



Para reconocer y prevenir
las enfermedades profesionales

**HAGAMOS VISIBLE
LO INVISIBLE**

CCOO 
andalucia.ccoo.es

COLABORA


JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE EMPLEO



La prevención de las
enfermedades del trabajo

Guía Sindical

Edita:

Comisiones Obreras de Andalucía

Autores:

Claudia Narocki, Ana M^a García, M^a José López Jacob,
Jaime González y Fernando Rodrigo (Instituto Sindical de
Trabajo, Ambiente y Salud - ISTAS)

Diseño, maquetación e impresión: puntoreklamo

Depósito legal: CO-1480-2009

Nota: por facilidad de lectura, en ocasiones en este documento hemos optado por utilizar sustantivos masculinos representando a ambos sexos. Pedimos disculpas a todas las mujeres que se vean mal representadas en este documento.

Presentación	5
1. Enfermedades del trabajo y condiciones de trabajo	9
Exposiciones laborales que causan daños y enfermedades del trabajo	10
2. La “enfermedad profesional”	13
Prestaciones que recibe el/la trabajador/a adscrito al Régimen General de Seguridad en caso de “contingencia profesional”	14
Condiciones de Seguridad Social para la declaración de una enfermedad como Contingencia Profesional	15
Importancia social de la correcta identificación y declaración	17
3. Procedimiento de declaración de la enfermedad del trabajo como contingencia profesional	19
Apoyo de los delegados/as para el reconocimiento	22
Dificultades para establecer la relación causal	23
Escollos en el funcionamiento del sistema de declaración de enfermedades profesionales	24
4. La prevención de las enfermedades del trabajo en las empresas	24
El plan de prevención	28
Identificar y evaluar factores de riesgo	28
La adopción de medidas preventivas según el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales	30
Informar y formar	30
La vigilancia de la salud	30
El método epidemiológico	31
5. Cómo pueden actuar los delegados/as en la empresa	35
Participar en la evaluación de riesgos	36
Participar en la vigilancia de la salud	38
Casos: intervenciones de delegados/as que han tenido impacto preventivo	38
6. Políticas públicas para la prevención y promoción de la salud laboral	41
7. Estimación del impacto de las enfermedades laborales en Andalucía 2009	45
Mortalidad	47
Incidencia	48
Prevalencia	50
Resumen de los principales resultados	50



Desde CCOO de Andalucía trabajamos para mejorar la Seguridad y Salud Laboral de las trabajadoras y trabajadores de nuestra comunidad, impulsando políticas preventivas en las empresas, a través de nuestros representantes sindicales y participando en distintos órganos institucionales de la administración estatal, autonómica y provincial.

Con la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales la mayoría de las políticas preventivas efectuadas por las empresas y la administración, han estado encaminadas, prioritariamente, a reducir los accidentes de trabajo, quedando las enfermedades profesionales, durante mucho tiempo, en un segundo plano.

Sin embargo, a raíz de los resultados de diversos estudios coordinados y/o realizados por la Secretaría de Salud Laboral de CCOO-A, queda constancia de que determinadas condiciones de trabajo, la exposición a sustancias químicas o los riesgos ergonómicos y psicosociales, pueden ocasionar daños importantes a nuestra salud e incluso la muerte.

Uno de los mayores inconvenientes para modificar esta situación es la ocultación de esta realidad. Son muchas las enfermedades de origen laboral que son tratadas como enfermedades comunes, causando un grave perjuicio para el trabajador o trabajadora, tanto económico como asistencial, sin contar la dificultad añadida que esto supone para prevenir y eliminar en su origen,

las consecuencias de muchas enfermedades profesionales si no se reconoce el origen laboral de las mismas. El problema del infraregistro de las enfermedades profesionales en nuestro país y en Andalucía, pese a todas las expectativas, no se solucionó con la aprobación del Real Decreto 1299/2006 y la actualización del listado de EEPP.

Según datos oficiales del Laboratorio de Enfermedades Profesionales de Andalucía, en 2008 se registraron en nuestra Comunidad un total de 878 enfermedades profesionales, de las cuales 576 fueron con baja. Sin embargo, según CCOO las enfermedades profesionales estimadas para 2009 distan mucho de estas cifras, ya que su cuantía estaría próxima a los 13.041 casos. En cuanto a las muertes por enfermedad profesional, el Infra-registro es aún más preocupante. En 2007 se declararon 0 muertes por enfermedad profesional en Andalucía. Según nuestras estimaciones, en ese mismo año, fueron más de 2.000 las muertes ocasionadas por una enfermedad laboral en nuestra comunidad. La tremenda disparidad de estos datos nos preocupa por varios motivos.

En primer lugar, entre otros, el económico, que comporta a su vez un trasvase de responsabilidad al Sistema Público de Salud de un gasto que compete a la Mutua o a la entidad que gestione las contingencias profesionales. En segundo lugar supone un obstáculo para hacer prevención de manera efectiva. La declaración de una enfermedad profesional supone una obligación clara para la empresa de tomar medidas preventivas para modificar o eliminar las condiciones de trabajo que ocasionan dicha enfermedad. Es imposible prevenir lo que no se reconoce.

Por todo ello, desde CCOO creemos que es primordial hacer un esfuerzo conjunto (de todos los actores que tienen competencias en esta materia) para que el sistema de declaración de las enfermedades profesionales funcione correctamente, constituyéndose un registro real y por tanto eficaz. Para la Secretaria de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Andalucía es muy importante que los trabajadores y trabajadoras conozcan sus derechos y acudan a nuestros delegados y delegadas cuando necesiten información o asesoramiento sobre esta materia.

Debemos hacer que las Mutuas de Accidentes de Trabajo cambien su actitud en relación con las Enfermedades Profesionales y atiendan, más y mejor, los problemas de Salud de las trabajadoras y trabajadores en las empresas, sin subordinar su actuación a intereses económicos como históricamente han venido haciendo.

La situación actual requiere, asimismo, una campaña de sensibilización permanente, dirigida a la población trabajadora, a los responsables Institucionales, Inspectores, Fiscales, Servicios de Prevención, Mutuas, a los Médicos de Atención Primaria, etc., con el fin de divulgar y hacer valer el contenido del Art. 5 del citado Real Decreto sobre EEPP, en el que se indica, entre otras cuestiones, la capacidad de los médicos del sistema público de salud para emitir un diagnóstico de sospecha sobre el origen laboral de una enfermedad.

En definitiva, con la Guía y esta campaña de información y divulgación pretendemos reforzar y actualizar al trabajo sindical y las propuestas que venimos realizando desde hace años en lucha contra la siniestralidad laboral en Andalucía y a favor de unas condiciones de trabajo saludables y seguras para todos los trabajadores y trabajadoras de nuestra comunidad, como una contribución que haga posible visualizar esa realidad oculta, la de las Enfermedades Profesionales, que tanta trascendencia tiene para la Seguridad y Salud Laboral, como parte sustancial que debe de ser, de las Políticas de Salud Pública.

Francisco Ferrero Márquez

Secretario de Salud Laboral de CCOO de Andalucía



Enfermedades del trabajo y condiciones de trabajo

Se considera **enfermedades del trabajo** a aquellas enfermedades en cuya causa o aparición intervienen, de alguna forma, las **condiciones de trabajo**. Aunque la enfermedad no es algo extraño a la condición humana, sino que forma parte de su naturaleza, en el trabajo se puede entrar en relación con sustancias, materiales y máquinas peligrosas, con exigencias físicas forzadas, con condiciones ambientales y climáticas perjudiciales, con tensiones derivadas de una mala organización y ordenación del trabajo, etc., que generan resultados adversos para la salud. Muchos de estos daños y enfermedades pueden resultar irreversibles.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) impone al empresario la obligación de actuar sobre los riesgos. Para ello tiene que identificar, modificar o eliminar cualquier característica de las condiciones de trabajo que pueda resultar peligrosa para la salud u ocasionar lesiones en los trabajadores. La Ley define como **condición de trabajo** (artículo 4.7):

“... cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.”

Exposiciones laborales que causan daños y enfermedades del trabajo

Las enfermedades o patologías del trabajo se presentan a veces de forma **aguda**, es decir, son problemas de salud que se manifiestan de forma inmediata después a la exposición a su/s agente/s causal/es o agravantes. Estos casos suelen tener su origen en exposiciones intensas a los factores de riesgo (por ejemplo, una intoxicación por un compuesto químico). Pero muchas enfermedades o patologías aparecen tras un **período de latencia** prolongado y se derivan 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 (por ejemplo, una enfermedad respiratoria crónica).

