



www.andalucia.ccoo.es

12 meses,
enfermedades
laborales



Con la financiación de:
FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES

PONLE CARA A LA ENFERMEDAD



CCOO advierte que las enfermedades laborales perjudican gravemente tu salud, incluso matan.

RECONOCER para PREVENIR

Tu salud no está en nómina

Infórmate, denuncia y comparte tu historia en www.tusaludnoestaennomina.com - 902 55 57 57 - #misaludno



www.andalucia.ccoo.es

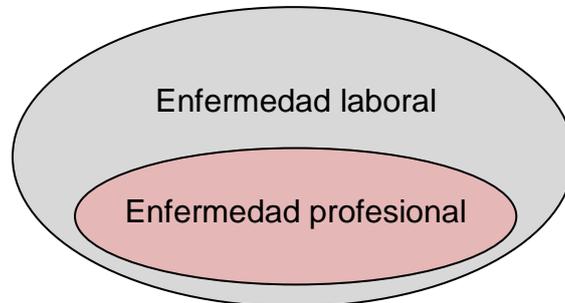
ESTUDIO DE IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES LABORALES EN ANDALUCÍA, 2013

Contenido

1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA 1996-2013.	6
3.- COMPARACIÓN COMUNICACIONES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA CON EL RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2013	11
4.- JUSTIFICACIÓN DE LA INFRADECLARACIÓN Y/O SUBNOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES EN ANDALUCÍA.....	17
4.1.- Estimación de la Incidencia de Enfermedades laborales en Andalucía 2013.	19
4.1.1- Metodología.	18
4.2.- Estimación de la Prevalencia de Enfermedades laborales en Andalucía 2013.	22
4.3.- Estimación de la mortalidad por enfermedades laborales en Andalucía. Año 2012	26
4.3.1- Metodología	24
5.- ESTIMACIÓN DE COSTES SANITARIOS PROVOCADOS POR EL SUBREGISTRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE SON ASUMIDOS POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ	30
5.1- Metodología	30
5.2- Resultados	33

1.- INTRODUCCIÓN

Sólo algunas enfermedades que se producen por consecuencia del trabajo reciben la consideración de “enfermedades profesionales”, y para ello cada caso debe ser notificado (comunicado) y reconocido individualmente.



Las enfermedades derivadas del trabajo o **enfermedades laborales** son aquellas en cuya causa o aparición intervienen, de alguna forma, las condiciones de trabajo. Según el art. 4. de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales “se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

En cambio y según el artículo 116 de la Ley de seguridad social se entiende por **enfermedad profesional** “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y/o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad”. Actualmente, dicho cuadro es el aprobado mediante en el Anexo I del RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Desgraciadamente muchas enfermedades relacionadas con el trabajo no están incluidas en este listado, entre otras causas, porque muchas alteraciones de la salud son de tipo inespecífico.

en este caso, la persona trabajadora deberá probar que la dolencia que sufre está causada por el trabajo, judicializándose el procedimiento en la mayoría de



www.andalucia.ccoo.es

los casos. En estos casos se reconocería la patología como Accidente de Trabajo (apartado e del artículo 115 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

En definitiva, la legislación restringe las enfermedades profesionales a aquellas incluidas en el Anexo I del RD 1299/2006, siendo el reconocimiento del resto de enfermedades laborales muy difícil de establecer.

La importancia de que una enfermedad laboral sea declarada y finalmente reconocida como “enfermedad profesional” radica en el paso de la calificación de “contingencia común” a “contingencia profesional” (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) ya que la persona trabajadora recibe una mejor protección en cuanto a que:

- Se beneficia de las prestaciones y compensaciones económicas reconocidas para las “contingencias profesionales”.
- Recibe un tratamiento sanitario diferenciado, fundamentalmente una vigilancia de la salud continua y específica.
- La empresa está obligada a aplicar medidas preventivas que eviten la aparición de más enfermedades profesionales de esa tipología (se deben investigar sus causas, reconocer los riesgos en el puesto de trabajo, identificarlas en las evaluaciones de riesgo para finalmente aplicar esas medidas preventivas).
- Y se visibiliza su caso al quedar recogido en las estadísticas oficiales lo que provoca que se dediquen esfuerzos y recursos públicos a su prevención.



www.andalucia.ccoo.es

2.- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA 1996-2013.

El registro de enfermedades profesionales en Andalucía ha tenido dos tendencias bien definidas históricamente: primero, desde el momento de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el año 1996, hasta el año 2005, periodo en el cual se ha producido un incremento constante en la declaración de enfermedades profesionales, siendo el 2005 el año en el que se declararon un mayor número de ellas con 2.337. A partir de ese año y conforme al Gráfico 1 vemos como se produce la tendencia contraria con un registro descendente de enfermedades profesionales hasta encontrarnos en el año 2013 con una cifra de 714 comunicaciones de enfermedades profesionales, semejante a los niveles del año 1999.

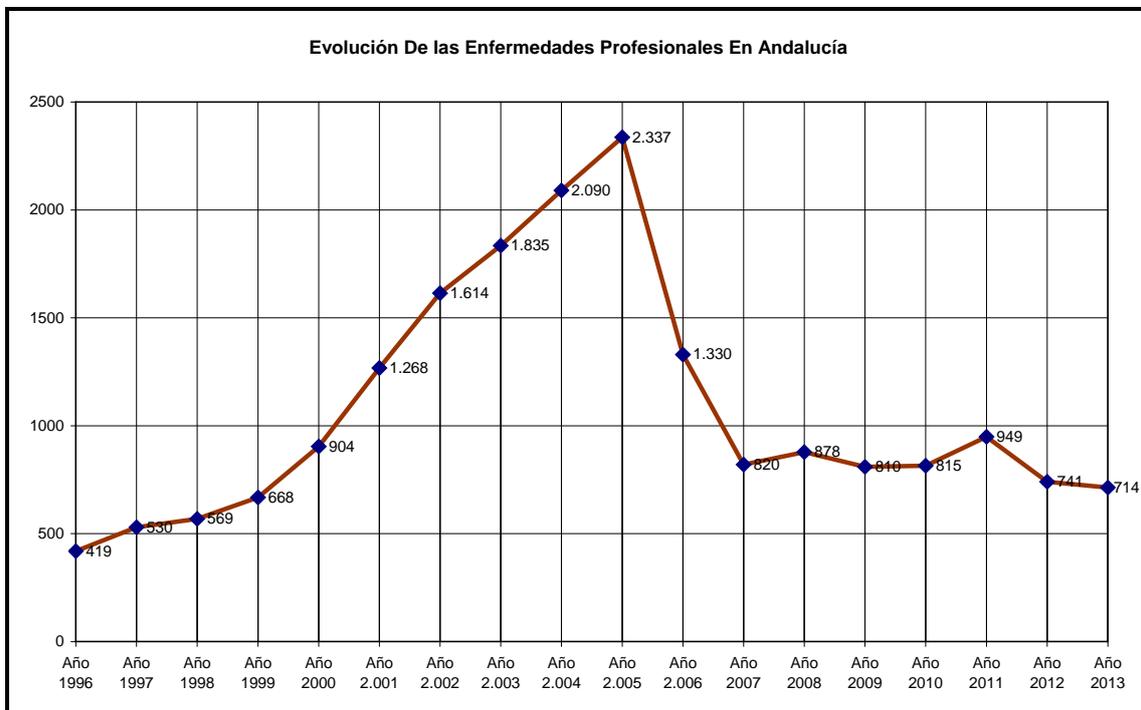
Si indagamos las posibles causas de ese cambio brusco de tendencia en el registro y declaración de enfermedades profesionales, nos encontramos dos regulaciones normativas importantes en la materia.

En primer lugar en el año 2005 se publica la Orden TAS/4054/2005¹, mediante la cual se transfiere a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales(en adelante Mutuas), las competencias de incapacidad temporal y permanente. Es decir, las mutuas se hacen cargo a partir de 2006 de la gestión de las incapacidades temporales, permanentes y de mortalidad y en concreto de realizar los partes de enfermedad profesional que antes realizaban directamente las empresas. Coincidiendo este hecho con la reducción drástica en la declaración de enfermedades profesionales.

¹ Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social(BOE 310 de 28 de diciembre de 2005).

