

Nota resumen del informe “Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España. Comisionado de Salud Mental del Ministerio Español de Sanidad”

Pablo López Calle
Dpto. de Sociología Aplicada. UCM
Antonio Ramírez Melgarejo
Dpto. de Sociología Aplicada. UCM

<https://dx.doi.org/10.5209/stra.103618>

ES Resumen: Se presenta un resumen del informe del grupo de expertos sobre trabajo y salud mental creado por el Comisionado de Salud Mental del Ministerio Español de Sanidad en junio de 2024. Este grupo tenía el encargo de elaborar una Guía de intervención para las administraciones sanitarias que permitiera, en primer lugar, detectar en la atención primaria los daños a la salud mental de origen laboral, y en segundo lugar, elaborar protocolos de intervención para tratar el problema a diferentes niveles (inspección de trabajo, seguridad social, tratamientos médico-psiquiátricos...).

Palabras clave: salud mental, trabajo, prevención, organización del trabajo

ENG Summary of the expert report "Work and Mental health: A roadmap for Health Administrations in Spain. Mental Health Commissioner of the Spanish Ministry of Health"

ENG Abstract: This is a summary of the report of the expert group on work and mental health established by the Mental Health Commissioner of the Spanish Ministry of Health in June 2024. This group was tasked with developing an Intervention Guide for health authorities that would, first, allow for the detection of work-related mental health problems in primary care, and second, develop intervention protocols to address the problem at different levels (labor inspection, social security, medical-psychiatric treatment, etc.).

Keywords: mental health, work, prevention, work organization.

Introducción¹

La creciente evidencia que vincula las malas condiciones de trabajo y empleo con el deterioro de la salud mental y el desarrollo de trastornos mentales ha convertido esta relación en un problema de salud pública,

¹ Informe elaborado por José Luis Ayuso, Catedrático de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid, Amaia Bacigalupe de la Hera, Profesora Titular del Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco; Joan Benach de Rovira, Catedrático del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra de Barcelona; Alvaro Cerame del Campo, Representante de la Asociación Madrileña de Salud Mental; Anthyma Franco Soler y Nayra Caballero Estebarez, Representantes de la AEN-Profesionales de salud mental; Aurora Fernández Moreno, Representante del grupo de trabajo de Salud mental de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC); Kai Solagaistua, Jefa Unidad Seguridad y Salud Laboral en Inspección de Trabajo, Ministerio de trabajo y economía social, Pablo López Álvarez y Sergio Vega, GINEDIS: Normatividad, emociones, discurso y sociedad, Grupo de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid; Fernando Alonso, Miembro del Comité de personas expertas en Precariedad Laboral y Salud Mental, Ministerio de trabajo y economía social; José Manuel Menchón Magriñá, Representante de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM); Antonio Ramírez Melgarejo y Pablo López Calle, Grupo de investigación Charles Babbage en ciencias sociales del trabajo, Universidad Complutense de Madrid; Olga Sebastián y Marina Ortiz Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST); Carmen Mancheño Y Clara Llorens, Riesgos psicosociales y salud laboral, CC.OO.; M^a Fernanda González Gómez, Coordinadora de la Unidad de Salud Laboral de la D.G. de Salud Pública de la CAM; Javier Prado y Laura Armesto, Representantes de la Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR); Javier Sanz Fuentenebro, Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo PAIPSE; MINISTERIO DE SANIDAD: Belén González Callado, Directora del Comisionado de Salud Mental; Maitane Berasategui; Natalia Pérez-Arango; Carlos Zurita, Livia De Resende; Sofía Sanz; Montserrat García Gómez, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral; Paloma Calleja y Marta García Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria; Fernando Simón, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.

lo que a su vez representa un desafío para las políticas del Estado a todos los niveles. Gran parte de las intervenciones actuales se enfocan en tratar los problemas de salud mental de origen laboral de manera individual bien con medidas psicoterapéuticas o bien directamente mediante psicofármacos. De manera que la mayor parte de las ocasiones ello impide abordar las condiciones laborales subyacentes que las originan, relegando a la esfera privada de la persona trabajadora su malestar, descontextualizándolo de las condiciones sociales que lo originan. De forma similar, la percepción social del problema tiende a centrarse en la superación de los problemas de salud mental y en la adaptación exitosa a las demandas del trabajo (soportar el trabajo), en lugar de entender el trabajo como un determinante social clave para la salud mental.

Ello en parte es debido al hecho de que los daños a la salud mental en el trabajo, generalmente, no se producen siguiendo el patrón causa-efecto de los daños físicos, ya sean súbitos, como los accidentes de trabajo, o desarrollados en el tiempo (enfermedades musculoesqueléticas, problemas cardiovasculares, fatiga, desgaste...). En estos últimos es más fácil establecer una conexión directa con el origen del daño (caídas, posturas, carga de trabajo, etc.). El modelo psicosocial del estrés, referente para analizar los problemas de salud mental, y en su caso, los trastornos en que éstos derivan, nos habla de que en los síntomas no suele haber trazas directas de las causas, pues las dolencias de tipo mental (estrés, ansiedad, insomnio, depresión, etc.) son más bien reacciones defensivas que nuestro aparato psíquico produce para hacer frente a situaciones amenazantes de diferente tipo para nosotros. Generamos esas formas de malestar para evitar que nuestros cuerpos sigan expuestos a una amenaza de daño físico o desbordamiento psíquico, una vez que no lo hacemos voluntaria y conscientemente. De tal manera que los tratamientos terapéuticos orientados a neutralizar o disminuir esas patologías mentales, o a ayudarnos a soportarlas, lo que hacen más bien es eliminar esas defensas, aumentando el grado de exposición.

