

Original

Desigualdades interterritoriales en la compensación de las enfermedades profesionales en España de 1990 a 2007

Montserrat García Gómez* y Rosario Castañeda López

Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2008

Aceptado el 18 de septiembre de 2008

Available online 5 March 2009

Palabras clave:

Enfermedades profesionales

Seguridad social

Salud laboral

RESUMEN

Objetivo: Conocer el patrón de declaración y las tendencias por comunidades autónomas (CCAA) de las enfermedades profesionales en España en los años 1990 a 2007.

Métodos: Los casos se obtuvieron del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y los trabajadores del Instituto Nacional de Estadística. Para explicar la estructura de los datos se utiliza el análisis de componentes principales. Se calculan las tasas de incidencia anuales ajustadas y se representa el riesgo relativo en mapas.

Resultados: El incremento en la declaración de las enfermedades profesionales es constante desde 1990 hasta 2005 en todas las CCAA, pero sólo aumentan los casos leves y sin baja, que sumaron el 99%. En 2006-2007 la declaración desciende casi a la mitad: 17.061 casos en 2007 frente a 30.030 en 2005. Tanto el incremento como el descenso de la incidencia se observa en todas las CCAA, pero con valores y pendientes diferentes. El análisis de componentes principales muestra que Asturias presenta una evolución temporal diferente del resto de CCAA. Se observa un patrón en que destaca la elevada declaración en el norte del país, sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica y la ocupación expliquen las diferencias.

Conclusiones: El sistema de seguridad social no está compensando enfermedades complejas y crónicas, prevalentes hoy día. A pesar de la mejora en la declaración de las enfermedades profesionales entre los años 1990 y 2005, el retroceso observado en 2006-2007, y sobre todo la brecha entre CCAA, alertan de que la prestación no está funcionado con equidad, lo que genera desigualdad y falta de cohesión, y supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Interterritorial inequalities in compensation for occupational diseases in Spain from 1990-2007

ABSTRACT

Objectives: To determine the reporting pattern and trends for occupational diseases by autonomous communities in Spain between 1990 and 2007.

Methods: Cases were obtained from the Ministry of Labor and Social Affairs, and the number of workers was obtained from the National Institute of Statistics. A principal components analysis was used to explain the data structure. Adjusted annual incidence rates were computed and relative risk is shown in maps.

Results: The number of reported occupational diseases remained constant from 1990 to 2005 in all the autonomous communities, except for minor occupational diseases not leading to sick leave (accounting for 99% of the total), which increased. From 2006-07, reported rates decreased to almost half: 17,061 cases in 2007 versus 30,030 in 2005. Both the increase and the decrease in incidence were observed in all autonomous communities, but with distinct values and slopes. As revealed by the principal components analysis, all the autonomous communities showed the same time pattern, except Asturias. Northern Spain showed the highest rates, which cannot be explained by factors such as age, sex, economic activity or occupation.

Conclusions: The social security system is not compensating the complex and chronic diseases that are prevalent today. Despite improvements in disease reporting from 1990-2005, the decrease observed from 2006-07 and, above all, the gap among autonomous communities show that provision is not working with equity, generating inequality and lack of cohesion and posing a challenge for the definition of efficient prevention policies.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Occupational diseases

Social security

Occupational health

No hay mayor preocupación que la que se siente cuando se carece de información.

La preocupación que se fundamenta en el conocimiento resulta siempre más fácil de controlar.

Henning Mankell, *Profundidades*, 2007.

Introducción

En España, el reconocimiento de las enfermedades profesionales está basado en el sistema de lista, para lo cual se dispone de

una que define las enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos que exponen al riesgo, con un total de 141 enfermedades profesionales con derecho a indemnización¹. La titularidad de este sistema de aseguramiento corresponde a la Seguridad Social desde 1966². Es un sistema público, pero está gestionado en su mayor parte por entidades privadas, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, controladas por los poderes públicos.

Este sistema, que ha sido reformado recientemente, supuso en su momento una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores, ya que catalogaba los daños originados como consecuencia del trabajo que se realiza. La presunción legal, característica del sistema de lista, libera al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgarciag@msc.es (M. García Gómez).

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 enfermedad³. Por otro lado, tiene la ventaja de garantizar la uniformidad en las prestaciones correspondientes a cada caso, que además son superiores a las derivadas de contingencias comunes. Para los empresarios, supone la cobertura del riesgo de tener que afrontar grandes gastos imprevistos.

Sin embargo, los sistemas de seguro de las contingencias profesionales tienen dos grandes limitaciones: la indemnización de los trabajadores enfermos en contadas ocasiones se ha orientado a la prevención⁴, y las enfermedades incluidas en las sucesivas listas sólo representan una pequeña parte de los daños derivados del trabajo, aquellos en los cuales el trabajo es el único factor o el más importante.

Por lo tanto, las estadísticas sobre enfermedades profesionales no son un sistema de información para la prevención de riesgos laborales, sino un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de compensación⁵. Fruto de esta lógica encontramos tanto un subregistro en determinadas enfermedades laborales como un exceso en otras, que no responden a la situación real de riesgo y daño derivados del trabajo.

