y el reciclaje.¹⁰

Por todo lo expuesto, en torno al cáncer de origen laboral existen retos importantes. Es necesario potenciar la investigación sobre los distintos cánceres de origen laboral que aseguren las evidencias científicas sobre la cantidad de trabajadores expuestos y los niveles de exposición. De forma añadida, se debería impulsar la cooperación entre los organismos con competencias sobre el cáncer de origen laboral así como, armonizar los datos sobre riesgos, exposición e incidencia.¹¹ Además se deberían investigar aquellos grupos más vulnerables respecto al cáncer para que sean tenidos en cuenta en las distintas estrategias de intervención.

2.1. COSTES SANITARIOS DIRECTOS DE LOS CÁNCERES LABORALES EN ESPAÑA

Desde UGT se promovió el estudio de los costes sanitarios directos de los cánceres laborales en España junto con la Universidad de Granada, que contó con la financiación de la Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales.

Las conclusiones derivadas de este estudio fueron las siguientes:

“Los costes sanitarios directos de los cánceres laborales en España en 2013 ascienden a 158.148.293,05 euros. Los costes estimados tienen una distribución desigual para hombres y mujeres: en los hombres representa el 80% del gasto (126.511.615,7 euros) y en las mujeres el 20% (31.636.677,35 euros), es decir, 4 veces mayor en hombres que en mujeres.

De los costes sanitarios directos estimados de los cánceres laborales en España en 2013, el mayor porcentaje del gasto corresponde a los costes de la asistencia especializada (ingresos hospitalarios y consultas ambulatorias) con el 64,2% (101.507.221,03 euros). Los costes de farmacia representan el 33,5% (52.986.783,68 euros) y la atención primaria de salud el 2,3% (3.654.260,93 euros)”¹²

¹⁰ Disponible en: <http://www.ugt.es/se-pueden-evitar-9550-muertes-en-espana-por-la-exposicion-cancerigenos-en-el-trabajo>

¹¹ EU OSHA. Seminario sobre sustancias carcinógenas y cáncer relacionado con el trabajo. Berlín 3 y 4 de Septiembre de 2012. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/seminars/workshop-on-carcinogens-and-work-related-cancer>

¹² A.A.V.V. “Costes sanitarios directos de origen laboral atendido en el Sistema Nacional de Salud”. UGT-CEC. P. 104.

2.2. EL PROBLEMA DEL AMIANTO

El amianto merece una mención especial ya que es el principal cancerígeno laboral. El término amianto engloba una serie de materiales metamórficos fibrosos. El amianto desprende fibras las cuales pueden pasar a la atmosfera y ser inhaladas. *“Los efectos del amianto en el organismo están asociados a las características físicas. Su diámetro determina su respirabilidad, es decir, la profundidad de penetración dentro del sistema respiratorio, pudiendo alcanzar los alveolos pulmonares las que tienen un diámetro inferior a las 3 micras. Las de diámetro o longitud mayores quedan retenidas en los bronquios y bronquiolos, aunque las fibras de crisolito pueden romperse, originando microfibras de menor longitud y diámetro, con lo que la penetración es más profunda.”*¹³

El tiempo de latencia desde que se produce la exposición hasta que aparece la enfermedad es de entre 40 y 50 años en el caso del mesotelioma, pudiéndose alargar hasta los 75 años del comienzo de la exposición. Además se han producido cánceres en personas que no han trabajado con el amianto, siendo el origen de la exposición doméstico o ambiental.

Alguna de las patologías malignas que causa el amianto son:¹⁴

- Mesotelioma: es un tumor maligno asociado a la exposición al amianto, relacionado con el volumen de la exposición y el tiempo de la misma. El periodo de latencia va de 20 a 40 años, se presenta con mayor frecuencia entre hombres de 50 a 70 años y la mediana de supervivencia es de entre 6 a 12 meses. Además de contraerse por exposición laboral, puede contraerse por exposición doméstica.
- Cáncer de pulmón: puede aparecer por baja exposición al amianto, se ha confirmado que no existe dosis o tiempo de exposición seguros para evitar esta enfermedad. El periodo de latencia está comprendido entre los 10 y 15 años.
- Cáncer de laringe: gracias a la modificación del cuadro de enfermedades profesionales realizada con la aprobación del RD 1150/2015, de 18 de diciembre, se incluyó esta enfermedad como profesional.

