# Medicina del Trabajo. Las razones para una reforma[1]

*J. LaDou*[a]


## RESUMEN

La medicina del trabajo está en peligro, principalmente debido a su dependencia de la financiación empresarial, la cual está fuertemente incentivada a limitar los costes y a favorecer a los médicos que son afines a sus intereses. Los médicos del trabajo generalmente ejercen dentro del marco de un sistema de incentivos para la indemnización de los trabajadores. Las serias deficiencias estructurales de dicho sistema, condicionan la objetividad de los médicos en el ejercicio de sus funciones. Bajo la actual legislación, estos médicos están inevitablemente sujetos a la influencia perversa de empresarios y compañías de seguros. Es necesaria una reforma urgente en la legislación del sistema de indemnización de los trabajadores para separar la medicina del trabajo del control de los empresarios y de las aseguradoras, cuyos intereses no deberían comprometer la integridad de la labor médica ni poner en peligro la especialidad de medicina del trabajo.


## OCCUPATIONAL MEDICINE: THE CASE FOR REFORM


## ABSTRACT

The specialty of occupational medicine is in peril, in large part because of its reliance on financing by industry, which has powerful incentives to limit costs and to favour physicians who are useful to their employers. Occupational physicians generally practice within the framework of the workers' compensation system. Serious flaws in the incentive structure of workers' compensation constrain objectivity in their practice. Under present law they are unavoidably subject to perverse influences from employers and insurance companies. A fundamental reform of workers' compensation law and practice is urgently needed to separate occupational physicians from the control of employers and workers' compensation insurers, whose interests should not be allowed to override the physicians' integrity or to compromise the specialty.


## INTRODUCCIÓN

La medicina del trabajo continúa siendo una de las especialidades médicas con menor número de médicos. Representa menos del 1% del total de médicos americanos y, considerando únicamente a aquéllos que tienen la titulación de especialistas, son aproximadamente sólo el 0,2% del total. En 1996, 331 médicos obtuvieron la titulación de esta especialidad. Menos de la mitad se presentaron para la obtención de la especialidad en el 2004. Los programas de residencia bajaron de 40 a 30 residentes en ese mismo periodo.

Casi la mitad de los puestos en empresas para médicos del trabajo desaparecieron, fueron sustituidos, o asignados a enfermera[1]. El número de médicos colegiados en el Colegio Americano de Médicos de Medicina del Trabajo (American College of Occupational and Environmental Medicine) disminuyó de 6.500 a 4.000 en los últimos 10 años.


a Division of Occupational and Environmental Medicine
University of California San Francisco

**Correspondencia:**
joiladou@aol.com
University of California San Francisco
350 Parnassus Avenue, Suite 609, San Francisco CA 94117


1. Este trabajo fue publicado en la revista American Journal of Preventive Medicine (Am J Prev Med 2005;28 (4) :396-402 © 2005 American Journal of Preventive Medicine o Published by Elsevier Inc y ha sido traducido con permiso de la editorial por Noemí Sala y Consol Serra

Tal disminución atañe tanto a médicos de empresa como a facultativos privados, y no ha dejado de descender pese a que se ha facilitado la colegiación a otros profesionales de la salud y la seguridad.

Sorprende este importante descenso, ya que esta especialidad tiene una gran importancia para la Salud Pública. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se sitúan entre las cinco primeras causas de morbilidad y mortalidad en los EEUU. Una posible explicación al fracaso de esta especialidad es que la medicina del trabajo se ha sometido a los intereses de la empresa. La influencia empresarial invade el terreno de lo intelectual, lo ético, lo clínico y la libertad del ejercicio de la medicina del trabajo.

## La influencia de la industria

Normalmente, los médicos de medicina del trabajo ejercen como médicos empleados en una entidad corporativa, como consultores externos o como médicos privados. A diferencia de otras especialidades médicas, la medicina del trabajo es vulnerable a presiones externas en la toma de sus decisiones, como, por ejemplo, sobre los tratamientos que se deciden aplicar, favoreciendo así intereses de terceras partes. El flujo de pacientes en medicina del trabajo viene determinado por los empresarios, que desean que los trabajadores que han sufrido un accidente laboral se incorporen a su puesto de trabajo lo antes posible, tanto para mantener la productividad como para evitar un aumento de las tasas del seguro de los trabajadores. Las compañías aseguradoras también tienen un gran interés en limitar el tiempo de baja y los costes del tratamiento que reciben. Los especialistas médicos que no se adecuen a tal política, pronto se encontrarán sin pacientes.

Existe además un conflicto de intereses mayor en el campo de la medicina del trabajo: el reconocimiento de ciertas enfermedades profesionales puede ser incompatible con el puesto de trabajo que desempeña el trabajador o dificultar su ulterior colocación en el mercado de trabajo[2].

Pocos especialistas reconocen abiertamente hasta qué punto su trabajo se ve influenciado por esta presión de terceros, inexorable y, a menudo, contradictoria con la praxis médica.

La opinión pública de que los médicos de medicina del trabajo están «poco cualificados y al servicio de la dirección»[3] no es inmerecida. La presión creciente sobre estos facultativos tanto públicos como privados fuerza a que éstos cumplan con las directrices de la dirección de la empresa, aunque a menudo choquen con los intereses de los empleados y con la práctica del ejercicio de la medicina preventiva[4].

