

Las enfermedades profesionales declaradas en España en los últimos 18 años

Montserrat García Gómez y Rosario Castañeda López

INTRODUCCIÓN

Veinte millones de españoles pasan muchas horas al día, cinco días a la semana y muchas semanas al año en el trabajo. Y el trabajo es uno de los factores más influyentes en la salud de las personas¹.

Las relaciones entre el trabajo y la salud han sido profusamente estudiadas desde un punto de vista político, económico, sociológico, psicológico y médico. Fruto de estos estudios sabemos que el trabajo, cuando está adaptado a la persona, es un promotor privilegiado de salud, pero que, con demasiada frecuencia, provoca, además, la pérdida de la misma. Algunos ejemplos de ello son:

- De los más de quince millones y medio de trabajadores afiliados por cuenta ajena al

sistema de Seguridad Social en España en 2007, más de un millón ochocientos mil sufrieron un accidente de trabajo o una enfermedad profesional², lo cual supone que se han visto afectados por esta circunstancia uno de cada ocho trabajadores, aproximadamente. Tasas de siniestralidad laboral tan elevadas son inapropiadas, sobre todo si consideramos que cualquier daño derivado de las condiciones y medio ambiente de trabajo es prevenible por definición, dado que, para la mayoría de factores de riesgo presentes en los ambientes laborales, podemos saber con mucha precisión dónde, cómo y cuándo se originan.

- Cada año, alrededor de 1.500 personas mueren en España a causa de accidentes laborales². Además, otros muchos de esos

* Las notas del texto hacen referencia a la bibliografía que aparece al final de este artículo.

accidentes producen incapacidad parcial o completa para trabajar y generar ingresos.

- Cuatro sectores de actividad (pesca, agricultura, construcción y salud y servicios sociales) tienen una tasa de accidentes que supera a la media en un 30 por ciento y otros cuatro (industrias extractivas, industria manufacturera, hostelería y restauración y transporte), en un 15 por ciento. Y estas cifras son mucho más elevadas si solo consideramos las PYME o las microempresas que forman la inmensa mayoría de nuestro entramado empresarial: así, por ejemplo, en el sector de la construcción, en el que la tasa de incidencia supera la media en un 41 por ciento, la diferencia asciende a un 124 por ciento para las empresas que cuentan entre uno y nueve trabajadores, y a un 130 por ciento para las de entre diez y cuarenta y nueve trabajadores^{2,3}.
- El ruido está presente en más del 48 por ciento de los puestos de trabajo, la inseguridad de las instalaciones está presente en el 47 por ciento de los puestos, la inseguridad de las máquinas, los equipos y los materiales en el 43 por ciento, el diseño de los puestos de trabajo en el 36 por ciento, el ambiente térmico en más del 34 por ciento, etc.⁴, es decir las condiciones del puesto de trabajo que lo hacen intrínsecamente inseguro. Esto explica un dato aparentemente contradictorio sobre las causas de los accidentes en las empresas españolas, en las que el exceso de confianza del propio trabajador es la causa de más del 50 por ciento de los accidentes, lógicamente porque ese exceso de confianza, junto con el 20 por ciento de los esfuerzos y posturas forzadas y el 17 por ciento de la fatiga y el cansancio son susceptibles de producir accidentes, justamente porque los puestos de trabajo siguen siendo inseguros.

- La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial atribuyen un 3 % de los años de vida perdidos al trabajo⁵;
- Estudios publicados por el Consejo Nórdico estiman que las condiciones de trabajo causan el 50% de la morbilidad, con un rango que oscila desde el 4 % de los cánceres al 80 % para las enfermedades del aparato locomotor⁶.
- La Organización Internacional del Trabajo ha calculado que las pérdidas económicas debidas a enfermedades y lesiones ocupacionales, representan aproximadamente el 4 % del producto interior bruto (PIB) a nivel mundial⁷.
- El estrés en el trabajo está costando en los países industrializados y en aquellos en vías de desarrollo entre el 5 y el 10 % del PIB, a causa del absentismo por enfermedad, jubilaciones anticipadas por problemas de salud, y productividad perdida en términos de servicios prestados y producción, exigiendo, además, a los sistemas socio-sanitarios un gasto extra por asistencia médica e incapacidades⁸.

Sabemos hace tiempo que el reconocimiento de que una afección va ligada a un riesgo laboral hace que se preste a tal riesgo una atención particular, lo que puede originar una mejora de la prevención, ya que se pone en evidencia el peligro, se preconizan medidas de protección y pueden ejercerse controles más eficaces cuando existe el riesgo⁹.

Por lo que se refiere a las enfermedades profesionales dicho reconocimiento, y la declaración consiguiente, depende estrechamente del sistema de indemnización de las enfermedades profesionales en vigor. Si se quieren comprender las estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es necesario conocer los mecanismos de declaración implicados y las suposiciones subyacentes a estos mecanismos¹⁰.

En sentido estricto, el concepto de enfermedad profesional se refiere a los casos que han sido reconocidos como tales por el Sistema de la Seguridad Social, que restringe la concesión de las compensaciones a los casos para los cuales el trabajo es el único factor o el más importante¹¹.

Por lo tanto, las estadísticas sobre enfermedades profesionales no son un sistema de información, en el sentido del consenso científico actual sobre el significado de este término, sino un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de compensación como enfermedad profesional¹².

Fruto de esta lógica, encontramos, por un lado, un subregistro en determinadas enfermedades laborales, y, por otro, altos números en otras, que no responden a la situación real de riesgo y daño derivado del trabajo.

No obstante, a pesar de su limitado nivel de sensibilidad y especificidad, las estadísticas sobre la incidencia de las enfermedades profesionales son indicadores importantes de las condiciones de trabajo y, más en general, de la calidad del mismo. Más importante quizás, analizar sus tendencias temporales proporciona una evaluación importante de como cambia la situación a lo largo del tiempo.

Los aspectos de género en el subregistro de estas enfermedades son relevantes. Suponen una discriminación sistemática que inhibe las políticas preventivas en lo que se refiere a las enfermedades profesionales más comunes entre las trabajadoras y a las que afectan más a las mujeres que a los hombres¹³. A pesar de su importancia, ha sido un tema poco tratado en nuestro medio, tanto desde la perspectiva de la salud pública como de la propia salud laboral. La publicación oficial periódica de las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales no ha incluido el sexo como variable de análisis hasta el año 2004, por ejemplo. Y desde los ámbitos científicos, en

España se han realizado pocos intentos de aproximación sistemática al estudio de las estadísticas sobre enfermedades profesionales, sus tasas de incidencia, sus tendencias y sus asociaciones con los indicadores demográficos y laborales^{14,15,16,17,18}.

Después de treinta años, en el Consejo de Ministros de 10 de noviembre de 2006 se adoptó el 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. El Real Decreto fue publicado en el Boletín Oficial del Estado de 19 de diciembre de 2006 y ha entrado en vigor el 1 de enero de 2007. El marco regulador anterior se situaba en los años 1973 y 1978.

La definición legal de enfermedad profesional se establece en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social¹⁹: “se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y/o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

En relación con los datos de este estudio, el cuadro de enfermedades profesionales en vigor en el periodo 1990-2006 es el publicado en 1978²⁰, en sustitución del anterior de 1961, que clasificaba las enfermedades en seis grupos, con un total de 71 enfermedades profesionales con derecho a indemnización. El aprobado en 2006 (que utilizamos para los datos de 2007) las amplía a 141 enfermedades, y estructura el cuadro en dos listas: una de enfermedades profesionales y otra lista complementaria de enfermedades, cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión

en la de enfermedades profesionales podría plantearse en el futuro. Este procedimiento ha sido seguido habitualmente en la Unión Europea y, efectivamente, el cuadro aprobado es asimilable en su mayor parte al de la Recomendación de la Comisión, de 19 de setiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales.

La notificación de las enfermedades profesionales en el periodo 1990-2006 estaba regulada por la Orden de 22 de enero de 1973 del Ministerio de Trabajo, y la Resolución de la Dirección General de la Seguridad Social, de 6 de marzo de 1973, en las que se establecía el procedimiento de cumplimentación y tramitación del “Parte de enfermedad profesional”. El “Parte de Enfermedad Profesional” debía ser cumplimentado por el empresario, estando obligado a notificar a la autoridad laboral la correspondiente enfermedad profesional, directamente en el caso de las empresas autoaseguradoras, o a través de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en los demás casos, mediante este documento oficial. En el nuevo sistema, notifica la entidad gestora (INSS, ISM) o colaboradora, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

Es decir, en nuestro país el reconocimiento y la indemnización de las enfermedades profesionales está basado en el sistema de Lista: existe una lista que define las enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos que exponen al riesgo de contraerlas.

Este sistema supuso en su momento una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores, aunque con importantes limitaciones, ya que reconocía y catalogaba los daños originados como consecuencia del trabajo que se realiza, y podía servir como guía para la puesta en marcha de medidas de prevención. En efecto,

la presunción legal, característica del sistema de lista, libera al trabajador de “tener que probar” que su dolencia está causada por el trabajo. Basta que su enfermedad figure en la lista y que su actividad profesional lo ponga en contacto con el agente nocivo generador de tal enfermedad, tal y como se describe en la lista. Además tiene la ventaja de garantizar uniformidad en las prestaciones correspondientes a cada caso¹¹. Sin embargo, en la actualidad supone una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud, y no garantiza la adecuada vigilancia y prevención consiguiente de las enfermedades derivadas del trabajo. El objetivo de este artículo es explicar el patrón de declaración y las tendencias temporales de las enfermedades profesionales en la población asalariada española en los 18 últimos años, y el cambio que se ha producido tras la implantación del nuevo sistema de notificación y registro de estas enfermedades.

MÉTODOS

POBLACIÓN

Se ha considerado como población con riesgo de sufrir una enfermedad profesional la media aritmética de las estimaciones trimestrales de la población asalariada que proporciona la Encuesta de Población Activa (EPA) para los años 1990 - 2007²¹, y su distribución por sexo, edad, ocupación, actividad económica y Comunidad Autónoma. Para el tamaño de empresa, se utilizó como denominador la población de trabajadores afiliados al régimen de la seguridad social, obtenida del Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, apartado Empresas inscritas a la Seguridad Social, proporcionadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

DEFINICIÓN DE CASO

Los casos son las enfermedades profesionales (EP) declaradas a través del Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional en los años 1990 a 2006, proporcionados en formato electrónico por la Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Los casos notificados durante el 2007, se han obtenido de la web del Observatorio de las Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables de interés contenidas en el Parte y utilizadas en nuestro análisis han sido:

- **Del trabajador:** sexo, edad, tiempo en el puesto de trabajo y Comunidad Autónoma. La edad se ha agrupado en 5 categorías: 16 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59 y de 60 años y más. La antigüedad en el puesto de trabajo se ha categorizado en cuatro grupos: menos de 6 meses, de 7 meses a 3 años, de 4 años a 10 y más de 10 años. Las Comunidades Autónomas se codificaron utilizando los códigos provinciales del INE²².
- **De la empresa:** tamaño de la empresa: esta variable se agrupó en 5 categorías: 1 a 5, 6 a 49, 50 a 249, 250 a 499, 500 y más.
- **De la enfermedad:** diagnóstico, año de diagnóstico, y gravedad de 1990 a 2006. En el nuevo parte electrónico de enfermedad profesional, que ha entrado en vigor el 1 de enero de 2007, no figura la gravedad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Perfil de la enfermedad.

