



CALIFICACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Juan José Díaz Franco

Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Instituto de Salud Carlos III.

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las patologías susceptibles de ser calificadas como enfermedades profesionales han estado siempre en el punto de mira de los médicos de todos los tiempos, pero han merecido una mayor consideración en la trayectoria que la Medicina del Trabajo ha recorrido en los últimos trescientos años, sobre todo desde la publicación de la obra de Bernardino Ramazzini "De morbis artificum diatriba" (Tratado/exposición de las enfermedades de los artesanos), cuya primera edición apareció en Módena en 1700, seguida de una segunda edición, ampliada, impresa en Padua en 1713.

No faltaron, antes de esa obra paradigmática y fundacional, aportaciones muy consistentes referidas a las enfermedades generadas por el trabajo. El propio Ramazzini cita a Vigo y a Glauber, autores de sendos estudios sobre las fiebres de los marinos y sobre las enfermedades de la gente de mar ("Consolatio navigantium"). Con el mismo carácter de precursores pueden mencionarse los estudios de Jorge Agrícola ("De re metallica", 1556), de Paracelso ("De morbis metallicis", escrita en la primera mitad del siglo XVI y publicada años después, bien entrada ya la segunda mitad del siglo) o del español Andrés Laguna (observaciones sobre los males que aquejaban los obreros de las minas de cinabrio, realizadas hacia 1570), entre otras referencias relevantes.

Al mismo tiempo que la obra de Ramazzini, que gozó de una merecida difusión en el espacio científico europeo, los nuevos aires que la Ilustración aportó a la convivencia social lograron que se matizara el mercantilismo imperante en el mundo occidental y que se revalorizara el trabajo artesa-

nal realizado en condiciones humanitarias. Este pensamiento alcanza su mejor expresión con el utilitarismo de finales del s. XVIII.

La Revolución Industrial introduce el maquinismo, el desarrollo del capitalismo, el hundimiento del sector artesanal y su paso a la nueva modernidad fabril de producción, con las consecuencias ya sabidas de aparición del proletariado y trabajo en condiciones duras (largas jornadas, trabajo de embarazadas, niños y ancianos, exiguos jornales, insuficiencia de descansos, pésimos ambientes higiénicos y de seguridad laborales, enfermedades debidas al trabajo insalubre, acortamiento de la vida...) En 1831, Ch. Turner Thackrah describe en un tratado que evoca el de Ramazzini la situación penosa de los obreros ingleses ("Los efectos de las principales artes, oficios y profesiones de los estados cívicos y de los hábitos de vida sobre la salud y la longevidad") - Otro tanto hace su compatriota J. Philips Kay-Suttleworth. La reacción a estos desajustes provocados por la injusticia empresarial genera el movimiento reformista social, encabezado por los utilitaristas (humanitarios pero pragmáticos: mejorar las condiciones laborales, pero mejorar la producción), que promueven el llamado "movimiento sanitario" en el que se encuadran Peel (el "padre de la legislación industrial"), Oastler, Sadler y otros, que redimieron las insostenibles condiciones laborales de niños y mujeres y mejoraron la salubridad fabril. En ese contexto histórico, aparece la obra filosófica y social de Owen, Marx, Engels y Proudhon. En los estados alemanes se producen agitaciones revolucionarias que obligan a los poderes económicos y políticos a negociar concesiones, los cambios son cada vez más matizados y, en la segunda



mitad del siglo XIX, bajo el impulso del positivismo, comienzan a estudiarse los fenómenos médicos y sociales con criterio científico y tratando llegar a las últimas causas de los diferentes procesos patológicos. Se describen productos químicos como causantes de intoxicaciones (por ejemplo, el español Orfila y el alemán Von Liebiz), microbios responsables de infecciones (Pasteur, Koch), se analizan las condiciones físicas del medio (Von Pettenkofer). Sin embargo se trataba más de trabajos de laboratorio que de verdaderas reformas higiénicas y la confrontación para mejora del medio ambiente laboral seguía viva.

El siglo XX trajo variadas iniciativas para la mejora del medio laboral. En Alemania, Grotjahn publica un tratado de "Patología Social". Otros, como Sommerfeld, aportan interesantes relaciones de tóxicos industriales. En Italia, Luigi Devoto edita la revista "Medicina del Lavoro" y crea la primera clínica del trabajo en Milán (1910), referente de estudios punteros sobre la Especialidad.

A partir de 1920 se configura la OIT. En América tras el declinar de la "Organización Científica del Trabajo", Elton Mayo y otros teóricos de las relaciones humanas (Maslow, Mc. Gregor, Herzberg, Argyris) profundizan en las condiciones psicosociales del trabajo.

En España se crea, en 1929, una cátedra de Medicina del Trabajo en la Universidad de Barcelona, y el Dr. Oller publica "La práctica médica en los accidentes de trabajo" (1929) y "La Medicina del Trabajo" (1934).

En cualquier caso, el resto del siglo XX ha asistido al desarrollo de sistemas de inspección dependientes de organismos gubernamentales, a la creación de Unidades, Institutos y Fundaciones para el desarrollo de las mejoras en materia de salud laboral, propiciadas por legislaciones progresistas que plantean y exigen las políticas más adecuadas

y las estrategias más convenientes para la implantación de una sólida cultura de prevención de los riesgos laborales¹.

2.- CALIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

A) EVOLUCIÓN DE LA PROTECCIÓN ECONÓMICA Y JURÍDICA DE LA MORBILIDAD LABORAL

Aunque la descripción y abordaje médico de la morbilidad laboral cuenta con la antigüedad brevemente descrita al principio de esta exposición, no ha discurrido de la misma forma el camino de su reparación.

La reparación de los accidentes de trabajo, basada en la doctrina de la culpa, no se consideró en su origen superponible a la que fuera de derecho en las enfermedades profesionales, tanto desde el punto de vista funcional como desde la consideración económica derivada de la pérdida de la capacidad para trabajar.

Cuando las diferentes instancias internacionales abordan la doctrina del riesgo profesional orientada a la reparación del accidente, se establece una vía de equiparación de éste con la enfermedad profesional. No puede haber trato diferencial en situaciones laborales que contemplan consecuencias iguales, causas iguales, producidas por idénticas ocasiones de trabajo, aunque sean diferentes las manifestaciones clínico-patológicas. Y, sin embargo, la legislación sobre la protección jurídica y económica de las enfermedades profesionales se retrasó bastante en comparación con la que previamente se había otorgado a los accidentes de trabajo.

1 Aunque el catálogo de estas aportaciones podría ser muy amplio, pueden consultarse algunos excelentes trabajos que aportan una visión global o monográfica del tema que nos ocupa. Así, Historia de la Medicina de los Profesores Lyons y Petrucelli (Doyma, Barcelona, 1980); "Medicina, Historia y Sociedad" del Profesor López Piñero (Ariel Barcelona, 1971); "Higiene y Seguridad en el Trabajo" del

Profesor Vaquero Puerta (Edición Médico-Europea- Valladolid, 1989); "De Hipócrates a Ramazzini" de los Dres .Pretel Pretel y Ruiz Bremón (F. Mapfre Medicina, Madrid, 1999), el Prólogo del Dr. Redondo Alvaro a la edición Española del "Tratado de las enfermedades de los artesanos" de Ramazzini (INMST. Madrid, 1983. Reedición de 1999).



La legislación europea sobre protección de enfermedades profesionales está condicionada, como se ha dicho, a la instalación en la cultura jurídica de nuestro entorno occidental, de la teoría del riesgo profesional, cosa que sucede en los diferentes países europeos en fechas aproximadas: 1877, en Suiza; 1883, en Alemania; 1895, en Inglaterra y 1898, en Francia e Italia.