La progresiva transformación de la medicina del trabajo en una labor de corporaciones médicas que actúan como empresas, ha tenido el desafortunado efecto de aumentar la influencia industrial y de aseguradoras a los médicos empleados por dichas corporaciones. La sociedad clínica que promete el servicio más leal a empresarios y aseguradores es la que mejores resultados consigue en publicidad y ventas, obteniendo nuevos clientes, y asegurándose la continuidad de la actual cartera de clientes. Los médicos que representaron una vez a los intereses de sus pacientes trabajadores, ahora abrazan pautas de tratamiento que favorecen a empresas y aseguradoras[5].

Muchos médicos de medicina del trabajo testifican a favor de la empresa ante demandas interpuestas por los trabajadores contra su propia empresa, pero muy pocos están dispuestos a comparecer en defensa de los trabajadores ante las demandas de éstos contra sus empresas. Desilusiona ver cómo muchos jóvenes médicos que han entrado en este campo recientemente, han dejado de mantener una perspectiva imparcial[6].

Cuando las compañías optan por apoyar la investigación en el ámbito de la salud laboral quieren controlar la metodología empleada y la publicación de los resultados del estudio. Para alcanzar esta meta tan poco científica, las empresas se dirigen a las diversas universidades norteamericanas, donde la financiación empresarial a la investigación es acogida de forma entusiasta[7-9]. Además, los expertos que participan en grupos de trabajo para establecer estándares en salud y seguridad laboral se encuentran a menudo patrocinados por la industria[10-13].

La influencia de la empresa satura las organizaciones de médicos del trabajo, la agenda de sus reuniones, las páginas web y los libros de textos que consultan. Algunas revistas de medicina del trabajo tienen un sesgo claramente pro empresarial[14-16]. En dichas publicaciones, las oportunidades de escribir, y ser pagado por la investigación que se publica, son mucho mayores cuando el autor goza de un patrocinador corporativo. De hecho, muchos investigadores se sienten incluso intimidados si deben divulgar resultados de un estudio contrarios a los intereses de alguna gran empresa[17-20]. El daño que tal publicación puede hacer a la carrera del investigador puede ser catastrófico.

## Indemnización de los trabajadores

Aunque los especialistas de medicina del trabajo formen parte de un sistema fuertemente influenciado por el mundo empresarial y por las compañías aseguradoras, pocos reconocen estar condicionados por esta influencia. La mayoría de estos especialistas afirma que están ofreciendo un servicio especializado a las compañías aseguradoras, igual que sucede con el resto de la medicina tradicional. Pero existen algunas diferencias fundamentales.

En la mayoría de estados, la indemnización de los trabajadores funciona como un acuerdo entre los sectores público y privado. La legislación establece los principios legales, y el poder ejecutivo establece el control y los mecanismos para la resolución de conflictos. Pero es el sector privado (aseguradores privados y empresas autoaseguradoras) quien administra y gestiona el día a día, pagando o denegando las solicitudes de indemnización. Este sistema de acuerdo es único entre los programas sociales gubernamentales.

El sistema de indemnización de los trabajadores es uno de los mayores programas sociales estatales. Si estuviera financiado con fondos públicos en vez de estar financiado

por las empresas, los gastos por indemnizaciones abarcarían casi el 20% del presupuesto de un estado[26]. Con todo, a pesar de su considerable coste, es disfuncional, impopular entre las empresas públicas y privadas, e insatisfactorio[27-29] para los trabajadores, quienes lo encuentran a menudo adverso, exigente y confuso al solicitar una compensación. Incluso cuando se acepta su solicitud, el pago de las indemnizaciones compensa solamente una pequeña parte del salario no percibido[30-31]. Un sistema que se ideó para proporcionar un beneficio inmediato, se atasca a menudo en conflictos que duran meses o años antes de llegar a una resolución[32-33].

La legislación del sistema de indemnización de los trabajadores sitúa al médico del trabajo en un rol clave. El médico debe determinar si la lesión o enfermedad están o no causadas por el trabajo, diagnosticándolo, prescribiéndole tratamiento y determinando el grado de debilitación o incapacidad del trabajador para desempeñar una determinada tarea. El tomar la determinación de qué lesiones o enfermedades son producidas por el trabajo es una decisión cada vez más difícil y conflictiva.

Para entender el delicado papel que desempeñan estos médicos del trabajo en la decisión de indemnizar a los trabajadores, tenemos que considerar a los inspectores médicos (Medical Examiners).

**Evaluadores médicos independientes**

Cuando se produce una demanda de indemnización, los médicos del trabajo tienen un peso relevante durante la resolución del conflicto. En la mayoría de estados si el médico pide evaluar al trabajador, se designa a un Evaluador Médico Independiente (EMI). La valoración del EMI es la valoración de más alto nivel que el trabajador puede recibir. La mayoría de las solicitudes de intervención de un EMI provienen de las aseguradoras, aunque, en ocasiones, los abogados del demandante, los jueces y otras partes pueden también pedir la valoración del EMI.

El término «independiente» se aplica porque sugiere que la valoración llevada a cabo es imparcial, en contraposición con la opinión de los médicos que tratan a los trabajadores. Sin embargo, a menudo el IME tiene una relación económica con la empresa o la aseguradora, creando un conflicto fundamental de intereses[34]. Como consecuencia, el EMI está fuertemente predispuesto a minimizar el reconocimiento de la enfermedad e incapacidad laborales.

