

Guía Las causas del infra-reconocimiento de los cánceres del amianto por el sistema español de Seguridad Social 2007-2016



FINANCIADO POR:

AI2018-0004



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL



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



Guía

Las causas del infra-reconocimiento
de los cánceres del amianto por
el sistema español de Seguridad Social

2007-2016

Alfredo Menéndez-Navarro

Catedrático de Historia de la Ciencia

Montserrat García Gómez

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Ángel Javier Gallego Fernández

Médico Interno Residente (R2) de Cirugía Pediátrica

EDITA

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA E IMPRIME

Blanca Impresores S.L

Depósito Legal: M-39944-2019

Uso del masculino en referencia a personas de ambos sexos

La utilización en este escrito del masculino plural cuando nos refiramos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadoras y trabajadores cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.

Índice

Índice de tablas	6
Índice de figuras	8
Resumen ejecutivo	9
1. La invisibilidad social de los cánceres del amianto	19
1.1. Las razones de la invisibilidad	21
1.2. Explorando el infra-reconocimiento	26
2. Objetivos	31
3. Niveles de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto atribuibles a exposición laboral para el periodo 2007-2016	35
4. Falta de solicitud de contingencia de enfermedad profesional por cánceres del amianto y causas procedimentales y motivos de rechazo de las solicitudes denegadas.....	57
5. Evaluación del impacto que los convenios de colaboración suscritos por el INSS con las distintas comunidades autónomas han tenido en el reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres del amianto.....	65
6. El papel de la formación médica en la capacitación de los estudiantes y profesionales de la medicina para la sospecha y el reconocimiento de los riesgos cancerígenos del amianto.....	71
7. Recomendaciones para la mejora del sistema de reconocimiento de los cánceres del amianto como enfermedades profesionales en nuestro país.....	83
8. Bibliografía.....	87

Índice de tablas

Tabla 1	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el periodo 2007-2018	38
Tabla 2	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en hombres.....	39
Tabla 3	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en mujeres	40
Tabla 4	Matriz de cánceres, códigos CIE-10 y CIE-9 y fracciones de enfermedad atribuibles a la exposición laboral al amianto (en %) por sexo	49
Tabla 5	Defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en hombres, España 2007-2017	50
Tabla 6	Cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en hombres, España 2007-2017 (no incluye neoplasia de laringe)	51
Tabla 7	Estimación del infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres derivados de la exposición al amianto en hombres, España 2007-2017	52
Tabla 8	Defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en mujeres, 2007-2017	53

Índice de tablas

Tabla 9	Cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en mujeres, 2007-2017 (no incluye neoplasia de laringe)	54
Tabla 10	Estimación del infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres derivados de la exposición al amianto en mujeres, 2007-2017.....	55
Tabla 11	Distribución de la muestra en categorías por nivel de formación	74
Tabla 12	Distribución de la muestra por sexos y categorías por nivel de formación.....	74
Tabla 13	Distribución por especialidades de la muestra de profesionales médicos	74
Tabla 14	Distribución de respuestas de la pregunta 1	75
Tabla 15	Distribución de respuestas de la pregunta 2	76
Tabla 16	Distribución de respuestas sobre el nivel de conocimiento de los riesgos del amianto por sexo y nivel de formación.....	76
Tabla 17	Distribución de respuestas de la pregunta 7	78
Tabla 18	Distribución de respuestas de la pregunta 9	79

Índice de figuras

Figura 1	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto comunicadas en el periodo 2007-2018	41
Figura 2	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto comunicadas en el período 2007-2018 en hombres	42
Figura 3	Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto comunicadas en el período 2007-2018 en mujeres.....	43
Figura 4	Asbestosis causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo.....	44
Figura 5	Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo	45
Figura 6	Neoplasias malignas de bronquio y pulmón causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo	46
Figura 7	Neoplasias de laringe causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo.....	47
Figura 8	Mesoteliomas causados por exposición al amianto reconocidos en el período 2007-2018 por sexo.....	48

Resumen ejecutivo



El cáncer laboral constituye hoy en día la primera causa de muerte por el trabajo, siendo responsable en los países desarrollados del 53% de los fallecimientos provocados por la actividad productiva. El amianto o asbesto es el principal cancerígeno laboral y las neoplasias que provoca representan al menos tres cuartas partes de los cánceres profesionales reconocidos en Europa. A pesar de estas evidencias, la percepción social de la potencial etiología laboral del cáncer es muy baja. Un problema que es especialmente acusado en España respecto a otros países europeos. Entre las causas de esta baja concienciación, se ha señalado el papel que juega el infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres atribuibles a la exposición laboral al amianto.

Se han sugerido diversos factores para explicar este alto grado de infra-reconocimiento. En primer lugar, el largo periodo de latencia de las patologías cancerígenas del amianto que determina que se manifiesten una vez producida la jubilación o abandonado el mercado laboral, lo que dificulta tanto la notificación como enfermedad profesional del caso como la posibilidad de que los sistemas de comunicación de sospecha de patología profesional del Sistema Nacional de Salud lo detecten. En segundo lugar se ha señalado el papel obstaculizador que juegan las mutuas de accidentes y enfermedades profesionales para frenar el reconocimiento basado en el papel contradictorio que juegan, al ser las entidades obligadas a la reparación del daño y, a la vez, las encargadas de su reconocimiento. Un tercer factor explicativo del infra-reconocimiento es la dificultad que los profesionales médicos tienen para indagar la potencial etiología laboral del cáncer. Entre las causas de esta dificultad se han señalado la deficiente formación de los profesionales médicos y los escasos estímulos a la investigación en este ámbito. Por último, desde las ciencias sociales se habla de una invisibilidad socialmente construida. La cultura experta ha promovido procesos de naturalización e individuación del riesgo que tienden a reforzar el protagonismo de la susceptibilidad o resistencia individuales en la construcción del riesgo. Estos procesos han permitido elaborar una representación dominante del cáncer como enfermedad relacionada con estilos de vida y comportamientos de riesgo, lo que dificulta el establecimiento de la asociación causal con la actividad laboral por parte de los profesionales médicos y de los propios afectados.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el peso de los distintos factores involucrados en el infra-reconocimiento de los cánceres del amianto por el sistema español de Seguridad Social (2007-2016). Para ello, cuantificamos los niveles de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto durante el periodo de estudio, exploramos los procesos de desestimación de solicitudes de contingencia de enfermedad profesional presentadas al INSS por esta causa, evaluamos el impacto de los convenios de colaboración suscritos por el INSS con las distintas comunidades autónomas para la

realización de actuaciones conjuntas en esta materia y analizamos el papel de la formación médica en la capacitación de los estudiantes y profesionales de la medicina para la sospecha y el reconocimiento de los riesgos cancerígenos del amianto. Para ello, nuestro estudio ha combinado metodologías cuantitativas con acercamientos cualitativos propios de las ciencias sociales.

Para la estimación del grado de infra-reconocimiento hemos recopilado, en primer lugar, las enfermedades profesionales seleccionadas declaradas a través del Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional en los años 2007 a 2018, proporcionados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Las asbestosis son las enfermedades profesionales más frecuentes todos los años estudiados, con 697 casos, seguidas de los mesoteliomas, con 316 casos reconocidos. El cáncer de laringe aparece a partir del año 2016, tras su inclusión en el Anexo I del Cuadro de enfermedades profesionales en diciembre de 2015, con 4 casos reconocidos ese año. Tanto la tendencia global como por tipo de enfermedad la marcan los hombres, pero los números son tan pequeños que no puede apreciarse ningún patrón que la defina. Cabe destacar, otra vez, el ínfimo número de casos reconocidos de estas patologías en las mujeres trabajadoras.

El grado de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto atribuibles a exposiciones laborales ha sido estimado a partir de las estadísticas de mortalidad por causa de muerte en España, que publica y difunde el Instituto Nacional de Estadística. Para ello, hemos aplicado las fracciones de cáncer atribuible a la exposición laboral al amianto publicadas por Rushton et al (2012), para estimar el número de muertes por cáncer de pulmón y mesoteliomas atribuibles al trabajo en España en los años 2007 a 2017, último año para el que se dispone de estadísticas de mortalidad. A partir de esta información, se han realizado dos tipos de análisis: en primer lugar, se ha calculado el número de muertes, por cáncer de pulmón y mesotelioma, atribuibles a la exposición laboral al amianto y, en segundo lugar, se han comparado las cifras resultantes con el número de casos reconocidos como enfermedad profesional, cada uno de los años estudiados. Sólo el 0,44% de los hombres que fallecieron entre 2007 y 2017 en nuestro país por cáncer de pulmón derivado de la exposición laboral al amianto fueron reconocidos como enfermos profesionales. En el caso de los fallecidos por mesotelioma, esta cifra es del 9%. Dentro de este ínfimo nivel de reconocimiento, resulta reseñable que, en el caso del cáncer de pulmón, el porcentaje haya pasado de ser 0,06% en el año 2007 a 0,7% en el 2017. Este incremento no se observa para el mesotelioma, cuyas cifras oscilaron alrededor del 9% todo el periodo de estudio, con un máximo de 15,9% en el año 2011. Sólo el 0,05% de las mujeres que fallecieron entre

2007 y 2017 en nuestro país por cáncer de pulmón derivado de la exposición laboral al amianto fueron reconocidas como enfermas profesionales. En el caso de las fallecidas por mesotelioma, esta cifra es del 0,9%, confirmando que el reconocimiento, en el caso de las mujeres trabajadoras, es absolutamente irrelevante, casi inexistente.

En nuestro país desconocemos el porcentaje de afectados de cáncer laboral que no solicitan la contingencia de enfermedad profesional. En Francia, un país que cuenta con registro nacional de mesoteliomas, se estima que el 40% de los afectados por mesotelioma atribuible a exposición laboral al amianto no solicitan el reconocimiento como enfermedad profesional. Todo apunta a que el porcentaje de afectados en España que no solicitan contingencia es más elevado. Hemos centrado nuestras pesquisas en identificar los motivos de no calificación de la contingencia como laboral. Para ello, hemos reconstruido los itinerarios que se siguen para la sospecha, comunicación y reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres del amianto mediante el análisis de un número reducido pero significativo de casos proporcionados por bufetes especializados. Se han diseñado dos cuestionarios para distribuir entre médicos inspectores de los EVIs del INSS y médicos de mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, respectivamente, para identificar las dificultades que rodean este proceso y conocer los principales motivos aducidos para la no calificación como contingencia profesional de los cánceres del amianto. Lamentablemente, aún no ha sido posible conseguir los permisos del INSS ni de las mutuas contactadas para realizar la encuesta entre los profesionales señalados. A la espera de conocer los resultados de la encuesta, la acreditación de la exposición laboral al amianto parece ser la causa principal de desestimación de contingencia. El desconocimiento generalizado entre los trabajadores y la negativa de las empresas a reconocer o proporcionar registros de exposición son un hándicap de primer nivel en este asunto. A ello se une el uso tan rígido que se suele hacer de la lista, utilizándose casi como una lista cerrada. Son frecuentes las referencias a desestimaciones porque la actividad de la empresa no estaba encuadrada entre las actividades con riesgo de amianto contempladas en el Real Decreto 1299/2006. Conviene recordar que éste contempla las “Principales actividades capaces de producirlas”, principales, no únicas. Y el listado está lleno de etcéteras, lo que lleva implícito que pueden tener encaje otras actividades.

La evaluación del impacto de los convenios suscritos para la realización de actuaciones conjuntas en relación con los trabajadores afectados de patologías derivadas de la utilización laboral del amianto se ha realizado mediante el diseño de dos cuestionarios específicos. El primero destinado a los responsables de Salud Laboral de las Consejerías de Salud de las 13 comunidades autónomas que disponen de convenio con el INSS (Madrid, Navarra, Castilla y León,

Galicia, Valencia, País Vasco, Aragón, Murcia, La Rioja, Islas Baleares, Asturias, Castilla La Mancha, y Cataluña). El segundo cuestionario, que no han podido cumplimentar hasta la fecha, está dirigido a los responsables de los grupos técnicos del INSS que participan en dichos convenios. Se han recibido 9 respuestas al cuestionario remitido a los responsables de Salud Laboral de las Consejerías de Salud, 8 de ellas procedentes de comunidades con convenio con el INSS. Sólo 2 de los 8 responsables valoran que el convenio haya favorecido un incremento en el número de casos calificados positivamente por el INSS y solo 3 de los 8 considera que el convenio haya favorecido la presentación de solicitudes de contingencia por parte de afectados en situación de jubilación. Un 50% de los encuestados señalan que el convenio no ha servido para mejorar la comunicación con los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud y sólo el 25% considera que el convenio ha permitido mejorar el conocimiento de los resultados de las valoraciones realizadas por el INSS.

Las respuestas al cuestionario han permitido evidenciar la diversidad de conductas entre comunidades autónomas y por patologías sobre la carga de enfermedad aflorada en el marco del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos al Amianto (PIVISTEA). En el caso de los mesoteliomas pleurales diagnosticados en el programa, solo el 66,7% de los encuestados señalan que remitieron para calificación a los EVIs más del 90% de los casos, mientras el 22,2% remitieron menos del 40%. En el caso de los cánceres de pulmón diagnosticados, sólo el 25% de los encuestados señala que remitió más del 90% de los casos. Esta respuesta contrasta con el 37,5% de los encuestados que señalan que remitieron a calificación menos del 10% de los casos de cáncer de pulmón diagnosticados. Entre las explicaciones que los encuestados proporcionan para la no remisión de casos existe una importante dispersión, siendo únicamente significativas las respuestas relativas a las dificultades para acreditar la exposición laboral. De los casos de cánceres por amianto diagnosticados en el PIVISTEA y remitidos a calificación, los motivos de desestimación del INSS son variados aunque las respuestas de los encuestados apuntan a que el principal problema es la dificultad para acreditar la exposición laboral (77,7%). En relación con ello también se señala la interpretación restrictiva que realizan algunos EVIs al considerar que la profesión de la persona expuesta no estaba incluida entre las consideradas con riesgo de exposición, algo que no está contemplado en la legislación. En segundo lugar, el 44,4% señala como causa el hábito tabáquico de la persona afectada, que sigue operando como un factor que oscurece (o exime) del origen laboral de la dolencia. Respecto al mayor infra-reconocimiento de estas dolencias entre las mujeres, un 88,8% de los encuestados considera como alta o muy alta la atribución de esa mayor invisibilidad a las dificultades que tienen los profesionales médicos para

sospechar el potencial origen laboral de estos cánceres cuando se trata de mujeres. Un 77,7% valora como alta o muy alta la explicación de que bastantes casos se deben a exposiciones domésticas que no son susceptibles de contingencia profesional. Por último, un 55,5% apunta a que las mujeres no han estado expuestas laboralmente al amianto en la misma medida que los hombres y un 66,6% a que el abandono más frecuente y precoz el mercado laboral por parte de las mujeres las hace menos conscientes de sus antiguas exposiciones laborales. Así mismo, un 66,6% de los encuestados muestra un alto o muy alto nivel de acuerdo con que la lista de enfermedades profesionales especifica sectores y actividades eminentemente masculinos.

El estudio del nivel de conocimientos y sensibilización sobre patologías causadas por el amianto que tienen los profesionales médicos españoles se ha realizado a través de un cuestionario cumplimentado por una muestra escogida aleatoriamente de estudiantes de la Universidad de Granada, así como profesionales médicos procedentes de centros asistenciales de la misma ciudad (n=97). Para el diseño de la muestra, se procedió a dividir a los participantes en segmentos que permitieran establecer diferencias significativas en sus etapas de formación y actividad profesional. Los residentes y facultativos especialistas fueron seleccionados por conveniencia de entre las especialidades que tienen mayor implicación en la posible identificación y prevención de las patologías del amianto en el ámbito asistencial: Medicina de Familia y Comunitaria, Neumología, Radiología y Oncología Médica.

