

Comisión Técnica del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Problemas y retos de los regímenes
obligatorios de accidentes del trabajo
relacionados con las enfermedades
profesionales: Información, registro
y estadística

Stefan Zimmer
Director de Política Social Internacional
Federación Nacional de Cajas del Seguro de Accidentes
del Trabajo en la Industria
Alemania

Problemas y retos de los regímenes obligatorios de accidentes del trabajo relacionados con las enfermedades profesionales: Información, registro y estadística

Resumen

Stefan Zimmer

Director de Política Social Internacional

Federación Nacional de Cajas del Seguro de Accidentes del

Trabajo en la Industria

Alemania

Introducción

Durante el trienio 2003-2005, la Comisión Técnica del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales organizó una jornada de taller con 23 expertos procedentes de 13 países, que se celebró junto con la Conferencia de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) en Limassol, Chipre, en noviembre de 2003. En este taller, se discutieron temas acuciantes en el campo de las enfermedades profesionales (EP) sobre una plataforma global.

La idea de convocar esta reunión surgió de los resultados obtenidos de un cuestionario realizado a escala mundial sobre los problemas y los retos de los regímenes obligatorios de accidentes del trabajo, que se llevó a cabo durante el trienio pasado. Un gran número de respuestas mencionó problemas relacionados con los sistemas de listado de las enfermedades profesionales, la falta de información disponible sobre la naturaleza y la extensión de las enfermedades profesionales, así como, en particular, de las nuevas enfermedades profesionales. El interés principal se puso en la información, el registro y la notificación de las enfermedades profesionales, el fraude y la infrainformación, así como en la falta de dichos sistemas.

En consecuencia, la Mesa Directiva de la Comisión Técnica decidió organizar un taller sobre este tema, en particular, vinculado con las necesidades de los miembros de la AISS en los países en desarrollo y en transición.

El taller se estructuró con tres temas y se invitó a los participantes a que informasen sobre el modo en que cada uno de ellos se enfoca en sus países:

- Sistemas de listado.
- Nuevas enfermedades profesionales.
- Notificación, registro y estadística.

Este informe resume el contenido y los resultados que sirvieron de guía a lo largo de la jornada.

Uno de los descubrimientos del taller fue que, a pesar de los diferentes regímenes de cobertura, las estructuras industriales y sectoriales heterogéneas, así como las especificaciones institucionales, muchos estaban compartiendo dificultades iguales o casi similares en cuanto a prevención, compensación o rehabilitación de enfermedades profesionales.

¿Por qué enfermedades profesionales?

Tal y como el presidente de la Comisión Técnica lo subrayó en sus observaciones introductorias, hoy en día las enfermedades profesionales representan un problema mucho más precario en comparación con los accidentes del trabajo. En tanto que el número de accidentes del trabajo está disminuyendo constantemente en la mayoría de los países, los datos provenientes de varios países industrializados demuestran que la tasa de enfermedades profesionales se ha estancado o, incluso, está aumentando. El número creciente de las llamadas "nuevas enfermedades profesionales" y las EP con períodos de latencia prolongados es el principal responsable de esta tendencia. Se ha predicho que los países que todavía van camino de la industrialización y no sufren por ahora este problema seguramente sí lo sufrirán en algún momento del futuro, cuando los períodos de latencia de algunas enfermedades, como la asbestosis, toque a su fin. Las consecuencias médicas de la exposición al asbesto en la industria de procesamiento se manifiestan después de un período de latencia que varía entre diez y sesenta años, con un período medio de latencia de treinta y cinco años. Para el cáncer relacionado con el trabajo, el período medio de latencia ronda los treinta años; en ciertos diagnósticos, puede llegar incluso a los cincuenta años. Por tanto, en países especialmente "jóvenes" o países con una historia reciente de seguridad social y registro adecuado de datos, es posible que todavía haya que esperar la aparición de enfermedades profesionales con un período de latencia prolongado. Se puede encontrar una exposición similar en el informe de la Comisión de los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹.

¿Está todo en la lista?