Morton observó que «la mayoría de los doctores que trabajan como médico examinador independiente, a la hora de valorar la compensación económica del trabajador, no conseguían establecer la causa laboral. La razón básica es que el EMI es el responsable de cursar las demandas de indemnización de los trabajadores, y no desea que los médicos reconozcan casos de enfermedad laboral, ya que el porcentaje de solicitudes de indemnización denegadas será uno de sus índices de valoración. Los médicos aprenden que, si desean obtener buenas referencias de un EMI, no deben diagnosticar enfermedades laborales».

Lax et al[35] documentaron este problema al confrontar la opinión de médicos y EMI valorando los mismos casos. Los EMI subdiagnosticaron, consideraron menos enfermedades por causa laboral, hicieron menos recomendaciones terapéuticas y determinaron casos más leves de incapacidades que los médicos que trataron esos mismos casos.

Los médicos del trabajo raramente tratan el problema de la influencia de la empresa con sinceridad. Imbus[36], en un artículo en la revista más leída del sector, indica con orgullo que «la marcada disminución de las enfermedades, lesiones y muertes por causa laboral es un importante triunfo de los programas de medicina del trabajo». No es un triunfo cuando la «marcada disminución» representa un subdiagnóstico de lesiones y de enfermedades laborales, a consecuencia de influencias externas perversas. Por otra parte, estos datos parciales se filtran a veces en documentos oficiales del gobierno, difundiéndose la negligencia de un problema serio de Salud Pública[37].

**Subdiagnosticar**

Es un hecho alarmante que la indemnización a los trabajadores no compense la mayoría de las lesiones ni de las enfermedades profesionales, incluyendo las incapacidades totales fatales[38-40]. Esta situación se perpetúa por un subdiagnóstico sistemático en las lesiones y enfermedades laborales documentadas por la empresa y el médico del trabajo, y registradas posteriormente por la Administración de Seguridad y Salud (Occupational Safety and Health Administration) y por la Oficina de Estadística del Trabajo (BLS, Bureau of Labor Statistics)[41-44].

Los profesionales de la salud y seguridad en el trabajo pueden evitar demandas por indemnización realizando diagnósticos incorrectos o no reconociendo la causa laboral de las mismas, acciones que son ilegales y profesionalmente poco éticas. Los médicos en ejercicio privado también canalizan casos de enfermedad profesional al Sistema General de Salud evitando declarar la causa laboral de la enfermedad[45]. Por otra parte, muchas enfermeras de empresas tienen acuerdos con los médicos privados locales, quienes aceptan estos casos a cambio de un acuerdo tácito de no cumplimentar formularios para la solicitud de una indemnización. En algunos casos, estos servicios médicos se facturan a los empresarios[46-48].

En California las asociaciones de fabricantes de semiconductores divulgan menos de la mitad de sus casos de enfermedades profesionales[49]. En una rara muestra de sinceridad, una enfermera del trabajo que había trabajado para IBM atestiguó en 2003 que para evitar las demandas de indemnización de los trabajadores, un miembro de la dirección de la empresa prohibió al personal médico declarar que las enfermedades profesionales pudieran estar causadas por la exposición a productos químicos tóxicos. También reconoció que ordenó a las enfermeras de IBM no revelar el diagnóstico a los trabajadores enfermos[50].

Chaffin[51] analizó que se había indemnizado solamente a un 10% de los trabajadores que sostuvieron tener lumbalgias. Un estudio de la industria aeroespacial encontró que el 69% de trabajadores experimentaba lumbalgias, pero

solamente el 27% lo declaraba al departamento médico de la planta, y solamente en el 2,3% de los casos se cumplimentaron demandas de indemnización[52]. Morse et al[53] hallaron que solamente al 10,6% de trabajadores con alteraciones osteomusculares de la extremidad superior relacionadas con el trabajo solicitaban formalmente una indemnización.

Aunque cerca del 50% de todos los casos de Síndrome del túnel carpiano médicamente diagnosticados se relacionen con el trabajo, pocos se registran como tales[54]. Las estimaciones de casos no registrados en Connecticut excede al de los registrados oficialmente con una relación de 11 a 155. En California, los casos de Síndrome del túnel carpiano relacionados con el trabajo se registraron con una relación de 6 a 156. Las enfermedades profesionales afectan del 15% al 20% de los trabajadores americanos, aunque la Oficina de Estadística del Trabajo (Bureau of Labor Stadistics) hace claramente un recuento menor de las enfermedades crónicas profesionales[57]. Tanto por ley como por práctica en muchos Estados americanos las indemnizaciones por enfermedades profesionales son limitadas[58-59]. En un estudio realizado con una muestra de aproximadamente 30.000 trabajadores, se observó que la mayoría de los individuos con enfermedades profesionales conocidas o posibles enfermedades de origen laboral, no cursaron demanda por no percibir indemnización. Según el Departamento de Salud Laboral solamente el 9,6% de los trabajadores se había beneficiado de una indemnización por tener una enfermedad profesional conocida o posible[60].

Los trabajadores que desarrollaron enfermedades profesionales tras períodos de latencia largos raramente recibieron la compensación económica a la que tenían derecho[61-64]. En un estudio del Estado de Washington, a más del 90% de los demandantes afectados de asbestosis se les denegó de forma injustificada la indemnización65. Existen también casos similares por asma e hiperactividad bronquial[66-68].

