

Sección Técnica

*Este artículo fue publicado en el número 22-2002, páginas 20 a 27.
Siguiendo la línea de la página Web del INSHT se incluirán los textos íntegros de los artículos
prescindiendo de imágenes y gráficos no significativos.*

Patrón clínico - epidemiológico de declaración de enfermedades profesionales. Análisis retrospectivo de una población protegida a nivel del estado español, 1997-2000

Constanza Albertí

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Mutua Universal.

Pablo Oliveró

Director de Prevención Médica.

Mutua Universal.

Jaume Canela-Soler

Unidad Clínico-Epidemiológica.

Universidad de Barcelona.

El objetivo del estudio que se presenta es contribuir a un mayor conocimiento de las tendencias de las EEPP en España en los años recientes.

Introducción

La declaración de enfermedades profesionales (EEPP) con baja en España está mostrando un aumento progresivo en números absolutos y en Incidencias Acumuladas por 1000 trabajadores asalariados o del Régimen Especial Agrario durante los últimos años¹. A ello puede haber contribuido positivamente un aumento de la sensibilización respecto de las condiciones del trabajo tanto de los afectados como de los empresarios y los profesionales de la salud, debida en buena parte a la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales². Sin embargo, persiste una Incidencia Acumulada de casos de EEPP declarados por debajo de las de otros países de nuestro entorno³. Ello es más notorio en las enfermedades con mayor periodo de latencia entre la exposición al agente causante y el desarrollo de la enfermedad⁴. Se da también la circunstancia que algunas patologías de origen profesional son poco visibles y pueden pasar más o menos desapercibidas hasta fases avanzadas. Tal es el caso de la hipoacusia profesional, pocas veces reconocida como tal y que puede provocar incluso una marginalización del trabajador en su entorno de trabajos⁵. La mayoría de publicaciones médicas sobre patología laboral abordan el tema desde la perspectiva del caso clínico o de enfermedades o lesiones concretas que afectan a un colectivo determinado⁶. Sin

embargo, faltan estudios que proporcionen más información sobre las tendencias de los problemas de salud laboral, incluyendo estudios descriptivos y analíticos⁷.

El objetivo del estudio que se presenta es contribuir a un mayor conocimiento de las tendencias de declaración de EEPP en España en los años recientes y estudiar si existen diferencias en el patrón de declaración entre diferentes zonas geográficas del estado español (razón estandarizada de declaración, RED). El análisis de los casos declarados para la población estudiada puede orientar sobre cuales pueden ser las tendencias de declaración en otros colectivos de características similares.

La población en estudio es la población de trabajadores por cuenta ajena y Régimen Especial Agrario pertenecientes a empresas afiliadas a una Mutua AT y EP entre los años 1997 y 2000. Dicha población está distribuida en todo el territorio del estado español y pertenece a muy diversos sectores de actividad económica.

Se analizan los episodios de baja por enfermedad profesional de la población en estudio declarados en el periodo 1997-2000: se analizan diversas variables; se calcula la Incidencia Acumulada de declaración de casos nuevos y de recaídas para la población global en estudio y para diferentes grupos de actividad económica; se describe la tendencia temporal de las EEPP declaradas, y se calcula la razón estandarizada de declaración de EEPP de los diversos territorios de la Mutua dentro del estado español.

Población y Métodos

Estudio retrospectivo y analítico de las bajas por EEPP declaradas en la población afiliada a una Mutua AT y EP entre 1997 y 2000. La población estudiada representa el 7,3% de la población asalariada o del Régimen Especial Agrario en España en el año 1999¹ y el 9,5 % de los efectivos laborales en España en el 4º trimestre del año 2000⁸. La Mutua fuente de los datos es la cuarta en volumen de trabajadores afiliados en todo el territorio nacional. La población en estudio (por Cuenta Ajena y Régimen Especial Agrario) a mitad de los años 1997, 1998, 1999 y 2000 era de 675.892, 780.382, 862.752 y 973.298 trabajadores respectivamente. La distribución de la población protegida en grupos de actividad económica se conocía para cada año en estudio. La distribución geográfica de los diversos sectores de actividad económica a junio del 2000 se estimó a partir de la distribución conocida en enero 2001. El criterio de inclusión en el estudio era que el diagnóstico de EEPP que aparecía en el listado de bajas con el código correspondiente del CIE-9⁹, fuera una patología comprendida en el listado de Enfermedades Profesionales del RD 1995/1978¹⁰, o una patología relacionada con el trabajo, y que dicha patología fuera compatible con los factores de riesgo habituales del sector de actividad económica correspondiente. En caso de duda sobre la compatibilidad del diagnóstico, se revisó la información sobre el caso disponible en Historia Clínica de la Mutua AT y EP (entorno Host) y se evaluó la plausibilidad de dicho diagnóstico y su inclusión en el estudio.

Se revisaron los listados de los casos de EEPP declarados entre enero 1997 y diciembre 2000.

Para cada episodio de baja se obtuvieron las siguientes variables: edad en el primer episodio, sexo, diagnóstico CIE-9 y grupo diagnóstico de EEPP, clasificación de la baja como un primer episodio o una recaída dentro del mismo grupo diagnóstico, duración en

días de la baja, actividad económica de la empresa y la zona geográfica de la EEPP (siguiendo la distribución territorial utilizada por la Mutua).

La edad de las recaídas no pudo analizarse pues ésta variable no queda actualizada en el programa de Historia Clínica cuando se entran episodios sucesivos de un mismo individuo.

