

El Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral de Navarra: más de 10 años de experiencia

Vega García López^a

Navarra, una comunidad histórica que gestiona sus competencias de sanidad desde el año 1986, ya dispuso en su Ley Foral de Salud de 1990 la creación de un Sistema de Información en Salud Laboral¹. Entre los recursos propios con los que contaba, el anteriormente llamado Gabinete de Seguridad e Higiene se integró en el Instituto de Salud Pública de Navarra y posteriormente en un organismo autónomo que, aunque también con dependencia funcional del anteriormente denominado Departamento de Trabajo, siempre ha permanecido adscrito al Departamento de Salud. Justamente ha sido esta ubicación la que ha facilitado el establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral desde el año 1998, función encomendada a la entonces recién creada Sección de Epidemiología Laboral del Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL)².

Uno de nuestros primeros objetivos fue precisamente el abordaje del principal problema que ya entonces los más prestigiosos expertos en salud laboral señalaban, el denominado “*subregistro sistemático*” de enfermedades profesionales en nuestro país³. Así, en el año 1998, como parte del Sistema de Información en Salud Laboral, iniciamos desde la Sección de Epidemiología Laboral del INSL la implantación de un programa de detección de la patología de posible origen laboral atendida en los Centros de Atención Primaria. Esta patología, al no ser conocida en los Servicios de Prevención y/o Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, no desencadenaba la implementación de las medidas de prevención y/o correctoras necesarias en los centros de trabajo. El objetivo era tanto evaluar la magnitud del daño no detectado como de tratar aflorar patología de posible origen laboral para su abordaje preventivo. Para ello, se diseñó un Programa de Vigilancia Epidemiológica basado en la metodología de Red de Médicos Centinela, que ya había demostrado su eficacia en salud pública⁴, y aprovechando también la experiencia en salud laboral de reconocidos sistemas de vi-

gilancia en otros países^{5,6}, así como de algunas experiencias en España⁷⁻⁹.

En dicho programa se incluyeron cinco patologías, seleccionadas a partir de la lista de Mullan y Murphy de 1991¹⁰, basada en el concepto de *sucesos centinela* de Rutstein de 1976¹¹, en concreto la tendinitis de extremidades superiores (codo y muñeca), el síndrome del túnel carpiano, el asma ocupacional, el síndrome de disfunción reactiva vías aéreas (RADS) y la dermatitis profesional.

El programa se basa en la detección y comunicación *voluntaria* al centro receptor de los sucesos localizados, manteniendo la *confidencialidad*, mediante una aplicación informática diseñada específicamente para su uso en el programa. Se contemplaron dos posibilidades para la comunicación de los casos de sospecha: comunicación nominal, en la que se identifica el trabajador afectado, y comunicación no nominal, sin dicha identificación. Con ello, se protegía al trabajador afectado que no quisiera autorizar intervenciones subsiguientes, sin interferir con uno de los objetivos principales del programa: la estimación de la incidencia real de la patología de posible origen laboral que se atiende en el sistema público de salud.

Se inició el pilotaje del programa en dos centros (uno urbano y otro rural). En los años siguientes se fueron incorporando más centros al programa, pasando éste de sus inicios como metodología centinela a convertirse en un sistema muy próximo a la implantación poblacional, incluyendo a más de la mitad de los Centros de Salud de Navarra (n=31) y cubriendo casi el 70 % de la población laboral en 2005. La variación de las plantillas de los médicos de los centros de salud y de los médicos de la Sección de Epidemiología Laboral que coordina el programa ha hecho necesario continuos esfuerzos para evitar la variabilidad de las características y criterios a lo largo de los años de seguimiento.