No obstante, a pesar de sus limitadas sensibilidad y especificidad, las estadísticas sobre enfermedades profesionales constituyen la fuente de información más específica en España para conocer el impacto que las condiciones de trabajo ejercen sobre la salud de los trabajadores.

El estudio sistemático de las tendencias espaciales y temporales puede poner de manifiesto fenómenos que ayuden a conocer la etiopatogenia y nos haga plantearnos preguntas. Constituye, además, una actividad de vigilancia epidemiológica que puede proporcionar información sobre los efectos de programas de prevención, nuevos métodos diagnósticos, tratamientos o cambios normativos.

Recientemente hemos analizado el efecto beneficioso de los debates sobre la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el incremento de la declaración de enfermedades profesionales en España desde 1996 hasta 2004⁶, así como el efecto disuasorio de los dos últimos cambios legislativos de 2006 y 2007 en su compensación⁷. Por todo ello, el objetivo de este trabajo ha sido comparar la incidencia de enfermedades profesionales por CCAA en los últimos 18 años, con el fin de conocer el patrón de declaración y describir tendencias temporoespaciales que ayuden a identificar determinantes de este importante problema de salud en las distintas CCAA.

Métodos

Se ha considerado como población con riesgo de sufrir una enfermedad profesional la población ocupada que proporciona la Encuesta de Población Activa⁸ y su distribución por sexo, edad y CCAA. Los casos son las enfermedades profesionales declaradas a través del Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional, proporcionadas en formato electrónico por la Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo, y los casos notificados durante 2007 a la web del Observatorio de las Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social⁹. Las variables utilizadas en nuestro análisis han sido: a) del trabajador: sexo, edad y comunidad autónoma; b) de la enfermedad: diagnóstico, año de diagnóstico y gravedad.

Se han obtenido las tasas específicas para cada categoría de las variables. 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. La razón entre las tasas (riesgo relativo) se representó en mapas

clasificando las CCAA según su valor, tomando como referencia la tasa nacional.

Para explicar la estructura de los datos según las diferentes variables se ha utilizado el análisis de componentes principales (PCA), incluyendo funciones ortogonales empíricas (EOF) y analizando la variabilidad de las tasas específicas según grupo de enfermedad, tramos de edad y comunidad autónoma.

Resultados

En el periodo de 1990 a 2007 se notificaron en España 269.604 enfermedades profesionales, el 66% en hombres y el 34% en mujeres. En los primeros 16 años de dicho periodo, el número de partes de enfermedades profesionales se multiplicó por siete, pero únicamente aumentaron los casos calificados como leves y los sin baja, que sumaron el 99%, mientras que el número de casos graves fue menor: 120 casos en 2005 frente a 291 en 1990. En 2006-2007 la declaración descendió casi a la mitad: 17.061 casos en 2007 frente a 30.030 en 2005. Cabe destacar que ningún año se han declarado más de cuatro enfermedades profesionales mortales. Atendiendo al diagnóstico, las más frecuentes fueron las producidas por agentes físicos (el 82% de las declaradas), seguidas de las enfermedades de la piel (10%) y de las infecciosas y parasitarias (3%).

Las enfermedades profesionales por agentes físicos suponen el 83% del total en 2007, mientras que en 1990 representaban el 41%. Este notable incremento no se observa en las enfermedades del resto de los grupos, que disminuyen a lo largo del periodo. Las enfermedades de la piel pasan de representar el 33% en 1990 al 7,3% en 2007; las infecciosas y parasitarias del 11% al 1,7%; las producidas por agentes químicos del 5% al 4,4%; y las provocadas por inhalación del 5,4% al 3,2%. Este cambio de patrón en la compensación de las enfermedades profesionales ha sido, además, bien diferente para las mujeres (tabla 1). Las enfermedades profesionales más declaradas en las mujeres en 1990 eran las de la piel, así como las infecciosas y parasitarias. El cambio más notable se produce en el grupo de enfermedades profesionales por agentes físicos, cuya frecuencia para las mujeres en 1990 era del 18,5% y en 2007 pasó a representar el 85%.

La edad media de presentación en los hombres fue de $39,4 \pm 11$ años, y en las mujeres de $36,6 \pm 10$ años. El 82% del total de las enfermedades profesionales se declaran en los trabajadores menores de 50 años (el 79% en los hombres y el 86% en las mujeres). Este patrón de edad es similar en todos los años estudiados, variando ligeramente por sexo al inicio del periodo: en 1990 eran el 75% las enfermedades que se declaraban en trabajadores menores de 50 años, mientras que en las mujeres eran el 91%. Atendiendo al análisis de los componentes principales, no hay diferencias significativas entre los tramos de edad en cuanto a su evolución temporal. El patrón temporal de incremento de las tasas se produce por igual en todos los grupos de edad (tabla 2).