Según la OMS, en su informe Asbesto-Crisolito, las enfermedades causadas por el amianto provocan la muerte de 107.000 personas cada año en todo el mundo. 41.000 fallecieron debido al cáncer de pulmón, 59.000 por mesotelioma y 7.000 por asbestosis.¹⁵

En España, las previsiones de mortalidad para el periodo comprendido entre 2011 y 2020 *“cifran entre 257 y 265 las muertes anuales por cáncer de pleura, de las cuales entre 187 y 193 afectarán a varones.”*¹⁶

El reconocimiento de los cánceres profesionales provocados por el amianto es irrelevante en nuestro país, por ejemplo según los datos provisionales del año 2018 de enfermedades profesionales solamente se registraron 28 casos causadas por agentes carcinógenos, de las que 15 fueron debidas a la exposición al amianto.

La principal consecuencia de esta falta de reconocimiento es que se priva a los trabajadores enfermos de la protección adecuada, sobre todo de cara a la percepción de prestaciones y al reconocimiento social. Por otra parte, cuando una enfermedad profesional no es reconocida como tal, los costes se derivan de las empresas responsables de la exposición al Sistema Nacional de Salud. Por último, tampoco se activan los mecanismos preventivos establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, ya que al calificarse como enfermedad común, parece que las condiciones laborales no han sido responsables de su aparición.

¹³ Aragón Bombín, R.: *“Manual: Ayuda para los delegados/as frente a los riesgos del amianto”*. UGT-CEC. 2019. P.14-15.

¹⁴ Aragón Bombín, R.: *“Manual: Ayuda para los delegados/as frente a los riesgos del amianto”*. UGT-CEC. 2019. P.41-42.

¹⁵ OMS: *“Asbesto-Crisolito”*. OMS. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/phe/publications/asbestos/es/>

¹⁶ Aragón Bombín, R.: *“Manual: Ayuda ara los delegados/as frente a los riesgos del amianto”*. UGT-CEC. 2019. P.66.

En el año 2018 se iniciaron los trámites en el Pleno del Congreso, para la creación del Fondo Estatal de Indemnización a las Víctimas del Amianto, los cuales se iniciaron con la Proposición de Ley presentada por el Parlamento Vasco.

La creación de este Fondo, constituye una reivindicación sindical y de las Asociaciones de Víctimas, para reparar, de algún modo, la injusticia que sufren las víctimas del amianto y sus familias. De esta manera los trabajadores y trabajadoras de nuestro país dispondrían de similares prestaciones reparadoras que existen en países como Francia, Holanda o Bélgica y que surgieron como una deuda de los Estados por no actuar, durante tanto tiempo, bajo el principio de cautela en relación con el uso y contacto con el amianto.

El amianto se prohibió hace ya más de una década en nuestro país. Aun así, sigue estando presente en la jornada laboral de muchos trabajadores y trabajadoras. Por ejemplo, aquellos que se ocupan de las tareas de reparación, retirada de materiales contaminados, transporte a vertederos, tratamiento de residuos, mantenimiento de canalizaciones de agua, rehabilitación y mantenimiento de edificios (albañiles, fontaneros, electricistas) y también aquellos que, sin saberlo, ocupan edificios construidos con amianto.¹⁷

3. PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

Los avances tecnológicos, así como la introducción de las nuevas tecnologías de la comunicación e información en el entorno laboral han transformado el mercado de trabajo. Se han visto aumentados los ritmos de trabajo, la capacidad de multitarea es indispensable para los trabajadores, las prisas y urgencias en el desarrollo de las labores encomendadas están a la orden del día y se está difuminando la línea que separa el trabajo de la vida personal, al no poder desconectar por los correos electrónicos o mensajes profesionales. Estos hechos provocan que los trabajadores no sean capaces de atender a todas las demandas para el correcto desempeño de su puesto de trabajo.