Los resultados de la encuesta indican que más de la mitad de la muestra (55,7%) opina que su nivel de conocimientos sobre patología laboral es bajo o muy bajo. El porcentaje de encuestados de esta misma opinión se eleva al 72% cuando se trata de valorar su capacitación para sospechar el posible origen ocupacional del cáncer. Se trata de un hallazgo consistente con los trabajos que señalan la poca prioridad otorgada a la salud laboral en los estudios de grado, así como el bajo nivel de conocimientos de algunas especialidades, de forma destacada los médicos de familia, para sospechar y establecer una potencial relación causal entre condiciones de trabajo y cáncer. La opinión de los entrevistados sobre su nivel de conocimientos de patología laboral mejora significativamente en los profesionales médicos con respecto a los estudiantes. El tamaño de la muestra impide extender el análisis a la diferencia de percepciones entre las distintas especialidades, que es una de las líneas de desarrollo futuro de este trabajo. Los resultados que evalúan el nivel de conocimientos de los entrevistados sobre patologías ligadas al amianto y grupos de riesgo de exposición muestran diferencias importantes. Las tres patologías fundamentales ligadas a la exposición al asbesto —cáncer de pulmón, mesotelioma pleural y asbestosis— son bien identificadas por el 79,6%,

87,6% y 88,7%, respectivamente, de los entrevistados. No obstante, solo un 34% de los entrevistados atribuyen al amianto más del 80% de los casos de mesotelioma pleural en hombres. Es importante destacar que la fracción atribuible a exposición al amianto en hombres de esta patología es el 97%, por lo que la asociación debería ser prácticamente automática. Resulta especialmente destacado el nivel de identificación del cáncer de pulmón, la patología con más incidencia. La fracción atribuible a origen laboral para el cáncer de pulmón en hombres se sitúa en el 21,1%, siendo el amianto una de las principales causas pero no la única (Rushton et al, 2012).

Más acusadas resultan las carencias detectadas sobre el nivel de identificación de los colectivos de riesgo. Salvo los trabajadores del fibrocemento y el aislamiento, el resto de los colectivos laborales expuestos al amianto en el pasado o en el presente no son adecuadamente identificados. Sectores de riesgo como la construcción naval, la industria metalúrgica, la construcción automovilística o la construcción y reparación de material ferroviario que han expuesto a un número importante de trabajadores en nuestro país son identificados deficientemente. Se trata, no obstante, de sectores con una escasa implantación en el tejido industrial de la provincia de Granada, donde se han formado y/o ejercen la práctica totalidad de los encuestados. Aunque tampoco en nuestra provincia ni en Andalucía Oriental han existido fábricas de fibrocemento, el carácter ubicuo de este material en nuestro entorno urbano y rural supone una diferencia considerable. Algunas ocupaciones, como es el caso de los fontaneros (que sigue siendo hoy en día una de las profesiones expuestas al amianto instalado), los empleados de talleres de reparación de vehículos a motor o los trabajadores de empresas de limpieza y planchado (un sector con un alto nivel de feminización) son deficientemente identificados por los encuestados, a pesar de sus evidentes riesgos de exposición. Es también reseñable el desconocimiento de los encuestados de la existencia de exposición paraocupacional. Sí existe un nivel alto de identificación de exposición ambiental entre los vecinos de fábricas de fibrocemento, abundando en la alta asociación entre este tipo de productos y el amianto en España.

Se proponen las siguientes recomendaciones para la mejora del sistema de reconocimiento de los cánceres del amianto como enfermedades profesionales en nuestro país:

1. Aunque carecemos de evidencias cuantitativas, la literatura internacional y los datos aportados por los encuestados apuntan a que el grueso del infra-reconocimiento se produce por falta de solicitud de contingencia. Ante la carencia de un Registro Nacional de Mesoteliomas, nuestra recomendación es potenciar el

PIVISTEA, el instrumento que ha permitido en nuestro país aflorar la mayor carga de enfermedad asociada al amianto. La búsqueda activa de casos debe extenderse a los registros autonómicos de tumores. Por otro lado, es imprescindible que el INSS y las Mutuas actúen con transparencia e informen de las solicitudes de contingencia realizadas. Los sindicatos y las asociaciones de víctimas pueden desempeñar un importante papel ayudando con los trámites de solicitud de contingencia.

2. Para incrementar el porcentaje de reconocidos entre los aflorados por el PIVISTEA deben extenderse a todas las CC.AA. los convenios de colaboración con el INSS y mejorar su funcionamiento:
 - a. Los EVIs deben valorar de oficio los casos detectados en el PIVISTEA (no exigir que la solicitud la realice el afectado).
 - b. El INSS debe mejorar la transmisión de información a las Consejerías de Salud para conocer la resolución de los casos y, de esta forma, las razones de desestimación.
3. El principal factor limitante que hemos identificado para la calificación de contingencia profesional es la acreditación de la exposición laboral por lo que deben mejorarse y simplificarse los procedimientos para acreditar la exposición laboral. Debe exigirse al INSS una menor rigidez para acreditarlo. Frente a la exigencia de prueba documental o admisión de la exposición por parte de la empresa debe admitirse que ha habido exposición en los casos en que el trabajador hubiese estado empleado en una empresa cuya actividad en esos años implicase habitualmente el manejo de amianto, aunque la empresa lo niegue o manifieste desconocerlo.
4. Mejorar el sistema de notificación español y la comunicación entre el personal médico que puede emitir un diagnóstico de sospecha (profesionales del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención) y aquéllos que tienen la competencia para calificar la contingencia como enfermedad profesional (mutuas e INSS). Debe profundizarse en la línea que han emprendido diversas CC.AA. de dotar a los profesionales del SNS de ayudas informáticas en su sistema habitual de gestión de la información clínica para que, ante determinados diagnósticos, se sospeche la etiología laboral.

5. Es prioritario combatir con campañas de información y sensibilización el principal factor confusor que contribuye a invisibilizar el cáncer de pulmón y de laringe atribuible al amianto: el hábito tabáquico. La acción, especialmente dirigida a los calificadoros del INSS y las mutuas, debería destacar que la combinación entre exposición al amianto y consumo de tabaco multiplica la posibilidad de padecer estas neoplasias pero que en todo caso, el consumo de tabaco no afecta al principio que rige en nuestra normativa: si el padecimiento está incluido en la lista de enfermedades profesionales la víctima no tiene que probar la relación causal, siendo irrelevantes a efectos de la compensación los estilos de vida de los afectados.

6. Potenciar la capacitación de los profesionales de la medicina, con especial atención a los médicos de atención primaria, en el campo de los cánceres profesionales. Las actividades docentes deben ir encaminadas a reforzar la atención a los antecedentes ocupacionales en la historia clínica, a la mejora de las habilidades de recogida de información sobre exposiciones profesionales (especialmente en casos de empleo en sectores no tradicionales de riesgo) y a favorecer el acceso regular a recursos informativos actualizados. Todo ello estimularía un aumento de las comunicaciones de sospecha por parte de los profesionales del SNS y potenciaría la autopercepción de los profesionales de la atención primaria como integrantes del sistema de prevención de riesgos laborales.



1. LA INVISIBILIDAD SOCIAL DE LOS CÁNCERES DEL AMIANTO

1.1. Las razones de la invisibilidad

El cáncer laboral constituye hoy en día la primera causa de muerte por el trabajo, siendo responsable en los países desarrollados del 53% de los fallecimientos provocados por la actividad productiva (Takala, 2015). Según la Oficina Internacional del Trabajo, casi el 8% de las muertes por cáncer en la Unión Europea son atribuibles a las exposiciones laborales, con una clara tendencia al incremento de la mortalidad por esta causa. En la propia Unión Europea, el cáncer ocupacional provocó 102.500 fallecimientos en 2011 y 106.300 en 2015 (Iavicoli et al, 2019; Grégoire, Vogel, 2018).

El amianto o asbesto es el principal cancerígeno laboral (Boffetta, Merler, 1999). Además de cáncer broncopulmonar y mesoteliomas (en todas sus localizaciones: pleura, peritoneo, pericardio y la túnica vaginal del testículo), la exposición al amianto es causante de carcinomas de laringe y ovario (Villanueva Ballester, García Gómez, Martínez Vidal et al, 2013). También hay evidencia, en estos casos limitada, para su asociación con otros cánceres del aparato digestivo, tales como el colorectal, faríngeo y del estómago (Straif, 2009). Las estadísticas de mortalidad de la OMS reflejan que en Europa se han producido el 56% de todos los fallecimientos por mesotelioma registrados en el mundo, a pesar de que en ella sólo habita el 13% de la población mundial. Un doloroso legado consecuencia del consumo en nuestro continente de más del 55% de todo el asbesto comercializado a nivel mundial hasta la década de los ochenta del siglo pasado (Kameda et al, 2014).

El mesotelioma, en tanto que enfermedad específica causada por el amianto, es empleada como el principal indicador de la carga de enfermedad cancerígena asociada a la exposición (Furuya et al, 2018). Entre 2007 y 2011 fallecieron en España 1.297 personas por mesotelioma pleural (García Gómez, Menéndez-Navarro, Castañeda López, 2015). Las últimas estimaciones realizadas para nuestro país prevén que entre 2016 y 2020 fallezcan un total de 1.319 personas debido a este tipo de cáncer (López-Abente, García Gómez, Menéndez-Navarro et al, 2013). A ello hay que sumar las muertes por cáncer de pulmón, mesoteliomas de otras localizaciones, cáncer de laringe y de ovarios atribuibles a exposiciones laborales al amianto. De los 101.906 fallecidos por cáncer de bronquios y pulmón en España entre 2007 y 2011, 4.076 muertes se deberían a exposiciones laborales al amianto

(García Gómez, Menéndez-Navarro, Castañeda López, 2015). Las mismas estimaciones señalan que el pico máximo de carga de enfermedad por esta causa en España se alcanzará en 2020, aunque continuarán produciéndose fallecimientos debidos a la exposición al amianto hasta el año 2040 (López-Abente, García Gómez, Menéndez-Navarro et al, 2013). Estas estimaciones arrojan cifras de mortalidad inferiores a las realizadas por el *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME) que emplea la mortalidad por mesotelioma como indicador de la mortalidad total por cánceres del amianto. IHME ha estimado en 85.948 el número de fallecimientos por cánceres del amianto en la Unión Europea (EU28) en 2016. España, con 4.932 muertes, ocupa la quinta posición en número de fallecidos, detrás de Reino Unido, Italia, Alemania y Francia (Furuya et al, 2018).

A pesar de estas evidencias, la percepción social de la potencial etiología laboral del cáncer es muy baja. Específicamente, la amenaza a la salud pública que supone el amianto sigue siendo poco comprendida por la ciudadanía, incluso entre los grupos de riesgo (Douglas, Van den Borre, 2019). Este no es un problema privativo de España aunque en nuestro país el nivel de concienciación es significativamente inferior al de países de nuestro entorno como Francia e Italia. ¿Cómo podemos explicar esta baja percepción social en España? ¿Por qué los riesgos cancerígenos del amianto no han calado en la sociedad en la misma proporción que los riesgos cancerígenos del tabaco o los de la exposición solar?

En España han operado y operan muchos de los factores que han sido señalados por los estudiosos a nivel internacional para explicar esa baja concienciación. En primer lugar hay que señalar los efectivos procesos de ocultación del riesgo llevados a cabo históricamente por las empresas del sector. A través de diversas estrategias, las empresas del amianto han logrado limitar la producción y circulación de las evidencias científicas sobre sus efectos nocivos a la salud (Henry, 2007; Báez Baquet, 2014). La promoción de investigación científica orientada a cuestionar las evidencias sobre los efectos nocivos del amianto o a crear incertidumbre sobre los mismos también ha contribuido al retraso en la consecución de consensos científicos y, por tanto, a limitar la concienciación social sobre los riesgos del amianto (Michaels, 2008). También se ha señalado que la carga de enfermedad del amianto ha afectado de forma más intensa a grupos sociales con menor poder político (McCulloch, Tweedale, 2008).

El largo periodo de latencia de las patologías cancerígenas del amianto también ha sido señalado como un factor determinante de esa pobre percepción. En muchos casos, los cánceres no se manifiestan hasta la edad de jubilación lo que dificulta el establecimiento de la relación causal con la exposición laboral. El 52% de las muertes por mesotelioma ocurridas en EE.UU. entre 1999 y 2015 se registraron en personas mayores de 74 años (Ronda, 2019). En nuestro país, la edad media de fallecimiento por mesotelioma entre 1994 y 2010 fue de 64,8 años, casi cinco años inferior a la media en los países de la Región Europea de la OMS (69,4 años) (World Health Organization, 2013). El abandono de la actividad laboral condiciona, además, que los afectados tengan menos posibilidades de ser tomados en consideración y detectados por los sistemas tradicionales de comunicación y reconocimiento de enfermedad profesional. Además de la dificultad para sospechar el origen laboral, se ha señalado que la aceptación del riesgo suele ser mayor y la adopción de medidas de prevención más tardía e ineficaz cuando los efectos negativos de una exposición no resultan evidentes a corto plazo (Douglas, Van den Borre, 2019).

Un tercer factor clave para entender el fenómeno de la poca conciencia social es el extendido infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres atribuibles al trabajo, un fenómeno sobre el que existe un amplio consenso internacional. Se calcula que menos de un 10% de los cánceres profesionales son reconocidos e indemnizados en los principales países de Europa occidental (Mengeot, Musu, Vogel, 2007). El infra-reconocimiento y la consecuente minusvaloración de la gravedad del problema son considerados debilidades que lastran las políticas preventivas frente al cáncer laboral (Eurogip, 2018).

Los cánceres del amianto representan al menos tres cuartas partes de los cánceres profesionales reconocidos en Europa (Mengeot, Musu, Vogel, 2007). El último informe Eurogip con datos de reconocimiento en nueve países europeos (España no incluida) correspondientes a 2016 confirma esa preponderancia. Por ejemplo, solo los mesoteliomas representan más de un tercio de los cánceres reconocidos como laborales en Dinamarca, más de la mitad en Austria e Italia, dos tercios en Bélgica, casi el 90% en Suiza y prácticamente la totalidad en Suecia (Eurogip, 2018). En nuestro país, para el periodo 1997-2011, los cánceres causados por el amianto han representado de media el 76% del total de cánceres profesionales reconocidos como enfermedad profesional (García Gómez, Menéndez-Navarro, Castañeda López, 2015). A pesar de esta preponderancia, los cánceres del amianto también están sometidos a un elevado nivel de infra-reconocimiento y los datos de casos indemnizados no consiguen reflejar la verdadera carga de enfermedad neoplásica asociada al amianto (Mengeot, Musu, Vogel, 2007).

España es uno de los países europeos con mayores diferencias entre el número de casos de cáncer profesional registrados como enfermedades profesionales y la incidencia real de cánceres laborales (Eurogip, 2006; Kogevinas, 2008). A pesar de la inclusión en el listado de enfermedades profesionales español de numerosos agentes causales de cáncer, el número de éstos notificados como de origen laboral es mínimo. Un problema que es extensivo a los cánceres del amianto. Desde 1978, fecha de inclusión del mesotelioma y del cáncer de pulmón en la lista española de enfermedades profesionales, hasta el año 2015, el sistema de la Seguridad Social ha reconocido 285 cánceres causados por el amianto como profesionales en España. El 73,6% de ellos (210 casos) han sido reconocidos en los últimos 6 años. El estudio más comprensivo del infra-reconocimiento de los cánceres del amianto realizado hasta ahora estima que menos del 5% de los cánceres del amianto son reconocidos por la Seguridad Social. Sólo el 6,4% de los hombres y el 4,4% de las mujeres que fallecieron entre 2007 y 2011 en nuestro país por mesotelioma pleural atribuible a exposición laboral al amianto fueron reconocidos como enfermos profesionales. La tasa de infra-registro de los fallecidos por cáncer de bronquio y pulmón atribuibles a exposición laboral al amianto en ese mismo periodo fue del 98,8% (García Gómez, Menéndez-Navarro, Castañeda López, 2015).

El infra-reconocimiento de estas patologías priva a las víctimas de sus derechos en términos de prestaciones. La calificación como enfermedad común en lugar de como profesional imposibilita a las personas afectadas acceder a prestaciones y compensaciones económicas y a un tratamiento sanitario diferenciado (cobertura íntegra de gastos no cubiertos por enfermedad común, medicamentos gratuitos, subsidios por incapacidad temporal o permanente superiores, posibilidad de solicitar recargo de prestaciones a la empresa causante o indemnización vía civil en caso de que se acredite falta de medidas de prevención, etc.) (Cavas Martínez, 2016).