En España, el recorrido legislativo sobre accidentes y enfermedades del trabajo ha seguido la estela de los otros Estados del concierto europeo. Y así, el 5 de diciembre de 1883 se constituye la Comisión de Reformas Sociales con el encargo de redactar un proyecto de ley sobre los accidentes de trabajo. En 1884, el marqués de Sta. Ana presenta una propuesta de ley para la fundación de un Hospital de Inválidos del Trabajo; en 1887, se funda el Asilo de Inválidos del Trabajo en Carabanchel y, ese mismo año, Azcárate presenta un nuevo proyecto sobre inválidos del trabajo. Pero es en el año 1897 cuando Eduardo Dato, entonces ministro de Gobernación, presenta al Senado el proyecto de ley votado el 30 de enero de 1900 (la "Ley Dato") y, posteriormente, el 28 de julio del mismo año, el Reglamento que la desarrolla. En esta ley se destaca el principio de imputación objetiva o responsabilidad empresarial por riesgo, aunque en el evento no tuviera responsabilidad alguna el empresario. Esta ley contribuye a la visualización y equiparación del concepto de enfermedad profesional junto al de accidente de trabajo. Desechada la inicial formulación del accidente como generado por acción súbita y violenta por razón de una causa externa, que contemplaba inicialmente la ley, se sustituyó por la definición largamente en vigor que hace referencia a aquel como toda lesión corporal que pueda acontecer al trabajador como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Aquí debe valorarse la generalidad del término "lesión corporal" que contempla ampliamente la alteración de la salud del trabajador, lo mismo que la inconcreción de su forma de producirse, porque desde esta calculada ambigüedad se abarca, en puridad doctrinal, tanto el concepto de accidente como el de enfermedad profesional. Así parece desprenderse de la lec-

tura del artículo 3, apartado 5, de la "Ley Dato" donde se recuerdan situaciones de responsabilidad del empresario, citando entre ellas las ocasionadas en los establecimientos donde se produzcan o se empleen materias explosivas o inflamables, insalubres o tóxicas. Esta referencia a materias "insalubres o tóxicas" nos sitúa claramente en un marco clínico de enfermedad profesional. Este estado de opinión generado por la razonable interpretación del texto de la ley de vio generosamente ratificado por una sentencia del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1903 en la que se consagraba la indemnización de la enfermedad profesional invocando el artículo primero de la ley de 30 de enero de 1900. La sentencia se expresaba en estos términos: "es evidente que siempre que la lesión a que se refiere el artículo 1º de la ley de 30 de enero de 1900 sobrevenga de una manera directa e inmediata por consecuencia indudable del manejo de sustancias tóxicas, se encuentra de lleno comprendida en dicha ley ya que esta no define el accidente con referencia a un suceso repentino, más o menos importante, sino al hecho mismo constitutivo en sí de lesión, ya que dada la naturaleza de esta clase de accidentes en los establecimientos en que se emplean sustancias tóxicas o insalubres, sería por demás insólito que acontecieran repentinamente, como acontece en otras fábricas o talleres, o en los demás lugares en donde los obreros ejecutan un trabajo manual por cuenta del patrono".

De todos modos no se renunció fácilmente en la conflictiva discriminación entre accidente y enfermedad profesional, toda vez que se vuelve a invocar la necesidad de acreditar el carácter directo, inmediato, mecánico o tóxico e incurable de una lesión, orgánica o funcional, para concederle la calificación de absoluta (recuerdo de esa condición, antes aludida para configurar el accidente laboral, de que sea causado por daño externo, súbito y violento).

Algunos intentos de legislación específica sobre enfermedades profesionales se produjeron en el primer tercio del siglo XX. El Instituto de Reformas Sociales (que, en 1903 sucede a la Comisión de Reformas Sociales, constituida veinte años



antes) elaboraría la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero de 1908. En 1920, este Organismo redactó un anteproyecto en el que se recogían diez bases que luego reaparecerían en la elaboración de la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales, aprobada el 13 de julio de 1936, como nueva expresión de la ratificación por España del Convenio 18 de la VII conferencia de la OIT de 1925, que dio resonancia al debate sobre enfermedades profesionales.

Previamente a esta Ley se había aprobado, en marzo de 1934 por el Consejo de Trabajo, un proyecto de bases para la aplicación del Convenio de Ginebra que, en 1932, ya había tenido una segunda ratificación.

La proximidad de la fecha de promulgación de la Ley de 13 de julio de 1936 a la Guerra Civil española impidió el desarrollo de la misma, pero no fue derogada por lo que, dado su carácter de Ley de Bases, mantuvo cierta vigencia, menoscabada por la carencia de desarrollo reglamentario y por no haberse hecho la reforma de otras leyes para su implantación.

Las principales características de la ley 1936, en cuanto a modificación de la ley de accidentes, se centraron en aspectos de responsabilidad empresarial, el seguro especial obligatorio contra riesgos de incapacidad permanente o muerte por enfermedad profesional, la necesidad de diagnóstico precoz de la enfermedad profesional (adaptando a los casos de ésta lo previsto en la Ley de Accidentes de Trabajo) y la aplicación del principio de reciprocidad para trabajadores extranjeros con tres años de residencia ininterrumpida en España. La actividad legislativa posterior a la guerra, contempla la publicación del Fuero del Trabajo que en su Declaración Décima preconiza el incremento de seguros sociales, entre otros para las enfermedades profesionales, bajo la modalidad de implantación de un seguro total.

De todas formas, por una serie de causas, sólo se legisló sobre protección de una enfermedad profesio-

sional: la silicosis (Orden de 7 de marzo de 1941; Decreto de 3 de septiembre del 1941 y su desarrollo por Orden de 14 de noviembre de 1942; Ordenes de 18 de junio de 1943, 26 de enero de 1944²; Decreto de 23 de diciembre de 1944 y Reglamento de 29 de marzo de 1946).

Siguiendo la orientación marcada en el Fuero del Trabajo se dicta el Decreto de 10 de enero de 1947 en el que se recoge la doctrina de la unidad de concepto entre la enfermedad profesional y el accidente de trabajo, abundando en la doctrina del Fuero del Trabajo de buscar una protección de las enfermedades profesionales de carácter general en lugar de la protección parcial de las mismas.

El Decreto de 10 de enero de 1947 se desarrolla por otro de 11 de junio de 1948 y por la Orden de 19 de julio de 1949, por la que se dicta el Reglamento del Seguro de Enfermedades Profesionales.

En una etapa posterior, aparece la Ley de Accidentes de Trabajo de 22 de diciembre de 1955 y su Reglamento, de 22 de junio de 1956, que unificaron el régimen del Seguro de Accidentes de Trabajo en la Industria y en la Agricultura. En cuanto al "Seguro de Enfermedades Profesionales" se promulgan, sucesivamente, una Orden Ministerial (7-3-1941) sobre silicosis, un Decreto (3-9-1941) creando el Seguro de Silicosis, que después se modifica (1944) y reglamenta (1946), para dar paso al "Seguro de Enfermedades Profesionales" y, luego, al Decreto de 13 de abril de 1961 que, junto a la orden de 9 de mayo de 1962 y la Orden de 12 de enero de 1963, reorganizó en profundidad el Seguro de Enfermedades Profesionales, con aportación de una normativa médica para facilitar los reconocimientos, diagnósticos y calificaciones.

Posteriormente, el 28 de diciembre de 1963, se aprueba una ley de Bases que faculta a los poderes públicos para dictar disposiciones en materia de Seguridad Social y que, con la aparición del texto articulado de 21 de abril de 1966, racionaliza

2 Para ampliación del tema en su desarrollo posterior puede consultarse la monografía del Ministerio de Trabajo "Enfermedades Profesionales. Silicosis" (Madrid, 1964)



los cobros diferentes por accidente o enfermedad y eleva las prestaciones. A partir de ahí, pasando por la ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social (21-6-1972) y el texto refundido de la ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974), que unifica las leyes de 21 de abril de 1966 y 21 de junio de 1972, se cierra un nuevo período.

Un postrero tramo legal sobre enfermedades profesionales nos sitúa en el escenario en que hoy operamos, toda vez que el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, está operativo y sólo ha registrado ligeras modificaciones que no afectan a su configuración básica³.

B) DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Las enfermedades profesionales junto con los accidentes de trabajo, configuran la denominada patología específica del trabajo.

