

Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007

Montserrat García Gómez^a, Rosario Castañeda López^a

Recibido: 30 de abril de 2008
Aceptado: 29 de julio de 2008

RESUMEN

Objetivos: Estudiar el descenso en el reconocimiento de enfermedades profesionales (EP) en España entre 2005 y 2007 con el fin de identificar factores potencialmente relacionados.

Métodos: Los casos de EP se obtuvieron del Ministerio de Trabajo y los denominadores del Instituto Nacional de Estadística. Se ha considerado población a riesgo la población asalariada según la Encuesta de Población Activa. Se han obtenido las tasas de incidencia específicas por sexo, edad, grupo de EP, incapacidad temporal, ocupación y actividad económica, así como su variación interanual porcentual.

Resultados: En 2006 se notificaron en España 21.905 EP (incidencia 135 por 100.000 asalariados), 8.125 casos menos que en 2005. En 2007 se declararon 17.061 casos (incidencia 102 por 100.000), 4.844 menos que en 2006. En 2006 el descenso respecto a 2005 se produce en todas las categorías estudiadas con la única excepción de los trabajadores de intermediación financiera. En 2007 se producen incrementos en la declaración con respecto a 2006 en EP respiratorias y por agentes químicos, y en mujeres del sector educación, principalmente.

Conclusiones: En 2006-2007 el reconocimiento de EP en España ha descendido un 47% frente a 2005. En 2006 se descendió a los niveles registrados en 1999 y en 2007 a los existentes en 1997. El patrón de descenso es distinto estos dos años sin que factores como la edad, el sexo, la actividad económica o la ocupación parezcan relacionarse con las diferencias, lo que lleva a pensar en el efecto disuasorio de los últimos cambios legislativos como explicación más plausible.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades profesionales. Seguridad Social. Salud Laboral.

ANALYSIS OF THE DECREASE IN THE REPORTING OF OCCUPATIONAL DISEASES IN SPAIN, 2006-2007

ABSTRACT

Objective: To study the decrease in the reporting of occupational diseases (OD) in Spain in 2006- 2007 with the aim of detecting potential explanatory factors.

Methods: OD cases were obtained from the Ministry of Labour and the denominators from the National Institute of Statistics. The employed population from the Active Population Survey was considered as the population at risk. Incidence rates were computed by sex, age, OD group, sickness absence, occupation, economic activity and percent interannual variation.

Results: In 2006, 21,905 ODs were declared in Spain (incidence rate, 135 per 100,000), 8,125 cases less than in 2005. In 2007, 17,061 cases were declared (incidence rate, 102 per 100,000), 4,844 less than in 2006. In 2006 the decrease occurred in all sectors except financial services. During 2007 some increases were observed when compared to 2006, mostly in relation to respiratory and chemical-induced ODs and in women employed in the education sector.

Conclusions: In the 2006-2007 period, reporting of ODs in Spain decreased by 47% with respect to 2005. In 2006 re-

^a Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España

Correspondencia:
Montserrat García Gómez
Área de Salud Laboral
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad y Consumo
mgarcia@msc.es

cognised ODs reached figures registered in 1999, and in 2007 those of 1997. The pattern of decrease was different in these two years, with factors such as age, sex, economic activity and occupation not explaining these changes. These results suggest that legal changes occurring in these years are the most plausible explanation for this decrease.

KEY WORDS: 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 el Consejo de Ministros del 10 de noviembre de 2006 se adoptó el Real Decreto 1299/2006, 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 registro¹. Con carácter previo a su publicación en el BOE, transcurrieron años de análisis y debates sobre la necesidad de modificar el sistema vigente (el anterior marco regulador databa de 1973 y 1978) y sobre los cambios que debía incluir esta reforma. Así, en 1998 y 2003, la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) encomendó a los respectivos grupos de trabajo el estudio de los sistemas de recogida, registro, análisis y tratamiento de la información de las EP, así como la propuesta de medidas para su mejora². Por iniciativa de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales, se constituyó en 2002 un subgrupo técnico de trabajo de la Administración General del Estado para la actualización del cuadro de EP y, tras un amplio proceso de diálogo, en julio de 2006 se suscribió un acuerdo que ha permitido la aprobación del Real Decreto 1299/2006.

En el entorno de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales³ (LPRL) y el Reglamento de los Servicios de Prevención⁴ (RSP), se abrieron intensos debates entre los profesionales, las administraciones y los agentes sociales y económicos, sobre las necesidades de actualización del sistema de seguridad social en esta materia, toda vez que la profunda reforma del sistema de prevención y el nuevo modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores permitía plantear la superación del desconocimiento de las enfermedades y riesgos a que están expuestos los trabajadores como paso previo para su prevención. Fueron años y debates que generaron grandes expectativas en todos los agentes implicados, sobre todo en los profesionales sanitarios y los trabajadores. En particular, el dictamen de la CNSST de 1999⁵, incorporaba el enfoque de la salud pública a la vigilancia de estas enfermedades y proponía la colaboración de las autoridades sanitarias junto con las laborales en su investigación y prevención.

