

Identificación y reconocimiento de enfermedades profesionales en siete hospitales públicos de España

Claudia Palma-Vasquez^(1,2,3); Consol Serra^(1,2,4,5); George L. Delclos^(1,6); José M. Ramada^(1,5); Fernando G. Benavides^(1,2,4) y resto del Equipo Investigador Proyecto CEPS⁽⁷⁾

¹CiSAL-Centro de Investigación en Salud Laboral, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, España.

²IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona, España.

³Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

⁴CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

⁵Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut MAR. Barcelona, España.

⁶Department of Epidemiology, Human Genetics and Environmental Sciences, The University of Texas School of Public Health. Houston, Texas, USA.

⁷Equipo Investigador Proyecto CEPS: Rosa Carreras (Institut d'Assistència Sanitària); Xavier Orpella (Badalona Serveis Assistencials); Isabel Taboada (Hospital Álvaro Cunqueiro); Carmen Diego (Hospital Arquitecto Marcide del Ferrol); M^a Teresa del Campo (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz); Juan Castañón (Hospital de Cabueñes); Vicenç González (Institut d'Assistència Sanitària); Ana Beltrán (Parc de Salut Mar); Alonso López (Parc de Salut Mar); Sandra Nieto (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz); Laia Cendón (Hospital Arquitecto Marcide del Ferrol).

Este trabajo fue premiado en el XI Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo 2020, el pasado 8 de febrero de 2020, como mejor proyecto de investigación.

Correspondencia:

Claudia Palma-Vasquez

Dirección: Edifici PRBB, Despatx-171.01.03. Dr. Aiguader
88, 08003 Barcelona, España

Correo electrónico: claudiamacarena.palma@upf.edu

La cita de este artículo es: Claudia Palma-Vasquez. Identificación y reconocimiento de enfermedades profesionales en siete hospitales públicos de España. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2021; 30(2): 185-194

RESUMEN.

Antecedentes: La infra-notificación y reconocimiento de enfermedad profesional (EP) es un problema secular en España y demás países europeos. El proyecto de Carga de la Enfermedad Profesional en España (CEPS) pretende contribuir a resolver este problema.

IDENTIFICATION AND RECOGNITION OF OCCUPATIONAL DISEASES IN SEVEN PUBLIC HOSPITALS IN SPAIN

ABSTRACT

Background: Under-reporting and recognition of occupational disease (OD) is a secular problem in Spain and other European countries.

Objetivo: Describir el proceso de identificación y reconocimiento de EP en siete hospitales españoles entre 2017 y 2019.

Métodos: En los siete hospitales que participan en el estudio se creó una unidad de patología laboral (UPL) la cual estimulaba en los servicios asistenciales la identificación de posibles EP atendidas en el hospital. Los pacientes confirmados por la UPL fueron acompañados en el proceso de reconocimiento.

Resultados: En este periodo fueron derivados 308 casos, y en 154 (62%) se confirmó la sospecha EP. De éstos, 78 (65%) han sido reconocidos. La tasa de confirmación (casos confirmados/derivados) varió según hospitales (de un 25% en el Badalona Serveis Assistencials a un 100% en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz) y grupos de diagnósticos (de un 13% para trastornos musculoesqueléticos a un 100% para patologías varias). La tasa de reconocimiento (casos confirmados/casos reconocidos) varió según centro, diagnóstico, sexo y edad, siendo más alta en mujeres, con ≥ 55 años y diagnosticados con patologías varias (oculares, infecciosas, mentales, entre otras).

Conclusión: Las UPL contribuyen significativamente en el proceso de identificación y reconocimiento de EP, lo que los pacientes posiblemente no hubieran obtenido de otra forma.

Palabras clave: enfermedad profesional; seguridad social; medicina del trabajo, salud laboral.

The burden of occupational disease in Spain project (CEPS) aims to contribute.

Objective: To describe the process of identification and recognition of OD in seven Spanish between 2017 and 2020.

Material and Methods: In the seven hospitals that participate in the study an occupational pathology unit (OPU) was created. The OPU encouraged the healthcare services to identify possible OD treated in the hospital. The patients confirmed by the OPU were accompanied in the recognition process.

Results: 308 cases were referred in this period and 154 OD was confirmed (62%). Of these, 78 have been recognized (65%). The confirmation rate (confirmed/ referred cases) varied according to hospitals (from 25% at the Badalona Serveis Assistencials to 100% at the Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz) and diagnosis groups (from 13% for musculoskeletal disorders to 100% for various pathologies). The recognition rate (confirmed/ recognized cases) varied according to hospitals, diagnosis, sex and age, being higher in women, aged ≥ 55 years and diagnosed with various pathologies (ocular, infectious, mental, among others).

