

## Inspección Médica

## Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social

### Cancer in the Working Population. Disability and Risk of Labor and Social Exclusion

José Manuel Vicente Pardo<sup>1</sup>, Araceli López-Guillén García<sup>2</sup>

1. Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España. Cátedra. Medicina Evaluadora y Pericial UCAM. España.
2. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España. Cátedra Medicina Evaluadora y Pericial UCAM. España.

Recibido: 29-10-2018

Aceptado: 14-11-2018

#### Correspondencia

José Manuel Vicente Pardo

Correo electrónico: josemanuvicente@gmail.com

Araceli López-Guillén García

Correo electrónico: araceli.lgg@gmail.com

## Resumen

El cáncer sobreviene como enfermedad incapacitante grave y de riesgo vital presente. En el 2017, se dieron 85.000 nuevos casos de cáncer diagnosticados en población trabajadora (18 a 65 años) en España. El cáncer de mama es la tercera patología más frecuente en procesos de larga incapacidad que superan los 10 meses de baja. En general los cánceres son procesos de duración media de la Incapacidad Temporal situados en una horquilla de 280 días a 365 d. El 10% de las declaraciones de Incapacidad permanente lo son por cáncer. El 90% de los procesos de cáncer superan los 6 meses de baja. Más del 50 % de los pacientes con cáncer pasarán a incapacidad permanente. Un 30% de los supervivientes perderá el trabajo o lo habrá perdido en el proceso de tratamiento. El cáncer en general tiene una tendencia a una mayor incidencia que puede obedecer a un avance en su detección temprana, y un aumento a la exposición a factores de riesgo. La prevalencia mayor, es decir la supervivencia mayor, es el mejor indicativo que los avances terapéuticos tienen éxito al reducir la tasa de mortalidad. Se estima que el 53% de los pacientes sobrevive más de cinco años, pero entorno al 55% de los pacientes con cáncer no retorna a trabajo. Los gastos sanitarios y parasanitarios, los gastos de apoyo y cuidados, la pérdida de la capacidad de ganancia personal y familiar llevan en muchos casos a la exclusión social. Alrededor de 25.000 personas con cáncer en España entran en una situación de clara vulnerabilidad. Los colectivos de mayor riesgo son los trabajadores autónomos, los trabajadores que a lo largo del proceso pasan al desempleo o les sobreviene el cáncer en esta situación, los trabajadores con bajos recursos, y las mujeres.

**Conclusiones:** Es urgente mejorar los sistemas de archivo de datos en torno al cáncer, la realización del Mapa de Incapacidad, para analizar quién enferma, de qué tipo de cáncer, con qué secuelas, el acceso a



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

los tratamientos, el impacto económico-social, conocer el retorno laboral de los supervivientes y la población trabajadora de riesgo, lo que debe ser objetivo prioritario para una adecuada gestión integral no sólo prestacional económica o atencional, sino enfocada en la mejora de la salud laboral de los trabajadores enfermos de cáncer. Un sistema de protección social no puede dar la espalda a un colectivo cada vez mayor y con alto riesgo de exclusión social, de vulnerabilidad económica y de pérdida del trabajo. Es necesario establecer un Plan Estratégico de Protección Integral, que abarque lo sanitario, lo atencional, lo prestacional, lo laboral, lo preventivo y lo social.

*Med Segur Trab (Internet). 2018;64(253):354-78*

**Palabras clave:** Cáncer, incapacidad laboral, exclusión social, retorno laboral.

## Abstract

Cancer occurs as a serious disabling disease and present life-threatening disease. 85,000 new cases of cancer arose in Spain in 2017 in the working population (18 to 65 years). Breast cancer is the third most frequent pathology in processes of long disability exceeding 10 months of sick leave. In general, cancers are processes of an average duration of short-term disability from 280 to 365 days. 10% of permanent disability declarations are for cancer. 90% of cancer processes exceed 6 months of sick leave. More than 50% of patients with cancer will become permanently disabled. 30% of survivors will lose their job or have lost it during the treatment process. In general, cancer tends to a higher incidence that may be due to an advance in its early detection, and due to an increased exposure to risk factors. The higher prevalence, that is, the increased survival rate, is the best indication of therapeutic advances progress in reducing the mortality rate. It is estimated that 53% of patients survive more than five years, but about 55% of patients with cancer do not return to work. Health and paramedical expenses, support and care expenses, loss of personal and family earning capacity lead in many cases to social exclusion. Around 25,000 people with cancer in Spain enter a situation of clear vulnerability. The groups at greatest risk are the self-employed, the workers who over the process become unemployed or are affected by cancer in this situation, low-income workers and women.

**Conclusions:** It urges to improve the cancer data archiving systems, the implementation of the Disability Map in order to analyse who is ill, what type of cancer it is and with what scars; the improvement of treatments access, the economic and social impact, to know the survivors' return to work experience and the working population at risk should be a priority for an adequate comprehensive management, not only of economic or care benefits but also focused on improving the occupational health of workers suffering from cancer. A social protection system cannot turn its back on an ever-growing group at higher risk of facing social exclusion, economic vulnerability and job loss. It is necessary to establish a Comprehensive Strategic Protection Plan, which covers health, care, security, work, prevention and social services.

*Med Segur Trab (Internet). 2018;64(253):354-78*

**Keywords:** Cancer, work disability, social exclusion, work return.

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer tiene gran impacto en la población trabajadora tanto en elevados costes de atención sanitaria, como en gasto de prestaciones en incapacidad temporal y/o permanente, así como en costes para las empresas y el sistema económico en general, pero y fundamentalmente costes directos para el trabajador en su tratamiento, y otros destinados en apoyo a su cuidado, y un elevado riesgo de no retorno al trabajo y de exclusión social.

Al impacto económico, se une el impacto propio de una grave enfermedad que condiciona sufrimiento, incertidumbre y riesgo vital, y que modifica la aptitud sobrevenida del superviviente al cáncer condicionando el retorno laboral.

La relación causal ocupacional está suficientemente probada, aunque escasamente registrada, como veremos.

Es preciso abordar políticas y estrategias integrales frente al cáncer en la población trabajadora para poder realizar una correcta prevención evitando en lo posible su aparición, aminorando sus consecuencias mediante el tratamiento óptimo y procurando la mejor situación saludable en el retorno laboral con medidas que faciliten la reinserción ocupacional y eviten la marginación social por deterioro de la economía de los supervivientes. Es decir, un abordaje completo en prevención de los trabajadores, actuando en prevención primaria conociendo las causas y población afecta, procurando la pronta recuperación actuando en prevención secundaria y reintegrando al trabajador superviviente al entorno laboral de forma saludable, evitando las recaídas o el deterioro de su salud en las circunstancias aptitudinales adquiridas tras el proceso, tratamientos y secuelas.

Para conocer la importancia del cáncer en la población trabajadora lo primero es conocer los datos sobre incidencia, prevalencia, costes, e incapacidad.

## 2. LAS CIFRAS DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA<sup>1,2,3,4</sup>

### Datos de cáncer en España

Las cifras de cáncer en nuestro país siguen sin un registro pormenorizado y fidedigno, así que según las fuentes consultadas obtendremos distintas cifras.

En España según datos de la SEOM en 2017 hubo **228.482 nuevos diagnósticos**.

Los 5 tumores más frecuentes fueron el colorrectal 34.331 casos (15%), próstata 30.076 (13%); pulmón 28.645 (12%); mama 26.370 (11%) y vejiga 14.677 (6,47%).

Por sexos en **mujeres, los cinco tumores más frecuentes fueron el cáncer de mama (29%), seguido de colorrectal (15%); pulmón (6%); cuerpo de útero (6%); y ovario (4%)**. En **hombres, el de próstata (22%); pulmón (17%); colorrectal (15%); vejiga urinaria (9%) y estómago (4%)**.

La **prevalencia a 5 años de tumores en España** en ambos sexos para el año 2017 (población general) se estima en **593.163 supervivientes de cáncer a los cinco años**. Los **5 tumores más prevalentes** son el de **mama 104.405 (17,60), próstata 101.781 (17,15%), colorrectal 89.635 (15,11%), vejiga 46.936 (7,91%), y pulmón 27.985 (4,71%)**. Por sexos (sin diferenciar edad) en **mujeres los tumores con mayor prevalencia son el de mama 41% del total, seguidos del cáncer colorrectal 14% y de cuerpo uterino 5% y en hombres el de próstata 31 %, colorrectal 14 % y vejiga 12%**.

Por su alta prevalencia, y de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los tumores constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario y en España, según estimaciones **en 2015 los tumores fueron la tercera causa de estancia hospitalaria** (3.599.306 estancias), por detrás de las enfermedades del aparato circulatorio (4.766.949 estancias) y respiratorio (3.886.462).

Los tumores representan la 2ª causa de fallecimiento en España según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). De los 410.611 fallecimientos en 2016, 119.778 fueron por enfermedades del sistema circulatorio; (29,2%); 112.939 muertes (27,5%) fueron por tumores; 46.812 (11% del total) por enfermedades respiratorias; 25.236 debidos a enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (6,14%); 20.980 por trastornos mentales y del comportamiento (5,10%). En cuanto a la **tendencia interanual** de los fallecimientos en 2016 los debidos tanto a las enfermedades del sistema circulatorio como las del sistema respiratorio descendieron un 3,6 % y un 11,4 %, mientras que **los fallecimientos por tumores aumentaron un 1,4 %**. Y esta se mantiene tanto en varones como en mujeres.