Presentamos algunos ejemplos de daños a la salud relacionados con las condiciones de trabajo.

■ Enfermedades musculares y óseas

- Inflamación o irritación de las vainas tendinosas (membranas que recubren los tendones) de los hombros, codos y muñecas por tareas manuales repetitivas.

- Dolores de espalda y lumbares crónicos debidos a posturas forzadas, movimientos repetidos, manipulación manual de cargas pesadas, etc.
- Daños en la columna vertebral, derivados de vibraciones, etc.
- Fatiga crónica, por carga de trabajo.

■ Enfermedades respiratorias

- Enfermedades respiratorias (pulmón, garganta, nariz) como bronquitis crónica, asma, rinitis, alveolitis alérgica extrínseca provocada por diversos tipos de polvos, humos, gases o vapores.
- Enfermedades respiratorias producidas por agentes infecciosos o parasitarios (virus, bacterias, esporas, etc.).
- Silicosis, enfermedad fibrótica-cardiovascular derivada de la exposición a sílice cristalina.
- Asbestosis, cáncer del pulmón y mesotelioma derivados de la exposición al amianto (por ejemplo, a través del fibrocemento).

■ Enfermedades de la piel

- Dermatitis profesional por agentes químicos, biológicos y físicos
- Dermatitis profesional por sustancias químicas
- Infecciones cutáneas por agentes patógenos a través de una lesión o a través de la superficie de la piel sana.
- Enfermedades de la piel derivadas de agentes físicos como el calor, el frío, las vibraciones y los agentes mecánicos como la fricción, la presión, o la luz solar.

■ Enfermedades cardiovasculares

- Hipertensión, infartos, anginas de pecho por exposición a problemas de organización del trabajo, grandes esfuerzos físicos o mentales, y exposición a agentes químicos.
- Varices por exposición a posturas mantenidas.

■ Cáncer

- Cáncer de pulmón, cáncer de piel, leucemias, linfomas y otras localizaciones y tipos tumorales provocadas por la exposición a agentes carcinógenos (que pueden causar cáncer) por ejemplo: radiaciones (ionizante, ultravioleta, etc.), polvo de madera, metales (cadmio, cromo, níquel,

etc.), amianto, productos químicos industriales (derivados del petróleo, plaguicidas, aminas aromáticas, cloruro de vinilo, etc.), contaminación ambiental (humo del tabaco, gases de motores, etc.), agentes biológicos oncogénicos, etc.

■ **Enfermedades neurológicas**

- Sordera, irritabilidad y tensión nerviosa por exposición a agentes físicos (ruido y vibraciones)
- Epilepsia, parálisis, etc. por agentes químicos (por ejemplo, disolventes).

■ **Afecciones psicosociales**

- Estrés causado por exposición a riesgos derivados de una organización del trabajo y/o de las tareas deficiente, como exceso de demandas, falta de autonomía y control sobre el trabajo, falta de apoyo, etc.

■ **Alteraciones reproductivas y endocrinas**

- Alteraciones de la fecundidad y de la reproducción por agentes químicos que causan disrupciones endocrinas.



La “enfermedad profesional”

ENFERMEDADES DEL TRABAJO

ENFERMEDADES
PROFESIONALES

Sólo algunas enfermedades que se producen en relación a las condiciones de trabajo reciben la consideración de “**enfermedades profesionales**”. Nuestro sistema de Seguridad Social dispone que las alteraciones de la salud que reciban la consideración de *accidente de trabajo* o de *enfermedad profesional* se consideren “**contingencias profesionales**”, mientras las demás son consideradas “contingencias comunes”.

Cuando la enfermedad es declarada como **contingencia profesional**, el trabajador/a afectado/a se verá mejor protegido y se beneficiará de prestaciones y compensaciones económicas establecidas sólo para las contingencias profesionales y no para las comunes, además de un tratamiento sanitario diferenciado.

Prestaciones que recibe el/la trabajador/a adscrito al Régimen General de Seguridad en caso de “contingencia profesional”

- Asistencia sanitaria: cobertura íntegra de gastos no cubiertos por enfermedad común (incluyendo por ejemplo desplazamientos para tratamientos y de familiares).
- Medicamentos: son totalmente gratuitos (mientras que en la común el enfermo/a paga el 40% del precio de los medicamentos)
- No hay periodo de carencia en la cotización para el derecho a prestaciones.
- Incapacidad temporal: el subsidio por incapacidad temporal será del 75% de la base reguladora a partir del día siguiente de la baja médica y durante los primeros 20 días. Este porcentaje es más alto que en caso de contingencia común, en la que se calcula el 60% de la base reguladora.¹
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados: la persona cobra una pensión vitalicia, según el grado, compatible o no con el trabajo.
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como lesiones permanentes no invalidantes, tras la declaración, la persona recibe una indemnización de cobro único, cuya cuantía variará teniendo en cuenta la base reguladora y la incapacidad resultante.
- El cálculo de la base reguladora para las prestaciones en el caso de contingencias profesionales se hace sobre un periodo más breve que en el caso de contingencia común, con lo cual suele salir mejor remunerado, y también se toman en cuenta las horas extras realizadas durante el año anterior. Esto también afecta a las prestaciones por muerte y supervivencia.
- Al igual que en el caso de accidente de trabajo, cuando la enfermedad profesional se haya producido por falta de medidas de prevención, todas las prestaciones económicas que se pudieran derivar (subsidio de incapacidad temporal, indemnizaciones a tanto alzado, pensiones vitalicias, subsidios, etc.) se incrementarán, según la gravedad de la infracción, de un 30% a un 50%. Este recargo de prestación lo resuelve el INSS, lo paga la empresa y lo debe solicitar la persona afectada mediante denuncia ante la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social o

¹ Hay algunos convenios colectivos en los que está establecido que en caso de contingencia profesional, y en alguno también para la común, se cobre el 100% desde el primer día.

bien por iniciativa de la propia Inspección tras investigar de oficio las causas de la enfermedad profesional declarada.

- Si la contingencia es declarada como “profesional” se obtiene una buena base para solicitar indemnización por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de riesgos laborales por la vía civil o penal.

Condiciones de Seguridad Social para la declaración de una enfermedad como Contingencia Profesional

Para que una enfermedad relacionada con el trabajo llegue a ser considerada “enfermedad profesional”, cada caso deber ser efectivamente **reconocido** y **notificado** en el sistema de registro oficial de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Y para ello, **deben darse ciertas condiciones previas**.²

Que esté hecha la cotización a la Seguridad Social o estar en situación asimilable

La persona que ha enfermado debe tener cubierta la contingencia por Accidentes y Enfermedades profesionales (por ejemplo, los trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social, trabajadores autónomos que hayan asegurado la contingencia, etc.). Los trabajadores y trabajadoras que no se encuentran en situación de alta en la Seguridad Social (sea porque de manera fraudulenta el empresario los ha tenido trabajando en esa situación, sea porque la enfermedad aparece tras haber cesado la relación contractual con la empresa) pueden también dirigirse directamente al Instituto Nacional de la Seguridad Social para solicitar su pronunciamiento al respecto de la correcta determinación del carácter profesional de su enfermedad.

² El Art. 116 de la Ley General de Seguridad Social define la enfermedad profesional a “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Que la persona haya enfermado debido a elementos o sustancias que se indican en un listado denominado “Cuadro de Enfermedades Profesionales”.

Las enfermedades contempladas por el Sistema de Seguridad Social para su reconocimiento son las incluidas en la lista de enfermedades publicadas en el “Cuadro de Enfermedades Profesionales”³. Se trata de una lista de **agentes** que pueden ser causa de enfermedad en el entorno laboral así como de las actividades más comunes dónde se puede entrar en contacto con estos agentes. Al no tener la lista una pretensión exhaustiva, la no inclusión de una determinada actividad en el cuadro no debería suponer un problema para la calificación de una enfermedad como profesional”.

En el Real Decreto de Enfermedades Profesionales, en su Anexo 2, se recogen una Lista Complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y que en un futuro se podrían incluir en el Cuadro.

Que la enfermedad se pueda asimilar a “accidente de trabajo”

Cuando un/a trabajador/a contrae una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, cuando se pueda establecer una relación causal entre la exposición laboral y dicha enfermedad, está previsto en la Ley General de Seguridad Social que puede ser reconocida como **accidente de trabajo** (art. 115, punto 2, letra “e”) si cumple con lo previsto en el artículo siguiente (115.3) que establece que tienen que tener causa exclusiva en el trabajo. Por otra parte, este artículo establece que se presume accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo. También, cuando las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, se agraven como consecuencia de una lesión constitutiva de accidente, tendrán consideración de accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra “f” de la LGSS).