Otro hecho relevante que incide en la declaración de las enfermedades profesionales es la aprobación en el año 2006 del Real Decreto 1299/2006² el cual contemplaba un nuevo listado de enfermedades profesionales en su Anexo I y una lista no exhaustiva en su anexo II susceptibles de ser reconocidas como enfermedad profesional, decreto que albergaba bastantes esperanzas para avanzar en un buen registro de enfermedades profesionales, pero la realidad, particularmente en el caso andaluz, ha sido de estancamiento en el registro de enfermedades profesionales.

Gráfico 1: Evolución de las comunicaciones de Enfermedades Profesionales en Andalucía, 1996-2013.



Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

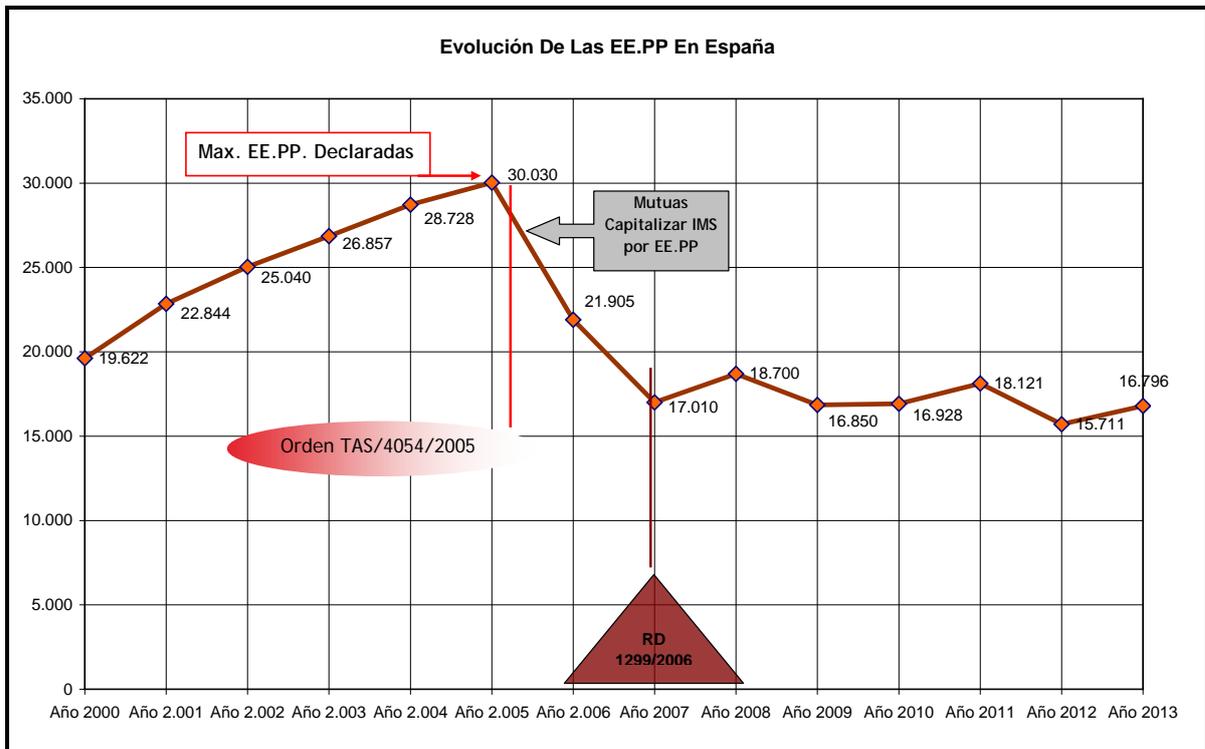
Nota: los datos contenidos en esta tabla difieren mucho de los suministrados por la comunidad autónoma, hemos tomado los del Ministerio por ser cifras bastante superiores en algunos casos

En el 2005, se produce un punto de inflexión en la declaración de enfermedades profesionales a raíz de la transferencia de competencias a las Mutuas en la gestión de incapacidades, agudizando la infradeclaración de enfermedades profesionales existente en Andalucía.

² Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su registro y notificación(BOE 302 de 19 de diciembre de 2006).

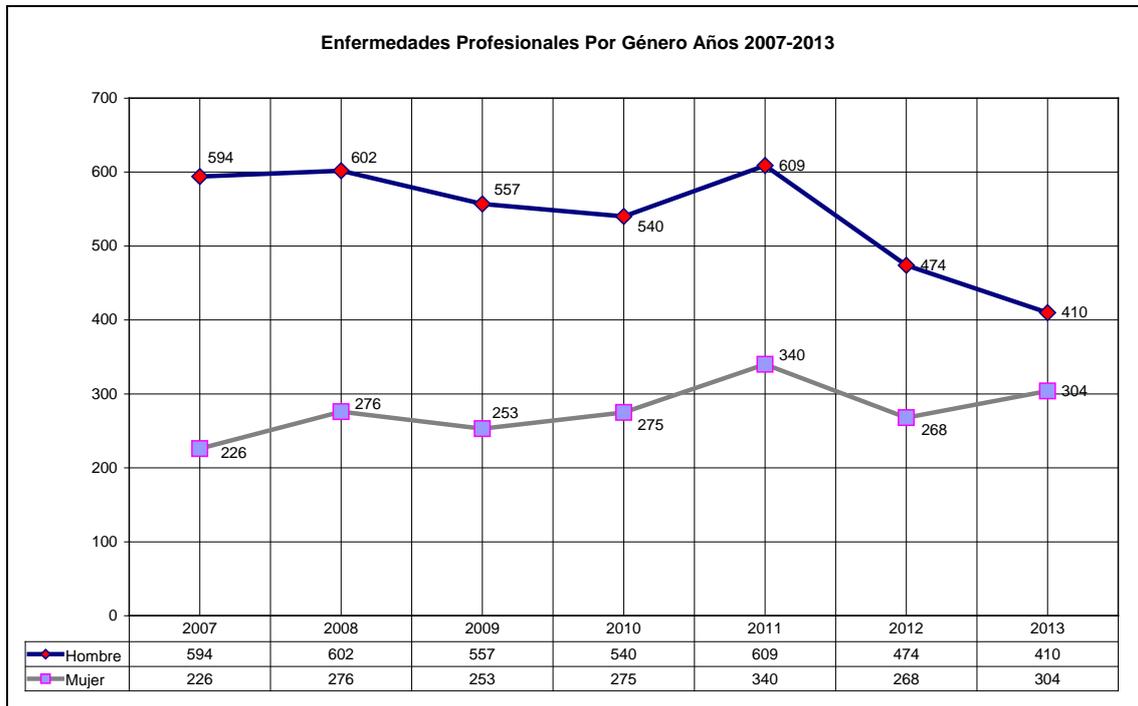
Como podemos observar en el gráfico 2, la tendencia resulta prácticamente idéntica a nivel estatal lo que refuerza la hipótesis de que esas dos regulaciones estatales fueron la causa principal.

Gráfico 2: Evolución de las Comunicaciones de Enfermedades Profesionales en España, 1996-2013.



Si analizamos esos mismos datos desagregados por género vemos la evolución que ha tenido la presencia de la mujer en la comunicación de enfermedades profesionales en Andalucía. Mientras que en el año 2006 la presencia de la mujer significaba alrededor del 27´6%, en los años posteriores se ha venido produciendo un incremento de la presencia de la mujer en el registro de enfermedades profesionales debido fundamentalmente al descenso de comunicaciones en los hombres, hasta alcanzar ya en el último año de referencia, 2013, el 42´6%. Cifras semejantes al conjunto del Estado.

Gráfico 3: Evolución de las Comunicaciones de Enfermedades Profesionales en Andalucía por Género, 2007-2013.



