

Manizales, 18 de julio de 2019

Doctora
Liliana Fernández T.
Editora Revista Colombiana De Neumología
Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía del Tórax

Bogotá D. C.

Cordial saludo,

Agradezco mucho al grupo editorial de la revista la oportunidad de comentar el escrito recibido para publicación, firmado por los doctores Arthur L. Frank y José Ricardo Navarro Vargas, y el señor Guillermo Villamizar, en el que se debate lo contenido en el artículo del cual soy coautor en compañía del doctor Iván Darío Rendón, publicado por ustedes en el volumen 28, número 2, año 2016, titulado *Prevalencia de patologías relacionadas con el asbesto crisotilo en trabajadores de una empresa de productos de crisotilo-cemento*.

No pretendo profundizar cómo un crítico de arte aparece cuestionando un artículo científico o la relación entre este y los otros firmantes de la crítica, sino que, brevemente, hare referencia a algunos elementos que considero fundamentales sobre estos cuestionamientos.

Se hace referencia a un artículo publicado por el doctor David Bernstein no citado en el artículo motivo de la crítica, pero independientemente de las consideraciones objetivas o no que se puedan tener sobre este autor, el concepto sobre las diferencias en la biopersistencia de los diferentes tipos de asbesto es reconocido por entidades gubernamentales como el Instituto Nacional de Cáncer (1) o la Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR) (2, 3) del Gobierno de los Estados Unidos, las cuales seguramente son inalcanzables por los “*intereses de la Organización Internacional del Crisotilo o la Asociación Canadiense de Crisotilo*” descrita en la crítica.

El capítulo 77 sobre epidemiología de las enfermedades relacionadas con el asbesto (Hunter’s diseases of occupations - tenth edition) (4) es un texto de referencia a nivel mundial sobre medicina ocupacional; el mismo hace referencia a las hipótesis que señalan diferencias entre los distintos tipos de asbesto y se hacen afirmaciones como las siguientes: “Los anfíboles son sustancialmente más potentes que el crisotilo para causar cáncer de pulmón en los seres humanos”. Las referencias internacionales citadas y las citas que hago en mi artículo sobre las diferencias entre los diferentes tipos de fibras están debidamente sustentadas en referencias aceptadas y respetadas en la comunidad científica inter-

nacional que provienen de entidades gubernamentales de incuestionable reconocimiento.

En ningún momento en el artículo del que soy coautor se afirma, como equivocadamente lo refieren los firmantes de los comentarios remitidos, que el *crisotilo es seguro*. Por el contrario, en varios apartes se hace referencia a la importancia de evaluar la efectividad de las medidas de seguridad aplicadas a su manipulación para establecer con mayor precisión el nivel de riesgo del manejo industrial de la materia prima considerada como peligrosa. Al finalizar el artículo, se concluye que el estudio aporta más datos a los ya disponibles en la literatura científica acerca de la posibilidad de considerar un peligro conocido, como controlado. También se establece la consideración de la necesidad de ampliar los estudios para llegar a conclusiones definitivas.

Respecto del diseño del estudio epidemiológico cuyos resultados se publican, se critican los criterios para considerar necesarios los estudios de confirmación; sin embargo, debo aclarar que esta definición responde únicamente a la metodología del estudio. Se establece como criterio, para el sistema de vigilancia epidemiológica desarrollado en la empresa, que cualquier hallazgo radiográfico anormal, sugestivo de neumoconiosis o de cualquier otra condición clínica pleuropulmonar, o cualquier lectura radiográfica inconsistente o contradictoria entre los dos lectores, se maneje como un caso para el que se requiere aclaración diagnóstica o lectura por un tercer lector. Es de aclarar que nunca ha habido contradicción ni inconsistencia en las lecturas, por lo que no se ha requerido tercer lector, ni se han requerido pruebas de mayor nivel de especificidad para ninguno de los pacientes observados dado que no se han presentado hallazgos que lo justifiquen en ninguna radiografía realizada a los trabajadores.