³ Ver Anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la SS y se establecen criterios para su notificación y registro.

El **cuadro** de enfermedades profesionales las organiza en seis **capítulos**, según tipos de **agentes**. En cada uno de éstos, se detallan enfermedades, agentes causales en el medio laboral y la/s actividad/es laboral/es en los que pueden estar presentes.

- 1.º **Las causadas por agentes químicos:** metales como el cromo, mercurio, níquel, arsénico, plomo, etc. Otros Agentes Químicos como los halógenos (cloro, flúor, etc.), ácidos inorgánicos (nitríco, sulfúrico, etc.), ácidos orgánicos, alcoholes, hidrocarburos aromáticos (benceno, xileno, tolueno, etc.), poliuretano y un largo etcétera.
- 2.º **Las causadas por agentes físicos:** por ejemplo: ruido, vibraciones mecánicas, movimientos repetitivos y posturas forzadas, radiaciones ionizantes, calor y frío, etc.
- 3.º **Las causadas por agentes biológicos:** bacterias, virus, hongos, etc. capaces de provocar diversas enfermedades infecciosas y parasitarias
- 4.º **Las causadas por Inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados:** agentes tales como polvos de sílice, de carbón, de amianto, de talco, metálicos.
- 5.º **Las de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en los anteriores apartados:** metales, polvos de madera, productos farmacéuticos, agentes infecciosos, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, etc.
- 6.º **Las causadas por agentes carcinógenos:** Destacan como agentes causantes de cáncer, el amianto, aminas aromáticas, arsénico, benceno y otros disolventes, cadmio, cromo, hidrocarburos aromáticos, níquel, radón, etc.

Importancia social de la correcta identificación y declaración

La correcta declaración y registro de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales es muy importante porque contribuye a la **visibilidad social** del riesgo laboral y por tanto nos sitúa en mejores condiciones para exigir su prevención.

Cada caso de enfermedad profesional que se declara y se registra como tal queda inequívocamente contabilizado en los datos oficiales de enfermedad profesional, que son la base de la información estadística que manejan las autoridades laborales y sanitarias.

Los casos de enfermedades que no son correctamente vinculados a su origen laboral, quedan ignorados desde el punto de vista oficial y no se hacen esfuerzos públicos para prevenir casos similares (ver más adelante, en el Capítulo 7, Estimación del impacto de las enfermedades laborales en Andalucía, 2009).

Los principales perjuicios los sufre la persona afectada, que ve disminuidos sus derechos a la restitución de la salud, a la compensación económica por los daños producidos y a la modificación de las condiciones de trabajo que le generaron la enfermedad.

Además, los costes de las enfermedades comunes son sufragados por el sistema público de salud, cuando debiera ser cubierto por las cotizaciones empresariales para este fin y en su caso (recargos de prestaciones) por las propias empresas.

La correcta declaración es también importante respecto a la prevención en las empresas: la visibilidad de los efectos negativos del trabajo aporta información sobre la efectividad de su plan de prevención, e indican la necesidad de revisar las medidas preventivas. Dado que las enfermedades quedan registradas en las empresas, también se gana transparencia ante eventuales actuaciones inspectoras por parte de las autoridades.

En la siguiente tabla, se resumen algunas de las implicaciones sociales de la correcta identificación, como contingencia profesional, de las enfermedades del trabajo.

Si la enfermedad es atendida por el Sistema Público de Salud	Si la enfermedad es reconocida como profesional
Las bajas y altas serán por contingencia común.	Las altas y bajas serán por contingencia profesional, dando derecho a las prestaciones previstas.
Los costes se cubren con los impuestos y en menor medida (una parte pequeña) con un porcentaje de la cuota de empleadores y trabajadores por contingencias comunes	Los costes se cubren con las cotizaciones establecidas por Seguridad Social y que se detraen de la masa salarial
Los recursos de infraestructura y de personal son los del Sistema Público de Salud (SPS): médicos de familia, enfermeros, rehabilitadores, especialistas, inspección médica, etc.	Si es atendida con cargo a Mutuas, los recursos de infraestructura son los Centros asistenciales de Seguridad Social y el Patrimonio Histórico de las Mutuas. Se utilizan recursos de personal de las Mutuas: médicos, rehabilitadores, etc.
No queda registrado su origen laboral en ninguna estadística y son ignorados por los dispositivos de salud pública.	Quedan registradas en las estadísticas oficiales, y son visibles socialmente.



Procedimiento de declaración de la enfermedad del trabajo como contingencia profesional

Para que se pueda declarar una enfermedad profesional, un/a trabajador/a que sufra un problema de salud y piense que éste está relacionado con el trabajo, debe acudir a un reconocimiento por un médico del sistema de seguridad social que tenga capacidad de iniciar el proceso.

Los Servicios de Prevención, en su función de vigilancia de la salud, tienen asignada la tarea de intentar detectar de manera precoz los daños producidos por las exposiciones a riesgos laborales. Por ello, están en situación ideal para emitir diagnóstico de **sospecha** de la existencia de una enfermedad profesional. Este profesional ha de presentar esta sospecha ante la entidad gestora para que declare, en su caso, la enfermedad profesional correspondiente.

Por su parte, las personas que sufren alguna enfermedad o daño cuyo origen está en el trabajo, pueden acudir directamente para un reconocimiento a la **entidad gestora o colaboradora** (esta es generalmente una mutua; en los casos en que la empresa no tiene concertada mutua, la

entidad gestora es el INSS, y en ese caso, el médico actuante será el médico de cabecera). Para justificar la ausencia en el centro de trabajo, cuando de la visita al médico no resulte una baja, el trabajador ha de pedir al servicio médico que le atendió que se le facilite un justificante médico de asistencia, para entregarlo en su empresa

Cuando el profesional sanitario de la entidad gestora, valore que se trata de una enfermedad profesional, elaborará y tramitará el parte de enfermedad profesional a través del Sistema CEPROSS (aplicación informática para el registro de las EEPP)⁴. El trabajador ha de recibir copia del parte y, si le dan la baja, en el parte debe constar que se trata de una baja por enfermedad profesional.

Para la declaración, la entidad gestora pedirá al empresario unos datos básicos del trabajador para la cumplimentar el parte. Este paso, y la mejor o peor voluntad del empresario para responder, en ningún caso puede paralizar el procedimiento de declaración.

Existe también la posibilidad de que el trabajador/a acuda a su **médico del sistema público de salud** (atención primaria o especializada), quien valorará si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo. El médico puede emitir un diagnóstico de **sospecha** del posible origen laboral (con baja si el estado de salud del trabajador es incapacitante para el trabajo), y trasladarlo a la Inspección Médica, como autoridad jerárquica directa dentro del Sistema Público de Salud. Estos médicos cuentan con el apoyo, en aquellas comunidades autónomas en las que existen, de la **Unidad de Salud Laboral** del Área de Salud correspondiente.

Una vez emitido el mencionado diagnóstico de sospecha, la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma (a través de la Inspección Médica, unidad de salud laboral o equivalente) trasladará a la entidad gestora encargada de la cobertura dicha sospecha, para que emita, en su caso, el parte correspondiente.

En el siguiente Cuadro se resumen las distintas vías para la declaración de Enfermedad Profesional.

⁴ Las enfermedades que tengan consideración de “accidente de trabajo”, según el artículo 115 de la LGSS, quedarán registradas en el sistema DELTA.

Recursos para el reconocimiento de una enfermedad como enfermedad profesional

	Qué puede hacer	Organismo ejecutor	Proceso
Médico de la entidad colaboradora (MUTUA).	Reconocimiento médico, identificación de la enfermedad y emisión del parte	MUTUA	Registra en el sistema CEPROSS los casos reconocidos por sus médicos o los que provienen de diagnóstico de sospecha Si denegara el reconocimiento, ha de hacerlo por escrito
Médico del Servicio de Prevención	Reconocimiento médico y formulación de diagnóstico de sospecha	Servicio de vigilancia de la salud del Servicio de Prevención	Traslada su diagnóstico de sospecha a la Mutua o a la entidad gestora/colaboradora
Médico de Sistema Público de Salud (Atención Primaria o especializada)	Reconocimiento médico y formulación de diagnóstico de sospecha	Sistema público de salud (generalmente transferido a la CCAA)	Se tramita a través de la Inspección Médica, que traslada el diagnóstico de sospecha a la Mutua o a la entidad gestora/colaboradora
Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)*	Reconocimiento médico, califica y emite el parte	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)	Organismo público que revisa casos denegados por otras instancias y registra directamente en el sistema CEPROSS

* El trabajador o la trabajadora a los que se les haya denegado la calificación de enfermedad profesional por cualquiera de las vías anteriores tienen la posibilidad de acceder directamente al INSS para solicitar su pronunciamiento sobre si su enfermedad es de origen profesional, para que se califique correctamente. Pero es importante tener en cuenta que para ello hay que preparar documentación para justificar el caso. Los delegados de prevención y los gabinetes de salud laboral pueden ayudar en todo este proceso. Ver resolución del INSS del 19 de septiembre de 2007 (disponible en la web de ISTAS).