Al comentar anteriormente la evolución de la protección económica y jurídica de enfermedades y accidentes ya se hizo notar que lo que les une y lo que les separa. Les une, el responder a la misma causa, el trabajo; y también, el que se produzcan los mismos efectos, ya sea la invalidez, ya sea la muerte. Les separa, el tiempo de producción de la lesión (súbita, violenta y externa al organismo en el accidente y lenta, gradual y previsible en la enfermedad profesional), el tipo de agentes que les provocan, el tipo de consecuencias e, incluso, el tipo de abordaje terapéutico (más médico o más quirúrgico, respectivamente).

CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

De acuerdo con la legislación vigente, se entiende como Enfermedad Profesional la contraída a con-

secuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen por cada enfermedad profesional (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, texto refundido de la Ley de Seguridad Social, Art. 116; B.O.E 29-6-94).

Especificando la definición que aporta el texto refundido de la ley de la Seguridad Social, la enfermedad profesional sería un proceso cronificado a causa de exposiciones, recientes en intensidad y tiempo, a diversos contaminantes. Resulta obligado, por la falta de evidencias, demostrar la enfermedad profesional, por lo que se elaboran listas de enfermedades que, en determinadas condiciones laborales, adquieren la condición de enfermedades profesionales.

Desde el punto de vista médico, la enfermedad profesional se constituye como consumación de un riesgo potencial, vinculado a determinado ejercicio profesional, siempre que éste se halle ligado al desencadenamiento de una incapacidad laboral. Se ha señalado⁴, para la determinación de las enfermedades profesionales, la trascendencia de la relación entre la exposición y la gravedad de la incapacidad que puede generarse, así como la relación entre la exposición y el número de afectados. Todo apunta, pues, a la importancia de la exploración clínica atenta y minuciosa que se haga a los trabajadores, y también, a la indagación del ambiente laboral en que operan y a la correlativa investigación epidemiológica.

Por sus características especiales, la enfermedad profesional se distinguirá de la enfermedad común, de la enfermedad del trabajo y de la enfermedad relacionada con el trabajo.

3 Sobre los aspectos tratados, cfr. Martín-Granizo, "La influencia del trabajo en la historia" (Madrid 1948); Hernáinz Márquez, "Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales" (Madrid 1953); Isasi, "Medicina del Trabajo" (Madrid 1956); Desoille et al. "Medicina del Trabajo" (Barcelona 1986); Vaca, Blanchard et al., "El trabajo en la

historia" (Salamanca 1996); Alonso Olea, Montoya Melgar, et al., "Las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo" (Santander-Madrid, 1997).

4 DJORDJEVIC, D. "Enfermedades Profesionales; lista internacional". Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y S.S. t. I. Madrid, 1989.



CONCEPTO DE ENFERMEDAD COMÚN

El Art. 117.2 de la Ley 1/1994 recoge que “se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales” conforme lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2 e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116 de la misma Ley.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD DEL TRABAJO

Se entiende por enfermedad del trabajo la que se ve influida por la actividad laboral pero no aparece, de manera determinante, como consecuencia de la misma.

En estas enfermedades influidas por el trabajo aparecen incorporadas una serie de factores perturbadores del medio ambiente laboral habitual, pero también las condiciones personales, de tal forma que su producción no afecta a todos, o, al menos, no les afecta de manera homogénea y previsible.

En este apartado toman carta de naturaleza una serie de condicionantes de índole psicosocial y organizacional, tales como los conflictos personales y grupales, la insatisfacción, la falta de motivación, los ritmos monótonos del trabajo, las alteraciones o rupturas de los ritmos biológicos o la anomia (Durkheim).

CONCEPTO DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO

Aunque no pueda darse una definición legal de la misma hay que recoger esta modalidad de patología laboral que contempla el Art. 38 del RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención: “... el servicio de prevención colaborará con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo ...”

En su momento, los especialistas llamaron la atención sobre esta modalidad de patología laboral reclamando que no se incurriera en el mismo error “que ha sucedido y sucede con las enfermedades profesionales, como es el de tipificar el considerando de tener una enfermedad de este tipo en función de que se encuentre en una lista oficial, sea elaborada por quien sea y con el rango que fuere”. Y se razona la suspicacia hacia este concepto de enfermedad relacionada con el trabajo por su consideración legal de enfermedad común, sin repercusiones económicas distintas a la misma, por lo que no se debería caer en el error de crear una lista cerrada, que, por su efecto limitante, condicionara el conocimiento y la prospección de este tipo de patologías⁵.

En la práctica profesional, para calificar las enfermedades profesionales, acudimos al listado actualizado de las mismas donde se recogen procesos y actividades que las justifican. Cuando no logramos identificar en ese listado el proceso morboso que intentamos etiquetar, nos queda el recurso de tipificarlo como accidente de trabajo, siempre que reúna los requisitos legales contemplados para el mismo, algo no siempre posible. Por eso se hace necesario, conceptualmente, un espacio que acoja todo lo patológico de referencia laboral no etiquetable de enfermedad profesional o accidente de trabajo. Pero es muy sutil, como referencia alternativa de las situaciones anteriores, la distinción práctica entre enfermedad influida por el trabajo (enfermedad del trabajo) y enfermedad relacionada con el trabajo (ERT). Ambas tienen un nexo común clarificador: ninguna de las dos tiene consideración de enfermedad profesional. El hecho de definir las se hace bajo esa doble negación y en base a la afirmación, igualmente incuestionable, de su estirpe laboral. Buscando esa matización, una vez que se ha definido la enfermedad del trabajo, parece conveniente, amparado en el criterio de colegas especialistas en Medicina del Trabajo,

5 Sanz González, J. "Enfermedad relacionada con el trabajo". Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Madrid Noviembre, 1999.



avanzar el concepto de ERT: “Se entiende por enfermedad relacionada con el trabajo toda patología vinculada epidemiológicamente con el trabajo, que no tiene consideración de enfermedad profesional”⁶.

La misma fuente aporta, a modo de guía, una selección de enfermedades relacionadas con el trabajo publicada en 1991 en el “American Journal of Industrial Medicine”, por Mullan y Murthy y asumida por nuestro Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral:

- TBC Pulmonar
- Hepatitis A,B,C,D
- Rubéola
- Escabiosis
- Neoplasia maligna de cavidades nasales
- Neoplasia maligna de tráquea, bronquio y pulmón
- Neoplasia maligna de laringe por asbesto
- Alteraciones sanguíneas mayores
- Infertilidad masculina
- Encefalopatía tóxica crónica
- Cataratas
- Alveolitis alérgica extrínseca
- Síndrome de disfunción reactiva de vías aéreas
- E.P.O.C.

Lo que la sanción legal, que determina la existencia o no de enfermedad profesional, pone en juego es la dificultad para evidenciar el nexo entre la alteración significativa de la homeostasis del trabajador y el desarrollo de una actividad laboral por cuenta ajena. Si esa relación causal se reconoce legalmente, hablamos de enfermedad profesional; si no se reconoce legalmente, aunque consten científicamente evidencias de esa relación causal, sólo podremos estimar que estamos ante una enfermedad relacionada con el trabajo, por lo que se deduce que estamos en una situación precaria en el manejo de procesos degenerativos que, orgánica o funcionalmente, puedan afectar a las personas en el desarrollo de su actividad laboral. En consecuencia, es necesario que nos dotemos de

un procedimiento más operativo, más científico y más justo en la determinación, seguimiento y reparación de los estigmas tardíos del trabajo, inevitables al parecer desde su más arcaica consideración de labor penosa en lucha con la naturaleza⁷.

3- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

A) INCLUSIÓN DE NUEVAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA.

Cuando el Art. 116 del RD 1/1994, de 20 de junio, menciona el procedimiento que ha de observarse para la inclusión de nuevas enfermedades profesionales que se estima deban ser incluidas en el cuadro establecido por RD 1995/1978 determina que “dicho procedimiento se hará siguiendo las disposiciones de aplicación y desarrollo de la Ley 1/1994, comprendiendo, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo”.

De todas formas, el intento de incorporar a la lista oficial nuevas enfermedades profesionales se hace desde una doble perspectiva: la primera de carácter económico y social; después, una segunda, en que lo sanitario es más relevante.

El vigente cuadro de enfermedades profesionales está confeccionado desde una concepción equidistante entre un punto de vista etiológico y una concepción epidemiológica.