Durante todos estos años se ha puesto sobradamente de manifiesto la subnotificación de las EP en nuestro país y la necesidad de superarla mejorando tanto la lista de las enfermedades que iban a ser consideradas como profesionales como los procedimientos para su notificación y registro en el sentido de lo indicado en el dictamen de la CNSST de 1999. De hecho, en el preámbulo del Real Decreto pode-

mos leer que uno de sus objetivos es *hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades*. Y, sin embargo, la declaración de las enfermedades profesionales ha descendido.

Hay que recordar que el concepto de EP no fue creado con finalidad preventiva, sino de aseguramiento, y que su definición no responde a criterios médicos sino de derecho. Refleja un compromiso social, político y jurídico alcanzado hace un siglo para indemnizar a los trabajadores lesionados o enfermos. Pero este compromiso vale para un número limitado de enfermedades, aquellas incluidas en una lista, cuyo origen laboral es incuestionable y, por lo tanto, banaliza el riesgo. Históricamente, los sistemas de aseguramiento son anteriores a los sistemas preventivos y la indemnización ha estado escasamente vinculada a la prevención. Hay autores que consideran que la instauración de los sistemas de compensación de las EP ha contribuido probablemente a frenar las estrategias de prevención⁶.

Lo más significativo es que en España disponemos de un buen sistema de protección de estas contingencias, en el sentido de que declarar una enfermedad como profesional conlleva una mejora en las prestaciones sanitarias y económicas del trabajador que la padece frente a las que recibe en el caso de la enfermedad común. Cualquier enfermedad reconocida a un trabajador con origen en su actividad profesional abre el acceso a esta mejora en las prestaciones; entonces, ¿cómo se explica que las EP registradas se alejen tanto de las EP estimadas y que, además, hayan descendido a casi la mitad en 2006 y 2007 en comparación con los años previos?

El objetivo de este trabajo es estudiar el descenso del reconocimiento de las EP tras la entrada en vigor de la nueva normativa sobre su notificación y registro y analizar los factores potencialmente relacionados.

MÉTODOS

Se ha considerado como población a riesgo de sufrir una EP la población asalariada española según se recoge en la Encuesta de Población Activa⁷ para los años 1990-2007, y su distribución por sexo, edad, ocupación y actividad económica. Los casos son las EP declaradas a través del Parte Oficial de Declaración de Enfermedad Profesional para 1990-2006, proporcionados en formato electrónico por la Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo. Para el año 2007, los casos se han obtenido del Observatorio de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social⁸.

Para este análisis se han utilizado las variables disponibles con información sobre el trabajador (sexo, edad, tiempo en el puesto de trabajo y ocupación según Clasificación Nacional de Ocupaciones⁹), la empresa (actividad económica según Clasificación Nacional de Actividades¹⁰) y la enfer-

medad (grupo según código del cuadro de EP, fecha del parte y existencia de parte de baja por incapacidad temporal).

Se han obtenido las tasas específicas por 100.000 asalariados para cada categoría de las variables analizadas utilizando como denominador la población ocupada asalariada correspondiente a cada variable. Se calculó la variación interanual de las tasas de incidencia de EP, restando a la tasa de incidencia anual de un año la tasa de incidencia del año anterior, y dividiendo por esta misma cantidad. Se ha realizado un contraste de hipótesis de igualdad de tasas obteniéndose la significación estadística en cada caso. El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico Epidat 3.1¹¹.

RESULTADOS

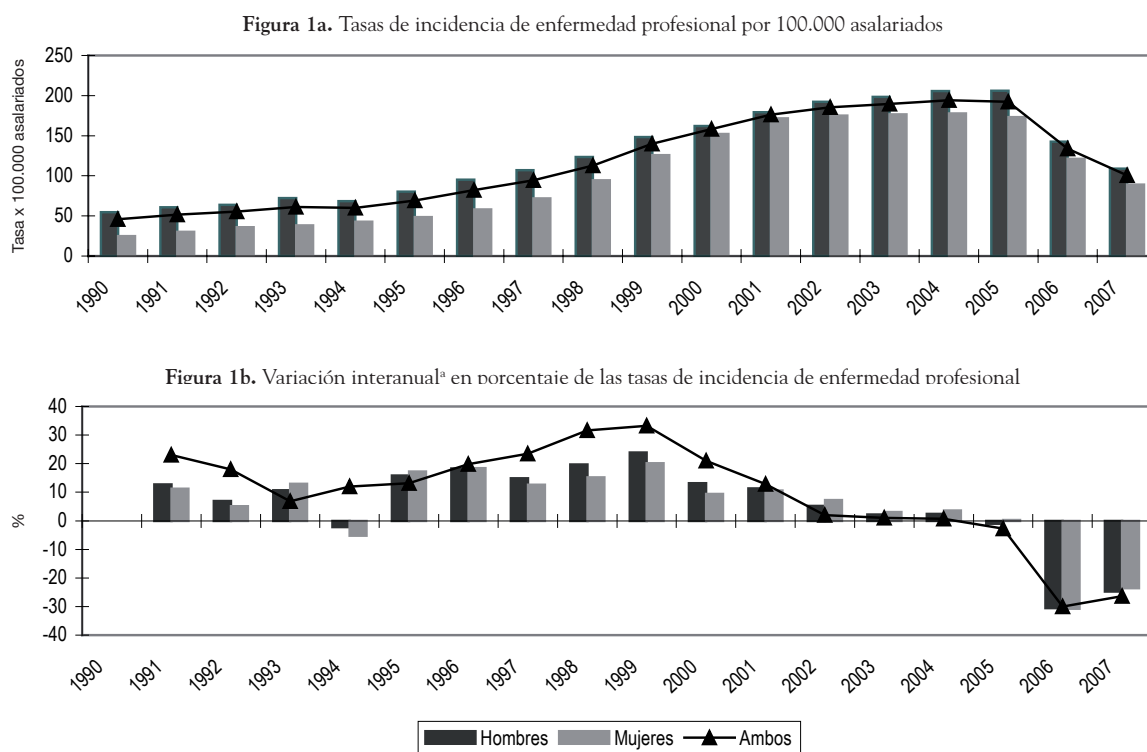
En el año 2006 se notificaron en España un total de 21.905 EP, 8.125 casos menos que el año anterior, correspondiendo el 61% a hombres y el 39% a mujeres. La incidencia global fue de 135,1 por 100.000 asalariados, lo que supone un descenso de un 30% en relación con el año anterior. En 2007 se declararon 17.061 casos, 4.844 menos que en 2006. La incidencia fue de 101,8, un 25% menos que en 2006. El descenso fue significativamente mayor en hombres que en mujeres en 2006 (respectivamente 31% y 29%, $p < 0,001$),