Para conocer el perfil de estas enfermedades se realizó, en primer lugar, un análisis des-

criptivo teniendo en cuenta el diagnóstico y la gravedad, el tamaño de la empresa, la antigüedad en el puesto de trabajo, y la Comunidad Autónoma donde se encuentra la empresa. Se han valorado las diferencias mediante el cálculo de la razón de tasas (o riesgo relativo, en lo sucesivo RR) con su intervalo de confianza al 95 (IC 95%).

Tasas crudas, específicas y ajustadas.

La incidencia observada en los trabajadores se ha calculado dividiendo el número de EP declaradas en un año determinado por los trabajadores con riesgo ese año. Las tasas específicas se han obtenido de la misma manera para cada categoría de las variables analizadas, utilizando como denominador la población ocupada asalariada correspondiente a cada variable, excepto en el caso de la antigüedad en el puesto de trabajo, variable para la que no se dispone de denominadores, y en el caso del tamaño de la empresa, cuyas tasas específicas se calculan a partir de 1995 (por no disponer de la población por tamaño de empresa con anterioridad a esta fecha).

Las tasas ajustadas por edad permiten las comparaciones al eliminar el componente de la edad. En este estudio se ha considerado como población de referencia la población asalariada española media del periodo estudiado. Las tasas ajustadas se calculan aplicando a cada grupo de edad de dicha población estándar la tasa específica observada para ese grupo de edad en los trabajadores estudiados. Las tasas ajustadas eliminan las diferencias en la incidencia de enfermedad debidas a la distribución etaria de la población, por lo que permiten comparar el impacto de la enfermedad profesional en poblaciones diferentes. En el análisis gráfico se han representado las tasas de incidencia anuales ajustadas por la edad según el método directo, utilizando como población de referencia la media del periodo.

Distribución geográfica.

Para evaluar la distribución espacial de la incidencia de EP, se obtuvieron las tasas específicas de enfermedades profesionales notificadas por Comunidad Autónoma durante el periodo 1990 a 2007. La razón entre las tasas se representó en mapas clasificando las Comunidades Autónomas según el valor del riesgo relativo, tomando como referencia la tasa nacional, para los años 1990, 1999 y 2006.

RESULTADOS

En el periodo 1990 a 2007 se notificaron en España un total de 269.604 EP, correspondiendo el 65 por ciento a hombres y el 35 por ciento a mujeres. En estos 18 años, el número de partes de EP compensadas se ha multiplicado por siete en el 2005. A partir de aquí comienza el descenso, y el número de partes notificados ha descendido en el 2007 a casi la mitad. Pero únicamente han aumentado los casos calificados como leves y los sin baja, que suman el 99 por ciento del total, mientras el número de casos graves es inferior hoy al de hace 18 años (40 casos frente a 291). Cabe destacar que las EP sin baja representan el 16,6 por ciento del total de enfermedades declaradas, y que, en cuanto a las EP mortales, ningún año se han declarado más de 4. Atendiendo al diagnóstico, las EP más frecuentes fueron las provocadas por agentes físicos (el 82 % de las declaradas), seguido de las enfermedades de la piel (10 %), y de las infecciosas y parasitarias (3 %).

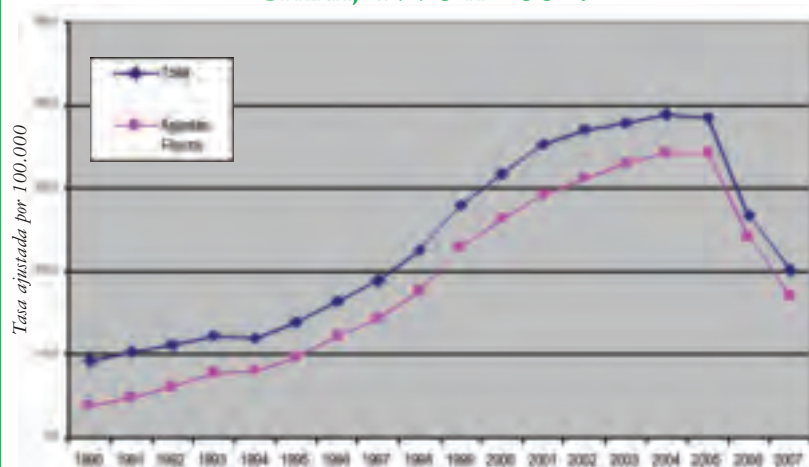
Las enfermedades provocadas por agentes físicos incluyen fundamentalmente aquéllas que afectan al aparato locomotor (el 90 % del total del grupo, principalmente tenosinovitis), las hipoacusias o sorderas provocadas por el ruido, las enfermedades de los ojos, las enfermedades provocadas por trabajos con

aire comprimido, y las enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes. Estas enfermedades en el año 2007 suponen el 83 por ciento del total de EP compensadas, mientras que en 1990 representaban el 41 por ciento. Este notable incremento de la notificación de las EP provocadas por agentes físicos, no se observa en las enfermedades del resto de los grupos, que, a excepción de las sistémicas, disminuyen a lo largo del periodo. Así, las enfermedades de la piel pasan de representar el 33 por ciento en 1990 al 7,3 por ciento en 2007; las infecciosas y parasitarias del 11 al 1,7 por ciento; las producidas por agentes químicos del 5 al 4,4 y las provocadas por inhalación del 5,4 al 3,2 por ciento.

El crecimiento de la incidencia de las enfermedades profesionales se ha mantenido desde 1990 (45,8 por cien mil asalariados) hasta el 2004 (194,1) (RR= 4,35, IC 95% 4,34-4,36), lo que ha supuesto un incremento de un 282 % en los hombres y en un 636 % en las mujeres. A partir de este año se ha producido un descenso en la notificación hasta el 2007, en el que la tasa de incidencia ha sido de 101,8. En la figura 1 se observa que este crecimiento es más pronunciado en los años 1996 a 2001, y que viene determinado por el incremento de la incidencia de las enfermedades provocadas por agentes físicos. De hecho, las pendientes de sus tendencias transcurren paralelas. En el 2005 el descenso fue incipiente (1%), y ha sido muy marcado en los años siguientes, del 41,7% en 2006 y el 33,1% en 2007.

La incidencia ha sido, en todo el periodo, mayor en hombres que en mujeres. Esta diferencia era del doble en los primeros años y ha ido descendiendo a lo largo del periodo hasta el año 2001 donde la diferencia fue prácticamente inexistente. A partir de este momento las diferencias vuelven a aumentar ligeramente aunque no superan nunca el 18 por ciento (figura 2).

FIGURA 1. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR CIENTO MIL TRABAJADORES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD. ESPAÑA, 1990 A 2007.



ENFERMEDADES DE BAJA FRECUENCIA

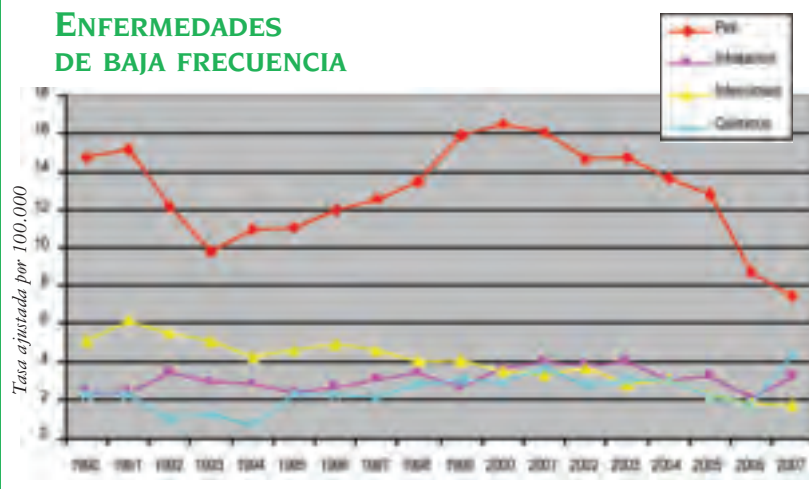
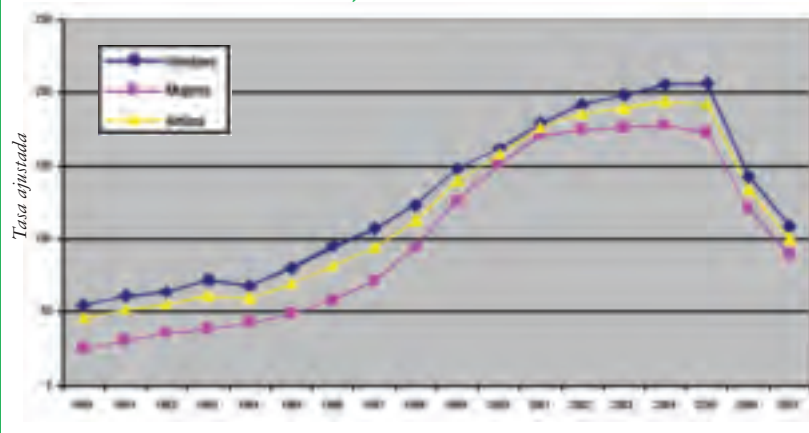


FIGURA 2. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR CIENTO MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.



El cambio de patrón en la compensación de las EP ha sido, además, bien diferente para las mujeres. Efectivamente, las EP más declaradas en las mujeres en 1990 eran las enfermedades de la piel, que suponían el 37 por ciento del total, y que descienden hasta el 7,3 en 2007, así como las infecciosas y parasitarias (segunda enfermedad más frecuente en las trabajadoras) que pasan del 32 al 2,4 por ciento en estos 18 años. El cambio más notable, no obstante, se produce en el grupo de EP provocadas por agentes físicos, que en el año 2007 suponen el 84,8 por ciento del total en mujeres, y 82,4 en hombres, pero cuya frecuencia para las mujeres al inicio del periodo, en 1990, era del 18,5 por ciento de las EP declaradas. En 2007 la distribución porcentual de las diferentes EP es similar en trabajadores y trabajadoras.

El 67 por ciento de las EP se han declarado en trabajadores con menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo (62 en hombres y 77 en mujeres). Al inicio del periodo, sin embargo, este porcentaje era del 48 por ciento, declarándose más de la mitad de las EP en trabajadores con más de 10 años de antigüedad en el puesto (figura 3, en la página siguiente).