Los casos nominales identificados en los centros de salud son posteriormente investigados por un médico del trabajo

^a Sección de Epidemiología Laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria
Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL), Pamplona, España
Gobierno de Navarra

Correspondencia:

Vega García López
Sección de Epidemiología laboral, Investigación y Evaluación Sanitaria
Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL)
vgarcial@navarra.es

de la Sección de Epidemiología Laboral, y la información disponible se complementa mediante comunicación con los servicios de prevención correspondientes. Tras esta investigación, se inician, en su caso, las actuaciones preventivas y/o de derivación de los casos para su declaración como enfermedad profesional. Con los datos agregados de todos los casos identificados, se elabora periódicamente un boletín epidemiológico con un resumen de la información disponible. Este boletín se difunde a todos los médicos integrantes del programa¹². Así mismo, anualmente se realizan visitas a los centros participantes y se comentan los resultados del programa, con lo que se refuerza el circuito de declaración. Tras años de funcionamiento del programa, recientemente hemos realizado una evaluación del mismo. Los resultados detallados de esta evaluación están actualmente en proceso de publicación. Describimos a continuación algunos de estos resultados que destacamos por su interés.

Según nuestros datos, el indicador de notificación (incidencia acumulada por 100.000 trabajadores) ha ido aumentando a lo largo de todo el período analizado, siendo en 2005 y para el conjunto de patologías incluidas en el programa de 332,8 por 100.000 trabajadores a riesgo. Esta incidencia es superior a la recogida en el sistema oficial de registro de enfermedades profesionales para esas mismas patologías. Este dato confirma la bondad del sistema para localizar patología de posible origen laboral. El análisis también ha puesto de manifiesto otros resultados relevantes para el mantenimiento de un sistema de información, como por ejemplo el hecho de que la declaración desde centros urbanos y docentes presentan los mejores indicadores de calidad, lo que podría estar relacionado con su mayor disponibilidad de recursos para la participación en programas de investigación. También sería destacable el hecho de que en todos los casos, la declaración se resienta en períodos vacacionales, coincidiendo con la sustitución de los médicos asistenciales adheridos y de los médicos de la Unidad de Vigilancia.

Otro dato de interés es que menos de la cuarta parte de los casos notificados estaba de baja laboral en el momento de su identificación. Este dato pone de manifiesto que en los registros de incapacidad laboral encontraremos sólo una parte de las patologías de posible origen laboral atendidas en el sistema público de salud, pero no todas. En coincidencia con esta misma observación, por ejemplo, en la II Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo¹³, los períodos de incapacidad laboral referidos por los trabajadores eran inferiores a la proporción de consultas médicas por problemas de salud considerados por ellos mismos de posible causa laboral.

El análisis de nuestros datos pone también de manifiesto que casi la mitad de los trabajadores no consiente que se proceda a investigar el posible origen laboral de su patología (comunicaciones no nominales). Este dato está disponible gracias a que nuestro sistema de vigilancia epidemiológica permite la comunicación nominal y no nominal. Pensamos que es importante tenerlo en cuenta, especialmente cuando se defiende la obligatoriedad en la declaración de sospecha de enfermedades de posible origen laboral, ya que parece que con ello se vulneraría la propia voluntad de muchos de los trabajadores, sobre todo en una situación económica complicada como la actual.

El disponer del registro histórico de enfermedades profesionales de Navarra ha hecho posible comprobar los que realmente ocurre con la patología laboral atendida en los centros de salud. Mediante un cruce informático se ha procedido a estimar el nivel de concordancia entre la base de datos del registro histórico de enfermedades profesionales y los sucesos centinela notificados en Navarra. Entendiendo como hechos coincidentes una enfermedad profesional y un suceso centinela que corresponde a la misma persona y con una patología similar, hemos podido comprobar que es tanta la patología que ha sido atendida únicamente en el servicio público de salud, y que, por tanto, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales desconocían, como la que se atiende en el servicio público de salud después de haber sido considerada como enfermedad profesional por las entidades colaboradoras y luego pasa al sistema público de salud, porque, a partir de un momento dado, deja de considerarse como de origen profesional.

De la experiencia en nuestra comunidad autónoma podemos concluir que el Programa de Vigilancia Epidemiológica es un buen sistema para la localización de patología de posible origen laboral y, aunque no son pocos los recursos sanitarios que exige, es necesaria sobre todo una buena labor de coordinación. Los datos disponibles evidencian la necesidad de encontrar un sistema de información en salud laboral permeable entre el sistema público de salud y el sistema que tiene encomendada la atención de la patología laboral en España; los desencuentros entre ambos sistemas son frecuentes, y evidencian la necesidad de su convergencia para que aflore la patología de origen laboral oculta.