Conclusion: OPU contribute significantly in the process of identification and recognition of OD, which the patients might not have obtained otherwise.

Key words: occupational disease; work-related disease; disease notification; social security.

Fecha de recepción: 8 de enero de 2021

Fecha de aceptación: 27 de junio de 2021

Introducción

Las enfermedades profesionales (EP), según el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social de España⁽¹⁾, son aquellas contraídas a consecuencia del trabajo por cuenta ajena al realizar actividades concretas o manipular determinadas sustancias especificadas en el cuadro aprobado en el Real Decreto 1299/2006⁽²⁾. Esta definición de EP tiene una función administrativa y se utiliza para establecer los criterios que diferencian a una EP de otras

enfermedades relacionadas con el trabajo o comunes. Por lo tanto, para que una EP sea considerada como tal, además de establecer la causalidad entre la patología y el trabajo, es necesario lograr su reconocimiento legal por parte de la Seguridad Social (SS).

La identificación y reconocimiento de EP constituye un desafío importante para la medicina del trabajo y la salud laboral de todo el mundo^(3,4,5,6,7), y en particular para España donde pareciera existir un subregistro especialmente más elevado⁽⁸⁾. Esta dificultad, explicada en gran parte por la falta de coordinación

administrativa^(9,10) trae como consecuencia un infra reconocimiento de EP, generando una desprotección social y económica importante para los pacientes, viéndose afectado también el sistema de salud^(11,12).

En este contexto, el proyecto de Carga de la Enfermedad Profesional en España (CEPS) pretende ampliar la experiencia de la creación de la Unidad de Patología Laboral (UPL) del Parc de Salut MAR (PSMar)^(6,13) en otros hospitales españoles. El objetivo del presente trabajo consiste en describir los resultados conseguidos por las Unidades de Patologías Laborales (UPLs) de siete hospitales públicos españoles que participan en el proyecto CEPS entre 2017 y 2019.

Material y Métodos

Diseño

Este estudio se basa en una serie de casos que incluye pacientes con una posible EP, derivados por los servicios asistenciales de cada centro hospitalario participante a sus respectivas Unidades de Patología Laboral (UPLs) y que fueron seguidos entre 2017 y 2019 para conocer el resultado.

Participantes

Participaron en este estudio 308 pacientes de los siguientes centros hospitalarios, con diferentes ingresos de pacientes al año: 1) PSMar en Barcelona con 20.918 ingresos el 2015; 2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo con 44.136 ingresos el 2019; 3) Institut d'Assistència Sanitària de Girona, con 7.114 ingresos el 2019; 4) Badalona Serveis Assistencials con 9.713 ingresos el 2019; 5) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en Madrid con 30.644 ingresos el 2019; 6) Complejo Hospitalario Universitario del Ferrol con 15.641 ingresos el 2019; y 7) Hospital Universitario de Cabueñes con 19.580 ingresos el 2019.