El 80 por ciento de las enfermedades se han declarado en empresas de 6 a 499 trabajadores de plantilla. En 1990, la declaración de las EP en las mujeres se producía sobretudo en las grandes empresas, mientras en los hombres era

FIGURA 3. ENFERMEDADES PROFESIONALES EN TANTO POR CIENTO DEL TOTAL SEGÚN LA ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO. ESPAÑA, 1990 A 2006

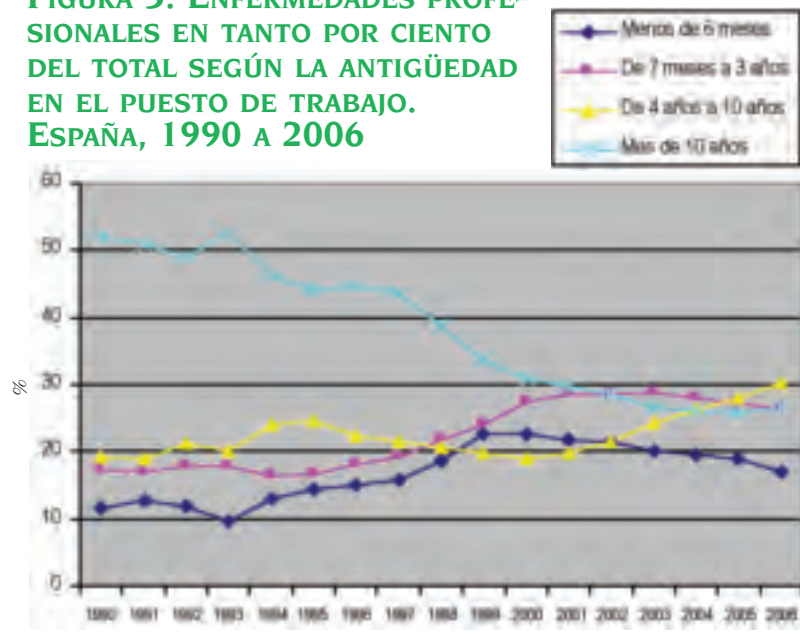
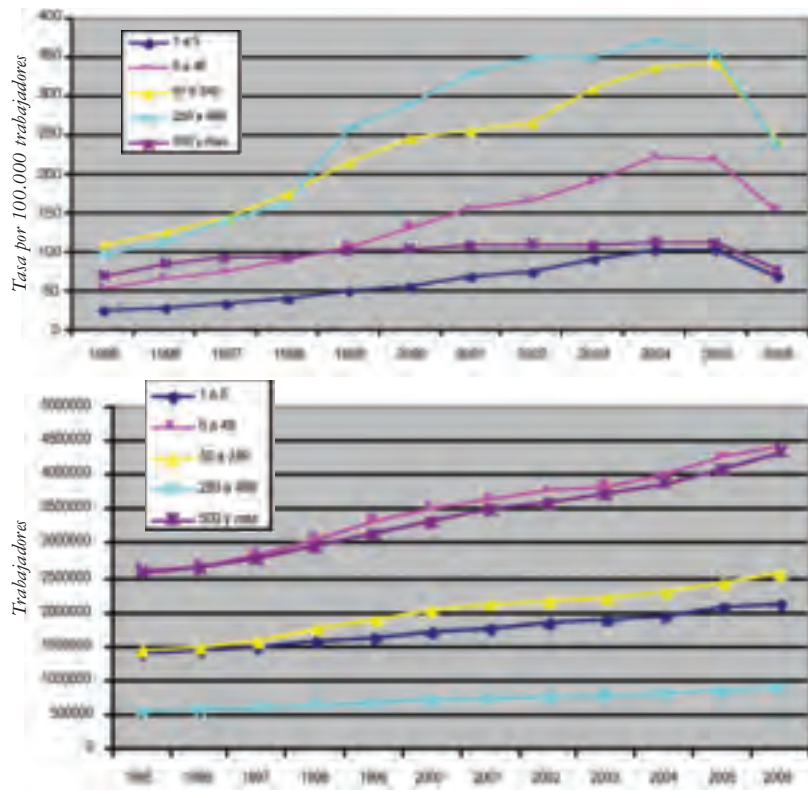


FIGURA 4. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR CIENTO MIL TRABAJADORES SEGÚN EL TAMAÑO DE LA EMPRESA, Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA SEGÚN EL TAMAÑO DE LA EMPRESA. ESPAÑA, 1995 A 2006



más frecuente en las empresas de 6 a 249 trabajadores. En el año 2006, el 63 de EP en los hombres se declara en empresas de 6 a 249 trabajadores, y en las mujeres disminuye la declaración de EP en las grandes empresas y se incrementa en las medianas, con lo que el patrón de declaración de las trabajadoras se acerca al de los hombres al final del periodo.

La evolución de la declaración de EP según el tamaño de la empresa sigue la tendencia global de crecimiento en todos los tramos estudiados excepto en las empresas con 250 o más trabajadores, en particular en las de más de 500 trabajadores. El incremento se mantiene durante todos los años estudiados, observándose las tasas más elevadas en las empresas de 50 a 249 trabajadores, con una notificación 4 veces mayor que en las de 1 a 5 trabajadores hasta el año 2000 (RR en el año 2000 de 4,38, IC 95% 4,38-4,40), y del doble respecto a las empresas de entre 6 y 49 trabajadores (RR en el año 2000 de 1,87, IC 95% 1,86-1,88). A partir del 2000, estas diferencias disminuyen ligeramente cada año, hasta convertirse en algo más del triple en el año 2006 respecto a las muy pequeñas empresas (1 a 5 trabajadores), y una vez y media más respecto a las pequeñas (6 a 49 trabajadores) (figura 4).

En resumen, hace 18 años la EP más frecuente era una enfermedad provocada por un agente físico, en un trabajador menor de 50 años, de una empresa de más de 250 tra-

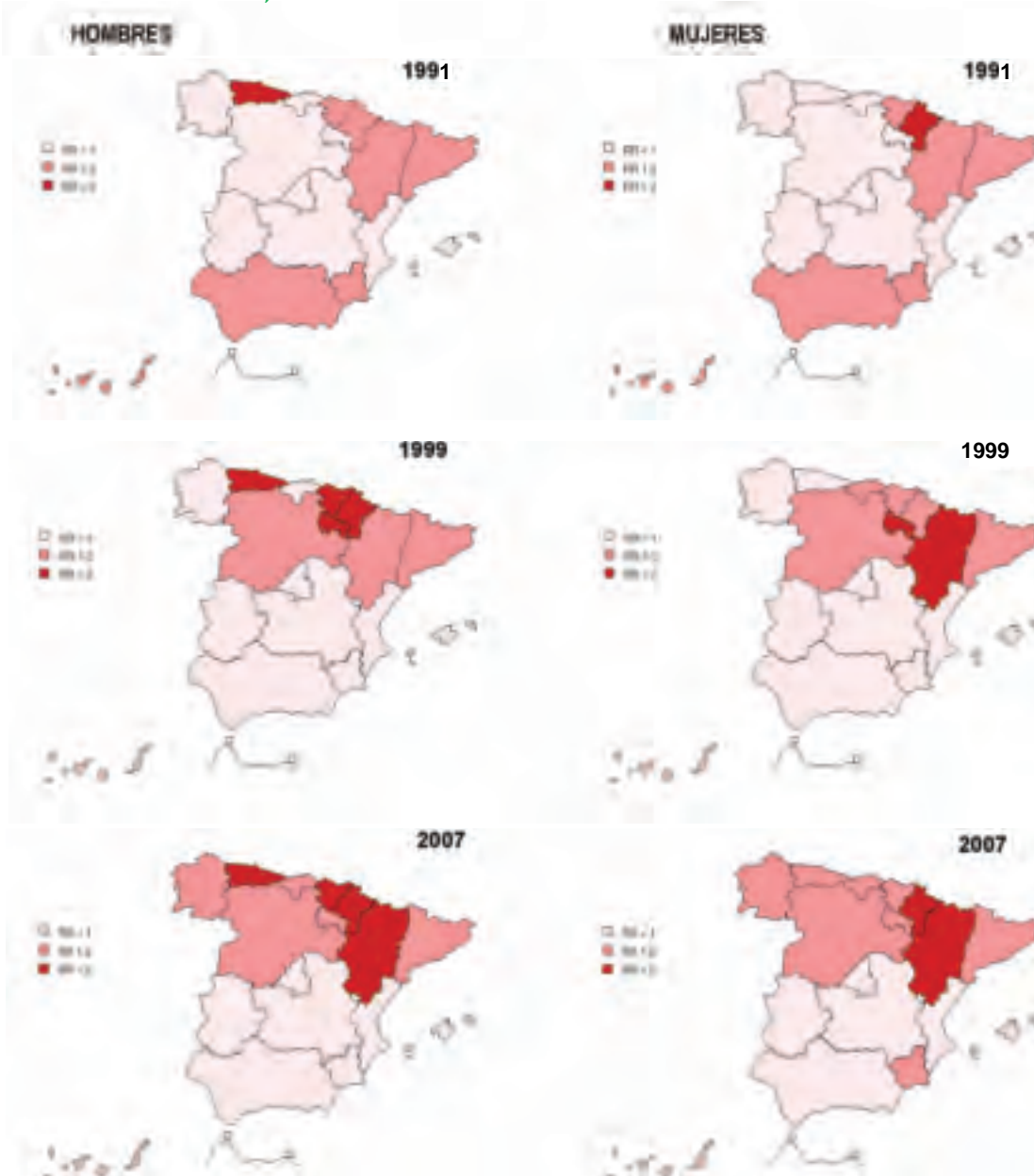
bajadores, con más de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo.

En la actualidad, el perfil es una enfermedad que afecta al aparato locomotor, en un trabajador menor de 50 años, de una empresa de más de 10 trabajadores, con una antigüedad en el puesto de trabajo menor de 10 años.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

El incremento constante de la incidencia para el conjunto de España, se observa también en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, pero con pendientes diferentes. En la figura 5 se representa el riesgo relativo para

FIGURA 5. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 y 2007, DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA



1991, 1999 y 2007, de las enfermedades profesionales en las Comunidades Autónomas, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad. Al comparar la incidencia de EP por Comunidad Autónoma, se observa un patrón en el que destaca la elevada declaración en la mitad norte del país, sobre todo al final del periodo, y en los hombres.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

Las enfermedades incluidas en este grupo, 219.994 casos, representan el 82 % de todas las enfermedades notificadas en este periodo. La evolución de la declaración de este grupo de enfermedades es la que marca la tendencia general de declaración del conjunto de las enfermedades profesionales. Esta tendencia es claramente ascendente a lo largo de estos años hasta el 2005 en hombres y hasta el 2004 en mujeres, pasando en las mujeres de una tasa de 4,4 en el año 1990 a 157,4 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras en el 2004, y en los hombres de 24,7 a 184,3 en el 2005. A partir de estos años comienza el des-

censo, y en el 2007 presentan una tasa de 90,2 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadores los hombres y 77,7 las mujeres. La incidencia media en este periodo fue en las mujeres de 95 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 107. La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,13 (figura 6).

La edad media de presentación en los hombres fue de $38,2 \pm 10,8$ años, y en las mujeres de $38,8 \pm 10$ años. La incidencia es mayor en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. Los grupos que presentan una mayor incidencia en los hombres son los de edades comprendidas entre 40 y 49 hasta el 2001. A partir de este año son los de 50 a 59 años. En las mujeres, la incidencia es mayor en el grupo de 40 a 49 en la mayoría de los años, y en los primeros años, en el grupo de 30 a 39 años.

En la figura 7 se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de las enfermedades profesionales producidas por agentes físicos notificadas en España durante el periodo 1995 - 2006 por Comunidad Autónoma, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad. Comparando su incidencia por Comunidad

Autónoma, se observa un patrón en el que destaca la elevada declaración en Aragón, Andalucía y la cornisa cantábrica en los hombres, y en Aragón, Cataluña, Navarra y País Vasco, en las mujeres, al inicio del periodo. En el caso de los hombres, destaca Asturias, que declaraba 15 veces más estas enfermedades en sus trabajadores que en el resto de trabajadores españoles en 1990. En el mismo año, en las mujeres, es notable también que las Comunidades nororientales citadas declaraban entre 2 y 10

FIGURA 6. ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR AGENTES FÍSICOS POR CIENTO MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.