El aumento de la incidencia de las enfermedades profesionales se mantuvo desde 1990 (45,8 por 100.000 asalariados) hasta 2005 (194,1 por 100.000 asalariados; riesgo relativo [RR] = 4,35, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 4,34-4,36), lo que supone un incremento de un 282% en los hombres y en un 636% en las mujeres. En el año 2006 la incidencia fue de 135,1 (descenso del 30% en relación con el año anterior), y en 2007 fue de 101,8 (un 24,7% menos que en 2006). La incidencia fue, en todo el periodo, mayor en los hombres que en las mujeres. La diferencia era del doble en los primeros años y luego fue descendiendo hasta el año 2001, cuando la diferencia prácticamente era inexistente. A partir de ese momento las diferencias vuelven a aumentar un poco, aunque nunca superan el 18%.

Tabla 1
Enfermedades profesionales notificadas en España durante el periodo 1990-2007 según sus características demográficas y laborales

| | % del total | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total |
|---------------------------------------|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | |
| Hombres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo de enfermedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Causadas por agentes químicos | 5,5 | 5,1 | 1,9 | 2,2 | 1,5 | 3,4 | 2,6 | 2,4 | 2,8 | 2,2 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,1 | 1,5 | 5,0 | 2,3 |
| Causadas por agentes físicos | 45,7 | 49,2 | 58,1 | 65,8 | 68 | 71,9 | 75,3 | 76,6 | 78,2 | 80,6 | 82,5 | 81,7 | 83,9 | 86,5 | 88 | 89,1 | 89,1 | 82,4 | 80,8 |
| Causadas por agentes biológicos | 5,6 | 5,1 | 5,9 | 4,8 | 4,9 | 3,6 | 3,3 | 3,4 | 3,2 | 2,1 | 2,5 | 2,4 | 2,2 | 2,1 | 1,7 | 1,8 | 0,9 | 1,3 | 2,4 |
| Causadas por inhalación de sustancias | 7,0 | 7,9 | 7,1 | 7,1 | 6,4 | 5,7 | 4,1 | 4,0 | 3,4 | 2,5 | 1,6 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | 1,2 | 0,8 | 1,6 | 3,9 | 2,7 |
| De la piel | 32 | 29,1 | 21,8 | 15,2 | 18,0 | 15,4 | 14,7 | 13,6 | 12,5 | 12,5 | 11,3 | 10,3 | 8,3 | 8,2 | 7,3 | 7,1 | 6,9 | 7,3 | 11,0 |
| Causadas por agentes cancerígenos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,04 | 0,0 | 0,04 | 0,02 | 0,04 | 0,05 | 0,04 | 2,4 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 |
| Grupo desconocido | 4,2 | 3,6 | 5,2 | 4,9 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 0,6 |
| Edad (años) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 a 29 | 19,3 | 17,5 | 17,3 | 15,9 | 17,2 | 16,3 | 14,3 | 14,9 | 15,0 | 23,6 | 24,7 | 24,2 | 24,0 | 23,0 | 21,7 | 20,4 | 17,9 | 20,1 | 20,6 |
| 30 a 39 | 28,4 | 29,6 | 29,7 | 29,4 | 32,7 | 33,9 | 34,9 | 34,2 | 35,1 | 32,1 | 30,7 | 30,1 | 30,4 | 31,1 | 31,5 | 31,3 | 31,5 | 30,8 | 31,5 |
| 40 a 49 | 27,0 | 30,1 | 30,2 | 31,5 | 30,0 | 29,8 | 30,7 | 31,8 | 27,0 | 25,8 | 25,4 | 25,5 | 25,0 | 25,3 | 25,9 | 27,1 | 29,5 | 30,2 | 27,4 |
| 50 a 59 | 23,3 | 20,2 | 20,2 | 20,7 | 17,6 | 17,7 | 18,1 | 17,1 | 18,6 | 16,1 | 16,9 | 17,7 | 18,2 | 17,9 | 18,2 | 18,4 | 18,3 | 17,9 | 18,1 |
| 60 y más | 2,0 | 2,5 | 2,6 | 2,5 | 2,5 | 2,3 | 1,9 | 1,9 | 4,2 | 2,3 | 2,3 | 2,5 | 2,4 | 2,6 | 2,7 | 2,7 | 2,8 | 0,9 | 2,5 |
| Mujeres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo de enfermedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Causadas por agentes químicos | 2,1 | 1,8 | 1,4 | 1,6 | 0,5 | 3,3 | 3,1 | 1,7 | 2,1 | 2,0 | 1,3 | 1,5 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 3,4 | 1,6 |
| Causadas por agentes físicos | 18,5 | 26,3 | 40,2 | 54,7 | 64,9 | 63,7 | 69,9 | 75,1 | 79,4 | 83,6 | 84,5 | 85,5 | 84,7 | 87,7 | 88,6 | 89,7 | 89,6 | 84,8 | 83,1 |
| Causadas por agentes biológicos | 32,0 | 30,5 | 20,5 | 13,4 | 9,2 | 11,5 | 9,4 | 7,7 | 5,2 | 3,8 | 3,3 | 2,6 | 2,8 | 1,8 | 2,3 | 1,7 | 2,2 | 2,4 | 3,9 |
| Causadas por inhalación de sustancias | 4,5 | 3,1 | 7,3 | 4,5 | 4,3 | 3,4 | 3,1 | 2,9 | 2,6 | 1,5 | 1,9 | 2,1 | 1,8 | 2,1 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2,0 | 2,1 |
| De la piel | 37,2 | 32,9 | 24,8 | 19,5 | 19,9 | 17,9 | 14,5 | 12,6 | 10,7 | 9,1 | 9,0 | 7,2 | 7,1 | 7,0 | 6,4 | 5,9 | 5,7 | 7,3 | 8,7 |
| Causadas por agentes cancerígenos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,5 | 0,01 | 0,04 | 0,03 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Grupo desconocido | 5,7 | 5,4 | 5,8 | 6,4 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Edad (años) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 a 29 | 35,7 | 36,1 | 36,7 | 31,2 | 30,1 | 27,9 | 26,3 | 22,9 | 23,1 | 38,0 | 37,8 | 35,9 | 32,3 | 31,4 | 27,6 | 25,1 | 22,0 | 21,4 | 29,4 |
| 30 a 39 | 37,9 | 36,8 | 36,6 | 34,9 | 36,9 | 34,6 | 35,4 | 36,2 | 35,5 | 27,2 | 27,3 | 26,6 | 28,3 | 27,9 | 28,6 | 28,8 | 28,4 | 27,8 | 29,3 |
| 40 a 49 | 17,1 | 16,7 | 16,7 | 22,6 | 22,0 | 25,3 | 27,2 | 28,3 | 28,3 | 23,8 | 23,3 | 25,5 | 26,9 | 26,6 | 28,6 | 29,2 | 31,3 | 33,8 | 27,3 |
| 50 a 59 | 8,1 | 8,6 | 8,7 | 9,2 | 9,3 | 10,5 | 10,0 | 11,6 | 12,0 | 10,4 | 10,7 | 11,2 | 11,6 | 12,9 | 14,0 | 15,4 | 16,9 | 16,5 | 12,9 |
| 60 y más | 1,3 | 1,8 | 1,3 | 2,1 | 1,7 | 1,7 | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 0,5 | 1,1 |