El reconocimiento de una patología como enfermedad profesional implica, además, la obligación empresarial y pública de investigar sus causas. El infra-reconocimiento del origen laboral de estas patologías contribuye por tanto a distorsionar las estadísticas de enfermedades profesionales y limitan la definición y aplicación de políticas de prevención y concienciación. El afloramiento de casos y su reconocimiento como enfermedad profesional contribuye a visibilizar los grupos de riesgo, que son los principales destinatarios de esas políticas. No hay que olvidar además que esas políticas pueden beneficiar al resto de la ciudadanía. Un mejor conocimiento por parte de la población de los usos del amianto, sus riesgos, su identificación y de cómo proceder para su eliminación podría contribuir a

reducir sustancialmente nuevas exposiciones accidentales (Douglas, Van den Borre, 2019). Se estima en casi dos millones de toneladas métricas el amianto instalado en edificios, conducciones y aislamientos construidos entre 1960 y 1990 en nuestro país. De ellas, casi 1,5 millones de toneladas llegaron al final de su vida útil (40 años) en 2020 (Puche, 2017). Conviene señalar que nuestro país carece de una estrategia nacional para evitar la exposición ambiental al amianto entre la población general (World Health Organization, 2013). Sólo el Gobierno de Navarra ha adoptado, en marzo de este año, un Plan director de eliminación del amianto en Navarra a desarrollar en los próximos doce años (Plan Director de eliminación del amianto en Navarra, 2019).

El infra-reconocimiento tiene un impacto negativo en el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la medida en que los costes de la asistencia directa e indirecta a los afectados laborales no reconocidos como enfermos profesionales son asumidos por el SNS en lugar de correr a cargo de las entidades que aseguran el riesgo (mutuas e Instituto Nacional de la Seguridad Social). Los costes de la carga de enfermedad causada por el amianto son especialmente altos en la UE. Los costes derivados de la asistencia directa a los afectados del amianto, de la muerte y retiro prematuro y de la pérdida de capacidad productiva han sido estimados un 0,7% del PIB. Si aplicamos el Valor Estadístico de la Vida (VEV) empleado por la Comisión Europea de 4 millones de euros por cada fallecimiento por cáncer, se estima en 340.000 millones de euros el coste de la exposición laboral al amianto en la UE28 (Furuya et al, 2018).

En nuestro país aún no disponemos de una visión de conjunto de dichos gastos. Los estudios disponibles se limitan a la estimación de los costes sanitarios directos sin contemplar los costes indirectos ni laborales. Los costes sanitarios directos estimados de los cánceres laborales en España en 2013 ascendieron a más de 158 millones de euros, con una distribución desigual para hombres y mujeres. El coste sanitario directo en los hombres representó el 80% del gasto (126.511.615,7 euros) y el de 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, el mayor porcentaje del gasto correspondió a la asistencia especializada (ingresos hospitalarios y consultas ambulatorias) con el 64,2% (101.507.221,03 euros). Los costes de farmacia representaron el 33,5% (52.986.783,68 euros) y la atención primaria de salud el 2,3% (3.654.260,93 euros) (García-Gómez, Menéndez-Navarro, Castañeda López, 2016). Para el caso específico del amianto, el coste la asistencia directa a los afectados laborales por patologías atribuibles al amianto en el SNS español entre 2004 y 2011 ha sido estimado en 464 millones de euros. La asistencia especializada fue responsable

del 50,9% de ese gasto, la atención primaria del 10,15% y el gasto farmacéutico del 38,9%. El cáncer broncopulmonar atribuible a exposición laboral al amianto es la patología profesional que mayor coste asistencial tuvo con 281 millones euros estimados (García-Gómez, Urbanos Garrido, Castañeda López, Menéndez-Navarro, 2017).

1.2. Explorando el infra-reconocimiento

Se han sugerido diversos factores para explicar este alto grado de infra-reconocimiento. En primer lugar, el ya mencionado largo periodo de latencia de las patologías cancerígenas del amianto que determina que se manifiesten una vez producida la jubilación o abandonado el mercado laboral, lo que dificulta tanto la notificación como enfermedad profesional del caso como la posibilidad de que los sistemas de comunicación de sospecha de patología profesional del SNS lo detecten. El periodo de latencia dificulta la sospecha del posible origen profesional de la dolencia para los propios afectados. Los pacientes a menudo desconocen las sustancias cancerígenas a las que están o han estado expuestos a lo largo de su vida laboral. En el caso de trabajadores en activo, también pueden operar resistencias para vincular el problema de salud al trabajo ante el miedo a perder el empleo (Lax et al, 1998). En este sentido, los programas de vigilancia de la salud de los post-expuestos al amianto se han revelado como una importante estrategia para que emerja la patología de origen laboral y mejore su reconocimiento como enfermedad profesional. El Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos al Amianto (PIVISTEA), creado en 2002, incluye procedimientos de búsqueda activa de casos. Desde su puesta en marcha en 2004 hasta 2016 se han registrado 2.526 empresas que realizan o han realizado actividad laboral con amianto, y 56.373 trabajadores que manipulan o en su día manipularon fibras de amianto en su actividad laboral. El 53,9% de ellos (30.387) son trabajadores postexpuestos. El número de enfermedades identificadas ha sido de 6.570, 143 en trabajadores con exposición actual y 6.427 en trabajadores post-expuestos. El programa ha identificado 907 casos de neoplasias causadas por el amianto: 438 casos de neoplasia pulmonar, 404 casos de mesoteliomas, 59 casos de neoplasias laríngeas y 6 casos de cáncer de esófago. El 99,2% de esos diagnósticos se ha realizado en personas post-expuestas. El programa también ha constatado la disparidad entre esos hallazgos clínicos y su reconocimiento como enfermedad profesional. Dicha información está limitada a cinco comunidades autónomas (Aragón, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra). Las patologías cancerígenas con mayores tasas de reconocimiento como enfermedad profesional han sido los mesoteliomas

pleurales y peritoneales (52% y 26,3%, respectivamente). Por su parte, sólo el 11,35% de los cánceres broncopulmonares y el 2,3% de los cánceres de laringe identificados en el programa obtuvieron reconocimiento (Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto, 2018).

En segundo lugar se ha señalado el papel obstaculizador que juegan las mutuas de accidentes y enfermedades profesionales para frenar el reconocimiento basado en el papel contradictorio que juegan, al ser las entidades obligadas a la reparación del daño y, a la vez, las encargadas de su reconocimiento. Su prioridad ha sido siempre la prestación de asistencia sanitaria y siguen desempeñando una labor muy pobre en la identificación y prevención del riesgo (Durán, Benavides, 2004; Rodrigo F, 2007). Su inercia como asociaciones patronales aseguradoras del riesgo laboral (origen de su nacimiento) les lleva a rechazar la asociación de los daños con las exposiciones laborales, en una mal entendida protección de sus asociados, para evitar gastos compensatorios o indemnizaciones y recargos de prestaciones a las empresas causantes.

Un tercer factor explicativo del infra-reconocimiento es la dificultad que los profesionales médicos tienen para indagar la potencial etiología laboral del cáncer. Entre las causas de esta dificultad se han señalado la deficiente formación de los profesionales médicos y los escasos estímulos a la investigación en este ámbito. Los médicos de atención primaria no se auto-perciben como miembros del sistema de prevención de riesgos laborales ni se consideran bien cualificados para desarrollar funciones en esta materia, como identificar el origen laboral de una patología atendida en sus consultas. Entienden que una mejor formación en este ámbito les ayudaría en su labor diaria para visibilizar las enfermedades profesionales (Santibáñez Margüello et al, 2008). Al igual que en países como Francia, el RD 1299/2006, señala la obligación de los médicos de atención primaria de comunicar las sospechas del origen profesional de una patología. Sin embargo, se ha sugerido que el desconocimiento existente entre los profesionales de la medicina del procedimiento para la notificación de enfermedad profesional dificulta que orienten adecuadamente su indagación y juicio clínico (Mengeot, Musu, Vogel, 2007; Gisquet et al, 2011). Resultados similares se han obtenido en el Reino Unido. En este caso, se acredita un elevado porcentaje (75%) de profesionales médicos de atención primaria que interrogaron a sus pacientes sobre su actividad laboral, con un 81% de ellos que incluyeron ese dato en la historia clínica. Los profesionales británicos reclaman un acceso más fácil a los especialistas, entre otros a los médicos del trabajo, como forma de mejorar la gestión de estos problemas (Elms et al, 2005). En el caso francés se ha estudiado con detenimiento el papel de los médicos generales,

caracterizado por una débil participación en los procesos de declaración de patologías ocupacionales (Marchand, 2018). Además de refrendar la escasa cualificación de estos profesionales sobre etiologías laborales, debido al modesto papel que estos temas juegan en su formación y su escaso reconocimiento profesional, se ha señalado que su ejercicio profesional se desarrolla en un cierto aislamiento, con poca comunicación con los especialistas y con escasos incentivos para informar de las enfermedades ocupacionales de las que puedan tener conocimiento (Gisquet et al, 2011). Finalmente, la complejidad del mecanismo médico-administrativo para el reconocimiento de las enfermedades profesionales no favorece su comprensión por los médicos ni por los pacientes y sus familias (Thébaud-Mony, 1991).

Por último, desde las ciencias sociales se habla de una invisibilidad socialmente construida a partir de diferentes procesos condicionados por factores epistemológicos, sociales y políticos que han permitido desproblematizar y despolitizar los debates sobre la salud laboral y el cáncer ocupacional (Henry, 2017). De forma genérica se ha señalado que el conocimiento experto contribuye a forjar una imagen muy restrictiva de los problemas de salud laboral que condiciona una limitada definición médico-legal de la enfermedad profesional. Esta definición de la enfermedad y la confianza en la posibilidad del control tecnológico del riesgo provoca a la postre la subestimación de dichos riesgos. Por otro lado, la encapsulación de los problemas de salud laboral en el ámbito experto técnico-médico-legal tiende a sustraer el control de los riesgos del debate social, generando una desproblematización de la salud laboral que sólo es puesta en entredicho en forma de aparición episódica de «escándalos» o «tragedias», cuyo abordaje suele dejar indemnes los factores estructurales que los provocaron (Menéndez Navarro, 2003; Henry, 2007; Menéndez-Navarro, 2011).

La cultura experta ha promovido procesos de naturalización e individuación del riesgo que tienden a reforzar el protagonismo de la susceptibilidad o resistencia individuales en la construcción del riesgo. En el caso que nos ocupa, estos procesos han permitido elaborar una representación dominante del cáncer como enfermedad relacionada con estilos de vida y comportamientos de riesgo, lo que dificulta el establecimiento de la asociación causal con la actividad laboral por parte de los profesionales médicos y de los propios afectados. La investigación sobre las causas del cáncer privilegia las características individuales identificando a los sujetos de riesgo en base a la predisposición genética en lugar de hacerlo en consideración a las exposiciones a trabajos de riesgo (Thébaud-Mony, 2006). De ello se deriva además una minimización del papel de las exposiciones laborales en

la generación de crecientes desigualdades sociales en salud y mortalidad (Counil, Henry, 2019). Estos procesos estarían operando, por ejemplo, en el caso de afectados de cánceres del amianto que sean o hayan sido fumadores. Se ha descrito que algunos profesionales médicos podrían tener una actitud discriminatoria frente a ellos, en la medida en que estos pacientes están parcialmente estigmatizados al percibirse el cáncer como una dolencia auto infligida o una sanción lógica a una conducta de riesgo. De esta forma los profesionales sanitarios infravalorarían la influencia de factores etiológicos ambientales y laborales y privilegiarían aspectos de la conducta o estilo de vida de los pacientes, limitando sus derechos a la compensación legal del daño (Verger et al, 2008).

A pesar de estos acercamientos parciales, seguimos sin contar con un estudio comprensivo que explore el peso de los distintos factores involucrados en el infra-reconocimiento de este tipo de cánceres en nuestro país, objetivo que aspira a cubrir esta investigación.



2. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el peso de los distintos factores involucrados en el infra-reconocimiento de los cánceres del amianto por el sistema español de Seguridad Social (2007-2016).

Objetivos específicos

1. Cuantificar los niveles de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto atribuibles a exposición laboral para el periodo 2007-2016 en España.
2. Profundizar en el conocimiento de los procesos de desestimación de solicitudes de contingencia de enfermedad profesional por cánceres del amianto presentadas al INSS entre 2007 y 2016 y analizar las causas procedimentales y motivos del rechazo de las solicitudes denegadas.
3. Evaluar el impacto que los convenios de colaboración suscritos por el INSS con las distintas comunidades autónomas para la realización de actuaciones conjuntas en relación con los trabajadores afectos de patologías derivadas de la utilización laboral del amianto han tenido en los niveles de reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres del amianto.
4. Analizar el papel de la formación médica en la capacitación de los estudiantes y profesionales de la medicina para la sospecha y el reconocimiento de los riesgos cancerígenos del amianto.
5. Proponer recomendaciones para mejorar el sistema de reconocimiento de los cánceres del amianto como enfermedades profesionales en nuestro país.

Para cumplir estos objetivos hemos combinado metodologías cuantitativas con acercamientos cualitativos propios de las ciencias sociales. Hemos desarrollado diversos cuestionarios como base de encuestas que se han dirigido a diferentes actores relevantes en los procesos de identificación, diagnóstico, comunicación y calificación de los cánceres del amianto como contingencia profesional.



3. NIVELES DE INFRA-RECONOCIMIENTO DE LOS CÁNCERES DEL AMIANTO ATRIBUIBLES A EXPOSICIÓN LABORAL PARA EL PERIODO 2007-2018

Para poder estimar el grado de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto atribuibles a exposiciones laborales en España, tenemos primero que conocer cuántos han sido reconocidos como enfermedades profesionales.

Los casos a estudio fueron las enfermedades profesionales seleccionadas que han sido declaradas a través del Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional en los años 2007 a 2018, proporcionados en formato electrónico, agrupados, por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Los procesos a estudio han sido los siguientes:

- Asbestosis.
- Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio.
- Neoplasia maligna de bronquio y pulmón
- Mesotelioma sin especificar.
- Mesotelioma de pleura.
- Mesotelioma de peritoneo.
- Mesotelioma de otras localizaciones.
- Neoplasia de laringe.

En las Tablas 1, 2 y 3, se muestra el número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el periodo 2007-2018, en global, en hombres y en mujeres. De los 1.485 casos reconocidos en estos 12 años, el 98% lo han sido en hombres. De las 29 enfermedades reconocidas como profesionales en mujeres, 15 son asbestosis, 4 son afecciones fibrosantes de pleura y pericardio, 1 cáncer de pulmón y 9 mesoteliomas (Tabla 3).

Las asbestosis son las enfermedades profesionales más frecuentes todos los años estudiados, con 697 casos, seguidas de los mesoteliomas, con 316 casos reconocidos. El cáncer de laringe aparece a partir del año 2016, tras su inclusión en el Anexo I del Cuadro de enfermedades profesionales en diciembre de 2015, con 4 casos reconocidos ese año. En 2017 se reconocieron 3 y en 2018, 4 casos.

Tanto la tendencia global como por tipo de enfermedad la marcan los hombres (Figuras 1 a 8), pero los números son tan pequeños que no puede apreciarse ningún patrón que la defina. Cabe destacar, otra vez, el ínfimo reconocimiento de estas enfermedades en las mujeres trabajadoras.