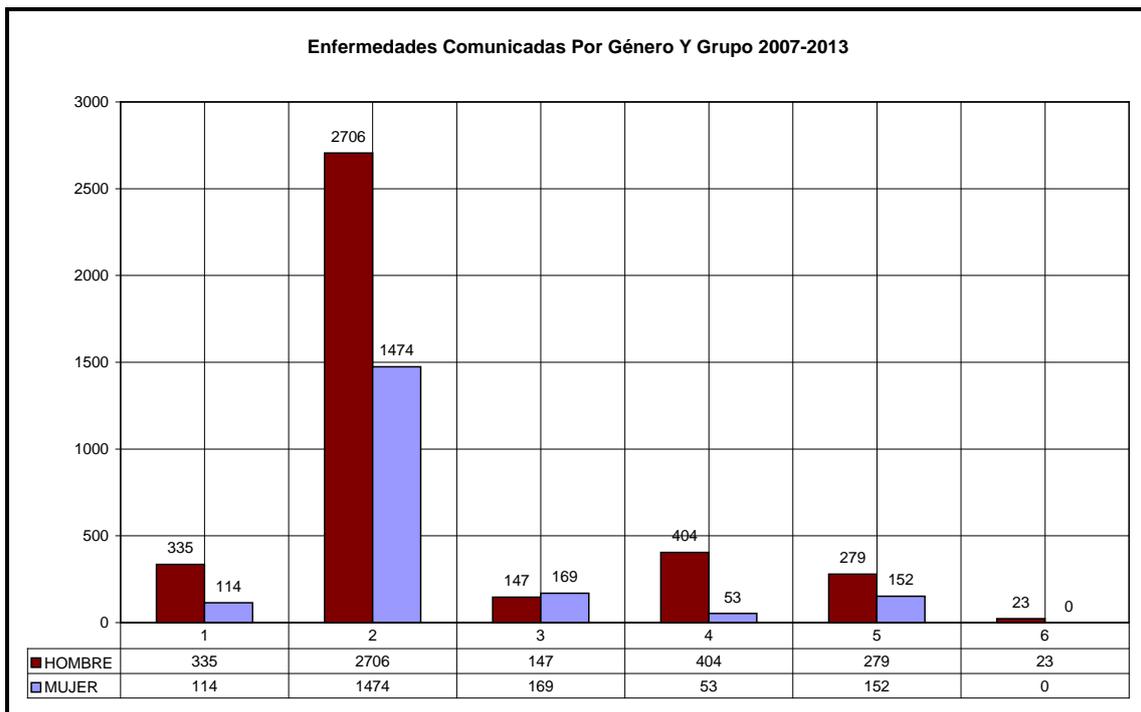
Fuente : : Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía

En el resultado de las enfermedades profesionales comunicadas por grupos de enfermedad y género desde el año 2007 al 2013 (gráfico 4), se puede comprobar que del total de enfermedades profesionales registradas en el periodo, 5.856, el grupo 2 (enfermedades causadas por agentes físicos) representan el grueso de las mismas, con un porcentaje del 71,4% (4.180). En este grupo se representan las enfermedades osteomusculares y las sorderas, entre otras. En este grupo las mujeres representan al 35,26% del total del grupo 2. Llama la atención el único grupo en el que los casos de mujeres supera al de hombres, en el grupo 3 en el que se agrupan las enfermedades biológicas, causa en gran medida de la segregación laboral que sufre la mujer en el mercado de trabajo andaluz que provoca que estén más expuestas a los riesgos biológicos. Cabe destacar igualmente su mayor presencia en enfermedades como las parálisis de los nervios por presión (431 mujeres

frente a 287 hombres) y los nódulos de la voz (164 mujeres frente 22 hombres).

En el grupo 6 (enfermedades causadas por agentes cancerígenos) llama la atención el escasísimo registro de enfermedades, solamente 23 a lo largo de 7 años y la nula presencia de mujeres en la misma.

Gráfico 4: Acumulado por Grupo y Género de las Comunicaciones de Enfermedades Profesionales en Andalucía, 2007-2013.



Fuente: : Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo de la Junta de Andalucía

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Las enfermedades causadas por agentes físicos(osteomusculares, hipoacusia, etc.) representan el 71,4% de las comunicaciones de enfermedades profesionales en Andalucía. La industria manufacturera andaluza es la que registra mayor incidencia de enfermedades profesionales.



www.andalucia.ccoo.es

3.- COMPARACIÓN COMUNICACIONES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA CON EL RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2013

Como se comprueba en la tabla 1 el número de partes comunicados en el pasado año difiere mucho entre las Comunidades Autónomas. Cataluña y País Vasco lideran la lista de Comunidades en cuanto al número de declaraciones de enfermedades profesionales, estando la Comunidad de Andalucía en la media nacional.

Cabe comentar que la evolución de los procesos de enfermedad profesionales sin baja desde el año 2006 viene aumentando considerablemente con respecto a las con baja, pasando de un escaso 10% de procesos sin baja a un 46% en el año 2013. Esta tendencia igualmente se viene produciendo en los últimos años en los casos de accidentes laborales, donde van creciendo los accidentes leves, fundamentalmente sin baja, lo que viene a afianzar el fenómeno que venimos denunciando desde el sindicato: “el presentismo laboral”, la gente va a trabajar incluso estando enferma por miedo a las represalias empresariales motivado por la inseguridad e inestabilidad en el empleo.

Destacar que del 2012 al 2013 se han incrementado en un 48% los procesos de enfermedad profesional en mujeres “sin baja” (de 89 en 2012 a 132 en 2013) lo que provoca alerta sobre el fuerte presentismo laboral que se está produciendo en las mujeres trabajadoras andaluzas.

Tanto los datos de accidentabilidad laboral como los de enfermedades laborales indican que el fenómeno “presentismo laboral” se está agudizando en las empresas andaluzas, y especialmente en la mujer trabajadora.

Tabla1: Comunicaciones de Enfermedades Profesionales por resultado y género en Andalucía, 2013

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	CON BAJA			SIN BAJA			TOTALES		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
CATALUÑA	899	957	1.856	775	859	1.634	1.674	1.816	3.490
PAIS VASCO	514	312	826	1.582	425	2.007	2.096	737	2.833
C. VALENCIANA	225	352	577	429	586	1.015	654	938	1.592
NAVARRA	396	259	655	510	347	857	906	606	1.512
MADRID	242	501	743	247	256	503	489	757	1.246
GALICIA	236	288	524	265	214	479	501	502	1.003
ARAGON	190	165	355	300	210	510	490	375	865
CASTILLA Y LEON	157	165	322	242	212	454	399	377	776
ANDALUCIA	214	172	386	196	132	328	410	304	714
MURCIA	123	172	295	83	96	179	206	268	474
BALEARES	70	95	165	95	153	248	165	248	413
C.LA MANCHA	123	92	215	121	77	198	244	169	413
ASTURIAS	97	115	212	102	78	180	199	193	392
CANARIAS	79	101	180	106	98	204	185	199	384
CANTABRIA	45	69	114	91	90	181	136	159	295
LA RIOJA	32	39	71	90	56	146	122	95	217
EXTREMADURA	53	44	97	38	35	73	91	79	170
CEUTA Y MELILLA	3	3	6	1	0	1	4	3	7
TOTALES	3.698	3.901	7.599	5.273	3.924	9.197	8.971	7.825	16.796

Fuente: Observatorio de Enfermedades Profesionales CEPROSS. 2013

La tabla 1 arroja unos datos que sin duda muestran a ciertas comunidades como las más proclives a declarar enfermedades profesionales, pero si atendemos al Índice de Incidencia de Enfermedades Profesionales (Tabla 2), aquel que tiene en cuenta la población ocupada, vemos como las comunidades autónomas que tienen mayor índice son Navarra, País Vasco y La Rioja, estando situada Andalucía a la cola de esta tabla, es decir solo Ceuta y Melilla declara menos enfermedades profesionales por cada 100.000 personas trabajadoras que Andalucía.

Andalucía está a la cola de las comunidades en cuanto a declaración de enfermedades profesionales, muy por debajo de lo que le correspondería conforme a su estructura productiva.