Tabla 2
Componentes principales de las enfermedades profesionales notificadas en España durante el periodo 1990-2007 por grupo de enfermedad, edad y comunidad autónoma

| | Autovalor | % varianza total | % varianza acumulada |
|---|-----------|------------------|----------------------|
| Componente según grupo de enfermedad | | | |
| 1 (agentes físicos, piel y respiratorias) | 3,6 | 72,1 | 72,1 |
| 2 (agentes químicos) | 0,7 | 15,2 | 87,4 |
| 3 (infecciosas y parasitarias) | 0,6 | 11,3 | 98,7 |
| Componente según tramos de edad | | | |
| 1 (todos los grupos de edad) | 4,8 | 96,2 | 96,2 |
| Componente según comunidad autónoma | | | |
| 1 (todas excepto Asturias) | 14,3 | 84,2 | 84,2 |
| 2 (Asturias) | 1,3 | 7,9 | 92,1 |

El incremento constante de la incidencia se observa en todas las CCAA sin excepción, pero con valores y pendientes diferentes (fig. 1). En el año 2007 se observa un mínimo de 13 enfermedades por 100.000 trabajadores en Canarias y un máximo de 535 en Navarra. En la figura 2 se representa el riesgo relativo, para 2006 y 2007, de las enfermedades profesionales por provincias, en hombres y mujeres, tomando como referencia la media española, después de ajustar por la edad. Puede verse un patrón en el cual destaca la elevada declaración en el norte del país durante todo el

periodo, particularmente en los hombres, que nos permite hacer la siguiente clasificación:

- CCAA con incidencias menores a las del conjunto de España durante todo el periodo estudiado, situándose en el tercil inferior: Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, y Ceuta y Melilla.
- CCAA cuya declaración ha estado en el entorno de la media: Cantabria, Cataluña, Castilla y León, y Murcia.
- CCAA cuyo reconocimiento de enfermedades profesionales supera ampliamente la media: Aragón, Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja, que han declarado entre dos y seis veces más que la media española los 18 años analizados.