Los diagnósticos disponibles según clasificación CIE-9 fueron reagrupados dentro de grupos diagnósticos de enfermedades similares a los grupos de EEPP que constan en el RD de EEPP¹⁰ y quedaron como sigue:

Enf. Músculo-esqueléticas
Enf. de la Piel y anexos
Enf. Respiratorias
Enf. infecciosas
Enf. por Productos Químicos
Enf. por Ruido o por descompresión

Esta clasificación es similar a la utilizada por otros autores de nuestro país¹¹.

El primer episodio declarado para un individuo en el período 1997-2000 se consideró como caso nuevo de EEPP. Si había episodios posteriores para el mismo individuo, se consideraron recaídas si el diagnóstico pertenecía al mismo grupo que el caso nuevo, y se consideraron como caso nuevo si pertenecían a otro grupo diagnóstico de EEPP.

La duración de las bajas se calculó para cada episodio a partir de la fecha de alta y la fecha de baja, contando los días naturales entre ellas.

El grupo de actividad económica de la empresa disponible en la clasificación de 5 dígitos (CNAE 93)¹², se recodificó al CNAE de 2 dígitos para obtener la Incidencia Acumulada específica por grupo de actividad económica.

La zona geográfica se definió a partir del municipio del Dispensario de la Mutua AT y EP en donde se atendió al enfermo y se declaró la EEPP.

Análisis: Se calculó la distribución de casos nuevos y de recaídas según edad del primer episodio, según sexo, según grupos diagnósticos y según actividad económica de la empresa para cada año de declaración y para el total del periodo. Se calculó la duración media de las bajas de cada año en estudio y del total del periodo y su posible correlación con variables como sexo, edad de los casos nuevos, grupo diagnóstico, grupo de actividad económica, territorio de la Mutua, y el año de declaración de la baja.

Se calcularon las Incidencias Acumuladas de declaración de EEPP específicas para cada grupo diagnóstico y para cada grupo de actividad económica para todo el periodo en estudio (Incidencias Acumuladas medias para el periodo 97-00), y para cada año del periodo. Para ello se disponía de la distribución de la población por grupos de actividad económica, a mitad del periodo en estudio y para cada año del periodo. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS, para WindowsTM.

A partir de los casos declarados en cada territorio durante el año 2000 y la población estimada de cada territorio a junio 2000, se obtuvieron las Incidencias Acumuladas brutas de declaración de cada territorio. Para comparar las Incidencias Acumuladas de declaración de casos de EEPP de los diferentes territorios de la Mutua en el año 2000 con la declaración global nacional, se siguió el método de estandarización indirecta 13 y se obtuvieron las Razones Estandarizadas de Declaración (RED). Las Incidencias Acumuladas de declaración específicas (correspondientes a cada sector de actividad para el año 2000) de la población nacional de referencia, se aplicaron a la distribución por sectores de actividad económica, estimada para el año 2000, en cada territorio. Así se obtuvieron los casos esperados para cada territorio, neutralizando el factor de confusión que hubiera supuesto la distribución desigual de la actividad económica en las diferentes zonas en estudio. Se calculó la Razón Estandarizada de Declaración de EEPP (RED) de las diferentes zonas para el año 2000.

Resultados

De un total de 8.506 bajas por EEPP declaradas en el período, 903 casos (10.6% de las bajas declaradas) se excluyeron del análisis para este estudio: 808 correspondían a diagnósticos más propios de Accidente de Trabajo que de EEPP (esguinces y torceduras de tobillo, quemaduras, etc.) y 95 más no tenían ningún diagnóstico registrado o tenían diagnósticos de patología no relacionada con el trabajo.

Además de los casos excluidos, se revisaron también las Historias Clínicas de 166 casos nuevos y 35 recaídas cuyo diagnóstico ofrecía dudas por su naturaleza o por la actividad de la empresa en la que tuvo lugar la enfermedad. La mayoría de estos diagnósticos fueron reclasificados para el estudio, puesto que el diagnóstico listado no se correspondía a los datos disponibles en Historia Clínica, probablemente debido a algún error en la codificación durante la entrada de datos.

El número de casos declarados de EEPP con baja que se incluyeron en el estudio después de revisar la base de datos fue de 7.603 episodios durante el periodo enero 1997-diciembre 2000, de los cuales 6.051 casos nuevos y 1.552 recaídas. La edad media en el primer episodio es de 38,2 años (IC 95%: 37.9-38.5) para todo el periodo, con una tendencia a disminuir progresivamente: desde 41.6 años (IC 95%: 40.7-42.5) en 1997, hasta 37 años (IC 95%: 36.5-37.5) en el año 2000. La disminución de la edad media de los casos nuevos se manifiesta en ambos sexos. La distribución por sexo del primer episodio o caso nuevo es de 67% de hombres y 33% de mujeres para todo el periodo, si bien el porcentaje de mujeres de los casos nuevos aumenta paulatinamente y alcanza el 35.9% en el año 2000.

El porcentaje de recaídas respecto del total de casos declarados es del 20.4% para todo el periodo y aumenta paulatinamente desde 1997 (14,1%) al año 2000 (22,3%). La distribución por sexos de las recaídas es del 68,3% de hombres y 31,7% de mujeres para todo el periodo.