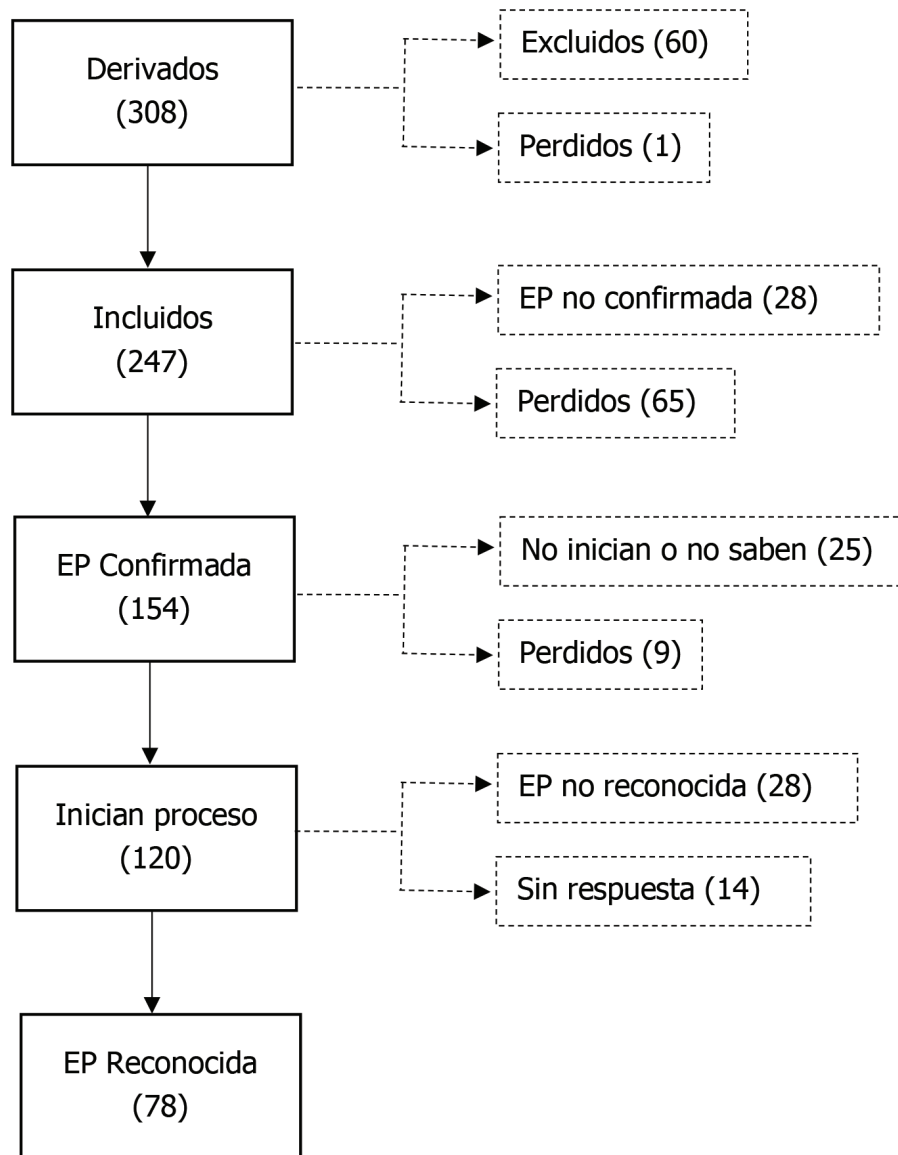
Procedimiento

De acuerdo al antecedente del PSMar^(5,6), cada hospital adaptó a sus características su propia UPL. A través de estas unidades, se recibieron las derivaciones de pacientes con posible EP por parte de los

servicios clínicos de cada centro. Las UPLs valoraron inicialmente los casos derivados para determinar la sospecha de EP mediante el análisis previo de la historia clínica de los pacientes, complementada con una breve entrevista telefónica. A través de este análisis previo, los profesionales determinaron quienes se incluían y quienes no, principalmente por ser una enfermedad no incluida en el cuadro de EP o la ocupación no presenta riesgo de EP, entre otros. Los pacientes con sospecha de EP, que accedieron a participar de este estudio, fueron citados para una visita médica, en donde además, firmaron un consentimiento informado.

Para confirmar la sospecha de EP, los médicos especialistas revisaron la historia clínico-laboral y realizaron un informe detallado de cada caso de sospecha de EP confirmada. Los informes contenían evidencia detallada de la EP del paciente, incluida en el listado oficial de EP en España y la justificación de la relación de causalidad con la actividad laboral de cada paciente en su EP. Antes de hacer entrega del informe a los pacientes con EP confirmadas, los documentos fueron revisados por un comité de dos expertos en medicina laboral, con el objetivo de fortalecer el mismo, y aportar con literatura relevante en caso de ser necesario. Una vez finalizado el informe de confirmación de EP, se entregó a los pacientes en conjunto con una guía⁽¹⁴⁾ acerca del procedimiento reconocimiento de EP en España para ayudar a los pacientes en este proceso. Junto con esta guía, se entregó a los pacientes una copia de los formularios necesarios para realizar la solicitud oficial de reconocimiento de EP al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de su respectiva provincia. Al cabo de cuatro semanas aproximadamente de la entrega del informe a los pacientes, comenzó el seguimiento telefónico de los pacientes, con el objetivo de animar y guiar a los mismos en la solicitud oficial de su reconocimiento de EP por la INSS. A través de este seguimiento fue posible, además, recolectar evidencia acerca de las etapas y resultados de cada parte del procedimiento, como por ejemplo, la solicitud y resolución por vía administrativa, la reclamación previa y la reclamación por vía judicial. Cada una de las etapas antes descritas fueron