Tabla 2: Índice de incidencia de Comunicaciones de Enfermedades Profesionales por Comunidad Autónoma, 2013

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	INDICE DE INCIDENCIA
NAVARRA	644,19
PAIS VASCO	372,08
LA RIOJA	207,04
ARAGON	196,22
CANTABRIA	154,43
CATALUÑA	133,61
GALICIA	119,98
ASTURIAS	111,81
MURCIA	107,15
COM. VALENCIANA	105,34
CASTILLA Y LEON	102,93
BALEARES	94,48
CASTILLA-LA MANCHA	77,21
EXTREMADURA	61,96
CANARIAS	58,71
MADRID	46,08
ANDALUCIA	30,72
CEUTA	23,01
MELILLA	17,85

Fuente: Observatorio de Enfermedades Profesionales CEPROSS. 2013

Índice de Incidencia: Nº de Comunicaciones de Enfermedades Profesionales/100.000 personas trabajadoras

Cabe destacar que hay algunas comunidades como Cataluña y la Comunidad Valenciana que han incrementado notablemente estos índices de incidencia en los últimos años como resultado del inicio de políticas dirigidas a resolver el grave problema de subnotificación en su comunidad mediante el afloramiento de enfermedades profesionales. Por ejemplo **la comunidad valenciana ha incrementado en un 55% su índice de incidencia en el último año (de 67,96% al actual 105,34%) debido a la implantación desde abril de 2012 del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL).**

Comunidades Autónomas como Valencia o Cataluña demuestran que con la aplicación de medidas y políticas adecuadas se corrigen los niveles de infradeclaración de enfermedades profesionales.

En cuanto al número de enfermedades finalmente reconocidas los porcentajes varían del 29% de la Comunidad Valenciana y el País Vasco al 100% de Ceuta y Melilla, estando Andalucía en un 50% de reconocimiento final.

Tabla 3: Número de Enfermedades Profesionales Reconocidas(Cerrados) por Comunidad Autónoma, 2013

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2013		
	COMUNICADOS	CERRADOS	%*
ANDALUCIA	718	360	50
ARAGON	875	315	36
ASTURIAS	395	208	53
BALEARES	421	137	33
CANARIAS	386	208	54
CANTABRIA	296	121	41
CASTILLA Y LEON	783	334	43
CASTILLA LA MANCHA	414	205	50
CATALUÑA	3.516	1.862	53
CMDAD. VALENCIANA	1.612	467	29
EXTREMADURA	172	88	51
GALICIA	1.004	502	50
MADRID	1.251	711	57
MURCIA	477	283	59
NAVARRA	1.518	629	41
PAIS VASCO	2.838	818	29
LA RIOJA	218	68	31
CEUTA Y MELILLA	7	7	100
TOTALES	16.901	7.324	43,3

Fuente: Observatorio de Enfermedades Profesionales CEPROSS. 2013

El porcentaje de reconocimiento de las enfermedades profesionales declaradas o notificadas es del 43,3%, estando Andalucía unos puntos por encima de la media (50%).

La duración media de estos procesos de enfermedad profesional cerrados es de 96,69 días de media en Andalucía, siendo en el caso de las mujeres de 101,67 días y de 92,75 días en hombres.



www.andalucia.ccoo.es

Conforme a estos datos podemos concluir que la legislación estatal en la materia no ha hecho mejorar el registro de enfermedades profesionales en nuestra comunidad y que además no se ha convertido en la herramienta flexible y útil para el reconocimiento de las enfermedades profesionales que en un principio se publicitó.

Pero indudablemente no es la legislación la causante única de que en Andalucía el registro sea tan escaso. Con la misma legislación hay otras Comunidades Autónomas que cuentan con un registro más acorde con su realidad productiva y reconocimiento de enfermedades laborales.

En Andalucía existen dos medidas actualmente para propiciar el afloramiento de Enfermedades Profesionales:

La primera se aprobó en octubre del 2010³ mediante el **“Sistema de comunicación de enfermedades profesionales”**, mediante el cual cuando un facultativo médico de los servicios de prevención sospecha el origen laboral de una patología debe realizar la “declaración de sospecha” al INSS para que lo califique. Este sistema se ha demostrado como de muy baja eficacia debido a diversas cuestiones entre las que se encuentran que su ámbito de aplicación deja fuera a las y los médicos del sistema sanitario público andaluz, aunque la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales informa que mediante instrucción interna se aplica también en su ámbito. Independientemente queda patente la nula o escasa información y formación que se les da a las y los médicos del sistema público sanitario andaluz, o la no compatibilidad de la información laboral con el sistema informático DIRAYA (soporte de la historia clínica electrónica) entre otras cuestiones. Como ejemplo tenemos la tabla 4 mediante la cual vemos que en esos cuatro años de vigencia apenas se han realizado 861 comunicaciones de sospecha de enfermedades profesionales y de esas el 70,8% (390) se han hecho en la provincia de Cádiz, evidenciando la

³ Orden de 25 de octubre de 2010, por la que se determina el sistema de comunicación de sospecha de enfermedad profesional por las personas facultativas médicas de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y se crea el fichero de carácter personal «Comunicación sospecha de enfermedad profesional».

falta de implantación estable y coordinada del sistema en todas las provincias andaluzas.

Tabla 3: Comunicaciones de sospecha octubre 2009- diciembre 2013 en Andalucía

COMUNICACIONES SOSPECHAS ENFERMEDAD PROFESIONAL	SSPA ¹	SSPP ²	TOTAL	% SSPA/TOTAL
ALMERÍA	18	38	56	32,1
CÁDIZ	276	114	390	70,8
CÓRDOBA	7	30	37	18,9
GRANADA	21	17	38	55,3
HUELVA	39	32	71	54,9
JAÉN	6	28	34	17,6
MÁLAGA	34	20	54	63,0
SEVILLA	109	72	181	60,2
TOTAL	510	351	861	59,2

Fuente: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

¹ Profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz

² Profesionales de los Servicios de Prevención

Aun así, con estas bajísimas comunicaciones de sospecha realizadas en Andalucía en ese periodo, vemos como esos 861 partes suponen el 26,7% de las totales realizadas en el mismo periodo en Andalucía, cifra que podría haber engrosado la infradeclaración de enfermedades existentes en Andalucía.

En Andalucía el sistema de declaración de sospecha se muestra prácticamente ineficiente desde que se inició en 2009 fruto de la falta de implantación en los facultativos del Servicio Andaluz de Salud y de la falta de desarrollo en los Servicios de Prevención de las empresas.

La segunda medida tomada por el gobierno andaluz tendente a aflorar las enfermedades profesionales es el **PAERE** (Programa de Actuación sobre las Empresas con Riesgo de Enfermedad Profesional en Andalucía) cuyo diseño tiene una carencia fundamental: no contempla la percepción de la persona trabajadora afectada en la investigación, basándose exclusivamente en la documentación aportada por la empresa.

Resulta prioritario adoptar en Andalucía medidas tendentes al afloramiento de las enfermedades profesionales para corregir el grave subregistro que existe en la comunidad.



www.andalucia.ccoo.es

4.- JUSTIFICACIÓN DE LA INFRADECLARACIÓN Y/O SUBNOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA.

Desde CCOO Andalucía venimos reiterando desde hace ya muchos años la ocultación de enfermedades profesionales que se venía produciendo en Andalucía, y la poca atención mediática, social y de recursos que recibían desde las diferentes administraciones competentes.

Pero además esta ocultación e infradeclaración de enfermedades se ve agravado al tener muchas enfermedades o patologías un período de latencia prolongado derivadas de exposiciones, generalmente mantenidas en el tiempo, de baja intensidad, pero que acaban produciendo daños tardíamente, a veces mucho tiempo después de que se diera la situación de exposición y en muchos casos con efectos dramáticos para la salud de la persona trabajadora (por ejemplo, una enfermedad respiratoria crónica).

Es evidente que conocer el impacto y las características de las enfermedades de origen laboral es absolutamente imprescindible para planificar adecuadamente las estrategias preventivas y asistenciales necesarias para minimizar los daños del trabajo sobre la salud.

Para ello es necesario abordar este conocimiento con procedimientos que superen el tradicional recurso al estudio de los accidentes y las enfermedades profesionales, en especial cuando las estadísticas de estas últimas no son en absoluto fiables. Mientras que los registros de accidentes de trabajo se consideran aceptables, aún con sus limitaciones en aspectos de sensibilidad y exhaustividad, existe una reconocida notable infradeclaración de Enfermedades Profesionales; por ello, y para conocer el impacto de las exposiciones laborales en la salud, es necesario recurrir, junto con otras estrategias, a la estimación de la morbilidad y la mortalidad derivada del trabajo.



www.andalucia.ccoo.es

4.1- Metodología para la Incidencia y Prevalencia de Enfermedades laborales en Andalucía.

Para las estimaciones que presentamos en este capítulo nos basamos en la misma metodología ya utilizada en el “Estudio de Impacto de las enfermedades laborales en España” (García AM, Gadea R, López V. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; 2007. 206 p. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es>).