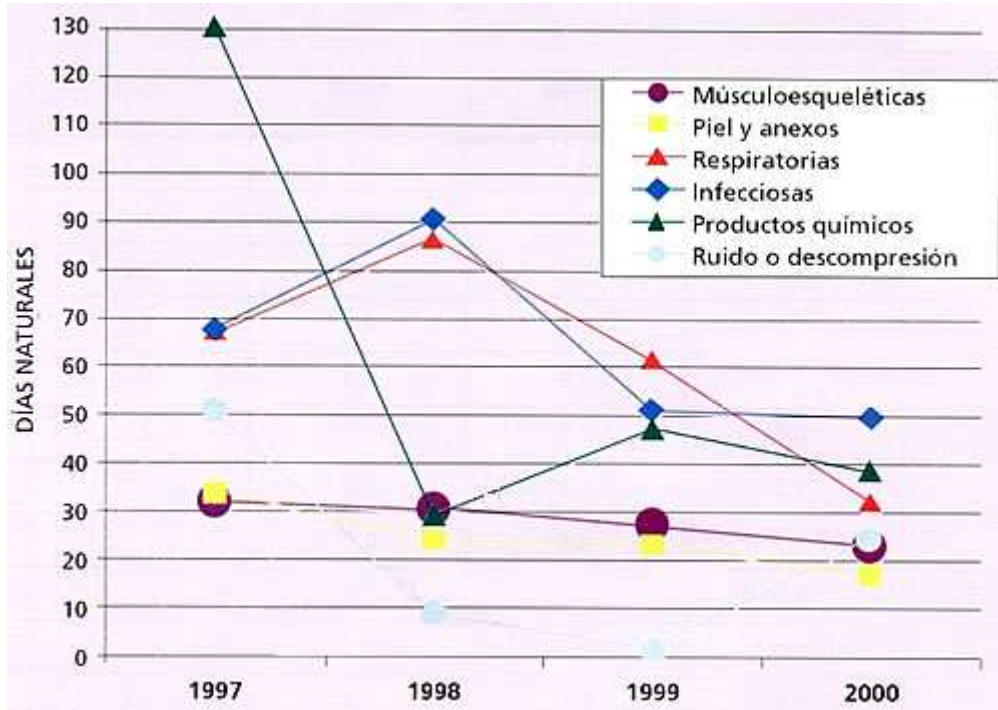
La distribución de los casos por grupos diagnósticos, sexo y año se muestra en la tabla 1. Se observa, en cuanto al grupo diagnóstico, que el 82% de las bajas del periodo 97-00 correspondían a patología Músculoesquelética (n=6224) con un incremento paulatino hasta el 85% en el año 2000; el 14% (n=1075) corresponde a enfermedades de la Piel y anexos (12% en el año 2000), y el resto a los demás grupos diagnósticos combinados.

TABLA 1
Distribución de los casos declarados según sexo, año de declaración y grupo diagnóstico

		CASOS DECLARADOS DE EEP POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS						
SEXO	AÑO	Músculo-esqueléticos	Piel y anexos	Respiratorias	Infecciosas	Productos químicos	Ruido o descompresión	TOTAL
HOMBRE	1997	381	89	16	14	7	2	509
	1998	791	166	20	16	17	10	1120
	1999	1302	272	34	19	6	4	1.637
	2000	0614	262	31	16	13	14	1.950
	97-00	4.088	789	101	65	43	30	5.116
MUJER	1997	175	29	2	5	1		212
	1998	397	52	5	3	3		460
	1999	635	99	4	18	4		760
	2000	929	106	15	3	2		1.055
	97-00	2.136	286	26	29	10		2.487
TOTAL	1997	556	118	18	19	8	2	721
	1998	1.188	218	25	19	20	10	1.480
	1999	1137	371	38	37	10	4	2.397
	2000	2.543	368	46	19	15	14	3.005
	97-00	6.224	1.075	127	94	53	30	7.603

La duración media de las bajas disminuyó paulatinamente desde el año 97 al 2000 (Gráfica 1) . En el año 2000 la media de días de baja era de 22 días (IC 95%: 20.9 - 23.1), aunque estos datos no son definitivos al haber 141 casos del año 2000 que seguían de baja al realizar este estudio.

Gráfica 1
Evolución de la duración media de las bajas
según grupo diagnóstico y año de declaración