Por sexo, **los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres** (con una tasa de 300,9 fallecidos por cada 100.000) y **la segunda en mujeres** (con 187,4).

Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos en 2016 en España en la población general fueron el **cáncer de pulmón (22.187 muertes)** y el **cáncer colorrectal (15.802 muertes)**, seguidos a una gran distancia del **cáncer de páncreas (6.789 casos)**, el **cáncer de mama (6.477 muertes)**, y de **próstata (5.752 muertes)**.

Según datos del INE<sup>5</sup>, del total de fallecimientos en 2016 de 20 a 64 años, 56.824 fallecidos, **el 47% de los fallecidos en el tramo etario de población en edad laboral lo fue por neoplasias, 26.792 muertes**.

### Datos de incapacidad laboral y cáncer en España

Las cifras citadas anteriormente son cifras globales para toda la población española, no sólo en la población trabajadora. La SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) estima que en el año 2017 se dieron **228.482 casos de cáncer, de los que 90.558 corresponderían a edades inferiores a 65 años**.

Si **cruzamos los datos** de este informe de la SEOM con los del Observatorio del Cáncer de la AECC obtendríamos una estimación de **85.000 nuevos casos de cáncer en 2017 en población trabajadora 18 a 65 años. Y una prevalencia a los 5 años de 238.132 supervivientes en población trabajadora 18 a 65 años**.

Según **datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**, en 2017 de los 5.206.659 de procesos de incapacidad temporal (IT), **90.641 bajas correspondieron a las Neoplasias, consumiendo 8.360.654 días de IT por cáncer (Tabla 1)**.

Tabla 1. Bajas, días de incapacidad temporal y duración media por cáncer en relación al total.

IT 2017	Total Procesos	%	Total Días	%	Duración Media
Total Capítulos	5.206.659	100%	192.530.022	100%	36,97
Neoplasias	90.641	1,74%	8.360.654	4,34%	92,23

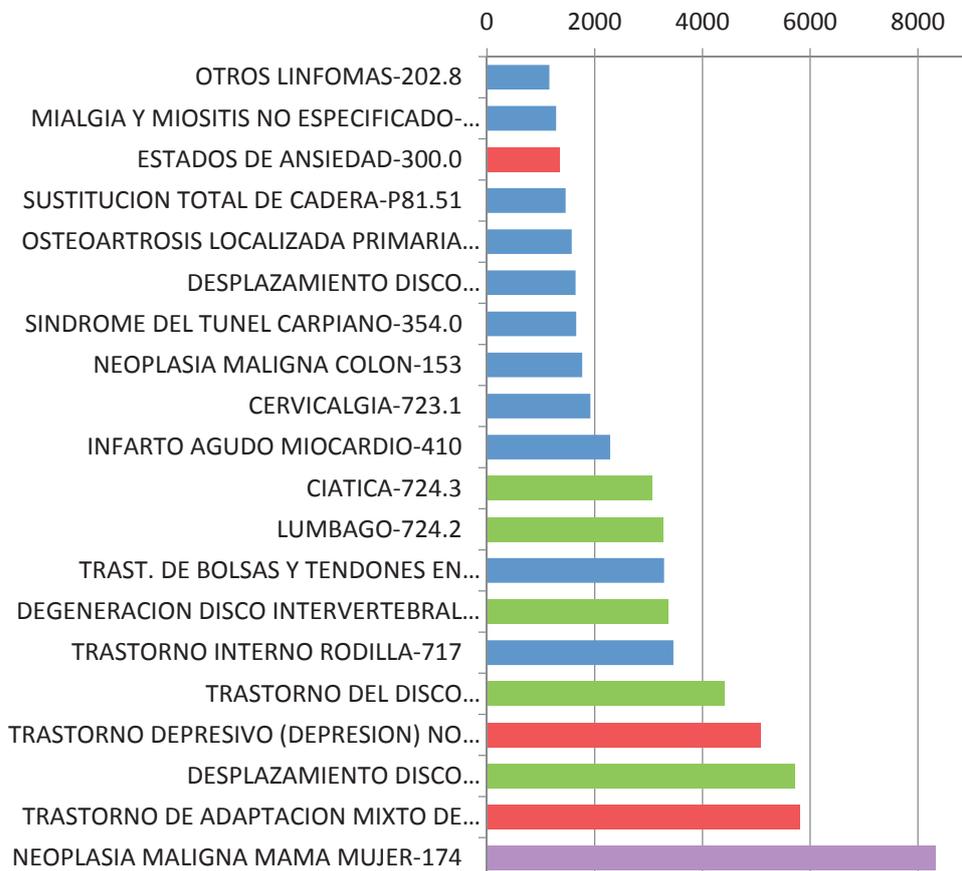
La **duración estándar de la IT de las neoplasias según el Manual de Tiempos Óptimos del INSS 4ª Edición** (tiempo medio para la resolución del proceso, utilizando técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y asumiendo mínima demora en la asistencia sanitaria) marca tiempos para cada tipo de neoplasia, distribuyendo su asignación en **210 días, 180 días y 120 días** para la mayor parte de los mismos, y con una asignación menor de 90 días o incluso menor para tumores benignos o muy localizados en fase muy iniciales. Tal vez por ello el tiempo medio de las bajas por neoplasias sea tan reducido en el balance anual.

**El 30% de los procesos de Incapacidad Temporal por cáncer mantienen la baja y alcanzan o sobrepasan los 365 días. En torno al 55% de las IT iniciadas por Neoplasia pasaran a Incapacidad Permanente o no habrá retorno al trabajo por diversas circunstancias. Dado el compromiso vital del cáncer algunas de estas bajas se extinguirán por fallecimiento, el 47% de los fallecimientos en edad laboral (18-65)**

en España son debidos al cáncer, primordialmente por el cáncer de pulmón y colorrectal (Datos INE 2016 y Cifras del Cáncer en España 2018).

De los 20 diagnósticos más frecuentes en procesos que alcanzan los 365 días de baja encontramos de forma destacada al Cáncer de Mama (Datos INSS 2017 Tabla 2). Si bien el cáncer de mama por agrupaciones diagnósticas, ocuparía el tercer lugar tras las “Lumbalgias”, y los Trastornos de “Ansiedad”.

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes de bajas que alcanzan los 365 días de baja.



Las Neoplasias por capítulos diagnósticos son la tercera causa en alcanzar los 365 días, suponen el 13,25% de los procesos con bajas que llegan al año, tras los trastornos musculo esqueléticos (37,90%) y los trastornos mentales (14,84%) (Tabla 3).

El cáncer de mama aun siendo un cáncer de buen pronóstico, con tasa de supervivencia a los 5 años en mujeres en edad laboral que sobrepasa el 84%, sin embargo, sólo el 53% de las trabajadoras se reincorpora al trabajo. En el conjunto de todas las neoplasias sólo el 45% de los trabajadores con cáncer se reincorpora al trabajo.

**Coste de la Incapacidad temporal por Cáncer.** Si deseamos conocer el coste de la incapacidad temporal por cáncer debemos conocer:

**Costes directos**

- Consumo de recursos sanitarios.
- Prestación económica INSS MUTUAS.
- Pago empresa 4º a 15º d.
- Complemento convenio.
- Sustitución del trabajador.

**Tabla 3. Procesos por capítulos diagnósticos que alcanzan los 365 días de baja.**

	Número de Resoluciones	%
Total Diagnóstico	204.741	100%
Enfermedades osteomioarticulares y de tejido conectivo	77.599	37,90%
Trastornos mentales	30.402	14,84%
Neoplasias	27.142	13,25%
Lesiones y envenenamientos	17.990	8,78%
Enfermedades del sistema circulatorio	14.316	6,99%
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	11.874	5,79%
Procedimientos	6.233	3,04%
Enfermedades del sistema digestivo	5.378	2,62%
Síntomas, signos y estados mal definidos	3.870	1,89%
Enfermedades del sistema respiratorio	2.479	1,21%
Enfermedades del aparato genitourinario	2.117	1,03%
E. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	1.491	0,72%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.470	0,71%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	980	0,47%
Anomalías congénitas	747	0,36%
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	469	0,22%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	181	0,88%

**Costes indirectos**

- Tiempo perdido por el trabajador ausente.
- Disminución del rendimiento del equipo.
- Pérdida de producción.
- Incapacidad para la sustitución.

**Costes personales del trabajador del capital salud**

- Gastos sanitarios privados.
- Gastos de apoyo.
- Lucro cesante.
- Pérdida económica diferencial entre situación de activo y en IT.

**Costes intangibles**

- Años perdidos por incapacidad.
- Coste en capital salud
  - Déficit de la Calidad de Vida.
  - Deterioro de la vida familiar y de relación.
  - Disminución esperanza de vida.
  - Aumento de la comorbilidad.
- Coste en capacitación
  - Pérdida de habilidades laborales.
  - Perder actualización de conocimientos.
- Pérdida del trabajo.

**Coste por incapacidad permanente.** Si deseamos conocer el **coste de la incapacidad permanente por cáncer** debemos conocer:

#### **Costes directos**

- Prestación económica INSS.
- Consumo de recursos sanitarios.

#### **Costes personales del trabajador**

- Gastos sanitarios privados.
- Gastos de apoyo.
- Lucro cesante.
- Pérdida económica diferencial entre situación de activo y la de Incapacidad Permanente.

#### **Costes indirectos**

- Pérdida económica de producción.
- Déficit de ingresos por cotizaciones.