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO DESDE EL PROCESO DE DERIVACIÓN HASTA EL RECONOCIMIENTO DE EP EN LOS SIETE CENTROS



registradas en una plataforma diseñada para ello, y, con los datos recolectados en los siete hospitales participantes entre los años 2017 al 2019, estimamos los siguientes indicadores: i) índice de casos incluidos (II) respecto de la totalidad de casos derivados; ii) índice de confirmación (IC), de los casos con sospecha confirmada respecto de los casos incluidos; iii) índice de inicio de proceso de reconocimiento (IP), de los casos que iniciaron el

proceso de reconocimiento respecto del totalidad de sospechas confirmadas; y, por último, iv) índice de reconocimiento (IR), del número de EP reconocidas oficialmente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) hasta la fecha respecto de los casos confirmadas. Estos indicadores fueron examinados por sexo, edad (<55 y ≥ 55), centro hospitalario y los siguientes grupos de diagnósticos: cáncer, trastornos musculoesqueléticos, enfermedades del oído y de

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DERIVADOS (N), INCLUIDOS (ÍNDICE DE INCLUSIÓN = II%), CONFIRMADOS (ÍNDICE DE CONFIRMACIÓN DE EP=IC%), INICIADOS (ÍNDICE DE INICIO DE RECONOCIMIENTO DE EP=IP%) Y RECONOCIDOS (ÍNDICE DE EP RECONOCIDAS=IR%), AGRUPADOS POR CENTRO.

Centro	Derivados	Incluidos		Confirmados		Iniciados		Reconocidos	
		n	II%	n	IC%	n	IP%	n	IR%
Parc de Salut Mar	143	106	74%	63	59%	50	79%	30	60%
Hospital Álvaro Cunqueiro	55	44	80%	21	48%	14	67%	9	64%
Institut d'Assistència Sanitària	38	34	89%	28	82%	23	82%	16	70%
Badalona Serveis Assistencials	23	22	96%	13	59%	8	62%	2	25%
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz	21	21	100%	18	86%	16	89%	16	100%
Hospital Arquitecto Marcide del Ferrol	16	13	81%	6	46%	6	100%	3	50%
Hospital de Cabueñes	12	7	58%	5	71%	3	60%	2	67%
Total	308	247	80%	154	62%	120	78%	78	65%

Nota. II%= incluidos/ derivados; IC%=confirmados/ incluidos; IP%= iniciados/ confirmados; IR%= reconocidos/ iniciados. Datos perdidos en derivados=0.

la apófisis mastoides, enfermedades respiratorias, enfermedades de la piel y otras enfermedades como por ejemplo de los ojos, infecciosas, mentales, entre otras.

Resultados

Entre el año 2017 al 2019, fueron derivados 308 casos en total a las siete UPLs de los centros hospitalarios participantes en este estudio. De estos 308 casos derivados, 60 (19,5%) fueron excluidos por que su diagnóstico no estaba incluido en el cuadro de EP por diferentes razones (tener una ocupación sin riesgo de EP, ser fumador en pacientes con neoplasia de bronquio y pulmón, fosas nasales y de vejiga, entre otras) y 1 caso fue imposible de contactar. De los 247 (80,2%) casos de incluidos, se perdieron 65 (26,3%), y de los restantes, 28 (11,3%) fueron catalogadas como enfermedades relacionadas con el trabajo, accidente laboral o enfermedad común. De los 154 (62,3%) casos con sospecha confirmada se perdieron 9 (5,8%), y de los restantes quienes aún no

han decidido iniciar el proceso de reconocimiento o han decidido no hacerlo son 25 (16,2). De los 120 (77,9%) pacientes que han iniciado proceso de reconocimiento de EP, 14 (11,7%) aún no tienen respuesta. De los restantes, a 28 (23,3%) no se le ha reconocido la EP y los pacientes han decidido no seguir insistiendo. Finalmente, 76 han obtenido el reconocimiento de EP en vía administrativa, 1 vía reclamación previa y 1 por la vía judicial. Así pues, hasta la fecha, 78 (65%) pacientes han visto reconocidas su EP por el INSS, tal como se detalla en la Figura 1.

Entre sus características cabe destacar que los pacientes derivados fueron en su mayoría mujeres (58,4%) y de 55 años o menos (69,9%). Los grupos de diagnósticos más frecuentes en estos pacientes fueron las enfermedades respiratorias (20,8%), de la piel (17,2%) y el cáncer (17,2%).