y más en las mujeres que en los hombres en 2007 (26% y 24% respectivamente, $p < 0,001$) (Figura 1).

La Tabla 1 muestra las tasas y los porcentajes de cambio encontrados para el total, y para hombres y mujeres por las diferentes variables, en los años 2006 y 2007. Como puede observarse, en el 2006 el descenso de la declaración de EP respecto a 2005 se produce en todas las categorías estudiadas con la única excepción de los trabajadores de la intermediación financiera. En el 2007, sin embargo, se producen algunos incrementos. Por su parte, la declaración de EP con baja resulta un 32% menor en 2006 y otro 35% menor en 2007, lo que supone un descenso global de las enfermedades con baja de un 56% en estos dos años respecto al anterior (de 24.524 a 11.579 casos). Por sexos, hay que destacar el 33% de descenso en las EP con baja en hombres frente al 31% en mujeres en 2006 ($p < 0,001$). Atendiendo a la edad, el mayor cambio en 2006 se encuentra en los trabajadores de 16 a 29 años, tanto para los hombres como para las mujeres ($p < 0,001$). Sin embargo, en 2007 el descenso ha sido mayor en el grupo de más de 60 años, pasándose de notificar 505 casos en 2006 a 129 en 2007 ($p < 0,001$), descenso que además fue mayor en los casos que precisaron baja (de 394 a 85 casos).

Como vemos en la Figura 2, la reducción de las enfermedades declaradas ha sido desigual por tipo de enfermedad. Las enfermedades causadas por carcinógenos son las que más

Figura 1. Tasas de incidencia de enfermedad profesional por 100.000 asalariados en España 1990-2007 y su variación respecto al año anterior (%).



a Porcentaje de variación interanual, tomando como referencia tasa de incidencia del año anterior

Tabla 1. Tasas de incidencia de enfermedad profesional por 100.000 asalariados en España en 2006 y 2007 y su variación respecto al año anterior (%).