Tabla 1. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el periodo 2007-2018

	Asbestosis	Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesot. sin especificar	Mesot. de pleura	Mesot. de peritoneo	Mesot. de otras localizaciones	Neoplasia de laringe	Total
2007	11	3	2	1	3	0	0	0	20
2008	27	11	5	6	6	0	0	0	55
2009	71	11	5	1	4	1	1	0	94
2010	63	20	12	2	6	0	1	0	104
2011	94	19	27	10	36	1	1	0	188
2012	68	28	27	11	17	1	0	0	152
2013	58	40	20	12	27	1	1	0	159
2014	60	18	22	18	20	0	5	0	143
2015	43	39	16	5	21	0	2	0	126
2016	67	30	19	12	21	2	3	4	158
2017	69	24	25	8	19	1	7	3	156
2018	66	23	15	7	9	4	2	4	130
Total	697	266	195	93	189	11	23	11	1.485

Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Tabla 2. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en hombres

	Asbestosis	Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesot. sin especificar	Mesot. de pleura	Mesot. de peritoneo	Mesot. de otras localizaciones	Neoplasia de laringe	Total
2007	10	3	2	1	3	0	0	0	19
2008	27	11	5	6	6	0	0	0	55
2009	70	11	5	1	4	1	1	0	93
2010	62	20	12	1	6	0	1	0	102
2011	91	19	27	9	36	1	1	0	184
2012	65	28	27	11	16	1	0	0	148
2013	58	38	20	11	27	1	1	0	156
2014	58	18	21	18	19	0	5	0	139
2015	42	39	16	5	21	0	2	0	125
2016	66	28	19	12	19	2	3	4	153
2017	68	24	25	8	19	1	6	3	154
2018	65	23	15	7	8	4	2	4	128
Total	682	262	194	90	184	11	22	11	1.456

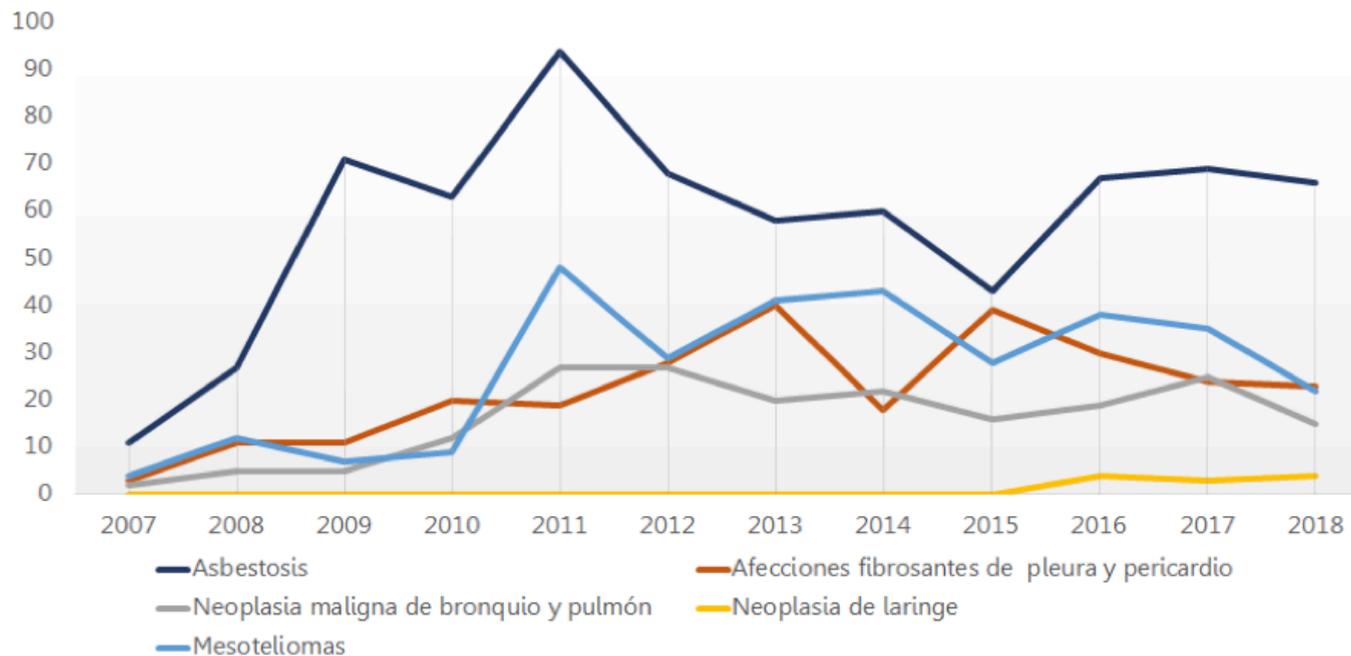
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Tabla 3. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en mujeres

	Asbestosis	Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesot. sin especificar	Mesot. de pleura	Mesot. de peritoneo	Mesot. de otras localizaciones	Neoplasia de laringe	Total
2007	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2010	1	0	0	1	0	0	0	0	2
2011	3	0	0	1	0	0	0	0	4
2012	3	0	0	0	1	0	0	0	4
2013	0	2	0	1	0	0	0	0	3
2014	2	0	1	0	1	0	0	0	4
2015	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2016	1	2	0	0	2	0	0	0	5
2017	1	0	0	0	0	0	1	0	2
2018	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Total	15	4	1	3	5	0	1	0	29

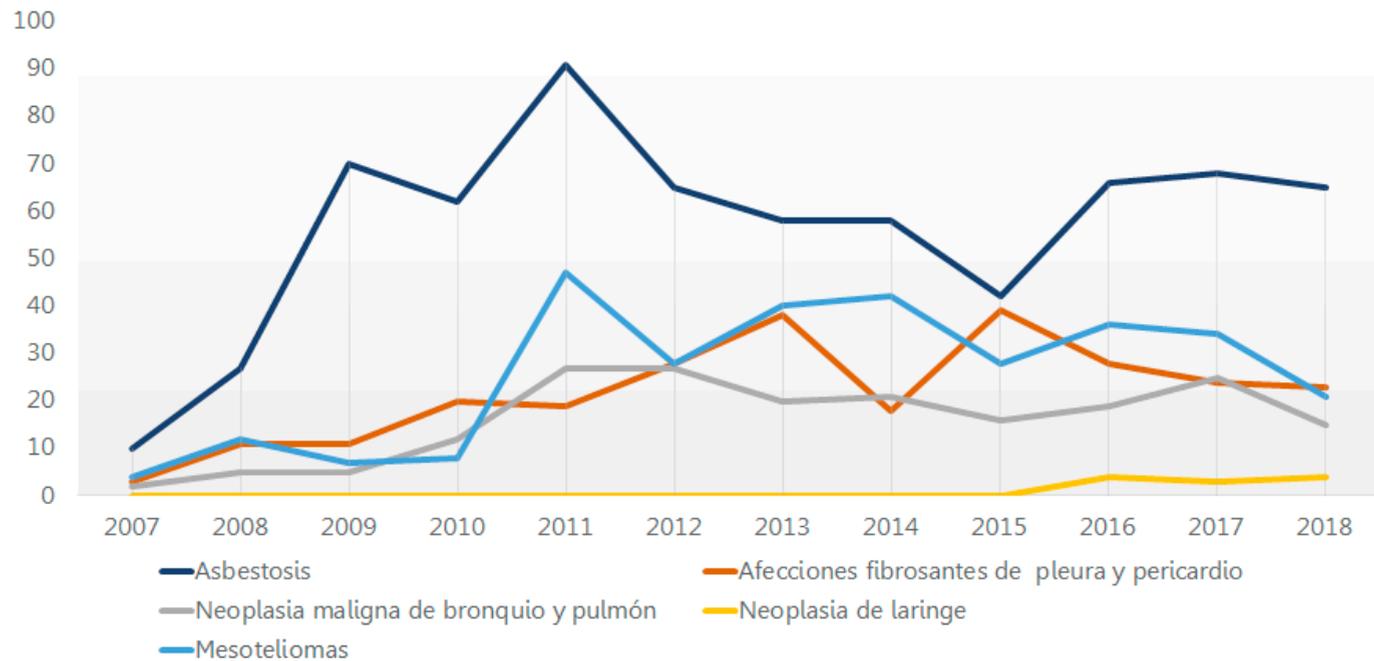
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 1. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el periodo 2007-2018



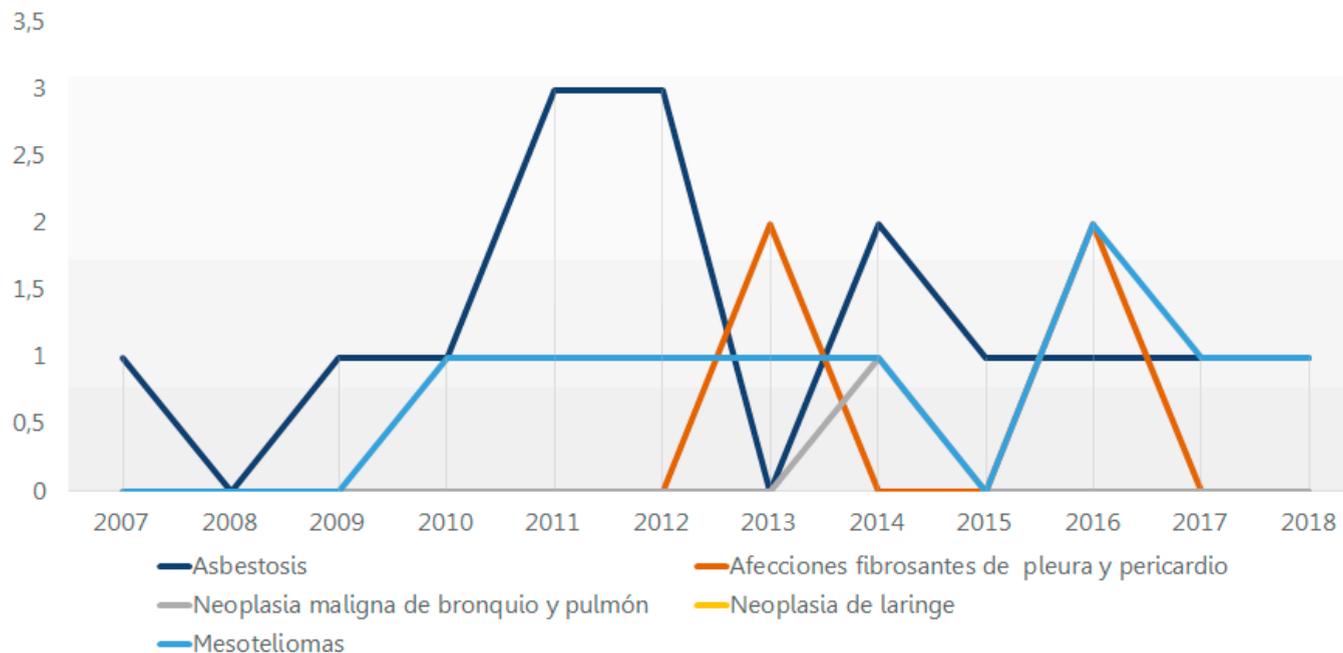
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 2. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en hombres



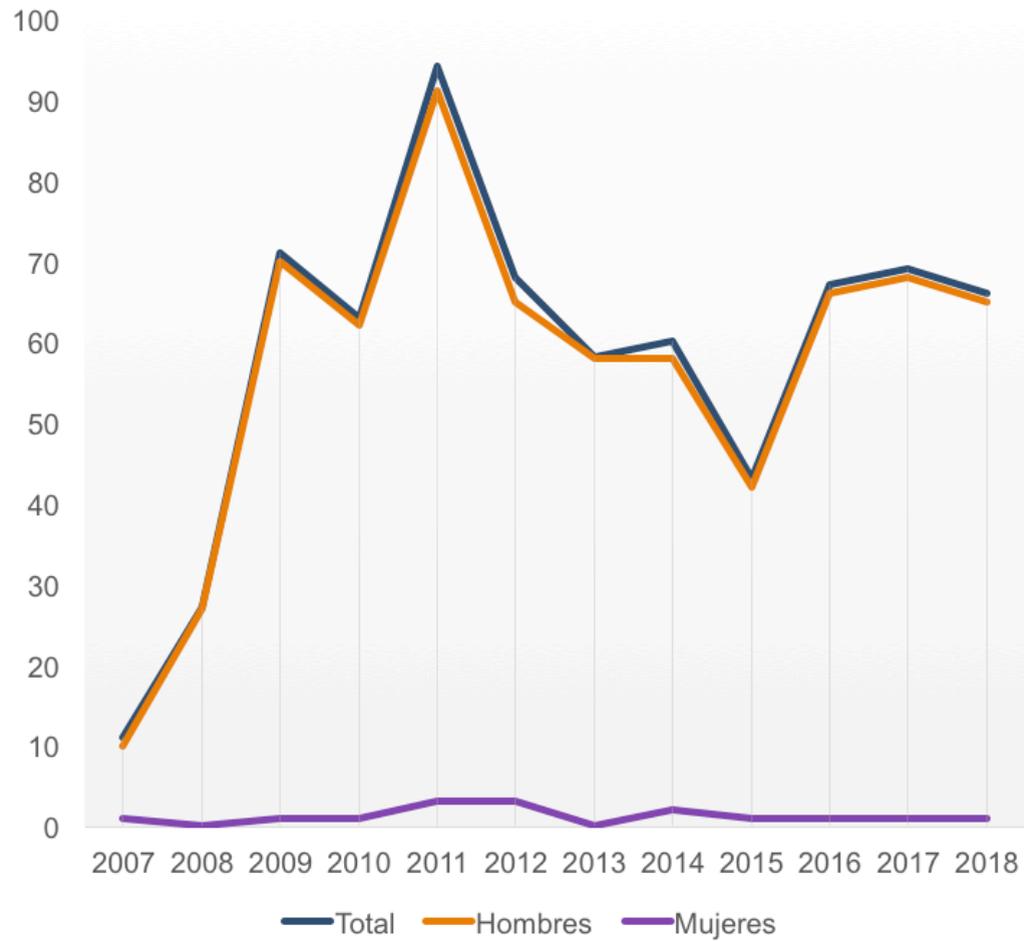
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS)

Figura 3. Número de enfermedades profesionales causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 en mujeres



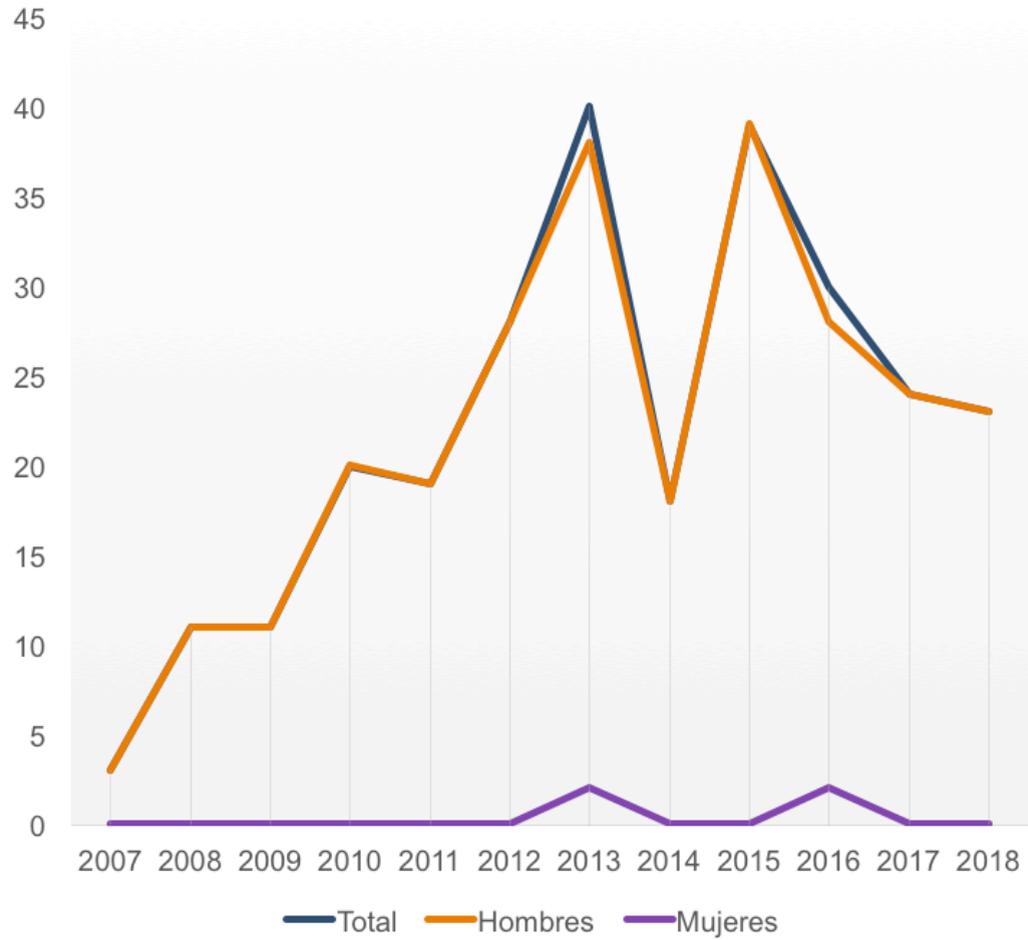
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 4. Asbestosis causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo



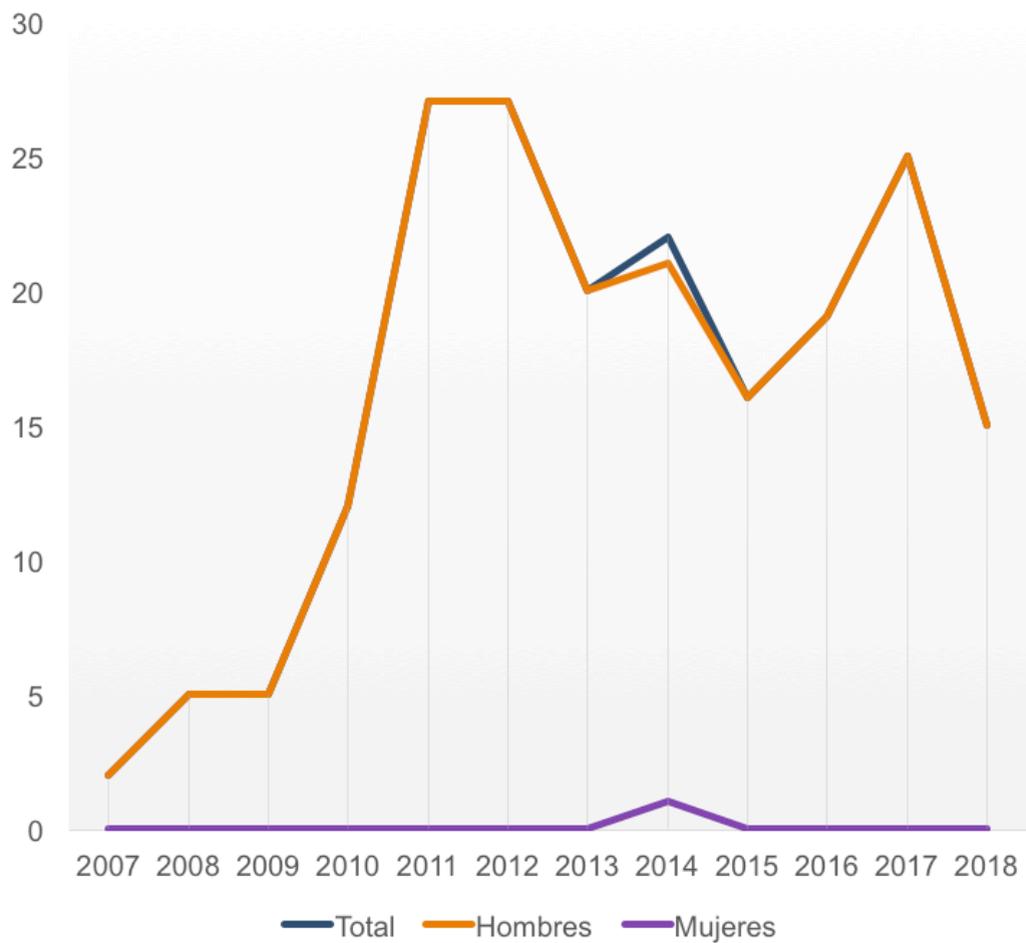
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 5. Afecciones fibrosantes de pleura y pericardio causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo



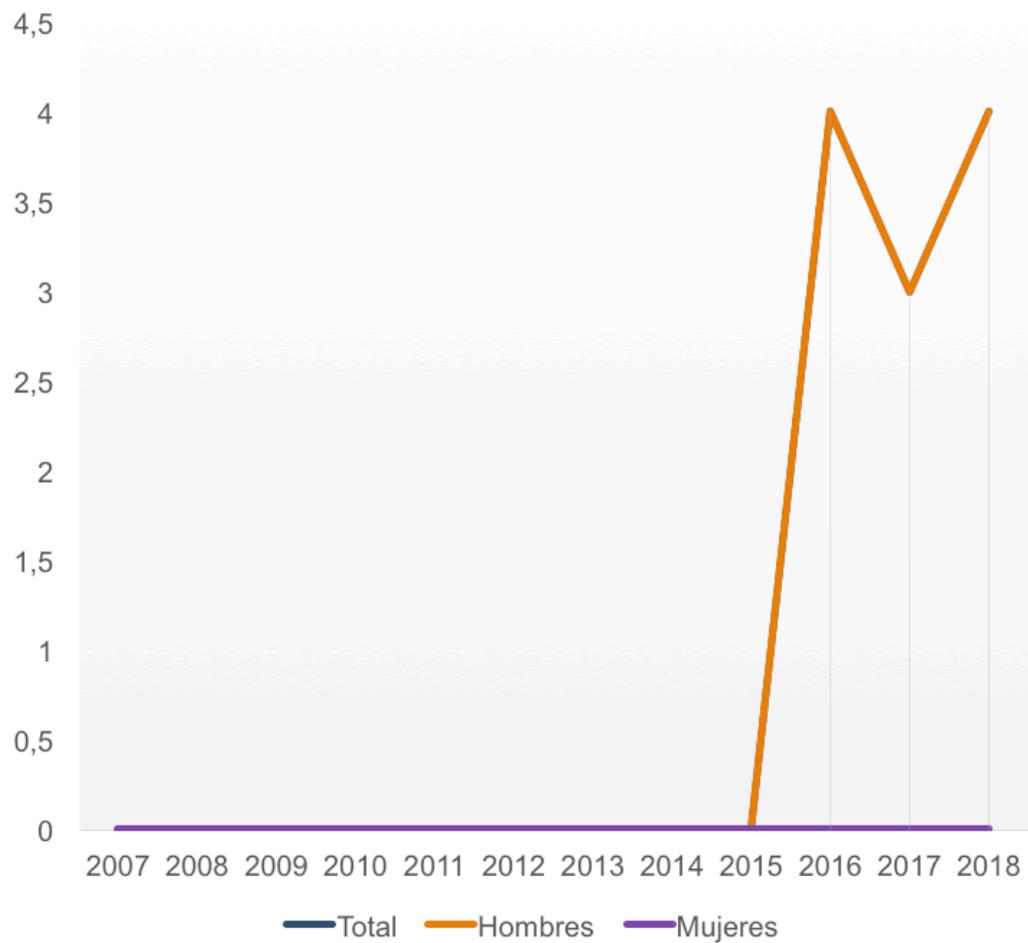
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 6. Neoplasias malignas de bronquio y pulmón causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo



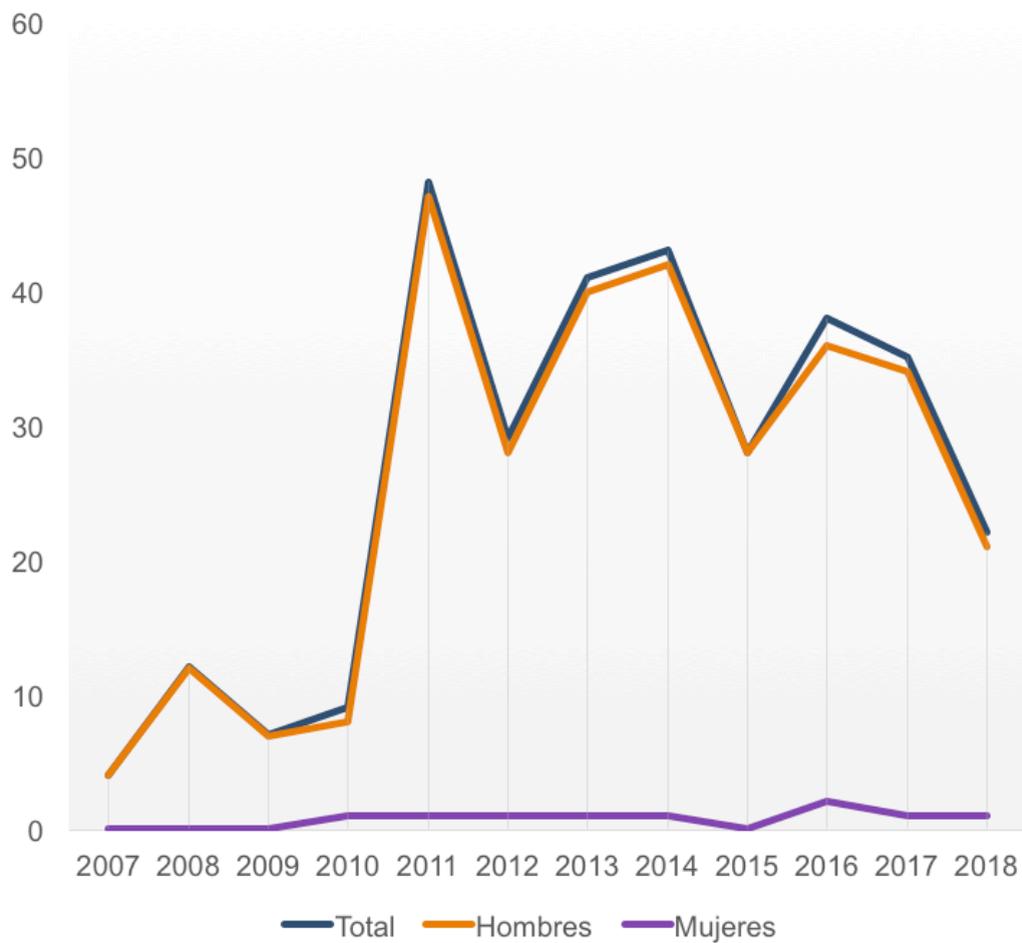
Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 7. Neoplasias de laringe causadas por exposición al amianto reconocidas en el período 2007-2018 por sexo



Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Figura 8. Mesoteliomas causados por exposición al amianto reconocidos en el período 2007-2018 por sexo



Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Una vez conocidos los casos de enfermedad profesional debidos al amianto, podemos estimar el grado de infra-reconocimiento de los cánceres del amianto atribuibles a exposiciones laborales, a partir de las estadísticas de mortalidad por causa de muerte en España, que publica y difunde el Instituto Nacional de Estadística.

Para ello, aplicamos las *fracciones de cáncer atribuible a la exposición laboral al amianto* que se muestran en la Tabla 4, para estimar el número de muertes por cáncer de pulmón y mesoteliomas atribuibles al trabajo en España en los años 2007 a 2017, último año para el que se dispone de estadísticas de mortalidad.

Tabla 4. Matriz de cánceres, códigos CIE-10 y CIE-9 y fracciones de enfermedad atribuibles a la exposición laboral al amianto (en %) por sexo

CIE-10	CIE-9	Tipo de cáncer	Fracción atribuible (%)	
			Intervalo de confianza (95%)	
			Hombres	Mujeres
C33-C34	162	Pulmón	21,1 (19,2-24,7) ¹	5,3 (4,3-6,9) ¹
C45	158,163	Mesotelioma	97 (96-98) ¹	82,5 (75-90) ¹

¹ *Rushton et al, 2012.*

A partir de esta información, se han realizado dos tipos de análisis: en primer lugar, se ha calculado el número de muertes, por cáncer de pulmón y mesotelioma, atribuibles a la exposición laboral al amianto y, en segundo lugar, se han comparado las cifras resultantes con el número de casos reconocidos como enfermedad profesional, cada uno de los años estudiados.

En la Tabla 5 se muestran las defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en hombres, en España, durante los años 2007 a 2017. En la Tabla 6, los cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en hombres durante los mismos años (no incluye neoplasia de laringe) y, en la Tabla 7, la comparación entre ambas cifras, en forma de porcentaje de casos reconocidos como enfermedad profesional entre las defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en hombres.

Tabla 5. Defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en hombres, España 2007-2017

	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	3.625	232	78	134	12	9
2008	3.619	245	72	141	17	16
2009	3.646	260	91	140	17	12
2010	3.647	270	106	140	17	7
2011	3.688	296	109	145	18	24
2012	3.726	327	116	180	18	12
2013	3.705	275	106	140	20	10
2014	3.628	315	129	155	17	14
2015	3.637	307	130	153	15	9
2016	3.713	340	144	167	20	10
2017	3.638	340	136	158	26	20
TOTAL	40.272	3.208	1.215	1.652	200	141

Fuente: INE.

**Tabla 6. Cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en hombres, España 2007-2017
(no incluye neoplasia de laringe)**

	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	2	4	1	3	0	0
2008	5	12	6	6	0	0
2009	5	7	1	4	1	1
2010	12	8	1	6	0	1
2011	27	47	9	36	1	1
2012	27	28	11	16	1	0
2013	20	40	11	27	1	1
2014	21	42	18	19	0	5
2015	16	28	5	21	0	2
2016	19	36	12	19	2	3
2017	25	34	8	19	1	6
TOTAL	179	286	83	176	7	20

Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Tabla 7. Estimación del infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres derivados de la exposición al amianto en hombres, España 2007-2017

	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	0,06%	1,73%	1,29%	2,24%	0,00%	0,00%
2008	0,14%	4,89%	8,36%	4,27%	0,00%	0,00%
2009	0,14%	2,69%	1,10%	2,86%	5,73%	8,59%
2010	0,33%	2,97%	0,95%	4,30%	0,00%	14,73%
2011	0,73%	15,89%	8,28%	24,91%	5,43%	4,12%
2012	0,72%	8,57%	9,45%	8,87%	5,43%	0,00%
2013	0,54%	14,52%	10,40%	19,33%	4,91%	10,31%
2014	0,58%	13,32%	13,95%	12,24%	0,00%	36,82%
2015	0,44%	9,13%	3,85%	13,70%	0,00%	22,91%
2016	0,51%	10,57%	8,36%	11,39%	9,82%	30,93%
2017	0,69%	9,99%	5,89%	12,02%	3,82%	29,46%
TOTAL	0,44%	8,92%	6,83%	10,65%	3,50%	14,22%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE y la DG de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Como podemos observar, sólo el 0,44% de los hombres que fallecieron entre 2007 y 2017 en nuestro país por cáncer de pulmón derivado de la exposición laboral al amianto fueron reconocidos como enfermos profesionales. En el caso de los fallecidos por mesotelioma, esta cifra es del 9%. El único aspecto positivo reseñable en este escandaloso infra-reconocimiento es que, en el caso del cáncer de pulmón, ha pasado de ser 0,06% en el año 2007 a 0,7% en el 2017. Este incremento no se observa para el mesotelioma, cuyas cifras oscilaron alrededor del 9% todo el periodo de estudio, con un máximo de 15,9% en el año 2011.

En la Tabla 8 se muestran las defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en mujeres, en España, durante los años 2007 a 2017. En la Tabla 9, los cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en mujeres durante los mismos años (no incluye neoplasia de laringe) y, en la Tabla 10, la comparación entre ambas cifras, en forma de porcentaje de casos reconocidos como enfermedad profesional entre las defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en mujeres.

Tabla 8. Defunciones atribuibles a cánceres provocados por exposición laboral al amianto en mujeres, 2007-2017

	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	148	89	27	51	6	5
2008	162	75	26	41	6	2
2009	165	65	28	27	7	2
2010	183	68	22	35	8	2
2011	190	89	32	45	8	3
2012	203	85	31	43	10	2
2013	218	82	31	37	7	7
2014	215	66	31	24	4	7
2015	231	85	39	31	11	4
2016	242	103	41	46	10	6
2017	257	94	40	42	8	4
TOTAL	2.212	901	348	423	85	45

Fuente: INE.

**Tabla 9. Cánceres del amianto reconocidos como enfermedad profesional en mujeres, 2007-2017
(no incluye neoplasia de laringe)**

	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	0	0	0	0	0	0
2008	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	0	0
2010	0	1	1	0	0	0
2011	0	1	1	0	0	0
2012	0	1	0	1	0	0
2013	0	1	1	0	0	0
2014	1	1	0	1	0	0
2015	0	0	0	0	0	0
2016	0	2	0	2	0	0
2017	0	1	0	0	0	1
TOTAL	1	8	3	4	0	1

Fuente: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Tabla 10. Estimación del infra-reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres derivados de la exposición al amianto en mujeres, 2007-2017

%	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón	Mesoteliomas TOTALES	Mesotelioma sin especificar	Mesotelioma pleura	Mesotelioma peritoneo	Mesotelioma otras localizaciones
2007	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2008	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2009	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2010	0,00%	1,48%	4,49%	0,00%	0,00%	0,00%
2011	0,00%	1,12%	3,11%	0,00%	0,00%	0,00%
2012	0,00%	1,18%	0,00%	2,33%	0,00%	0,00%
2013	0,00%	1,22%	3,19%	0,00%	0,00%	0,00%
2014	0,47%	1,52%	0,00%	4,18%	0,00%	0,00%
2015	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2016	0,00%	1,94%	0,00%	4,33%	0,00%	0,00%
2017	0,00%	1,06%	0,00%	0,00%	0,00%	24,24%
TOTAL	0,05%	0,89%	0,86%	0,95%	0,00%	2,24%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE y DG de Ordenación de la Seguridad Social (MITRAMISS).