Otro hecho destacable es la desigual evolución de la tendencia en cada una de ellas. Exceptuando Ceuta y Melilla, cuyo pequeño número de casos no permite extraer conclusiones, la tendencia es ascendente en todas las comunidades desde 1990 hasta 2005, más pronunciada en los años 1996 a 2001, y pasa a ser descendente en 2006 y 2007. El análisis EOF aplicado a las tasas por CCAA muestra que Asturias presenta una evolución temporal diferente a la del resto de las comunidades. Es el segundo componente y explica el 7,9% de la varianza. Las otras 16 CCAA están incluidas en el primer componente, que explica el 84,2% de la varianza, cuyas tendencias no presentan diferencias estadísticamente significativas. Hasta 1998, Asturias era la comunidad que más enfermedades profesionales declaraba, 204 casos por 100.000 trabajadores, 36 veces

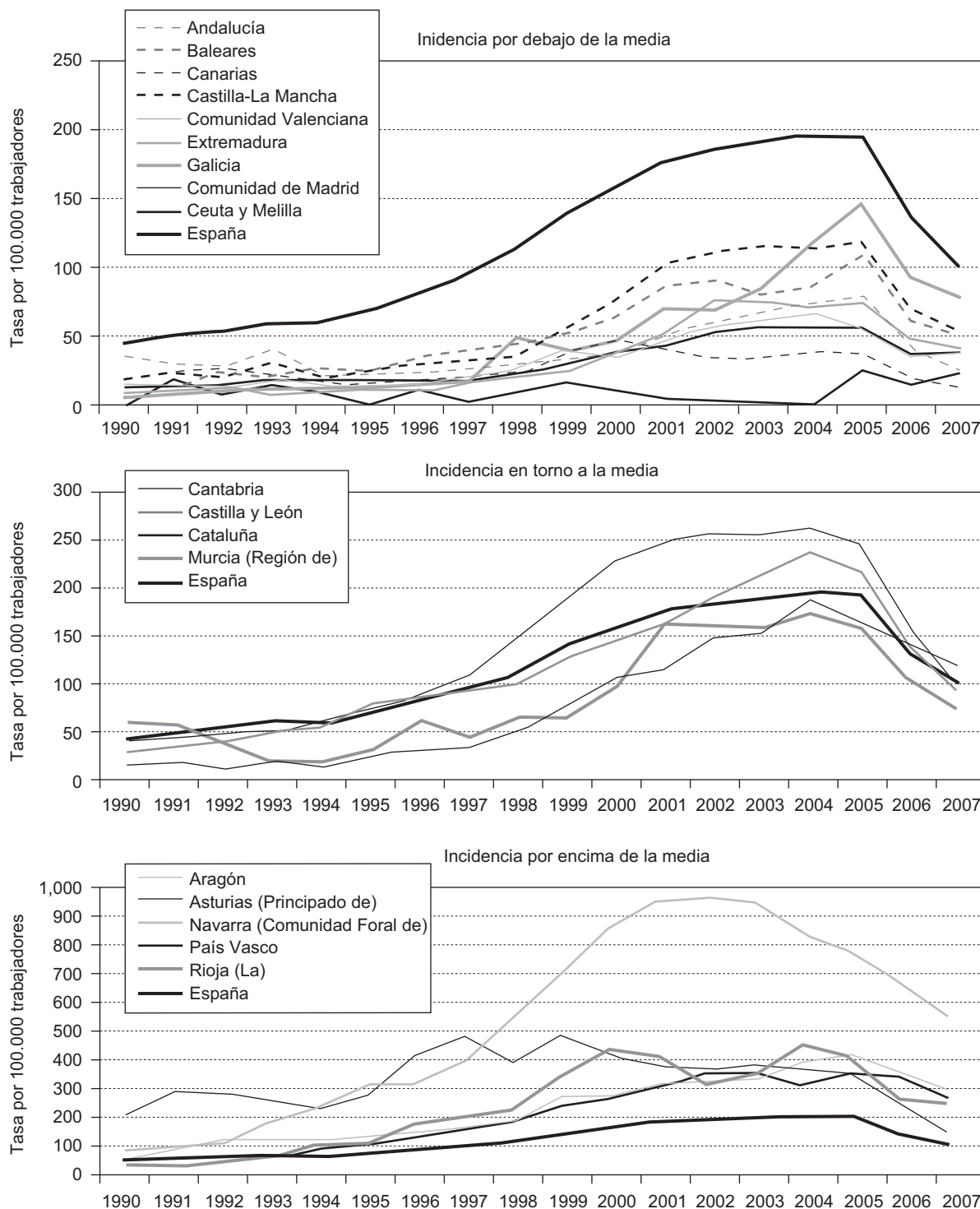


Figura 1. Tasa de incidencia de enfermedades profesionales en España de 1990 a 2007 por comunidad autónoma.

más que Galicia, que es la que menos declaraba. En 2007 forma parte de la tríada, junto con Andalucía y Canarias, que compensan hoy menos enfermedades profesionales que en 1990, con una incidencia, en su caso, por encima de la media. Como evolución opuesta, en Galicia (siempre por debajo de la media) se declararon 26 veces más enfermedades profesionales en 2005 que en 1990, aunque en 2007 descendieron un 47%. Navarra es, con diferencia, la comunidad que más declara desde 1998, con una marcada tendencia ascendente hasta 2002 (941 enfermedades profesionales por 100.000 trabajadores), para disminuir de manera constante

hasta 2007, año en que retrocede a la declaración que tenía en 1998. Finalmente, Aragón, País Vasco y La Rioja, con tasas en torno a la media en 1990, mantienen una tendencia ascendente constante hasta 2005, para descender los dos últimos años.