De los 100.000 productos químicos industriales, 15.000 son cancerígenos para los seres humanos y se encuentran actualmente en uso. Las exposiciones laborales a estos productos causan de un 5% a un 25% de todos los cánceres 69. Aunque los cánceres causados por exposición son totalmente prevenibles, los trabajadores siguen estando expuestos a los agentes carcinógenos, probablemente porque todavía son pocos los casos registrados, o que han recibido subsidios, o que han vencido en pleitos, y así las empresas evitan sus obligaciones en el pago de indemnizaciones70. Con la excepción de los cánceres causados por la exposición a asbesto, menos del 1% de los trabajadores recibe la indemnización de sus empresarios.

## Propuestas de reforma

No sin razón, Emmett[71] señala que «esencialmente la medicina del trabajo proporciona un servicio a la empresa». Él, como muchos médicos del trabajo, no ve en ello un problema ético. Samuels[72], en cambio, apoya la separación del médico y la corporación para resolver lo que parece ser un dilema ético. El médico de empresa es una institución en vías de extinción, visto con ambivalencia por el resto de la medicina[73-75]. Los médicos de las compañías están siendo sustituidos por enfermeras del trabajo, que se enfrentan al mismo conflicto de intereses. El éxito del papel de la enfermera de empresa en el sistema sanitario no resuelve el problema ético.

Imbus[36] parece satisfecho con que el conflicto de intereses que afronta el profesional de medicina del trabajo se trate como un argumento de la ética individual, y que para solucionarse requeriría la adopción de un código deontológico. El problema es demasiado complejo como para descartarlo tan fácilmente[76-79]. Reconociendo que la contradictoria situación del médico del trabajo como empleado corporativo y médico privado lo convierte en un problema social y estructural más que en un problema de ética individual, Draper4 coincide con Samuels[72] en que los servicios médicos se deben separar del control del empresario mediante agencias independientes de la influencia de la industria. Los médicos podrían trabajar para una tercera parte elegida por los representantes de la empresa y los empleados, en «Centros de Salud Regionales» («Regional Health Resource centres») financiados por la empresa y el gobierno.

Existen varios enfoques legales que proponen reformar el sistema actual:

**1. Vuelta al sistema de compensación por agravio**

Se toma poco seriamente la propuesta de suprimir la indemnización del trabajador y volver a las demandas por negligencia, situación que existía hace un siglo, y que condujo en América a la aceptación del modelo europeo de indemnización a los trabajadores. El concepto de agravio reintroduce la noción de falta, o negligencia, en la determinación de la responsabilidad y de los daños. Volver al sistema de compensación por agravio saturaría la medicina del trabajo de mecanismos de intereses perversos.

**2. Ampliar el programa de Seguro de Invalidez de la Seguridad Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)**

El programa SSDI proporciona actualmente la mayoría de las compensaciones económicas de los trabajadores por enfermedades profesionales. El programa SSDI es mucho más costoso de lo que los legisladores pudieron prever inicialmente. Habría una oposición extensa a cualquier reforma que provocase un ulterior aumento de los gastos a cargo del fondo de la Seguridad Social. Pero para muchos trabajadores con enfermedades profesionales que no albergan muchas esperanzas de ser compensados por el sistema actual, la propuesta de ampliación del SSDI sigue siendo una alternativa válida de reforma a considerar.

**3. Reestructurar el sistema de indemnización a los trabajadores**

La reestructuración del sistema de indemnización incluiría el uso de presunciones legales para enfermedades específicas, el establecimiento de una fondo fiduciario financiado por la industria de sustancias peligrosas para el pago de

compensaciones (y, de ese modo, disminuir el incentivo a iniciar demandas individuales por enfermedad profesional), la eliminación de medidas legales restrictivas que actuasen como barreras artificiales a las solicitudes de indemnización justas y el establecimiento de un cuerpo administrativo neutral que determinase el procedimiento a seguir para cursar tales solicitudes. Una gran parte de la población activa se beneficiaría de una modificación en este sentido del sistema actual.

**4. Una reforma «producto por producto»**

El desarrollo de la propuesta de reforma «producto por producto» proporciona ventajas similares al actual programa de indemnización, pero para una enfermedad concreta. Las compensaciones se destinan solamente a los trabajadores con incapacidades por exposición a productos industriales peligrosos para la salud tales como asbesto, polvo del algodón y silicona. Los pagos se financian con fondos fiduciarios industriales, invitando a la participación activa de la industria. El gobierno federal inició un programa de indemnización para las víctimas de «enfermedad pulmonar del minero» (black lung disease) al reconocerlo como enfermedad profesional. Desde su inicio en los años 70, el Programa de Prevención de Pulmón del Minero (Black Lung Program) ha sido sometido a las presiones de los mineros (que quieren liberalizar los requisitos de selección e imponer los costes derivados a la industria), y de las empresas mineras, que quieren intensificar los requisitos de acceso al Programa y que éste sea financiado con fondos de la Hacienda Federal[80].

**5. Integración del sistema de indemnización a los trabajadores en otros sistemas de seguro**

Los médicos y el resto del sistema de asistencia médica nacional están estrechamente relacionados con los programas de indemnización de los trabajadores[81-82]. Un sistema de «cobertura de 24 horas» hace referencia a la ventaja de integrar el grueso de las indemnizaciones a trabajadores y a no trabajadores de manera que éstos tengan una cobertura de accidentes las 24 horas del día, tanto en el trabajo como en casa. Algunos autores utilizan el término de la «gestión coordinada de las solicitudes de compensación». Los objetivos son alcanzar eficacia administrativa, aumentar el poder adquisitivo de los beneficiarios y la contención de los costes[83-84]. Los modelos coordinados o fusionados de atención médica ponen énfasis en la importancia de la distinción entre situación laboral y no laboral, por lo menos con el propósito de poder ofrecer una adecuada asistencia médica.