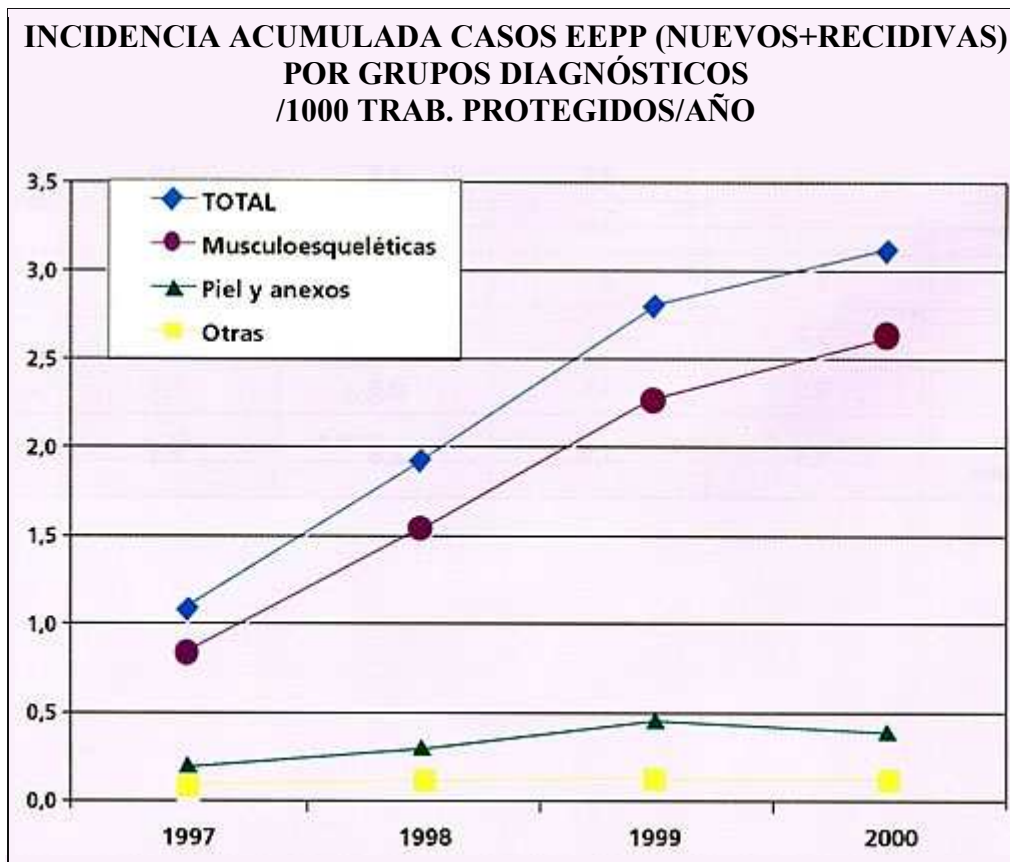


Los días totales de baja para todo el periodo 1997-2000 son 198.549, más los que supongan los 141 casos no cerrados del año 2000. Si se estima que estos casos no cerrados tendrían una duración media de 22 días, supondrían aproximadamente 3.102 días de baja, siendo el total estimado para el periodo 1997 al 2000 de 201.651 días de baja.

La duración de las bajas según grupo diagnóstico no cumplía criterios de normalidad y se analizó con pruebas no paramétricas. Había diferencias significativas de la duración de la baja según grupo diagnóstico (KruskalWallis $k=141,99$, $p<0,000$). La duración media para las Enfermedades Musculoesqueléticas era de 26,1 días (IC 95%: 25,1-27,1), para las de la Piel y anexos era de 22,1 días (IC 95%: 19,7-24,5) y para las enfermedades Respiratorias era de 57 días (IC 95%: 40,4-73,6). También hay diferencias significativas de la duración de la baja según el año de declaración (Kruskal-Wallis $k=63,19$, $p<0,000$). En números absolutos se observa un incremento de declaración de casos en la mayoría de los sectores de actividad a lo largo del periodo, con sectores que aportan un mayor número de casos como la Industria "Siderometalúrgica", la "Construcción", la Industria "Alimentaria", y el "Comercio".

La evolución de las Incidencias Acumuladas específicas por grupo diagnóstico indica claramente que el grupo que más ha contribuido al aumento de declaraciones de EEPP entre los años 97 y 2000 es el de enfermedades Músculo-esqueléticas (Gráfica 2).

Gráfica 2
Incidencia acumulada de casos declarados
según grupo diagnóstico y año de declaración



Las Incidencias Acumuladas específicas por cada 1000 trabajadores protegidos del sector de actividad y por año se calcularon para todo el territorio cubierto por la Mutua AT y EP, obteniéndose las Incidencias Acumuladas medias de cada sector de actividad que figuran en la tabla 2. Considerando las Incidencias Acumuladas específicas para todo el territorio (media global) y para todo el periodo, se observa que los sectores con mayor Incidencia Acumulada de declaración son, por este orden, "Otras Industrias" (10,6 EEPP /1000 trab/año), "Siderometalúrgica" (6 EEPP /1000 trab/año), "Alimentaria" (5,6 EEPP/1000 trab/año), "Caucho y Plástico" (5,5 EEPP/1000 trab./año) y "Limpieza" (3,5 EEPP/1000 trab./año).

TABLA 2
Incidencia acumulada - específica de casos declarados,
según actividad económica de la empresa y año de declaración

	INCIDENCIA ACUMULADA DECLARACIÓN CASOS EEPP (nuevos + recaídas) /1000 trabajadores del Sector/año				
Sector Actividad Económica	1997	1998	1999	2000	Media período (I.C. del 95%)
Administración	0,3	0,9	0,7	1,1	0,8
Agric./Ganadería/Pesca	0,1	0,5	0,9	1,2	0,7
Alimentaria	3,8	5,1	5,5	7,9	5,6
Calzado y Confección	1,1	0,6	4,2	1,4	1,4
Caucho y Plástico	3,3	7,8	4,3	7,2	5,5
Comercio	0,5	1,0	1,3	2,0	1,3
Construcción	1,2	1,7	3,0	3,6	2,5
Educación	0,1	0,5	0,3	0,3	0,3
Energía	0,0	0,1	0,3	0,5	0,2
Extractiva	0,0	0,5	0,8	3,0	1,0
Hostelería	0,3	0,6	1,4	1,6	1,0
Inst. Financiera y Seguros	0,4	1,2	1,6	1,7	1,4
Limpieza	1,7	2,2	3,7	4,9	3,5
Madera y Muebles	1,6	2,3	3,5	4,2	2,9
Minerales (no Metálicos)	1,9	4,2	3,9	3,8	3,5
Otras industrias	6,9	6,9	17,8	7,6	10,6
Otros Servicios	0,3	0,8	1,3	1,5	1,0
Papel y Artes Gráficas	0,7	2,1	2,3	2,5	1,9
Química	1,2	1,1	4,3	3,9	2,5
Sanidad	1,8	2,0	2,9	1,7	2,2
Siderometalúrgica	3,1	5,7	7,0	7,1	6,0
Textil y Cuero	1,2	1,8	3,7	2,8	2,4
Transportes y Comunic.	0,5	0,8	0,8	1,4	1,0
Tasa global EEPP/ 1000 trabajadores/año	1,1	1,9	2,8	3,1	2,3

La Incidencia Acumulada media para todos los sectores es de 2,3 EEPP/1000 trabajadores/año, con una evolución ascendente desde el año 1997 (1,1 EEPP/1000 trabajadores/año) al año 2000 (3,1 EEPP/1000 trabajadores/año).