Discusión

El incremento en la declaración de las enfermedades profesionales es constante desde 1990 hasta 2005 en todas las CCAA, más

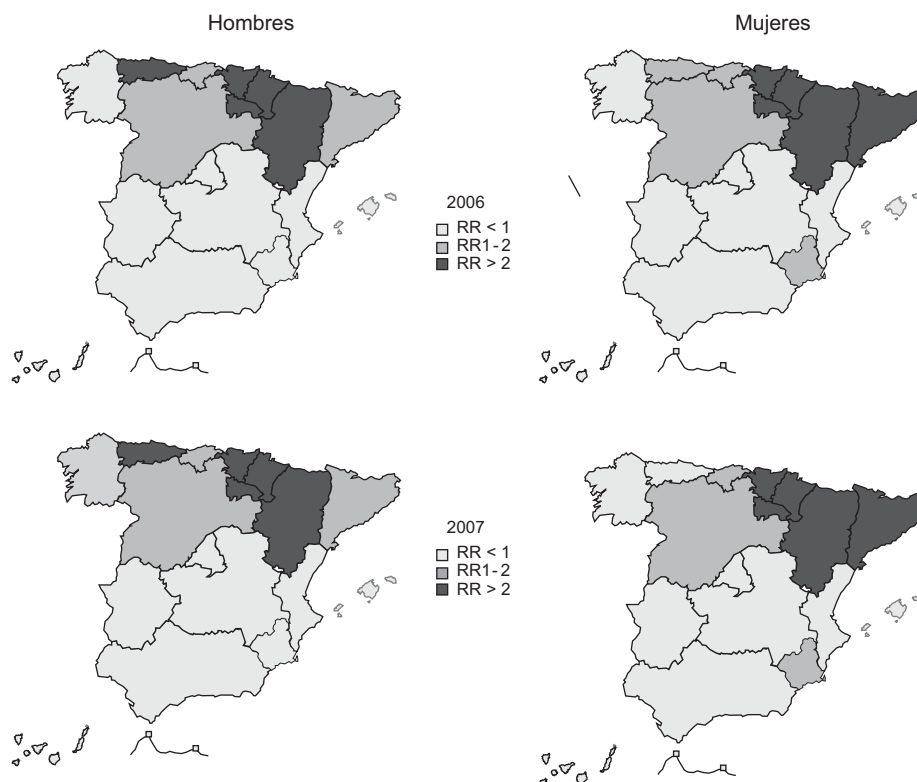


Figura 2. Riesgo relativo para los años 2006 y 2007 de las enfermedades profesionales en las comunidades autónomas por sexo, tomando como referencia la media española.

pronunciado en los años 1996 a 2001, y al igual que en el resto de los países europeos, superior al de los accidentes de trabajo¹⁰. También el descenso de 2006 y 2007 es compartido por todas las CCAA. El patrón de declaración varía considerablemente entre las distintas CCAA, sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica y la ocupación expliquen las diferencias.

Una primera hipótesis sobre la causa del incremento observado hasta 2005 sería el efecto beneficioso de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y de los 10 años de debates previos a su promulgación, que pudo aumentar la sensibilidad del sistema y disminuir progresivamente el número de falsos negativos¹¹ (casos de enfermedad profesional que no son declarados). Las razones serían una mayor sensibilización 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 particular¹².

Sin embargo, únicamente aumentan los casos de enfermedades profesionales calificadas como leves y los sin baja (el 99% del total), mientras que el número de casos graves es menor que el de hace 18 años y el número de mortales no ha sido más de cuatro ninguno de los años estudiados. El incremento se ha producido exclusivamente a costa de las enfermedades profesionales provocadas por agentes físicos, en particular las que afectan al aparato locomotor, concretamente tenosinovitis de mano-muñeca, epicondilitis, túnel carpiano y bursitis de rodilla. A todo esto podemos añadir que el 82% de las enfermedades profesionales son declaradas por trabajadores menores de 50 años.

Por tanto, la primera hipótesis de mejora de la sensibilidad del sistema no es tal, ya que lo que el sistema de seguridad social está compensando como profesionales son enfermedades simples, como las lesiones osteomusculares y las dermatitis, con mucha más frecuencia que enfermedades complejas con largos períodos de latencia, como los cánceres, respiratorias y otras enfermedades

crónicas, por lo que el uso exclusivo de estos datos da lugar a una imagen distorsionada de las verdaderas incidencia y distribución de los daños derivados del trabajo, tal y como se ha puesto de manifiesto en otros estudios^{6,13-19}.