#### **Costes intangibles**

- Años perdidos por incapacidad.
- Coste en capital salud
  - Déficit de la Calidad de Vida.
  - Deterioro de la vida familiar y de relación.
  - Disminución esperanza de vida.
  - Aumento de la comorbilidad.

El Estado en 2017 se gastó en prestaciones por incapacidad temporal 6.653 millones de euros, con **coste medio de 34,5 € por día de baja** (prestación económica de IT). **Los 8.360.654 días de baja en 2017 por Neoplasias supusieron 266.688.723 €**, descontando los días de pago de IT empresa (del 4º al 15º). **El coste en IT para las empresas por los días de baja por el cáncer puede cifrarse en 21.753.840 €**. Es más difícil cuantificar lo abonado complementariamente por convenio.

Aunque son datos estimativos que no reales, si damos por buena la cifra de un 10,1% de las pensiones de incapacidad permanente lo fueran por cáncer, **96.000 pensiones corresponderían a incapacidades permanentes por cáncer**, que a un coste medio de la pensión de Incapacidad Permanente de 936 € supondrían **89.856.000 €** nómina de pensiones **mensual**, lo que **supondría al año 1.257,98 millones de € por incapacidad permanente por cáncer**.

Según referencia VII Informe Adecco sobre Absentismo<sup>6</sup>, el coste oportunidad global para la IT en 2017 (bienes que dejaron de producirse y servicios que dejaron de prestarse) fue de 63.577,16 millones de €. **El coste oportunidad por bajas por cáncer puede cifrarse en 2.759,24 millones de €**, si tenemos en cuenta el porcentaje de días de baja consumidos por neoplasias

Según estudio de Omakase Consulting<sup>7</sup> presentado en el informe ‘La carga del cáncer en España’, cifra el **coste del cáncer en España en 2015, en 7.168 millones de euros, 4.818 millones de euros en costes sanitarios**, a los que añade, los **costes de la mortalidad prematura** que se calcularon en **125 millones**; los **costes de la incapacidad temporal, 222 millones**; y los **costes de la incapacidad permanente, que cifra en 292 millones de euros. Los costes de los cuidadores no profesionales** de los pacientes con cáncer los cifra en **1.710 millones de euros**. Afirma que el cáncer genera **95.866 pensiones por incapacidad permanente al año en España, el 10,1% del total**.

Según el informe de la AECC<sup>8</sup> “**Impacto económico del cáncer en las familias en España**”, el **cáncer deja cada año a unos 25.000 enfermos en riesgo de exclusión**

social, lo que supone casi un tercio (el 27,7 %) del total de diagnósticos en la población activa en España en 2017. Afectando el riesgo de exclusión a tres colectivos principalmente los autónomos, los parados y los trabajadores con bajos ingresos, por cuanto el cáncer supone de agravación a su situación socioeconómica previa.

### 3. CÁNCER EN POBLACIÓN TRABAJADORA

#### Cáncer ocupacional. Cáncer como enfermedad profesional. Imputabilidad del cáncer al trabajo<sup>9</sup>

Hemos referido datos sobre el cáncer y su impacto en la población trabajadora. El cáncer supone enfrentarse a una situación de incertidumbre vital, con sometimiento a tratamientos agresivos y de gran servidumbre terapéutica con pérdida de la autonomía funcional durante dicho periodo. Y afrontar una situación de larga incapacidad temporal como hemos relatado, cuando no concluir en incapacidad permanente. Sin olvidar que en muchos casos conlleva el fallecimiento como también hemos reflejado.

Pero mención señalada se precisa para el cáncer ocupacional, el cáncer profesional y las ocupaciones con mayor incidencia de cáncer en España, es decir el factor causal del trabajo en la aparición del cáncer o el factor de asociación.

#### Diferenciar cáncer ocupacional y cáncer como enfermedad profesional

El concepto de cáncer ocupacional es un concepto más amplio que el cáncer como enfermedad profesional. Pues si bien el cáncer como enfermedad profesional (cáncer profesional) engloba al cáncer ocupacional o causado por el trabajo, no todos los cánceres relacionados con el trabajo y la presencia de agentes causales, son enfermedad profesional. Por otra parte, existe una asociación entre determinadas ocupaciones y la presentación del cáncer que conviene analizar, para determinar bien la posible presencia de agentes causales carcinógenos, o la presencia de factores de asociación o moduladores en el desarrollo del cáncer que es preciso conocer.

La aparición del cáncer en la población trabajadora, nos debe llevar a averiguar sus posibles causas para prevenir su aparición, detectar los procesos en fases iniciales y ofrecer el tratamiento mejor en tiempo y forma, al objeto de curar o minimizar sus consecuencias y si es posible facilitar el retorno efectivo y saludable al trabajo.

Teniendo en cuenta nuestra normativa específica y en concreto el cuadro de EEPP, no todos los cánceres con evidencia científica de relación con la exposición laboral se encuentran incluidos dentro del listado y pueden ser considerados como Enfermedad profesional. Estas diferencias pueden generar contradicciones entre lo que se conoce sobre la causalidad de los cánceres por exposiciones en el trabajo y la imputabilidad a este a efectos médico-legales. En nuestro país, es el INSS quién, ante las dudas o las sospechas del origen profesional de una enfermedad y en concreto de un cáncer debe determinar su contingencia laboral. En esta ponencia se trata de responder qué criterios utiliza el INSS para realizar esta determinación y en base a ellos cómo debe de proceder el MT ante la sospecha del origen profesional de un cáncer.

#### Concepto de "cáncer ocupacional" y "cáncer profesional"

Lo primero y fundamental es delimitar el concepto de cáncer como enfermedad profesional y cáncer ocupacional

#### Cáncer Ocupacional

El "cáncer ocupacional o cáncer laboral" es un concepto amplio de carácter médico, de relación científica causal epidemiológica y fisiopatológica, con aplicación universal, con carácter amplio y modificable según evidencias, y abierto, es un término prevenciónista

fundamentado en la causalidad. Su fundamentación normativa se basa en la Ley de Prevención de Riesgos.

El **cáncer ocupacional** acorde a nuestra legislación podría tener cabida en lo que se viene a denominar **Enfermedades del Trabajo, al amparo de lo dispuesto en el artículo 156 LGSS e)**: Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, asumidas en este caso como enfermedades consideradas como “accidente de trabajo”. Pero desde la perspectiva médica un cáncer ocupacional es el cáncer ocasionado por el trabajo.

### **Cáncer Profesional**

La consideración de “cáncer profesional o cáncer como enfermedad profesional”, es un concepto restringido al ámbito legal, un “**constructo legal**”, con su regulación reglamentaria, su carácter concreto, estático, reducido a un listado de cánceres y su vinculación con unos agentes concretos y su presencia en el trabajo, el cáncer como enfermedad profesional es un término legalista fundamentado en la imputabilidad.

En la imputabilidad prima el concepto prestacional o de reparación, considerando la prestación económica de la incapacidad, la entidad responsable del pago de la prestación económica y sanitaria, el recargo de prestaciones (Art. 164 LGSS) y la responsabilidad empresarial (LPRL artículo 14.1).

En nuestro país la consideración de un “cáncer como enfermedad profesional” se basa en la **definición expresada en el art. 157** de la Ley General de la Seguridad Social como concepto de enfermedad profesional: “Se entenderá por enfermedad profesional la **contraída a consecuencia del trabajo en las actividades que se especifiquen en el cuadro** que se apruebe y que esté **provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional**. Y en el Cuadro de Enfermedad Profesional en el **Grupo 6 Enfermedades causadas por Agentes Carcinogénicos** en el **Anexo I (enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente)** del **Real Decreto 1299/2006** así como las dos modificaciones efectuadas en este “Listado”, la del **Real Decreto 1150/2015** que **añade el Cáncer de Laringe por exposición al Amianto**, y la del **Real Decreto 257/2018** que **añade el Cáncer de Pulmón por exposición al Sílice**.

En este **Cuadro o Listado de Enfermedades Profesionales (EP)** actualizado, **Anexo I** (lista de enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente) encontramos **11 cánceres** y **18 agentes causales**. No olvidemos que el cuadro de EP, es una lista cerrada que se referencia en cuanto a los agentes causales, **no es una verdadera lista de enfermedades, sino una lista de agentes causantes de una enfermedad**. Así el Grupo 6 hace mención a **Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos, y a continuación referencia cada agente su cáncer** (subagente) y **una relación de las principales actividades capaces de producirlas, en la exposición a ese agente**.

Los **cánceres recogidos** como EP, son los siguientes:

**Mesotelioma, Cáncer Bronquio y Pulmón, Cáncer de Piel, Cáncer Hepático, Cáncer de Vejiga, Leucemias, Linfomas y Mielomas, Cáncer de Próstata, Cáncer Cavidad Nasal, Cáncer de Etmoides y Senos y Cáncer de Laringe** (última inclusión diciembre 2015).

**Relación de agentes causales y cáncer asignado:**

**Amianto:** Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón. Mesotelioma. Mesotelioma de Pleura. Mesotelioma de Peritoneo. Mesotelioma de otras localizaciones. Cáncer de Laringe.

**Aminas aromáticas:** Neoplasia maligna de Vejiga.

**Arsénico y sus compuestos:** Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón. Carcinoma Epidermoide de Piel. Disqueratosis lenticular en disco (Enfermedad de Bowen). Angiosarcoma del Hígado.