En todo caso, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) quien tiene la última palabra - sobre todo en caso de desacuerdo entre el médico de la mutua y médico del sistema sanitario público. La unidad del INSS puede emitir resolución de determinación de contingencia, condenando, en su caso, a la Mutua a hacerse cargo del proceso.

La Seguridad Social ha establecido el Centro de Atención e Información (CAISS) al que se puede acceder por teléfono (900 16 65 65).

También ha dispuesto un folleto informativo sobre gestión, determinación de contingencia, reclamación y protección ante Accidentes y Enfermedades Profesionales, disponible en <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/108384.pdf>

Por otra parte, también existe una *Oficina Virtual de Reclamaciones* a través de la web (accesible desde su portal, y desde <http://www.ovrmatepss.es/virtual/>) para que las personas puedan reclamar directamente por casos de trato inadecuado por parte de mutuas.

Apoyo de los delegados/as para el reconocimiento

Los delegados y delegadas de prevención y los gabinetes sindicales de salud laboral pueden ayudar a las personas afectados a demostrar la relación causal entre las condiciones de trabajo y la enfermedad o daño sufrido y que la Mutua o la Seguridad Social se niegue a reconocer. Cuentan con experiencia, formación y los protocolos de actuación para atender muchas de las cuestiones que se les puedan plantear. Para otros, por su complejidad, habrá que acudir a expertos y profesionales de fuera del sindicato para dar apoyo. No dudes por tanto en dirigirte al Gabinete de Salud Laboral de CCOO más cercano.

Adicionalmente, el sindicato tiene abierta una red de interlocución con las mutuas para tratar las posibles reclamaciones de los trabajadores y trabajadoras, solucionarlos sin necesidad de judicializarlos y mejorar su funcionamiento en relación a los problemas de notificación.

Dificultades para establecer la relación causal

Desde el punto de vista estrictamente médico, existen dificultades “objetivas” para establecer, para un determinado individuo, que su enfermedad está relacionada con exposiciones laborales.

- Hay pocas enfermedades relacionadas exclusivamente con agentes del trabajo, especialmente en las sociedades industrializadas modernas, en las cuales coexisten **exposiciones a múltiples factores nocivos que pueden interactuar para acabar generando la enfermedad**. Por tanto, establecer una relación causa-efecto directa, tal y como sucede con el accidente de trabajo, es mucho más difícil. La mayoría de las enfermedades que figuran en el listado oficial de EEPP pueden también tener un origen no profesional.
- A la hora de investigar la causalidad, el tiempo es un aspecto que complica mucho: el periodo de **latencia**, que es el periodo de tiempo que va desde el momento de la exposición al factor de riesgo hasta la aparición de signos y síntomas clínicos de la enfermedad, puede ser prolongado.

Pero dado que la declaración tiene importantes consecuencias médico-legales para el trabajador, para su empleador y para la sociedad, el médico ha de hacer el esfuerzo por superar estas dificultades, que no son insalvables.

Un paso fundamental que debe dar el profesional sanitario es hacer una **historia clínica** cuidadosa en la que se recojan todas las posibles exposiciones. Esta permite seguir la relación temporal, por ejemplo, en los casos de problemas tales como el asma o la dermatitis. Las analíticas de muestras biológicas específicas, tales como los niveles de plomo en sangre o los niveles de mercurio en la orina, puede proporcionar evidencias importantes para establecer la relación causal.

En los casos en que la enfermedad en cuestión esté incluida en el **Cuadro de Enfermedades Profesionales** para la ocupación en la que trabaja la persona afectada, se facilita mucho la correcta calificación y el reconocimiento. Que una enfermedad esté en el Cuadro reduce drásticamente el margen para que se produzcan arbitrariedades médicas y negativas al reconocimiento.

Como se verá más adelante, cuando hablemos de las obligaciones empresariales para proteger la salud de los trabajadores, las exposiciones a riesgos que pueden ser causa de daños a la salud en cada lugar de trabajo tienen que haber sido identificadas y controladas, mediante el **plan de prevención**.⁵ Dentro de este plan, la evaluación de riesgos y la **vigilancia de la salud** tienen un papel fundamental en la correcta determinación del origen laboral de las enfermedades que puedan sufrir los trabajadores.

Escollos en el funcionamiento del sistema de declaración de enfermedades profesionales

El camino que se debe recorrer entre la aparición y diagnóstico de la patología que se cree que es de origen laboral y su reconocimiento efectivo como enfermedad profesional es tortuoso. Los mecanismos para la correcta declaración y notificación de la enfermedad profesional fallan. Este problema es reconocido incluso por las autoridades, que han aplicado varias reformas al sistema de vigilancia y notificación con, desgraciadamente, escaso impacto en su mejora. El resultado se puede apreciar en el Capítulo 7 donde se compara el número estimado de enfermedades de origen laboral con las enfermedades profesionales oficialmente registradas en Andalucía.

Las principales reformas sobre el sistema de declaración de enfermedades profesionales aplicadas en los últimos años han sido las siguientes:

- En el año 2006 se actualizó el Cuadro de Enfermedades Profesionales y a la vez se puso fin al sistema de declaración por la parte empresarial; en su lugar se introdujo el sistema de notificación telemático CEPROSS a cargo de las Mutuas.
- Para mejorar los reconocimientos y evitar las malas prácticas de las Mutuas, el INSS revisa ahora de oficio todos los casos en los que habiendo indicios de enfermedad profesional, éstos hayan sido rechazados por la Mutua.

⁵ Si el riesgo ha sido identificado pero las medidas preventivas no han evitado el daño, habrá que revisar el plan de prevención. Por otra parte, si la evaluación se hubiera realizado mal, y de todos modos se puede demostrar que hubo exposición, la empresa ha de ser sancionada.

- En 2007, el INSS introduce el concepto de **informe de sospecha de enfermedad profesional** y le otorga valor de “**indicio**” a los emitidos por
 - Los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención, corrigiendo así la situación anterior, en la que estos servicios no tenían una función clara en el proceso de reconocimiento⁶.
 - Los profesionales sanitarios de la atención primaria y especializada.
- Para evitar que los empresarios cambien de mutua arbitrariamente, Seguridad Social ha resuelto que la “denuncia del convenio de asociación” para cambio de mutua deberá estar suficientemente motivada, y que para ello debe ir acompañada de un informe valorativo emitido por la representación unitaria de los trabajadores.⁷
- A veces, los trabajadores no demandan la calificación de enfermedad profesional por las consecuencias laborales que pueden derivarse. Y es que la parte patronal puede utilizar la declaración de enfermedad profesional como “**ineptitud sobrevenida**” que se contempla en nuestra normativa como causa de despido con indemnización no superior a 20 días por año trabajado. Para atajar esto, Seguridad Social ha dispuesto la **reducción de aportaciones empresariales a la Seguridad Social en caso de traslado de un trabajador al que se le haya declarado enfermedad profesional** (en un grado que no dé origen a prestación económicas) **a un puesto de trabajo alternativo y compatible con su estado de salud.** ⁸

⁶ Mediante la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

⁷ Mediante Carta a los presidentes de las Mutuas acerca de la documentación acreditativa de motivos para el cambio de mutua enviada por el Director General de Ordenación de la Seguridad Social, Dirección General de la Ordenación de la SS. Este documento está disponible en <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=3528>

⁸ Art. 5.1. del REAL Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.



La prevención de las enfermedades del trabajo en las empresas

Para que la actividad de la empresa no genere daños a la salud y que, por el contrario, se promueva el bienestar y la salud de los trabajadores/as, es necesario que se sigan criterios preventivos en todas las decisiones que tienen que ver con las condiciones de trabajo. Esto es integrar la prevención en la gestión de la empresa y de la producción. Por ejemplo, pensar en los efectos sobre la salud en el diseño de los locales y los puestos de trabajo, en la compra de equipos, al organizar el horario de trabajo y distribuir las tareas, en las sustancias que se utilizan y en los procesos tecnológicos, al reestructurar procesos, en los sistemas de remuneración salarial, etc.