El asunto de la calificación del pronóstico de los daños derivados del trabajo es en extremo importante. Además de las dificultades científicas para su definición, según sea calificada una enfermedad profesional o una lesión por accidente de trabajo como leve o grave provocará todo un conjunto de actuaciones de inspección, de investigación de las causas y de posibles sanciones, que pueden disuadir de la calificación como grave de una enfermedad. En nuestro estudio hemos visto que, hasta el año 2006, el 82% de las enfermedades profesionales con baja son calificadas como leves, en concordancia con la poca fiabilidad de esta calificación encontrada en otros estudios^{8,20}. Baste poner como ejemplo que varios de los escasos carcinomas de bronquio y pulmón derivados de la exposición a amianto de este estudio están calificados como leves. En la última reforma del sistema¹, esta calificación ha sido sustituida por «duración de la baja por incapacidad temporal, en su caso», lo que permitirá una calificación más objetiva.

La disparidad de las situaciones autonómicas es difícil de interpretar, y las enormes distancias entre algunas de ellas son incomprensibles: Navarra presenta una tasa 41 veces mayor que Canarias en 2007, por ejemplo. Pero es que, además, estas diferencias, lejos de reducirse, aumentan considerablemente en los primeros y los últimos años del estudio. Salvadas las diferencias en las distribuciones por edad, por sexo, por ocupación y por actividad económica (no se muestran los resultados del ajuste por estas dos últimas), la situación nos lleva a plantear otro tipo razones, de carácter socioeconómico, para explicar las diferencias entre CCAA²¹. Algunos autores invocan lo que se ha llamado «paradoja de la notificación»^{22,23}, que explicaría las altas incidencias de algunas CCAA por su mejor sistema de notificación.

Esta mejora en la notificación puede explicarse por la acción de diferentes agentes y fenómenos sociales. Se trata de una constelación de factores que impregna el territorio de que se trate y alienta la declaración y el posterior reconocimiento. En el norte del país encontramos políticas activas desde las administraciones, que cuentan con el impulso de los agentes sociales y logran una mayor declaración de las enfermedades profesionales; sería el caso de Aragón, Navarra, País Vasco y La Rioja, con planes específicos para hacer aflorar estas dolencias. El caso de Asturias es especial, siempre con una declaración por encima de la media, mucho más pronunciada en los primeros años del estudio, que podría ser fruto de una cultura de reconocimiento del daño derivado del trabajo construida a lo largo de muchos años de minería y siderurgia, pero con sesgos difíciles de aceptar: se reconocen en hombres y son osteoarticulares; las trabajadoras asturianas están por debajo de la media española en el reconocimiento. En ocasiones, las enfermedades profesionales van directamente al proceso de valoración de una incapacidad laboral, sin declaración a través del parte oficial de enfermedades profesionales. Esto sucede con muchas silicosis en Asturias, por ejemplo, lo que explicaría que en el registro de enfermedades profesionales no presente las tasas de enfermedades respiratorias que cabría esperar en esa comunidad. Esta cuestión nos lleva directamente al problema de redundancia de procedimientos administrativos y las consiguientes discordancias en la prevalencia que generan los sistemas no relacionados entre sí, pero que desde la óptica de la prevención se ocupan de las mismas dolencias; en nuestro caso, entre el sistema de enfermedades profesionales y el sistema de incapacidades.

Otras veces son reconversiones industriales que provocan un aumento de las incapacidades laborales^{17,24}. La absolutamente aleatoria y desigual distribución geográfica de las sorderas profesionales que hemos observado en este estudio⁶ (resultados no mostrados), muy fáciles de diagnosticar y asociar al trabajo, son un ejemplo claro de que la declaración de enfermedades profesionales responde más a una lógica aseguradora que a la historia natural del binomio salud-enfermedad y sus determinantes. En Andalucía se declaraban cinco o seis veces más hipoacusias que en el resto del país en los primeros años de la década de 1990, y desde 1995 la tasa desciende drásticamente por debajo de la media. El País Vasco, en 1999, llega a declarar diez veces más hipoacusias que la media, y 12 veces más en 2005.

Entre las limitaciones del estudio podemos citar la no inclusión de variables como el tamaño de empresa, el tipo de contrato o el país de procedencia del trabajador, que podrían contribuir a explicar las diferencias encontradas. La primera, por no disponer de población trabajadora desagregada por ella, con lo cual carecemos de denominadores; las dos últimas, por no estar incluidas en el antiguo parte de enfermedad profesional vigente en los años analizados. Otra posible fuente de sesgo podría estar constituida por el diagnóstico y la posterior codificación de las enfermedades, dado el doble uso de clasificaciones; por un lado, el Cuadro de Enfermedades Profesionales, con limitaciones sanitarias en los códigos que establece, y por otro lado la CIE, más desconocida entre los sanitarios de las mutuas. Aunque el sistema es igual para todo el territorio, lo que nos haría esperar una distribución aleatoria y, por lo tanto, no diferencial entre las CCAA, desconocemos la variabilidad que pueda existir en el proceso de recogida de la información, así como en la grabación y depuración de los datos.