Si atendemos a la causa etiológica sería calificable de enfermedad profesional cualquier mal derivado de la actividad laboral de quien la padeciera, sin excluir ningún proceso y sin determinar las funciones o cometidos laborales donde fueran más previsibles. La debilidad de este razonamiento

6 Rescalvo Santiago, F. “Medicina del Trabajo”, tomo I. Asociación Española de Especialista en el Trabajo. Madrid, 2000.

7 Génesis 3, 17-19



etiológico radica en el difícil establecimiento de la relación causa (exposición)-efecto de algunos cuadros que se observan en la patología laboral y que sólo con mucho tiempo por delante se aclaran.

La aportación epidemiológica se basa en un criterio restrictivo de origen, puesto que, vista la incidencia y frecuencia en ciertas profesiones de los problemas que se tratan, se confeccionaría una lista de enfermedades cerrada o restringida. La consecuencia de esta forma de ver las cosas es muy distante de la que aporta la consideración etiológica, toda vez que cualquier patología que aquejara un trabajador inserto en una actividad con riesgo de desarrollar alguna de aquellas enfermedades de la lista cerrada, sería de inmediato reconocida como enfermedad profesional si fuera susceptible de ser asumida como tal, ahorrándonos así el trámite de demostrar la secuencia causa (exposición)-efecto.

Parece que lo más lógico sería adoptar un sistema "mixto", como el que se sugiere tras las lecturas de las opciones de indemnización que aporta el artículo 8 del convenio 121 de la OIT (revisado por la Conferencia Internacional del Trabajo de 1980). En este sistema "mixto" se contaría, para definir la enfermedad profesional, con la lista del Convenio (donde se especifican el agente etiológico y, al lado, las actividades laborales que son susceptibles de exposición a ese agente etiológico); a esa lista del Convenio se añadiría una definición general que admitiera el origen laboral de enfermedades no incluidas en la lista en vigor. En este caso le correspondería al médico del trabajo la aportación de evidencias clínicas, biológicas y etiológicas para demostrar que la enfermedad estaba causada por la profesión de la víctima⁸.

El cuadro de enfermedades profesionales en vigor (RD 1995/1978, de 12 de mayo) aporta ciertamente una lista cerrada, pero con el carácter de transitoriedad que la propia disposición legal invoca al presentar la nueva lista como necesaria modificación del listado anterior, recogido en el Anexo del Decreto 792/1961, de 13 de abril, que se considera

superado por las investigaciones acontecidas en el marco de la medicina, la seguridad y la higiene laborales, así como por la introducción de un número creciente de nuevas sustancias en los procesos industriales.

Es prácticamente la misma filosofía con la que hoy debe abordarse la actualización de las enfermedades profesionales ante los nuevos requerimientos que se derivan de las observaciones e investigaciones en el campo de la Medicina del Trabajo.

Por su relevancia, tanto por la presencia de los agentes sociales como por la exigencia técnica mantenida, deben considerarse esperanzadoras las aportaciones del Grupo de Trabajo "Salud Laboral" de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales, que se acoge como punto de partida al documento consensuado en el Grupo de Trabajo sobre "Enfermedades profesionales" aprobado el 19 de octubre de 1999 por el Plenario de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuyas conclusiones fueron las siguientes:

- Desarrollar reglamentariamente el artículo 6 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, apartado 1.g) "Procedimiento de calificación de las enfermedades profesionales, así como requisitos y procedimientos para la comunicación e información a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo".
- Universalizar la población trabajadora sobre la que se declaran las enfermedades profesionales, en el sentido que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales en vigor.
- Adoptar un nuevo sistema de notificación unificado.
- Garantizar una adecuada protección de los derechos de los trabajadores, especialmente en lo referente a la confidencialidad y a la no discriminación laboral por motivos de salud.

8 Djordjevic, D;o.c.



- Desarrollar Normas Médicas y Unidades Especializadas de ayuda a la calificación de enfermedades profesionales.

Al mismo tiempo se constata la dinámica de trabajo para la actualización de la Recomendación 90/326/CEE de la Comisión Europea, de 22 de mayo de 1990, que luego será de obligada referencia en nuestros procedimientos legales. El cuadro recogido en esta Recomendación tiene cinco apartados:

1. Enfermedades provocadas por agentes químicos.
2. Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes
3. Enfermedades Profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes.
4. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
5. Enfermedades provocadas por agentes físicos.

Estos apartados están recogidos también en la lista de enfermedades profesionales del RD 1995/1978, de 12 de mayo, que, además, recoge un sexto grupo de "enfermedades sistemáticas" (sistémicas).

B) ENFERMEDADES EMERGENTES DEL TRABAJO

La necesidad de revisar la lista de enfermedades profesionales está fundamentada en el gran número de patologías que, como potenciales enfermedades profesionales, aparecen en el medio laboral. En otros casos se trata de problemas ya existentes que adquieren una nueva dimensión y admiten una formulación legal consistente. En este terreno hay que inscribir gran parte de los problemas psicosociales que se plantean en las organizaciones del trabajo.

Los médicos del trabajo atienden en sus consultas un mayor número de problemas articulares, periarticulares y tendinosos, cuya etiología radica en los grupos de movimientos profesionales (gestualidad de repetición, posturas inadecuadas, etc...), reforzados por el sedentarismo y la predisposición constitucional (epicondilitis y disfunciones del túnel carpiano, entre otras). En este grupo

se incluyen diversas profesiones de los sectores primario (pesca) y secundario (industrias agroalimentarias), pero también del terciario (comercio minorista) y la construcción, en sintonía con la terciarización que invade los sectores productivos de nuestras sociedades y el habitualmente pujante ramo de la construcción.

Pero, también, hay que recordar el aumento de los casos de asma, dermatosis, rinitis, faringitis, etc., atribuibles a una lenta evolución de los trastornos inmunoalérgicos y los problemas neurológicos relacionados con el empleo de disolventes orgánicos.

Se citan también el síndrome de sensibilización química múltiple y el síndrome de edificio patógeno.

El síndrome de sensibilización química múltiple nos sitúa ante un problema complejo en el que se desarrollan una serie de sinergias a partir de una primera exposición a una sustancia desencadenante, con la consecuencia negativa de una diversificación reactiva a diferentes sustancias químicas presentes en el medio habitual de los afectados, aunque sea a niveles de concentración inocuos en otras circunstancias.

Permanece en el área de las hipótesis la explicación del hecho de la no especificidad de los procesos reactivos que sufren las personas afectadas, así como el desconcertante efecto desencadenante de dosis infraexponenciales en el organismo sensibilizado. Lo cierto es que estos polisensibilizados desarrollan la sintomatología convencional básica de muchas intoxicaciones: trastornos del sistema nervioso (astenia, cefalalgias, insomnio, hiperosmia, etc), alteraciones respiratorias (disnea, congestión de mucosas, tos, etc), trastornos digestivos ocasionales (náuseas, vómitos, anorexia, etc) y, muy especialmente, alteraciones funcionales de estirpe psicosomática o de diferentes sectores de la afectividad (algunas veces, previos a la presentación del síndrome), con alto componente ansioso y angustioso.

El síndrome del edificio enfermo ofrece relevancia particular porque afecta a diferentes tipos de edificios, como colegios, oficinas, bibliotecas y edificios de apartamentos. La configuración estructu-



ral de estos edificios contribuye al efecto negativo: se trata de habitaciones más o menos herméticas, con una humidificación inadecuada, pequeñas entradas de aire exterior, niveles crecientes de ozono, polvo o disolventes de las fotocopiadoras o impresoras, techos bajos (a veces, inferiores a dos metros y medio). Los ocupantes de estos edificios suelen manejar pantallas de visualización durante la mayor parte de su jornada laboral y representan posiciones laborales sedentarias. La sintomatología observada, debuta en ocasiones con un acceso de fiebre repentina de aparición brusca, al que se añade, con carácter habitual, una notoria afectación de los órganos de los sentidos y del S.N.C., con irritación, sequedad, congestión, picor de ojos, nariz, garganta y piel, además de lagrimeo, algias diversas, cefalea, dificultad de concentración, etc.. Como factor de gravedad añadido en este síndrome, se apunta a veces la "legionella", causante de la llamada "enfermedad del legionario"⁹, infección causada por inhalación de gotas de agua o partículas contaminadas. La bacteria se aloja en los alvéolos y tras 2 a 10 días de incubación desarrolla un cuadro presidido por fiebre, mialgias, cefaleas, dificultades respiratorias, diarreas y vómitos. Aunque las formas más severas de la enfermedad, sin el tratamiento oportuno, pueden ser mortales, parece que es relativamente baja la incidencia de casos entre los expuestos.