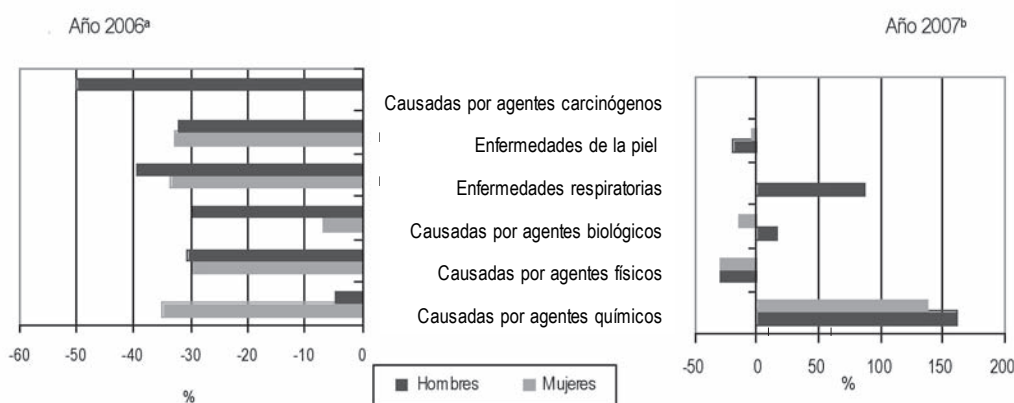
	Total				Hombres				Mujeres			
	2006	2007	% 2006 ^a	% 2007 ^b	2006	2007	% 2006 ^a	% 2007 ^b	2006	2007	% 2006 ^a	% 2007 ^b
Incapacidad temporal												
Sin baja	28,0	32,7	-21,1	16,6	31,8	37,4	-20,6	17,6	22,9	26,6	-21,4	16,2
Con baja	107,1	69,1	-32,3	-35,5	111,6	72,1	-33,1	-35,4	101,1	65,1	-30,9	-35,6
Grupo de enfermedad profesional^c												
Enfermedades causadas por agentes químicos	1,8	4,4	-14,3	144,4	2,1	5,5	-4,5	161,9	1,3	3,112	-35,0	138,5
Enfermedades causadas por agentes físicos	120,6	85,0	-30,3	-29,6	127,8	90,2	-30,7	-29,4	111,0	78,18	-29,5	-29,5
Enfermedades causadas por agentes biológicos	1,9	1,8	-13,6	-5,3	1,2	1,4	-29,4	16,7	2,7	2,251	-6,9	-14,8
Enfermedades causadas por inhalación de sustancias	2,1	3,2	-36,4	52,4	2,3	4,3	-39,5	87,0	1,8	1,848	-33,3	0,0
Enfermedades de la piel	8,7	7,4	-32,0	-14,9	9,9	8,0	-32,2	-19,2	7,0	6,738	-32,7	-4,3
Enfermedades causadas por agentes carcinógenos	0,0	0,1	100	0	0,1	0,1	-50,0	0,0	0,0	0,014	0	0
Edad												
16 a 29	96,2	79,4	-37,6	-17,4	97,4	85,7	-38,5	-12,0	94,7	71,7	-36,4	-24,3
30 a 39	132,9	97,2	-30,8	-26,9	148,1	109,5	-30,6	-26,0	112,7	81,2	-30,7	-28,0
40 a 49	167,5	131,8	-25,0	-21,3	175,9	138,3	-24,2	-21,3	156,4	123,7	-25,7	-20,9
50 a 59	167,7	119,2	-28,8	-28,9	169,9	124,2	-31,4	-26,9	164,0	111,5	-23,7	-32,0
60 y más	98,5	23,5	-31,3	-76,1	110,7	26,9	-32,2	-75,7	74,0	17,1	-29,0	-76,9
Código CNO- 94 Ocupación económica												
1 Dirección de las empresas y de las Admon Públicas	4,8	5,4	-54,5	12,5	2,2	3,0	-80,2	36,4	12,5	12,0	30,6	-4,0
2 Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	18,1	15,4	-20,9	-14,9	12,9	10,7	-2,3	-17,1	22,4	19,1	-28,5	-14,7
3 Técnicos y profesionales de apoyo	18,1	15,7	-27,4	-13,3	14,5	12,0	-23,0	-17,2	22,3	20,0	-30,5	-10,3
4 Empleados de tipo administrativo	32,8	18,4	-28,4	-43,9	23,8	10,4	-26,4	-56,3	37,6	22,6	-29,3	-39,9
5 Trabajadores de los servicios	82,0	55,9	-32,1	-31,8	41,7	30,2	-34,4	-27,6	106,2	70,5	-32,0	-33,6
6 Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	126,4	109,3	-23,8	-13,5	110,7	88,2	-25,7	-20,3	267,4	270,2	-7,1	1,0
7 Artesanos cualificados de I Manufactureras	345,2	193,7	-29,7	-43,9	295,3	170,7	-31,1	-42,2	1022,8	548,4	-20,8	-46,4
8 Operadores de instalaciones y maquinaria	226,0	203,5	-24,7	-10,0	182,3	157,4	-25,1	-13,7	512,0	487,4	-22,9	-4,8
9 Trabajadores no cualificados	186,8	194,2	-34,2	4,0	187,5	235,4	-35,7	25,5	186,3	161,0	-32,7	-13,6
Código CNAE-93 Rama de actividad												
A Agricultura, ganadería, caza y selvicultura	109,3	57,4	-32,4	-47,5	90,4	48,1	-28,7	-46,7	157,5	81,9	-38,5	-48,0
B Pesca	186,2	117,5	-30,2	-36,9	208,3	101,4	-22,5	-51,3	44,4	259,0	-82,6	483,3
C Industrias extractivas	1428,1	681,6	-33,4	-52,3	1395,8	727,5	-34,8	-47,9	1754,4	298,8	-19,6	-83,0
D Industria manufacturera	387,7	306,8	-24,1	-20,9	336,6	278,2	-26,3	-17,3	542,8	388,7	-19,0	-28,4
E Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua	39,7	30,4	-24,8	-23,4	41,1	33,3	-28,5	-19,0	33,0	18,6	-2,9	-43,6
F Construcción	136,7	98,4	-37,3	-28,0	140,0	101,7	-37,7	-27,4	75,4	42,2	-15,8	-44,0
G Comercio; reparación de vehículos	93,4	80,9	-35,5	-13,4	89,6	79,6	-35,9	-11,3	97,0	82,1	-35,2	-15,4
H Hostelería	74,0	57,8	-32,0	-21,9	34,6	28,1	-38,7	-18,8	102,8	78,4	-31,2	-23,7
I Transporte, almacenamiento y comunicaciones	37,7	28,1	-43,5	-25,5	41,4	27,5	-42,3	-33,6	27,1	30,0	-48,2	10,7
J Intermediación financiera	12,8	6,7	-25,1	-47,7	9,2	5,2	1,1	-43,5	16,8	8,5	-36,4	-49,4
K Actividades inmobiliarias y de alquiler; servicios empresariales	118,0	79,0	-31,4	-33,1	85,1	59,8	-27,5	-29,7	145,6	94,8	-33,8	-34,9
L Administración pública, defensa y seguridad social	30,4	32,9	-39,3	8,2	24,2	31,6	-46,0	30,6	39,5	35,0	-32,7	-11,4
M Educación	9,3	15,5	-35,0	66,7	6,6	8,3	-41,6	25,8	10,7	19,3	-32,7	80,4
N Actividades sanitarias y veterinarias, servicio social	91,9	63,7	-24,9	-30,7	65,3	48,3	-9,4	-26,0	100,2	68,1	-27,9	-32,0
O Otras actividades sociales	109,4	84,3	-23,7	-22,9	73,3	43,6	-3,9	-40,5	147,1	126,4	-30,8	-14,1
P Hogares que emplean personal doméstico	1,3	1,6	-65,8	23,1	10,1	9,5	-58,3	-5,9	0,4	0,8	-77,8	100,0
Total	135,1	101,8	-30,3	-24,7	143,4	109,5	-30,7	-23,6	124,0	91,6	-29,3	-26,1