Los riesgos psicosociales están presentes en todas las profesiones, pudiendo afectar a todos los trabajadores de los diferentes sectores. La mayor flexibilidad y la precarización de las condiciones de trabajo hacen que sus consecuencias sean nefastas para la salud de los trabajadores. El estrés laboral, el acoso o la violencia laboral tienen efectos muy negativos tanto para la salud como para el rendimiento de los trabajadores. Todavía persiste la intensificación del trabajo unida a las reestructuraciones y cierres de empresas que se ha producido durante la pasada crisis económica, y de la cual todavía se sienten sus efectos, como por ejemplo la alta temporalidad en la contratación o la creciente inseguridad laboral de los trabajadores que mantenían sus puestos de trabajo. El estrés laboral derivado de estas situaciones, entre otras, se ha generalizado entre los trabajadores. Según la EU-OHSA el 22% de la población activa europea estaba bajo situaciones de estrés, siendo más frecuente en los sectores: primario, de educación y salud.¹⁸

Por otra parte, la comparación de las distintas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (2005-2015) muestra un agravamiento de los riesgos psicosociales, aumentan las exigencias del trabajo, que incluye la percepción de tener mucho trabajo, trabajar con plazos ajustados (+8 p.p.), la necesidad de trabajar a gran velocidad (+6 p.p.), interrupción de su tarea para realizar otra no prevista (+6 p.p.) y de trabajar en contacto con el público (+6 p.p.). Además se incrementa la inseguridad laboral, afectando al 22% de los encuestados y aumentando en 14 puntos porcentuales más de 2005 a 2015.

¹⁷ Disponible en: <http://www.ugt.es/el-fondo-estatal-de-indemnizacion-las-victimas-del-amianto-un-poco-mas-cerca>

¹⁸ EU-OHSA: "OSH in Figures: Stress at work- facts and figures". Office for Official Publications of the European Communities. 2009.

Es evidente que la incidencia de los riesgos psicosociales sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras se ha visto acrecentada, así lo demuestra el incremento de la tasa de siniestralidad por patologías no traumáticas, usualmente relacionadas con los accidentes cardio y cerebrovasculares ocurridos en el trabajo. El aumento es progresivo y prácticamente lineal a partir de 2007, indica el importante incremento de la tensión laboral a partir de tales fechas, que coinciden con el inicio de la crisis.

*“El estrés puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares. Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones”*¹⁹. La EU-OSHA indica que el estrés laboral está asociado con el 50- 60% de los días perdidos de trabajo. La segunda causa de baja laboral, tanto temporal como permanente, son los trastornos mentales, tras los trastornos musculo esqueléticos.²⁰

*“Los datos disponibles sobre las bajas por enfermedad debidas a los trastornos mentales y el uso de antidepresivos (indicadores que dan información acerca de la carga general de los trastornos mentales), parecen confirmar que su papel, como causantes del absentismo por enfermedad e incapacidad para el trabajo, es cada vez mayor.”*²¹

En España, 312 fallecimientos podrían deberse a las condiciones laborales en 2010, lo que se traduce en 5.972 Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP), de los cuales 85,4% corresponde a los varones.²²

El gran problema de las consecuencias de los riesgos psicosociales sobre la salud de los trabajadores/as es que las patologías que generan no están reconocidas como enfermedades profesionales en nuestro ordenamiento jurídico, aun cuando la OIT, en 2010, introdujo los trastornos mentales y del comportamiento en la nueva lista de enfermedades profesionales. Esto provoca que estas patologías sean tratadas por el Sistema Nacional de Salud, en lugar de por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, con el consiguiente aumento indebido del gasto público.

Las patologías que causan los riesgos psicosociales apenas tienen reflejo en las cifras de accidentes de trabajo y no se reconocen como enfermedad profesional. Por ello, la Confederación Europea de Sindicatos, adoptó, por parte de su Comité Ejecutivo, una Resolución sobre acciones para combatir el estrés y eliminar los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo mediante la inclusión de una Directiva de la UE en la agenda política. Desde UGT, apoyamos esta medida, más aun, teniendo en cuenta que han pasado casi 30 años de la aprobación de la Directiva Comunitaria 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo, la cual obliga a los empresarios a adoptar medidas de protección a los trabajadores contra accidentes y enfermedades laborales, y que, desde entonces, no se ha aprobado ninguna normativa europea relacionada con los riesgos psicosociales.

3.1. COSTES ECONÓMICOS DERIVADOS DE LA FALTA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES²³

Para concretar el perjuicio que tiene el no reconocimiento de estas patologías como causas laborales, desde UGT promovimos el estudio “Análisis de los costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales” realizado con datos relativos a 2010, por profesionales de la materia. En el mismo se estimó que la suma de costes sanitarios, pérdidas laborales y valor del cuidado informal alcanzaron un impacto económico de entre 545 y 810 millones de euros para dicho año.