La presencia de estas y otras patologías asociadas a la convivencia en determinadas condiciones de salubridad ambiental aconseja distinguir entre enfermedades relacionadas con el edificio y el que podríamos denominar, con mayor propiedad, síndrome del edificio patógeno porque, convertido en agente mecánico causal del enfermar humano, pasaría a ser, más que intransitiva causa de enfermar (contraer enfermedad), causa transitiva de ese enfermar (causar enfermedad).

C) NUEVAS PATOLOGÍAS VINCULADAS A LA CARGA PSÍQUICA

Sin embargo, pese a lo anterior, el gran reto de los médicos del trabajo, y también de los psiquiatras y psicólogos, es el inmenso territorio, hollado pero no suficientemente explorado, que representa la carga psíquica del trabajo.

La Comisión Europea estudia integrar los trastornos y enfermedades relacionadas con el estrés en las directrices del empleo para 2003, en el marco de la "Estrategia Comunitaria en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2002-2006", que será aprobada el próximo mes de junio en el Consejo Europeo de Sevilla como punto final a la presidencia española de la Unión Europea.

Según la CE, las enfermedades emergentes como el estrés, la depresión y el acoso, son responsables del 18 por ciento de los problemas de salud asociados con el trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral.

Estrés-Distrés y Distimias.

Abordamos aquí el concepto de estrés para referirlo a las demandas que, en el medio laboral, generan situaciones que desbordan la capacidad de adaptación del individuo, en cuyo caso, aquellos estresores que sobrepasan y desequilibran estimularmente la homeostasis, deben ser analizados y valorados como metabolitos, cuya potencial agresividad urge controlar.

Del concepto original de estrés publicado por su descubridor, el Dr. Hans Selye, en la revista *Nature* (1936) y refundido y ampliado por él mismo posteriormente¹⁰, a las aportaciones de Horowitz (el grado de estrés se refleja en la intensidad de la desorganización de la conducta a que induce la intensidad estresora)¹¹ y Zegans (el estrés atenta contra los diversos escalones de la pirámide de Maslow, provocando reacciones de equilibrio compensatorio o desdoblamiento psico-físicos)¹²,

9 La denominación se acuñó en 1976, en Filadelfia (USA), donde se produjo un brote epidémico de neumonía en un grupo de legionarios americanos, reunidos en un hotel, con fallecimiento de 30 de ellos (uno de cada seis afectados).

10 H. Selye "Stress sans detresse" Les Editions La Presse. Montreal, 1974.

11 M. Horowitz "Stress response syndrome". New York, 1976

12 L. Zegans "Handbook. Theoretical and clinical aspects" Goldberger y Breznitz. The Free Press New York, 1984.



muchas son las consideraciones que pueden hacerse a propósito del contenido y consecuencias del estrés.

Para Selye, estrés es “la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier tipo de exigencia interna o externa”. Esos estresores que provocan la respuesta señalada son generadores de situaciones agudas o crónicas por eso se señalan características diferentes para ambas. Se habla de estrés agudo en los casos en que la agresión estimular es intensa, pero limitada en el tiempo. La respuesta del organismo sería igualmente intensa y violenta; además como corresponde a las respuestas de supervivencia, se produce de manera inmediata. Al lado de esta reacción hay que considerar la que corresponde al estrés crónico producido por agresiones enérgicas o, más habitualmente, moderadas, pero repetidas y próximas en el tiempo, que exigen una adaptación frecuente. Este acúmulo de pequeños estresores acaba convirtiéndose en un sumatorio que supone una dosis total excesiva, capaz de sobrepasar el umbral de resistencia. En consecuencia una persona se encuentra sometida a estrés cuando la dosis de estresores acumulada supera su umbral óptimo de adaptación, y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento.

Desde el punto de vista científico que aporta Selye el estrés puede considerarse, también, como el estado manifestado por el síndrome general de adaptación (S.G.A.). El S.G.A. representa todas las modificaciones no específicas - es decir, independientes de la clase de agente estresor - que se desarrollan en el organismo y en el tiempo, durante el transcurso de la exposición continua a los ataques de un agente. El S.G.A., en su forma típica, se desenvuelve en tres fases: una reacción de alarma, una fase de resistencia y una fase de agotamiento. No es necesario que intervengan estas tres fases para que podamos hablar de S.G.A. Sólo un acúmulo muy grave de estresores desembocaría en el agotamiento y en la muerte.

La situación anterior se inscribe, en la práctica psiquiátrica, dentro de los trastornos situacionales transitorios, en el apartado de las relaciones de adaptación de la vida adulta que acontecen en personas sin trastornos mentales subyacentes manifiestos y se subdividen según la edad de desarrollo del paciente¹³.

Si aceptamos la actividad estresora en el mundo laboral tendremos que considerar como tal cualquier evento que se produzca en el entorno de la persona que trabaja, con los matices personales y circunstanciales que harán percibir como más o menos graves y contundentes los estímulos físicos o psíquicos que incidan en ella. La percepción de la penosidad y peligrosidad de las tareas y las condiciones de trabajo es un capítulo que requiere pormenorizar algunas de ellas.

El trabajo como origen de riesgo profesional ha sido reiteradamente analizado y sistematizado; pasaremos revista a una serie de condicionantes del trabajo, potencialmente generadores de situaciones distímicas. Estos condicionantes, que hacen depender la realización de una cosa de ciertas circunstancias esenciales para que algo suceda pueden referirse al medio ambiente laboral físico o psíquico, lo que, de otra forma, se ha definido anteriormente como factores intrínseco o extrínseco de la tarea.

Algunas condiciones del trabajo abarcan el conjunto de condiciones higiénicas, ergonómicas o de seguridad. Otras, en cambio, apuntan al contenido esencial de la tarea en el que tienen presencia relevante las relaciones humanas en su más amplia consideración. La conocida pirámide de Maslow respondería, en sus dos primeros tramos, cercanos a la base, a las primeras condiciones arriba señaladas (necesidades fisiológicas y de seguridad); los tres últimos tramos de la pirámide se ajustan con las otras condiciones referidas a relaciones humanas (necesidades de pertenecer, de estima y de consecución).

Una relación no exhaustiva de insatisfacciones relativas a las relaciones humanas y desencade-

13 Freedman, Kaplan y Sadock, o.c.



nantes potenciales de circunstancias de disconfort en las relaciones personales, dentro de las diferentes organizaciones laborales (y posibles desencadenantes disfóricos y distímicos) serían, sin orden de priorización, los que siguen:

- Injusticias en el cumplimiento de beneficios laborales.
- Falta de seguridad en el empleo.
- Falta de confianza en el rendimiento o capacidad.
- Jefaturas inadecuadas o incapaces.
- Relaciones inadecuadas con compañeros.
- Relaciones inadecuadas con subordinados
- Relaciones inadecuadas con usuarios.
- Disciplina mal concebida.
- Imposibilidad de promoción interna.
- Cambio frecuente de puesto de trabajo o cometido.
- No equivalencia entre puesto ocupado y capacidad personal.
- Falta de participación.
- Absentismos no justificables (practicados o padecidos).
- Salarios inadecuados.
- Modalidades de trabajo no presencial (teletrabajo)
- Falta de información o formación debidas
- Presencia y densidad social en los lugares de trabajo
- Dificultades para el traslado y regreso del trabajo.
- Inadaptación personal.
- Vicisitudes familiares que inciden en rendimiento y presencia.