Puesto que "enfermedad profesional" es un término legal (y no médico), la cuestión consiste en cómo especificarlo. Algunos países aplican cláusulas generales (o sistemas de prueba), otros han optado por un sistema de enfermedades listadas, aunque restringidas. De acuerdo con el "Convenio relativo a las prestaciones en caso de accidente del trabajo y enfermedades profesionales de la OIT" (Nº 121 de 1964), los sistemas generales de cláusula deben de ser adecuados para cubrir, al menos, el objetivo del listado mínimo de la OIT. Los demás casos se han compensado sobre una base de estudio caso por caso. En consecuencia, prácticamente cualquier enfermedad puede ser reconocida así como una EP, en tanto se demuestre el vínculo causal.

¹ OIT. 2002. "Informe de la Comisión de los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales", presentado en la Conferencia Internacional del Trabajo, nonagésima reunión, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

Los pro y los contra generales del listado de enfermedades profesionales se debatieron con profundidad durante la reunión.

El primer problema – que incluso los defensores de los sistemas de listados han tenido que admitir – fue el del mantenimiento y la actualización de los listados de EP. Por ejemplo, el listado en Camerún, que se creó en 1962, no se ha actualizado desde 1984. Tampoco el listado de Zimbabwe tiene más de un decenio (1990) y el sistema ruandés se remonta incluso a la época colonial.

¿Hasta qué punto son idóneos unos listados que nunca – o sólo rara vez – se revisan y enmiendan? Gambia (que no tiene un sistema de listado) sostuvo el argumento de que un listado no debe verse nunca como una cuestión estática. En consecuencia, como ningún listado podría abarcar jamás todas las enfermedades causadas posiblemente por el trabajo o relacionadas con él, se necesitarían de todos modos los conocimientos médicos en cada caso individual para demostrar el vínculo existente entre la exposición al trabajo y los síntomas. Este es el caso en Gambia, donde los expertos médicos estudian cada caso y demuestran o descartan una relación entre la enfermedad y el trabajo.

Por regla general, los países que utilizan listados recurren a dos tipos de ellos: bien los listados comprenden un número de enfermedades en relación con el diagnóstico (por ejemplo: cáncer, dermatitis, etc.) o bien los listados reagrupan enfermedades según su relación con el agente causante de la enfermedad (biológico, químico, físico).

Este último es el caso, por ejemplo, en Argentina, donde el listado comprende 89 agentes, o en Camerún. Por otra parte, Zambia lista 74 enfermedades, basándose en el nuevo listado de enfermedades profesionales de la OIT, al igual que lo hace la República Árabe Siria (67 enfermedades listadas) y Eslovaquia (47 enfermedades). Entre los listados más grandes, se encuentra el de Arabia Saudita (actualizado a finales de los años noventa), que ahora comprende casi 200 EP. Uno de los listados más recientes de enfermedades profesionales, creado en 1994 y actualizado ya dos veces en el ínterin (1996 y 2001), lo encontramos en Lituania

La siguiente pregunta también plantea un asunto complicado: ¿Quién es el responsable de enmendar los listados? En algunos países, esto es responsabilidad del gobierno y, algunas veces, es responsabilidad del parlamento. Cabe notar que siempre que el cuerpo legislativo está implicado en la actualización de los listados de EP, surge muchas veces una sensación de duda dentro de la institución de la seguridad social en lo que a la proposición de enmiendas se refiere. A menudo, la causa ha sido que el sistema de seguridad social no desea ponerse en un aprieto ante el cuerpo legislativo, por lo que tiende con frecuencia a retener las sugerencias de cambio. Esta observación fue compartida por la mayoría de los participantes: mientras más alto sea el nivel administrativo que tenga que aprobar cualquier modificación/enmienda en un listado de EP, menor será la inclinación de los actores participantes a hacerlo.

Además, siempre que más de uno o dos actores intervienen en el proceso de toma de decisión, la duda se va haciendo cada vez más grande. Es lo que se podría decir de Hungría, donde actualmente tres organismos públicos y tres ministerios intervienen en el proceso de actualización (pero ya se están produciendo cambios).

Otros listados pueden ser "abiertos" o "cerrados". Los sistemas de listado abierto existen en la mayoría de los países; algunos han "abierto" sólo en fecha reciente sus anteriores listados "cerrados" (por ejemplo Argentina, cinco años después de la creación del sistema).