2. La organización del trabajo como factor de riesgo laboral

Más allá de las dolencias vinculadas con el empleo, tales como el desempleo o la precariedad, una parte importante de los daños a la salud físicos y mentales de origen laboral son consecuencia directa de la organización del trabajo. De manera general, el incremento de la carga de trabajo (extensión de la jornada, aceleración de los ritmos, ampliación de tareas...) produce una mayor frecuencia de incidentes en el proceso de producción (fallos, errores, interrupciones, etc.). El método de intervención en la organización del trabajo que vincula la seguridad y la fiabilidad de un sistema de producción indica que estos incidentes derivan en daños a la salud cuando las situaciones de trabajo son muy "limitantes", esto es, cuando el operador no puede (por competencia, conocimiento o recursos) intervenir en el proceso para evitar que el incidente se convierta en un accidente, o para evitar el incidente en sí. Cuando los objetivos del trabajo no se pueden alcanzar con los recursos mentales, físicos y materiales que tiene el operador, aparecen los incidentes, los accidentes y el estrés.

Por ejemplo, si atendemos a los resultados de la última encuesta europea de Condiciones y Calidad de Vida en el Trabajo (EWCS), sabemos que:

- Estar expuesta/o a condiciones de trabajo caracterizadas por la *alta tensión*, es decir, unas *altas exigencias cuantitativas* (tener más carga de trabajo de la que se puede realizar durante el tiempo establecido como de jornada laboral, lo que supone bien trabajar a gran velocidad, con un ritmo alto, bien alargar la jornada) y bajas oportunidades de influir (baja autonomía en la realización del trabajo) y bajas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y de adquirir nuevos en la realización de las tareas (ambos aspectos conceptualizados como *bajo control*) aumenta un 77% las posibilidades de padecer depresión;
- si se está expuesta/o a *alta inseguridad* (preocupación por la pérdida de empleo y los cambios de condiciones de trabajo) las posibilidades de padecer trastornos depresivos aumentan un 61% y hasta un 77% de sufrir trastornos ansiosos y un 30% las posibilidades de consumir psicotrópicos;
- si se está expuesta/o a *altas exigencias cuantitativas y bajas compensaciones* las posibilidades de padecer depresión podrían incrementarse hasta un 66%.
- si se está expuesta/o a *violencia o amenazas* las posibilidades de padecer depresión se incrementan un 42% y un 49% las de padecer trastornos del sueño;
- si se está expuesta/o al *conflicto trabajo-familia* las posibilidades de consumir psicotrópicos aumentan un 26%;
- las *altas exigencias cuantitativas* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 23% y un 16% las posibilidades de consumir psicotrópicos;
- las *altas exigencias emocionales* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 21%;
- el *bajo control* sobre el trabajo (baja influencia y bajas posibilidades de aplicar conocimientos y aprender nuevos) aumenta las posibilidades de padecer depresión en un 25%;
- el *bajo apoyo de compañeros/as* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 37% y el *bajo apoyo de superiores* aumenta las posibilidades de padecer depresión en un 33%;
- las jornadas laborales largas (≥ 55 h/semana) incrementan las posibilidades de padecer depresión en un 14%.

No obstante, cuando aparece una dolencia psíquica o mental no suele haber nunca una única causa sino que se debe a una interrelación de condiciones de trabajo dañinas. A veces se trata de dolencias previas que son agravadas por el trabajo. De tal modo que, a no ser que se hagan diagnósticos de puesto, muy lentos y costosos, es difícil detectar estos problemas en los planes habituales de prevención de riesgos laborales. De tal manera que se propone un protocolo de inferencia y detección de dichos factores de riesgo desde el ámbito sanitario en los centros de atención primaria. En definitiva, si bien como hemos dicho la

respuesta exclusivamente médica no elimina las causas del malestar, sino que a veces las reproduce, sí es, por el contrario, un eficaz medio para diagnosticar las dolencias y detectar su origen laboral. Y es tras este diagnóstico cuando las empresas tienen el deber de identificar las causas y poner remedio.

3. Propuestas de intervención desde el ámbito sanitario

En primer lugar, uno de los problemas fundamentales en la atención a la salud mental por causas laborales radica en la no inclusión de los trastornos mentales en el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social. Al no figurar en este cuadro, su reconocimiento como tales solo se adquiere declarándose como *accidentes de trabajo* o como *patologías no traumáticas causadas por el trabajo*, lo que provoca el enorme infra-reconocimiento como contingencia profesional de estas dolencias.

En el preámbulo del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, podemos leer que *la información disponible indica que las deficiencias de protección a las personas trabajadoras afectados por estas contingencias profesionales se derivan, en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha*. Esta certeza provocó que se incluyera en el artículo 5 de este Real Decreto la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de las personas facultativas del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los servicios de prevención de riesgos laborales.

El sistema sanitario desempeña un papel crucial para las personas que presentan enfermedades derivadas del trabajo, especialmente si existe una coordinación con los otros sistemas implicados y con los interlocutores sociales, en el objetivo de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades.

Identificar la relación entre los trastornos mentales y los riesgos laborales psicosociales por parte de los facultativos especialistas de Atención Primaria y de Salud Mental del sistema sanitario y los de los servicios de prevención, ha de servir para mejorar la comunicación y reconocimiento de enfermedades profesionales, así como para reforzar la vigilancia epidemiológica de los daños para la salud derivados del trabajo y la prevención de los riesgos laborales que causan dichos daños.

A través de un cuestionario sobre las condiciones de trabajo del paciente ante un caso de patología mental, de fácil implementación mediante herramientas informáticas, el médico de atención primaria puede derivarlo a un servicio especialista de medicina del trabajo. De manera que, tras la realización de las comprobaciones y pruebas diagnósticas oportunas sea posible realizar un informe sobre las causas laborales de las patologías para enviarlo a las administraciones y autoridades oportunas (inspección de trabajo, seguridad social, empresas...)