**Benceno:** Síndromes Linfoproliferativos (LNH) y Mieloproliferativos (PV TE LMC MFP).

**Berilio:** Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón.

**Bis-(Cloro-Metil) Éter:** Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón.

**Cadmio:** Neoplasia maligna de Bronquio, Pulmón y Próstata.

**Cloruro de Vinilo Monómero:** Neoplasia maligna de Hígado y conductos Biliares Intrahepáticos.

**Cromo VI y compuestos de Cromo VI:** Neoplasia maligna de Cavidad Nasal. Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón.

**Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (PAH),** Hollín, Alquitrán, Betún, Brea, Antraceno, Aceites minerales, Parafina bruta y otros factores carcinógenos.: Lesiones premalignas de Piel. Carcinoma de Células Escamosas.

**Níquel y Compuestos de Níquel:** Neoplasia maligna de Cavidad Nasal. Cáncer primitivo del Etmoides y de los Senos de la Cara. Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón.

**Polvo de Madera dura:** Neoplasia maligna de Cavidad Nasal.

**Radón:** Neoplasia maligna de Bronquio y Pulmón.

**Radiación Ionizante:** Síndromes Linfoproliferativos y Mieloproliferativos. Carcinoma Epidermoide de Piel.

**Aminas (primarias, secundarias, terciarias, heterocíclicas) E Hidracinas Aromáticas y sus Derivados Halógenos, Fenólicos, Nitrosados, Nitrados y Sulfonados:** Cáncer Vesical.

**Nitrobenceno:** Linfoma.

**Ácido Cianhídrico, Cianuros, compuestos de Cianógeno y Acrilonitrilos:** Cáncer de Etmoides y de Senos Paranasales.

**Sílice:** Cáncer de Pulmón

Sin embargo, frente a este listado de cánceres “profesionales” señalados en el cuadro de enfermedades profesionales y estos 18 agentes causales reconocidos en nuestro cuadro de Enfermedades Profesionales, la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS) recoge 118 agentes y actividades cancerígenas. Refiriendo como principales carcinógenos laborales:

- Aminas aromáticas.
- Amianto.
- Compuestos de Cromo VI.
- Emisiones de motores Diésel.
- Aceites Minerales, sin tratar o poco tratados.
- Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (HAP).
- Polvo de Sílice.

Y como ocupaciones relacionadas con riesgo de exposición a agentes cancerígenos las en las que se ha detectado la mayor incidencia de cánceres:

- Producción de Aluminio: Cáncer de Pulmón, Cáncer de Vejiga urinaria.
- Fabricación de Auramina: Cáncer de Vejiga urinaria.

- Gasificación de Carbón: Cáncer de Pulmón.
- Destilación de Brea de Alquitrán: Cáncer de Piel.
- Producción de Coque: Cáncer de Pulmón.
- Minería (subterránea) de la Hematita: Cáncer de Pulmón.
- Fundición del hierro y del acero: Cáncer de Pulmón.
- Producción de Alcohol Isopropílico: Cáncer de Fosas Nasales y Senos Paranasales.
- Producción de Magenta: Cáncer de Vejiga urinaria.
- Pintura: Cáncer de Pulmón, Cáncer de Mesotelio, Cáncer de Vejiga urinaria.
- Producción de Caucho: Leucemia, Linfoma, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago y Cáncer de Vejiga urinaria.

En la diferenciación entre cánceres profesionales (recogidos en el listado) y los cánceres ocupacionales, podríamos decir que **son de origen profesional todos los que están recogidos en el actual cuadro de enfermedades profesionales, pero no están todos los cánceres que pueden derivar de agentes oncogénicos presentes en la ocupación laboral. Es decir, son todos los que están, pero no están todos los que son.**

Teniendo en cuenta nuestra normativa específica y en concreto el cuadro de Enfermedades Profesionales, podemos afirmar que no todos los cánceres con evidencia científica de relación con la exposición laboral se encuentran incluidos dentro del listado y pueden ser considerados como Enfermedad profesional. Estas diferencias pueden generar contradicciones entre lo que se conoce sobre la causalidad de los cánceres por exposiciones en el trabajo y la imputabilidad a este a efectos médico-legales. En nuestro país, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social quién, ante las dudas o las sospechas del origen profesional de una enfermedad y en concreto de un cáncer debe determinar su contingencia laboral.

## Causalidad en el cáncer conceptos

**La causalidad o la relación causal en el cáncer es compleja.**

**Lo primero que debemos apuntar es la “Multicausalidad” en el cáncer:**

- Causalidad ambiental,
  - tanto en domicilio,
  - como externa.
- Factores individuales (enfermedades padecidas, genética, hábitos y estilo de vida);
- Factores laborales.

**Y la concreción satélite o plurifactorial en el desarrollo de un cáncer:**

- Factores de riesgo (probabilidad).
- Factores asociados (no causalidad directa).
- Factores moduladores.
- Agentes carcinógenos y mutágenos.
- Factores Ambientales.
- Factores laborales.
- Factores individuales.

Todo ello con dos conceptos que debemos de considerar el Exposoma y la Epigenética, el primero en relación con el “entorno ambiental” y el segundo en relación con el “ambiente celular”.

- **Exposoma:** “La medida de todas las exposiciones de un individuo a lo largo de su vida”.
- **Epigenética:** El estudio de los cambios reversibles del ADN y las proteínas que se unen a él, y que hace que unos genes se expresen en función o no de condiciones exteriores y con ello determinan si el cáncer aparece o no.

## Enfermar de cáncer

**Efecto estocástico “efecto del azar” Efecto probabilístico.** En el desarrollo de cáncer se da un fenómeno de azar o estocástico, que conviene tener en cuenta, es decir los efectos de exposición (la aparición del cáncer) a un agente causal pueden aparecer, pero no lo hacen necesariamente (curva dosis respuesta). La probabilidad de padecer cáncer se incrementa con la dosis, pero que haya habido exposición no significa necesariamente que aparezca el cáncer.

**Exposición tiempo e intensidad (agente causal).** Si hubo exposición habrá asunción como EP tanto si esta fue más o menos intensa o incluso si se ha permanecido largo tiempo sin exposición. Porque en la génesis del cáncer basta que se haya estado expuesto a una dosis baja para que el cáncer aparezca o basta que la exposición haya sido breve pero suficiente para desarrollar el cáncer. Indudablemente a mayor dosis y más tiempo mayor probabilidad de desarrollar el cáncer.

**Periodo de latencia.** Periodo que media entre el tiempo en que se estuvo expuesto y el desarrollo de la enfermedad. En mayor o menor medida en casi todos los cánceres el periodo de latencia es muy amplio y en algún cáncer tan extenso, que resulta difícil averiguar la exposición acaecida veinte o treinta años antes.

**Multicausalidad:** varias causas que pueden coexistir, con factores de asociación, factores causales presentes en el trabajo, pero a veces presentes en el ambiente exterior, otras incluso en ambiente doméstico (tareas en casa u ocio).

**Indefinición del cáncer laboral diferencial.** Conviene comprender que, a la hora de determinar la causa de un cáncer, el cáncer no se diferencia si ha sido producido por el trabajo o por otra causa, pues en general no podemos determinar la presencia del agente carcinógeno laboral en el tejido afectado.

## ¿Ocupaciones con cáncer?

Más allá de la atribución de cánceres como enfermedad profesional, en los que hay relación con la ocupación laboral y la exposición a agentes cancerígenos, no conviene perder de vista la aparición de cánceres en población trabajadora, aunque no hayan tenido esta consideración expresa.

Convendría conocer la presentación del cáncer como incapacidad laboral y en qué trabajos para analizar si guarda o no relación con el trabajo

Si queremos conocer en España en qué ocupaciones laborales se presenta el cáncer, es decir, la presentación de cáncer o tipos de cáncer según trabajo, sector de actividad y tareas, la principal dificultad estriba en la falta de datos o de datos fehacientes que permitan relacionar de forma pormenorizada en la población trabajadora, cánceres y trabajo que desarrollaban.

**En España hoy por hoy no disponemos de un registro que relacione incapacidad laboral, tipo de cáncer y trabajo, así que seguiremos exigiendo la confección del Mapa de Incapacidad Laboral<sup>10,11</sup>.**

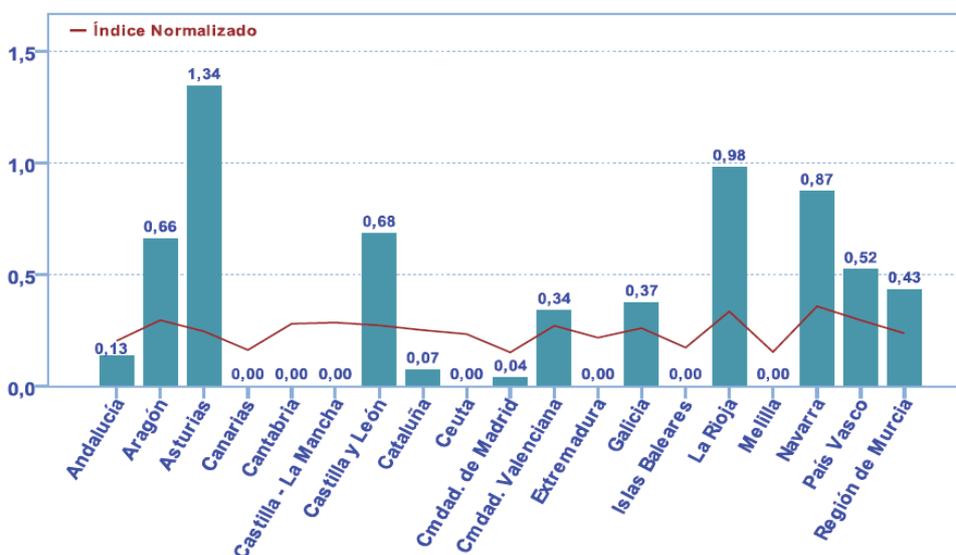
Pero además el número tan escaso de cánceres considerados como EP, no permite una asociación de valor con actividades.