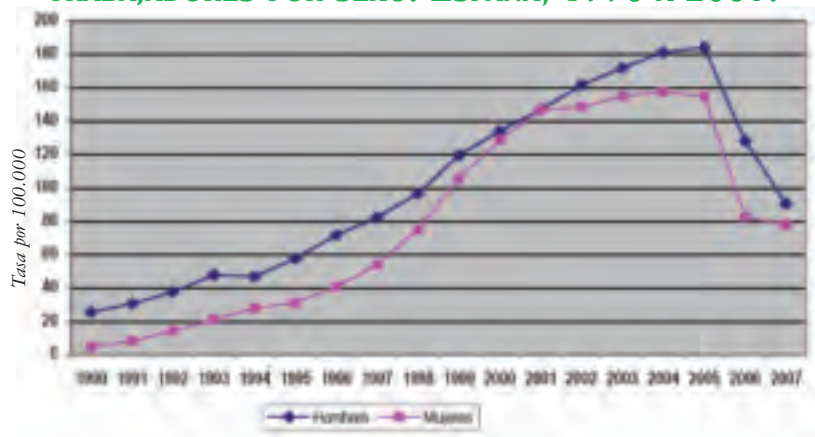
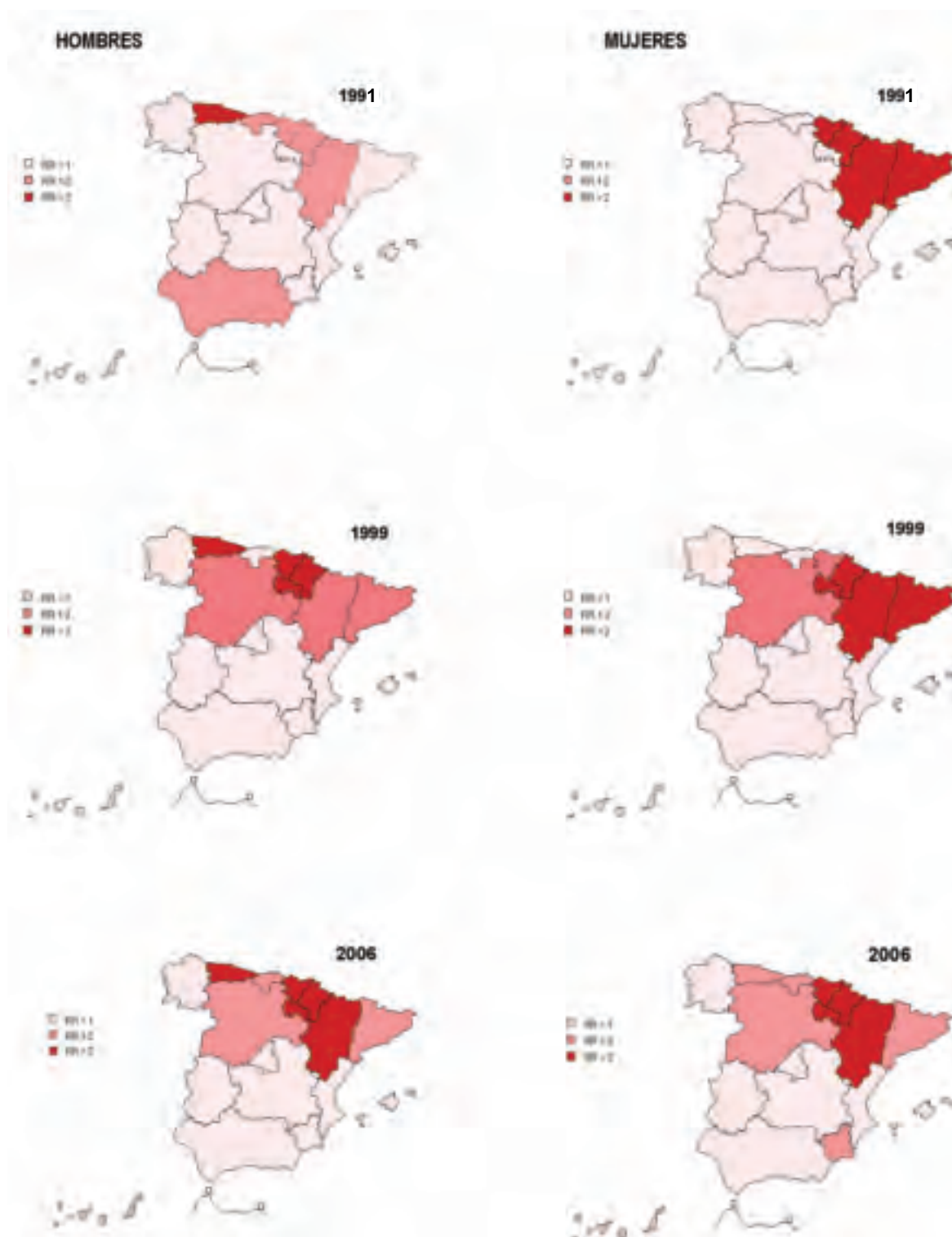


FIGURA 7. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR AGENTES FÍSICOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA.



veces más que el resto. A medida que avanzamos en los años estudiados, y fundamentalmente a partir de 1995, el patrón de declaración se concentra en las Comunidades de la mitad norte del país, exceptuando Galicia, y en Murcia, para las mujeres.

El desigual incremento en la notificación que describíamos para el conjunto de las enfermedades profesionales experimentado según Comunidad Autónoma en los 18 años considerados, es mucho mayor para estas enfermedades. Así, por ejemplo, Asturias (con incidencia siempre por encima de la media española) y Andalucía (siempre por debajo de la media) son las que menos han incrementado la declaración. En el extremo opuesto, en Galicia y La Rioja se han declarado 235 veces más enfermedades profesionales producidas por agentes físicos en 2005 que en 1990; 145 veces más en Baleares, 55 veces más en Cantabria, y 25 veces más en Navarra.

HIPOACUSIA O SORDERA

Las hipoacusias profesionales, 7.163 casos, representan el 2,6 % de todas las enfermedades notificadas en este periodo, y el 3,2 % del total de las enfermedades provocadas por agentes físicos.

En la figura 8 se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de hipoacusias profesionales notificadas en España durante el periodo 1995 - 2006 por Comunidad Autónoma, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media español después de ajustar por la edad.

El patrón de declaración de las hipoacusias profesionales es absolutamente aleatorio y desigual. Es, con mucho, una enfermedad que se declara fundamentalmente en los hombres (de las 7.163, solo 130 han sido declaradas en mujeres), y ha sufrido grandes variaciones en los años estudiados y en las distintas

Comunidades Autónomas. En los primeros años del periodo (1990-93) en Andalucía se declaraban 5 o 6 veces más hipoacusias que en el resto del país, para descender drásticamente su tasa por debajo de la media desde 1995 hasta el final de los años estudiados. En Aragón, Navarra y País Vasco, la declaración aumenta por encima de la media a partir de 1998, con oscilaciones anuales en las tasas, fundamentalmente en el País Vasco, que, en 1999 llega a declarar 10 veces más hipoacusias que la media, y 12 veces más en 2005. Galicia es un caso extremo de esta ausencia de patrón biológico en la declaración: todos los años estudiados declara notablemente por debajo de la media española, pero en 1998 declara ocho y media veces más, y en 1999 y 2004, dos veces más que la media.

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Este grupo de enfermedades ocupa el segundo lugar en la frecuencia de presentación de enfermedad profesional, tanto en hombres como en mujeres. Durante este periodo se han notificado 27.482 casos, lo que supone un 10,2 % del total.

La incidencia media en este periodo fue en las mujeres de 9,9 enfermedades profesionales de la piel por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 14,6. La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,5 (figura 9, en la página 32).

La tendencia de la incidencia de estas enfermedades ha ido cambiando a lo largo del periodo. En 1990 la incidencia fue de 10,9, y en los primeros años, hasta 1993, sufrieron un ligero descenso. A partir de este año fueron aumentando hasta el 2000 (incidencia de 13,2), momento éste en que vuelven a descender hasta el 2007 en los hombres, en los que la incidencia fue de 8. Sin embargo, en

FIGURA 8. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS HIPOACUSIAS O SORDERAS PROFESIONALES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA.

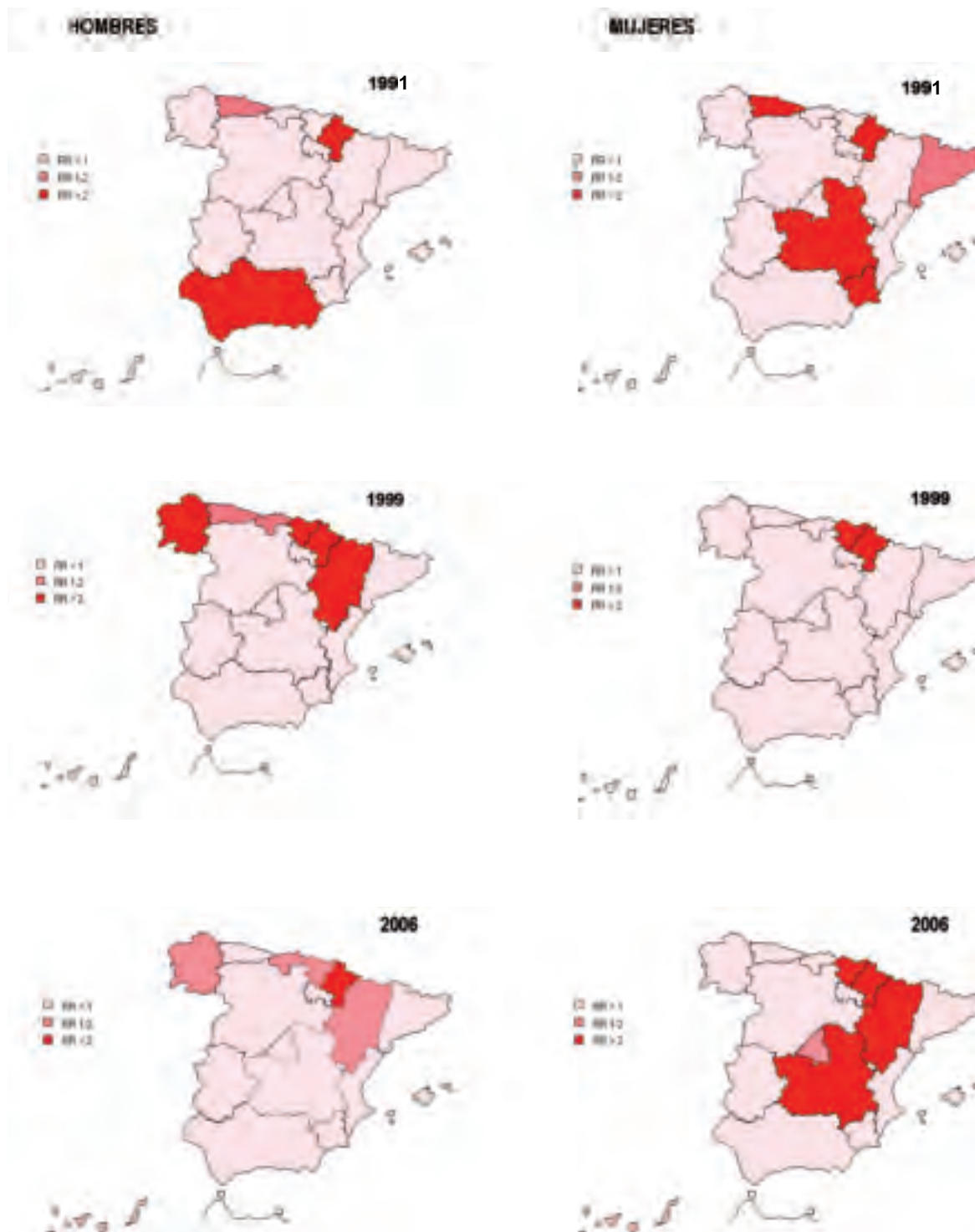
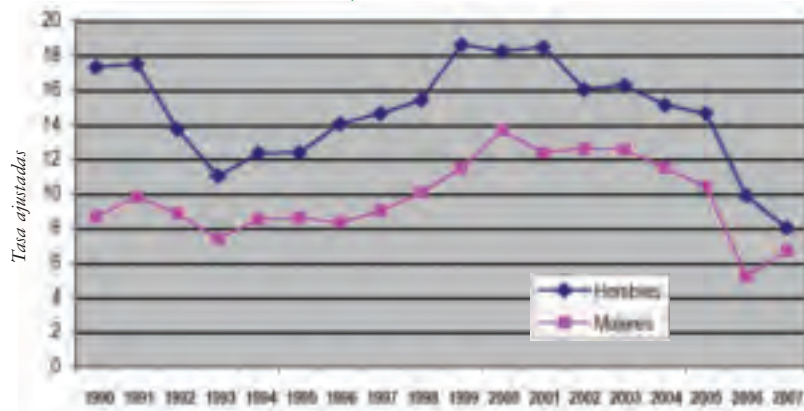


FIGURA 9. ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL POR CIENT MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.



las mujeres ascendió un 22 por ciento con respecto al año anterior.