Los defensores de este modelo argumentan que facilita la continuidad de la asistencia mientras que disminuye los conflictos y la duplicación de servicios. Los opositores creen que el modelo puede aumentar sensiblemente los costes de indemnización a los trabajadores al facilitar a las organizaciones sanitarias la imposición de costes ajenos al sistema de indemnización, disminuyendo la capacidad de control de la asistencia médica que tienen los empresarios y aseguradores sobre las compensaciones. Las asociaciones de trabajadores respaldan la existencia de un sólo plan de salud, sin importar el origen de la lesión o la enfermedad[85].

**6. Gestión empresarial de la salud**

Esta reforma toma la forma de un sistema de administración que controle la innecesaria utilización de los servicios, asegure una rápida reincorporación del trabajador al puesto de trabajo[86], introduzca mecanismos para limitar los costes[87] y asegure el desarrollo de programas de gestión de la salud[88-89]. El modelo de gestión «empresarial» del sistema de indemnización a los trabajadores es similar a los modelos de gestión de salud desarrollados por grupos tradicionales de seguros médicos.

El contrato para ofrecer servicios médicos a los trabajadores se realiza entre una empresa autoaseguradora, grupo de empresas o un agente de seguros de indemnización laboral, y una Organización de Gestión Asistencial (Manager Care Organization, MCO), que utiliza técnicas empresariales de gestión de la salud y una red seleccionada de proveedores para controlar los costes y la correcta utilización del servicio médico. La Organización de Gestión Asistencial se puede establecer solamente para ofrecer servicios de indemnización a los trabajadores o como parte de una organización sanitaria ya existente. Este modelo continúa requiriendo la determinación de la causalidad laboral de la incapacidad, por ello preocupa que la MCO pueda tener incentivos para rechazar o para favorecer la consideración de origen laboral de lesiones y enfermedades determinadas. Bernacki y Tsai[90] documentaron el éxito loable, tras 10 años de experiencia, de un sistema integrado de gestión de indemnizaciones que permitía a profesionales de la seguridad en el trabajo, a corredores de seguros, médicos y enfermeras especialistas colaborar en la prevención y valoración de accidentes laborales, en el tratamiento y en la reincorporación de trabajadores a sus puestos de trabajo.

Sin embargo, el enfoque de una gestión empresarial tradicional en el control de los costes médicos puede aumentar los costes de indemnizaciones por pérdidas salariales al retrasar las pruebas médicas y tratamientos.

A los representantes de los trabajadores les preocupa que el uso de las MCO pueda disminuir la calidad del servicio, limitando el acceso de los trabajadores accidentados, especialmente en los Estados donde se permite a los trabajadores el acceso a médicos de su propia elección. Puede que las estrategias de contención de costes hayan sido provechosas a la hora de disminuir este incremento de costes por indemnización durante el año 1990. Sin embargo, el coste ahora está aumentando, lo que resulta en pérdidas significativas para la industria[91-92].

**7. Convenio colectivo**

El pacto colectivo se lleva utilizando desde hace tiempo para determinar las indemnizaciones médicas por invalidez y otros aspectos laborales negociados colectivamente con los trabajadores.

Para llegar a un pacto colectivo sobre el sistema de indemnización sería necesario acordar con los representantes de la empresa y la dirección los parámetros básicos de dicho sistema. El problema principal de esta propuesta es que pocos trabajadores están agrupados en sindicatos y su cifra no crece suficientemente como para compensar el descenso sufrido en las últimas décadas.

**8. Compensación por no-falta o por no-agravio**

Los sistemas de indemnización de este tipo tienden a ser potencialmente mucho más equitativos que los sistemas basados en la indemnización por agravio[93]. Uno de los objetivos globales de esta propuesta de reforma es simplificar el acceso a los beneficios. Un sistema de indemnización que tiene en cuenta la incapacidad y no la causa que la produce reduciría los aspectos conflictivos del sistema de indemnización actual, permitiendo una recuperación rápida sin complicaciones médico-legales. Ison[94] propuso un sistema que prevé la indemnización para todos los que tienen incapacidades, sin considerar la causa. Un modelo que no se basase en la causalidad eliminaría mucha complejidad en el sistema de indemnización de los trabajadores. Hay ejemplos internacionales de éxito de estos sistemas de «no-agravio».

El modelo de Nueva Zelanda prevé la indemnización para todos los trabajadores accidentados que presenten lesiones, sin considerar la causa del accidente[95]. Algunos sistemas de la Seguridad Social europeos proporcionan la cobertura universal por incapacidad y dejan a los administradores del sistema ocuparse de los aspectos técnicos como la financiación en función de la causa[96]. Si tal sistema pudiera funcionar en los Estados Unidos, proporcionaría a los médicos del trabajo una mejor oportunidad para ejercer la medicina con objetividad.