## Las cifras del cáncer como enfermedad profesional

Los cánceres recogidos como enfermedad profesional son tan sólo el 0.18% de las enfermedades profesionales (datos 2016) es decir un número muy reducido de casos, pero que tiene una singular importancia por el riesgo vital que comporta frente a otras enfermedades profesionales declaradas. Debido al escaso número de enfermedades registrado en este grupo, no se obtiene resultados representativos para el cálculo de los índices en relación con la actividad económica. Así que no podemos ligar trabajo y cáncer como enfermedad profesional.

Por cierto, con una distribución diferente por comunidades autónomas, duplicando el índice normalizado correspondiente en el grupo del cáncer las comunidades de castilla león, Castilla la Mancha y País Vasco al resto. [Tabla 4.](#)

**Tabla 4. Grupo 6: Enfermedades causadas por agentes carcinógenos por CCAA. Índice nacional normalizado en función de la estructura productiva de la Comunidad Autónoma.<sup>14</sup>**



Según datos de estadísticas del observatorio de enfermedades profesionales de la seguridad social, en la [tabla 5](#) se señalan el número de proceso con partes comunicados con baja/sin baja, como cánceres EP (Enfermedad Profesional) y su relación con el total de procesos de enfermedad profesional en los años de 2007 a 2017, y en la [tabla 5](#) el número de procesos asumidos como EP en toda España. La [tabla 6](#) relaciona cánceres en Gipuzkoa de archivo particular INSS.

**Tabla 5. Partes comunicados con baja/sin baja, por años y su relación con el total de EP.**

Grupo 6: Agentes carcinógenos. Enfermedades Profesionales (EPs)					
Año	Con baja	Sin baja	Total	% sobre total EPs	Nº Total EPs
2007	11	4	15	0,09%	16.791
2008	46	16	62	0,33%	18.486
2009	32	15	47	0,28%	16.764
2010	14	11	25	0,15%	16.842
2011	18	57	75	0,42%	17.922
2012	17	34	51	0,33%	15.644
2013	34	20	54	0,32%	16.796
2014	27	20	47	0,27%	17.260
2015	9	14	23	0,12%	19.138
2016	23	14	37	0,17%	20.600
2017	21	29	50	0,23%	21.049

Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos. En la **tabla 6** referimos el número de procesos distribuidos por años del Grupo 6, el causado por amianto, y la referencia del total de procesos de EP, como vemos valores del 0,19% en 2017, un 0,25% los años 2008 y 2009 tras el primer año del nuevo cuadro de EP y del procedimiento de declaración y 2014 con un 0,35% de procesos de cáncer considerados como EP, en relación a la totalidad de los mismos.

**Tabla 6. Procesos por año, del Grupo 6, agente amianto, y total de procesos de EP**

Año	Número de procesos causados por Agentes Carcinógenos	Amianto	Número de procesos totales EP
2007	8	3	8.986
2008	24	11	9.232
2009	24	8	9.253
2010	15	11	9.253
2011	19	15	7.327
2012	13	8	6.704
2013	25	15	6.514
2014	24	12	6.755
2015	9	6	7.557
2016	18	14	8.246
2017	16	11	8.349

Con estos datos sobre **Gipuzkoa**, de **cánceres admitidos como EP** (**tabla 7**) y entendiendo puede haber un número mayor acorde con sentencias judiciales u otras admisiones como tal no registradas, ponemos de manifiesto que su equiparación con lo registrado en CEPROSS a nivel nacional, evidencia una **infradeclaración manifiesta**, como en diversos estudios y protocolos ha sido referido<sup>12,13</sup>.

**Tabla 7. Datos 2017 Cáncer EP Gipuzkoa**

Procesos	11
Tipo de procesos	5 Neo Pulmón
	5 Mesotelioma
	1 Linfoma
Agente causal AMIANTO	10
Otros agentes causales concurrentes	1 Benceno y Cadmio concurrencia con Amianto

En conclusión, en 2017 en España tan sólo se comunicaron **50 partes como cáncer enfermedad profesional de un total de 21.049 partes del total, y se declararon 16 procesos cerrados como cáncer profesional de 8.349. La duración media de estos fue de 271,38 días<sup>14</sup>.**

**El cáncer en la población trabajadora tiene una presentación causal demostrada por la presencia en el trabajo de numerosos agentes carcinógenos de evidencia científica contrastada.**

**A lo largo de la vida laboral se puede estar expuesto a diversos factores y agentes. La asociación de cada uno de ellos incrementaría el riesgo de cáncer. Hay coexistencia de agentes laborales y agentes ambientales.**

**La rotación laboral, por diferentes trabajos y riesgos, que será más frecuente a futuro, dificultará la señalización causal del trabajo y las propias labores de vigilancia de la salud. Es prioritaria la historia clínica laboral única, que permita conocer desde cualquier territorio enfermedades y trabajos de riesgo.**

La **latencia larga de muchos cánceres también oculta la asignación del trabajo como causal del cáncer**, cuando afecta a población mayor alejada del mundo del trabajo y de la demanda a la posible imputación del trabajo en el origen del cáncer, así como admitirse como “normal” dentro de la deriva del envejecimiento biológico.

**Es necesaria una mayor sensibilización de los agentes implicados en la atención sanitaria, en las instituciones que gestionan la prestación y protección de los trabajadores y el ámbito laboral, para prevenir, diagnosticar, tratar y proteger debidamente a la población trabajadora.**

**Se precisa de mayor formación de los profesionales implicados, y mayor información para analizar y poder concluir esta asociación entre ocupación y cáncer.**

**Sin datos no hay buena prevención. Sin datos no hay conocimiento.**

El **Mapa de Incapacidad Laboral**<sup>10,11</sup> propuesto, si llegara a realizarse por la Seguridad Social, **permitiría asociar enfermedad** (en este caso cáncer) **con actividad de empresa, trabajo, ocupación, tareas, riesgos, edad, sexo, condiciones de trabajo, contingencia, distribución geográfica y factores personales y sociales, en definitiva, conocer por qué y a quién afecta** (en este caso el cáncer) **y concluir fundamentalmente la relación entre cáncer y ocupación, ocupación y cáncer.** El mapa es una **actualización de la presentación de la incapacidad laboral y sus factores asociados** que evidenciaría ver como se está produciendo la incapacidad laboral y prever según los cambios y variabilidad, su diferente presentación, distribución y causas, en definitiva, **avanzar en la gestión preventiva del cáncer en España.**

## Imputabilidad del cáncer “profesional”. Criterios

La consideración de “cáncer profesional o cáncer como enfermedad profesional”, decíamos es un concepto restringido al ámbito legal, un “**constructo legal**”, con su regulación reglamentaria. En la imputabilidad prima el concepto prestacional o de reparación, considerando la prestación económica de la incapacidad, la entidad responsable del pago de la prestación económica y sanitaria, el recargo de prestaciones (Art. 164 LGSS) y la responsabilidad empresarial (LPRL artículo 14.1)

El cáncer “profesional” desde la consideración clínica, diagnóstica, histológica, pruebas de imagen y de biomarcadores no se distingue del cáncer cuya causa sea extralaboral. Es preciso recordar que la asistencia y el pago de prestaciones por enfermedad profesional corren a cargo de mutua.

Básicamente para la imputabilidad debemos conocer:

- El tipo de cáncer y su desarrollo unido al trabajo.

**Condiciones para ser cáncer como Enfermedad Profesional:**

- **Relación de causalidad del Cáncer con el trabajo.**
- **Cáncer Listado causado por Agente listado.**
- **Demostrada Presencia del Agente causal carcinógeno.**
- **Exposición constatada al Agente en el trabajo.**
- **Actividad desarrollada de Riesgo probada.**
- **Actividad en la que estuvo expuesto al agente carcinógeno.**

**Calificación del Cáncer como Enfermedad Profesional, necesitamos probar:**

- **Riesgo y puesto de trabajo:**

- Agente concreto.
- Condiciones de trabajo.

- **Exposición:**

- Evaluación de Riesgos.

- Vigilancia de la Salud.
- Nivel de exposición (Intensidad/tiempo).

— **Diagnóstico**

- Listado: Grupo 6 Anexo I R.D. 1299/2006 o actualización 2015 Cáncer Laringe Amianto, actualización 2018 Cáncer Pulmón Sílice.

### **Agentes Carcinogénicos presentes en el listado**

- A. Amianto
- B. Aminas Aromáticas
- C. Arsénico y sus compuestos
- D. Benceno
- E. Berilio
- F. Bis-(Cloro-Metil) Éter
- G. Cadmio
- H. Cloruro de Vinilo Monómero
- I. Cromo VI y compuestos de Cromo VI
- J. Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (PAH), Hollín, Alquitrán, Betún, Brea, Antraceno, Aceites Minerales, Parafina Bruta y Otros factores carcinógenos
- K. Níquel y compuestos de Níquel
- L. Polvo de Madera Dura
- M. Radón
- N. Radiación Ionizante
- O. Aminas (Primarias, Secundarias, Terciarias, Heterocíclicas) e Hidracinas Aromáticas y sus derivados Halógenos, Fenólicos, Nitrosados, Nitrados y Sulfonados.
- P. Nitrobenceno
- Q. Ácido Cianhídrico, Cianuros, compuestos de Cianógeno y Acrilonitrilos
- R. Polvo de SÍLICE libre

### **Factores implicados en el Cáncer como EP**

**Factores laborales:**

- Tiempo de exposición.
- Concentración o intensidad del agente en el ambiente de trabajo.
- Condiciones de trabajo y de seguridad
- Características personales del trabajador
- Presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.
- La variabilidad de la salud.
- Factores de riesgo en la utilización de productos o en los sistemas de fabricación.
- Diseño del área de trabajo.
- Sistemas de protección.