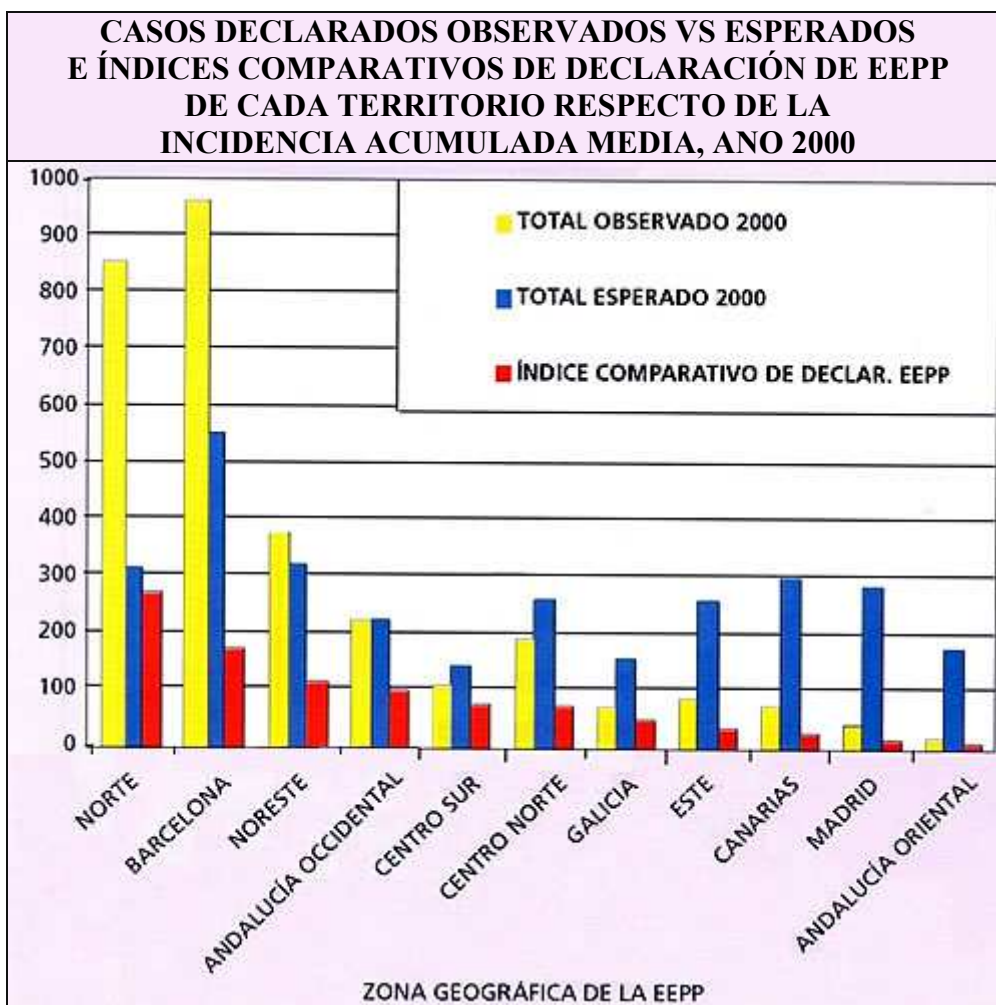
En el estudio de la evolución creciente de las Incidencias Acumuladas de EEPP por sectores de actividad (gráfica 3) entre el principio y el final del periodo en estudio, destaca el incremento de la Incidencia Acumulada de declaración durante el periodo 1997-2000 de los sectores "Alimentaria", "Siderometalúrgica", "Caucho y Plástico" y "Limpieza".

La población protegida en el Régimen General por Cuenta Ajena y en el Régimen Especial Agrario en enero 2001 era de 1.015.510 trabajadores distribuidos en 124.389 Centros de Trabajo, con una media de 8,2 trabajadores por Centro de Trabajo (IC 95%: 7,8-8,5). Se analizó la distribución de dichos trabajadores por zona geográfica y por actividad económica para estimar la distribución geográfica de la población a junio del 2000 (total n = 973.298). Los principales sectores de actividad en número de trabajadores afiliados a nivel nacional a junio del 2000 eran, por este orden, "Comercio" (n=134.715), "Construcción" (n=122.901), "Siderometalúrgica" (n=120.778), "Instituciones Financieras y Seguros" (n=103.229) y "Agricultura/Ganadería/Pesca" (n=85.928). Las Incidencias Acumuladas brutas de declaración se calcularon para cada territorio para el año 2000. Destacaba la diferencia de las Incidencias Acumuladas de bajas por EEPP entre diferentes territorios: desde 0,28 bajas/1000 trabajadores/año en Andalucía Oriental (Almería, Granada, Jaén, Málaga) hasta 8,36 bajas/1000 trabajadores/año en la zona Norte (País Vasco, Navarra, la Rioja, Cantabria) . Madrid declaró una Incidencia Acumulada bruta de 0,44 bajas/1000 trabajadores/año.