De hecho, la experiencia de Navarra podría aportar evidencia en algunos de los puntos que generan duda del artículo 5 (*"Comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales"*) del RD 1299/2006 (nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social)¹⁴, nuestro nuevo marco de notificación de enfermedades profesionales. Por ejemplo, una de las principales ventajas del programa de Navarra es que se cuenta con una definición operativa de caso para cada una de las patologías lo cual, sin incrementar en gran medida la carga asistencial de los centros de Atención Primaria, resulta de gran ayuda para la declaración. Además, como en todo sistema de vigilancia, se incluyen también criterios de exclusión que se discuten y ajustan en reuniones de seguimiento. Todo ello, unido a las facilidades y agilidad de la aplicación informática que soporta el programa desde su inicio, hace que se hayan alcanzado tasas de declaración más que aceptables.

Otra ventaja a destacar de nuestro programa es el nivel de integración por parte de los médicos de Atención Primaria de los criterios para la identificación de caso, de manera que cada vez con mayor frecuencia las sospechas de caso son derivadas directamente a la Mutua correspondiente, sin llegar a declararse como sucesos centinela. Se trata, en definitiva, de un proceso que no se limita a estimar cuántos de los sucesos centinela acaban por declararse como enfermedades profesionales, sino que ha conseguido derivar de forma efectiva la asistencia sanitaria de las enfermedades profesionales desde el sistema público de salud hacia las entidades que deben asumir la atención de estas contingencias profesionales,

culminándose así uno de los objetivos principales del programa. Por todo ello, no resulta sorprendente que la incidencia de enfermedades profesionales en Navarra sea seis veces superior a la incidencia media a nivel del Estado Español, según datos de 2009¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto Foral 545/1995 de 13 de noviembre por el que se modifica la estructura orgánica del Instituto Navarro de Salud Laboral. BON 4 de diciembre de 1995.
2. Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra. BON 3 de diciembre de 1990.
3. García M. ¿Y para cuándo las enfermedades profesionales? Arch Prev Riesgos Labor. 1999;2:1-3.
4. Vega T, Ramírez R, Larrañaga M, Urbina J, Zurriaga O, González L. La coordinación de las redes centinelas y las nuevas etapas de la vigilancia epidemiológica. La coordinación de las redes centinelas y las nuevas etapas de la vigilancia epidemiológica. Gac Sanit. 1998;12:190-1.
5. Baker EL. Sentinel event notification system for occupational risks (SENSOR): the concept. Am J Public Health. 1989;79 (suppl):18-20.
6. Meredith SK, McDonald JC. Work-related respiratory disease in the United Kingdom, 1989-1992: Report on the SWORD project. Occup Med. 1994; 44:183-189.
7. Ruiz C, Galán M, Marques F. Metodología centinela: II. Redes de notificación voluntaria centinela en salud laboral. Salud y Trabajo. 1993; 98:11-18.
8. Cortes I, Fernandez R. El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya. Arch Prev Riesgos Labor. 2010; 13: 69-71.
9. Villanueva V, Castelló C. Evaluación de un programa de vigilancia en salud laboral en un área de salud de la Comunidad Valenciana. Rev Sanidad Higiene Publ.1994; 68: 597-605.
10. Mullan RJ, Murphy LA. Occupational sentinel health events: an updated list for physician recognition and public health surveillance. Am J Public Health.1991; 19:775-799.
11. Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP. Sentinel health events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. Am J Public Health. 1983;73:1054-62.
12. Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL). Red de médicos centinela de salud laboral de Navarra. Programa de vigilancia epidemiológica en salud laboral [citado 15 feb 2011]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Informacion+tecnica/Salud+laboral/sucesos+centinela.htm
13. RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen los criterios para su notificación y registro. BOE 19 de diciembre de 2006.
14. II Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo. Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 2006.
15. Sahuquillo MR. Tal vez no sepa que su trabajo le enferma. El País 17 de febrero de 2010; p. 30-31.

XIX Congreso Español de Toxicología

26-28 de julio de 2011, Vigo

Información:

www.aetox.es