a Porcentaje de variación 2006– 2005, tomando como referencia la tasa de 2005

b Porcentaje de variación 2007– 2006, tomando como referencia la tasa de 2006

c Grupo de enfermedad profesional según código del cuadro de enfermedades profesionales

Figura 2. Variación interanual (%) de las tasas de incidencia de enfermedad profesional por grupo de enfermedad y sexo en España en 2006 y 2007.



a Porcentaje de variación 2006 tomando como referencia 2005

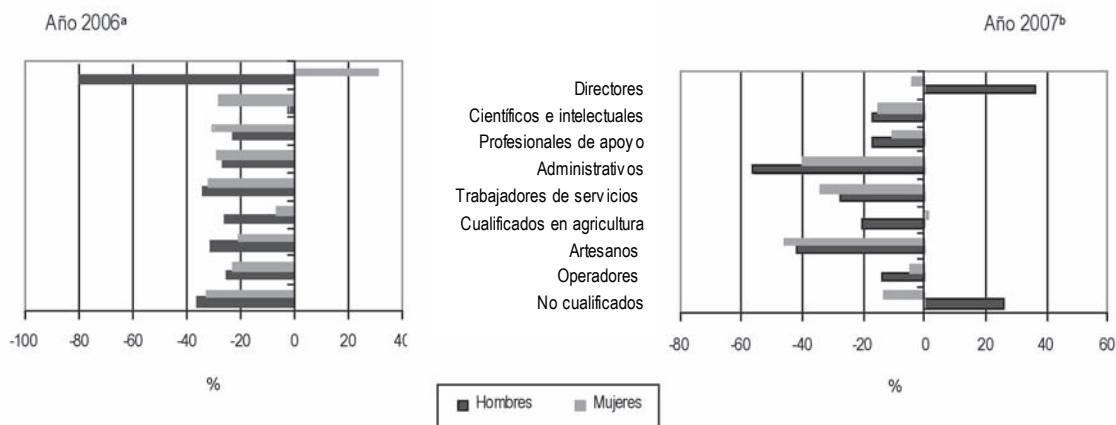
b Porcentaje de variación 2007 tomando como referencia 2006

han descendido en 2006, para aumentar en 2007, pero su análisis se ve dificultado por el pequeño número de casos declarados bajo este epígrafe (se notificaron 17 casos en 2005, 8 en 2006 y 15 en 2007). El descenso ha sido mayor que la media en las enfermedades respiratorias y en las de la piel en 2006, tanto en hombres como en mujeres. Pero las enfermedades producidas por agentes químicos descienden ocho veces más en las mujeres que en los hombres, y en cambio las infecciosas lo hacen tres veces más en los hombres. El descenso del 30% en las enfermedades producidas por agentes físicos se produce a costa de los trabajadores de 16 a 39 años, del transporte, de la administración pública y educación. En el año 2007, el número de enfermedades causadas por agen-

tes químicos casi se triplica, y también aumentó la declaración de las EP respiratorias en los hombres.

En la Figura 3 se muestra la variación interanual porcentual según categorías de ocupación, y en la Figura 4 esta variación según actividad económica. Transporte y comunicaciones, Administración pública, Construcción, Comercio y Educación, son las ramas que han presentado descensos significativos en 2006 ($p < 0,001$). Las mayores oscilaciones se encuentran en las mujeres. Según niveles de gravedad, en el sector de Educación se observa un aumento en la notificación de las enfermedades sin baja del 67% en 2006. En el año 2007 hay que destacar los incrementos encontrados en los hombres trabajadores en Administraciones pú-