El II varió entre centro hospitalario (Tabla 1) y según grupo de diagnóstico (Tabla 2). El centro que incluyó mayor cantidad de pacientes fue el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DERIVADOS (N), INCLUIDOS (ÍNDICE DE INCLUSIÓN = II%), CONFIRMADOS (ÍNDICE DE CONFIRMACIÓN DE EP=IC%), INICIADOS (ÍNDICE DE INICIO DE RECONOCIMIENTO DE EP=IP%) Y RECONOCIDOS (ÍNDICE DE EP RECONOCIDAS=IR%), AGRUPADOS POR DIAGNÓSTICO.

Diagnóstico	Derivados	Incluidos		Confirmados		Iniciados		Reconocidos	
		n	II%	n	IC%	n	IP%	n	IR%
Cáncer	53	31	58%	15	48%	11	73%	6	55%
Trastornos musculoesqueléticos	50	40	80%	21	53%	15	71%	2	13%
Enfermedades otorrinolaringológicas	28	27	96%	19	70%	14	74%	5	36%
Enfermedades respiratorias	64	54	84%	27	50%	23	85%	16	70%
Enfermedades de la piel	53	47	89%	36	77%	29	81%	22	76%
Patologías varias	29	26	90%	26	100%	25	96%	25	100%
Total	277	225	81%	144	64%	117	81%	76	65%

Nota. II%= incluidos/ derivados; IC%=confirmados/ incluidos; IP%= iniciados/ confirmados; IR%= reconocidos/ iniciados. Datos perdidos en derivados=31.

(100%) y Badalona Serveis Assistencials (96%) y minoritariamente el Hospital de Cabueñes (58%) y el PSMar (74%). No obstante, no se observaron mayores diferencias según sexo (Tabla 3) ni edad (Tabla 4). El IC varió según grupo de diagnóstico, siendo los más frecuentes las enfermedades del oído (96%) y patologías varias (90%) y las menos, cáncer (58%) y trastornos musculoesqueléticos (80%), tal como se aprecia en la Tabla 2. No obstante, respecto al IP no identificamos diferencias en ninguna de las categorías. Por último, el IR varió según centro, diagnóstico, sexo y edad, tal como se aprecia en las Tablas 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Los centros que mayor reconocimiento de EP lograron fueron el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (100%) y el Institut d'Assistència Sanitària (70%) y quienes menos fueron el Badalona Serveis Assistencials (25%) y el Hospital Arquitecto Marcide del Ferrol (50%). Los diagnósticos mayormente reconocidos fueron el grupo compuesto por patologías varias con un 100% (enfermedades relacionadas con los ojos, infecciosas, mentales, entre otras) y las enfermedades de la piel (76%) y las que menos fueron los trastornos

musculoesqueléticos (13%) y las enfermedades del oído (36%). Por último, las mujeres y el grupo de edad de 55 o menos años fueron quienes mayormente lograron reconocimiento de EP con 75% y 72%, respectivamente.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que la creación de UPLs ha contribuido en la identificación y reconocimiento de EP en cada uno de los hospitales. Es altamente probable que los 78 pacientes con EP reconocidas no hubieran logrado este reconocimiento de otra manera. No obstante, hubo 28 casos que no obtuvieron el reconocimiento de EP, a pesar de realizar los mismos procedimientos. El reconocimiento de EP es un proceso largo y costoso, muestra de ello es que aún hay 14 pacientes que no tienen resolución de sus procesos.

El proceso de creación y puesta en marcha de las UPLs en los diferentes hospitales de este estudio puede que se vea afectado por sus capacidades en término de recursos. Sería esperable que cuando las

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DERIVADOS (N), INCLUIDOS (ÍNDICE DE INCLUSIÓN = II%), CONFIRMADOS (ÍNDICE DE CONFIRMACIÓN DE EP=IC%), INICIADOS (ÍNDICE DE INICIO DE RECONOCIMIENTO DE EP=IP%) Y RECONOCIDOS (ÍNDICE DE EP RECONOCIDAS=IR%), AGRUPADOS POR SEXO.

Sexo	Derivados	Incluidos		Confirmados		Iniciados		Reconocidos	
		n	II%	n	IC%	n	IP%	n	IR%
Mujer	128	101	79%	68	67%	52	76%	39	75%
Hombre	180	146	81%	86	59%	68	79%	39	57%
Total	308	247	80%	154	62%	120	78%	78	65%

Nota. II%= incluidos/ derivados; IC%=confirmados/ incluidos; IP%= iniciados/ confirmados; IR%= reconocidos/ iniciados. Datos perdidos en derivados=0.