Se trata de compatibilizar la producción con la prevención teniendo en cuenta la salud de los trabajadores y trabajadoras. Ello compromete al conjunto de la estructura de la empresa y de todos los responsables, incluidos de manera muy importante a los mandos intermedios. Cada uno con su función y responsabilidad dentro de una política orientada a la mejora de las condiciones de trabajo y de protección de la salud.

Este modo de actuar debe ser una política declarada de la empresa. Debe ponerse por escrito en un documento conocido por todos y todas: desde los máximos responsables empresariales a los jefes de equipos, y también los trabajadores, han de conocer y aplicar los criterios preventivos en sus decisiones (Reglamento de los Servicios de Prevención, art. 1.1 párrafo 2º). Antes, en *art. 1.1 párrafo 1º*), establece claramente que:

Toda decisión debe pararse a analizar si puede suponer algún tipo de riesgo con el fin de eliminarlo o minimizarlo

El plan de prevención

La puesta en práctica de las obligaciones del empresario para la prevención de las enfermedades en el trabajo requiere elaborar el **plan de prevención**. Es la manera con que la empresa se hace cargo de su obligación de analizar las condiciones de trabajo para identificar los riesgos que puedan dañar la salud de los trabajadores y proceder a eliminarlos o controlarlos. Para realizar estas tareas, se necesita personal, organización y recursos⁹. Los delegados/as de prevención y los Comités de Seguridad y Salud tienen un papel importante en el desarrollo del plan, tal y como detallamos más adelante.

Identificar y evaluar factores de riesgo

La evaluación de riesgos laborales es una obligación empresarial y una herramienta fundamental para la prevención de daños a la salud de los trabajadores. Su objetivo es identificar y eliminar riesgos presentes en el entorno de trabajo así como la valoración de la urgencia de actuar. En esencia, consiste en examinar detalladamente todos los aspectos del trabajo que puedan causar daños a los trabajadores.

Para poder evaluar, hay que identificar cuáles son las condiciones de trabajo que generan riesgos. Muchos criterios de riesgo están recogidos en normativa, pero también se pueden adoptar en la

⁹ Cuando el empresario/a no asuma personalmente las funciones de prevención, la empresa debe procurarse asesoramiento y apoyo técnico a través de alguna modalidad de Servicio de Prevención (las modalidades organizativas de este asesoramiento admitidas en el Reglamento de los Servicios de prevención se pueden consultar en la Guía del Delegado y Delegada de Prevención de CCOO).

empresa criterios más saludables, mediante acuerdos en el comité de seguridad y salud de una empresa o mediante negociación colectiva.

La evaluación de riesgos laborales engloba los siguientes pasos:

- Identificar los peligros presentes, por áreas y/o por puestos de trabajo.
- Eliminar aquellos que se pueda sin necesidad de esperar a evaluarlos en profundidad
- Identificar quién puede sufrir daños, contemplando la posibilidad de que haya colectivos especialmente sensibles a determinados riesgos.
- Evaluar los riesgos no eliminados e identificar las medidas que se deben adoptar para proteger a los trabajadores
- Documentar los hallazgos, detallando las medidas ya adoptadas y las pendientes.
- Planificar las medidas pendientes e implementarlas.
- Revisar la evaluación y actualizarla cuando sea necesario.

A veces, un factor o agente peligroso puede ser identificado y eliminado fácilmente. Otras veces, en la evaluación hay que realizar mediciones y/o intervenciones más complejas. En estos casos, es importante determinar cuándo y cómo se ha de medir para asegurar que las conclusiones sean válidas. Algunas de estas mediciones sólo pueden ser realizadas por personal con formación y titulación específica pero otras mediciones se hacen de manera continua. Por ejemplo, si estamos hablando de controlar la presencia de gases para garantizar la calidad del aire, se pueden instalar sistemas de alarmas para su control continuo.

La evaluación de riesgos no habrá sido bien realizada si no ha contado con la participación de los trabajadores y sus representantes, teniendo en cuenta su propia experiencia y percepción de los riesgos. Los delegados/as juegan un papel central en esto. Para ayudar a esta tarea, contamos con “herramientas” para ayudarles a planificar, chequear y valorar las condiciones de trabajo, recoger la opinión de los compañeros y compañeras, así como para calificar la gravedad y urgencia de actuar ante determinados riesgos.¹⁰

¹⁰ En la web de ISTAS, en el apartado Peligros y riesgos laborales, encontrarás orientación sobre la evaluación de riesgos específicos. En particular, para la evaluación de los riesgos psicosociales, ISTAS propone utilizar el método COPSQ (ISTAS21).

La adopción de medidas preventivas según el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

La adopción de medidas preventivas en la empresa debe seguir unos principios detallados en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, cuya fundamentación principal es que hay que priorizar las medidas que protegen la salud de los trabajadores/as evitando los riesgos y eliminándolos en su origen. Solo cuando no se puede actuar en origen o mediante las medidas de protección colectiva adecuadas, hay que recurrir a los equipos de protección individual.

Informar y formar

La formación sobre riesgos para la salud que debe dar la empresa no consiste únicamente en impartir prescripciones o normas de trabajo. La información sobre la existencia de riesgos para la salud es un derecho de cada trabajador expuesto, que debe abarcar tanto el conocimiento de los agentes de riesgo, las posibles patologías que se pueden derivar, el método de vigilancia de la salud que se aplica, las medidas de prevención y los planes de eliminación. Esto significa que la formación es, además, una declaración de la empresa de su compromiso con la mejora de las condiciones de trabajo inadecuadas y para con la promoción de una cultura preactiva de prevención en su empresa.

La vigilancia de la salud

Vigilar significa estar atentos para evitar que ocurran cosas indeseadas. La vigilancia de la salud en el trabajo consiste en un conjunto de actuaciones cuyo fin es conocer el estado de salud tanto de individuos como de colectivos, para aplicar el conocimiento así obtenido a la prevención de riesgos en el trabajo.

Su función en la protección de la salud es identificar cualquier alteración o daño en la salud en una fase muy inicial para que la situación sea reversible. Permite darse cuenta precozmente si hay trabajadores/as que enferman por sus condiciones de trabajo y poder actuar cuanto antes en la protección de la salud de los afectados.

Además, como parte de la gestión preventiva de la empresa, su función es facilitar a ésta información que señale precozmente si hay fallos en el plan de prevención. En este contexto, la vigilancia de la salud sirve básicamente para tres cosas:

- para estudiar si la/s enfermedad/es que se producen en algún colectivo o trabajador/a tienen relación con el trabajo;
- para comprobar si las medidas preventivas que han sido adoptadas para el control de los factores de riesgo identificados están resultando efectivas, es decir, evitan realmente daños a la salud de los trabajadores/as.

La vigilancia de la salud no es exactamente lo mismo que los reconocimientos médicos. Hay otras fuentes de información que pueden resultar válidas como indicadores del estado de salud colectivo. Por ejemplo, se puede recoger información mediante encuestas, se pueden estudiar las ausencias del trabajo por enfermedad común, los registros de accidentes, además de los típicos exámenes de salud, controles biológicos mediante analíticas, o cualquier otra prueba clínica. Lo esencial es que las actuaciones estén encaminadas **específicamente a vigilar respecto a los riesgos identificados en la evaluación de riesgos** (no sirven generalmente los exámenes médicos generales) y que la información revierta en la mejora de la gestión preventiva.

La vigilancia de la salud forma parte de las funciones del Servicio de Prevención¹¹ aunque sus resultados de la vigilancia deben llegar (respetando el anonimato) a los responsables empresariales de la gestión preventiva y a los delegados de prevención.

■ El método epidemiológico

Para ver si una enfermedad está relacionada con el trabajo se deben analizar los datos disponibles en la empresa sobre salud, enfermedad y exposición a riesgos laborales en los trabajadores. También es importante documentarse acerca de la existencia de relaciones similares entre los daños y riesgos detectados (por ejemplo, consultando con expertos o buscando información en las publicaciones científicas).

¹¹ La vigilancia de la salud está regulada principalmente en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y en los artículos 5.1 y 9.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP). Para poder realizarla dichos servicios deben contar al menos con un médico y un ATS/DUE con formación especializada en salud laboral (según los artículos art. 31.3.f y art. 22.6, de la LPRL y el art. 37.3 del RSP).