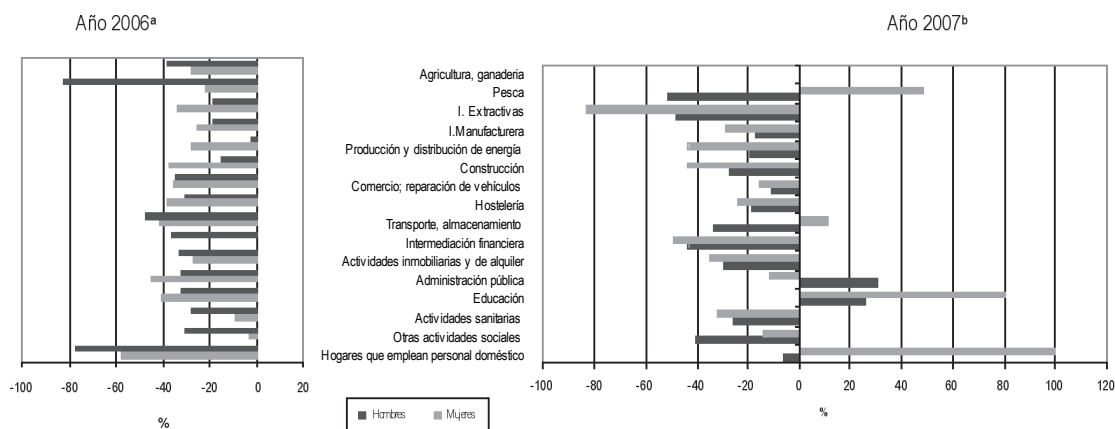
Figura 3. Variación interanual (%) de las tasas de incidencia de enfermedad profesional por ocupación y sexo en España en 2006 y 2007.



a Porcentaje de variación 2006 tomando como referencia 2005

b Porcentaje de variación 2007 tomando como referencia 2006

Figura 4. Variación interanual (%) de las tasas de incidencia de enfermedad profesional por actividad económica y sexo en España en 2006 y 2007.



a Porcentaje de variación 2006 tomando como referencia 2005

b Porcentaje de variación 2007 tomando como referencia 2006

blicas, y en las mujeres del sector Educación, la mayoría de ellas sin baja.

DISCUSIÓN

En 2006-2007 el reconocimiento de EP en España ha descendido un 47% frente a 2005. En el año 2006 descendió a los niveles registrados en 1999 y en 2007 a los declarados en 1997. La variación es desigual para hombres y mujeres, y el descenso se produce a costa de las EP graves. Además, el patrón de descenso es distinto en los dos años de interés.

Pueden existir distintas razones para explicar esta tendencia a la baja. En primer lugar, el progreso en la prevención de estas enfermedades. Es cierto que los indudables avances en higiene industrial han reducido la gravedad de los riesgos tradicionales de manera paulatina, pero no encontramos explicación en la implantación de medidas preventivas que justifiquen los descensos tan marcados y generalizados observados en 2006, y que expliquen el incremento de las EP respiratorias y por agentes químicos en 2007. La tendencia global la marcan las enfermedades osteoarticulares, y también desconocemos los avances tecnológicos, ergonómicos y/o de diseño de equipos de trabajo capaces de generar una reducción del 60% de estas enfermedades en dos años. Mención especial merece, por su importancia, que el descenso se haya producido fundamentalmente a costa de las enfermedades con baja, algo que ya se ha observado previamente¹². Incluso las enfermedades respiratorias y por agentes químicos, que aumentan en 2007, se califican con una frecuencia cinco veces mayor respecto al año anterior como enfermedades sin baja.

Otra hipótesis que podemos considerar es la de que haya mejorado, por fin, la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores en las empresas; sin embargo, los datos recopilados para la elaboración del Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la Prevención de Riesgos Laborales¹³ van en

contra de esta explicación. Podría también haberse dado una disminución, o incluso desaparición, de ciertas actividades económicas, pero que conozcamos, esta situación no se ha producido en España en los dos últimos años. Otros cambios en el modelo productivo afectarían a alguna actividad económica determinada. Podría ser el caso de la construcción, con descensos por encima de la media los dos años. Pero no es coherente con el resto de los resultados de este estudio. Incluso para la construcción, el mayor descenso encontrado para el total es, sin embargo, inferior a la media para los hombres y dos veces mayor para las mujeres en 2007, año en el que la crisis del sector sería mayor.

En relación con nuestro entorno europeo, y aunque la comparación directa entre Estados no sea muy adecuada por las disparidades entre los sistemas nacionales de declaración y reconocimiento de las EP¹⁴, resulta de interés comparar la evolución a lo largo del tiempo en distintos países. En este sentido, el estudio Eurogip de 2002¹⁵ muestra grandes disparidades entre países. En los Estados de la Unión Europea cubiertos por este estudio se va de un mínimo de menos de 4 EP 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 aquéllos que muestran tendencia a la baja es la de las lógicas de austeridad que, según algunos autores^{6,15}, han jugado un papel determinante en la regresión. Es interesante destacar el caso de Dinamarca. La obligación establecida desde 1976 para los médicos y dentistas de notificar los casos de enfermedades que puedan tener relación con el trabajo explica, en gran parte, el importante número de demandas de reconocimiento. Fruto de estas políticas activas, se suscitó el interés de los medios por la temática de las EP, lo cual contribuyó aun más al incremento en la declaración.