Reconocer una afección como ligada a un riesgo laboral implica otorgar a dicho riesgo una atención prioritaria: se visibiliza la amenaza, se diseñan e implementan medidas de protección específicas y se fortalecen los controles allí donde existe peligro. Cuando hablamos de enfermedades de origen laboral, este enfoque preventivo adquiere un carácter multiplicador, ya que las mismas exposiciones que causan daño en una persona trabajadora pueden afectar simultáneamente a todas las personas que desempeñan tareas similares en ese entorno (García Gómez y Castañeda López, 2006).

La notificación adecuada de una patología vinculada al trabajo genera repercusiones positivas de gran alcance: garantiza al paciente un manejo clínico, legal y económico ajustado a su situación; proporciona al sistema de prevención de riesgos laborales información real para orientar acciones eficaces; relega el coste al seguro de contingencias profesionales, aliviando las arcas públicas; y, en última instancia, fomenta entornos de trabajo más seguros y responsables para toda la sociedad (García Gómez, 2014).

La comunicación de sospecha siempre sujeta al consentimiento informado del paciente, persigue que los trastornos mentales relacionados con el trabajo sean reconocidos como enfermedad profesional. Este reconocimiento aporta beneficios en cuatro ámbitos fundamentales:

- I. **Mejora de la prevención:** Identificar oficialmente un daño como derivado de la actividad laboral pone de manifiesto el riesgo potencial y obliga a diseñar e implementar medidas específicas de protección. Además, cuando se reconoce una enfermedad profesional, el efecto preventivo se amplifica: no sólo se protege al paciente, sino también a todas las personas expuestas a condiciones similares en el mismo entorno laboral.
- II. **Beneficios para la persona trabajadora**
 - a. **Intervención temprana.** Un diagnóstico precoz, en cuanto aparecen los primeros signos y síntomas, permite abordar el tratamiento en su fase más reversible y corregir cuanto antes las condiciones de riesgo.
 - b. **Cobertura económica.** El reconocimiento como enfermedad profesional conlleva una prestación económica superior y la cobertura al 100 % de los costes farmacológicos, médicos y terapéuticos,
 - c. **Reparación epistémica y sentido del malestar:** Reconocer el sufrimiento como una respuesta a condiciones laborales adversas permite a la persona dar sentido a su experiencia, un paso esencial en su proceso de recuperación y en la puesta en marcha de sus propias capacidades de autocuidado. Este enfoque de justicia traslada la responsabilidad tanto a la persona, su entorno inmediato como al entorno estructural, evita la estigmatización individual y fortalece la autonomía de la persona trabajadora para transformar su situación laboral.

III. Información para el sistema de prevención de riesgos laborales: Disponer de datos fiables sobre cuántas enfermedades y lesiones derivan de exposiciones específicas, y en qué sectores o centros de trabajo ocurren, permite orientar las inspecciones y las acciones formativas o de mejora organizativa de forma mucho más eficaz.

IV. Redistribución de costes y responsabilidad del empleador: Al reconocer una enfermedad como profesional, la carga de su coste recae sobre el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a través de los fondos de la Seguridad Social procedentes de las cotizaciones de los trabajadores y de los empresarios (con las Mutuas como entidades gestoras del sistema), en lugar de sobre el Sistema Nacional de Salud. Esto:

a. Internaliza el coste en quien genera el riesgo, incentivando inversiones en prevención.

b. Alivia la presión presupuestaria de los servicios sanitarios públicos, evitando desplazamientos injustos del gasto al conjunto de la ciudadanía.

4. Manejo clínico de los pacientes con trastornos mentales derivados o agravados por el trabajo

En España, la vía más habitual para la detección inicial y el manejo de problemas de salud mental relacionados con estresores laborales es el primer nivel asistencial, es decir, la Atención Primaria (AP). Por ello, a continuación, se desarrollan las estrategias generales de actuación clínica en función del nivel asistencial,

Es importante recordar que la función del profesional sanitario en esta fase es fundamentalmente asistencial: diagnosticar el trastorno, identificar la sospecha, comunicarla cuando proceda, acompañar terapéuticamente al paciente y facilitar, si es necesario, el acceso a otros dispositivos de apoyo. No corresponde al clínico realizar la atribución definitiva del origen laboral, tarea que será llevada a cabo por las unidades de salud laboral y las autoridades competentes tras la investigación oportuna.

Pacientes cuyo manejo clínico debe realizarse desde Atención Primaria

Se consideran candidatos a manejo en AP aquellos pacientes que presentan un cuadro reactivo leve, sin antecedentes personales de trastornos mentales graves ni trayectoria prolongada en servicios de salud mental, que cuentan con una red de apoyo social adecuada y conservan suficientes recursos psicosociales.

Habitualmente, los diagnósticos se encuadran en categorías como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, episodios depresivos leves o reacción aguda al estrés (habitualmente codificados complementariamente con códigos Z en CIE-10 o códigos Q en CIE-11).

En estos casos, las líneas de actuación incluyen:

- **Diagnóstico del problema de salud mental.**
- **Comunicación de sospecha:** Informar al paciente sobre la posibilidad de comunicar la sospecha de que su trastorno mental pueda estar relacionado con el trabajo. Esta comunicación debe contar con su consentimiento informado, explicando claramente sus beneficios y riesgos. Si el paciente tiene dudas o muestra reticencias, se puede ofrecer tiempo para reflexionar y, si persiste la negativa, considerar la derivación a salud mental para valoración en mayor profundidad.
- **Notificación independiente de la incapacidad temporal (IT):** Es importante recalcar que la comunicación de sospecha no implica necesariamente el inicio de una IT. El profesional valorará la indicación de IT en función de la gravedad del cuadro y el impacto en la funcionalidad del paciente.
- **Manejo clínico durante la IT (si procede):** La incapacidad temporal no debe ser planteada como un mero tiempo de espera para la mejora espontánea. Durante este período, es recomendable activar programas de activación conductual y resolución de problemas, tanto en el propio centro de salud como mediante recursos comunitarios disponibles.
- **Trabajo terapéutico en consulta:**
 - Establecer objetivos de afrontamiento y adaptación.
 - Identificar posibles líneas de acción para afrontar el conflicto laboral o mejorar la situación.
 - Evaluar alternativas en coordinación con trabajo social, servicios sociales, sindicatos, asesoría jurídica o programas de bienestar emocional de las empresas, siempre respetando la autonomía del paciente.
- **Coordinación con salud mental:** Si existe duda diagnóstica o dificultad en el manejo, consultar a los equipos de salud mental en el marco de programas de colaboración con AP.