Para comparar el patrón de declaración de las diferentes zonas con la población de referencia nacional y neutralizar el factor de confusión que podría suponer una diferente composición de los sectores de actividad económica entre los diferentes territorios, se aplicó el método de la estandarización indirecta y se obtuvieron las razones estandarizadas de declaración (RED) de cada zona o territorio.

Una vez estimados los casos esperados en cada zona geográfica y calculada la razón estandarizada de declaración de EEPP (RED) de las diferentes zonas respecto de la tasa nacional para el año 2000, se confirmó que el patrón de declaración era muy diferente entre ellas (Gráfica 4). Las que más declaraban por encima de lo esperado eran Norte, Barcelona y Noreste. Las que menos declaraban eran las provincias de Andalucía Oriental y de Madrid, por debajo de lo que cabría esperar por su volumen de trabajadores y su distribución de la actividad económica.

GRÁFICA 4
Casos declarados vs casos esperados
e índice Comparativo de Declaración de cada Territorio
respecto de la Incidencia Acumulada media en todos los territorios



Norte: País Vasco, Navarra, La Rioja, Cantabria

Barcelona: provincia de Barcelona

Noreste: Cataluña excepto provincia de Barcelona, Aragón, Baleares

Andalucía Occidental Cádiz Córdoba, Huelva Sevilla

Centro Sur: Castilla La Mancha, Extremadura, Albacete

Centro Norte: Castilla y León, Asturias

Galicia: Galicia

Este: Comunidad Valenciana, Murcia

Canarias: Canarias

Madrid: Madrid

Andalucía Oriental: Almería, Granada Jaén, Málaga

Discusión

La media de edad de presentación de la EEPP (casos nuevos) está disminuyendo, lo cual puede deberse en

parte al diagnóstico más precoz de las EEPP y también a la incorporación de población más inexperta (precariedad laboral, rotación de personal) en el mercado de trabajo en los últimos años. Igualmente, la proporción de mujeres en el primer episodio va aumentando a lo largo del periodo, seguramente por la paulatina incorporación de la mujer en todos los sectores^{14,15}. En cuanto a las recaídas, la distribución por sexos indica que las recaídas no se producen relativamente más en un sexo que en el otro sino que ocurren de manera proporcional a como ocurren los casos nuevos. Este resultado es similar al que obtienen otros autores en una población de la comunidad Navarra¹¹. En nuestro estudio la proporción de recaídas sobre el total de casos declarados aumenta durante el período, mientras que en el estudio de la comunidad Navarra no se observa esta tendencia. Ello podría deberse en nuestro caso a que las recaídas de los años 97 y 98 estén infravaloradas y que una parte de los casos considerados como nuevos fueran en realidad recaídas de episodios originados en años precedentes. Este efecto se va neutralizando a medida que se conocen más años de evolución del enfermo y por lo tanto se van diferenciando mejor los primeros episodios de las recaídas. En cuanto a la disminución progresiva de la duración de las bajas, puede atribuirse en parte a un diagnóstico más precoz y a un tratamiento más efectivo. Sin embargo, otros autores alertan sobre el hecho que los cambios en la gestión de los procesos de baja laboral deben dirigirse, además de a la rapidez en los métodos de diagnóstico y de tratamiento, a potenciar un cambio real en las condiciones de trabajo¹⁶. En otros estudios realizados en diversos países también se alerta que una alta o reincorporación al trabajo no siempre indica curación y que, si no varían las condiciones de trabajo, puede solamente indicar un primer episodio al que seguirán varias recaídas a lo largo del tiempo¹⁷. Por el contrario, la implantación de medidas de tipo ergonómico puede favorecer el éxito de otras medidas encaminadas a disminuir la duración de las bajas¹⁸. En la IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo realizada en España a finales de 1999¹⁹, el 30,5% de los trabajadores encuestados en relación a los aspectos del diseño de los puestos de trabajo señala la existencia de al menos un aspecto inadecuado de diseño. El diseño del puesto y otros aspectos de las condiciones de trabajo son percibidos como de riesgo por los trabajadores²⁰ y son los responsables de muchas de las bajas por EEPP y también de un número indeterminado de bajas de enfermedad común que se tratan en el Sistema Nacional de Salud y que son enfermedades relacionadas con el trabajo²¹. Los riesgos de tipo psicosocial también son frecuentes y pueden también ser causa de bajas laborales²². Algunos autores opinan que hasta un 19% de las bajas por enfermedad común podrían estar relacionadas con el trabajo²³. Las Incidencias Acumuladas de EEPP por 1000 trabajadores y por año están aumentando de manera continua a lo largo del periodo, siguiendo la misma tendencia que sigue la declaración de EEPP en el ámbito de las estadísticas de toda España'. Este aumento puede deberse a diferentes factores entre los que destacamos una mayor sensibilización de los trabajadores y de las empresas, así como de los profesionales sanitarios, hacia la etiología laboral de estas enfermedades. Es de esperar que en números absolutos y también en Incidencias Acumuladas, la declaración de EEPP siga aumentando en los próximos años, especialmente si en el Sistema Nacional de Salud se potencia el desarrollo de Sistemas de Vigilancia de patologías centinela relacionadas con el trabajo y la incorporación de los antecedentes laborales en toda historia clínica, ya sea en la atención primaria como en la especializada²⁴.