Dado el distinto patrón de descenso en 2006 y en 2007, una última explicación que debemos tomar en consideración son los cambios legislativos. Efectivamente, ha habi-

do dos que han entrado en vigor el 1 de enero de 2006 y el 1 de enero de 2007, respectivamente, después de 30 años sin ningún cambio en la regulación de la declaración y registro de las EP. El primero es la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre¹⁶, que se refiere a la opción que tienen las mutuas de asumir el pago de las pensiones por incapacidad permanente derivadas de EP, que anteriormente pagaba el Consorcio de Compensación (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. Desde el punto de vista sindical, esta motivación económica sería una de las razones principales que explican la reducción de las enfermedades declaradas¹⁷. Según algunos autores¹⁸ los criterios de la Orden implicaban que la EP fuera un 25% más costosa para las mutuas que el accidente de trabajo, lo que supuso un desincentivo claro para su declaración.

El segundo desarrollo normativo es el Real Decreto 1299/2006, que cambia el cuadro de EP así como los procedimientos para su notificación y registro. Conviene detenerse en el impacto de los cambios legislativos. Éstos 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 2006-2007. Es decir, el nuevo sistema está resultando claramente disuasorio de la declaración y reconocimiento de enfermedades profesionales. Sin embargo, en una publicación reciente comentábamos el efecto beneficioso de los debates alrededor de la LPRL en el incremento de la declaración de EP en España desde 1996 hasta 2004¹⁹.

Para analizar el efecto del RD 1299/2006 en el descenso observado en 2007 lo primero que debemos tener en cuenta es el cambio producido en el Cuadro de EP. En relación con el anterior de 1978 aumentan tanto las EP que recoge como los agentes susceptibles de provocarlas y las principales actividades capaces de producirlas, pasando de 71 a 141 las EP con posibilidad de reconocimiento. Esta actualización que, además, mantiene los mismos grandes grupos de enfermedad para facilitar la lectura e interpretación por los declarantes (cambiando sólo de nombre el sexto grupo), no parece pues ser la causa del descenso observado. Por lo que se refiere a los nuevos trámites de la declaración electrónica de estas enfermedades²⁰, existe una queja generalizada del sector sobre el mal funcionamiento del nuevo sistema, apoyado en una aplicación informática excesivamente rígida que no permite la introducción de datos si no hay una coincidencia exacta con los campos previstos, así como la ausencia de feed-back o gestión compartida de los datos que ellos generan, de forma que los declarantes son meros "introdutores de datos", sin participación en los procesos del sistema de información.

Unido a todo ello debemos recordar los trabajos previos a la aprobación del RD 1299/2006, que han provocado la falta de motivación tras la euforia consecuencia de las expectativas surgidas, y que no se han concretado de la forma en que los profesionales sanitarios esperaban. Se propusieron soluciones para mejorar el subregistro, y el grupo de trabajo incluía representantes de la administración sanitaria y laboral, además de los agentes sociales y económicos.

El asunto quedó descartado cuando las autoridades de seguridad social impusieron su criterio, con el apoyo de los sindicatos. Efectivamente, en paralelo con los trabajos de esta reforma legislativa, las administraciones sanitarias iniciaban el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral (SISAL)²¹, para mejorar el conocimiento de los riesgos y daños de la población trabajadora, la vigilancia epidemiológica y la planificación y evaluación sanitaria en el ámbito de la salud laboral. El Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consensuó los contenidos y procedimientos del Sistema, que fueron aprobados por la Comisión de Salud Pública, y fueron objeto de acuerdo en la Mesa de Diálogo Social en septiembre de 2001, ratificado posteriormente en diciembre de 2003 y, más recientemente, en febrero de 2005. La coincidencia en el tiempo con los debates y trabajos para la actualización del sistema de declaración y registro de las EP, llevó a proponer este sistema como receptor de las declaraciones de sospecha de los facultativos del SNS y de los servicios de prevención, así como de brotes y situaciones epidémicas ante el incremento significativamente elevado de casos de cualquier naturaleza en relación con los esperados en las empresas, para su estudio. Durante 2003 y 2004, se trabajó en el desarrollo de la aplicación informática que diera soporte al Sistema, contemplando entornos que permitieran la cooperación de las administraciones sanitarias con todos los agentes que participan en el ámbito de la salud laboral. Lamentablemente, este proyecto quedó suspendido en 2005.

Simultáneamente, se proyectaba la reforma de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y su transformación en Red de Vigilancia de Salud Pública, capaz de identificar los principales problemas de salud, optimizar su capacidad de respuesta y aportar el conocimiento adecuado para la toma de decisiones en salud pública. Desde el Grupo de Trabajo de Salud Laboral, en colaboración con el Grupo de Trabajo de Vigilancia en Salud Pública, se propuso la inclusión de la vigilancia de las enfermedades derivadas del trabajo y sus riesgos, y así quedó redactado en el proyecto de Real Decreto que se elaboró. También este proyecto se paralizó en 2005.