No siempre es fácil demostrar la relación entre una exposición y un daño, mucho menos en casos individuales. Sin embargo, la relación entre salud y trabajo suele hacerse más evidente cuando estudiamos la incidencia de enfermedades en un colectivo de trabajadores/as. La epidemiología es la disciplina dedicada a estudiar los procesos de salud y enfermedad en los colectivos de personas y a identificar las exposiciones o factores de riesgo que influyen sobre dichos procesos. El método epidemiológico se fundamenta en razonamientos como los que se comentan a continuación:

Descubrir anomalías: Cuando en un colectivo de trabajadores/as aparecen más enfermedades de las que cabría esperar, hay que preguntarse inmediatamente si esto tiene que ver con las condiciones de trabajo. Se debe iniciar una investigación para averiguar «qué lo provocó», con el fin de evitar más daños.

Casos observados y casos esperados: La mera existencia de trabajadores/as enfermos no indica un problema de salud laboral. La alarma se dispara cuando hay un exceso de enfermos. Por tanto, hay que establecer comparaciones. ¿Cuántos enfermos cabría esperar si ese colectivo no hubiera estado expuesto a ninguna situación de riesgo en su lugar de trabajo? ¿Cuál sería el número de personas enfermas en una población no expuesta al riesgo, pero de edad, sexo y modo de vida similares? Para ello, necesitamos información no sólo del colectivo de trabajadores/as, sino también de la población “normal” con la que comparamos su situación (valores poblacionales).

¿Tienen los enfermos algo en común? Queremos saber si una determinada profesión, proceso o puesto de trabajo tienen algo que ver con el daño. Indagaremos, pues, las similitudes existentes entre los casos respecto a tareas, condiciones de trabajo, antigüedad, hábitos, lugar de residencia, etc.

¿Qué distingue a los enfermos de los sanos? Buscamos no sólo lo que hay de común en los enfermos, sino qué es lo que les diferencia de los sanos. Pueden estar expuestos a condiciones diferentes, o presentar diferencias individuales: casi siempre encontraremos personas sanas expuestas y personas no expuestas que sufren la misma enfermedad. Ello se debe a la diferente susceptibilidad individual y a que las enfermedades no obedecen a una causa única sino a diferentes combinaciones de factores de riesgo personales y ambientales.

No hacer nada también tiene consecuencias: No siempre es posible establecer con una evidencia rotunda la relación entre enfermedad y exposición en una determinada situación. Sin embargo, siempre será más beneficioso reducir la exposición, aun con un conocimiento parcial, que someter a los trabajadores/as a los riesgos de no hacer nada por no tener evidencias definitivas sobre el problema en cuestión. Llega un momento en el que las pruebas disponibles, aunque no sean concluyentes por completo, deben ser suficientes para realizar una intervención preventiva. Es mucho mejor actuar de esta forma (principio de precaución) que esperar a que, con el tiempo, se evidencie una situación perjudicial que ha afectado la salud de muchos más trabajadores.



Cómo pueden actuar los delegados y delegadas en la empresa

Si las enfermedades derivadas del trabajo se deben a la falta de prevención, la actuación del delegado se ha de centrar en la identificación de factores de riesgo para la salud de los trabajadores y en que estos factores se incluyan en el plan de prevención, contemplando acciones específicas sobre los mismos.

Su actuación debe tener en cuenta varios focos de interés: estar en contacto con los trabajadores, conocer las condiciones de trabajo y su estado de salud y malestar o bienestar, estar atentos para detectar daños a la salud originados por el trabajo a pesar de que los efectos se producen individualmente (muchas veces de manera silenciosa y así son vividos por las personas afectadas) y hay que tener la capacidad de relacionarlos con los riesgos a los que se está expuesto.

También han de documentarse y exponer los problemas ante la empresa, ya sea directamente con el empresario o en el Comité de Seguridad y Salud, en las empresas de más de 50 trabajadores., etc. Todo ello para conseguir para que la empresa actúe consecuentemente.

Si no recibiera respuesta o la empresa no quisiera actuar, será necesario proceder mediante los mecanismos sindicales habituales. La actuación de los delegados/as de prevención será más eficaz cuanto mejor documentados y argumentados estén los problemas detectados y las propuestas de solución. Recurrir al asesoramiento de los Gabinetes de Salud Laboral de CCOO es una muy buena idea que ayuda en todo el proceso de actuación sindical. Los empresarios, en muchas ocasiones, utilizan el asesoramiento de los técnicos de prevención para justificar su negativa a actuar, minimizando o negando los problemas, nosotros tenemos que saber enfrentarnos a estas situaciones utilizando los recursos que el sindicato tiene para ello.

Participar en la evaluación de riesgos

Los factores que causan enfermedades suelen ser “olvidados” en las evaluaciones de riesgos. Las sustancias tóxicas, los subproductos de los procesos productivos que contaminan el ambiente, los esfuerzos, altos niveles de ruido, las tensiones derivadas de una organización del trabajo deficiente, los puestos de trabajo mal diseñados, vibraciones, etc, son ignorados en muchas empresas y los trabajadores sufren estas condiciones que perjudican su salud.

Una tarea fundamental de los/as delegados/as es hacer que estos factores salgan a la luz y se solucionen los problemas siguiendo las pautas del artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Intervención sindical: Algo más que denunciar y reclamar



Identificar riesgos:

- Inspeccionar centros y puestos de trabajo.
- Investigar situaciones de riesgo.
- Investigar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Recoger sistemáticamente las opiniones de los trabajadores.



Evaluar toda la importancia de los problemas:

- Estar informado de los riesgos y los daños ligados a las diferentes tareas y ocupaciones.
- Conocer los valores límite de exposición.
- Evaluar la intensidad y magnitud de la exposición.
- Conocer la legislación de referencia.
- Priorizar los problemas según importancia.



Contrastar opiniones con las otras partes:

- Participar activamente en las visitas de las Inspecciones de Trabajo.
- Participar en las evaluaciones técnicas de las condiciones de trabajo.
- Interpretar críticamente los informes.
- Evaluar de forma compartida con los técnicos el riesgo y las medidas de prevención.



Informar a los trabajadores/as:

- Asesorar y orientar ante problemas concretos que se presenten.
- Informar sobre los riesgos y su prevención.
- Difundir los resultados de la evaluación de riesgos.
- Discutir todas las propuestas de mejora con los propietarios interesados.



Proponer soluciones:

- Estudiar alternativas técnicas al problema.
- Negociar planes globales y medidas concretas a tomar.
- Presentar denuncias ante los incumplimientos observados.

Participar en la vigilancia de la salud

Los representantes de los trabajadores, en su condición de delegados y delegadas de prevención, tienen derecho a participar en la **planificación de las actividades de vigilancia de la salud, como parte de la actividad de los servicios de prevención**, así como controlar los resultados de la misma.

Esto es así porque los representantes de los trabajadores tienen reconocida la facultad de «*conocer e informar la memoria y programación anual de los servicios de prevención*» tanto si se trata de un servicio de prevención propio como de una entidad externa (LPRL, art. 36.1, RSP, art. 20.2).

También dicha participación puede apoyarse en el marco de las competencias relativas al **conocimiento de los daños producidos en la salud de los trabajadores** y al análisis de sus causas (LPRL, arts. 36.2.c, y 39.2.c), y en general, en los derechos de participación y consulta en un sentido amplio. Tal es el caso, por ejemplo, de las consultas preceptivas en materia de «organización y desarrollo de las actividades de protección de la salud y prevención de los riesgos profesionales».

La estrecha vinculación de la vigilancia de la salud con la evaluación de riesgos y la elaboración de planes de prevención abre unas amplias posibilidades de **participación** en un terreno en el que está perfectamente reconocido el papel de los delegados/as de prevención.

Casos: intervenciones de delegados/as que han tenido impacto preventivo

A continuación se describen una serie de casos reales que ilustran acciones de los delegados/as de prevención en relación con el reconocimiento de enfermedades del trabajo.

■ Enfermedades músculo-esqueléticas

Una trabajadora manufacturera de la sección envasadora sufre síndrome del túnel carpiano a causa de su trabajo. Gracias al asesoramiento del delegado, acude a la mutua y se le reconoce enfermedad profesional. A partir de ese momento todas las bajas que se dan en la empresa por este problema, también se registran como enfermedad profesional.

Análisis: En esta experiencia se consiguió demostrar la relación causal de la enfermedad con la actividad laboral. Se reconoce por tanto la existencia de riesgo para la salud en el trabajo que afecta a un colectivo gracias a un caso que en principio podía parecer individual. La declaración de enfermedad profesional refuerza el argumento de que hay que intervenir preventivamente, mejorando las condiciones de trabajo. Se ha instaurado vigilancia de la salud con reconocimientos a todo el colectivo. Al demostrar la relación causal de un caso, se puede enfocar la actividad preventiva hacia la solución de un problema. Además, hay un tema de justicia pues los trabajadores afectados reciben las prestaciones de seguridad social que realmente les corresponden.