Si tenemos en cuenta la edad, la edad media de presentación en los hombres fue de $38,5 \pm 11,7$ años, y en las mujeres de $35,1 \pm 10,6$ años.

En la figura 10 (página contigua) se representa el riesgo relativo de enfermedades profesionales de la piel notificadas en España durante el periodo 1995 a 2006 por Comunidad Autónoma para 1991, 1999 y 2006, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad. El patrón de declaración de estas enfermedades por Comunidades Autónomas muestra en 1990 el noreste del país (Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco, La Rioja), Murcia y Canarias, como las Comunidades en las que más notifican. Exceptuando 1990, Asturias presenta una declaración elevada de estas enfermedades durante todos los años estudiados, y a partir de los años finales de la década de los 90, la notificación se incrementa por encima de la media en las dos Castillas, Cantabria y Baleares, y disminuye en Canarias, lo que vuelve a configurar, al final

del periodo, un patrón en el que destaca la elevada notificación en la mitad norte del país.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS

Las enfermedades de este grupo con 7.941 casos representan el 3 % de todas las enfermedades notificadas en el periodo. La tendencia de la incidencia de estas enfermedades ha sido descendente durante

todo el periodo. La tasa en 1990 fue de 3,7 por cien mil trabajadores, y disminuye hasta 1,8 en el año 2007. En los hombres, la disminución es igualmente a la mitad (de 2,8 a 1,4), y en las mujeres descienden de 5,6 a 2,2. La incidencia media en este periodo fue en las mujeres de 4,5 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 3,2. La razón de incidencias entre géneros fue de 1,4 a favor de las mujeres. La incidencia ha sido mayor durante todo el periodo en las mujeres que en los hombres, excepto el año 1993 (figura 11).

FIGURA 11. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS POR CIENT MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.

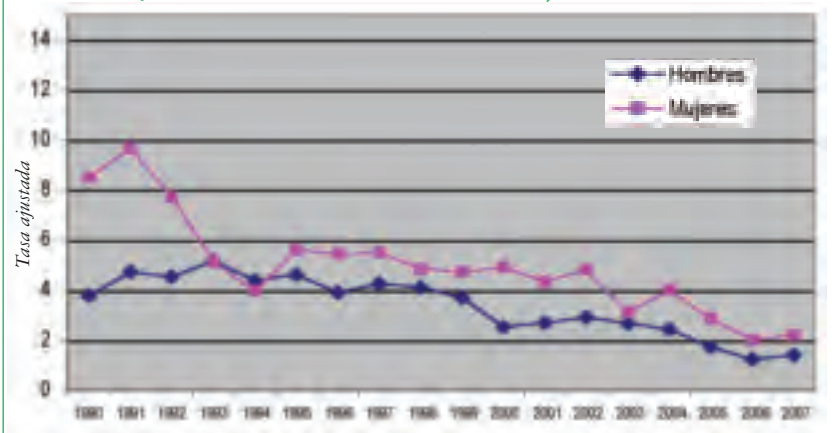
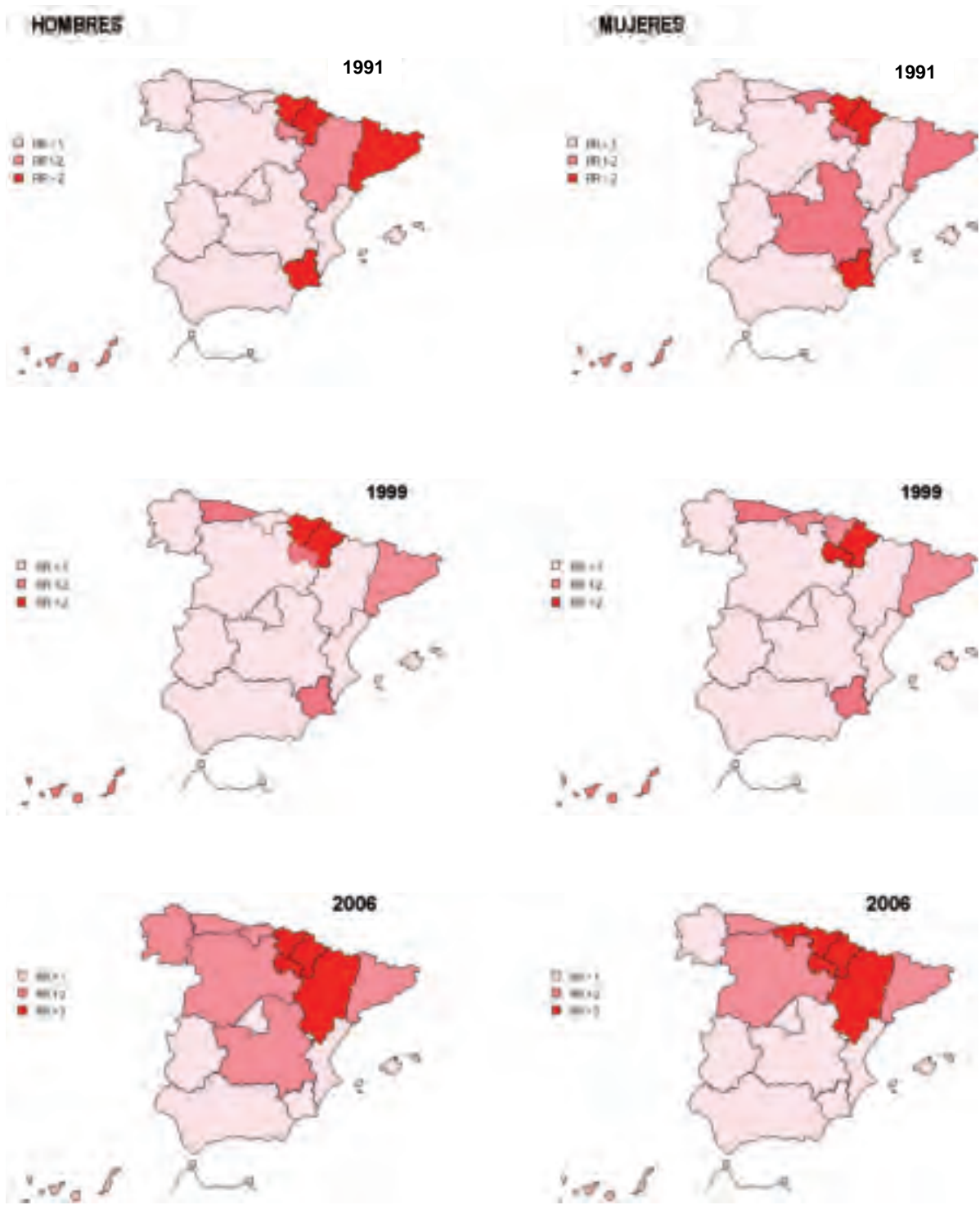


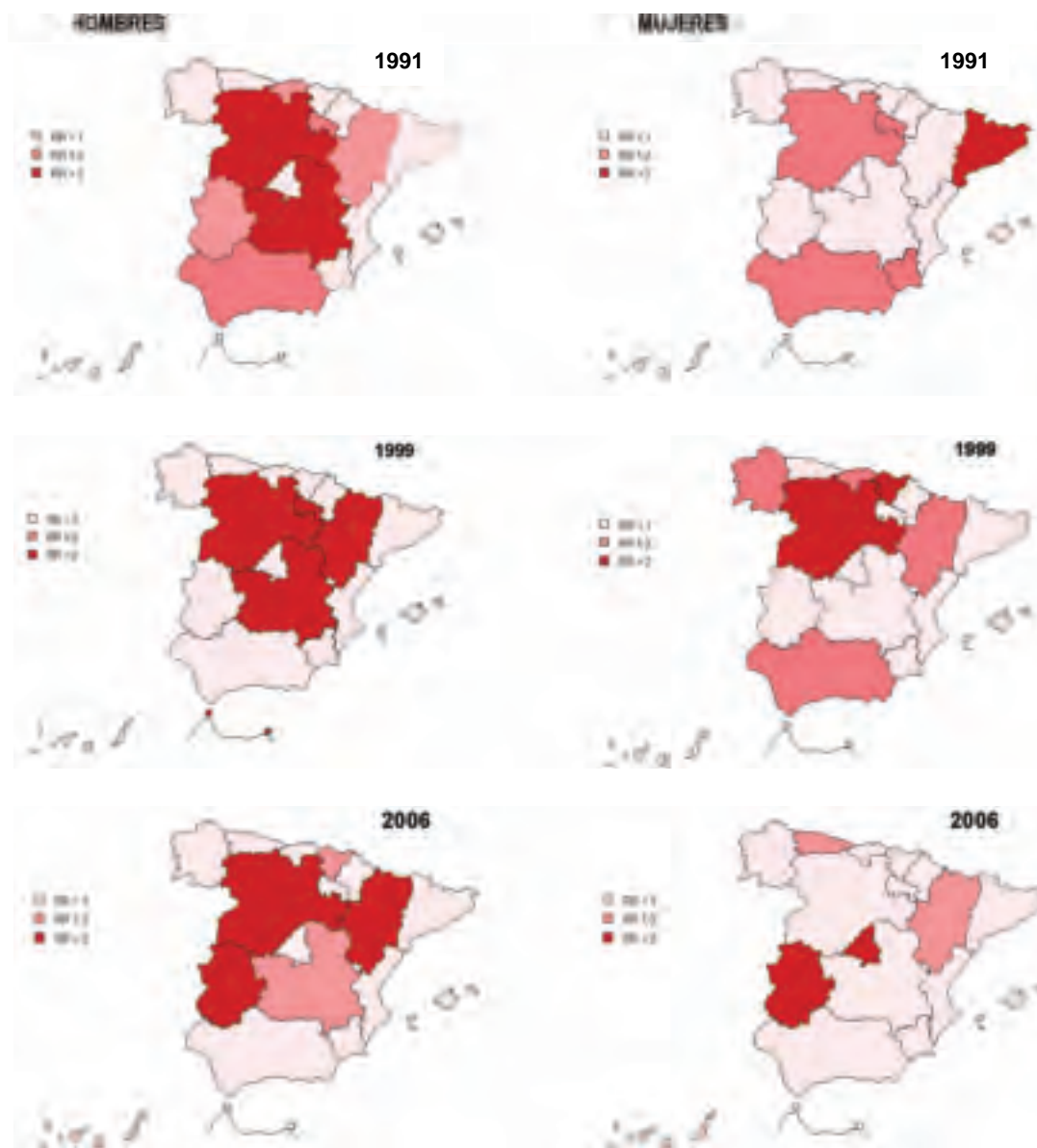
FIGURA 10. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA



Si tenemos en cuenta la edad, la edad media de presentación en los hombres fue de $39,4 \pm 10,5$ años, y en las mujeres de $36,6 \pm 10$ años. Los grupos que presentan una mayor incidencia en los hombres durante todo el periodo son los de 30 a 39 y 50 a 59 años. En las mujeres la incidencia es mayor en el grupo de 50 a 59 en la mayoría de los años.