En el transcurso de los trabajos de esos grupos se evidenció la necesidad de que fueran procesos armónicos que consiguieran la definición de un Sistema de Información y Vigilancia en Salud Laboral eficaz, coherente y armonizado, que propiciaran un momento de gran esperanza en los profesionales de la salud laboral. No ha sido así, y habrá que seguir recorriendo el camino, porque lo que si está claro es que esos tres subsistemas están llamados a converger. Es evidente que para superar los límites de los datos derivados del aseguramiento (en el sentido de su modesto valor preventivo), deben trabajarse las sinergias con los otros dos sistemas implicados, el de la prevención de riesgos laborales, cuyo renovado marco normativo tiene otra finalidad, con sus definiciones y nuevo enfoque de la vigilancia de la salud (aunque no se haya conseguido todavía implantar sistemas de prevención coherentes). Y con el sanitario, aplicando el enfoque y perspectiva de la salud pública a su estudio y prevención. Compartimos con Vogel⁶ que la dificultad no es puramente técnica. Introducir la lógica de la salud pública y de la pre-

vencción en materia de EP implica que se remueva profundamente el compromiso alrededor del reconocimiento y la indemnización. Sobre la viabilidad que en nuestro país pueda tener dicho sistema de vigilancia, consideramos que es difícil de conseguir, pero es factible. Cabe señalar que la comunicación de las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales o cuyo origen laboral se sospecha, por parte de los facultativos del SNS y de los servicios de prevención establecida en el artículo 5 del RD 1299/2006, hasta el momento sólo ha sido regulada por el País Vasco^{22,23}. Otras comunidades han manifestado la intención de regular este tema, y sería deseable hacerlo en el seno de coordinación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, hay que esperar a conocer el efecto de la reciente Resolución de 19 de septiembre de 2007²⁴, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de contingencia, en términos de su posible impacto sobre los posibles falsos negativos.

En conclusión, el reconocimiento de EP en España en 2007 ha retrocedido a los niveles registrados en 1997 sin que factores tales como la edad, el sexo, la actividad económica o la ocupación expliquen las diferencias, lo que lleva a pensar en el efecto disuasorio de los últimos cambios legislativos como explicación más plausible. Ante ello, consideramos que no se debe mantener un lamentable error: la idea de que un Real Decreto pueda resolver el problema. Hay que dotar los medios necesarios para su aplicación. El trabajo duro y discreto de asignar recursos humanos y materiales para agilizar su aplicación es imprescindible. Y la instauración de un sistema de información y vigilancia en salud laboral centrado en la prevención y no solo en la indemnización, prioritario. Es un problema de voluntad. 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.

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. RD 1299/2006 (10 nov 2006).
2. Artieda Pellejero L. Cambios en la notificación de las enfermedades profesionales: nuevo cuadro y modificaciones en la declaración y registro de casos. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2007; 25(1):135-42.
3. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. L 31/1995 (8 nov 1995).
4. Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. RD 39/1997 (17 ene 1997).
5. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Enfermedades Profesionales*. Madrid: Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 1999.
6. 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.
7. Encuesta de Población Activa [base de datos en Internet]. INE [actualizado 25 abril 2008] [consultado 30 jun 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es>
8. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de las Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social [actualizado 18 junio 2008] [consultado 30 jun 2008]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82
9. Real Decreto por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). RD 917/1994 (6 may 1994).
10. Decreto por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93). D 1560/1992 (18 dic 1992).
11. Epidat 3.1. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública [consultado 30 jun 2008]. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/cas/default.asp>
12. Layana Echezuri E, Artieda Pellejero L, Lezáun Goñi M, Beloqui Basterra A. *Lesiones profesionales en Navarra 2001*. Gobierno de Navarra: Instituto Navarro de Salud Laboral; 2002.
13. Esteban Buedo V, García Gómez M, Gallo Fernández M, Guzmán Fernández A. *Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
14. Eurostat. *European social statistics -Accidents at work and work related health problems*. Data 1994-2000. Luxembourg: European Commission; 2002.
15. Eurogip. *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens*. Les chiffres 1990-2000. L'actualité juridique et pratique 1999-2002. Paris: Eurogip; 2002.
16. Orden por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social. Orden TAS/4054/2005 (27 dic 2005).
17. González J. *Enfermedades Profesionales: seguimos viendo sólo la punta del iceberg*. Por Experiencia. 2007;(38):8.
18. Agudo Díaz J. Nuevo cuadro de Enfermedades Profesionales: comentarios al año de su implantación. *La Mutua* 2008; (19): 119-30.
19. García Gómez M, Castañeda López R. *Las enfermedades profesionales declaradas en España en los últimos 18 años*. *La Mutua* 2008; (19): 19-44.
20. Orden por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. O TAS/1/2007 (2 ene 2007).
21. García Gómez M. *Sistema de Información Sanitaria sobre Salud Laboral: SISAL*. *Informática y Salud*. 2003;(39):8-12.
22. Resolución del Director General de Osalan – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, que establece el procedimiento de comunicación de casos sospechosos de enfermedad profesional desde los Servicios de Prevención a la Unidad de Salud Laboral de OSALAN. Resolución 11 dic 2007.
23. Instrucción del Viceconsejero de Sanidad, del Director General de Osalan y de la Directora General de Osakidetza sobre el procedimiento de comunicación de las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales o cuyo origen profesional se sospecha. Instrucción 1 (26 dic 2007).
24. Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social. Resolución 19 sep 2007.