■ Riesgo químico

La empresa se dedica a la fabricación de piezas de poliéster reforzado con fibra de vidrio para carcasas de aerogeneradores. Los trabajadores de una sección de la empresa estaban expuestos a estireno y tienen elevados indicadores de exposición en sangre. Trabajan a prima 10 h/día. La delegada de prevención se informa de los peligros del estireno y pide la revisión del plan de prevención, de la evaluación de riesgos y un cambio en el proceso productivo.

La empresa en principio se niega e insiste en la escasa peligrosidad del estireno y aduce escasa evidencia científica al respecto, asegurando que con equipos de protección individual (EPIs) se acaba el problema. La delegada de prevención insiste en que el riesgo se elimine o se evalúe. Se organiza una asamblea con el fin de explicar los riesgos. Los trabajadores se muestran interesados en introducir cambios. La empresa propone otra vez EPIs, pero se demuestra que es una medida insuficiente. Finalmente, la empresa realiza cambios el proceso productivo y se compromete a revisar el plan de prevención.

Análisis: Sin que hayan surgido aún casos de “enfermedad”, la delegada presionó, con el apoyo de los trabajadores afectados, para que se controle el riesgo derivado de la exposición. Aunque se realizan reconocimientos médicos, la empresa no tiene implantada una auténtica gestión preventiva.

■ Sobrecarga de trabajo

En una empresa de hostelería en la que la prevención se debate habitualmente en el Comité de Seguridad y Salud, los delegados proponen evaluar el riesgo psicosocial a través del método ISTAS 21. Los delegados saben que los trabajadores se quejan de sobrecarga de trabajo, a pesar de que el volumen de trabajo que en esa empresa se considera adecuado está negociado en convenio. Se reconoce el hecho que con frecuencia esta carga se incrementa y se realiza la evaluación. Como

resultado, se identifica como problema que las camareras de piso tienen una importante sobrecarga de trabajo. Tras la evaluación, se ha ideado una nueva fórmula para cuantificar el volumen de trabajo que exceda a lo pactado y que consiste en aumentar los días de descanso remunerados. Los datos de absentismo por IT se han reducido enormemente, especialmente debido a la menor incidencia de afecciones músculo-esqueléticas.

Análisis: En esta empresa hay integración de la prevención y se negocia la organización del trabajo con los representantes de lo/as trabajadoras/es. Las trabajadoras se encuentran satisfechas con la medida y la empresa también.

■ Contaminantes químicos en subcontrata

Dos trabajadoras de una empresa de vertido de residuos industriales peligrosos en la que no hay representación de los trabajadores piden asesoramiento a la sección sindical de la empresa principal que contrata a la suya. Les han encontrado niveles de mercurio en sangre (BEI) cinco veces por encima del valor límite y están de baja por “contingencias comunes”. En total, saben que hay ocho trabajadores con niveles elevados. Una de estas trabajadoras tiene síntomas neurológicos de afectación.

La mutua se niega a gestionar contingencia profesional. Se presenta denuncia ante la Inspección de Trabajo por contingencia. El INSS determina enfermedad profesional. La empresa cambia el sistema de aire acondicionado, por el que circulaban contaminantes hacia diversos departamentos y se estudia poner aspiración.

Posteriormente, la trabajadora con síntomas de afectación neurológica acude a asesorarse al sindicato debido a que la mutua, para conseguir cambiar la contingencia profesional a común, le pide que se someta a una prueba diagnóstica invasiva, para la que se tiene que desplazar a Madrid, con ingreso hospitalario y firmar consentimiento en el que se le informa de múltiples y graves riesgos. La trabajadora rechaza la prueba.

Análisis: En este caso se evidencia la deficiente estrategia preventiva de la empresa. Se practican análisis de sangre para controlar la exposición pero sin que desencadenen ninguna acción de control del riesgo, ya que dichos controles no responden a una estrategia preventiva. Prácticas inadecuadas por parte de la Mutua. Por no notificar un caso como Profesional según criterio de Seguridad Social, la Mutua propone medidas diagnósticas inapropiadas y antiéticas. Es importante destacar el papel de los delegados de prevención de CCOO en la empresa principal y el papel del sindicato en la defensa de todos los trabajadores. Se logra mejorar las condiciones de trabajo respecto a este riesgo concreto pero aún están presionando para que la empresa mejore su deficiente estrategia preventiva.



Políticas públicas para la prevención y promoción de la salud laboral

Las autoridades tienen que velar para que las condiciones de trabajo sean saludables, promotoras de salud y no dañen la salud de las personas que trabajan. Una parte de esta labor, según dispone la LPRL, consiste en hacer cumplir las obligaciones preventivas del empresario, y han de asegurarse que ello tenga efectos positivos en la salud (y no sólo que cumplan con obligaciones formales, sobre el papel). Las autoridades deben tener líneas de acción para ir eliminando riesgos para la salud en el medio laboral. Para ello, han de vigilar las condiciones reales de trabajo, tomando datos en relación a determinados factores de riesgo para la salud de los trabajadores. Esto tiene que servir para trazar **objetivos definidos de erradicación de éstos factores nocivos para la salud**. Por ejemplo, deberían apuntar a la eliminación del uso de cancerígenos en el medio laboral. También deben identificar nuevos factores de riesgo que necesitan ser controlados y/o eliminados, etc.

Pero esto no es suficiente: las autoridades también han de desarrollar políticas que promuevan un contexto favorable para la salud de los trabajadores, mejorando las condiciones de trabajo y dando protección social y del empleo a los trabajadores que hayan sufrido daños a la salud (protegiendo

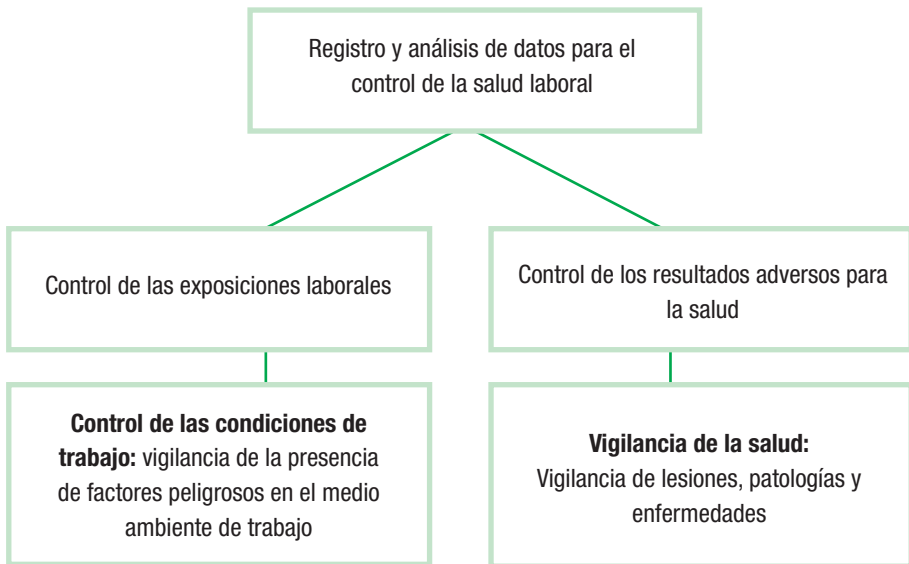
su derecho al trabajo)¹². Deben actuar en diferentes terrenos: mediante políticas legislativas, de vigilancia y mejora de las condiciones de empleo y de trabajo, de promoción del conocimiento científico y técnico y de su transferencia a la sociedad, etc.

Para marcarse políticas con objetivos ambiciosos y verificar que se van alcanzando, las autoridades disponen o deberían disponer, de distintos recursos:

- Entidades técnicas que han de aportar a los empresarios guías prácticas de actuación, que sirvan para facilitar la aplicación del conocimiento científico y técnico para la eliminación de riesgos en el trabajo de acuerdo al progreso técnico; que den seguimiento a los resultados de las políticas públicas y proponer mejoras, etc.
- Canales de promoción de investigación científica y técnica; fomento de la transferencia del nuevo conocimiento a mejoras tecnológica, etc., para erradicar factores de riesgo y mejora de las condiciones de trabajo y la salud.
- Cuerpos de inspectores para vigilar que se aplican los principios de actuación preventiva en todos los lugares de trabajo, al margen de las condiciones contractuales y de los colectivos, sin discriminaciones; para dar apoyo a los derechos de participación de los trabajadores en la defensa de su salud; para sancionar a las empresas que no actúen de manera preventiva;
- Mecanismos efectivos de vigilancia y control del mercado de productos. Existen normas que determinan requisitos técnicos, limitaciones y prohibiciones a la circulación de máquinas, sustancias, etc. en el mercado (importación, fabricación, compra y venta). Por ejemplo, los niveles de emisión máximos de ruido y vibraciones de una máquina están regulados, de igual manera como su seguridad eléctrica o sus protecciones contra cortes. El cumplimiento de estas normas debe ser vigilado por las autoridades.