En este se han actualizado los datos a los últimos disponibles para el conjunto de Andalucía y provincias. En el estudio original se proporciona con todo detalle la base metodológica del estudio y se discuten en profundidad sus fortalezas y limitaciones. Puesto que ahora seguimos exactamente la misma metodología, remitimos al estudio original para conocer con mayor detalle el proceso que hemos seguido para obtener los resultados presentados en esta Guía.

En los siguientes apartados presentamos estimaciones tanto para el conjunto de Andalucía como para las ocho provincias, diferenciando también por sexo siempre que los datos lo permiten.

Queremos insistir en que no es posible analizar evoluciones ni tendencias, ni siquiera comparaciones, a partir de las estimaciones elaboradas con esta misma metodología en distintos años. Por ejemplo, para Andalucía se elaboraron dos informes similares a éste⁴, aplicando la misma metodología. Dado que los estimadores utilizados para obtener la mortalidad, la incidencia y la prevalencia por

enfermedades laborales son exactamente los mismos en estos dos informes, las diferencias de año en año se deberán exclusivamente a variaciones en la mortalidad general en la población y a las variaciones en la población ocupada y no necesariamente a cambios en las condiciones de trabajo. Sin embargo, sí que es posible evaluar la evolución del subregistro de enfermedades laborales

⁴ García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades de origen laboral en Andalucía. Sevilla: CC.OO Andalucía; 2007. 133 p.
Claudia Narocki, Ana M^a García, M^a José López Jacob, Jaime González y Fernando Rodrigo. La prevención de las enfermedades del trabajo. Guía Sindical. (ISTAS 2009).



www.andalucia.ccoo.es

a partir de la comparación de nuestras estimaciones con los datos oficiales de enfermedades profesionales.

En este sentido, sería deseable que ambas series de datos se aproximaran, indicando que, al menos, el reconocimiento oficial de las enfermedades laborales se acerca a la realidad existente. Pero como veremos más adelante, el subregistro de enfermedades relacionadas con el trabajo, ya muy elevado en los dos informes anteriores para Andalucía, sigue aumentando según los últimos datos disponibles.

4.2.- Estimación de la Incidencia de Enfermedades laborales en Andalucía 2013.

Conforme al método mencionado en el apartado anterior en la tabla 4 se presentan las estimaciones de casos incidentes para algunos grupos de enfermedad laboral en Andalucía en el año 2013. La tabla incluye el rango de estimaciones (inferior y superior) según el método referido y la media de las dos estimaciones, tomando para nuestras conclusiones este último valor. En este método estamos considerando grupos de enfermedades que normalmente no se reconocen oficialmente como de origen laboral, por ejemplo, las alteraciones mentales, los tumores malignos, o las enfermedades cardiovasculares.

Según esta estimación en el año 2013 se han diagnosticado más de 13.000 enfermedades relacionadas con el trabajo, de las que casi el 32% corresponden a las osteomusculares. De entre ellas destacamos el número de tumores malignos diagnosticados, 810, con origen laboral que contrasta con las 8 enfermedades profesionales provocadas por agentes carcinogénicos (grupo 6) comunicadas en 2013.

Cabe destacar que la estimación que se deriva de la tabla 4 resulta conservadora al observar solo algunas de las enfermedades derivadas con el trabajo, si bien en su conjunto resultarían las más significativas.

Tabla 4: Estimación del número de casos incidentes para algunos grupos de enfermedad laboral, Andalucía 2013

ANDALUCÍA	Incidencia Inferior ¹	Estimación Inferior	Incidencia Superior ¹	Estimación superior	Media
Enfermedades Osteomusculares	5,35	1357	22,42	5687	4201
Hipoacusia o sordera por ruido	1,42	360	9,98	2532	1626
Enfermedades de la piel	3,48	883	9,16	2324	2045
Alteraciones mentales	0,03	8	8,28	2100	1058
Enfermedades respiratorias	2,31	586	6,96	1766	1469
Tumores malignos	0,57	145	5,25	1332	810
Enfermedades del sistema nervioso	3,08	781	3,08	781	1172
Enfermedades infecciosas	0,96	244	1,38	350	419
Enfermedades cardiovasculares	0,61	155	0,61	155	232
Enfermedades de los ojos	0,33	84	0,33	84	126
Enfermedades gastrointestinales	0,00	1	0,00	1	2
TOTAL					13.158

¹ Por cada 10.000 personas trabajadoras y conforme tabla 15 del Estudio referencia actualizado

Fuentes:

1. Kraut, 1994 (Tabla 8 Incidencias medias, del estudio de ISTAS "Impacto de las Enfermedades Laborales en España, 2007");
2. Riihimäki y cols., 2004 (Tabla 9 ambos sexos, del estudio de ISTAS "Impacto de las Enfermedades Laborales en España, 2007");
3. Cherry y McDonald, 2002 (Tabla 3, ambos sexos del estudio de ISTAS "Impacto de las Enfermedades Laborales en España, 2007");
4. Tabla 3, Boletín nº 28 "Red de notificación de sucesos centinela de salud laboral en Navarra, Enero-Diciembre 2012.

a Tendinitis del miembro superior y síndrome del túnel carpiano

b Enfermedades audiológicas

c Dermatitis

d Enfermedades respiratorias crónicas, asma y neumoconiosis

e Una sola fuente disponible

f Incluye la suma de síndrome de vibración mano-brazo (fuente Riihimäki y cols., 2004) e infarto de miocardio (fuente Kraut, 1994)

En el 2013 se produjeron en Andalucía 13.158 nuevos casos de enfermedades derivadas del trabajo, siendo las osteomusculares las más numerosas(32%), seguidas de las enfermedades de la piel (15,5%), hipoacusia (12,4%), enfermedades respiratorias (11,2%) y enfermedades del sistema nervioso (8,9%).

Destaca significativamente los tumores malignos laborales estimados 810, frente a las comunicaciones de enfermedades profesionales derivadas de agentes carcinogénicos, 8, lo que da idea del gravísimo subregistro que existe en cuanto al cáncer laboral en Andalucía.

La magnitud de este dato contrasta con las estadísticas oficiales de comunicaciones de enfermedades profesionales relacionadas en apartados anteriores, 714 casos de enfermedades profesionales en 2013, por lo que podemos concluir que el subregistro en Andalucía asciende a un 94,57% (Tabla 5). Esta media andaluza es superada por cuatro provincias: Almería, Granada, Jaén y Málaga.

Tabla 5: Estimación del número de casos incidentes por provincias y porcentaje de subregistro estimado, Andalucía 2013

	Estimadas	Declaradas	%Infradeclaración
ANDALUCÍA	13158	714	94,57
Almería	1174	46	96,08
Cádiz	1697	176	89,63
Córdoba	1205	51	95,77
Granada	1449	43	97,03
Huelva	876	47	94,63
Jaén	1002	22	97,80
Málaga	2664	93	96,51
Sevilla	3092	236	92,37

En Andalucía existe un subregistro o infradeclaración de enfermedades profesionales del 94,57%, es decir, se debieran haber comunicado 12.444 partes de enfermedad profesional más en el 2013.

Puede que nuestras estimaciones suenen alarmistas pero en realidad creemos estar ante estimaciones conservadoras.

Para comprobarlo hemos aplicado los mismos criterios a otras Comunidades como Navarra, País Vasco, comunidades con mayor índice de incidencia en el 2013. Como podemos observar en la tabla 5 vemos que aplicando el mismo criterio Navarra arroja datos estimatorios menores que los reales, no existiendo por tanto subregistro en esa comunidad. Por tanto podemos concluir que los resultados arrojados para Andalucía son cuanto menos parecidos a la realidad.

Tabla 6: Comparación Subregistro de enfermedades laborales y porcentaje de subregistro estimado, 2013

	Estimadas	Declaradas	%Infradeclaración
ANDALUCÍA	13158	714	94,57
NAVARRA¹	1285	1512	-17,67
PAÍS VASCO¹	4392	2833	35,50

¹ Comunidades Autónomas con mayor Índice de Incidencia de Enfermedades Profesionales 2013

Igualmente si atendemos a los datos recogidos en la II Encuesta de Condiciones de Trabajo de Andalucía (2011) nuestras estimaciones quedarían como muy conservadoras ya que en ella se apunta que el 25% (700.000 personas) de la población ocupada percibe que el trabajo daña su salud. En la misma encuesta de condiciones de trabajo se referencia otra información por la que el 1,4% de la población ocupada de Andalucía dice tener diagnosticada una enfermedad profesional o estar en trámite.