En los sistemas de listado abierto, no existe ninguna limitación conceptual cuando se trata de enfermedades y trastornos de los que se sospecha que tienen un origen profesional. Por regla general, los sistemas abiertos permiten mayor flexibilidad al ofrecer cobertura para "nuevas" enfermedades profesionales, que se han identificado como resultado de investigaciones legales y estudios epidemiológicos recientes.

¿Son las "nuevas enfermedades profesionales" realmente "enfermedades nuevas"?

Es probable que la silicosis y la asbestosis sean los ejemplos mejor conocidos de enfermedad profesional. Sin embargo, en diferentes países y regiones del mundo, enfermedades profesionales muy diferentes están a la cabeza de las estadísticas de reclamaciones. De acuerdo con los datos de 2002 de la compañía reaseguradora más grande del mundo (MunichRe), en Francia, las "enfermedades que afectan las articulaciones" ocuparon el primer lugar entre las EP. Por otra parte, en la Federación Rusa, fue el síndrome del "dedo blanco por vibración" y, en Polonia, "la inflamación de las cuerdas vocales que sufren los maestros". Las enfermedades dermatológicas están ocupando los primeros puestos en muchos otros países. Los participantes del taller reflejaron esta variedad: en lo que a las enfermedades profesionales se refiere, el principal reto en Zimbabwe lo plantea la neumoconiosis, seguida por el carbunco y el saturnismo; en Ruanda, es la silicosis. Además de estos tipos conocidos de EP, las nuevas enfermedades profesionales están planteando un reto a los regímenes de seguridad social y accidentes del trabajo en todo el mundo. Pero, ¿acaso son estas EP "nuevas" realmente nuevos tipos de enfermedad?

En Zambia, por ejemplo, hace pocos años apareció un reto importante con un número creciente de casos registrados de erosión ácida de los dientes, especialmente en las minas. Al tratarse de un fenómeno nuevo y, por tanto, desconocido, los casos se aceptaron eventualmente como reclamaciones compensatorias por parte de los trabajadores².

En la República Árabe Siria, se considera que las enfermedades cancerígenas serán el mayor reto durante el decenio siguiente. También se espera que el cáncer sea el mayor reto en Argentina, como lo son el dolor de espalda y las enfermedades profesionales relacionadas con factores psicológicos. En Alemania, las llamadas enfermedades psicometales se están investigando y debatiendo actualmente de manera intensa: sin embargo, hasta la fecha no se ha indemnizado ni a un solo caso. En lo que a las pensiones se refiere, el mayor reto del futuro data de antaño y es el resultado de un gran número de cargas heredadas, principalmente, los casos de asbestosis.

Los expertos húngaros estiman que los riesgos ergonómicos y medioambientales plantearán los mayores retos del futuro en cuanto a enfermedades profesionales. Se informó sobre un elemento interesante desde Japón, donde los casos de suicidio como consecuencia de las duras condiciones laborales (tanto en buena como en mala situación económica) se han convertido en una gran preocupación, especialmente para los más altos escalones de dirección.

Fue interesante observar que las enfermedades que se estima generarán los mayores problemas dentro de pocos años no son, en la mayoría de los casos, "nuevas" en el sentido

² Para más detalles, véase el informe sobre Zambia.

estricto de la palabra. En efecto, las cargas heredadas de enfermedades conocidas – y, por tanto, "viejas" – como el cáncer y la asbestosis, parecen plantear el mayor reto.

Asimismo fue bastante interesante observar que el caso del VIH/SIDA resultase un tema de debate menos importante de lo que previeron los organizadores del taller. En tanto que el VIH/SIDA se ha añadido ya en la República Árabe Siria al listado nacional de enfermedades profesionales como una nueva enfermedad profesional³, otros países se muestran más dubitativos. Se supone que esto podría deberse principalmente al hecho de que, en muchos países, el SIDA no se consideró en origen como un problema para la seguridad social, sino más bien como un problema para el sistema público de salud. Durante un período prolongado de tiempo, no se vio como un "riesgo profesional". Sin embargo, las consecuencias sociales de la pandemia del SIDA demostró que desestabilizaba la sociedad hasta el punto de que todos los agentes de la salud pública y la seguridad social tenían que asumir de forma conjunta las cargas y compartir los gastos.