**Factores extra-laborales:**

- Actuando con la suficiente entidad o intensidad para poder ser considerados como la causa principal de la enfermedad.

- Problemas de salud.
- Hábitos personales.
- Exposición extra-laboral a los agentes causantes de la enfermedad.

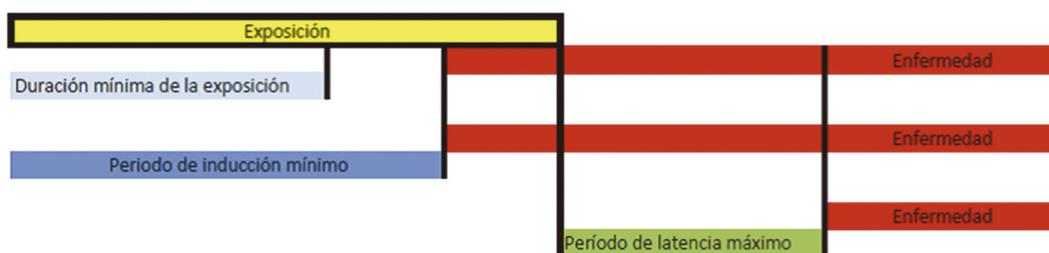
### Valoración de la exposición a agentes carcinógenos

Si bien la aparición, el desarrollo del cáncer es estocástica es decir azarosa, no siempre se da, aunque hubiera existido exposición, y si bien la probabilidad de padecerlo será mayor a mayor intensidad de exposición al cancerígeno, puede que haya exposición intensa y prolongada pero no se desarrolle la enfermedad.

Deberemos **constatar la exposición a sustancias cancerígenas**, conocer **no hay especificidad histológica**, que **pueden existir marcadores que indican exposición**, y que **puede darse la carcinogenicidad compartida o potenciada por sustancias con exposición no laboral**.

No obstante, debiéramos de valorar:

- Intensidad de exposición.
- Duración de la exposición.
- Período de latencia.
- Período de inducción mínimo.



### Neoplasias no recogidas en Grupo 6 (Agentes causales en otros grupos del Anexo I RD 1299/2006)

- Grupo 1: Organoclorados, organofosforados, nitroderivados.
- Grupo 2: Radiación ultravioleta.
- Grupo 3: Hepatocarcinoma (sobre hepatitis C).
- Grupo 5: Cáncer cutáneo (exposición solar).
- Grupo 6: Neoplasias no recogidas para el agente concreto.
- Carcinogenicidad (laboral / común).

### Peculiaridades en el CÁNCER como EP en relación a la INCAPACIDAD

- Es en el único supuesto en que **SE DETERMINA LA INCAPACIDAD EN BASE AL CARÁCTER PREVENTIVO benéfico del alejamiento del trabajo**, y no se precisa como en el resto de los supuestos (resto de contingencias) la presencia de **LIMITACIONES ORGÁNICAS Y FUNCIONALES** significativas, objetivables y con su gradación funcional. **NO ES EL DIAGNÓSTICO PER SE LO QUE INCAPACITA**.
- Es decir, puede incapacitar la constatación “**diagnóstica ocupacional**”, caso de que la incapacidad y el alejamiento de la profesión sean la única posibilidad de evitar la reaparición de los síntomas o la cronificación del proceso o su agudización o recidiva.

Para concluir con el cáncer con carácter profesional **señalar la “infradeclaración” como una realidad evidente, aunque de difícil cuantificación**. Es probable que la

información suministrada no evidencie la realidad de la presentación del cáncer ligado al trabajo. Infradeclaración que ante lo reducido del número de casos año es de trascendencia más importante que en el resto de las enfermedades profesionales, sin perder de vista el grave impacto vital que el cáncer comporta y la mayor exigencia en prevención y vigilancia de la salud.

El 90 % de las demandas de determinaciones de contingencia como Enfermedad Profesional formuladas ante el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) lo son por Trastornos Musculo Esqueléticos del Grupo 2 Enfermedades Profesionales causadas por Agentes físicos, un 2% por Sordera Profesional, y las derivadas del cáncer no llegan al 1%.

**Si pretendemos conocer ocupaciones con cáncer, es decir una relación de cánceres y su presencia en las diferentes ocupaciones la falta de datos al respecto por parte de la seguridad social y sus estadísticas oficiales imposibilita conocer esta necesaria asociación.**

#### 4. INCAPACIDAD Y RIESGO DE EXCLUSIÓN LABORAL Y SOCIAL

##### Retorno laboral tras cáncer<sup>15,16,17,18,19,20,21,22,23</sup>

El retorno al trabajo **se sucede en incapacidad temporal:**

- si el paciente en situación de baja (IT) solicita el alta médica,
- si es decisión del médico que extendió la baja e hizo el seguimiento
- si el alta se considera tras control por entidad competente Inspección Médica INSS o Inspección Médica Servicio Público de Salud o en procedimiento de revisión del alta tras propuesta de la mutua.

También cabe el **retorno al trabajo tras incapacidad permanente revisada** por el INSS, y dejada sin efectos o aminorada en grado.

El alta tras Incapacidad Temporal supone volvemos a ser APTOS. El largo camino de la IT entre la baja y el alta, se sucede en el trascurso de una situación en ocasiones plagada de incertidumbres, entre la “no aptitud” que supone el inicio de la baja y su mantenimiento y la consideración alta médica, supuestamente de apto o “capacitado”,

En los procesos que agotan los 365 días de IT por cáncer es el INSS a través del EVI Equipos de Valoración de la Incapacidad (órgano colegiado valorador) quién debe de decidir el Alta, la Prórroga de la IT o la declaración de Incapacidad Permanente (IP). Los procesos más frecuentes en IT que duran 1 año o se prolongan más allá del año son: los cuadros Lumbares, los Trastornos Ansiedad, y el Cáncer (destacando el cáncer de mama por si solo), como procesos más habituales.

**El retorno del superviviente al cáncer dependerá: del tipo y subtipo de cáncer, su estadio, su pronóstico, sus consecuencias limitantes, la evolución, la repuesta al tratamiento, el tipo de trabajo, las tareas, el sector de actividad, los riesgos presentes en el trabajo, condiciones especiales y las peculiares exigencias de la profesión o aptitudes especiales requeridas para el desempeño del trabajo. Tras el Alta Médica Laboral del paciente con Cáncer deberemos valorar la Aptitud Sobrevenida.**

##### Concepto de “Aptitud Sobrevenida”

La aptitud sobrevenida es la nueva situación en que la queda el trabajador, referente a su aptitud, cuando en relación con procesos largos de baja o tras graves dolencias con incapacidad médica larga nos planteamos el retorno al trabajo, su reintegración al mercado laboral, por suponer ha recuperado su capacidad laboral, en contraposición al término de “ineptitud sobrevenida”, término excluyente por el que las pérdidas de las capacidades del trabajador y sus ausencias por incapacidad temporal

o por declaración de incapacidad permanente revisable pueden conllevarle al despido o la no incorporación pro finalización del contrato de trabajo.

Hablamos de **aptitud sobrevenida desde la perspectiva de inclusión, o de favorecer el retorno al trabajo**, cuando se consiguió una curación o cuando se consiguió una mejoría que faculta este retorno por retornar a un trabajo para el que se han recuperado las capacidades funcionales requeridas, **sin que ello suponga un riesgo para su salud, y permita además seguir con las pautas terapéuticas si están indicadas.**

El concepto de **APTITUD SOBREVENIDA** guarda relación con la valoración **presumible e implícita de una consideración de APTITUD** que va a producirse tras el alta médica o la no declaración de incapacidad, **concibe una nueva situación de riesgos por la enfermedad para el trabajo y por el trabajo para la enfermedad padecida.**

La **APTITUD SOBREVENIDA** supone ya **no existen las limitaciones funcionales** que dieron lugar al mantenimiento de la baja o la incapacidad laboral durante largo tiempo, **o también que la funcionalidad restante considerada en su favorable evolución permita el desarrollo del trabajo, y en consonancia vaya a producirse una presumible valoración de APTO, no obstante lo cual el trabajador retorna al trabajo en una nueva situación aptitudinal**, que merece ser atendida tanto para la estimación del alta como en la adaptación necesaria.