Según nuestras estimaciones Navarra declara casi un 18% más de enfermedades profesionales de las consideradas en nuestras estimaciones, luego no cabría el fenómeno de Infradeclaración en esta comunidad, y validaría el método para afirmar que en Andalucía el subregistro asciende al 94,57%.

4.3.- Estimación de la Prevalencia de Enfermedades laborales en Andalucía 2013.

Las encuestas de condiciones de trabajo en población ocupada suelen incluir preguntas acerca del padecimiento de problemas de salud relacionados con el trabajo, siendo habitualmente estas encuestas las fuentes para estimar la prevalencia de la patología de origen laboral.

En Andalucía el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales ha realizado hasta la fecha dos encuestas de condiciones de trabajo (EACT), siendo la más reciente la desarrollada en 2012, cuyos datos fueron recogidos en 2011. Teniendo las mismas reservas que el estudio referencia⁵, se utilizan los resultados de esta II EACT al igual que los datos del módulo ad hoc de la European Union Labour Force Survey (LFS) 2007, ya que todavía no se tienen los datos de un módulo igual que se tiene prevista su publicación para 2014 a la fecha de publicación de este informe.

Tabla 7: Estimación del número de casos prevalentes para algunos grupos de enfermedad laboral, Andalucía 2013

ANDALUCÍA	Prevalencia Inferior ¹	Estimación Inferior	Prevalencia Superior ¹	Estimación superior	Media
Enfermedades					
Osteomusculares	2,02	51.241	14,20	360.211	205.726
Estrés, depresión, ansiedad	0,46	11.669	10,11	256.460	134.065
Enfermedades pulmonares	0,12	3.044	0,91	23.084	13.064
Enf. Cardiovasculares	0,90	22.830	0,81	20.547	21.689
Dolor de cabeza, fatiga visual	0,12	3.044	2,49	63.164	33.104
Hipoacusia o sordera por ruido	2,10	53.271	0,64	16.235	34.753
Enfermedades infecciosas	0,01	254	0,01 ^a	254	254
Enfermedades de la piel	0,01	254	0,25	6.342	3.298
Otras	0,14	3.551	0,20	5.073	4.312
			TOTAL 2013		450.264

¹ Gráfico 11.7. Afecciones de la salud atribuidas al trabajo de la II EACT 2011

² LFS ad hoc module 2007 – Francia no incluida; solo una respuesta por persona entrevistada

^aTomada Tasa Inferior puesto que la IIEACT no contempla este ítem

⁵ García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades laborales en España. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; 2007. 206 p. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es>



www.andalucia.ccoo.es

4.3.1- Metodología para la mortalidad de enfermedades laborales en Andalucía.

En la bibliografía científica internacional existe información de calidad, elaborada y utilizada en otros países para estimar, con la máxima validez posible, la mortalidad, la incidencia y la prevalencia de las enfermedades de origen laboral que afecta a sus respectivas poblaciones. Para las estimaciones que presentamos en este capítulo nos basamos en la misma metodología ya utilizada en informes previos⁶ actualizando los datos a los últimos disponibles para el conjunto de Andalucía y provincias. En el estudio original se proporciona con todo detalle la base metodológica del estudio y se discuten en profundidad sus fortalezas y limitaciones. Puesto que ahora seguimos exactamente la misma metodología, remitimos al estudio original para conocer con mayor detalle el proceso que hemos seguido para obtener los resultados presentados en esta Guía.

En el caso de la estimación de la mortalidad⁷ se ha realizado también una búsqueda bibliográfica destinada a comprobar si nuevas evidencias han generado variaciones en las estimaciones utilizadas en los trabajos previos citados, que requirieran considerar su inclusión en esta actualización. Hemos podido comprobar que, a pesar de los años transcurridos, las estimaciones basadas en el estudio de Nurminen siguen siendo ampliamente válidas y utilizadas; por ejemplo, en el trabajo de Jukka Takala⁸, de la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo, se utilizaron en 2009 los mismos RA que hemos asumido en este trabajo. También la OIT asume estas estimaciones para realizar sus propios informes, sean referidos a ámbitos globales, regionales o nacionales⁹.

⁶ García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades laborales en España. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; 2007. 206 p. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es>

⁷ Apartado elaborado por María José López Jacob (ISTAS).

⁸ Takala J, Urrutia M, Hämäläinen P, Saarela KL. The Global and European work environment-numbers, trends and strategies. SJWEH Suppl 2009; (7):15-23

⁹ Takala J. Introductory Report: Decent Work – Safe Work. Geneva, International Labour Office, 2005. disponible en:

<http://www.ilo.org/public/english/region/eurpro/moscow/areas/safety/docs/worldcongressreporteng.pdf>



www.andalucia.ccoo.es

Diversos países y entidades públicas han utilizado estas estimaciones para realizar sus estudios; en España M. García Gómez, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y colaboradores, han desarrollado varios trabajos (relativos al Asma¹⁰ así como al cáncer de Pulmón y Vejiga¹¹) que asumen también estas estimaciones.

En gran Bretaña, L. Rushton y colaboradores recientemente han desarrollado estimaciones de tumores de origen laboral¹² con similar metodología y extensión. Plantean un RA para las muertes por tumores diferente a la de Nurminen, menor para el caso de los hombres, algo mayor para el caso de las mujeres. Investigadores de otros países han elaborado sus propias estimaciones basándose en estos resultados.

Por fin, un estudio de 2013 realizado en Quebec por el IRSST Canadiense¹³, utilizando estos dos principales valores de RA, por ser los que tienen en cuenta un mayor número de tipos de cáncer, han construido unos nuevos valores para cada localización de tumores, en función de la plausibilidad de cada uno determinado por diferentes factores.

Nosotros hemos optado por elegir de nuevo la opción de Nurminen, por recoger, además de tumores, un grupo de estimaciones de mortalidad por diferentes causas y, por tanto, capaz de poner en evidencia de manera más completa, el conjunto de las muertes derivadas del trabajo.

En todo caso, en España es complejo realizar un estudio basado en datos propios; se requiere información detallada sobre las exposiciones laborales causantes de enfermedades desagregada por sexo, sector, tipo de exposición

10 García Gómez M, Urbanos Garrido R, Castañeda López R, López Mendiña P. Costes sanitarios directos del asma de origen laboral en España, una estimación para el año 2008. Arch Bronconeumol. 2012;48:355-61.

11 García Gómez M, Urbanos Garrido R, Castañeda López R, López Mendiña P. Costes sanitarios directos de las neoplasias de pulmón y vejiga de origen laboral en España en 2008. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2012, 86(2) 127-138.

12 Rushton L et al. Occupational Cancer burden in Great Britain. British Journal of Cancer 2012;107:S3-S7

13 Labrèche F, et al. Estimation du nombre de cancers d'origine professionnelle au Québec. 2013. Études et recherches, Rapport R-789. IRSST.Canada. Disponible en : <http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-estimation-du-nombre-de-cancers-d-origine-professionnelle-au-quebec-r-789.html>



www.andalucia.ccoo.es

etc. de la que se carece, expresión de un pobre desarrollo de las fuentes de información relacionadas con la salud laboral, que es necesario mejorar.

Al margen de las ventajas que aporta, la utilización de las estimaciones que presentamos presenta una serie de limitaciones; por una parte, las diferencias entre la población de Finlandia y la de España pueden haber generado distorsiones en la estimación de algunos valores. La calidad diferencial de la PRL entre estos países, las exigencias normativas o las prácticas higiénicas en las empresas, seguramente no son las mismas, al igual que pasa con las estructuras productivas, o la exposición a determinados agentes (por ejemplo, en España, el principal cancerígeno laboral lo constituye la radiación solar, que en Finlandia tiene una menor importancia, o la prohibición de fumar en entornos laborales es más reciente en España). Pensamos que estas diferencias no sobreestiman lo ocurrido en nuestro país respecto a la población finlandesa.