UPLs de esos centros estén consolidadas o tengan más experiencia, sean capaces de recibir mayor cantidad de derivaciones por parte de los servicios clínicos, así como también de tener mayor capacidad para confirmar las sospechas de EP. El estudio derivado de la experiencia del PSMar entre los años 2010 al 2017⁽⁵⁾ permite que podamos realizar esta inferencia, ya que durante siete años este centro recibió de su UPL 149 casos, de los cuales fueron reconocidos como EP 26. Este hospital, en tres años ha prácticamente igualado sus cifras, tanto en identificación de sospechas de EP, como de reconocimiento. Esto nos permite reflexionar acerca de la importancia de las UPLs y que su experiencia como unidad hospitalaria puede influir en la precisión con que identifican y confirman las EP, lo que se refleja en el posterior reconocimiento.

Las diferencias observadas en los índices estimados según el diagnóstico de las enfermedades permiten pensar que puedan deberse a la posible prevalencia de ciertas enfermedades profesionales sobre otras. Nuestros hallazgos son consistentes con estudios previos que identifican que el cáncer es uno de los diagnósticos más reportados en las UPLs⁽⁶⁾. No obstante, este trabajo releva la alta prevalencia de enfermedades respiratorias, de la piel y del oído en las UPLs, que según estudios previos estaban menos reportadas. Del grupo de enfermedades mencionadas, las enfermedades de la piel tienen una alta tasa de reconocimiento de EP, lo cual refuerza la importancia en la correcta comunicación

y coordinación de los especialistas en medicina del trabajo con los dermatólogos y/o alergólogos. Estudios previos coinciden en que una correcta comunicación y flujo de trabajo hacen que sea más precisa la detección de EP que derivará en una confirmación de enfermedad por la INSS⁽¹⁵⁾. El bajo IC de trastornos musculoesqueléticos a diferencia de la alta tasa de derivación de estos diagnósticos plantea dudas acerca de pertinencia de los informes de confirmación, en el sentido de reforzar las evidencias sobre el origen laboral de estas patologías, lo que no es nada fácil. En este sentido, son importantes las acciones que pretenden mejorar los entornos de trabajo y las condiciones ergonómicas de los trabajadores, las cuales contribuyen a bajar las tasas de patologías por trastornos musculoesqueléticos y la incidencia de EP por ellos^(16,17).

Las diferencias en el IC según centro hospitalario pueden explicarse en las diferencias de las capacidades de cada centro. Hay hospitales que cuentan con mayor apoyo profesional (residentes, enfermeras del trabajo, personal administrativo de apoyo) y en recursos que otros. Por otra parte, la comunicación y cooperación de los servicios clínicos que derivan inicialmente a los pacientes es desigual en los centros (diferentes niveles de cooperación con unidades hospitalarias). Sin embargo, es interesante destacar el caso del Institut d'Assistència Sanitària y del Badalona Serveis Assistencials, centros con pocos ingresos hospitalarios respecto de los otros centros, pero que presentan un alto porcentaje de pacientes

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DERIVADOS (N), INCLUIDOS (ÍNDICE DE INCLUSIÓN = II%), CONFIRMADOS (ÍNDICE DE CONFIRMACIÓN DE EP=IC%), INICIADOS (ÍNDICE DE INICIO DE RECONOCIMIENTO DE EP=IP% Y RECONOCIDOS (ÍNDICE DE EP RECONOCIDAS=IR%), AGRUPADOS POR EDAD.

Edad	Derivados	Incluidos		Confirmados		Iniciados		Reconocidos	
		n	II%	n	IC%	n	IP%	n	IR%
≥ 55 años	128	127	99%	105	83%	83	79%	60	72%
< 55 años	55	55	100%	44	80%	34	77%	17	50%
Total	183	182	99%	149	82%	117	79%	77	66%

Nota. II%= incluidos/ derivados; IC%=confirmados/ incluidos; IP%= iniciados/ confirmados; IR%= reconocidos/ iniciados. Datos perdidos en derivados=125.

derivados a su UPL. Por otra parte, es posible que dada la estructura provincial del INSS ciertas provincias sean mas exigentes que otras a la hora de reconocer las EP, ya que el equipo de valoración de las incapacidades pueda presentar cierta variabilidad. Algo habitual en la práctica de la medicina. Esto podría explicar las diferencias de reconocimiento entre hospitales de diferentes provincias, que en nuestro caso difieren considerablemente. Por ejemplo, nuestros dos hospitales de Barcelona (PSMar y Badalona Serveis Assistencials) promedian en IR un 43%, a diferencia del hospital de Madrid (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz) que tiene un IR de un 100% y el de Girona (Institut d'Assistència Sanitària) con un IR de 70%. Una hipótesis que valdría la pena confirmar en futuros estudios.