La **Aptitud Sobrevenida tras ALTA de Largo Proceso de Baja (IT) supone se está Capacitado (No se está ya Incapacitado) pero con un Nuevo Riesgo Contraído.** Pues tras esta larga incapacidad:

- El **trabajador ha contraído un mayor riesgo tras la enfermedad**, por las limitaciones funcionales residuales, por las secuelas del tratamiento al que fue o sigue sometido, y por la consideración preventiva que proceda para evitar recidiva o repercusión en su salud.
- Las **características del trabajo pueden suponer en algunos casos un mayor riesgo de enfermedad o lesiones y un mayor riesgo de empeoramiento del estado de salud o no hacer posible el seguimiento terapéutico al trabajador retornado.**

La **aptitud sobrevenida justifica las propuestas de Incorporaciones o Altas Parciales y/o la Adaptación del Trabajo al Trabajador.**

En el **superviviente del cáncer se ha dado una vivencia de riesgo vital** mantenida desde el conocimiento del diagnóstico hasta la conclusión del mismo e incluso aunque haya terminado el tratamiento por el riesgo y miedo a la recaída, **esta vivencia de estar en situación de riesgo vital determina la aparición del estrés, la ansiedad y/o el abatimiento emocional que mina la resistencia psíquica, merma las capacidades psíquicas, la actitud y la motivación.**

En el **cáncer es habitual el seguimiento de tratamientos prolongados, intensos y continuados a lo largo de todo el proceso, en el cáncer puede que el alta sanitaria no se produzca hasta meses del alta médica laboral.** Además, en el cáncer a diferencia de otros procesos **la remisión completa o la ausencia de tumor (enfermedad) no son suficientes para el alta médica.** El desempeño del trabajo debe ser compatible con aquellos tratamientos que fueran precisos mantener.

Las **residuales en el superviviente de cáncer**, suponiendo casos en los que ha recuperado la funcionalidad perdida, es decir estos supuestos para la consideración de aptitud sobrevenida tras alta médica o señalamiento de no incapacidad, pueden **consistir en signos clínicos y limitaciones de determinación objetiva difícil**, aunque esperada y con carácter disfuncional difuso global como son la **astenia, los trastornos del sueño, la fatiga, los dolores articulares, las parestesias, los trastornos emocionales o el “chemo brain”**, en español literalmente “quimio-cerebro”, (trastornos en la memoria, la atención, la concentración y la capacidad para realizar diversas tareas mentales), que están asociados a la recepción de tratamientos de quimioterapia.

Por todo ello se hace imprescindible la evaluación específica y cuidadosa del riesgo al retorno al trabajo tras cáncer, para que aun considerando al trabajador como CAPACITADO laboral a efectos de seguridad social y secundariamente la declaración de APTO por su servicio de prevención, mantengamos las garantías de adaptación del trabajo y como no la indicación de alta o no incapacidad debidamente efectuada.

La **consideración preventiva** de estar CAPACITADO (NO INCAPACITADO) o en situación de ALTA tras incapacidad laboral prolongada por cáncer, se hará, suponiendo el trabajador tiene una **capacidad laboral restante compatible y capaz para el desempeño laboral que venía desarrollando. Un trabajo que no perjudique su salud resentida y que permita seguir los tratamientos de continuación sin mermar su esperada respuesta terapéutica y el necesario alejamiento de factores de riesgo cancerígeno.** Conlleva la implícita valoración, no siempre coincidente ni exenta de litigio, de la consideración de APTITUD. Pues puede darse la controversia de NO INCAPACIDAD, o CONSIDERACIÓN DE ALTA y la declaración de NO APTO, más frecuentemente que en otros procesos de larga incapacidad laboral.

**Los cánceres son procesos de duración media de la Incapacidad Temporal muy larga, en una horquilla de que va de los 280 días a los 365 días. El 10% de las declaraciones de Incapacidad permanente lo son por cáncer. El 90% de los procesos de cáncer superan los 6 meses de baja. Más del 50 % de los pacientes con cáncer pasarán a incapacidad permanente. Un 30% de los supervivientes al cáncer perderá el trabajo o lo habrá perdido en el proceso de tratamiento, y esto se ha acrecentado con la precariedad y la temporalidad del empleo, que es causa fundamental de estas cifras.**

El cáncer en general tiene una tendencia a una mayor incidencia que puede obedecer a un avance en su detección temprana, y un aumento a la exposición a factores de riesgo y el envejecimiento de la población trabajadora. La prevalencia mayor, es decir la supervivencia mayor, es el mejor indicativo que los avances terapéuticos tienen éxito al reducir la tasa de mortalidad. **Se estima que el 53% de los pacientes sobrevive más de cinco años, pero entorno al 55% de los pacientes con cáncer no retorna a trabajo.**

Este **no retorno al trabajo** debe ser **valorado** adecuadamente y la consideración del mismo **como un indicador de salud laboral y de gestión sanitaria pública.**

### **La exclusión social. Toxicidad financiera<sup>24</sup>**

Los trabajadores con cáncer precisan de **incapacidad médica laboral prolongada, con gran servidumbre terapéutica** (pérdida de la autonomía funcional derivada de la necesidad continuada e ineludible de estar sometido a tratamiento intenso y duradero) de forma generalmente extensa. **A la pérdida de la salud se añade la pérdida económica.** Los **trabajadores asalariados** verán mermadas sus economías por la **pérdida de retribuciones económicas en su situación de incapacidad temporal, por el diferencial entre el sueldo y la prestación económica de la baja.** En el caso de los **autónomos** (trabajadores por cuenta propia) se acrecienta por el **quebranto económico que deriva de la pérdida de la capacidad de ganancia, y la escasa retribución por la baja que no compensa lo que deja de ganar.**

Pero a ello hay que sumar los **gastos no cubiertos por el sistema público sanitario de los pacientes con cáncer entre los que están: los gastos sanitarios privados, los gastos en fármacos no cubiertos por el sistema público de salud, los gastos “parasitarios” bien en productos, útiles o material sanitario diverso que precisa como soporte o mejora de su salud o de su funcionalidad mermada, los gastos por desplazamiento a recibir tratamiento en la situación especial en la que se hallan, así como los gastos en personal de apoyo, requeridos para su cuidado.**

**Así que podemos decir que los trabajadores con cáncer se endeudan o se ven obligados a gastar más para cubrir los costes de sufrir cáncer.**

Estas **dificultades económicas o financieras** han dado lugar a la denominada **“toxicidad financiera”** término que alude a que a las dificultades propias del afrontamiento del cáncer y procurar restablecer la salud, se añaden las **dificultades financieras en las que la persona con cáncer se ve inmersa por los gastos que precisa y las pérdidas de su capacidad de ganancia durante el tratamiento**. Sin olvidar que **las desigualdades económicas marcan desigualdades en la supervivencia, y que el cáncer agrava la pobreza de quien ya la padecía**.

Según el informe de la AECC “El impacto económico del cáncer en las familias españolas” el cáncer tiene un impacto económico que pone en **riesgo de exclusión social a 25.000 personas cada año**. El **27,7% del total de los diagnósticos de cáncer en 2017 en España**. Afectando más a tres colectivos concretos **autónomos, parados y trabajadores con bajos ingresos**.

De los 11.000 los **autónomos** (trabajadores por cuenta propia), diagnosticados de cáncer en el 2017, **8.800** cotizan por la base mínima, por lo que tienen una prestación de unos 670 euros que, al descontar la cuota de mensual de autónomo de 275 euros, les queda reducida a **395 euros**.

Cada año **9.832 parados son diagnosticados de cáncer**, de ellos, **5.232 no cobran “ningún” tipo de prestación económica**.

**3.744 personas diagnosticadas de cáncer en 2017 tienen un salario menor de 710 euros al mes**, con una **prestación económica de baja de menos 555 euros**.

A estos colectivos añadir que **la vulnerabilidad económica es mayor en las mujeres con salarios habitualmente más bajos, y porque el cáncer de mama es uno de los cánceres de mayor incidencia y mayor impacto**, no olvidemos que el cáncer de mama, **el cáncer de mama es la segunda causa de incapacidad temporal de más de 12 meses**.

## 5. DISCUSIÓN

En relación a los datos, y el cálculo del coste y del impacto del cáncer en la población trabajadora se hace necesario un mayor rigor y mejor registro para poder conocer de forma fehaciente la verdadera dimensión y trascendencia del cáncer en la población trabajadora.

En relación con las consideraciones del cáncer y su relación con el trabajo, es preciso mayor intercomunicación en los sistemas de archivo tanto los sanitarios, como los preventivos y los de seguridad social.

Hay que adquirir conciencia de que la incapacidad o el no retorno laboral es un indicador de salud laboral, un indicador de gestión sanitaria y prestacional, y por ello debe registrarse adecuadamente.

## 6. CONCLUSIONES

### 6.1. Mapa de incapacidad laboral por cáncer

Es urgente **mejorar los sistemas de archivo de datos en torno al cáncer**, la realización del **MAPA DE INCAPACIDAD**, para analizar **quién enferma, de qué tipo de cáncer, con qué secuelas, el acceso a los tratamientos, el impacto económico-social, conocer el retorno laboral de los supervivientes y la población trabajadora de riesgo, lo que debe ser objetivo prioritario para una adecuada gestión integral no sólo prestacional económica o atencional, sino enfocada en la mejora de la salud laboral de los trabajadores enfermos de cáncer**.

## Mapa de incapacidad. Datos para saber el impacto por incapacidad laboral del cáncer

En relación a trabajadores con cáncer con procesos de “baja” (incapacidad temporal IT) o incapacidad permanente (IP) en un periodo determinado, se precisan un conjunto de “datos básicos” para saber el verdadero impacto del cáncer. A través de su análisis e interrelación, podremos conocer el “mapa de la incapacidad laboral por cáncer”, es decir la distribución y comportamiento de la incapacidad por cáncer. Permitiendo conocer el impacto del cáncer en general, el impacto por cada tipo de cáncer, a quien afecta, y con qué consecuencias incapacitantes resultado afectado, a qué tipo de trabajadores, en qué tipo de actividades, las consecuencias económicas en prestaciones, la pérdida de la capacidad productiva (“disbalance” entre consumidores de recursos y generadores de recursos económicos). Por otra parte, la incapacidad laboral supone un indicador de salud laboral, un indicador de calidad de vida, un indicador de gestión sanitaria, por ello el “mapa de la incapacidad laboral por cáncer” permitiría guiar las políticas de vigilancia de la salud laboral, la adecuación de las políticas sanitarias y las socioeconómicas.