Aún así, mientras que las muertes de origen laboral sean tan poco visibles en nuestro sistema de enfermedades profesionales, es necesario poner en evidencia, por todos los medios, la importancia del impacto que las condiciones de trabajo tienen en la salud; teniendo en cuenta que en los fallecimientos de origen laboral son evitables, estimar esta importancia en términos de mortalidad nos parece necesario como ejemplo del camino que queda por recorrer.

4.4.- Estimación de la mortalidad por enfermedades laborales en Andalucía. Año 2012

Se estima que en la actualidad se producen 2.3 millones de muertes al año en el mundo por razones que se pueden atribuir al trabajo; de ellas, 2 millones corresponden a enfermedades y 0.3 a accidentes¹⁴. Al margen de la dramática

14 Takkala J et al. Global estimates of the Burden of Injury and Illness at work in 2012. Journal of Occupational and Environmental Hygiene, 2014, 11:326-337

magnitud de las cifras, la desproporción entre accidentes y enfermedades como causa de muerte resulta llamativa en un entorno como el nuestro en el que la atención prioritaria (y por tanto la propuesta de soluciones y la distribución de recursos) la reciben casi en exclusividad los accidentes.

Tanto la organización Internacional del Trabajo (OIT) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan estas mismas estrategias para identificar la magnitud de la “carga” que supone esta relación trabajo-salud, la primera desde el punto de vista de los efectos de la ocupación, la segunda desde el punto de vista de la pérdida de salud. Ambos atribuyen al trabajo entre el 5 y el 7% de las muertes en los países industrializados. La OMS afirma que entre los determinantes de la salud, el trabajo es uno de los más influyentes.

Tabla 1: Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales, por causas y por sexos. Andalucía, 2.012

	CIE-10 ^a	Total Muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	001-008	261	4,8	13	0,5
Tumores	009-041	10994	11,7	1517	60.4
Trastornos mentales	046-049	788	7,3	58	2,3
Enfermedades del Sistema Nervioso	050-052	1322	5,1	67	3.7
Enfermedades del Aparato Circulatorio	053-061	3439	14,4	495	19.7
Enfermedades del Aparato Respiratorio	062-067	4663	6,8	317	12.6
Enfermedades del Aparato Digestivo	068-072	660	2,3	15	0,6
Enfermedades del Sistema Genitourinario	077-080	973	3	29	1,2
		23.100		2.511	100

	CIE-10 ^a	Total Muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	001-008	88	32,5	29	7.6
Tumores	009-041	6588	2,2	145	38.8
Trastornos mentales	046-049	1314	1,8	24	6.3
Enfermedades del Sistema Nervioso	050-052	2084	1,7	35	9.5
Enfermedades del Aparato Circulatorio	053-061	1499	6,7	100	26.9
Enfermedades del Aparato Respiratorio	062-067	3136	1,1	34	9.2

Enfermedades del Aparato Digestivo	068-072	166	1,5	2	0,7
Enfermedades del Sistema Genitourinario	077-080	1084	0,4	4	1,2
		15.959		374	100

a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión
b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 26-68 años; tumores, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades del sistema genitourinario: 25 años y más; enfermedades del aparato circulatorio: 25-74 años. Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/institutodeestadisticaycartografia/ema/index.htm>

c Riesgo atribuible (%) proporción de muertes relacionadas con exposiciones laborales para cada grupo de causas y categorías de edad consideradas. Fuente: Nurminen y Karjalainen, 2001.

d Número de muertes de origen laboral para cada grupo de causas y porcentaje de mortalidad laboral en cada grupo sobre el total de muertes laborales

Las cifras que se presentan en la tabla son alarmantemente elevadas y aportan información relevante que permite iniciar estrategias de investigación e intervención en el ámbito laboral y normativo.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias de origen laboral afectan más a las mujeres, por su presencia mayor en entornos sanitarios, sociales y, en general, relacionados con cuidados de los otros. En este grupo se incluyen, por ejemplo, la tuberculosis o la hepatitis.

En Andalucía, como pasa en el resto del estado y en Europa, la mayor la mortalidad se deriva de exposiciones prolongadas, un problema que gradualmente se va incrementando. Así, los **tumores**, en conjunto, constituyen la principal causa de mortalidad relacionada con el trabajo;

Exposiciones al amianto hasta años recientes han contribuido sin duda al incremento de muertes por cáncer de pulmón y mesotelioma (entre 2006 y 2011 fallecieron en España 1.120¹⁵ personas debido a cáncer pleural provocado por esta causa). La exposición a otros cancerígenos laborales (hay más de 150 identificados), como sílice, los humos de combustión de diésel, el

15 López-Abente et al. Pleural cancer mortality in Spain: time-trends and updating of predictions up to 2020. BMC Cancer 2013, 13:528.



www.andalucia.ccoo.es

trabajo nocturno, o alguna de las múltiples sustancias químicas que se consideran cancerígenas, además de las radiaciones solares, causantes de un alto porcentaje de los melanomas malignos, constituyen las exposiciones más

frecuentes. En cuanto a los tipos de tumores con los mayores RA a la ocupación, se encuentran, además del mesotelioma, el cáncer sino nasal, de pulmón, nasofaringe, vejiga y los tumores de piel-no melanomas.

Respecto a los trastornos **mentales y del sistema nervioso**, diversos estudios apuntan fundamentalmente a exposiciones a sustancias químicas, muchas de ellas con marcados efectos neurotóxicos: plaguicidas, disolventes, o plásticos son los más citados. También factores ligados a las condiciones de empleo y trabajo (factores de la organización del mismo), están en el origen o influyen en el padecimiento de cuadros depresivos con efectos graves.

Los **problemas cardiovasculares** incluyendo infartos, anginas y accidentes cerebro-vasculares más relevantes están relacionados con múltiples y combinadas exposiciones en el trabajo; desde la exposición a turnos, trabajo nocturno y otros aspectos de la organización del trabajo (altas demandas- bajo control, por ejemplo) hasta la exposición a ruido o diversos compuestos químicos

Las **enfermedades respiratorias** más conocidas ligadas con el trabajo son las llamadas neumoconiosis o fibrosis producidas por diferentes agentes (sílice, carbón, algodón, corcho, etc.), sin embargo, la exposición a polvo y múltiples sustancias químicas con efecto irritante es responsable o contribuye al padecimiento buena parte de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). Se considera que los factores laborales (más de 200 agentes conocidos) contribuyen o causan un 18% de la mortalidad por asma.

Entre los **trastornos digestivos y genito-urinarios**, cabe destacar el efecto de múltiples sustancias en el entorno laboral, capaces de producir alteraciones fatales en el sistema hepático o renal.

5.- ESTIMACIÓN DE COSTES SANITARIOS PROVOCADOS POR EL SUBREGISTRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE SON ASUMIDOS POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

Como ya hemos visto en apartados anteriores la infradeclaración y ocultación de enfermedades profesionales en Andalucía es un problema grave que deriva en diversas consecuencias: falta de aplicación de medidas de prevención, falta de atención prioritaria y de disposición de recursos y esfuerzos públicos, evasión de responsabilidades por la parte empresarial, derivación de costes al sistema público de salud, etc., sin olvidar el grave perjuicio que le supone a la persona trabajadora.

De todas ellas en este apartado vamos a estimar la sobrecarga financiera que sufre el Sistema Público Andaluz de Salud, derivado del no pago del coste real de las enfermedades derivadas del trabajo no reconocidas como profesionales por parte de las empresas.