Sólo el 0,05% de las mujeres que fallecieron entre 2007 y 2017 en nuestro país por cáncer de pulmón derivado de la exposición laboral al amianto fueron reconocidas como enfermas profesionales. En el caso de las fallecidas por mesotelioma, esta cifra es del 0,9%. Si en el caso de los hombres calificábamos como escandaloso el infra-reconocimiento del cáncer derivado de la exposición laboral al amianto, vemos que, en el caso de las mujeres trabajadoras, el reconocimiento es absolutamente irrelevante, casi inexistente.

Falta de solicitud de contingencia de enfermedad profesional por cánceres del amianto y causas procedimentales y motivos de rechazo de las solicitudes denegadas

4



4. FALTA DE SOLICITUD DE CONTINGENCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR CÁNCERES DEL AMIANTO Y CAUSAS PROCEDIMENTALES Y MOTIVOS DE RECHAZO DE LAS SOLICITUDES DENEGADAS

Los datos presentados en el apartado anterior exigen una investigación adicional y una comparación con datos y estudios realizados en países de nuestro entorno para arrojar luz en un panorama tan desolador. Nuestro primer hándicap deriva de la imposibilidad de conocer el número de afectados de cáncer laboral por amianto que solicitan la contingencia de enfermedad profesional. Son datos de los que el propio sistema de Seguridad Social no dispone o que no facilita.

Aunque en nuestro país desconocemos el porcentaje de afectados de cáncer laboral que no solicitan la contingencia de enfermedad profesional, en Francia se ha señalado desde instancias oficiales que esa sería una de las principales razones del infra-reconocimiento. Conviene señalar que en Francia se reconocen anualmente cerca de 2.000 casos de cáncer como enfermedad profesional, si bien datos del *Institut national de veille sanitaire* estima que cada año se producen entre 14.000 y 30.000 nuevos casos de cáncer laboral causados fundamentalmente por las exposiciones al amianto, al polvo de madera y al benceno (Marchand, 2016). En el caso del amianto, se estima que el 40% de los afectados por mesotelioma atribuible a exposición laboral al amianto no solicitan el reconocimiento como enfermedad profesional (Gisquet et al, 2011). El estudio parte de los datos recogidos en los diez primeros años de funcionamiento del programa nacional de vigilancia del mesotelioma pleural puesto en marcha en Francia en 1998 (*Programme national de surveillance du mésothéliome pleural*, PNSM), con el fin de identificar determinantes sociales del reconocimiento. El mayor porcentaje de reconocimientos se encuentra entre las víctimas más jóvenes, varones, con una historia bien documentada de exposición laboral al amianto, y en los que su último empleo fue en el sector manufacturero. Las entrevistas realizadas a víctimas y profesionales involucrados permiten identificar algunas de las dificultades del proceso. Cuando los pacientes son diagnosticados e informados de las causas de la enfermedad, la exposición al amianto suele representar una sorpresa para ellos. Al margen de su grupo profesional, no todos recuerdan haber estado expuestos al asbesto, y aquellos que lo sabían no siempre eran conscientes de sus riesgos. Según este estudio, el papel de los neumólogos resulta determinante en los casos en que los pacientes no establecen el nexo causal entre su enfermedad y una exposición laboral. No obstante, los pacientes no siempre se embarcan en un proceso de declaración de enfermedad profesional al que

otorgan poca utilidad. En otras ocasiones, son reacios a iniciar un proceso que perciben como dirigido contra sus antiguos empleadores. Para los pacientes que fueron motivados y ayudados por su médico en la elaboración de su declaración, los procedimientos administrativos son percibidos como relativamente sencillos. Las víctimas que no solicitaron contingencia señalan que no recibieron ese asesoramiento y motivación por parte del médico. En esos casos, los pacientes concentran su energía en la lucha contra la enfermedad. A pesar del papel clave desempeñado por los neumólogos para impulsar la declaración no es infrecuente detectar limitaciones en su labor. Por un lado, la prioridad en el tratamiento y la implicación de otros profesionales médicos lleva a que el tema de la declaración de enfermedad profesional suela pasar a un segundo plano. Por otro, los neumólogos refieren a veces que la identificación de las posibles exposiciones al amianto en el pasado no es una habilidad adecuadamente adquirida. Los resultados de las entrevistas sugieren que cuanto más fluido es el contacto de los neumólogos con los médicos especializados en patologías profesionales, mejor orientan a los pacientes en el procedimiento de solicitar la declaración de enfermedad profesional. En todo caso, los neumólogos enfrentan dos obstáculos de calado que pueden frenar la declaración: la complejidad de los procedimientos administrativos y las dificultades para vincular las patologías con el antiguo entorno profesional del paciente, especialmente en casos de empleo en sectores no tradicionales de riesgo (Gisquet et al, 2011).

Otro estudio llevado a cabo en Francia ha explorado el problema que se presenta entre los afectados por cáncer de pulmón atribuible a exposición laboral al amianto. A los problemas ya descritos para los casos de mesotelioma pleural se unen las dificultades de atribución de la causalidad en el caso de coexistencia con el hábito tabáquico. El estudio explora cómo afecta el consumo de tabaco en la actitud del profesional médico responsable de la notificación. Mediante encuestas telefónicas a médicos generales con consulta privada y a neumólogos se trató de verificar si la recomendación de los profesionales para solicitar la declaración como enfermedad profesional variaba en función del hábito tabáquico de las víctimas, del tipo de profesional médico o si los profesionales entendían que tal recomendación no formaba parte de sus cometidos. Los resultados muestran que los médicos generales sí modifican la recomendación de solicitar reconocimiento como enfermedad profesional a víctimas de cáncer de pulmón atribuible al amianto si consumen tabaco. Ello podría responder al desconocimiento entre los médicos generales de que el cáncer de pulmón puede presentarse en trabajadores del sector aunque no hayan desarrollado asbestosis, y que la combinación entre exposición al amianto y consumo de tabaco multiplica la posibilidad de padecer esta neoplasia. También podría explicarse por el desconocimiento del principio de imputabilidad que rige

en la normativa francesa, en la que si el padecimiento está incluido en la lista de enfermedades profesionales la víctima no tiene que probar la relación causal, siendo irrelevantes a efectos de la compensación los estilos de vida de los afectados (una reflexión que es extensible al caso español). Por último, se señala que los médicos podrían tener una actitud discriminatoria frente a los pacientes que fuman o han fumado, en la medida es que éstos están parcialmente estigmatizados al percibirse el cáncer como una dolencia auto infligida o una sanción lógica a una conducta de riesgo. De esta forma los profesionales sanitarios infravalorarían la influencia de factores etiológicos ambientales y laborales y privilegiarían aspectos de la conducta o estilo de vida de los pacientes, limitando sus derechos a la compensación legal del daño (Verger et al, 2008).

El proyecto Giscop93 (*Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle*) ha llevado a cabo trabajos de campo con pacientes de cáncer de pulmón en la zona de Seine-Saint-Denis, un suburbio industrial de París. Los pacientes reconstruyeron sus vidas laborales con la ayuda de expertos que contribuyeron a identificar las posibles exposiciones a cancerígenos y les orientaron en los procesos de solicitud de reconocimiento como enfermedad profesional. De los 1.043 enfermos de los que se analizó su vida laboral, la mayor parte de ellos jubilados, 873 habían estado expuestos a cancerígenos en alguna etapa de su actividad profesional, con un mayor porcentaje entre los hombres (88%) que entre las mujeres (63%). Entre los sujetos con exposición laboral a cancerígenos estudiados, sólo un 25% de las mujeres obtuvieron una notificación de enfermedad profesional frente al 60% de los hombres (Vogel, 2011). La investigación ha permitido desvelar algunas de las razones que dificultan la solicitud de contingencia o el acceso a la vía judicial por parte de los afectados: la situación en la que se encuentran los pacientes afectados por una enfermedad grave si no fatal y sus prioridades vitales, las dificultades para reconstruir su historial de exposición a cancerígenos laborales ante la falta de registros empresariales, los obstáculos institucionales que debe enfrentar y la violencia que puede representar el reconocimiento de enfermedad profesional cuando se reduce a su forma de indemnización. La obtención del reconocimiento puede suponer un coste económico para los solicitantes y sus familias que no siempre pueden afrontar y que las ventajas asociadas al reconocimiento no siempre compensan. El asombro de los pacientes al conocer el diagnóstico del cáncer debe combinarse con la perplejidad que provoca el saber que su actividad profesional es el origen de su enfermedad y de su posible fallecimiento (Marchand, 2016).

Carecemos de acercamientos de este tipo en nuestro país que, sin duda, podrían arrojar luz sobre las dificultades que enfrentan los afectados para solicitar la contingencia profesional y que les llevan a ignorar o a desistir del intento. Todo apunta a que el porcentaje de afectados que no solicitan contingencia es muy elevado.

Hemos centrado nuestras pesquisas en identificar los motivos de no calificación de la contingencia como laboral. Para ello, hemos reconstruido los itinerarios que se siguen para la sospecha, comunicación y reconocimiento como enfermedad profesional de los cánceres del amianto. Con la generosa colaboración de dos bufetes especializados (Colectivo Ronda de Barcelona y Oria y Pajares de Madrid), hemos analizado un número reducido pero significativo de casos para conocer dichos itinerarios e identificar causas de desestimación de la contingencia. A continuación, hemos diseñado dos cuestionarios de 19 preguntas para distribuir entre médicos inspectores de los EVIs del INSS y médicos de mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, respectivamente, para identificar las dificultades que rodean este proceso y conocer los principales motivos aducidos para la no calificación como contingencia profesional de los cánceres del amianto. Lamentablemente, aún no ha sido posible conseguir los permisos del INSS ni de las mutuas contactadas para realizar la encuesta entre los profesionales señalados.

Como señalamos al comienzo de este apartado, desconocemos el número de afectados de cáncer laboral por amianto que solicitan la contingencia, por lo que carecemos de datos sobre la tasa de casos no estimados. El informe Eurogip de 2018 ofrece las cifras de solicitudes de reconocimiento de enfermedad profesional de cánceres laborales en nueve países europeos correspondientes a 2016 (obviamente, España no incluida), así como el número de casos estimados. Las tasas de casos reconocidos oscilan entre el 87,16% de Austria al 18,19% de Dinamarca. Por comparar con países de nuestro entorno con estructuras productivas y sistemas compensadores más parecidos al español, Francia estima el 79,05% de las solicitudes de cánceres profesionales presentadas e Italia el 39,10% (Eurogip, 2018). Dado que la mayor parte de los cánceres laborales reconocidos en esos países están causados por la exposición al amianto podemos asumir que estos porcentajes son extensibles al reconocimiento de dichos cánceres. Para suplir la carencia de datos en nuestro país, hemos incluido diversas preguntas en el cuestionario para que los encuestados estimen el porcentaje de casos reconocidos atendiendo a las distintas patologías indemnizables y al sexo de los afectados.

A la espera de conocer los resultados de la encuesta podemos señalar algunas causas frecuentes de desestimación obtenidas del estudio de los casos proporcionados por los bufetes especializados. Sin duda, la acreditación de la exposición laboral al amianto es la causa principal de desestimación de contingencia. Ya hemos señalado las dificultades que tienen los afectados para conocer sus antecedentes de exposición fuera de sectores tradicionales de riesgo como el fibrocemento o el aislamiento. El desconocimiento generalizado entre los trabajadores y la negativa de las empresas a reconocer o proporcionar registros de exposición son un hándicap de primer nivel en este asunto. A ello se une el uso tan rígido que se suele hacer de la lista, utilizándose casi como una lista cerrada. Son frecuentes las referencias a desestimaciones porque la actividad de la empresa no estaba encuadrada entre las actividades con riesgo de amianto contempladas en el Real Decreto 1299/2006. Conviene recordar que éste contempla las “Principales actividades capaces de producirlas”, principales, no únicas. Y el listado está lleno de etcéteras, lo que lleva implícito que pueden tener encaje otras actividades. Es decir, que se trata de una lista abierta, al igual que ya sucedía con la lista del derogado Real Decreto 1995/1978 (García Gómez, 1993). Algunos casos analizados apuntan a que en ocasiones se argumenta para la desestimación que la profesión de la persona demandante no estaba entre las consideradas con riesgo de amianto, si bien esta condición no forma parte del Real Decreto 1299/2006.



5. EVALUACIÓN DEL IMPACTO QUE LOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN SUSCRITOS POR EL INSS CON LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS HAN TENIDO EN EL RECONOCIMIENTO COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LOS CÁNCERES DEL AMIANTO

La evaluación del impacto de los convenios suscritos para la realización de actuaciones conjuntas en relación con los trabajadores afectados de patologías derivadas de la utilización laboral del amianto se ha realizado mediante el diseño de dos cuestionarios específicos. El primero destinado a los responsables de Salud Laboral de las Consejerías de Salud de las 13 comunidades autónomas que disponen de convenio con el INSS (Madrid, Navarra, Castilla y León, Galicia, Valencia, País Vasco, Aragón, Murcia, La Rioja, Islas Baleares, Asturias, Castilla La Mancha, y Cataluña). El segundo cuestionario, que no han podido cumplimentar hasta la fecha, está dirigido a los responsables de los grupos técnicos del INSS que participan en dichos convenios.

Se han recibido 9 respuestas al cuestionario remitido a los responsables de Salud Laboral de las Consejerías de Salud, 8 de ellas procedentes de comunidades con convenio con el INSS. Sólo 2 de los 8 responsables valoran que el convenio haya favorecido un incremento en el número de casos calificados positivamente por el INSS y solo 3 de los 8 considera que el convenio haya favorecido la presentación de solicitudes de contingencia por parte de afectados en situación de jubilación. Un 50% de los encuestados señalan que el convenio no ha servido para mejorar la comunicación con los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud y sólo el 25% considera que el convenio ha permitido mejorar el conocimiento de los resultados de las valoraciones realizadas por el INSS. Tres de los 8 encuestados consideran que el convenio ha contribuido a fijar un protocolo sobre pruebas diagnósticas exigibles para la calificación.

El 88,9% de los responsables de Salud Laboral de las Consejerías de Salud encuestados (8 de 9) consideran que el nivel de reconocimiento de los cánceres del amianto como enfermedad profesional en nuestro país es bajo o muy bajo. Por patologías, el cáncer de laringe, el mesotelioma de otras localizaciones y el cáncer de pulmón son las que, en opinión de los encuestados, tienen un nivel de reconocimiento más bajo. Los mesoteliomas pleural y peritoneal son las que tienen un mejor nivel de reconocimiento, aunque sólo el pleural registra un número de valoraciones similares entre quienes consideran que tiene un nivel de reconocimiento alto e intermedio y quienes opinan que es bajo.

Preguntados por su grado de satisfacción con diferentes afirmaciones relativas al infra-reconocimiento, los encuestados muestran claramente su acuerdo con factores que señalan a que el número de casos que no solicitan contingencia es muy alto. Una conducta que se explicaría por el desconocimiento del potencial origen laboral de estos cánceres por parte de los afectados, alimentado también por la falta de sospecha entre los propios profesionales médicos. El papel de las mutuas y de los EVIs también es cuestionado. Junto al interés de las mutuas y de las empresas en que no afloren los casos también se señala la rigidez en los procedimientos de los EVIs.

Las respuestas al cuestionario han permitido evidenciar la diversidad de conductas entre comunidades autónomas y por patologías sobre la carga de enfermedad aflorada en el marco del Programa PIVISTEA. En el caso de los mesoteliomas pleurales diagnosticados en el programa, solo el 66,7% de los encuestados señalan que remitieron para calificación a los EVIs más del 90% de los casos, mientras el 22,2% remitieron menos del 40%. En el caso de los cánceres de pulmón diagnosticados, sólo el 25% de los encuestados señala que remitió más del 90% de los casos. Esta respuesta contrasta con el 37,5% de los encuestados que señalan que remitieron a calificación menos del 10% de los casos de cáncer de pulmón diagnosticados. Entre las explicaciones que los encuestados proporcionan para la no remisión de casos existe una importante dispersión, siendo únicamente significativas las respuestas relativas a las dificultades para acreditar la exposición laboral.