En la figura 12 se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos notificadas en España durante el periodo 1995 a 2006 por Comunidad Autónoma, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad.

FIGURA 12. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA



Al comparar la incidencia de EP por Comunidad Autónoma, se observa un patrón en el que destaca la elevada declaración en las Comunidades Autónomas en las que los sectores primarios de producción siguen teniendo una presencia relevante. Este patrón es muy claro en el caso de los hombres, concentrándose la notificación en las dos Castillas, Andalucía, Aragón, Extremadura, Cantabria y La Rioja. En particular, Castilla y León declara cuatro veces más enfermedades infecciosas y parasitarias en sus trabajadores que el resto del país. En el caso de las trabajadoras, el patrón cambia ligeramente. Sigue incrementada la notificación en las Comunidades más rurales, pero las diferencias entre las tasas no son tan acusadas como en el caso de los hombres. Y se añaden otras Comunidades: Cataluña, Madrid, Murcia, y País Vasco. En 1990, por ejemplo, Cataluña, la que más declara, lo hace el doble que el resto.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

En este grupo de enfermedades se han notificado 6.693 casos, que representan un 2,5% de todas las enfermedades notificadas en este periodo. La incidencia media fue en las mujeres de 2,4 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 3,6. La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,5. La incidencia de la enfermedad a lo largo del periodo se ha mantenido estable en el caso de los hombres. En las mujeres se aprecia un ligero ascenso a partir del año 2000 (figura 13). Si tenemos en cuenta la edad, la edad media de presentación en los hombres fue de $41,5 \pm 11,8$ años, y en las mujeres de $36,6 \pm 10$ años.

En la figura 14 (en la página siguiente) se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de enfermedades profesionales causadas por inhalación notificadas en España durante el periodo 1995 - 2006 por Comunidad Autónoma, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad.

La declaración de estas enfermedades es también muy baja y muestra un patrón diferente en hombres y mujeres, estando concentrada al inicio del periodo en el noreste, cuenca mediterránea y centro del país (Navarra, La Rioja, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Castilla-La Mancha y Madrid), para los hombres, y en Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha y Cataluña, en el caso de las mujeres. En los años centrales del periodo, el patrón se desplaza al noroeste, en los hombres, modelo que se consolida al final, siendo Asturias, Galicia, Navarra y País Vasco, las Comunidades que más declaran en 2006. En las mujeres, a partir de 1998, la declaración se incrementa notablemente en Aragón, Cantabria, Navarra, La Rioja y País Vasco, desplazándose también su declaración hacia el noroeste al final del periodo, junto con Murcia. Esta Comunidad es la que mantiene las tasas más estables, siempre entre 1 y 2 veces la media, a lo largo de todos los años estudiados, tanto en los hombres como en las mujeres.

FIGURA 13. ENFERMEDADES PROFESIONALES RESPIRATORIAS POR CIENTO MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.

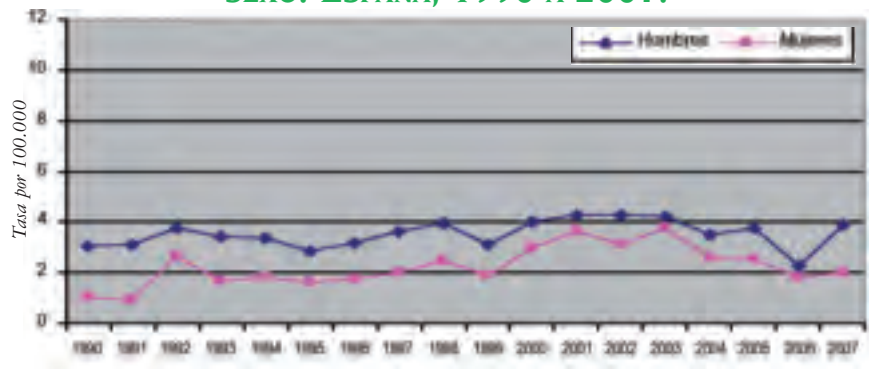
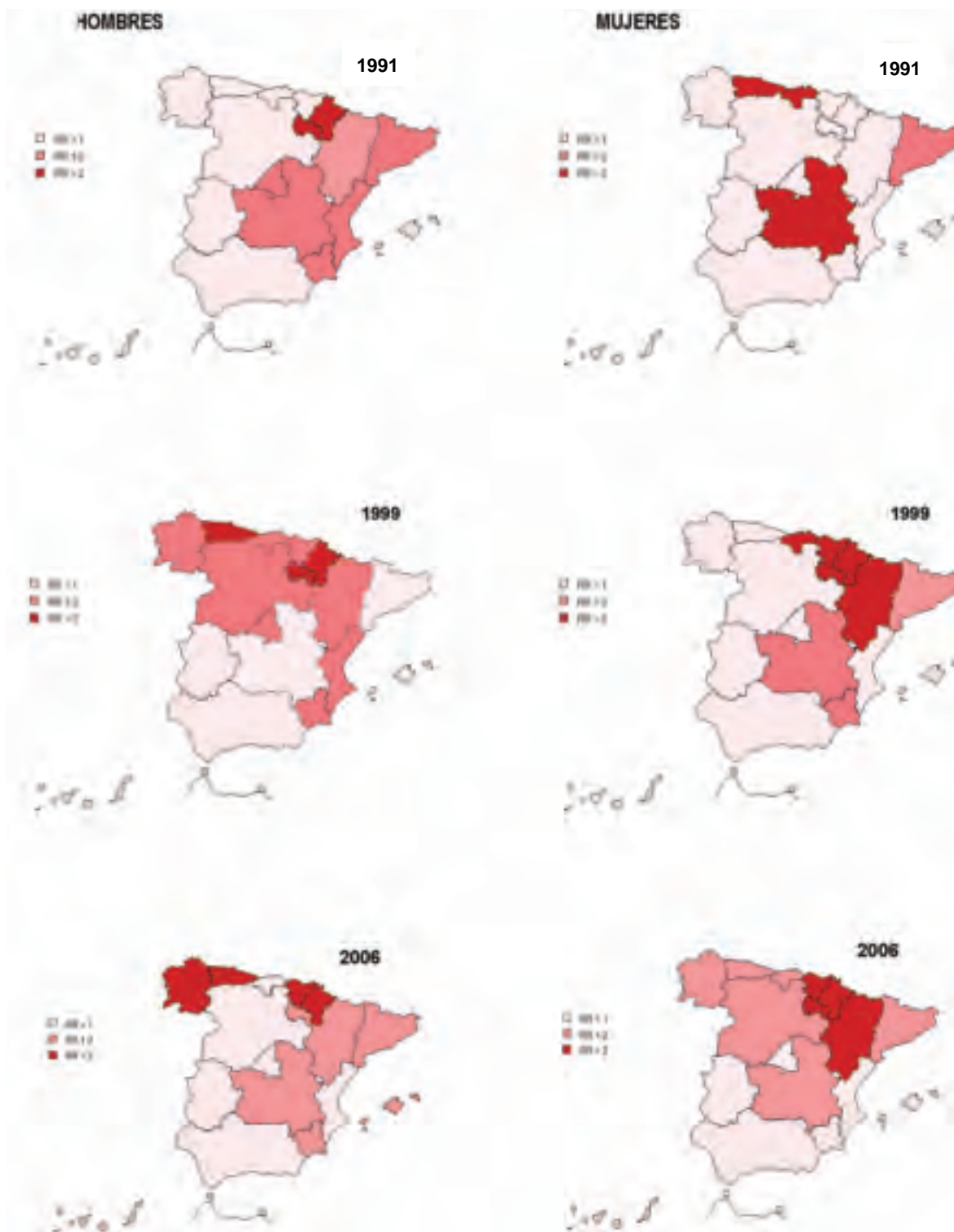


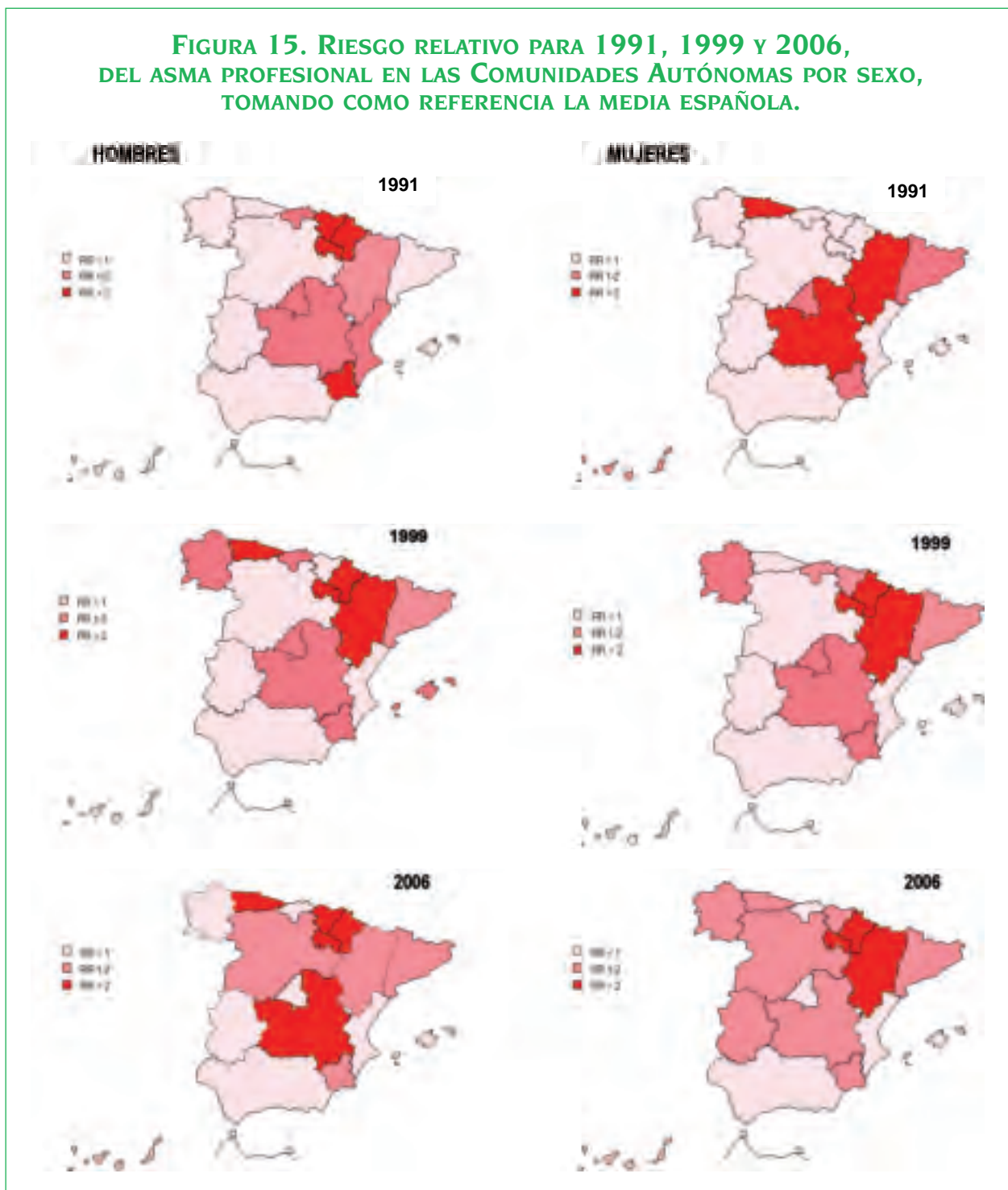
FIGURA 14. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PROFESIONALES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA.