La derivación a salud mental se recomienda en los siguientes casos:

- Cuadro clínico moderado o grave.
- Antecedentes de trastorno mental grave o trayectoria prolongada en salud mental.
- Alta complejidad en el manejo clínico o resistencia significativa a la intervención desde AP.

Los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes incluyen trastornos depresivos moderados a graves, trastornos de ansiedad severos, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos afectivos bipolares, episodios psicóticos o trastornos de personalidad, así como consumo perjudicial o dependencia de sustancias desencadenados o agravados por las condiciones laborales.

El manejo por parte del especialista en salud mental debería seguir estas líneas:

- **Evaluación:** Realizar una valoración exhaustiva de la situación clínica, la trayectoria personal y laboral, el impacto de los estresores y la red de apoyo.
- **Confirmación de la sospecha y comunicación:** Si se confirma la relación probable con el trabajo, proceder también a la comunicación de sospecha a las unidades de salud laboral, incluyendo los casos en que el daño haya sido agravado por el entorno laboral.

- **Tratamiento integral:** Diseñar un plan terapéutico adaptado, combinando intervención psicoterapéutica (priorizando abordajes orientados al trauma, la resolución de problemas y el fortalecimiento de recursos personales) y tratamiento farmacológico si es necesario.
- **Rehabilitación psicosocial y laboral:** En casos de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), se deberá coordinar el trabajo con centros de rehabilitación psicosocial o programas de rehabilitación laboral especializados.
- **Valoración de incapacidad permanente:** En función de la evolución clínica, el impacto funcional y los antecedentes, se podrá plantear, de forma coordinada con el paciente y su red asistencial, la posibilidad de iniciar trámites para incapacidad permanente.

5. Pacientes en seguimiento en Salud Mental

En la práctica clínica especializada es fundamental reconocer que la sospecha de relación laboral no se limita a los nuevos casos derivados de atención primaria o urgencias. Un número significativo de pacientes en seguimiento en los servicios de salud mental, incluidos aquellos con trastornos mentales graves (TMG), pueden sufrir un agravamiento de su estado de salud como consecuencia de estresores laborales.

Estas personas presentan una mayor vulnerabilidad debido a varios factores concurrentes: la fragilidad clínica, el estigma social y laboral asociado a su diagnóstico, y una menor capacidad de defensa ante situaciones de abuso, discriminación o exposición a riesgos psicosociales en el entorno de trabajo. Esta realidad ha sido ampliamente reconocida en la literatura científica y en las recomendaciones internacionales en materia de salud mental y trabajo.

Por tanto, es esencial que los profesionales de segundo nivel asistencial mantengan una actitud especialmente sensible ante cualquier empeoramiento clínico en pacientes en seguimiento. No debe asumirse de forma automática que una crisis, una recaída o la aparición de nueva sintomatología son atribuibles exclusivamente a la evolución natural de la enfermedad de base. De manera sistemática, debe valorarse si:

- Han existido cambios recientes en las condiciones laborales.
- Se han producido situaciones de sobrecarga, acoso, violencia, inseguridad laboral u otras formas de exposición a riesgos psicosociales reconocidos.
- El paciente ha referido conflictos, malestar persistente o incidentes relevantes en el entorno de trabajo.

La omisión de esta exploración puede llevar a clasificar erróneamente estos episodios como crisis o patología no relacionada con el trabajo, privando al paciente de una adecuada protección legal y social, así como de la activación de circuitos de vigilancia de riesgos laborales y perpetuando la situación de discriminación.

Cabe resumir y destacar los siguientes puntos de este apartado:

- **Un estresor laboral puede actuar como desencadenante o agravante** en personas con patología mental previa, contribuyendo al deterioro clínico o a la aparición de nuevas patologías asociadas.
- **La comunicación de sospecha por parte del clínico no implica certidumbre de origen laboral**, sino simplemente activar el procedimiento de investigación por parte de las unidades de salud laboral y las autoridades competentes.
- **Las personas con trastornos mentales graves deben ser objeto de especial protección** en este proceso, de acuerdo con los principios de equidad en salud, prevención de la discriminación y garantía de los derechos laborales.

Integrar de forma sistemática esta perspectiva en el manejo clínico de los pacientes en seguimiento representa no solo un imperativo clínico, sino también un compromiso ético con los derechos de las personas más vulnerables

6. Prevención de riesgos laborales relacionados con la salud mental:

El artículo 156 del RD Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, define el concepto de **accidente de trabajo** como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. E incorpora, entre otros supuestos, uno que puede ser importante para el reconocimiento como profesionales de determinados trastornos mentales: *“Las enfermedades, no incluidas en el artículo 157, 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”*.

En el preámbulo del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, podemos leer que *la información disponible indica que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por estas contingencias profesionales se derivan, en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha*. Esta certeza provocó que se incluyera en el artículo 5 de este Real Decreto la **comunicación de sospecha de enfermedad profesional** por parte de las personas facultativas del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los servicios de prevención de riesgos laborales.