De los casos de cánceres por amianto diagnosticados en el PIVISTEA y remitidos a calificación, los motivos de desestimación del INSS son variados aunque las respuestas de los encuestados apuntan a que el principal problema es la dificultad para acreditar la exposición laboral (77,7%). En relación con ello también se señala la interpretación restrictiva que realizan algunos EVIs al considerar que la profesión de la persona expuesta no estaba incluida entre las consideradas con riesgo de exposición, algo que no está contemplado en la legislación. En segundo lugar, el 44,4% señala como causa el hábito tabáquico de la persona afectada, que sigue operando como un factor que oscurece (o exime) del origen laboral de la dolencia.

El cuestionario también ha indagado sobre el mayor infra-reconocimiento de estas dolencias entre las mujeres. Un 88,8% de los encuestados considera como alta o muy alta la atribución de esa mayor invisibilidad a las dificultades que tienen los profesionales médicos para sospechar el potencial origen laboral de estos cánceres cuando se trata de mujeres. Un 77,7% valora como alta o muy alta la explicación de que bastantes casos se deben a exposiciones

domésticas que no son susceptibles de contingencia profesional. Por último, un 55,5% apunta a que las mujeres no han estado expuestas laboralmente al amianto en la misma medida que los hombres y un 66,6% a que el abandono más frecuente y precoz el mercado laboral por parte de las mujeres las hace menos conscientes de sus antiguas exposiciones laborales. Así mismo, un 66,6% de los encuestados muestra un alto o muy alto nivel de acuerdo con que la lista de enfermedades profesionales especifica sectores y actividades eminentemente masculinos.



6. EL PAPEL DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA CAPACITACIÓN DE LOS ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE LA MEDICINA PARA LA SOSPECHA Y EL RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS CANCERÍGENOS DEL AMIANTO

Aunque se ha señalado la importancia de fomentar la formación específica de los profesionales sanitarios para estimular la sospecha del origen laboral de determinadas enfermedades, carecemos de un estudio del nivel de conocimientos y sensibilización sobre patologías causadas por el amianto que tienen los profesionales médicos españoles.

A este fin, hemos diseñado y validado un cuestionario que permitiese realizar un primer acercamiento a este asunto en nuestro país. Hemos recogido las respuestas al mismo de una muestra escogida aleatoriamente de estudiantes de la Universidad de Granada, así como profesionales médicos procedentes de centros asistenciales de la misma ciudad. Para el diseño de la muestra, se procedió a dividir a los participantes en segmentos que permitieran establecer diferencias significativas en sus etapas de formación y actividad profesional.

Se decidió establecer una diferenciación en tres grupos:

- Grupo 1: Estudiantes de los 3 últimos cursos de grado en Medicina.
- Grupo 2: Médicos Internos Residentes de tercer y cuarto año, lo cual permite un mayor tiempo de estudio y experiencia clínica respecto a los estudiantes de último ciclo del grado.
- Grupo 3: Facultativos Especialistas de Área, que acumulan años de experiencia clínica, así como de formación complementaria.

Los residentes y facultativos especialistas fueron seleccionados por conveniencia de entre las especialidades que tienen mayor implicación en la posible identificación y prevención de las patologías del amianto en el ámbito asistencial: Medicina de Familia y Comunitaria, Neumología, Radiología y Oncología Médica. Se procuró que el número de participantes de cada especialidad fuese lo más homogéneo posible. Las Tablas 11 a 13 recogen la distribución de la muestra por nivel de formación, sexos y categoría de formación, y por especialidades, respectivamente.

Tabla 11. Distribución de la muestra en categorías por nivel de formación

Estudiantes	<i>Cuarto curso</i>	23 (23.7%)	64 (66%)
	<i>Quinto curso</i>	19 (19.6%)	
	<i>Sexto curso</i>	22 (22.7%)	
Médicos	<i>Médicos Internos Residentes</i>	10 (10.3%)	33 (44%)
	<i>Facultativos Especialistas</i>	23 (23.7%)	
Total			97(100%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. Distribución de la muestra por sexos y categorías por nivel de formación

Sexo/Categoría	Hombre	Mujer	Total
Estudiantes	24 (24.7%)	40 (41.2%)	64 (66%)
Médicos	20 (20.6%)	13 (13.4%)	33 (44%)
Total	44 (45.4%)	53 (54.6%)	97 (100%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Distribución por especialidades de la muestra de profesionales médicos

Especialidad	Número
<i>Medicina de Familia y Comunitaria</i>	10 (30.3%)
<i>Neumología</i>	9 (27.3%)
<i>Radiología</i>	7 (21.2%)
<i>Oncología médica</i>	7 (21.2%)

Fuente: elaboración propia.

El material obtenido ha sido sometido a un estudio descriptivo atendiendo a la distribución de frecuencias en el caso de las variables categóricas, y para el caso de la edad, además, el cálculo de variables básicas de resumen: media, cuartiles, desviación típica, mínimo y máximo.

Los resultados de la encuesta indican que más de la mitad de la muestra (55,7%) opina que su nivel de conocimientos sobre patología laboral es bajo o muy bajo (Tabla 14). El porcentaje de encuestados de esta misma opinión se eleva al 72% cuando se trata de valorar su capacitación para sospechar el posible origen ocupacional del cáncer (Tabla 15). Se trata de un hallazgo consistente con los trabajos que señalan la poca prioridad otorgada a la salud laboral en los estudios de grado, así como el bajo nivel de conocimientos de algunas especialidades, de forma destacada los médicos de familia, para sospechar y establecer una potencial relación causal entre condiciones de trabajo y cáncer. La opinión de los entrevistados sobre su nivel de conocimientos de patología laboral mejora significativamente en los profesionales médicos con respecto a los estudiantes (Tabla 16). El tamaño de la muestra impide extender el análisis a la diferencia de percepciones entre las distintas especialidades, que es una de las líneas de desarrollo futuro de este trabajo.

Tabla 14. Distribución de respuestas de la pregunta 1

P1. Considera que su nivel de conocimiento sobre patologías de origen laboral es					
Muy Bajo	Bajo	Intermedio	Alto	Muy Alto	No contesta
6 (6.2%)	48 (49.5%)	36 (37.1%)	5 (5.2%)	0	2 (2.1%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Distribución de respuestas de la pregunta 2

P2. Considera que la formación que ha recibido para sospechar e identificar el posible origen laboral de la patología cancerígena ha sido					
Muy escasa	Escasa	Suficiente	Satisfactoria	Muy Satisfactoria	No contesta
9 (9.3%)	61 (62.7%)	22 (22.7%)	4 (4.1%)	1 (1%)	0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 16. Distribución de respuestas sobre el nivel de conocimiento de los riesgos del amianto por sexo y nivel de formación

Sexo	Categoría	Muy Bajo	Bajo	Intermedio	Alto	Muy Alto	Total categoría
<i>Hombre</i>	Estudiante	1 (4.2%)	10 (41.7%)	12 (50%)	1 (4.2%)	0	24 (100%)
	Médico	0	6 (30%)	11 (55%)	3 (15%)	0	20 (100%)
	Total	1 (2.3%)	16 (36.4%)	23 (52.3%)	4 (9.1%)	0	44 (100%)
<i>Mujer</i>	Estudiante	5 (12.5%)	28 (70%)	6 (15%)	1 (2.5%)	0	40 (100%)
	Médico	0	4 (36.4%)	7 (63.6%)	0	0	11 (100%)
	Total	5 (9.8%)	32 (62.7%)	13 (25.5%)	1 (2%)	0	51 (100%)

Fuente: elaboración propia.

La gran mayoría de los encuestados consideraron muy importante interesarse por la posible exposición a agentes causantes de patología ocupacional ante un paciente con clínica respiratoria y/o cancerígena, independientemente de su situación laboral actual. Se trata de un resultado llamativo, dada la baja valoración que los encuestados otorgan a su nivel de cualificación para sospechar el origen laboral de la patología cancerígena. Además, es un resultado que sugiere que los encuestados son conscientes del elevado periodo de latencia de algunas patologías laborales, y, por tanto, de la relevancia de la historia laboral como parte esencial de la historia clínica.

Más de la mitad de los encuestados señalan que la importancia concedida al amianto como causa de patología laboral durante su educación médica ha sido alta o muy alta. Así mismo, un 50,5% reconoce una alta o muy alta responsabilidad del amianto como cancerígeno. Ambos resultados abundarían en la consideración del amianto como uno de los patógenos y cancerígenos laborales en los que se concentra la atención en la formación médica. No es descartable que en ello influya también el flujo constante de noticias que en la última década incluyen los medios de comunicación españoles, fundamentalmente prensa escrita y en menor medida documentales televisivos, sobre procesos judiciales impulsados por víctimas del amianto.

Los resultados que evalúan el nivel de conocimientos de los entrevistados sobre patologías ligadas al amianto y grupos de riesgo de exposición muestran diferencias importantes (Tabla 17). Las tres patologías fundamentales ligadas a la exposición al asbesto —cáncer de pulmón, mesotelioma pleural y asbestosis— son bien identificadas por el 79,6%, 87,6% y 88,7%, respectivamente, de los entrevistados. No obstante, solo un 34% de los entrevistados atribuyen al amianto más del 80% de los casos de mesotelioma pleural en hombres. Es importante destacar que la fracción atribuible a exposición al amianto en hombres de esta patología es el 97%, por lo que la asociación debería ser prácticamente automática. Resulta especialmente destacado el nivel de identificación del cáncer de pulmón, la patología con más incidencia. La fracción atribuible a origen laboral para el cáncer de pulmón en hombres se sitúa en el 21,1%, siendo el amianto una de las principales causas pero no la única (Rushton et al, 2012). Estos resultados contrastan con el elevado nivel de infra-reconocimiento del cáncer del pulmón atribuible al amianto, estimado en el 99,6% y 99,9%, en hombres y mujeres, respectivamente en el período 2007-2017, lo que podría explicarse por la existencia de factores confusores que impiden la identificación de su origen laboral. Junto a este buen nivel de identificación, que es extendible a las placas pleurales, coexisten carencias importantes para el mesotelioma peritoneal y el cáncer de laringe (incluido en 2015 en la lista de enfermedades profesionales ligadas al amianto). Más esperables son los bajos niveles de relación establecidos con el cáncer de ovario y el colorrectal, para los que las evidencias disponibles no son concluyentes.

Tabla 17. Distribución de respuestas de la pregunta 7

P7. De las siguientes patologías, ¿en qué medida considera que podrían relacionarse con exposición al amianto?						
<i>Patología</i>	Muy Baja	Baja	Intermedia	Alta	Muy Alta	No contesta
<i>Cáncer de Laringe</i>	3 (3.1%)	35 (36.1%)	33 (34%)	21 (21.6%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)
<i>Mesotelioma peritoneal</i>	6 (6.2%)	22 (22.7%)	25 (25.8%)	20 (20.6%)	22 (22.7%)	2 (2.1%)
<i>Cáncer de pulmón</i>	0	3 (3.1%)	16 (16.5%)	45 (46.4%)	32 (33%)	1 (1%)
<i>Placas pleurales</i>	0	6 (6.2%)	25 (25.8%)	30 (30.9%)	34 (35.1%)	2 (2.1%)
<i>Mesotelioma pleural</i>	0	1 (1%)	9 (9.3%)	18 (18.6%)	68 (70.1%)	1 (1%)
<i>Asbestosis</i>	0	2 (2.1%)	9 (9.3%)	14 (14.4%)	71 (73.2%)	1 (1%)
<i>Cáncer de ovario</i>	14 (14.4%)	59 (60.8%)	13 (13.4%)	4 (4.1%)	3 (3.1%)	4 (4.1%)
<i>Cáncer colorrectal</i>	10 (10.3%)	61 (62.9%)	16 (16.5%)	7 (7.2%)	0	3 (3.1%)

Fuente: elaboración propia.

Más acusadas resultan las carencias detectadas sobre el nivel de identificación de los colectivos de riesgo (Tabla 18). Salvo los trabajadores del fibrocemento y el aislamiento, el resto de los colectivos laborales expuestos al amianto en el pasado o en el presente no son adecuadamente identificados. Sectores de riesgo como la construcción naval, la industria metalúrgica, la construcción automovilística o la construcción y reparación de material ferroviario que han expuesto a un número importante de trabajadores en nuestro país son identificados deficientemente. Se trata, no obstante, de sectores con una escasa implantación en el tejido industrial de la provincia de Granada, donde se han formado y/o ejercen la práctica totalidad de los encuestados. Aunque tampoco en nuestra provincia ni en Andalucía Oriental han existido fábricas de fibrocemento, el carácter ubicuo de este material en nuestro entorno urbano y rural supone una diferencia considerable.

Tabla 18. Distribución de respuestas de la pregunta 9

P9. El amianto está prohibido en España desde 2002. ¿Qué nivel de riesgo por exposición al amianto cree que han tenido en el pasado los siguientes colectivos?					
Muy Baja	Baja	Intermedia	Alta	Muy Alta	No contesta
<i>Trabajadores de la industria naval</i>					
0	13 (13.4%)	25 (25.8%)	37 (38.1%)	20 (20.6%)	2 (2.1%)
<i>Trabajadores de la industria del fibrocemento</i>					
0	2 (2.1%)	5 (5.2%)	25 (25.8%)	64 (66%)	1 (1%)
<i>Trabajadores del sector metalúrgico</i>					
0	10 (10.3%)	31 (32%)	38 (39.2%)	16 (16.5%)	2 (2.1%)
<i>Familiares de trabajadores expuestos al amianto</i>					
11 (11.3%)	14 (14.4%)	21 (21.6%)	26 (26.8%)	24 (24.7%)	1 (1%)
<i>Vecinos de fábricas de fibrocemento</i>					
0	5 (5.2%)	17 (17.5%)	46 (47.4%)	28 (28.9%)	1 (1%)
<i>Fanateros</i>					
1 (1%)	27 (27.8%)	27 (27.8%)	34 (35.1%)	6 (6.2%)	2 (2.1%)
<i>Trabajadores de aislamiento</i>					
0	8 (8.2%)	17 (17.5%)	31 (32%)	38 (39.2%)	3 (3.1%)
<i>Empleados de talleres de reparación de vehículos a motor</i>					
2 (2.1%)	23 (23.7%)	38 (39.2%)	27 (27.8%)	6 (6.2%)	1 (1%)
<i>Trabajadores/as de limpieza y planchado</i>					
6 (6.2%)	37 (38.1%)	37 (38.1%)	11 (11.3%)	2 (2.1%)	4 (4.1%)
<i>Trabajadores de construcción y reparación de material ferroviario</i>					
0	9 (9.3%)	36 (37.1%)	37 (38.1%)	14 (14.4%)	1 (1%)
<i>Instaladores y encargados de calefacción y refrigeración de edificios</i>					
1 (1%)	9 (9.3%)	34 (35.1%)	35 (36.1%)	17 (17.5%)	1 (1%)
<i>Trabajadores/as de fábricas de piezas de automoción y juntas (moldeado, acabado ...)</i>					
1 (1%)	20 (20.6%)	33 (34%)	34 (35.1%)	6 (6.2%)	3 (3.1%)

Fuente: elaboración propia.

Algunas ocupaciones, como es el caso de los fontaneros (que sigue siendo hoy en día una de las profesiones expuestas al amianto instalado), los empleados de talleres de reparación de vehículos a motor o los trabajadores de empresas de limpieza y planchado (un sector con un alto nivel de feminización) son deficientemente identificados por los encuestados, a pesar de sus evidentes riesgos de exposición. Es también reseñable el desconocimiento de los encuestados de la existencia de exposición paraocupacional. Este tipo de exposición se ha registrado tradicionalmente entre las familias de los trabajadores, susceptibles de exposición directa al polvo de amianto depositado en la ropa de trabajo o en el desarrollo de actividades laborales no remuneradas que impliquen exposición al mismo. Se trata, además, de actividades tradicionalmente desempeñadas por mujeres. Sí existe un nivel alto de identificación de exposición ambiental entre los vecinos de fábricas de fibrocemento, abundando en la alta asociación entre este tipo de productos y el amianto en España.