En relación con nuestro entorno europeo, y aunque la comparación directa entre países no sea muy adecuada por las disparidades entre los sistemas nacionales de declaración y reconocimiento de las enfermedades profesionales⁸, sí lo es comparar la evolución a lo largo del tiempo en distintos lugares. En este sentido, el estudio de Eurogip de 2002²⁴ muestra grandes

disparidades entre países. Se va de un mínimo de menos de cuatro enfermedades profesionales reconocidas por 100.000 trabajadores en Grecia a un máximo de 177 en Francia en el año 2000. Y la evolución en los últimos diez años también difiere de un país a otro. Las explicaciones son diferentes para cada país. Una, compartida por aquellos que muestran tendencia a la baja, es la de las lógicas de austeridad, que según algunos autores^{4,23} han desempeñado un papel determinante en la regresión. Los incrementos en la declaración de otros tienen que ver con cambios legislativos y un mejor conocimiento de los sistemas de reconocimiento. Sin embargo, aun teniendo en cuenta las disparidades entre los distintos sistemas, las diferencias encontradas son difíciles de explicar.

Finalmente, en nuestro caso, el impresionante descenso del 47% en el reconocimiento de estas enfermedades ocurrido en 2006-2007 lleva a pensar en el efecto disuasorio de los dos últimos cambios legislativos como explicación más plausible⁷, pero dado que son de aplicación al conjunto del Estado, ello no explica los diferentes descensos encontrados por CCAA.

Podemos concluir que, a pesar de la mejora en la declaración de las enfermedades profesionales en los años 1990 a 2005, el retroceso observado en 2006-2007, y sobre todo la brecha entre CCAA, alertan de que la prestación no está funcionando con equidad, lo que genera desigualdad y falta de cohesión del sistema, y supone un reto para la definición de políticas eficaces de prevención de estas enfermedades. Para que la invisibilidad de las enfermedades profesionales comience a resolverse, una condición necesaria es que se reconozcan plenamente como un problema sanitario y se aplique el enfoque de la salud pública a su estudio y prevención. Los trabajos previos a la última reforma del sistema de notificación y registro apostaban claramente por esta solución que, finalmente, no ha sido posible incorporar plenamente⁷. Ha quedado, eso sí, enunciado en el preámbulo y en el articulado. Esperemos que no deban transcurrir otros 30 años para desarrollarlo.

Bibliografía

1. Real Decreto 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. R.D. No. 1299/2006 (10 noviembre 2006).
2. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. L. No. 2065/1974 (30 mayo 1974).
3. García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de enfermedades profesionales. *Gac Sanit.* 1993;7:46-50.
4. Vogel L. De la indemnización a la prevención de las enfermedades profesionales: el mayor desafío para las estrategias de salud en el trabajo en Europa. *La Mutua.* 2008;19:181-204.
5. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Enfermedades profesionales.* Madrid: Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 1999.
6. García Gómez M, Castañeda López R. Las enfermedades profesionales declaradas en España en los últimos 18 años. *La Mutua.* 2008;19:19-44.
7. García Gómez M, Castañeda López R. Descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España en 2006 y 2007. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2008; en prensa.
8. Encuesta de Población Activa [base de datos en Internet]. Instituto Nacional de Estadística [actualizado 25 abril 2008]. Disponible en http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/e308_mnu&file=inebase&L=0.
9. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Observatorio de las Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social [actualizado 18 junio 2008]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82.
10. Eurostat. European social statistics-Accidents at work and work related health problems. Data 1994-2000. Luxembourg: European Commission; 2002.
11. 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;14:91-103.
12. García Gómez M, Castañeda López R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:361-75.
13. Instituto Navarro de Salud Laboral. Siniestralidad laboral en Navarra. Años 2003, 2004, 2005, 2006 [actualizado 10 marzo 2008]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/insl/>.

14. Markowitz SB. Sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades profesionales. En: Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. 5.ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001. p. 32.2–32.8.
15. Instituto Navarro de Salud Laboral. Estadísticas. Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral (Red de Médicos Centinela de Salud Laboral de Navarra) [actualizado 10 marzo 2008]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/insl/>.
16. Kraut A. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. *Am J Ind Med.* 1994;25:267–78.
17. Riihimäki H, Kurppa K, Karjalainen A, et al. Occupational diseases in Finland in 2002. New cases of occupational diseases reported to the Finnish Register of Occupational Diseases. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2004.
18. Cherry NM, McDonald JC. The incidence of work-related diseases reported by occupational physicians 1996–2001. *Occup Med.* 2002;52:407–11.
19. García AM, Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2004;7:3–8.
20. Benavides FG, Serra C. Evaluación de la calidad del sistema de información sobre lesiones por accidentes de trabajo en España. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2003;6:26–30.
21. Instituto Navarro de Salud Laboral. Diagnóstico de salud laboral. Navarra. 1994–1996. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra; 1998.
22. Durán FG, Benavides F. Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004. Barcelona: Atelier; 2004.
23. Rantanen J, Kauppinen T, Toikkanen J, et al. Work and health country profiles. Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety. People and work. Research Reports 44. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health Publication Office; 2001.
24. Eurogip. Les maladies professionnelles dans 15 pays européens. Les chiffres 1990–200. L'actualité juridique et pratique 1999–2002. Paris: Eurogip; 2002.