Datos básicos del Mapa de incapacidad por:

- Enfermedad: Tipo de cáncer, subtipo de cáncer. Limitaciones funcionales. Tratamiento seguido
- Personales: edad, sexo, estado civil.
- Incapacidad:
  - Incapacidad Temporal (IT). “Bajas” por neoplasias, IT por cada tipo de cáncer, días (duración) de IT por neoplasias y días de IT por cada tipo de cáncer, su duración media.
  - Incapacidad Permanente (IP). Incapacidades Permanentes por cáncer, IP por cada tipo de cáncer, grados de incapacidad.
- Trabajo: actividad de la empresa (CNAE), código de ocupación (CNO); profesión, ocupación; tareas; riesgos laborales; condiciones de trabajo: asalariado o autónomo, contrato fijo o temporal, trabajo a tiempo parcial, desempleo; grupo de cotización.
- Sociodemográficos: población, nivel económico, salario.
- Económicos:
  - Coste o gasto en IT por neoplasias en general, por cada tipo de cáncer, coste medio de la IT por neoplasia y por cada tipo de cáncer, relación de coste por cada mil trabajadores afiliados.
  - Coste o gasto en IP por neoplasias en general, por cada tipo de cáncer, coste medio de la IP por neoplasia y por cada tipo de cáncer, relación de coste por cada mil trabajadores afiliados, similar relación de datos por grado de IP.

## 6.2. Plan estratégico de protección integral del superviviente del cáncer

Es necesario establecer un **PLAN ESTRATÉGICO DE PROTECCIÓN INTEGRAL, que abarque lo sanitario, lo atencional, lo prestacional, lo laboral, lo social y lo preventivo. Un sistema de protección social no puede dar la espalda a un colectivo cada vez mayor y con alto riesgo de exclusión social, de vulnerabilidad económica y de pérdida del trabajo y debe de actuar evitando la toxicidad financiera, bien por los problemas económicos derivados de los gastos del tratamiento o la pérdida de ingresos durante el tratamiento o por el no retorno laboral efectivo.**

Para ello entendemos que el **Plan Estratégico de Protección Integral** deben **implementar las siguientes mejoras.**

En la atención sanitaria:

- Acceso desde la sanidad pública a los nuevos tratamientos personalizados de precisión (inmunoterapia).

- Dotación adecuada de servicios de oncología en la red pública (personal y medios).
- Atención psicológica al paciente con cáncer (dotación de psicólogos en hospital).
- Inclusión y abono de gastos sanitarios o parasanitarios no incluidos a día de hoy en el servicio público.

En la norma en seguridad social y en la valoración:

- Modificación de la norma en relación con la incapacidad temporal y permanente.
- Facilitar el retorno mediante el alta parcial.
- Evitar la controversia no incapacidad no apto.
- Acceso sin carencia a las prestaciones de incapacidad.
- Protección frente al desempleo en el curso de la enfermedad.
- Criterios homogéneos y protocolos de valoración, incluir los daños psicológicos y otros derivados de los efectos secundarios.

En lo laboral:

- Implementar medidas fiscales y de cotización que faciliten el retorno al trabajo en la empresa.
- Mejora de la comunicación entre agentes implicados atención sanitaria, gestores de la incapacidad y el mundo del trabajo.
- Mapa de incapacidad laboral para conocer a quién, en qué trabajos y de qué manera afecta el cáncer.
- Atención al trabajador con cáncer como trabajador con “aptitud sobrevenida”.
- Potenciar la investigación epidemiológica del cáncer en población trabajadora, así como la vigilancia de la salud y la declaración de los cánceres de origen laboral.
- Garantizar la bioseguridad en lo laboral.

En lo social

- Formación para extender la cultura del retorno posible al trabajo tras el cáncer.
- Mejora del apoyo social al enfermo y a las familias con familiares con cáncer.

### 6.3. Mejora de los sistemas de notificación y registro de los cánceres ligados al trabajo

El actual sistema **CEPROSS** (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) que recoge las enfermedades profesionales y el **PANOTRATSS** (patologías no traumáticas causadas por el trabajo) enfermedades causadas o agravadas por el trabajo, **son inoperantes por su evidencia de infraidentificación e infradeclaración, sobre todo y más aún en los procesos de cáncer laboral.**

Es **urgente y necesaria la modificación del actual sistema de registro**, hay que **sensibilizar al personal sanitario** para concienciarse de la **necesidad de notificar las sospechas de enfermedad profesional**, proceder con **mayor rigor en su determinación contingencial por parte de las entidades responsables Mutuas e INSS**, y **facilitar la notificación en el CEPROSS. Intercambio de datos entre el sistema de registro sanitario y el de seguridad social, así como los sistemas preventivos y de vigilancia de la salud.**

Es preciso por tanto, una mayor sensibilización de los agentes implicados en la atención sanitaria, en las instituciones que gestionan la prestación y protección de los trabajadores y el ámbito laboral, para prevenir, diagnosticar, tratar y proteger debidamente a la población trabajadora. Se precisa de mayor formación de los profesionales implicados, y mayor información para analizar y poder concluir esta asociación entre ocupación y cáncer. Sin datos fehacientes no hay buena prevención. Sin datos no hay conocimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEOM. Las Cifras del cáncer en España 2018. [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)
2. GLOBOCAN 2018 The International Agency for Research on Cancer (IARC). [http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2018/gco\\_globocan2018.php](http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2018/gco_globocan2018.php)
3. REDECAN <http://redcan.org/es/index.cfm>
4. Observatorio del Cáncer AECC. <http://observatorio.aecc.es/>
5. INE. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2016.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf)
6. VII Informe Adecco sobre Absentismo. <https://adecco.es/wp-content/uploads/2018/06/VII-Informe-Adecco-sobre-Absentismo-Laboral.pdf>
7. La carga del cáncer en España. Omakase Consulting <http://www.omakaseconsulting.com/wp-content/uploads/2018/04/omakase-lab-3-2018--burden-of-cancer-in-spain.pdf>
8. AECC "Impacto económico del cáncer en las familias en España". <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Estudio-Impacto-Economico-Pacientes-Cancer.pdf>
9. López-Guillén García Araceli. Cáncer ocupacional y ocupaciones con cáncer. <http://prevencionar.com/2018/03/20/cancer-ocupacional-y-ocupaciones-con-cancer/>
10. López-Guillén García Araceli, Vicente Pardo José Manuel. El mapa de incapacidad laboral como herramienta en la gestión y la prevención. <http://prevencionar.com/2017/09/24/mapa-incapacidad-una-necesidad-urgente/>
11. López-Guillén García Araceli, Vicente Pardo José Manuel. El Mapa de la Incapacidad en España una necesidad urgente. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2015 Sep.; 61(240): 378-392. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300007>.
12. Estudio Epidemiológico de las Enfermedades Profesionales en España (1990-2014). <https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/enfermedadesProf.htm>
13. Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto –PIVISTEA– 2014. <https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/PIVISTEA2013.pdf>
14. Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS) Enfermedades Causadas o Agravadas por el Trabajo (PANOTRATSS) Informe Anual 2017. Secretaría de Estado de la Seguridad Social-Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. NIPO: 270-15-059-8.
15. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, et al. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine* 2010;67:639-648. <https://oem.bmj.com/content/67/9/639.long>
16. Mehnert, Anja. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, Volume 77, Issue 2, 109-130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>
17. Short, P. F., Vasey, J. J. and BeLue, R. (2008), Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psycho-Oncology*, 17: 91-97. <https://doi.org/10.1002/pon.1194>
18. van Muijen P., Weevers N.L.E.C., Snels I.A.K., Duijts S.F.A., Bruinvels D.J., Schellart A.J.M. & van der Beek A.J. (2013) *European Journal of Cancer Care* 22, 144-160 Predictors of return to work and employment in cancer survivors a systematic review. <https://doi.org/10.1111/ecc.12033>
19. de Boer AGEM, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJH, Verbeek JHAM. Cancer Survivors and Unemployment A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA*. 2009;301(7):753-762. doi:10.1001/jama.2009.187. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183387>
20. van Egmond M.P., Duijts S.F.A., Luyen A., Vermeulen S.J., van der Beek A.J. & Anema J.R. (2017) *European Journal of Cancer Care*, 26, e12420, doi: 10.1111/ecc.12420 Barriers and facilitators for return to work in cancer survivors with job loss experience: a focus group study. <https://doi.org/10.1111/ecc.12420>
21. Régine Kiasuwa Mbengi, Renée Otter, Katrien Mortelmans et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action-rapid review and expert consultation. *Systematic Reviews* 2016;5:35. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0210-z>
22. R. Kiasuwa Mbengi, R. Otter, E. Abatih, et al. Utilisation de l'échantillon permanent (eps) pour l'étude du retour au travail après cancer. Défis et opportunités pour la recherche. *Revue Médicale de Bruxelles* 2018. <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/utilisation-de-lechantillon-permanent-eps-pour-let-1381>
23. OECD (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264088856-en>.

24. Dorland, H.F., Abma, F.I., Roelen, C.A.M. et al. Support Care Cancer (2016) 24: 261. Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2764-z>
  25. Fernández, B., Del Castillo R. Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Estudio sobre el impacto económico en pacientes con cáncer y familiares.pdf. <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Impacto-economico-familias-cancer.pdf>
-