En la actualidad, la cuestión de quién debe asumir la carga financiera de indemnizar a las víctimas del VIH/SIDA se ha debatido de manera amplia dentro del sistema de seguridad social de aquellos países que han sido golpeados más duramente por la pandemia. Entre ellos, está Camerún. Por supuesto que la Caja Nacional de Previsión Social tendría que hacer frente a graves problemas financieros si tuviese que indemnizar a las víctimas del VIH/SIDA igual que a las víctimas de accidentes y otras enfermedades. Esta es una de las razones por las que el VIH/SIDA "sigue siendo un problema de salud pública" para las instituciones de la seguridad social en Camerún. El debate consiguiente sobre si se asume esta enfermedad en los términos de una enfermedad profesional en Camerún está cambiando la manera de tratar la enfermedad y las condiciones en las que puede tener un carácter profesional. Al parecer, se ha admitido que el personal médico que está en contacto regular con portadores de VIH/SIDA puede merecer mayor atención; con respecto a otros casos, la gente se muestra muy prudente en sus opiniones. La prudencia está unida a la definición misma de enfermedad profesional, que supone la acción de un germen dañino en el entorno laboral o de sustancias utilizadas en el proceso de producción. Además, este reconocimiento tendría por fuerza una incidencia en el volumen de las compensaciones (en tratamiento y pensión vitalicia) y, del mismo modo, sobre el nivel de las contribuciones del sector, tomando en consideración la propagación de la pandemia⁴.

Sobre todo los sindicatos están presionando al gobierno para ofrecer más protección a las víctimas del SIDA en Camerún. En vista de esta presión política, es bastante posible que el gobierno decida que la Caja Nacional de Previsión Social asuma los gastos. Sin embargo, "es posible que el sistema no sea capaz de hacerlo"⁵.

Mientras sigue el debate político en Camerún, cabe notar que las empresas están tomando la siguiente iniciativa: "Mientras se espera que el debate aporte una respuesta, algunas empresas se están organizando para ayudar a sus empleados infectados de SIDA; la ayuda ha consistido en la adquisición total o parcial de productos retrovirales, apoyo moral y una mayor comprensión respecto de las ausencias y la sensibilización de los trabajadores no infectados en lo que a medidas de prevención se refiere."

³ Para más detalles, véase el informe sobre la República Árabe Siria.

⁴ Véase también el informe sobre Camerún.

⁵ Idem.

En algunos países, las posibles "nuevas" enfermedades profesionales no están relacionadas en absoluto siempre con el lugar de trabajo. Desde Arabia Saudita se ha informado, por ejemplo, que han aumentado significativamente algunas enfermedades no profesionales. Todavía se debaten las posibles causas: ¿Se han diagnosticado incorrectamente algunas de estas enfermedades (y son realmente enfermedades profesionales, pero difíciles de relacionar con el trabajo)? En cualquier caso, esto significa una carga mayor para el régimen de seguridad social, puesto que la gente – gravemente afectada por una enfermedad no reconocida como relacionada con el trabajo – tiende a reclamar pensiones casi directamente.

También en Arabia Saudita la seguridad social cubre sólo el sector privado. Este hecho, además de una alta tasa de movimiento de personal en el mercado laboral, combinado con una cantidad desconocida de enfermedades con períodos de latencia prolongados que todavía están por aparecer, dificulta la predicción de los tipos de nuevas enfermedades profesionales que están apareciendo y cuál es la mejor manera de prevenirlas.

En definitiva, el diagnóstico adecuado de una enfermedad profesional es un factor clave. Los diagnósticos erróneos dan lugar a una imagen completamente distorsionada del estado general de la salud profesional en un país. Pero, ¿qué ocurre si se carece de los conocimientos necesarios para diagnosticar enfermedades profesionales?

Notificación, registro y estadísticas

En los diversos sistemas, ¿quién puede presentar una reclamación por enfermedades profesionales?, ¿cuáles son los canales para informar sobre las EP en los sistemas respectivos y cómo se pueden garantizar la notificación y el registro de la manera más adecuada?