Esta posibilidad de comunicar la sospecha de enfermedad profesional por parte del profesional médico que la diagnostica (ya sea del sistema de salud o del sistema de prevención de riesgos laborales) abre una extraordinaria ventana de posibilidad en el objetivo de hacer aflorar enfermedades laborales ocultas y activar la prevención de los riesgos laborales que causan dichos daños.

Nuestra legislación prevé la consideración de una enfermedad previa al desempeño de la actividad laboral como **daño agravado por el trabajo**. Hay situaciones en las que una enfermedad, inicialmente no catalogada como profesional, puede agravarse por las condiciones de trabajo, planteando la posibilidad de ser tratada como un accidente laboral.

Efectivamente, la definición de accidente del art. 156 de Ley General de la Seguridad Social, incorpora en su apartado 2.f) que tendrán la consideración de accidentes de trabajo las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

La jurisprudencia española ha abordado en varias ocasiones la cuestión de cuándo una enfermedad agravada por el trabajo puede considerarse accidente laboral. Un caso relevante es la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 2006 (RJ 2007\825), donde se estableció que *«cuando existe una relación directa entre el trabajo realizado y el agravamiento de la enfermedad preexistente, este agravamiento debe ser considerado como accidente de trabajo»*. Este criterio ha sido reiterado en diversas sentencias, donde se ha valorado la causalidad entre la actividad laboral y el empeoramiento de la salud del trabajador. La clave está en demostrar que las condiciones laborales han contribuido significativamente a agravar la patología del trabajador.

Para que una enfermedad agravada por el trabajo sea considerada accidente laboral, deben concurrir ciertos requisitos:

1. Existencia de una enfermedad preexistente: El trabajador debe padecer una enfermedad que, aunque no profesional, esté diagnosticada antes del agravamiento.
2. Relación de causalidad: Debe demostrarse una relación directa y significativa entre el trabajo realizado y el agravamiento de la enfermedad. Esto implica que las condiciones del entorno laboral hayan influido de manera notable en el empeoramiento de la salud del trabajador (ver capítulo 2 de riesgos laborales psicosociales).
3. Evidencia médica: Es esencial contar con informes médicos que certifiquen el agravamiento de la enfermedad debido a las condiciones laborales. Estos informes deben ser claros y detallados, mostrando la evolución de la enfermedad y su relación con el trabajo.

7. Propuesta de una guía de actuación

Ante una persona trabajadora que presenta un trastorno mental de posible origen laboral, se han de valorar los siguientes criterios:

1. **Criterio diagnóstico** de trastorno mental: código F de la CIE-10 más Código Z.
2. **Criterio de exposición**: existe exposición laboral a los factores de riesgo causantes del trastorno mental (ver capítulo 2 de riesgos laborales psicosociales).
3. **Criterio de temporalidad**: la exposición laboral es anterior a la aparición del trastorno mental. O bien, la exposición laboral es posterior cuando se trata del agravamiento de un daño.

La aplicación de estos criterios dará lugar a una clasificación del caso:

- **Trastorno mental no laboral**: no existen evidencias sobre el origen laboral del trastorno mental, ni éste se ve agravado por la actividad laboral.
- **Trastorno mental derivado del trabajo**: trastorno mental sufrido con motivo u ocasión del trabajo. Coincide con la definición de daños derivados del trabajo del artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Para su clasificación, el caso cumple los criterios de exposición y temporalidad, no existiendo ningún factor extralaboral que claramente haya actuado como desencadenante.
- **Trastorno mental agravado por el trabajo**: trastorno mental no derivado del trabajo, cuyos signos y/o síntomas se ven agravados por la actividad laboral. Para su clasificación en este grupo, el caso cumple los criterios de exposición, pero no cumple los criterios de temporalidad (el inicio del trastorno es anterior a la exposición laboral).

El Manual de procedimientos del Sistema de Vigilancia que se propone, detallará las definiciones de los trastornos mentales objeto de vigilancia, la clasificación y codificación de los casos según criterio clínico.

Tal como queda definido en el artículo 17 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, el Manual se acordará por el Comité Técnico del Sistema de Vigilancia y será validado por el Comité de Gestión de la Red. La aprobación de los manuales de procedimiento corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.

La comunicación de las sospechas de trastorno mental de origen laboral se hará de forma individualizada en la plataforma establecida para el Sistema de Vigilancia de Salud Laboral y los sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional de las Comunidades Autónomas.

Se enviará la información inicial de declaración del caso por parte de:

- Los facultativos de Atención Primaria.
- Los facultativos de Segundo Nivel Asistencial (Salud Mental y otros).
- Los facultativos de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- Los facultativos de Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención.

El Sistema de Vigilancia contará con una unidad central y una unidad autonómica en cada una de las Comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 15.1 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio.

La unidad central y las unidades autonómicas dispondrán de los y las profesionales y recursos necesarios en cada ámbito territorial para poder realizar de manera eficiente la recogida, análisis, interpretación y difusión de la información obtenida por el sistema.

La unidad central asumirá la coordinación y la secretaría técnica del sistema de vigilancia, incluyendo entre sus funciones la elaboración del manual de procedimientos del mismo, así como la propuesta de eventos objeto de vigilancia, de sus protocolos y la coordinación de su aplicación.