La diferencia de género identificada en este estudio en el IC es coherente con estudios previos en que se reporta mayor prevalencia de EP en las mujeres que en los hombres⁽¹⁸⁾. Es posible que las diferencias en los roles de género y la sobrecarga de trabajo de la mujer en el hogar además de la laboral⁽¹⁹⁾, así como la posible falta de adecuación de género en los trabajos respecto de maquinaria o materiales^(20,21), puedan explicar esta diferencia. Estas condiciones pueden agravar las patologías presentadas por las mujeres haciéndolas tal vez más evidentes, lo que podría influir en el mayor reconocimiento de EP en mujeres en este estudio. También se podría añadir como hipótesis explicativa el hecho de que las mujeres reconocen con mayor

rapidez sus problemas de salud y buscan ayuda para resolverlo^(22,23).

Este estudio no estuvo exento de limitaciones. Por ejemplo, que el proceso de identificación y reconocimiento de EP sea tan lento y complejo tanto para los pacientes como para las UPLs, hace que exista un alto número de pacientes que se pierdan en el estudio. Por ejemplo, en ocasiones los pacientes no están interesados en comenzar siquiera el proceso de reconocimiento de EP debido a estas razones, lo cual hace que tengamos pacientes que se pierdan o abandonen alguna parte del proceso una vez tienen la EP confirmada por las UPLs. En este estudio, el número de datos perdidos debido a que los pacientes no quieren continuar en el proceso o bien por la no posibilidad de ubicarlos telefónicamente para realizar el seguimiento fue considerable. Por lo tanto, el número de casos de los cuales perdemos registro es una limitación, ya que no tenemos información de la situación final de cada uno. La complejidad en la creación y consolidación de las UPLs en cada hospital hace que los procesos de derivaciones por los servicios clínicos en algunos centros sean poco precisos y tengamos un alto índice de pacientes excluidos. La misma situación ocurre con las confirmaciones de EP, limitaciones que hay que ir corrigiendo en la medida que el proyecto se consolida en cada hospital.

Así, por ejemplo, el alto número de datos perdidos en la variable edad y diagnóstico se debe a que estos datos son solicitados en etapas avanzadas del

proceso y no siempre una vez que los pacientes son derivados. Por ejemplo, la fecha de nacimiento es registrado en la entrevista del paciente con el médico del trabajo una vez se ha identificado como caso incluido. Por lo tanto, que tengamos un alto número de datos perdidos en edad en los derivados e incluidos, se puede explicar en esto. En la variable diagnóstico una limitación podría ser que para este estudio agrupamos de acuerdo con la similitud de los diagnósticos descritos por los médicos del trabajo en nuestra base de datos y este cálculo se hizo de forma manual. El no tener implementado un sistema de clasificación de patologías automático en nuestro aplicativo que genera la base de datos, podría afectar la precisión en esta dimensión del estudio. Es esperable que, con todas las mejoras posteriores a este aplicativo, estas limitaciones sean minimizadas y nos sea posible precisar de mejor manera las patologías en el registro.