¹⁹ A.A.V.V.: “Análisis de los costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales. Valoración del cuidado no profesional (informal)” UGT-CEC. 2015. P.20.

²⁰ EU-OHSA: “OSH in Figures: Stress at work- facts and figures”. Office for Official Publications of the European Communities. 2009.

²¹ A.A.V.V.: “Análisis de los costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales. Valoración del cuidado no profesional (informal)” UGT-CEC. 2015. P.20.

²² García Gómez M., Castañeda López R.: “20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años”. UGT-CEC. P. 138

²³ A.A.V.V.: “Análisis de los costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales. Valoración del cuidado no profesional (informal)” UGT-CEC. 2015.

En concreto, el gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo en España, ascendió a 150 millones de euros, lo que representó el 0,24% del gasto sanitario para 2010. El gasto es desigual para hombres y mujeres, siendo el de los hombres el doble que el de las mujeres.

Se estimó que 312 fallecimientos podrían ser atribuidos a las condiciones de trabajo en España en 2010. Asimismo, el número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al trabajo ascendería a 2,78 millones de días.

Por último, el coste del cuidado informal de las personas que padecen estos trastornos oscilaría entre los 163 y 405 millones de euros en 2010. Ante estas cifras, desde UGT consideramos urgente la inclusión de los trastornos mentales y del comportamiento en el listado de enfermedades profesionales español.

4. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA

El concepto de enfermedad profesional se recoge en el art. 157 de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS/2015): *“Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”*.

En segundo lugar debemos mencionar el concepto de enfermedad del trabajo, incluido en el art. 156 TRLGSS/2015: *“Las enfermedades... que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”*.

Como se puede apreciar, únicamente se reconocerá como enfermedad profesional aquella contraída a consecuencia exclusiva del trabajo, es decir, la relación deberá ser de causalidad exclusiva, ni si quiera de causalidad prevalente dentro de un abanico de causas. En segundo lugar, es imprescindible que la enfermedad, para ser considerada como profesional, este recogida en el cuadro de enfermedades profesionales de nuestro país. Además, para que una enfermedad se reconozca como *“del trabajo”*, es el trabajador el que tendrá que demostrar que la enfermedad contraída tiene origen exclusivamente laboral.

Por otra parte, existen muchas enfermedades profesionales que tienen un periodo de latencia largo y es difícil identificarlas antes de que los síntomas se manifiesten. La determinación de una enfermedad como profesional se ve dificultada por la influencia de factores externos al puesto de trabajo, así como por la alta movilidad de los trabajadores en el mercado laboral, influida por la alta temporalidad en la contratación.

Por todo esto se propone:

- *“Eliminar del concepto legal de enfermedad del trabajo la exigencia de una relación de causalidad exclusiva”*²⁴, de esta manera se verían reconocidos muchas de las patologías asociadas a los riesgos psicosociales, así como los cánceres de origen laboral.
- *“Modernizar el listado de enfermedades profesionales a fin de incluir las que se asocian a los factores de riesgos nuevos y/o emergentes”*²⁵. Por ejemplo, para incluir aquellos de origen psicosocial, siguiendo la estela de la OIT en su listado de 2010.

²⁴ Molina Navarrete C., *“Propuestas para la mejora del marco normativo de la P.R.L. Razones para una necesaria reforma”*. UGT-CEC.2015. p. 86.

²⁵ Molina Navarrete C., *“Propuestas para la mejora del marco normativo de la P.R.L. Razones para una necesaria reforma”*. UGT-CEC.2015. p. 86.

Aparte de lo anterior y como propuestas de mejora del sistema planteamos:

Establecer la periodicidad en la que el cuadro de enfermedades profesionales debe revisarse, para así poder incorporar nuevas patologías dado el progreso del conocimiento científico y la evolución de los procesos productivos. Desde que se aprobase en 2006 el cuadro español de enfermedades profesionales, únicamente ha sido modificado en dos ocasiones, con motivo de la inclusión del cáncer de laringe causado por amianto y el cáncer de pulmón causado por el polvo de sílice libre.