Figura I. Procedimiento de gestión de casos de Trastornos Mentales Comunes de origen laboral en la CA

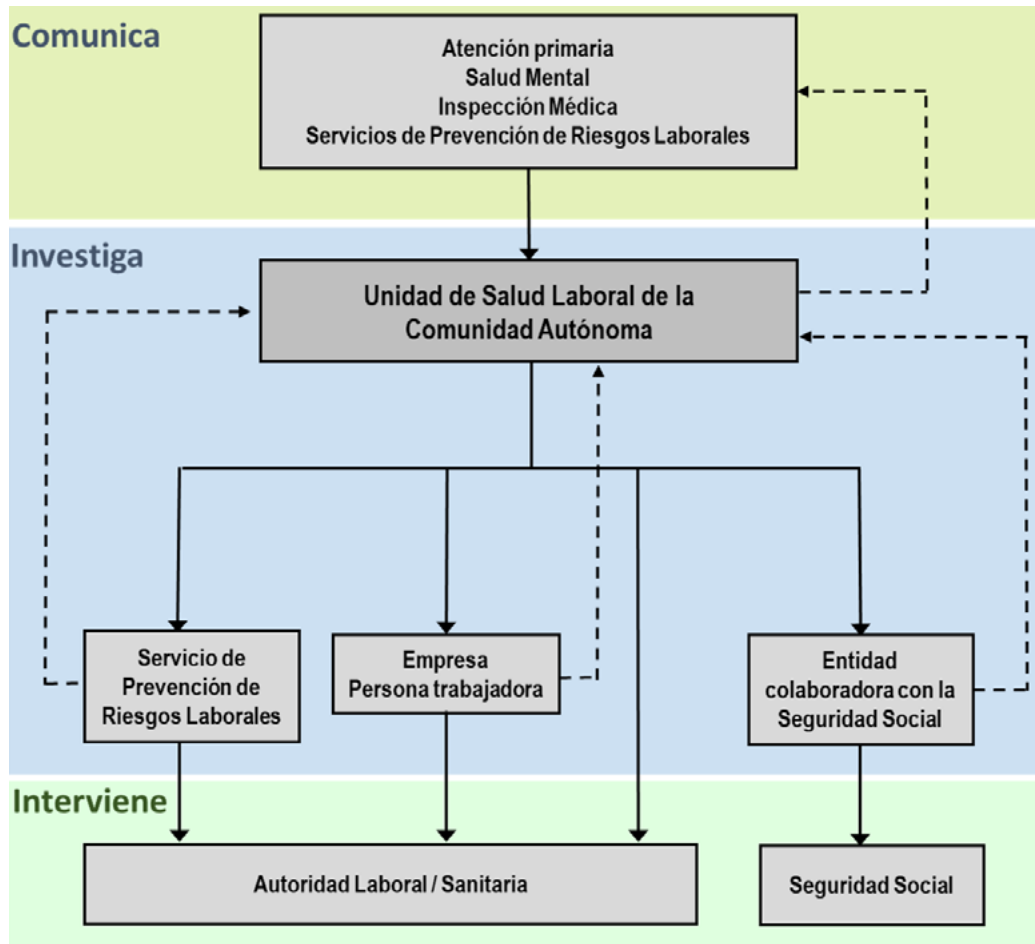


Figura 2. Procedimiento de gestión de casos de Trastornos Mentales Comunes de origen laboral en la CA

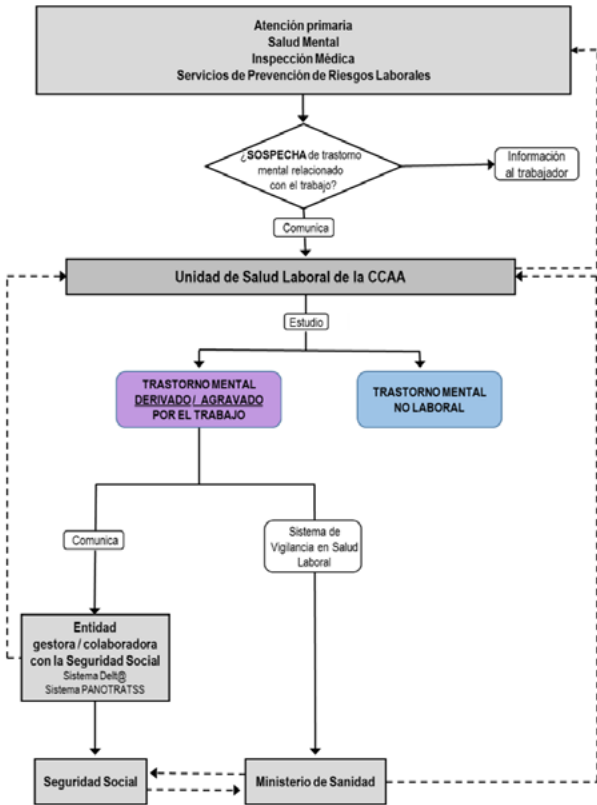


Figura 3. Ejemplo de cuestionario:

| EXIGENCIAS CUANTITATIVAS | | |
|---|---|--|
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Son las exigencias derivadas de la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible. La situación desfavorable para la salud con más evidencia es el exceso. Son altas cuando tenemos más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado. | 21c) ¿Te retrasas en la entrega de tu trabajo? 21e) ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo? 21g) ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo? 21o) ¿Te resulta imposible acabar tus tareas durante tu jornada laboral? | El riesgo se asocia con la falta de personal, la deficiente planificación, la mala asignación de tareas o la incorrecta medición de los tiempos, aunque también puede relacionarse con la estructura salarial (por ejemplo, cuando la parte variable de un salario bajo es alta y obliga a asumir más carga) o con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo. Las altas exigencias cuantitativas pueden derivar en alargamientos de la jornada laboral o en un alto ritmo de trabajo. |
| RITMO DE TRABAJO | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Constituye la exigencia referida a la intensidad del trabajo. El problema para la salud más estudiado es el exceso. | 21a) ¿Tienes que trabajar muy rápido? 22i) ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada? | El riesgo se asocia con la falta de personal, la deficiente planificación, la mala asignación de tareas o la incorrecta medición de los tiempos, aunque también pueden relacionarse con la estructura salarial (por ejemplo, cuando la parte variable de un salario bajo es alta y obliga a asumir más carga) o con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo. |
| EXIGENCIAS EMOCIONALES | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Son las exigencias de no involucrarse en la situación emocional o de gestionar la transferencia de sentimientos, que se derivan de las relaciones interpersonales, que implica la realización del trabajo. El problema para la salud es el exceso. | 21b) ¿En tu trabajo se producen momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente? 21p) ¿En tu trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otras personas? 22e) ¿Tu trabajo es desgastador emocionalmente? | En ocupaciones de cuidado, auxilio, protección a las personas (y otras), la exposición a exigencias emocionales tiene que ver con la naturaleza de la tarea y no pueden eliminarse (no podemos “eliminar” pacientes, alumnado...). Así, la formación para el desarrollo de habilidades para su manejo y la disposición del tiempo suficiente para poder gestionarlas efectivamente, junto con la disminución del tiempo e intensidad de la exposición (cambiar horas, ratios, descansos, etc.) representan vías de prevención pertinentes. Además, puede requerir reservar tiempo para realizar terapia. |