Respecto a las relaciones entre el estrés y la depresión se hace muy difícil determinar hasta qué punto el estrés, que se conoce fundamentalmente por sus consecuencias cuantitativas (antigüedad, intensidad y repetición) puede provocar, tras reiteradas situaciones de sufrimiento, una depresión (en la que tampoco podría hablarse de mucho más que de su profundidad y su duración).

El Dr. Henri Grivois entiende la depresión como una reacción particular de sufrimiento moral, diferenciado según cada persona, pero encadenado al desarrollo de la existencia, y se plantea dónde situar al estrés para fenómenos de ritmo lento como la depresión y su posible tratamiento y mejoría. La respuesta es ardua, dado que las hipótesis psicológicas o bioquímicas -competitivas, entre sí, aunque no excluyentes- no aportan aún suficientes resultados que nos permitan responder a la cuestión de si el estrés juega un papel en el desencadenamiento de la depresión¹⁴.

Patologías relacionadas con disfunciones en la organización.

Las condiciones de trabajo inadecuadas, mal estructuradas o viciadas se traducen en una situación patógena que no puede equipararse a las exposiciones tóxicas físicas o químicas o a las invasiones biológicas. Si existiera una "toxicidad psíquica" desde luego no se comportaría como la "toxicidad física", donde los niveles de exposición son acumulativos. La "toxicidad psíquica" seguiría derroteros distintos, desconocidos por intangibles y sólo influidos por las fluctuaciones conductuales a las que, por demás, la persona tratará de contener, reconducir o superar dentro de un proceso fundamentalmente individual, aunque también existan "metodologías defensivas de oficio"¹⁵. Hablar de las relaciones de las personas con el trabajo supone considerar algunas variantes de las que dos son más conflictivas: el cometido laboral (características de la tarea) y la carga del trabajo (efectos de éste sobre el organismo humano). Pero cuando nos referimos a la carga de trabajo no hay que dejar atrás ningún aspecto; porque si hablamos del quebranto posible derivado de la carga física no debemos ignorar que, a través de la carga psíquica, la persona que trabaja entra en frecuente conflicto con la organización del trabajo¹⁶.

La organización del trabajo, tan debatida en la historia reciente (organización científica del trabajo,

14 H. Grivois - Soly Bensabat (comp.). "Stress". Ed. Mensajero. Bilbao, 1984.

15 Dejours, C. "Trabajo y desgaste mental (Una contribución a la psicopatología del trabajo)". Humanitas Buenos Aires, 1990.

16 Dejours, C. "Psychopathologie du travail". Encyclopédie Médico-Chirurgicale Paris, 1987.



teoría de las relaciones humanas, movimiento de gestión de recursos humanos), evoca multitud de supuestos: la descripción de modelos operativos, la parcelación de tareas, la determinación de los tiempos invertidos en cada cometido, la división del trabajo, las relaciones humanas, la motivación por la tarea, la defensa de la división del trabajo, los ritmos del mismo, los niveles de productividad y calidad, el liderazgo, etc... Todos ellos factores muy diferentes a las condiciones de trabajo, acompañadas por mayor o menor confortabilidad en cuanto a elementos higiénicos ambientales y de seguridad. Frente a ellos, la organización del trabajo representa el entramado de relaciones jerárquicas en las que puede existir armonía o, por el contrario, imposiciones en las que la desestructuración de la organización posibilite la instalación de actitudes psicopatológicas en algunas personas a las que el ambiente o las condiciones personales previas, o las dos cosas juntas, convierten en más proclives a las disfunciones mentales.

En clave de desajustes organizativos, puede plantearse el abordaje de algunas sociopatías, cuya presencia en el medio laboral va ganando posiciones en la medida que la mayor sensibilidad hacia los problemas de carga psíquica en el conjunto de la prevención de riesgos laborales y las cada vez más frecuentes sentencias judiciales favorables sobre estos problemas psicosociales, hacen de esta materia un campo amplio y creíble para la mejora de las condiciones de trabajo.

Con criterio amplio se señalan, a continuación, una serie de desajustes que estarían en el fondo de algunas desestructuraciones psicosociales causantes de patología psiquiátrica y de sufrimiento y absentismo laborales.

Recorreremos, de manera abreviada, cada una de ellas:

Burn-out

El Burn-out puede definirse como trastorno funcional desencadenado por sobrecarga física y mental acumulada en cometidos profesionales que soportan una penosidad añadida por la relación con terceros, habitualmente usuarios del servicio.

En los manuales al uso y en las revistas científicas¹⁷ puede encontrarse una descripción pormenorizada sobre las características de este proceso que se consolida en el tiempo bajo la influencia, no excluyente de otras causas, del ambiente laboral, que acaba imponiendo la peor de sus variantes a la mejor de las disposiciones de quién se deja atrapar en los problemas de terceros. Porque, lo que definíamos como desajuste en la organización de la demanda externa, es toda la esencia de este problema, que siendo de los "otros", acaba resultando nuestro por la capacidad de estos otros de transmitir e inocular su insatisfacción en nuestro esquema de conducta.

El cansancio, desgaste, desmotivación y el fuerte descenso de la autoestima que late en quienes manifiestan "estar quemados" por las características de su trabajo, tiene consecuencias graves para el individuo, generándole diferentes problemas en su entorno, agravadas por su actitud que, muy frecuentemente, determinan variadas alteraciones somáticas y la instalación de un síndrome depresivo severo.

No es aventurado afirmar el riesgo potencial de suicidio que late en ciertos casos compatibles con las características de los que señalamos como "burn-out". Recientemente se conocía una sentencia judicial en la que se vinculaba el suicidio de un funcionario con su trabajo¹⁸. El funcionario, que trabajaba en un Centro penitenciario de Valladolid con reclusos de alto riesgo, se suicidó el 20 de octubre de 1997 y la Sala de lo Contencioso-Admi-

17 (*) E. Roa-C. Viñas. "Medicina del Trabajo", t.II (comp. Fdo. Rescalvo). Asociación Española de Especialistas en M.T., Madrid, 2000.

(**) Mingote Adan, J. "Síndrome de desgaste profesional (Burnout)" R. Medicina y Seguridad del Trabajo. Insalud, Madrid, 1997.

(***) Martínez, M^a J. Et al. "Burnout". Desgaste vocacional. Revista de la Asociación Española de Especialistas en M.T., Madrid 2001.

18 Diario "Cinco Días", 20 de noviembre de 2001



nistrativo viene ahora a declarar el derecho de los familiares directos del trabajador a percibir la pensión extraordinaria de viudedad y orfandad “que les corresponde” (hasta ahora denegada) en virtud de que su muerte por suicidio fue “consecuencia directa de la naturaleza del servicio que desempeñaba” (que, para la Audiencia Nacional, ha quedado suficientemente acreditado).

Patología vinculada al trabajo por turnos

Enraizada en la organización del tiempo de trabajo, situamos la distribución de las jornadas en horarios que, como los del trabajo nocturno, alteran severamente los ritmos biológicos, establecidos muy profundamente en el ser humano. En el caso del ritmo circadiano (nictameral o día-noche) encontramos un paradigma más familiar, cuya alteración provoca consecuencias indeseadas para quienes se ven obligados a forzarlo por razones laborales.

La Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo define el trabajo por turnos como una forma de organización del trabajo en la que equipos independientes operan sucesivamente para lograr la continuidad de una modalidad de producción o servicio.

En el trabajo por turnos, especialmente el nocturno, el trabajador desarrolla unos cometidos con un esfuerzo suplementario, impuesto por el hecho de realizarlo durante el llamado período de desactivación. Consecuentemente, magnificando la paradoja anterior, se verá obligado a intentar descansar durante el día (período de activación), con un sueño diurno notablemente menos reparador que el nocturno.

La repercusión de este tipo de jornada de trabajo en los índices de actividad laboral viene reflejada en tres parámetros: menor rendimiento, reducción de la atención con repercusión en la seguridad laboral y elevado índice de absentismo laboral.

Lógicamente, existe una patología asociada al trabajo por turnos que el DSM-IV recoge como “trastorno del ritmo circadiano” (307.45).

Este trastorno presenta especificaciones:

- Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado por mala sincroniza-

ción entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de esparcimiento y duración del sueño, por otra.