ASMA

De las 6.693 enfermedades respiratorias profesionales notificadas de 1990 a 2006, 3.771 son asma.

En la figura 15 se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de asma en las Comunidades Autónomas, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad.



En el caso de los hombres, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja, declaran entre 2 y 10 veces más asmas profesionales que el conjunto del país, en todos los años estudiados. A ellas se añaden Aragón y Asturias, así como Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña y Madrid, con valores de entre 1 y 2 veces la media, configurando un patrón centro-norte de notificación. En el caso de las mujeres, las tasas son más inestables, siendo Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia, Navarra y La Rioja, las Comunidades en las que más se declara asma en las trabajadoras.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES QUÍMICOS

Las enfermedades pertenecientes y notificadas en este grupo son 5.462 casos, que representan un 2 % del total. La tasa en 1990 fue de 1,6 por cien mil trabajadores, disminuye en los años siguientes, para volver a incrementarse en 1995 (incidencia de 1,8) hasta el año 2007, en que alcanza la incidencia más elevada de los 18 años estudiados, 4 enfermedades producidas por agentes químicos por cada cien mil trabajadores.

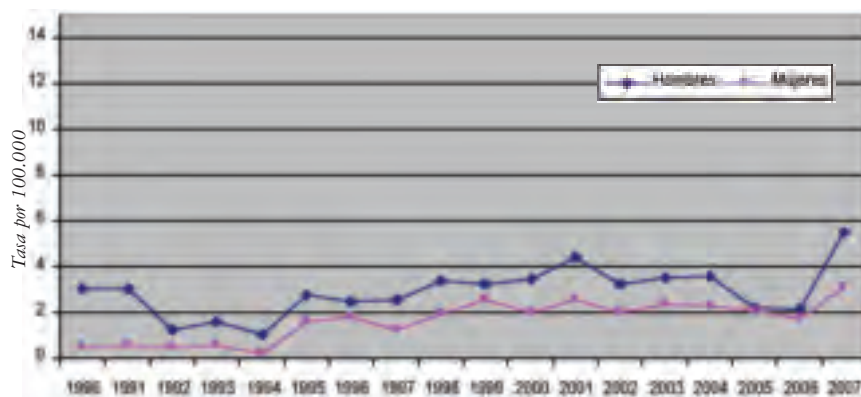
La incidencia media en este periodo fue en las mujeres de 1,8 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadoras, y en los hombres fue de 3. La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,7 (figura 16).

Si tenemos en cuenta la edad, la edad media de presentación en los hombres fue de $39,6 \pm 12$ años, y en las mujeres de $33,7 \pm 10,7$ años. La tasa de incidencia en el periodo ha sufrido oscilaciones y la tendencia es ligeramente ascendente sobre todo en las mujeres. El grupo de edad que presenta la incidencia más alta a lo largo del periodo fue el de 50 a 59 años en los hombres, y en las mujeres el grupo de 16 a 29 años, sobre todo a partir del año 1999.

En la figura 17 se representa el riesgo relativo para 1991, 1999 y 2006, de las enfermedades profesionales producidas por agentes químicos notificadas en España durante el periodo 1995 a 2006 por Comunidad Autónoma, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad.

La declaración de estas enfermedades es muy baja, estando concentrada su notificación al inicio del periodo en Murcia, Comunidad Valenciana y La Rioja, para los hombres, y en Navarra y Canarias, en el caso de las mujeres. En los años centrales del periodo, a partir de 1995, la declaración aumenta, y se añaden otras Comunidades a las anteriores, en particular Cataluña y Castilla y León, para volver a disminuir en los años finales del periodo. A pesar de la notable disminución de su tasa en los años estudiados, Murcia mantiene una de las tasas de notificación de enfermedades profe-

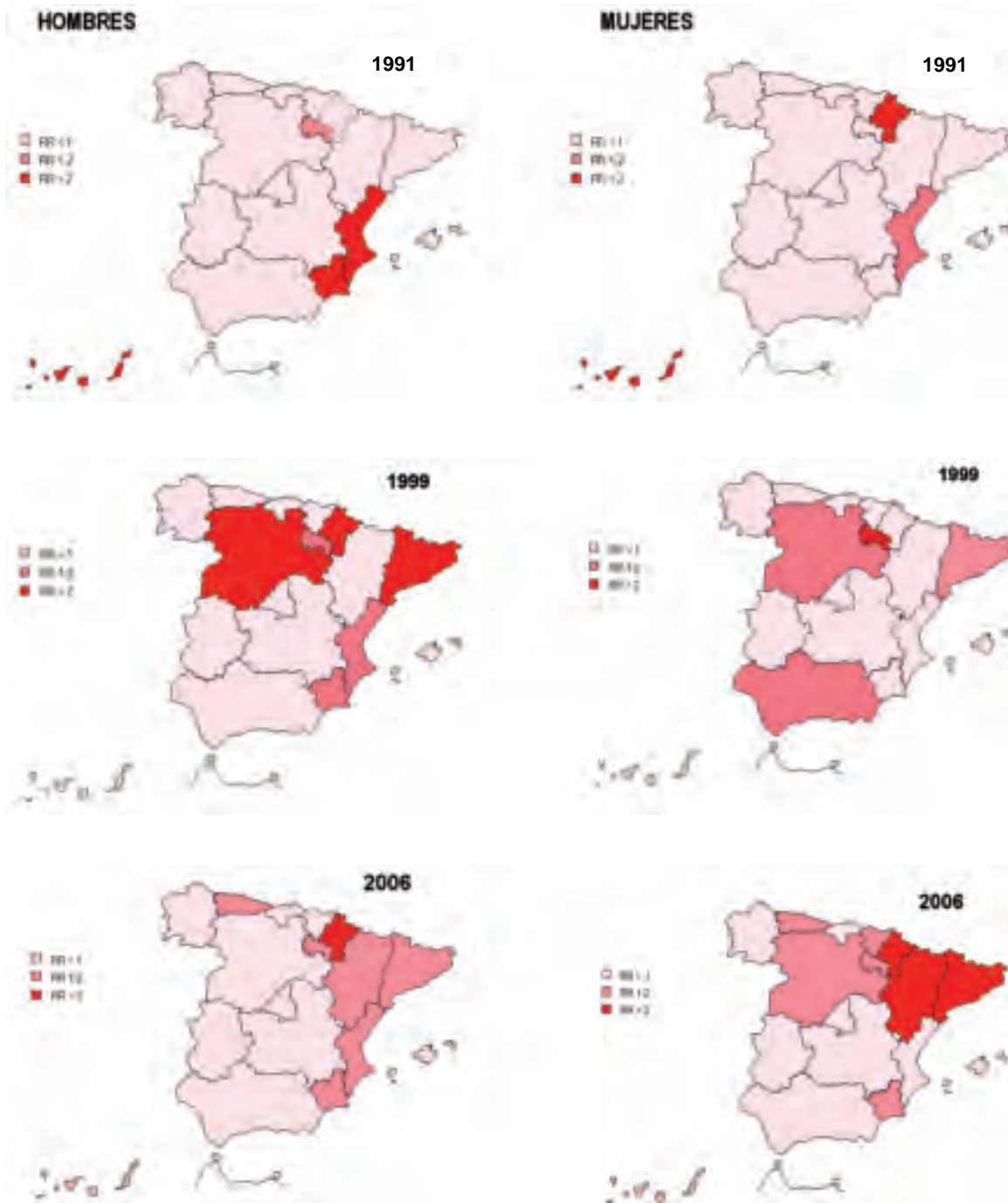
FIGURA 16. ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR AGENTES QUÍMICOS POR CIENTO MIL TRABAJADORES POR SEXO. ESPAÑA, 1990 A 2007.



sionales producidas por agentes químicos más elevadas de España. Esta Comunidad, junto con Navarra, Cataluña, País Vasco y

La Rioja, son las Comunidades en las que más se declaran este tipo de enfermedades al final del periodo a estudio.

FIGURA 17. RIESGO RELATIVO PARA 1991, 1999 Y 2006, DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR AGENTES QUÍMICOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS POR SEXO, TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIA ESPAÑOLA



ENFERMEDADES SISTÉMICAS

A partir de 1995 se recogen en la base de datos de Enfermedades Profesionales las variables: grupo, subgrupo y apartado, recogiendo los epígrafes tal como figuran en el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo. Gracias a ello, podemos conocer qué enfermedades se declaran bajo el epígrafe “Enfermedades sistémicas”.

Desde ese año hasta al 2005, se han notificado 87 casos, de los cuales 29 casos son distrofias de cornea, 45 carcinomas de bronquio y pulmón por exposición al amianto, 4 neoplasias de vejiga, pelvis y uréter, 1 carcinoma causado por cromo, y 1 enfermedad sistémica no recogida en otros apartados.

En los años anteriores a esta fecha, de 1990 a 1994, no podemos determinar las enfermedades que se notificaron bajo este epígrafe.

En el nuevo marco regulador, este grupo desaparece y es sustituido por el de **Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos**. En el año de vigencia de este nuevo grupo, el 2007, se han declarado 15, 14 en hombres y 1 en mujeres.

CONCLUSIONES

1. Las enfermedades profesionales continúan siendo una asignatura pendiente de las políticas de Salud Laboral. Sigue siendo muy baja o nula la notificación de las enfermedades profesionales complejas y crónicas, y hay importantes desigualdades interterritoriales.
2. Las declaradas con mayor frecuencia son las osteoarticulares, las enfermedades de la piel, y las infecciosas y parasitarias. En los hombres ha sido así durante los 18 años estudiados, pero en las mujeres, al inicio del periodo, las más frecuentes eran las enfermedades de la piel, seguidas de las infecciosas y parasitarias, y en tercer lugar, las osteoarticulares.
3. Entre 1990 y 2005 se multiplicó por siete el número de enfermedades que el sistema de Seguridad Social compensó como profesionales, y el riesgo de enfermar a consecuencia del trabajo se multiplicó por cuatro. El incremento fue superior en las mujeres, un 636 por ciento, mientras en los hombres fue del 282 por ciento. Pero únicamente aumentaron los casos calificados como leves y los sin baja, que suman el 99 por ciento del total, mientras el número de casos graves es inferior hoy al de hace 18 años, y el número de mortales no ha sido mayor de 4 ninguno de los años estudiados.
4. En los últimos dos años el número de partes de enfermedad profesional ha descendido a la mitad: en 2005 se compensaron 30.030 enfermedades y en 2007, 17.061. Es decir, en los años 2006 y 2007 se dan drásticas reducciones del 42% el primero, y del 33% el segundo.
5. El aumento de la declaración es más pronunciado en los años 1996 a 2001, y se ha producido a costa del incremento de las EP causadas por agentes físicos, en particular las que afectan al aparato locomotor, en concreto tenosinovitis de mano-muñeca, epicondilitis, túnel carpiano y bursitis de rodilla. El año 2004 marca otro punto de inflexión, revirtiendo la tendencia ascendente que habían mostrado durante la década anterior, descendiendo de manera espectacular en 2006 y 2007. Las enfermedades de la piel, que en el año 1994 habían visto un incremento en su declaración, comienzan a descender en el 2000, siendo este descenso muy pronunciado en el año 2006. Las infecciosas descienden gradualmente durante todos los años estudiados, y las respiratorias y las producidas por agentes químicos mantienen muy constante su