## CONCLUSIÓN

Los médicos del trabajo ejercen dentro del marco defectuoso del sistema de indemnización a los trabajadores. Las enormes presiones políticas y económicas de empresas, aseguradoras y organizaciones empresariales han creado un sistema disfuncional. A pesar de la magnitud de los gastos implicados, el sistema es ineficaz y no equitativo, siendo con frecuencia la asistencia médica una barrera en vez de una ayuda para los trabajadores.

Los médicos del trabajo se encuentran atados de pies y manos ante esta catástrofe social. Su responsabilidad en el fallo del sistema para reconocer y compensar la mayor parte de enfermedades y lesiones laborales es una explicación lógica a la amenaza de desaparición de esta especialidad médica. Los médicos de medicina del trabajo son cómplices de que la investigación médica esté bajo control empresarial, de las publicaciones científicas pro empresariales y de la influencia industrial sobre los grupos que fijan los parámetros estándares que determinan las indemnizaciones.

El sistema de indemnización a los trabajadores debe renovarse drásticamente para devolverle su integridad. Y debe hacerse pronto para poder asegurar la continuidad de la especialidad de medicina del trabajo. Como médicos preocupados en proporcionar a los trabajadores un servicio médico independiente, objetivo y libre de perversos intereses económicos y de presiones empresariales, necesitamos trabajar para verlo hecho realidad.

## BIBLIOGRAFÍA


1. LaDou J. The rise and fall of occupational medicine in the United States. Am J Prev Med 2002;22:285-95.
2. Morton WE. The rise and fall of occupational medicine in the United States. Am J Prev Med 2002;23:309 (letter).
3. Walsh DC. Corporate physicians: between medicine and management. New Haven CT: Yale University Press, 1987.
4. Draper E. The company doctor: risk, responsibility, and corporate professionalism. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
5. Nuckols TK, Wynn BO, Lim Y-W, et al. Evaluating medical treatment guideline sets for injured workers in California. Rand. Available at: www.rand.org/publications/WR/WR203. Accessed February 23, 2005.
6. Jacobs C. Dropping science. LA City Beat. June 3, 2004. Available at: www.lacitybeat.com/article.php?id 954&IssueNum 52. Accessed June 6, 2004.
7. Levine FJ, Lutcovich JM. Challenges in studying the effects of scientific societies on research integrity. Sci Eng Ethics 2003;9:257- 68.
8. Soskolne CL, Sieswerda LE. Implementing ethics in the professions: examples from environmental epidemiology. Sci Eng Ethics 2003;9:181-90.
9. Kuehn RR. Suppression of environmental science. Am J Law Med 2004;30:333- 69.
10. Castleman BI. Controversies at international organizations over asbestos industry influence. Int J Health Services 2001;31:193-202.
11. Castleman BI, Lemen RA. The manipulation of international scientific organizations. Int J Occup Environ Health 1998;4:53-5.
12. Castleman BI, Ziem GE. American Conference of Governmental Industrial Hygienists: low threshold of credibility. Am J Ind Med 1994;26:133- 43.
13. Tomatis L. The IARC monographs program: changing attitudes towards public health. Int J Occup Environ Health 2002;8:144 -52.
14. Axelson O, Balbus JM, Cohen G, et al. Re: regulatory toxicology and pharmacology. Int J Occup Environ Health 2003;9:386 -9, 389-90 (letter).
15. Egilman W. A New Form of Publication Bias. Int J Occup Environ Health. 2005;11:in press (commentary).
16. Friedman L, Richter ED. JOEM Publication Bias. Int J Occup Environ Health. 2005;11:in press (editorial).
17. Ferber D. Environmental science. NIEHS toxicologist receives a "gag order". Science 2002;297:915- 6.
18. Richter E, Soskolne CL, LaDou J. Efforts to stop repression bias by protecting whistleblowers. Int J Occup Environ Health 2001;7:68 -71.
19. Guterman L. Peer Reviewers and Publishers of Scholarly Book Get Subpoenas in Lawsuit Against Chemical Companies. The Chronicle of Higher Education. Friday, November 5, 2004. Available at: mailto:lila. guterman@chronicle.com. Accessed November 11, 2004.
20. Wiener J. Cancer, chemicals and history. The Nation. January 20, 2005. Available at: http://www.thenation.com/doc.mhtml?i 20050207&s wiener. Accessed February 8, 2005.
21. Kennedy D. Science, law, and the IBM case. Science 2004;305:309 (editorial).
22. Regalado A, Bulkeley WM. IBM cancer data fuel debate over publication. Wall Street Journal, June 24, 2004. Available at: http://online.wsj.com. Accessed July 8, 2004.
23. Ferber D. Authors turn up heat over disputed paper. Science 2004;304:1891.
24. Bulkeley WM. IBM settles workers' cancer claims. Wall Street Journal, June 24, 2004. Available at: bill.bulkeley@wsj.com. Accessed