- Las alteraciones del sueño provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad personal.
- Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño o trastorno mental.
- El trastorno no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad.
- Se describen diversos tipos de alteraciones del sueño: tipo sueño retrasado, tipo “jet lag”, tipo cambio de turno de trabajo y tipo no especificado.

Pero no es únicamente esta patología la que condiciona la vida de los trabajadores nocturnos. Al parecer existen variantes en la reacción de cada persona al sobreesfuerzo que supone romper el ritmo circadiano, referidas, fundamentalmente a la diferente motivación e integridad personal con que cada uno se enfrenta al trastorno del ritmo circadiano. Sin embargo, en el transcurso del tiempo, aparecen trastornos nerviosos o digestivos y, siempre, rupturas del ritmo de vida social de variadas e imprevisibles consecuencias (dificultad para las relaciones personales, soledad, ruptura de pareja, pérdida de identidad familiar, depresiones, suicidios, etc.).

Por este motivo la experiencia de la penosidad común desarrolla fuertes vínculos entre los trabajadores nocturnos, como sucede en otros cometidos laborales de riesgo (por ejemplo, la minería). Con los datos anteriores podría definirse un síndrome del trabajador por turnos, consistente en:

- 1.- Trastornos del sueño.
- 2.- Trastornos nerviosos en relación con la fatiga.
 - Alteraciones de la reproducción y la libido.
 - Astenia física matutina.
 - Astenia psíquica.
 - Trastornos del estado de ánimo.
 - Trastornos somáticos (por ej., cefalea matutina).



3.- Trastornos gastrointestinales y pérdida de apetito.

Mobbing

El "mobbing" es una modalidad de acoso dentro de una organización, laboral o no, sobre una o más personas, con fines intimidatorios, cuya consecuencia es una agresión sistemática, intermitente y sostenida en el tiempo, orientada a provocar la exclusión social o el abandono del puesto de trabajo y de las expectativas personales o profesionales.

El concepto de "mobbing" fue introducido y sometido a estudio durante el último cuarto de siglo pasado por el psicólogo alemán, radicado en Suecia, Heinz Leyman, cuya observación de algunas conductas laborales compatibles con actitudes persecutorias y coactivas le llevó a investigar el resultado final de las mismas¹⁹. Así fue como llegó a establecer que muchas degradaciones anímicas en personas brillantes y cumplidoras en su cometido laboral podrían tener origen en un acoso psicológico, de carácter institucional, inducido por uno o varios contra otro, con el resultado final de abandono laboral e incluso muerte. Estimaba Leyman que en el 10% de los suicidios de su país podían reconocerse, más o menos intensas, maniobras de "mobbing" sufridas por las personas suicidas.

En el origen del concepto "mobbing" están las observaciones de Konrad Lorenz tras sus investigaciones de la conducta social de los patos, ánales y cercetas²⁰. Esta conducta animal resultó ser ampliamente extrapolable a la humana, a partir de unas determinadas características. A partir de la investigación de Leyman se han ido concretando pautas (se citan hasta 45) que vienen a constituir un programa sistemático y maquiavélico para inducir sentimientos de miedo, hostilidad, desánimo, descrédito en la persona perversamente acosada. No se trata de ninguna agresión física, ni

tampoco un acoso sexual solapado; la alusión es más profunda, de carácter moral y descalificatorio. La estrategia de los perpetradores de actuaciones calificables de "mobbing" suele establecerse de manera sibilina y felona, buscando connivencias con otros, que contribuyen a crear vacío y extrañamiento a la víctima. Los así acosados acaban dudando de sus capacidades, se rebelan antes contra ellos mismos que contra sus verdugos y, generalmente, se ven abocados a la pérdida de autoestima previa, a la autoexclusión, las somatizaciones, la quiebra del ánimo y excepcionalmente, las prácticas autolíticas.

Pese a todo, para poder hablar de "mobbing", deberían establecerse unos mínimos de duración del acoso en el tiempo: pautas de agresión de una o dos veces por semana, durante algunos meses. También debe tenerse en cuenta el ámbito en que se produce el acoso moral, resultando ser la Administración y las empresas públicas el terreno más proclive para su práctica.

Aunque los episodios de "mobbing" no han sido hasta la fecha etiquetados uniformemente (y convenientemente abordados y denunciados), no debe minimizarse su importancia. Algunos países se han dotado de medidas jurídicas que permitan tipificar y sancionar esas conductas (así Suecia, Canadá, Alemania, etc.) En nuestro país, los medios de comunicación se hacen eco frecuente del tema y surgen Asociaciones de autoayuda impulsadas por personas sensibilizadas. Recientemente una encuesta realizada en la Comunidad de Madrid revelaba que "casi un 12% de los empleados sufre acoso moral en el trabajo"²¹.

Con un contenido similar al del mobbing, se describen otras conductas perversas dentro de las organizaciones denominadas: "bullying" (Inglaterra), "harassment" (estudiado por Carroll Brodsky, desde 1976, en EE.UU.), "whistle blowers" e "ijime" (fenómeno acreditado en el medio laboral japonés, según Keiko Yamanaka, a partir de 1972).²²

19 Heinz Leymann, "Mobbing, la persécution au travail", Seuil. Paris, 1986

20 Konrad Lorenz "Consideraciones sobre las conductas animal y humana". Planeta. Barcelona, 1985.

21 Diario "El Mundo" (21-IX-01) Sección Madrid.

22 Marie-France Hirigoyen. "El acoso moral en el trabajo". Editorial Paidós. Barcelona, 2001.



Patología vinculada al teletrabajo

El teletrabajo es interpretado como una actividad laboral, fundamentalmente radicada en el sector servicios, por cuenta propia o ajena, que se lleva a cabo fuera del centro de trabajo habitual, utilizando tecnologías de la información y las telecomunicaciones²³.

Vistas las características de la accidentabilidad laboral y el lugar que en ella representan los accidentes "in itinere", se presenta como prometedor a cualquier posibilidad de obviar los desplazamientos, como sucede en el teletrabajo. Por otra parte, el tiempo de trabajo en términos de ganancia del mismo por ausencia de pérdidas en ruta, la flexibilización de los horarios, la mejora en autonomía y la evitación de fatiga física y psíquica asociados a los procedimientos laborales convencionales, hacen del teletrabajo una modalidad altamente deseable.

Pero también pueden señalarle al teletrabajo un conjunto de dificultades que, en casos más extremos, arrojarían la posibilidad de convertirse en riesgos de tipo psíquico por factores que pueden ir desde la soledad y falta de apoyos y referencias sociales a la anomía laboral ocasionada por la necesidad de autoseñalarse normas, límites, tiempos y responsabilidades en el desarrollo de la tarea.

Sin estímulos, sin frenos, sin referencias, sin organización formal e informal a que acogerse, la persona que se ve abocada a practicar el teletrabajo puede experimentar una serie de oleadas de desánimo cuya consecuencia podría resolverse con la deserción laboral o la reubicación en un trabajo convencional, pero, caso de que esto no fuera posible, la persona que optó en su día por el trabajo en soledad se vería atrapada en la insatisfacción y la monotonía generadas por un cometido que puede convertirse en un tóxico psíquico en cuanto que cometido indeseado o de difícil asimilación.

Drogodependencia

Para la Organización Mundial de la Salud, el concepto droga corresponde al de una sustancia, terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humos, ingestión, fricciones, etc) o más recientes (administración parenteral o endovenosa, etc) de administración de medicamentos, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Esta modificación, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes (crónicos), predispone a una reiteración continuada en el uso del producto. Su capacidad de crear dependencia, física o psíquica, en el consumidor es una de las características más importantes cuando se trata de definir una sustancia como droga. Pero la dependencia no viene determinada exclusivamente por la interacción entre esa sustancia y el sistema nervioso central, sino que es una situación más compleja, en la que también intervienen la estructura social donde se desenvuelve la persona afectada, sus relaciones dentro del grupo humano y la agresividad del producto²⁴. De las drogas, algunas se consideran institucionalizadas porque cuentan con un fuerte, aunque inadecuado, respaldo socio-cultural y no están ilegalizadas (por ejemplo el alcohol, tabaco, café, té, y psicofármacos). Otras drogas, se consideran ajenas a la cultura tradicional y son objeto de lucrativos negocios de tráfico soterrado y circulación ilegal, lo que configura a sus distribuidores y consumidores como delincuentes. Aunque todas las drogas son sustancias potencialmente perversas y causantes de daño para la salud, la graduación de su peligrosidad se atiende muchas veces a una escala de valores socio-político-económicos y morales de manejo diferente según las diferentes culturas.