Adicionalmente, se asegura que en el artículo no se describen los lectores de las radiografías. Por el contrario, se menciona con precisión, en el apartado de declaración de conflictos de interés, la naturaleza de los médicos lectores. Se detalla que los médicos radiólogos leen las radiografías como parte de su trabajo en una Institución Prestadora de Salud (IPS) habilitada para el servicio médico de imágenes diagnósticas, este servicio lo presta como parte del

Sistema General de Seguridad Social de Colombia, se realizan y reportan las radiografías correspondientes como IPS contratada por la Administradora de riesgos laborales (ARL) que cubre a los trabajadores de la Empresa en el Sistema General de Riesgos Laborales, como parte del Sistema General de Seguridad Social integral. Significa que el primer lector, Médico Radiólogo, no tiene vínculo alguno con la empresa ni con los pacientes vigilados. El segundo lector, certificado como entrenado en la aplicación de la clasificación internacional de radiografías de neumoconiosis de la Organización Mundial de la Salud y quien, de acuerdo con lo descrito en el artículo, es el coautor del mismo, se desempeña como médico del trabajo al interior de la empresa donde se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica correspondiente, es el único que declara alguna posibilidad de sesgo, declaración de conflictos de interés que se hace con plena franqueza. Sin embargo, conviene aclarar que tampoco es empleado directo de la empresa, es contratado por un tercero que ofrece servicios de apoyo de tipo administrativo, incluidos los de medicina ocupacional, a la empresa industrial en la que se lleva a cabo el estudio; por tanto, tampoco tiene vinculación directa ni recibe ningún tipo de pago directo por la empresa.

Cabe resaltar que, en cualquier condición, los sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional se desarrollan por médicos contratados por las empresas, directamente o por intermedio de terceros, para la vigilancia de la salud de sus trabajadores.

Finalmente, es imperativo responder a la acusación acerca de que el estudio publicado hace parte “de viejas y conocidas estrategias de la industria del asbesto para incidir en los resultados y, de esta manera, presentar un panorama de salubridad ocupacional en el que no existe enfermedad, gracias a las habilidosas estrategias para crear invisibilidad de las enfermedades relacionadas con el asbesto”. Esta afirmación excede la duda científica y no se acompaña de evidencia de casos positivos por exposición en la misma empresa ni por estadísticas de casos positivos por exposiciones en otras condiciones similares que pudieran justificar una duda razonable. La totalidad de los trabajadores expuestos y estudiados están cubiertos por el Sistema de Seguridad Social Integral, donde acudirían en caso de cualquier

sospecha o síntoma relacionado con su exposición, y serían objeto de los estudios y notificación inmediata correspondientes. Es natural concluir que, dado que el artículo está circulando suficientemente desde hace varios años entre los médicos que atenderían los casos sugeridos como manejados con estrategias de “invisibilidad” (esta revista es el medio científico de mayor difusión entre médicos neumólogos y cirujanos de tórax), cualquier caso que contradijera lo publicado ya habría sido ampliamente “visibilizado” por los médicos tratantes, al igual que por los medios de comunicación si tenemos en cuenta la actualidad del tema en discusión y la cantidad de actores interesados en la “visibilización” de cualquier caso con cualquier posible repercusión en su salud derivada de la exposición a los asbestos.

Concluyo expresando mi preocupación por el respeto que me merece el nivel académico de los médicos autores del oficio en relación con sus críticas. Sería de esperar que el debate sugerido por los autores se diera en términos de evidencia científica comprobada, sustentada con estudios de laboratorio y epidemiológicos bien llevados y actualizados, de manera que la discusión se realice en el contexto científico soportado a partir del análisis crítico de información confirmada y confiable.

Quedo inmensamente agradecido por la oportunidad de respuesta y por la publicación de este escrito.

Atentamente,

MAURICIO MEJÍA MEJÍA, MD, MSc

Referencias

1. Instituto Nacional del Cáncer. Exposición al asbesto y riesgo de cáncer. NIH [internet] 2017 [acceso el 17 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/sustancias/asbesto/hoja-informativa-asbesto>.
2. Toxicological profile for asbestos. U. S. Department of Health and Human Services [internet] 2001 [acceso el 17 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp61.pdf>.
3. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Public health statement. Asbestos. ATSDR [internet] 2001 [acceso el 17 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.atsdr.cdc.gov/phs/phs.asp?id=28&tid=4>.
4. Rudd R. Epidemiology of asbestos-related diseases. En: Baxter PJ, Aw TCh, Cockcroft A, Durrington P, Harrington JM (editores). Hunter's Diseases of Occupations. 10.^a edición. Londres: Arnold; 2010. p. 1005.