Impulsar el estudio de las enfermedades profesionales emergentes, identificando su origen y alcance, para conseguir adoptar las medidas preventivas necesarias y evitar así los daños a la salud de los trabajadores. Es necesario potenciar la investigación sobre los distintos cánceres de origen laboral que aseguren las evidencias científicas sobre la cantidad de trabajadores expuestos y los niveles de exposición. De forma añadida, se debería impulsar la cooperación entre los organismos con competencias sobre el cáncer de origen laboral así como, armonizar los datos sobre riesgos, exposición e incidencia.

Promover la formación de los médicos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales en materia de salud laboral, y difundir criterios para el diagnóstico de las enfermedades profesionales para mejorar la determinación de contingencia de las distintas patologías.²⁶

Actuaciones contundentes de los poderes públicos respecto de la infradeclaración de los cánceres de origen profesional. Los costes derivados hacia el sistema público de salud son inaceptables e insostenibles y deberían ser asumidos por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Impulsar definitivamente la creación del Fondo Estatal de Indemnización a las Víctimas del Amianto, los trámites para su aprobación se han visto retrasados en numerosas ocasiones. Es necesario que las víctimas sean reconocidas y resarcidas de forma urgente. No debemos olvidar que el diagnóstico de un mesotelioma, termina con el fallecimiento del trabajador, esto ya es bastante sufrimiento para los propios afectados, así como para sus familiares.

Es de suma importancia la inclusión de los trastornos mentales y del comportamiento en el cuadro de enfermedades profesionales español. Estas patologías generan unos altísimos costes asociados, los cuales son asumidos por el sistema público, de igual forma que aquellos cánceres que no son reconocidos como profesionales. Por lo tanto, si las patologías de origen laboral psicosocial fueran reconocidas como contingencia común, los costes asociados deberían ser asumidos por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

En línea con lo anterior, vemos necesario la aprobación de una Directiva Comunitaria que regule la prevención del estrés laboral, así como del resto de riesgos psicosociales, ya que existe una falta de prevención de los mismos en el entorno empresarial. Estos riesgos tienen una presencia cada vez más relevante en los centros de trabajo, debido a la introducción masiva de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en el mundo laboral.

El desarrollo de la figura del delegado sectorial/territorial a nivel estatal es cada vez más necesario. Está demostrado que los centros que cuentan con representación de los trabajadores, son centros más seguros. Nuestro tejido empresarial está caracterizado por la abundancia de pequeñas y medianas empresas, siendo las más pequeñas las que no disponen de representación sindical. Con la creación de esta figura se suplirían estas carencias y redundaría en unas mejores condiciones laborales para muchos trabajadores.

²⁶ García Gómez M., Castañeda López R.: "20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años". UGT-CEC. P. 147.

5. NORMATIVA

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS).

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social.

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 establecen criterios para su notificación y registro.

Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del Sistema de la Seguridad Social.

Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, y se crea PANOTRATSS.

Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica 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 establecen criterios para su notificación y registro.

Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo, por el que se modifica 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 establecen criterios para su notificación y registro.

6. BIBLIOGRAFÍA

A.A.V.V.: “Costes sanitarios directos de origen laboral atendido en el Sistema Nacional de Salud”. UGT-CEC. 2015.

A.A.V.V.: “Análisis de los costes económicos derivados de la falta de prevención de riesgos psicosociales. Valoración del cuidado no profesional (informal)” UGT-CEC. 2015.

Aragón Bombín, R.: “Manual: Ayuda para los delegados/as frente a los riesgos del amianto”. UGT-CEC. 2019.
EU OSHA. Seminario sobre sustancias carcinógenas y cáncer relacionado con el trabajo. Berlín 3 y 4 de Septiembre de 2012. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/seminars/workshop-on-carcinogens-and-work-related-cancer>

EU-OHSA: “OSH in Figures: Stress at work- facts and figures”.
Office for Official Publications of the European Communities. 2009.

García Gómez M., Castañeda López R.: “20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Análisis multidisciplinar de la implantación de la LPRL a lo largo de estos 20 años”. UGT-CEC. 2014.

Molina Navarrete C., “Propuestas para la mejora del marco normativo de la P.R.L. Razones para una necesaria reforma”. UGT-CEC.2015.

OMS: “Asbesto-Crisolito”. OMS. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/phe/publications/asbestos/es/>

Organización Internacional del Trabajo: “La prevención de las Enfermedades Profesionales”. OIT. 2013.

Secretaría de Estado de la Seguridad Social-Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
“Informe anual 2017. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)”. MITRAMISS.



FINANCIADO POR:

EI2017-0005



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.