En algunos sistemas, las personas aseguradas pueden presentar una reclamación (Estados Unidos). En otros, son los médicos (Estonia) o los trabajadores (Finlandia) quienes lo hacen. En algunos sistemas (Alemania), cualquiera de los tres puede solicitar el reconocimiento de una enfermedad profesional. Pero, ¿qué ocurrirá si los responsables de informar sobre las EP no conocen el procedimiento de notificación o no tienen ningún incentivo para seguirlo? En estos casos, las deficiencias en la notificación de enfermedades profesionales conducen a importantes distorsiones. Se informó sobre un caso extremo en Gambia: desde la introducción del régimen de indemnización a los trabajadores en este país en 1996, se ha notificado exactamente un solo caso de enfermedad profesional. ¿Cuáles son las posibles causas de que esto ocurra? Sólo puede suponerse que son similares a las de la mayoría de los países con recientes sistemas de indemnización a los trabajadores y, lo más importante, con pocos especialistas en medicina del trabajo o insuficientemente preparados, que tienen dificultades para diagnosticar las enfermedades profesionales.

El reducido número de médicos con experiencia en medicina del trabajo es también un gran reto para el sistema de seguridad social en Malasia: con sólo dos médicos para asesorar a la administración de la seguridad social sobre las enfermedades profesionales, la falta de información está casi garantizada. El papel de los médicos asesores en Malasia es especialmente importante, puesto que todos los casos de enfermedad profesional que se notifican y que no están en el listado nacional tienen que ser evaluados por una junta médica con el fin de decidir sobre sus méritos para la indemnización. Por tanto, contar con un alto nivel de conocimientos resulta decisivo para evaluar e indemnizar de manera adecuada. Pero, como señaló un experto de Malasia, "la falta de conocimientos en la medicina del trabajo es una cuestión que suscita gran preocupación".

Incluso es más crítico el número de especialistas en medicina del trabajo para países sin un listado de enfermedades profesionales. Allí donde, como en Gambia, cada caso individual de supuesta EP tiene que ser revisado por especialistas médicos, reviste una importancia decisiva contar con un número suficiente de ellos. En Zambia, las nuevas reclamaciones de EP también se presentan primero ante un equipo de médicos que revisan los casos. Sin embargo, por regla general, estos médicos trabajan en hospitales públicos y, en consecuencia, no son especialistas en medicina del trabajo. Muy pocos médicos y también muy pocos especialistas en medicina del trabajo son los problemas clave que se registraron casi de la misma manera en la República Árabe Siria.

Pero la cantidad no lo es todo. Incluso unos pocos miles de especialistas en medicina del trabajo pueden resultar insuficientes a veces, tal como informaron expertos participantes procedentes de Hungría, un país con apenas 3.500 especialistas en medicina del trabajo. Tan decisiva es la calificación como un número suficiente de especialistas en medicina del trabajo. En tanto que un número insuficiente de especialistas en medicina del trabajo puede llevar a una infrainformación, cualquier falta de formación y conocimientos conduce casi inevitablemente al diagnóstico erróneo o al infradiagnóstico, que son en sí mismos una causa de la infrainformación.

Por ejemplo, tómese el caso de Argentina: un observador desinformado de la situación en este país podría llegar a creerse que la hipoacusia es el tipo más frecuente de enfermedad profesional. Como se dijo, de las aproximadamente 2.000 enfermedades profesionales informadas en 2002, alrededor del 80 por ciento se relacionó de manera oficial con dificultades de audición. Pero, de acuerdo con el informe de Argentina, la causa no se debe hallar en una abundancia de puestos de trabajo ruidosos o en la ausencia de otras causas que conducen a las EP. La causa reside más bien en una falta de formación toxicológica y epidemiológica de los profesionales médicos. Es evidente que la mayoría de los especialistas en medicina del trabajo en Argentina no cuentan con un largo historial en epidemiología, toxicología, etc. Muchas enfermedades (incluso algunas que están ya en el listado) no pueden ser reconocidas por la mayoría de los especialistas en medicina del trabajo. Sin embargo, los problemas de audición se pueden diagnosticar con relativa facilidad, incluso por un equipo médico con formación insuficiente. Por tanto, el problema se refiere más bien a un infradiagnóstico que a una infrainformación genuina.

¿Qué se puede hacer a la luz de la infrainformación y el infradiagnóstico?