Finalmente, estas experiencias pioneras podrían motivar a otros centros a implementar esta iniciativa, y con ello mejorar el proceso de reconocimiento de EP en el conjunto del país. Además, esta actividad asistencial de los médicos del trabajo en los centros hospitalarios refuerza su comunicación con los médicos de otras especialidades, dando a la medicina del trabajo un perfil asistencial hacia los pacientes, y no solo hacia los trabajadores, que le hace ganar visibilidad y relevancia. Una oportunidad que no debe desaprovechar la medicina del trabajo.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido financiado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III a través del Fondo de Investigación Sanitaria FIS/ FEDER (PI16/00061). Además, deseamos agradecer el apoyo de Mari Cruz Rodríguez-Jareño, Juan Francisco Álvarez, Ignacio Sánchez-Arcilla, Manuel Usero, Cristina Alvarado, Martina Lupia, Ignacio Prieto, María Rodríguez, Beatriz Valladares, Javier Martínez, Antonio Scotto di Mininco, M. Ángeles Fernández, Isabel Collazos, Purificación Palacios, Olga Martínez y Anna Amat, quienes forman o han formado parte del Proyecto CEPS.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 1/1994, (1994).
2. Real Decreto 1299/2006 del 10 de noviembre de 2006. BOE; 2006.
3. Curti S, Sauni R, Spreeuwiers D, De Schryver A, Valenty M, Riviere S, et al. Interventions to increase the reporting of occupational diseases by physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(3).
4. Azaroff LS, Levenstein C, Wegman DH. Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting. *American journal of public health*. 2002;92(9):1421-9.
5. Benavides FG, Ramada JM, Ubalde-Lopez M, Delclos GL, Serra C. A hospital occupational diseases unit: an experience to increase the recognition of occupational disease. *La Medicina del lavoro*. 2019;110(4):278-84.
6. Rodilla JMR, Delclòs J, Benavides FG, Ventura JF, Toro OA, Pujades CS. Evaluación de una unidad de detección de enfermedades profesionales en un hospital de tercer nivel. *Archivos de prevención de riesgos laborales*. 2014;17(1):18-25.
7. Serra C, Ramada JM, Delclòs J, Benavides FG. Enfermedades profesionales atendidas en el Parc de Salut Mar (Barcelona, España), 2010-2014. *Med clín (Ed impr)*. 2016:506-10.
8. García García AM, Gadea Merino R, López Martínez V. Estimación de la mortalidad atribuible a enfermedades laborales en España, 2004. *Revista Española de Salud Pública*. 2007;81:261-70.
9. Gisquet E, Chamming's S, Paireon J, Imbernon E, Goldberg M. The determinants of under-reporting occupational diseases. The case of mesothelioma. *Revue D'épidemiologie et de Sante Publique*. 2011;59(6):393-400.
10. Siddharthan K, Hodgson M, Rosenberg D, Haiduven D, Nelson A. Under-reporting of work-related musculoskeletal disorders in the Veterans Administration. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006.

11. Serra C, Valiño-Carrete M, Cots Reguant F, Trapero-Bertran M, Benavides FG. Costes sanitarios de las enfermedades profesionales: análisis de una serie de pacientes de un hospital público. 2019.
12. Gómez MG, López RC. Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. Archivos de prevención de riesgos laborales. 2008;11(4):196-203.
13. Serra C. La Salud Laboral en una gran institución sanitaria: reflexión en el actual entorno de crisis. Archivos de prevención de riesgos laborales. 2011;14(4):187-92.
14. Benavides FG, Ramada JM, Serra C (en nombre del equipo de investigación del proyecto CEPS). 2019. Available from: https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/2018_11_29_GUIA+1+PROYECTO+CEPS.pdf/b696d3a3-ed88-a22b-2424-53bfbf43d86b.
15. Villar Vinuesa R, Ramada Rodilla JM, Serra Pujadas C. Papel del médico del trabajo en la identificación y reconocimiento oficial de las dermatosis profesionales. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2017;20(4):214-9.
16. Soler-Font M, Ramada JM, van Zon SK, Almansa J, Bültmann U, Serra C, et al. Multifaceted intervention for the prevention and management of musculoskeletal pain in nursing staff: Results of a cluster randomized controlled trial. PloS one. 2019;14(11):e0225198.
17. Soler-Font M. Prevención y gestión del dolor musculoesquelético en el personal de enfermería. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2020;23(4):467-71.
18. Gómez MG, López RC, Ortiz ZH, Soria FS. Reconocimiento de enfermedades profesionales según sexo, ocupación y actividad de la empresa en España (1999-2009). Revista Española de Salud Pública. 2017;91:1-12.
19. Fernández MCS. La interacción trabajo-familia. La mujer y la dificultad de la conciliación laboral. Lan harremanak: Revista de relaciones laborales. 2014(30):163-98.
20. Sandmark H, Renstig M. Understanding long-term sick leave in female white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. BMC Public Health. 2010;10(1):210.
21. Taiwo OA, Cantley LF, Slade MD, Pollack KM, Vegso S, Fiellin MG, et al. Sex differences in injury patterns among workers in heavy manufacturing. American journal of epidemiology. 2009;169(2):161-6.
22. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? Salud colectiva. 2006;2:61-74.
23. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria. 2020.