Un sondeo del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de hace unos años señalaba, respec-

23 Manual de Ergonomía. Fundación Mapfre. Madrid, 1995.

24 F.Freixa i Santfeliu. "El fenómeno droga", Ed. Salvat. Barcelona, 1982.



to al problema de la droga en España, que las leyes españolas eran demasiado blandas (opinión del 70% de los encuestados) en su tratamiento. Sólo un 9% las juzgaba adecuadas o demasiado duras (2%), junto a un 20% que no tenía o no quería dar su opinión. Entre las razones para drogarse, se alegaban la falta de ocupación laboral (51%) o el mimetismo con amigos y compañeros (44%), como argumentos más contundentes²⁵.

Siendo muchas las vertientes que admite el tratamiento de una cuestión social y sanitaria como es la de las drogodependencias, nosotros sólo debemos atender aquí algunos aspectos del problema en el medio laboral.

La primera consideración es la que plantea la posible intromisión en las libertades individuales que puede producirse cuando existe una excesiva regulación gubernamental en todos los ambientes sociales susceptibles de albergar consumidores de drogas y, más en concreto, en el ambiente de trabajo.

Existe legislación española sobre el consumo de tabaco en lugares públicos²⁶. Al respecto, recordamos también la campaña publicitaria de la multinacional tabaquera Philip Morris, denunciada por la Fiscalía de Madrid, preguntándose, al pie de una foto de una serie de fumadores irredentos expulsados temporalmente de sus oficinas en tanto consumen sus cigarrillos: "¿qué clase de política es la que obliga a éstas personas a estar en la calle?". Se quiere poner así en evidencia la existencia de dos culturas y actitudes (la de los fumadores y la de los no fumadores), enfrentadas demagógica y artificialmente por los expertos publicitarios; deja abierta, además, la hipótesis de que el derecho de los fumadores pasivos no es tal, si ha de hacerse a costa de una legislación abusiva que convierte ciertos espacios públicos en espacios de exclusión para quienes quieren ejer-

cer su derecho a la práctica del hábito de fumar, convirtiendo a éstos en perseguidos.

En el caso del tabaco, alcohol, psicofármacos, así como de las otras drogas, las denominadas "ilegales", debe primar el bien común y más aún el sentido común, evitando que la práctica de hábitos nocivos, ejercidos de forma consciente o patológica, deterioren el ambiente laboral cuya integridad, equilibrio y limpieza es garantía de la adecuada prevención y salvaguarda de la posible peligrosidad que generan los riesgos laborales ambientales de cualquier género y procedencia. Además, no es irrelevante el punto de vista económico, a consecuencia de miles de jornadas laborales perdidas como resultado de las bajas laborales ocasionadas por la adicción al alcohol, entre otros tipos de drogodependencias. La accidentabilidad ligada directamente o indirectamente al consumo de drogas es una hipótesis de trabajo cuya verificación estadística plantea algunos problemas deontológicos y técnicos no siempre superables, lo que dificulta el procedimiento epidemiológico. No obstante se han detectado alcoholemias elevadas en operarios víctimas de caídas mortales desde planos elevados en los que estaban trabajando, pese a contar con medidas de seguridad convencionales. Por todo ello, sería preciso insistir en la investigación epidemiológica, psicobiológica, diagnóstica y terapéutica de los problemas de alcoholismo en el medio laboral, como vienen procediendo diferentes Servicios Públicos Sanitarios y Laborales, Fundaciones y Asociaciones Científicas de la Especialidad²⁷.

La distinción entre enfermedad profesional y etilismo requiere una fina valoración clínica. El elemento de reivindicación, a menudo favorecido por el psiquismo del alcohólico, y la atracción del beneficio del régimen más favorable de reparación para las enfermedades profesionales, conducen finalmente a situaciones de autoconvencimiento

25 Centro de Investigaciones Sociológicas. "Actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas" Madrid 1987.

26 R.D. 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el R.D. 192/1998, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

27 Sanz González, J.; Díaz Franco, J.J.; Guardia, J.; Sáiz, P.A. y otros. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Monografía sobre alcoholismo. Vol. 7, n°4. Madrid, septiembre 1998.



(sin base suficiente) de intoxicación profesional. Otra cosa es que el hígado y el sistema nervioso, más frágiles en los alcohólicos previos, pudieran inducir estados de intoxicación o embriaguez tóxica tras exposiciones laborales de estas personas, que en cualesquiera otros no resultarían relevantes ni nocivos²⁸.

Aunque las adicciones cuentan con amplia representación y “clientela” en todos los sectores profesionales, llama la atención el gran número de problemas que aqueja la profesión sanitaria en relación con el consumo abusivo de drogas como el tabaco, el alcohol y los psicofármacos que, paradójicamente, constituyen un motivo relevante en su atención sanitaria a pacientes que presentan los mismos problemas²⁹.

Ergodependencia

Hablar de ergodependencia es tanto como afirmar que existen determinadas actitudes hacia el trabajo que lo configuran como materia (ya que no substancia) adictiva. El DSM-IV señala el juego patológico (ludopatía) o el impulso de arrancarse el propio cabello (tricotilomanía), la piromanía o la cleptomanía, (impulsos incoercibles de quemar o robar, respectivamente)³⁰ como trastornos del control de los impulsos próximos a las conductas adictivas. No parece que ni la ergodependencia, ni los otros trastornos citados adopten la condición somato-psíquica de las adicciones tradicionales (que hemos analizado en el apartado de drogodependencia), ya que no existe un circuito bioquímico reiterado sistemáticamente como vía de asimilación con las conductas de repetición propias de los hábitos tóxicos. Pero deben ser tenidos en cuenta ciertos criterios, no vinculados a justificaciones externas, que obligan a refugiarse en el trabajo, según los cuales la superioridad o el deleite

de la tarea condicionarían el tiempo exagerado que se le dedica y la adhesión a la misma, con una serie de consecuencias físicas y mentales para quienes adoptan esta actitud.

Algunos medios laborales son más propicios para albergar, bajo la justificación de cultura común de trabajo, estas pseudoacciones. Es el caso de ciertos trabajadores japoneses que, más allá de la fidelidad de por vida a la empresa que les acogió y por encima de cierta estructura psicológica al afrontar el trabajo, que es parte de su idiosincrasia, practican una intensa y extensa actividad laboral que los impide descansar ni un solo día durante períodos superiores año. La tensión voluntaria acumulada desdibuja en estos trabajadores el límite de la realidad física frente a la realidad psíquica. Este voluntarismo irresponsable (exhibido incluso en planteamientos reivindicativos: “huelga a la japonesa”) y fatalista conduce al desencadenamiento de trastornos mentales; y, dentro de este desequilibrio, se inscribe la posibilidad de conductas autolíticas. El nombre técnico, aunque exótico, de estos procedimientos es el de “karo jisatsu”.

Hasta aquí la calificación y procedimientos de identificación de las enfermedades profesionales y de otras que, sin serlo formalmente, hemos procurado presentar con sus mejores virtualidades para poder considerarlas como tales en un futuro no lejano. Queda, para ahondar en el intento, una consideración posterior en que pueda abundarse en aspectos netamente clínicos y pormenorizados de aquellas patologías que, reconocidas o no como enfermedades profesionales, contemplan la característica común de su vinculación al cometido laboral desempeñado habitualmente. Un número posterior de esta publicación podría reunir reflexiones y aportaciones en este terreno.



28 H. Desoille y otros. “Medicina del Trabajo”. Masson. Barcelona, 1986

29 J.J. Gestal, “Riesgos del trabajo del personal sanitario”. Interamericana. Madrid 1990.

30 DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, F63,0,1,2 y 3. APA. Editorial Masson. Barcelona, 1995.