Incentivos

Si la infrainformación se debe a omisiones en la línea de comunicación o a la falta de motivación o conocimiento para presentar casos de EP ante las autoridades pertinentes, una de las posibles estrategias pudiera ser la creación de incentivos a los médicos para que informasen sobre las enfermedades profesionales. En Camerún, por ejemplo, los médicos que sospechan que existe un vínculo entre la enfermedad y el trabajo tienen que dirigirse al Ministerio del Trabajo y presentar un informe especial. Sin embargo, muchos médicos no tienen conocimiento de ello. Los incentivos financieros para la información sobre las EP (por ejemplo, mediante remuneraciones especiales, como en Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia y Suiza) han sido descartados por la mayoría de los expertos como algo demasiado costoso y que, potencialmente, puede conducir a un "exceso de información". Sin embargo, con vista al ahorro de gastos y la garantía de la calidad, una solución alternativa pudiera ser pagar remuneraciones sólo si la enfermedad informada se reconoce efectivamente como enfermedad profesional.

En cualquier caso, con indemnización o sin ella, las comparaciones internacionales demuestran que casi en todas partes lo más probable es que los médicos presenten casos de EP. En Alemania, la mayoría de las declaraciones de EP son iniciadas por los médicos (20 por ciento por los organismos de la seguridad social, 10 por ciento por las víctimas y sólo 3 por ciento por los patronos). Los médicos representan el eslabón decisivo en la cadena de notificación.

Nueva transmisión internacional de conocimientos

Si la infrainformación sobre las enfermedades profesionales es en sí misma consecuencia de diagnósticos erróneos o negligentes (infradiagnóstico), la formación de los especialistas de medicina del trabajo es primordial. Expertos de Arabia Saudita subrayan que el intercambio internacional es una de las vías posibles para mejorar la calificación de los profesionales médicos. La Organización General del Seguro Social de Arabia Saudita emplea a unos 19 médicos especialistas dispersos regionalmente. Con el fin de permitir que se garantice la calidad y se asegure la disponibilidad de una información actualizada, estos médicos se reúnen anualmente y participan en el intercambio internacional. Esto constituye además un "segundo paso en la convalidación de las reclamaciones por enfermedad profesional".

Los participantes del taller convinieron en que el problema común de la insuficiencia de conocimientos en la medicina del trabajo se debería paliar intensificando la formación y el intercambio internacional. Por tanto, se sugirió que la Comisión Técnica del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la AISS facilitase cursos de formación y reuniones internacionales de expertos.

La prevención: ¿Genera gastos o ahorra costos?

El taller confirmó un hallazgo de gran importancia obtenido en una encuesta internacional que culminó recientemente la Comisión Técnica, según la cual muchos países que han introducido o reformado en fecha reciente un sistema de seguro contra accidentes estaban sometiendo a consideración sistemas de descuentos y primas como un incentivo para la prevención⁶.

Ahora, en Camerún, las contribuciones al seguro de accidentes se dividen en tres clases diferentes de cuotas (de acuerdo con el sector en el que funciona la empresa correspondiente). Hasta ahora no existe ningún sistema de descuentos o primas, pero sí se han previsto beneficios para la prevención. Algo bastante interesante es que se está considerando también la posibilidad de poner en práctica estrategias de incentivos, que apunten no sólo a las empresas (es decir, los contribuyentes al régimen), sino también a los trabajadores, o sea, los asegurados. Tal como se informó desde Camerún, los expertos en seguridad social están planificando la puesta en práctica de un conjunto de incentivos innovador, que permite recortar beneficios a los trabajadores accidentados "que no cumplen las medidas de seguridad laboral". En épocas en que los sistemas de seguridad social en todo el mundo carezcan de recursos financieros, sería interesante aprender de los resultados (que probablemente ahorran costos) de este enfoque. Sin embargo, ciertas implicaciones legales podrían causar problemas en la mayoría de los sistemas.

⁶ Los resultados de la encuesta se presentaron en la Conferencia de la AISS en Limassol, Chipre, en noviembre de 2003.