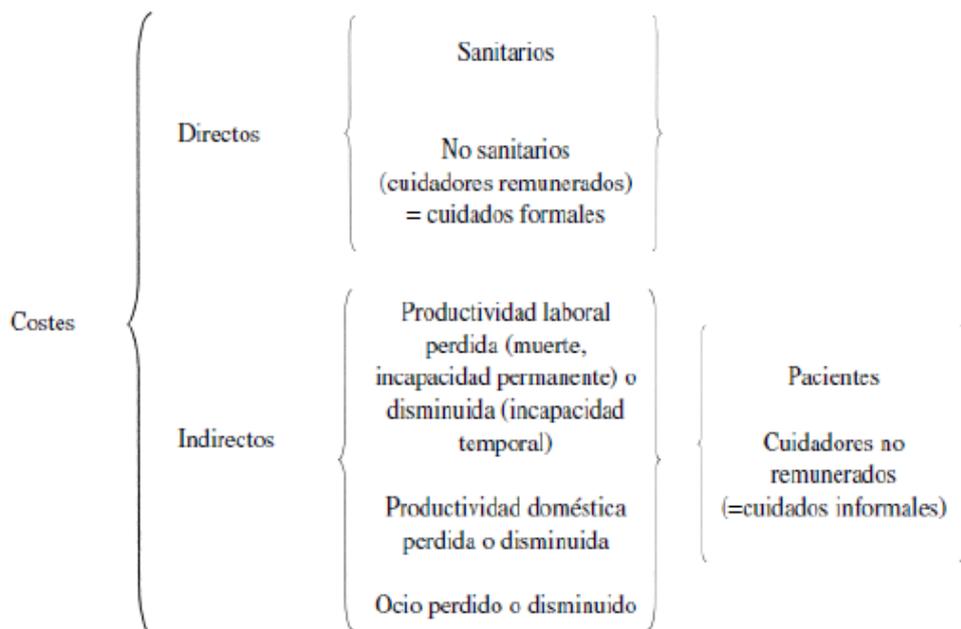
De hecho conocer el gasto que supone la atención sanitaria de las enfermedades laborales resulta potencialmente útil para la sostenibilidad del Sistema Público de Salud, pero resulta también particularmente importante para visibilizar la magnitud e importancia del problema y enfocar adecuadamente las estrategias de prevención, ya sea en las empresas o las derivadas de las políticas de las administraciones competentes en la materia.

5.1- Metodología

Sin duda el coste de una enfermedad ha sido calculado en la bibliografía actual con numerosos métodos, de los que en este estudio vamos a utilizar por su sencillez y adecuación a la información que tenemos disponible, la realizada en el estudio “Carga de Enfermedad atribuible al trabajo y su coste sanitario en el

País Vasco, mayo 2011”, método que igualmente ha sido utilizado y reconocido en numerosos estudios posteriores.

Según este estudio el coste de la enfermedad podría ser el resultado de la suma de tres elementos: los costes directos que se originan de la utilización de recursos para prevenir, detectar y tratar las enfermedades; los costes indirectos relacionados con la pérdida de productividad causada por la discapacidad (permanente o temporal) y la mortalidad prematura; y el tercero los efectos sobre el bienestar (costes psicológicos, intangibles) como incapacidad, angustia y ansiedad que se atribuyen necesariamente a la calidad de vida que deviene de la enfermedad. En teoría, los elementos directos e indirectos del coste de la enfermedad deben ser cuantificables.



Fuente: Lobo et al.
(2004)

Luego, podemos ver que el coste sanitario que vamos a calcular en este apartado es una ínfima parte del total pero que sin duda para el objeto de nuestro estudio es más que ilustrativo. Igualmente, deben ir por delante que vamos aplicar una serie de “valores referencia” calculados en el estudio original, siendo aplicados a la Comunidad Autónoma Andalucía que sin duda posee diferencias significativas con el País vasco, pero que creemos



www.andalucia.ccoo.es

igualmente aplicable, con las desviaciones oportunas que son inevitables e indiscutibles.

El enfoque elegido para la estimación de los costes sanitarios ha sido el de prevalencia, en contraprestación al enfoque basado en la incidencia, ya que éste computa la asistencia sanitaria prestada a todos los enfermos y enfermas existentes en un momento del tiempo, con independencia de cuándo fueron diagnosticados.

Este es el enfoque habitual en los estudios de costes de enfermedad y el que resulta compatible con los objetivos de nuestro trabajo.

Para ello utilizamos los cálculos utilizados en el estudio referencia de las Unidades Ponderadas de Actividad para el País Vasco en el año 2008, a partir del coste por proceso hospitalario y la estancia media, con la fórmula:

U.P.A.-C.A.P.V. 2008= (coste por proceso H 2008/estancia media)*0,75.

De esta forma obtenemos el coste que supone la atención ambulatoria especializada por enfermedades de origen laboral.

Igualmente utilizaremos los factores de coste (pesos relativos) de la atención primaria de salud y la atención farmacéutica en relación a la atención especializada (AE), conforme a las siguientes fórmulas:

Factor de coste para Atención Primaria(AP) = gasto AP/ gasto AE

Factor de coste para Atención Farmacéutica(AF) = gasto AF/ gasto AE

ANDALUCÍA	Factor Coste AAE	Factor Coste AP	Factor Coste AF
Enfermedades Osteomusculares	1	0,570	0,427
Estrés, depresión, ansiedad	1	1,080	1,000
Enfermedades pulmonares	1	0,503	0,476
Enf. Cardiovasculares	1	0,329	0,707
Dolor de cabeza, fatiga visual ²	1	0,159	0,214
Hipoacusia o sordera por ruido ²	1	0,159	0,214
Enfermedades infecciosas	1	1,069	2,096

Enfermedades de la piel	1	0,746	0,407
Tumores malignos ¹	1	0,036	0,522
Enf. del sistema nervioso ¹	1	0,280	0,313
Enf. Gastrointestinales ¹	1	0,237	0,278
Otras ²	1	0,159	0,214

¹ Tomado dato de Incidencia por no disponer del dato de prevalencia en este estudio.

² Distribución de Costes según el Gasto Sanitario Público por habitante protegido Andalucía 2012 publicado en el portal estadístico del SNS el 14 de febrero de 2014.

De esta forma el coste total sanitario de nuestro estudio estaría conformado por la suma de la Atención Ambulatoria Especializada, la Atención Primaria de Salud y la Atención Farmacéutica, conforme a los pesos de cada una de ellas en cada una de las categorías CIE-9-MC y nuestras estimaciones de prevalencia del apartado 4.2. del presente estudio.

5.2- Coste sanitario Público de las enfermedades laborales en Andalucía.

ANDALUCÍA	Casos Prevalentes	Coste UPA PONDERADO ³
Enfermedades		
Osteomusculares	205.726	900,488
Estrés, depresión, ansiedad	134.065	233,704
Enfermedades pulmonares	13.064	389,143
Enf. Cardiovasculares	21.689	668,572
Dolor de cabeza, fatiga visual ²	33.104	556,823
Hipoacusia o sordera por ruido ²	34.753	556,823
Enfermedades infecciosas	254	400,702
Enfermedades de la piel	3.298	579,134
Tumores malignos ¹	810	517,438
Enf. del sistema nervioso ¹	1.172	459,691
Enf. Gastrointestinales ¹	2	528,050
Otras ²	4.312	556,823

¹ Tomado dato de Incidencia por no disponer del dato de prevalencia en esta categoría.

² Distribución de Costes según el 75% del Gasto Sanitario Público por habitante protegido en Andalucía 2012.

³ Media ponderada de los Costes UPA-CAPV 2008 por las diferentes categorías expresadas en las tablas 39, 41, 43, 45, 47 del estudio referencia.

ANDALUCÍA	Coste AAE (€)	Coste AP (€)	Coste AF (€)	Coste Total (€)
Enfermedades				
Osteomusculares	185.253.794,29	105.594.662,74	79.103.370,16	369.951.827,19
Estrés, depresión, ansiedad	31.331.526,76	33.838.048,90	31.331.526,76	96.501.102,42
Enfermedades pulmonares	5.083.764,15	2.557.133,37	2.419.871,74	10.060.769,26
Enf. Cardiovasculares	14.500.658,11	4.770.716,52	10.251.965,28	29.523.339,91
Dolor de cabeza, fatiga visual ²	18.433.068,59	2.930.857,91	3.944.676,68	25.308.603,18
Hipoacusia o sordera por ruido ²	19.351.269,72	3.076.851,89	4.141.171,72	26.569.293,32
Enfermedades infecciosas	101.778,31	108.801,01	213.327,33	423.906,65
Enfermedades de la piel	1.909.983,93	1.424.848,01	777.363,46	4.112.195,41
Tumores malignos ¹	419.124,78	15.088,49	218.783,14	652.996,41
Enf. del sistema nervioso ¹	538.757,85	150.852,20	168.631,21	858.241,26
Enf. Gastrointestinales ¹	1.056,10	250,30	293,60	1.599,99
Otras ²	2.401.020,78	381.762,30	513.818,45	3.296.601,53
TOTAL	279.325.803,37	154.849.873,64	133.084.799,52	567.260.476,52