| EXIGENCIAS DE ESCONDER EMOCIONES | | |
|--|--|---|
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Son las exigencias de mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de las otras personas con las que nos relacionamos en el trabajo (usuario/as, clientes, compañeros/as, proveedores/as, jefaturas ...). El problema para la salud es el exceso. | 21d) ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión? 21f) ¿Tu trabajo requiere que trates a todo el mundo por igual, aunque no tengas ganas? 22f) ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones? 22g) ¿Te exigen en el trabajo ser amable con todo el mundo independientemente de la forma como te traten? | En puestos de trabajo de cuidado, auxilio y protección a las personas (y otras), estas exigencias forman parte de la naturaleza de la tarea y no pueden ser eliminadas. El desarrollo de habilidades y de estrategias de protección para su manejo y la disminución del tiempo de exposición representan vías de prevención importantes (ver exigencias emocionales). En otros casos, pueden tener relación con la política de gestión de proveedores/as y clientes (por ejemplo, con una deficiente plantilla que provoca colas de usuarios en espera de atención...) o con la falta de participación de las personas trabajadoras (hay que esconder emociones cuando no se puede opinar) y, en general, con deficiencias en las políticas de gestión de personal (cuando se fomenta la competitividad individual, cuando se asignan tareas o cambios de horarios de forma arbitraria, etc.). |
| CONFLICTO TRABAJO-VIDA | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| El conflicto trabajo-vida trata de las consecuencias de las exigencias del empleo sobre la vida familiar y personal. Se refiere a la necesidad de compaginar tareas y tiempos laborales con las familiares y sociales, pudiendo suponer cargas excesivas y a menudo simultáneas (doble presencia), creando una situación desfavorable para la salud. | 22j) ¿Tienes que cambiar tus planes de actividades personales y familiares debido a las exigencias de tu trabajo? 21l) ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez? 21m) ¿Sientes que el trabajo en la empresa te consume tanta energía que perjudica a tus tareas domésticas y familiares? 21n) ¿Sientes que el trabajo en la empresa te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares? | En el ámbito laboral tiene que ver con la falta de personal, la cantidad de horas trabajadas, la ordenación asocial de la jornada laboral o su modificación y con el nivel de autonomía sobre ésta; por ejemplo, con horarios o días laborables incompatibles con el trabajo de cuidado de familiares a cargo. |
| PARTICIPACIÓN | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es el margen de autonomía en el día a día del trabajo en general, y también particularmente en relación con las tareas a realizar (el qué y el cuánto) y en la forma de desarrollarlo (el cómo). El problema para la salud es la carencia. | 21h) ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna? 21i) ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo? 21j) ¿Tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo? 21k) ¿Tienes influencia sobre qué haces en el trabajo? | Tiene que ver con la participación que cada trabajador y trabajadora tiene en las decisiones sobre aspectos fundamentales de su trabajo cotidiano, es decir, con los métodos de trabajo aplicados por la dirección en la empresa y si éstos son participativos o no y permiten o limitan la autonomía. Puede guardar relación con las posibilidades de desarrollo. |
| POSIBILIDADES DE DESARROLLO | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Son las oportunidades que ofrece la realización del trabajo para poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencia de las personas trabajadoras y adquirir nuevos. El problema para la salud es la insuficiencia. | 22c) ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas? 22d) ¿Tu trabajo te da la oportunidad de mejorar tus conocimientos y habilidades? 22h) ¿Tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos? | Tiene que ver con los niveles de participación y con la complejidad y variedad de las tareas, siendo el trabajo simple, estandarizado y repetitivo, el paradigma de la exposición nociva. Su origen son las prácticas empresariales relativas a los métodos de trabajo y al diseño del contenido del trabajo. Puede guardar relación con la influencia. |
| APOYO SOCIAL DE COMPAÑEROS/AS | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es recibir la ayuda necesaria por parte de compañeros y compañeras en la realización del trabajo. El problema para la salud es su insuficiencia. | 24a) ¿Recibes ayuda de tus compañeros y compañeras en la realización de tu trabajo, en caso de necesitarlo? 24b) ¿Tus compañeros y compañeras están dispuestos/as a escuchar tus problemas en el trabajo, en caso de necesitarlo? 24c) ¿Tus compañeros y compañeras hablan contigo sobre cómo haces tu trabajo, en caso de necesitarlo? | La falta de apoyo entre compañeros/as puede tener que ver con las prácticas de gestión de personal que dificultan la cooperación y la formación de verdaderos equipos de trabajo. Por ejemplo, cuando se fomenta la competitividad individual a partir de salarios variables en base a objetivos individuales, o asignando las tareas, cambios de horarios, de centro, etc., de forma arbitraria o no transparente. También puede relacionarse con el alto ritmo de trabajo o las altas exigencias cuantitativas que no permite apoyar a los y las demás. |