July 8, 2004.
25. Herbert B. Sick and suspicious. New York Times, September 4, 2003.Available at: www.computertakeback.com/news_and_resources/sick_ suspicious.cfm. Accessed February 23, 2005.
26. Victor RA. The future of workers' compensation: opportunities and challenges. Cambridge MA: Workers' Compensation Research Institute, 2004.
27. Strunin L, Boden LI. The workers' compensation system: worker friend or foe? Am J Ind Med 2004;45:338-45.
28. Biddle J, Roberts K. More evidence of the need for an ergonomic standard. Am J Ind Med 2004;45:329 -37.
29. Boden LI, Galizzi M. Economic consequences of workplace injuries and illnesses: lost earnings and benefit adequacy. Am J Ind Med 1999;36: 487-503.
30. Morse TF, Dillon C. Warren C, et al. The economic and social consequence of work-related musculoskeletal disorders: the Connecticut Upper-extremity Surveillance Project (CUSP). Int J Occup Environ Health 1998;4: 209-16.
31. Keogh JP, Nuwayhid I, Gordon JL, Gucer PW. The impact of occupational injury on injured workers and family: outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers. Am J Ind Med 2000;38:498 -506.
32. Burton Jr. JF National health care reform and workers' compensation. Workers' Compensation Monitor 1993;6:6 -10.
33. Spieler E, Shor G. The continuing struggle for adequate compensation for injured workers. New Solutions 2000;10:197-206 (editorial).
34. Lax M. The fetish of the objective finding. New Solutions 2000;10:237-56.
35. Lax MB, Manetti FA, Klein RA. Medical evaluation of work related illness: a comparison of evaluations by a treating occupational medicine specialist and independent medical examiners. Int J Occup Environ Health 2004;10:1-12.
36. Imbus HR. Fifty years of hope and concern for the future of occupational medicine. J Occup Environ Med 2004;46:96-103 (editorial).
37. Leigh JP, Robbins JA. Occupational disease and workers' compensation: coverage, costs, and consequences. Milbank Q 2004;82:689 -721.
38. Layne LA. Occupational injury mortality surveillance in the United States: an examination of census counts from two different surveillance systems, 1992-1997. Am J Ind Med 2004;45:1-13.
39. Steenland K, Burnett C, Lalich N, et al. Dying for work: the magnitude of U.S. mortality from selected causes of death associated with occupation. Am J Ind Med 2003;43:461- 82.
40. Pransky G, Snyder T, Dembe A, et al. Under-reporting of work-related disorder in the workplace: a case study and review of the literature. Ergonomics 1999;42:171- 82.
41. Seligman PJ, Sieber, WK, Pederson DH, et al. Compliance with OSHA record-keeping requirements. Am J Public Health 1988;78:1218 -9.
42. Leigh JP, Markowitz SB, Fahs M, et al. Occupational injury and illness in the United States: estimates of costs, morbidity, and mortality. Arch Intern Med 1997;157:1557-68.
43. Leigh JP, Marcin JP, Miller TR. An estimate of the U.S. government's under-count of non-fatal occupational injuries. J Occup Environ Med 2004;46:10 -18.
44. Shannon HS, Lowe GS. How many injured workers do not file claims for workers compensation benefits? Am J Ind Med 2002;42:467-73.
45. Biddle J, Roberts K, Rosenman KD, Welch EM. What percentage of workers with work-related illnesses receive workers' compensation benefits? J Occup Environ Med 1998;40:325-31.
46. Fingar AR, Hopkins RS, Nelson M. Work-related injuries in Athens County, 1982 to 1986: a comparison of emergency department and workers' compensation data. J Occup Med 1992;34:779-87.
47. Murphy PL, Sorock GS, Courtney TK, et al. Injury and illness in the American workplace: a comparison of data sources. Am J Ind Med 1996;30:130-41.
48. Bureau of National Affairs. Court awards $2 million in punitive damages, finds nurse interfered with worker's treatment. Occup Health Safety Rep 1997;22:1186.
49. McCurdy SA, Schenker, MB, Samuels SJ. Reporting of occupational injury and illness in the semiconductor manufacturing industry. Am J Public Health 1991;81:85-9.
50. Gathright A. IBM put gag on medics: ex-nurse testifies company tried to avoid illness blame. San Francisco Chronicle, November 20, 2003.
51. Chaffin DB. Manual materials handling: the causes of overexertion illness and injury in industry. J. Environ Pathol Toxicol 1979;2:67-73.
52. Jefferson JR, McGrath PJ. Back pain and peripheral joint pain in an industrial setting. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:385-90.
53. Morse T, Dillon C, Warren N. Reporting of work-related musculoskeletal disorders (MSD) to workers' compensation. New Solutions 2000;10: 281-92.
54. Wellman H, Davis L, Punnett L, et al. Work-related carpal tunnel syndrome (WR-CTS) in Massachusetts, 1992-1997: source of WR-CTS, outcomes, and employer intervention practices. Am J Ind Med 2004;45:139 -52.
55. Morse TF, Dillon C, Warren N, et al. Capture-recapture estimation of unreported work-related musculoskeletal disorders in Connecticut. Am J Ind Med 2001;39:636-42.
56. Maizlish N, Rudolf L, Dervin K, et al. Surveillance and prevention of work-related carpal tunnel syndrome: an application of the sentinel events notification system for occupational risks. Am J Ind Med 1995;27:715-29.
57. Committee on National Statistics. Counting injuries and illnesses in the workplace: proposals for a better system. Washington, DC: National Academy Press, 1987.
58. U.S. Department of Labor. An interim report to Congress on occupational diseases. Washington DC: U.S. Department of Labor, 1980.
59. Spieler EA, Burton FJ. Jr. Compensation for disabled workers: workers' compensation. In: Thomason TF, Burton FJ Jr, Hyatt DE, eds. New approaches to disability in the work place. Madison WI: Industrial Relations Research Association, 1999.
60. Biddle J, Roberts K, Rosenman KD, Welch EM. What percentage of workers with work-related illnesses receive workers' compensation benefits? J Occup Environ Med 1998;40:325-31.
61. Goodwin SG, Stanbury M, Wang M-L, et al. Previously undetected silicosis in New Jersey decedents. Am J Ind Med 2003;44:303-11.
62. National Research Council. Counting injuries and illnesses in the workplace: proposals for a better system. Washington DC: National Academy Press, 1988.
63. Rosenman KD, Reilly MJ, Henneberger PK. Estimating the total number of newly-recognized silicosis cases in the United States. Am J Ind Med 2003;44:141-7.
64. Stanbury MS, Joyce P, Kipen H. Silicosis and workers' compensation in New Jersey. J Occup Environ Med 1995;37:1342-7.
65. Brown T. Something better for occupational disease victims. Am J Ind Med 1988;13:515- 8.
66. Arif AA, Delclos GL, Whitehead LW, et al. Occupational