La principal limitación de este estudio es el bajo número de cuestionarios recolectados. El aumento del tamaño de la muestra y la recogida de datos en distintas zonas geográficas con tejidos industriales que hayan incorporado sectores de riesgo permitirá un análisis más rico de las variables sometidas a consideración. Igualmente sería deseable ampliar la recogida de datos a otros entornos académicos y asistenciales de nuestro país y a nivel internacional.

Esta investigación pone de manifiesto la importancia de la formación médica en sus distintas etapas para la sospecha e identificación de los problemas ligados al amianto y su adecuado reconocimiento como enfermedades profesionales. Los resultados de la encuesta avalan la hipótesis de que los déficits formativos son uno de los factores que explican las altas tasas de infra-reconocimiento en España.

Las carencias formativas detectadas son especialmente destacadas en la identificación de las poblaciones de riesgo. La sospecha de riesgo se concentra en el sector del fibrocemento y el aislamiento, ligado en buena medida a la ubicuidad de estos materiales en nuestra sociedad. Las principales patologías ligadas a la exposición al amianto son adecuadamente identificadas si bien los niveles de conocimiento sobre otras enfermedades de más reciente reconocimiento son inferiores. En todos los casos, los niveles de identificación de sectores de riesgo y de patologías vinculadas aumentan proporcionalmente al nivel formativo de los encuestados.

Este trabajo constituye una primera aproximación a esta problemática y aporta una herramienta validada para detectar las carencias de nuestro sistema formativo médico. El cuestionario diseñado es susceptible de ser aplicado en otros entornos geográficos lo que posibilitaría mejorar la caracterización de los factores que limitan el reconocimiento de las enfermedades profesionales del amianto.



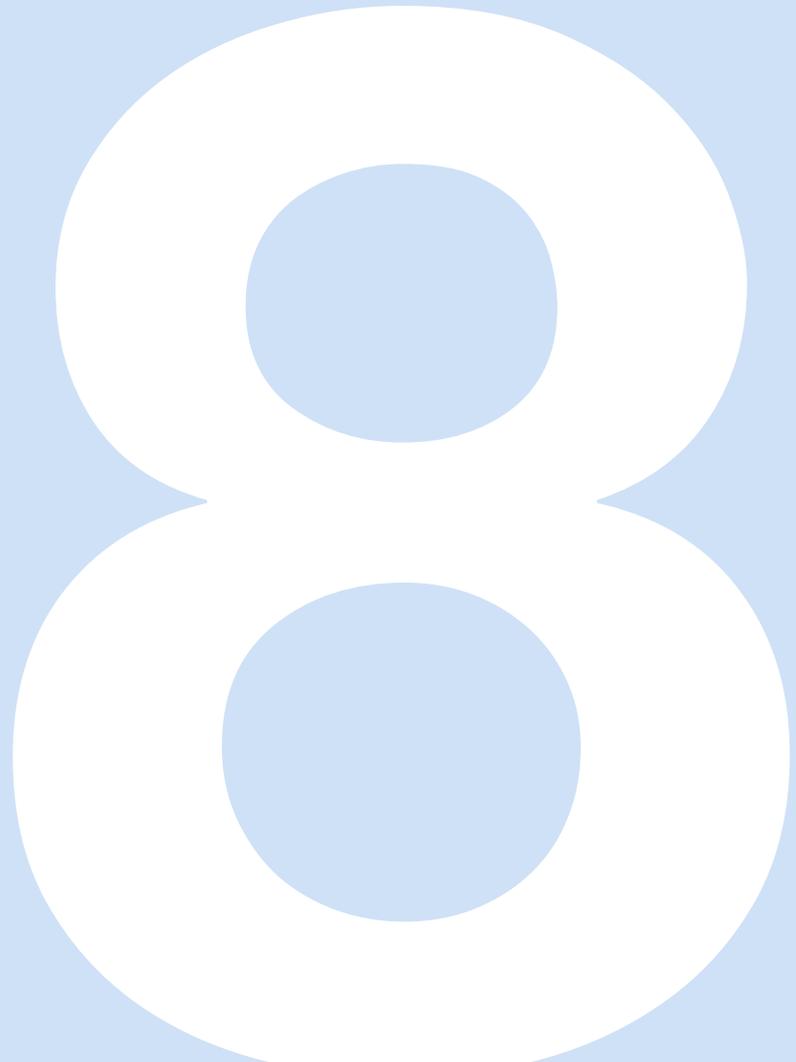
7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE RECONOCIMIENTO DE LOS CÁNCERES DEL AMIANTO COMO ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NUESTRO PAÍS

Aunque se trata de recomendaciones provisionales hasta tanto se procede al análisis de las encuestas pendientes. Nuestras recomendaciones son:

1. Aunque carecemos de evidencias cuantitativas, la literatura internacional y los datos aportados por los encuestados apuntan a que el grueso del infra-reconocimiento se produce por falta de solicitud de contingencia. Ante la carencia de un Registro Nacional de Mesoteliomas, nuestra recomendación es potenciar el PIVISTEA, el instrumento que ha permitido en nuestro país aflorar la mayor carga de enfermedad asociada al amianto. La búsqueda activa de casos debe extenderse a los registros autonómicos de tumores. Por otro lado, es imprescindible que el INSS y las Mutuas actúen con transparencia e informen de las solicitudes de contingencia realizadas. Los sindicatos y las asociaciones de víctimas pueden desempeñar un importante papel ayudando con los trámites de solicitud de contingencia.
2. Para incrementar el porcentaje de reconocidos entre los aflorados por el PIVISTEA deben extenderse a todas las CC.AA. los convenios de colaboración con el INSS y mejorar su funcionamiento:
 - Los EVIs deben valorar de oficio los casos detectados en el PIVISTEA (no exigir que la solicitud la realice el afectado).
 - El INSS debe mejorar la transmisión de información a las Consejerías de Salud para conocer la resolución de los casos y, de esta forma, las razones de desestimación.
3. El principal factor limitante que hemos identificado para la calificación de contingencia profesional es la acreditación de la exposición laboral por lo que deben mejorarse y simplificarse los procedimientos para acreditar la exposición laboral. Debe exigirse al INSS una menor rigidez para acreditarlo. Frente a la exigencia de prueba documental o admisión de la exposición por parte de la empresa debe admitirse que ha habido exposición en los casos en que el trabajador hubiese estado empleado en una empresa cuya actividad en esos años implicase habitualmente el manejo de amianto, aunque la empresa lo niegue o manifieste desconocerlo.

4. Mejorar el sistema de notificación español y la comunicación entre el personal médico que puede emitir un diagnóstico de sospecha (profesionales del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención) y aquéllos que tienen la competencia para calificar la contingencia como enfermedad profesional (mutuas e INSS). Debe profundizarse en la línea que han emprendido diversas CC.AA. de dotar a los profesionales del SNS de ayudas informáticas en su sistema habitual de gestión de la información clínica para que, ante determinados diagnósticos, se sospeche la etiología laboral.
5. Es prioritario combatir con campañas de información y sensibilización el principal factor confusor que contribuye a invisibilizar el cáncer de pulmón y de laringe atribuible al amianto: el hábito tabáquico. La acción, especialmente dirigida a los calificadores del INSS y las mutuas, debería destacar que la combinación entre exposición al amianto y consumo de tabaco multiplica la posibilidad de padecer estas neoplasias pero que en todo caso, el consumo de tabaco no afecta al principio que rige en nuestra normativa: si el padecimiento está incluido en la lista de enfermedades profesionales la víctima no tiene que probar la relación causal, siendo irrelevantes a efectos de la compensación los estilos de vida de los afectados.
6. Potenciar la capacitación de los profesionales de la medicina, con especial atención a los médicos de atención primaria, en el campo de los cánceres profesionales. Las actividades docentes deben ir encaminadas a reforzar la atención a los antecedentes ocupacionales en la historia clínica, a la mejora de las habilidades de recogida de información sobre exposiciones profesionales (especialmente en casos de empleo en sectores no tradicionales de riesgo) y a favorecer el acceso regular a recursos informativos actualizados. Todo ello estimularía un aumento de las comunicaciones de sospecha por parte de los profesionales del SNS y potenciaría la autopercepción de los profesionales de la atención primaria como integrantes del sistema de prevención de riesgos laborales.

Bibliografía





8. BIBLIOGRAFÍA

Báez Baquet F. Amianto: un genocidio impune. Málaga: Ediciones del Genal; 2014.

Boffetta P, Merler E, ed. Occupational cancer in Europe. *Environ Health Perspect.* 1999; 107: 227-303.

Buzzi S, Devinck J-C, Rosental P-A. La santé au travail (1880-2006). Paris: La Découverte; 2006.

Cavas Martínez F. Aspectos jurídicos de la enfermedad profesional: estado de la cuestión y propuestas de reforma. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2016; suplemento extraordinario: 78-86.

Cavas Martínez F, dir. Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; s.a.

Counil E, Henry E. Is It Time to Rethink the Way We Assess the Burden of Work-Related Cancer? *Current Epidemiology Reports* 2019; 6: 138-147.

Douglas T, Van den Borre L. Asbestos neglect: Why asbestos exposure deserves greater policy attention. *Health Policy* 2019; 123(5): 516-519.

Durán F, Benavides FG. Informe de salud laboral: los riesgos laborales y su prevención. España, 2004. Barcelona: Atelier; 2004.

Elms J et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine* 2005; 55: 523-527.

Eurogip. Asbestos-related occupational diseases in Europe. Recognition—figures—specific systems. Paris: Eurogip; 2006.

Eurogip. Incidence and detection of occupational cancers in nine European countries (Germany, Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Italy and Switzerland. Eurogip-141/E, 2018.

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto –PIVISTEA– 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.

Furuya S et al. Global Asbestos Disaster. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 1000. doi:10.3390/ijerph15051000.

García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de enfermedades profesionales. *Gac Sanit* 1993; 7: 46-50.

García Gómez M, Artieda Pellejero L, Esteban Buedo V, Guzmán Fernández A, Camino Durán F, Martínez Castillo A, et al. La vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto: ejemplo de colaboración entre el sistema de prevención de riesgos laborales y el sistema nacional de salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2006; 80: 27–39.

García Gomez M, Kogevinas M. Estimate of mortality from occupational cancer and of carcinogen exposure in the workplace in Spain in the 90's. *Gac Sanit* 1996; 10: 143-51.

García Gómez M, Menéndez-Navarro A, Castañeda López R. Asbestos-related occupational cancers compensated under the Spanish National Insurance system, 1978-2011. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2015; 21: 31-39.

García Gómez M, Menéndez-Navarro A, Castañeda López R. Guía: Costes sanitarios directos del cáncer laboral atendido en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio ambiente UGT-CEC; 2016.

García-Gómez M, Urbanos Garrido R, Castañeda López R, Menéndez-Navarro A. Medical Costs of Asbestos-Related Diseases in Spain between 2004 and 2011. *Industrial Health* 2017; 55: 3-12.

Gisquet E, Chamming's S, Pairon J-C, Gilg Soit Ilg A, Imbernon E, Goldberg M. Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2011; 59(6): 393-400.

Grégoire D, Vogel L. Work-related cancer: emerging from obscurity. *Hesamag* 2018; 18: 10-11.

Henry E. *Amiante: un scandale improbable. Sociologie d'un problème public.* Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2007.

Henry E. *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail.* Paris: Presses de Sciences Po; 2017.

Hernández Pereña M, García Gómez M. Coste sanitario directo de los cánceres atribuibles a exposiciones laborales en España en 2015. *Gaceta Sanitaria* 2019; 33 (Espec Congr): 139-140.

Iavicoli S. et al. New avenues for prevention of occupational cancer: a global policy perspective. *Occup Environ Med.* 2019; 76: 360–362. doi:10.1136/oemed-2018-105546.

Kameda T, et al. Asbestos: use, bans and disease burden in Europe. *Bull. World. Health Organ.* 2014;92:790–797, doi: 10.2471/BLT.13.132118.

Kogevinas M, Castaño-Vinyals G, Rodríguez Suárez MM, Tardón A, Serra C. Estimación de la incidencia de la mortalidad por cáncer laboral en España, 2002. *Arch Prev Riesgos Labor* 2008; 11: 180-187.

Lax MB, Grant WD, Manetti FA, et al. Recognizing occupational disease—taking an effective occupational history. *Am Fam Physician* 1998; 58: 935–944.

Lippel K, Eakin JM, Holness DL, Howse D. The structure and process of workers' compensation systems and the role of doctors: A comparison of Ontario and Québec. *American Journal of Industrial Medicine* 2016; 59(12): 1070-1086.

López-Abente G, García-Gómez M, Menéndez-Navarro A, et al. Pleural cancer mortality in Spain: time-trends and updating of predictions up to 2020. *BMC Cancer.* 2013; 13: 528.

Marchand A. Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance. Les facteurs du non-recours au droit. *Sociétés contemporaines* 2016; 102 (2): 103-128.

Marchand A. Reconnaissance et occultation des cancers professionnels: le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis). Paris: Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay; 2018.

McCulloch J, Tweedale G. *Defending the indefensible: The Global Asbestos Industry and its Fight for Survival*. Oxford: Oxford University Press; 2008.

Menéndez Navarro A. El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* 2003; 6 (4): 158-165.

Menéndez Navarro A. Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales, 1900-1975. *La Mutua* 2007; n°18 (2ª época): 171-189.

Menéndez-Navarro A. A Camel through the Eye of a Needle: Expertise and the Late Recognition of Asbestos-Related Diseases. *International Journal of Health Services* 2011; 41 (1): 121-135.

Michaels D. *Doubt is Their Product: How Industry's Assault on Science Threatens Your Health*. New York: Oxford University Press; 2008.

Michaels D. *The Triumph of Doubt: Dark Money and the Science of Deception*. New York: Oxford University Press; forthcoming.

Plan Director de eliminación del amianto en Navarra. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Gobierno de Navarra; 2019. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/455703/PlanDirectorAmiantoWeb2.pdf>.

Puche P. *Amianto: una epidemia oculta e impune*. Madrid: Ediciones de la Catarata; 2017.

Ronda E, dir. Ocupación, actividad económica y mortalidad por cáncer en España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2019.

Rodrigo F. Las Mutuas, esas grandes desconocidas. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 2007; 10 (4): 192-194.

Rodrigo Cencillo F. Presente y futuro de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Cuadernos de Relaciones Laborales 1999; (14): 69-100.

Rosental P-A. Before asbestos, silicosis. Death from occupational disease in twentieth century France. Population & Societies 2007; n. 437: 1-4.

Rushton L, Hutchings S, Fortunato L, Young Ch, Evans GS, Brown T, et al. Occupational cancer burden in Great Britain. Br J Cancer 2012; 107: S3-S7; doi:10.1038/bjc.2012.112.

Santibáñez Margüello M, Alonso Echabea E, Tamayo Medel G, Bolumar Montrull F, Vioque López J. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. Atención Primaria 2008; 40(1): 7-14.

Straif K. International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens. Part C: metals, arsenic, dusts and fibres. Lancet Oncology. 2009; 10: 453-454.

Takala J. Eliminating occupational cancer. Industrial Health 2015; 53: 307-309.

Thébaud-Mony A. De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France: Acteurs et logiques sociales. Paris: La Documentation française; 1991.

Thébaud-Mony A. Justice for Asbestos Victims and the Politics of Compensation: The French Experience. *Int J Occup Environ Health* 2003; 9: 280-286.

Thébaud-Mony A. Histoires professionnelles et cancer. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2006; 163 (3): 18-31.

Verger P, Arnaud S, Ferrer S, Iarmarcovai G, Saliba M-L, Viau A, Souville M. Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload and role perception. *Occupational and Environmental Medicine* 2008; 65: 392-397.

Villanueva Ballester V, García Gómez M, Martínez Vidal M, et.al. *Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica 'Amianto'*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013.

Vogel L. Occupational cancer: the main challenge for the new Community Strategy. *Hesamag* 2011; 4: 6-11.

World Health Organization. *The human and financial burden of asbestos in the WHO European region*. Copenhagen: Regional Office for Europe; 2013.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



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



FINANCIADO POR:

AI2018-0004