En la población en estudio y también en las estadísticas oficiales a nivel estatal¹ el mayor porcentaje de las declaraciones son enfermedades Musculoesqueléticas (el 84.6% de los episodios declarados para nuestra población en el año 2000). Ello podría deberse a

que los profesionales sanitarios asistenciales en las Mutuas AT y EP tienen por lo general conocimientos más amplios en el área de ortopedia-traumatología-rehabilitación que en otras especialidades no tan ligadas a la asistencia de los accidentados. Otra razón sería que los cambios en la organización del trabajo en los últimos años a nivel global²⁵, incluyendo la preparación de pedidos a demanda y la introducción de pluses de productividad, estuvieran implantando ritmos de trabajo más rápidos, con más riesgos de la fatiga de las vainas tendinosas, sobreesfuerzos por posturas forzadas y movimientos repetitivos en los picos de producción. La incorporación de personal más joven o más inexperto en las tareas podría explicar también el incremento espectacular de la patología musculoesquelética. Sin embargo, continúa observándose una tendencia, aunque más moderada, a la infradeclaración de enfermedades relacionadas con el trabajo incluso en el grupo de enfermedades Musculoesqueléticas, las cuales en algunas ocasiones, siguen considerándose como enfermedad común²⁶. Persiste, por otra parte, una declaración muy baja de enfermedades respiratorias y por efecto del ruido y de los agentes químicos. Varios estudios indican que el diagnóstico de una enfermedad profesional tiene importantes repercusiones laborales para el trabajador, incluyendo el cese en la empresa donde tuvo lugar^{27,28,29}. La existencia de contratos temporales para el 33% de los asalariados españoles) y el abaratamiento del despido dificultan la investigación de factores de riesgo de enfermedad si el trabajador ya no trabaja en la empresa.

En lo referente a las Incidencias Acumuladas específicas por grupo de actividad económica en el año 2000, los sectores con más Incidencia Acumulada de declaración son la Industria Alimentaria, Otras Industrias y la Siderometalúrgica. Cabe comentar, en el caso de la Industria Alimentaria, que en nuestro estudio había un número de bajas que respondían a sujetos portadores de estafilococos en nasofaringe y que habían estado de baja mientras seguían el tratamiento. Esto y la incidencia de patologías músculo-esqueléticas en empresas del sector alimentación explican que en nuestro estudio la Industria Alimentaria ocupe el primer lugar en Incidencia Acumulada de declaración. El sector de la Industria de Alimentos, Bebidas y Tabaco también es el que declara más EPP con baja en los últimos años en las estadísticas de todo el estado Español'. La tendencia al aumento de la Incidencia Acumulada de declaración se ha realizado en prácticamente todos los sectores, aunque de forma no homogénea.

En relación a las diferencias en las Razones Estandarizadas de Declaración (RED) en diferentes zonas geográficas respecto de los valores nacionales, la distinta distribución de la actividad económica por zonas no puede explicar suficientemente las diferencias de las RED en diferentes zonas geográficas en el año 2000 y habría que pensar en otros factores. La composición de edad o sexo de los trabajadores en diferentes zonas, o diferencias importantes en las condiciones de trabajo de los mismos sectores de actividad en zonas diferentes, podrían en principio explicar las diferencias.

Sin embargo, estos posibles factores explicativos de las diferencias en las RED son poco plausibles cuando entre los territorios de alta y de baja RED se hallan zonas muy urbanizadas, con composiciones de efectivos laborales por sexo y por tipo de contrato muy similares⁸. Más bien parece que en ciertas zonas la cultura de la detección de enfermedades profesionales y su declaración está calando más rápidamente que en otras, ya sea por diferente nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios o por criterios heterogéneos a la hora de considerar una patología como laboral. Sería recomendable que estos criterios se revisaran y que, desde todos los ámbitos, se progresara en la tarea

de homogeneizar los criterios diagnósticos y de declaración. También habría que hacer especial énfasis en armonizar y compartir los Sistemas de Información con los profesionales relacionados con la Salud Laboral incluyendo el Sistema Público de Salud. Con ello se avanzaría en la dirección de tener una visión realista del volumen de patología laboral en todo el Estado, así como de su distribución real por grupo diagnóstico y por sector de actividad, y se podría emprender una política de prevención de riesgos laborales dirigida a evitar la ocurrencia de las enfermedades profesionales que se establecieran como prioritarias.

Agradecimientos: A los Drs. Jordi Castejón y María Sala por la revisión del manuscrito y sus sugerencias. A Mutua Universal por haber puesto a mi disposición todos los datos necesarios para llevar a cabo este estudio.

Resumen: La declaración de Enfermedades Profesionales en España sigue un ritmo ascendente en los últimos años pero falta más información cualitativa sobre los patrones de dicha declaración. El estudio hace un análisis clínico-epidemiológico de la declaración de las bajas por EPP en una población de trabajadores afiliados a una Mutua de AT y EP, entre el año 1997 y 2000. Sobre la población en estudio se pone de manifiesto la predominancia de patología músculo-esquelética, la escasa declaración de otras patologías, la disminución progresiva de la duración de las bajas, la diferencia entre las Incidencias Acumuladas de declaración en los diferentes sectores de actividad económica y la diferencia entre las razones estandarizadas de declaración (RED) de enfermedad profesional en diferentes zonas geográficas de la Mutua AT y EP dentro del Estado Español. Se concluye que es necesaria la armonización de criterios diagnósticos de patología laboral y de su declaración para tener una idea realista de la problemática de las enfermedades profesionales y para emprender una política de prevención de riesgos consensuada, a partir de la obtención de datos exhaustivos y fiables.

Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) . Anuario de Estadísticas Laborales 1999. Madrid: MATS; 1999: 623
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre.
3. GARCÍA-GOMEZ, M.; GIL-LOPEZ, E. Los sistemas de información y la vigilancia en salud laboral. Rev EspSalud Pública 1996; 70:393-407.
4. GARCÍA-GOMEZ, M. La identificación y registro de las enfermedades laborales neurológicas en el Sistema Nacional de Salud. Rev Neurol 2000 Nov 1-15; 31(9) : 864-73.
5. CRUICKSHANKS K. J, WILEY TL, TWEED TS, KLEIN BE, KLEIN R, MARES-PERLMAN JA, NONDAHL DM. Prevalence of hearing loss in older adults in Beaver Dam, Wisconsin. The Epidemiology of Hearing Loss Study. Am J Epidemiol 1998 Nov 1; 148(9):879-86
6. ALBA N; ABAD F, GARCÍA C. Frecuencia y características de los artículos españoles sobre enfermedades y accidentes de trabajo a partir de la base de datos IME (1971-1996) Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2(1) : 4-10.
7. Grupo de Epidemiología Laboral de la Sociedad Española de Epidemiología. Informe del estado de la investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en España. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2 (1): 30-32.

8. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Anuario de Estadísticas Laborales 1999. Madrid: MATS; 1999: 141-190.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general Técnica, DL. Clasificación Internacional de enfermedades, 9º revisión, modificación clínica: CIE-9-MC. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
10. Real Decreto 1995/78 de 12 de mayo, por el que se aprueba la Lista de Enfermedades Profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas. BOE nº 203, de 25 de agosto.
11. LAYANA E. et al. Recaídas por enfermedades profesionales en un registro poblacional de declaración de casos (1989-1998). Arch Prev Riesgos Labor 2000; 3 (2): 55-60.
12. Real Decreto 1560/1992, de 18 de diciembre, por el que se aprueba 1ª Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93). BOE nº 306, de 22 de diciembre.
13. JENICEK M, CLÉROUX R. Epidemiología. Principios, Técnicas, Aplicaciones. 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1987; 103-110.
14. WHO. Occupational Health in the 90's, a framework for change. European Occupational Health Series 1. Copenhagen: WHO, 1991.
15. MERGLER D. Combining quantitative and qualitative approaches in occupational health for a better understanding of the impact of work-related disorders. Scand J Work Environ Health 1999; 25 Suppl 4 : 54-60.
16. MONCADA S, MANZANERA R, ARMENGOL R. La Salud de los Trabajadores y del sistema Sanitario. A propósito de los cambios en la gestión de la incapacidad temporal para el trabajo. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2 (1): 26-29.
17. BALDWIN ML, JOHNSON WG, BUTLER RJ. The error of using returns-to work to measure the outcome of health care. Am J Ind Med 1996 Jun; 29(6) : 632-41.
18. BERNACKI EJ, GUIDERA JA, SCHAEFER JA et al. A facilitated early return to work program at a large urban center. J Occup Environ Med 2000 Dec; 42 (12) : 1172-7.
19. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid 2000.
20. ESCRIBA AGUIR V, SÁNCHEZ MIGUEL A, MONCADA LLUIS M. Factores de riesgo laboral en los sectores de actividad económica de Barcelona. Gac Sanit 1993 Jul-Aug; 7(37) : 155-7.
21. GOICOECHEA-IRIBARREN JM. Papel de los servicios de Atención Especializada del Sistema Nacional de Salud en el nuevo marco de la prevención de riesgos laborales (1). Rev Neurol 2000 Nov 1-15; 31(9) : 873-6.
22. GIMENO D, BENAVIDES FG, BENACH J, et al. Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral? Med Clin (Barc) 2001; 116: 493-495.
23. CASTEJÓN J. et al. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor 2000; 3(1) : 12-17.
24. GARCÍA-GÓMEZ M, GIL-LÓPEZ E. Información y Sistemas de Vigilancia en salud laboral. Rev Esp Salud Pública 1996 Jul-Aug; 70 (4): 393-407.
25. Pinnagoda C. Cambios globales y tendencias en la seguridad y salud en el trabajo. Rev Esp Salud pública 1996 Jul-Aug; 70(4) : 485-92.

26. CALDERÓN C, GUALLAR-CASTILLÓN P, MORENO V Estudio de las incapacidades temporales en una población laboral de alto riesgo. Arch Prev Riesgos Labor 2000; 3(4):160165.
 27. HOLNESs DL, NETHERCOTT JR. Work outcome in workers with occupational skin disease. Am J Ind Med 1995 Jun; 27(6):807-15.
 28. YASSI A. Health and socioeconomic consequences of occupational respiratory allergies: a pilot study using workers' compensation data. Am J Ind Med 1988; 14(3) : 291-8.
 29. AMEILLE J, PAIRON JC, BAYEUX MC et al. Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. Eur Respir J 1997 Jan; 1081: 55-8.
-

NOTA

Las tablas y gráficos no se incluyeron en el número 22 de la revista "Prevención, trabajo y salud" sino que aparecieron como fe de erratas en el número 23. Hemos creído oportuno refundirlo en esta ocasión para su divulgación por Internet.