exposures associated with work-related asthma and work-related wheezing among U.S. workers. Am J Ind Med 2003;44:368 -76.
67. Henneberger PK, Kreiss K, Rosenman KD, et al. An evaluation of the incidence of work-related asthma in the United States. Int J Occup Environ Health 1999;5:1- 8.
68. Henneberger PK, Derk SJ, Davis L, et al. Work-related reactive airways dysfunction syndrome cases from surveillance in selected US states. J Occup Environ Med 2003;45:360-8.
69. Huff J. Occupational carcinogenesis: an international disgrace. Int J Occup Environ Health 2005. In press.
70. LaDou J. The asbestos cancer epidemic. Environ Health Perspect 2004;112:285-90.
71. Emmett EA. What is the strategic value of occupational and environmental medicine? J Occup Environ Med 1996;38:1124 -34.
72. Samuels S. Occupational medicine and its moral discontents. J Occup Environ Med 2003;45:1226 -33.
73. Kirk TS. The Workmen's Compensation Act as it affects the medical profession. Medical Press 1910;89:381-2.
74. Rumwell ME. California State J Med 1915;13:384-6.
75. Sharpe HR, Tinker WR. Relations between physicians in industry and general practice. JAMA 1921;76:129 -30.
76. Deubner D, Sturm RE. Patient advocacy versus employer protection. Occup Med 2002;17:607-15.
77. Higgins P, Orris P. Providing employer-arranged occupational medical care: conflicting interests. Occup Med 2002;17:601- 6.
78. Lewis KS, Kleper AL. Legal issues confronting the occupational physician. Occup Med 2002;17:625-35.
79. Forst L, Levenstein C. Ethical issues in worker productivity. Occup Med 2002;17:687-92.
80. Weeks JL. The fox guarding the chicken coop: monitoring exposure to respirable coal mine dust, 1969-2000. Am J Public Health 2003;93: 1236-44.
81. Himmelstein J, Rest K. Working on reform. How workers' compensation medical care is affected by health care reform. Public Health Rep 1996; 111:12-24, 25.
82. Himmelstein J, Buchanan JL, Dembe AE, et al. Health services research in workers' compensation medical care: policy issues and research opportunities. Health Services Res 1999;34:427-37.
83. Baker LC, Krueger AB. Twenty-four-hour coverage and workers' compensation insurance. Health Aff (Millwood) 1993;12(suppl):271- 81.
84. Ramsey S, Rosenstock L. Proposal to reimburse occupational medicine disease and injury claims through third party health insurance. Am J Ind Med 1994;26:147-54.
85. Sweeny J. Commentary on workers' compensation. Public Health Rep 1996;111:25.
86. Dembe AE. Preserving workers' compensation benefits in a managed health care environment. J Public Health Policy 1998;19:200-18 (review).
87. Wickizer TM, Franklin G, Plaeger-Brockway R, et al. Improving the quality of workers' compensation health care delivery: the Washington State Occupational Health Services Project. Milbank Q 2001;79:5-33.
88. Cheadle A, Wickizer TM, Franklin G, et al. Evaluation of the Washington State Workers' Compensation Managed Care Pilot Project II: medical and disability costs. Med Care 1999;37:982-93.
89. Kyes K, Wickizer TM, Franklin G, et al. Evaluation of the Washington State Workers' Compensation Managed Care Pilot Project I: medical outcomes and patient satisfaction. Med Care 1999;37:972- 81.
90. Bernacki EJ, Tsai SP. Ten years' experience using an Integrated Workers' Compensation Management System to control workers' compensation costs. J Occup Environ Med 2003;45:508 -16.
91. D'Andrea DC, Meyer JD. Workers' compensation reform. Clin Occup Environ Med 2004;4:259 -71.
92. Saleh S, Washington S, Stapleton D, et al. Integration of workers' compensation and health insurance prescription drug programs: how does it work and do employees use it? Am J Ind Med 2004;45:103-12.
93. Lippel K. Therapeutic and anti-therapeutic consequences of workers' compensation systems. Int J Law and Psychiatry 1999;22:521- 46.
Ison T. Compensation systems for injury and disease: the policy choices. Toronto: Butterworths, 1994.
94. Palmer G. New Zealand's accident compensation scheme: twenty years on. University Toronto Law J 1994;44:275-351.
95. Aarts L, de Jong P. European experience with disability policy. In:
96. Mashaw J, Reno V, Burkhauser R, Berkowitz M, eds. Disability, work and cash benefits. Kalamazoo MI: Upjohn Institute for Employment Research, 1996:129-66.