La vinculación de las cuotas contributivas a los esfuerzos preventivos funciona mejor allí donde la prevención y la indemnización están interrelacionadas. Al proporcionar prevención e indemnización "desde una sola mano", el efecto de prevención se puede controlar y evaluar mejor. Pero, con frecuencia, las instituciones responsables de la indemnización no son idénticas a las instituciones de prevención. En Lituania, como en muchos países del mundo, la prevención es tarea de las inspecciones estatales del trabajo y no del régimen de la seguridad social, en este caso, la Caja Estatal del Seguro Social. Lo mismo se aplica a Eslovaquia. Aquí también el Estado es responsable de la prevención, pero no de la Oficina del Seguro Social. Como puede ocurrir algunas veces en estos ordenamientos y como se informó desde Eslovaquia, la cooperación entre las instituciones pertinentes "es problemática". En Gambia, las instituciones de seguridad social no participan en la prevención, que es responsabilidad del Ministerio del Trabajo. Pero como suele ocurrir con demasiada frecuencia, la prevención "no es una prioridad" del gobierno. Uno podría preguntarse por qué no lo es. En definitiva es el fondo de la seguridad social el que tiene que pagar la factura.

Pero aun cuando la prevención y la indemnización no provengan "de una sola mano", existen muchos vínculos y nexos entre los organismos pertinentes. Sin embargo, el problema de coordinar sus actividades es frecuente y propenso a las ineficiencias. En Malasia, un organismo público (Ministerio de Seguridad y Salud Laboral) es responsable de la prevención. Sus actividades son supervisadas por la Organización Nacional de la Seguridad Social, que desempeña el papel de "facilitador". Contribuye a las actividades públicas de prevención produciendo y distribuyendo material informativo para aumentar los conocimientos públicos sobre higiene y seguridad del trabajo.

En Camerún, la tarea de la prevención se asienta sobre tres pilares: el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Caja Nacional de Previsión Social y la Comisión de Salud e Higiene en las Empresas. Ninguno de estos pilares trabaja de forma completamente independiente: la política de higiene y seguridad del trabajo del Ministerio es puesta en práctica por la Caja Nacional de Previsión Social con la ayuda de la inspección del trabajo. Además, la Caja Nacional de Previsión Social tiene su propio servicio de prevención (es decir, especialistas que controlan las empresas, las consultan y comprueban si las comisiones de higiene existen y funcionan). Es el foco de las actividades de prevención de la institución de seguridad social para conseguir que patronos y trabajadores comprendan los beneficios de una buena conducta preventiva o experimenten las sanciones de una mala. Como se ha dicho antes, el objetivo en Camerún consiste en crear un sistema de descuentos y primas.

En Arabia Saudita, la Organización General del Seguro Social, así como la inspección pública del trabajo, trabajan activamente en la prevención. Existen elementos de un sistema de primas/descuentos, en tanto que las empresas que incumplen el reglamento de seguridad tienen que pagar cuotas contributivas más altas (no se toma en consideración la tasa real de accidentes).

El actual sistema de seguro de accidentes en Argentina se basa en una política de seguro obligatorio que asumen los patronos, tanto en el sector privado como público. Las compañías privadas de seguros asumen los riesgos del trabajo. El Estado controla y regula el sistema a través de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Los patronos están obligados a mejorar las condiciones de trabajo en las empresas. Las aseguradoras privadas, que administran los fondos de indemnización, ayudan a los patronos en sus actividades preventivas. En consecuencia, la prevención "paga" por las aseguradoras que ofrecen incentivos a los patronos por medio de descuentos y primas. El patrono asume la prevención primaria y la compañía aseguradora, la prevención secundaria.

Actividades de seguimiento

Como ha demostrado la discusión de los diversos temas (sistemas de listado, nuevas enfermedades profesionales, notificación/registro y prevención), es notable la necesidad que existe respecto de un intercambio internacional de experiencias y de buenas prácticas. Por tanto, al final del taller, se presentaron dos proposiciones concretas:

- **consolidar la Comisión Técnica de la AISS como la plataforma para el intercambio internacional**

Los participantes sugirieron que se organizaran en el futuro reuniones más pequeñas, como este taller, quizás con motivo de otras conferencias ordinarias de la AISS o en conjunción con ellas (por ejemplo: conferencias técnicas y regionales).

- **organizar un curso sobre diagnóstico e información de enfermedades profesionales**

Especialmente en relación con el diagnóstico y la información de las enfermedades profesionales, se necesita más *know-how* y formación. Con el fin de seguir el taller y satisfacer la demanda de mayor intercambio y transmisión de conocimientos en este campo, la Comisión Técnica ofreció organizar un curso dedicado especialmente a los temas que se debatieron en el taller. Se planificó celebrar el curso dentro del próximo trienio, probablemente en Europa.