- baja incidencia a lo largo de todo el periodo estudiado, para repuntar curiosamente en el año 2007, convirtiéndose este año en el de mayor declaración de las enfermedades producidas por agentes químicos.
6. Una primera hipótesis sobre la causa real del incremento observado desde 1996 hasta el año 2004 podría ser el de un efecto beneficioso de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), y de los 10 años de debates previos a su promulgación, que provocara un aumento de la sensibilidad del sistema, debido a una mayor toma de conciencia de todos los agentes participantes en el debate de la Ley, administraciones, trabajadores, empresarios, y profesionales de la prevención de riesgos laborales, en general, y de los sanitarios, en particular.
 7. Los años 2004 y 2005 muestran un aplanamiento de la declaración de las enfermedades profesionales, quizás por la frustración de las expectativas generadas con la LPRL, 10 años después de su aprobación. Pero lo que resulta realmente sorprendente son los impresionantes descensos producidos en 2006 y 2007.
 8. Al margen de otras hipótesis que puedan barajarse para explicar estos descensos, y después de 30 años sin ningún cambio en la regulación de la declaración y registro de las enfermedades profesionales, hay dos desarrollos normativos sobre este argumento que entran en vigor el 1 de enero de 2006 y el 1 de enero de 2007, respectivamente. El primero es la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre²³, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social. Esta Orden se refiere a la opción que tienen las Mutuas de asumir el pago de las pensiones por incapacidad permanente derivadas de enfermedades profesionales, que anteriormente pagaba el Consorcio de Compensación, es decir el INSS. Ello significa que las Mutuas que se han acogido a este sistema (todas menos tres) deben liquidar los correspondientes capitales coste de pensiones y otras prestaciones de carácter periódico, es decir, establecer un reaseguro de garantía. Para los sindicatos, esto redundaría en la motivación económica como una de las razones que explican la reducción de las enfermedades declaradas²⁴. Según algunos autores²⁵ los criterios de la Orden implican que la enfermedad profesional sea un 25% más costosa para las Mutuas que el accidente de trabajo, lo que supone un desincentivo claro para su declaración.
 9. El segundo desarrollo normativo es el Real Decreto 1299/2006, que cambia el cuadro de enfermedades profesionales así como los procedimientos para su notificación y registro. De los resultados de su primer año de vigencia, habría que concluir que los objetivos de *hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades {...} con el fin de garantizar al máximo la declaración de todos los casos de enfermedad profesional, que figuran en su preámbulo*, no se están consiguiendo. La Mesa Redonda 5 dedicada al tema en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, que se celebrará en Santander en mayo de 2008, lleva por título “Enfermedades Profesionales: normativa milagro”, que expresa con ironía el sentir del sector sanitario de la prevención de riesgos profesionales sobre este descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales.
 10. Los cambios legislativos pueden tener un efecto incitador o disuasorio de la declaración. Los datos que venimos analizando son contundentes: la declaración ha descendido en 12.969 casos en los 2 últimos años.

Es decir, habrá que analizar a fondo los últimos cambios normativos introducidos, porque el nuevo sistema está resultando claramente disuasorio de la declaración y reconocimiento de enfermedades profesionales.

11. Por lo que se refiere a los datos obtenidos en relación con el tamaño de la empresa, otro aspecto relevante que pone de manifiesto el estudio es que sólo el 11 por ciento de las enfermedades se han declarado en empresas de menos de 10 trabajadores de plantilla. Hay que recordar que 3.044.800 trabajadores, el 22 %, trabajan en empresas de menos de 10 trabajadores en España, y que son estas empresas las grandes desconocidas en cuanto a las situaciones de exposición a riesgos de sus trabajadores, y a las que menos llega el sistema preventivo y todas las medidas asociadas.
12. También hay que destacar que la tasa de declaración de EP en las empresas de más de 500 trabajadores desciende a partir de 2002. Una primera explicación sería que éstas son las empresas que deben tener por ley servicio de prevención propio (las de más de 250 sólo en los casos de especial riesgo), y esto tendría un efecto beneficioso sobre el control y reducción de riesgos en los puestos de trabajo. O bien que son las grandes empresas las que han introducido cambios tecnológicos y organizativos que conllevarían, como efecto secundario, una reducción de los factores de riesgo a que están expuestos los trabajadores. Para corroborar si es cierta la primera explicación, hay que recordar que desde 1956 las empresas de más de 1.000 trabajadores debían contar con servicio médico de empresa, y que su extensión a las de más de 500 data de 1995, por lo que cabría haber observado esta reducción de la tasa antes de 2002. Tampoco parece que la introducción de cambios tecnológicos y organizativos bene-

ficiosos para la salud de los trabajadores en las grandes empresas españolas se haya producido tan tardíamente como el 2000. Si observamos las tendencias en la evolución de la incidencia de las tasas por tamaño de empresa, vemos que a partir de 1996 la pendiente de incremento es más pronunciada precisamente en las grandes empresas (las de entre 250 a 500, y las de más de 500 trabajadores), que son a su vez las que inician el descenso en 2002, antes que las demás. Cabría pensar que estas empresas fueron las más sensibles al esfuerzo preventivo realizado con la entrada en vigor de la Ley de Prevención y, a su vez, las más sensibles también al desánimo que vivimos en relación al efecto positivo de las políticas de prevención de riesgos laborales estos últimos años, que parecen no estar teniendo los frutos esperados. Sería necesario realizar estudios específicos para confirmar o descartar esta hipótesis.

13. A todo esto podemos añadir que el 82 por ciento del total de EP se declaran en los trabajadores de menos de 50 años, y el 67 por ciento en trabajadores con menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo. La baja edad media de presentación de estas enfermedades así como el breve tiempo de exposición que hemos encontrado, nos están indicando que las enfermedades notificadas son las que tienen un periodo de latencia corto. Las enfermedades con largos periodos de latencia, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, no se están declarando.
14. Sigue siendo muy baja o nula la notificación de determinados casos de EP, en particular no se están declarando las crónicas, el cáncer, las producidas por agentes químicos en general. Es necesario profundizar en la calidad de las evaluaciones de riesgo de los puestos de trabajo, en la orientación

específica a riesgo de la vigilancia de la salud de los trabajadores, en la formación de los médicos del trabajo, en la investigación, y en la implicación del Sistema de Prevención en su conjunto, en la detección de estas enfermedades. Particular preocupación genera el deterioro de la formación y la calidad de las actuaciones de la higiene industrial en las empresas.

15. Asturias, durante todo el periodo, y Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco, desde la mitad de los años 90, son las Comunidades Autónomas que más EP declaran. El resumen de la distribución geográfica, es que se observa un patrón en el que destaca la elevada declaración en la mitad norte del país, sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica y la ocupación expliquen las diferencias, lo cual supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces de estas enfermedades.
16. Es urgente introducir la perspectiva de género en las políticas de prevención de riesgos laborales, el diseño de maquinaria, herramientas y equipos de protección, así como en la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo. Los datos fiables deben ser el fundamento de las políticas de prevención, y desconocer las formas diferenciales de enfermar de las mujeres puede suponer una discriminación que inhiba las políticas preventivas para las trabajadoras.
17. En España se realizan muy pocos estudios sobre las enfermedades que afectan a las y los trabajadores. Dos de los motivos que explican este escaso interés son, por un lado, la cuestionada fiabilidad de las estadísticas de enfermedades profesionales y, por otro, las dificultades para utilizar las fuentes de información disponibles, en un contexto de carencias de información sobre la exposición laboral en los sistemas de información sanitarios que recogen los

efectos, de ausencia de relaciones entre distintos subsistemas de información que podrían completar el conocimiento requerido, y de pobre explotación con criterios epidemiológicos de los datos disponibles. Sería necesario que los investigadores incluyeran este argumento en sus intereses, al objeto de profundizar el conocimiento de la etiología de las enfermedades que afectan a la población trabajadora española.

18. Para que se supere la invisibilidad de las enfermedades profesionales, es necesario que se reconozcan plenamente como un problema sanitario, y el enfoque y perspectiva de la Salud Pública se apliquen a su estudio y prevención. El trabajo debe ser incorporado a la definición de las políticas generales de Salud del país como uno de los determinantes más influyentes en la salud de las personas, y, por consiguiente, el Sistema Nacional de Salud (Primaria y Especializada) tiene que implicarse plenamente en el diagnóstico de estas enfermedades.
19. Y es que el problema, desengañémonos, no está en cómo conseguir el objetivo, que lo sabemos, sino en la voluntad de alcanzarlo. Una política de *hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades* digna de tal nombre implica grandes políticas públicas, un papel creciente del Estado como vector de transformación de sectores (sanitario y mutuas) tradicionalmente reacios al reconocimiento de estas enfermedades, y una visión de la tutela de la salud de los trabajadores basada en el trabajo como principal determinante de la salud de las personas para redistribuir adecuadamente los recursos, la investigación y la acción, y crear las condiciones de una verdadera prevención de estas enfermedades. Son objetivos que no se consiguen con el mero enunciado en una disposición legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreis J, Bödeker W. Work-related health monitoring in Europe-Synopsis of work-related indicator sets. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, 2004.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Disponible en: <http://www.mtas.es/estadisticas/presenta/index.htm>
3. Montero P. Textos de las intervenciones del acto de firma del Acuerdo Marco entre la Universidad Politécnica de Madrid e ISTAS para la creación de la Cátedra Universidad-Empresa-Sindicato denominada "Trabajo, Ambiente y Salud". Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es>.
4. Almodóvar A, Nogareda C, Fraile A, De la Orden V, Zimmermann M, Villar MF, et al. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2004.
5. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
6. Hansen, S. M. Arbejdsmiljø og samfundsøkonomi - en metode til konsekvensberegning. 1993. Kobenhavn, Nordisk Ministerråd.
7. Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud. Occupational Health, ethically correct, economically sound. Fact Sheet No 84. 1999.
8. Cooper C.L. The changing nature of work: workplace stress and strategies to deal with it. *Med Lav* 2006; 97,2: 132-136.
9. Comisión de las Comunidades Europeas. Recomendación de la Comisión 90/335/CEE de 22.5.90. D.O. 160 de 26.6.90.
10. Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Accidents du Travail et Maladies Professionnelles. Sources de données. Luxembourg, 1986.
11. García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de enfermedades profesionales. *Gac. Sanit.* 1993; 7: 46-50.
12. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Enfermedades Profesionales. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; Madrid, 1999.
13. Dupré, D. The health and safety of men and women at work. *Statistics in focus, Population and Social Conditions.* Theme 3-4, Eurostat, 2002.
14. Benavides FG, Aurrekoetxea J, Fernández Ajuria A, García García A, García Gómez M, Tardón García A, et al. Informe del Grupo de Epidemiología Laboral de la Sociedad Española de Epidemiología. La investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1999.
15. Ordaz E, Maqueda J. Análisis de la incidencia y tendencias de las enfermedades profesionales en España (1998-2003). *Med Segur Trab* 2005; Vol LI (199):41-51.
16. García Gómez M, Castañeda López R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2.004. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 361-375.
17. Zimmermann Verdejo M, González Gómez MF, Martínez Vidal M. Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad. *La Mutua* 2006; 14 (segunda época):91-103.
18. Durán F, G. Benavides F. Informe de Salud Laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004. Barcelona: Atelier; 2004.
19. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Decreto 2065/74 de 30 de Mayo.
20. Boletín Oficial del Estado. Decreto 1995/78, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm. 203, 25/8/1978.
21. Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es>.
22. Instituto Nacional de Estadística. Relación de municipios y códigos por CCAA. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/codmun/codmun06/06codmun10.htm>
23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (BOE n. 310 de 28/12/2005). ORDEN TAS/4054/2005, de 27 de diciembre, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social.
24. González, J. Enfermedades Profesionales: seguimos viendo sólo la punta del iceberg. *Por Experiencia*, n 38, octubre 2007, 8.
25. Agudo Díaz J. Nuevo cuadro de Enfermedades Profesionales: comentarios al año de su implantación. *La Mutua*. En prensa 2007.