| APOYO SOCIAL DE SUPERIORES | | |
|--|--|--|
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es recibir la ayuda necesaria por parte de las personas superiores jerárquicas en la realización del trabajo. El problema para la salud es su insuficiencia. | 24g) ¿Tu jefe/a inmediato/a está dispuesto/a escuchar tus problemas en el trabajo, en caso de necesitarlo? 24h) ¿Recibes ayuda de tu jefe/a inmediata/o en la realización de tu trabajo, en caso de necesitarlo? 24i) ¿Tu jefe/a inmediato/a habla contigo sobre cómo haces tu trabajo, en caso de necesitarlo? | La falta de apoyo de superiores inmediatos tiene que ver con la falta de procedimientos concretos de gestión de personal que fomenten el papel del jefe/a como elemento de apoyo al trabajo del equipo o departamento que gestiona o con la falta de tiempo para aplicarlos. También se relaciona con la falta de directrices claras por parte de la dirección en relación con el cumplimiento de la función de apoyo y con la falta de formación para ello. |
| RECONOCIMIENTO | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es la valoración y trato justo por parte de la dirección en el trabajo. El problema para la salud es su defecto. | 26a) ¿Tu trabajo es valorado por la dirección? 26b) ¿Recibes un trato justo en tu trabajo? | Tiene que ver con múltiples aspectos de la gestión de personal, por ejemplo, con los métodos de trabajo si son o no participativos (sin "voz" no puede haber reconocimiento), con la existencia de arbitrariedad e inequidad en las promociones, asignación de tareas, de horarios, ..., con si se paga un salario acorde con las tareas realizadas, etc. |
| INSEGURIDAD SOBRE EL EMPLEO | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es la preocupación por el futuro en relación con la ocupación. El problema para la salud es su existencia. | ¿Estás preocupado/a por... 25d) si te despiden o no te renuevan el contrato? 25f) lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedases en paro? | Tiene que ver con las prácticas empresariales relativas a la contratación y las posibilidades de empleabilidad en el mercado laboral de residencia. |
| INSEGURIDAD SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Es la preocupación por el futuro en relación con los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales. El problema para la salud es por exceso. | ¿Estás preocupado/a por si te... 25a) trasladan a otro centro de trabajo, unidad, departamento o sección contra tu voluntad? 25b) cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad? 25c) cambian de tareas contra tu voluntad? 25e) bajan el salario (reducción, introducción del salario variable...)? | Se relaciona con las amenazas de cambio o empeoramiento de condiciones de trabajo especialmente valiosas. Éstas, pueden originarse tanto en la situación actual (por ejemplo, si la asignación de jornada, tareas y complementos salariales es arbitraria) como en la posibilidad de cambios futuros (por ejemplo, por una reestructuración empresarial, externalización de un puesto o servicio, una fusión...); más si existen peores condiciones de trabajo en el contexto externo a la empresa/organización (en el sector, territorio...). Podría ser secundaria a la inseguridad sobre el empleo, de forma que las personas trabajadoras, especialmente aquellas con menores oportunidades de empleabilidad, podrían aceptar el deterioro de condiciones de trabajo valiosas ante la amenaza de la pérdida de empleo. |
| JUSTICIA | | |
| Definición | Preguntas del cuestionario | Origen |
| Se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo. El problema para la salud es por defecto. | 26e) ¿Se solucionan los conflictos de una manera justa? 26f) ¿Se le reconoce a uno/a por el trabajo bien hecho? 26g) ¿La dirección considera con la misma seriedad las propuestas procedentes de todas las personas las trabajadoras? 26i) ¿Se distribuyen las tareas de una forma justa? | Se relaciona con la existencia de procedimientos que puedan impedir la arbitrariedad de las decisiones. |

Estas preguntas sobre riesgos laborales psicosociales deberían contextualizarse. Así es necesario en primer lugar conocer la profesión o el puesto de trabajo y las prácticas empresariales de gestión laboral que se aplican a las personas trabajadoras en el lugar de trabajo además de los datos sociodemográficos. Algunas preguntas para ello a modo de ejemplo, sin ánimo de exhaustividad, utilizadas en encuestas poblacionales e historia clínica son:

- ¿De qué trabaja? ¿Qué puesto de trabajo ocupa? ¿Qué funciones realiza?
- ¿Qué tipo de contrato tiene con la actual empresa/organización?
- ¿Cuánto tiempo en total lleva trabajando para esta empresa/organización?
- Independientemente de las que fije su contrato, ¿cuántas horas trabaja para esta empresa/organización a la semana?
- ¿Cuál es su horario de trabajo? ¿Su horario de trabajo incluye trabajar la mayor parte de días de mañana y/o tarde más allá de las 17.30? ¿Trabaja de noche?
- ¿Con qué frecuencia se le requiere empezar a trabajar antes o acabar más tarde de lo que establece su horario laboral?
- ¿Sus días laborales incluyen fines de semana o festivos?
- ¿Le dejan de pagar o le retrasan el pago del salario? ¿Es habitual?
- ¿Con qué frecuencia su salario actual permite cubrir las necesidades básicas del hogar?
- Habitualmente, ¿los superiores le consultan sobre cómo mejorar la forma de realizar las tareas que usted hace?
- Teniendo en cuenta la cantidad de trabajo que tiene que realizar y el tiempo asignado para ello, ¿diría usted que en su departamento/sección falta personal?
- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?
- Fuera de su trabajo retribuido, de media ¿cuántas horas a la semana dedica a cocinar y a realizar otras tareas domésticas?
- Fuera de su trabajo retribuido, de media ¿cuántas horas a la semana dedica al cuidado de personas a su cargo (niños, niñas, personas mayores o dependientes)?
- Sexo
- Edad
- Identidad de género y orientación sexual
- País de origen
- Tiempo residiendo en España

Se entiende que la o el facultativo ya conocerá algunas de estas cuestiones, sobre todo las últimas mencionadas, de este listado no exhaustivo.