¹² El compromiso político europeo y español han sido repetidamente refrendado a través de numerosos textos normativos y acuerdos. Por ejemplo, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01), la Estrategia Europea de Salud y Seguridad 2007-2012, la Estrategia Española de Salud y Seguridad 2007-2012 (y en la estrategia de diversas comunidades autónomas) Y más recientemente mediante el Instrumento de Ratificación del Convenio número 187 de la OIT, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, hecho en Ginebra el 31 de mayo de 2006. que entrará en vigor en España el 5 de mayo de 2010 publicado en el BOE el 4 de agosto de 2009 (Todos estos textos están disponibles desde http://www.istas.net/web/enlaces.asp?idcarpeta_bv=63&lugar=1

- Las autoridades sanitaria tienen que disponer de sistemas de vigilancia de la salud definidos como “la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud, su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública.”
- Complementariamente, se deberían disponer de sistemas públicos de información de la situación real de las exposiciones a agentes peligrosos que se producen en el trabajo para su control y eliminación.¹³



¹³Estos registros están por construir, ya que actualmente sólo contamos con el sistema de registro de las enfermedades profesionales reconocidas en el sistema de seguridad social, cuyos objetivos son indemnizatorios, no preventivos.



Estimación del impacto de las enfermedades laborales en Andalucía 2009

En el año 2008 se declararon en Andalucía un total de 878 enfermedades profesionales, de las cuales 576 (66%) fueron con baja¹⁴. En la Tabla 1 se presenta la distribución por provincias de las enfermedades profesionales declaradas en Andalucía en 2008, en valores absolutos, porcentajes y las correspondientes tasas por 1000 trabajadores ocupados. Tanto en cifras absolutas (número de casos) como relativas (tasas), las frecuencias más elevadas se dan en las provincias de Granada, Cádiz y Sevilla.

¹⁴ Los datos varían según la fuente consultada. Aquí nos basamos en los avances mensuales (enero-diciembre 2008) publicados en la Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del Ministerio de Trabajo e Inmigración (<http://www.mtas.es/estadisticas/eat/Eat08DicAv/index.htm>) y en las tablas publicadas por el Laboratorio de Enfermedades Profesionales de Andalucía (<http://www.ladep.es/pagina.asp?id=580>)

Tabla 1. Enfermedades profesionales registradas en Andalucía, 2008.

	n ¹	%	Tasa (x 1000 trabajadores ²)
Almería	35	4,0	0,124
Cádiz	141	16,1	0,314
Córdoba	63	7,2	0,205
Granada	162	18,5	0,473
Huelva	65	7,4	0,328
Jaén	14	1,6	0,060
Málaga	123	14,0	0,202
Sevilla	275	31,3	0,362
Andalucía	878	100	0,276

¹ Datos del Laboratorio de Enfermedades Profesionales de Andalucía, 2008.

² Por cada 1000 trabajadores ocupados (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2008. Disponible en: <http://www.ine.es>).

A pesar del interés de estos datos, es bien sabido que las estadísticas oficiales de enfermedades profesionales subestiman la incidencia real de enfermedades relacionadas con el trabajo. 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. 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 previos¹⁵ 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 los siguientes apartados presentamos estimaciones tanto para el conjunto de Andalucía como

¹⁵ 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>

para las ocho provincias, diferenciando también por sexo siempre que los datos lo permiten. Todas las tablas citadas en el texto se incluyen en el Anexo al final de la Guía.

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 elaboró un informe similar a éste¹⁶, 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 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 el primer informe para Andalucía, sigue aumentando según los últimos datos disponibles.

Mortalidad

En la Tabla 2 (Anexo) se presentan las estimaciones de mortalidad por enfermedades laborales para el conjunto de Andalucía. Según estas estimaciones, en Andalucía, en 2007 (último año para el cual disponemos de estadísticas de mortalidad para el conjunto de la población), 2.760 personas murieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con su trabajo. Esta mortalidad afectó principalmente a hombres (87% del total). El mayor número de muertes de origen laboral se debió a tumores malignos (1.382 fallecimientos en hombres y 132 en mujeres), seguidos por enfermedades cardiovasculares (respectivamente, 570 y 125 muertes). Como tercera causa de mortalidad de origen laboral en los hombres aparecen las enfermedades del aparato respiratorio (297 muertes) y en las mujeres las enfermedades infecciosas (con 30 fallecimientos). En las tablas 3 a 10 se presentan estas mismas estimaciones para cada provincia. En marcado contraste con estos datos, el número de muertes por enfermedad profesional reconocidas en las estadísticas oficiales año tras año en Andalucía es prácticamente nulo.

Debemos recordar que en todas estas estimaciones de mortalidad laboral se han excluido las

¹⁶ García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades de origen laboral en Andalucía. Sevilla: CC.00 Andalucía; 2007. 133 p.

muerdes debidas a lesiones por accidentes de trabajo. Para dimensionar correctamente el problema del impacto de las enfermedades laborales es interesante compararlo con los datos disponibles para los accidentes de trabajo, otro problema de salud laboral pero mucho más visible socialmente y que parece generar mucha mayor atención y preocupación. En 2008 fallecieron 170 trabajadores por accidente de trabajo en Andalucía. Por tanto, según los datos de la Tabla 2, la mortalidad por enfermedades laborales en Andalucía es cerca de 16 veces mayor que la mortalidad por accidentes de trabajo: dicho de otra forma, del total de muertes relacionadas con el trabajo, el 95% se deben a las enfermedades laborales y el 5% restante a la mortalidad por accidentes de trabajo.

Incidencia

La incidencia de una enfermedad se refiere al número de casos nuevos (diagnosticados por primera vez) que aparecen en un periodo determinado. Se diferencia de la prevalencia (ver siguiente apartado) en que los así llamados casos prevalentes son el total de casos existentes de una enfermedad en un periodo determinado (es decir, los casos acumulados, los nuevos en el correspondiente periodo más los que ya habían sido diagnosticados con anterioridad).

En la Tabla 11 se presentan las estimaciones de casos incidentes (diagnosticados por primera vez) de enfermedades laborales en Andalucía en el año 2009. La tabla presenta el valor medio de las estimaciones inferior y superior obtenidas mediante la metodología referida en el informe original y las publicaciones relacionadas¹⁷. Para las estimaciones de incidencia no es posible diferenciar por sexos, por lo que los datos se refieren al conjunto de trabajadores. Según nuestras estimaciones, cada año se producen en Andalucía cerca de 13.000 casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo. Por orden de frecuencia, el mayor número de casos incidentes se daría en el grupo de enfermedades osteomusculares (con más de 4.500 casos nuevos anuales, alrededor del 35 de la incidencia total de enfermedades atribuibles al trabajo según nuestras estimaciones), seguidos por enfermedades de la piel (más de 1.800 casos nuevos cada año, 14% de la incidencia total) y pérdidas de audición por ruido (cerca de 1.700 casos nuevos al año, 13%). Las enfermedades respiratorias y las alteraciones mentales afectan también a los trabajadores de manera destacada (respectivamente, más de 1.300 y más de 1.200 casos nuevos diagnosticados

¹⁷ García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Aten Primaria*. 2008; 40: 439–45.

cada año en Andalucía). Por otra parte, cada año se diagnosticarían en Andalucía algo más de 850 casos nuevos de tumores malignos de origen laboral. Las tablas 12 a 19 presentan estas mismas estimaciones por provincias.

En la Tabla 20 se resume la incidencia total media de enfermedades laborales en Andalucía para 2009. La provincia con mayor volumen de población trabajadora (Sevilla) es también la que presenta la mayor incidencia de enfermedades laborales (más de 3.000 nuevos diagnósticos al año).

Según comentábamos al inicio de este capítulo, las estadísticas oficiales registraron en 2008 un total de 878 casos nuevos (incidentes) de enfermedades profesionales en Andalucía (ver Tabla 1). En la Tabla 21 se compara el número de casos registrados oficialmente de enfermedades profesionales con nuestras estimaciones de incidencia para el conjunto de Andalucía y por provincias. Excepto Granada, todas las provincias presentan subregistro por encima del 90%. Es decir, más del 90% de las enfermedades relacionadas con el trabajo que se producen en Andalucía se consideran enfermedades comunes: no se reconoce su relación con el trabajo y por tanto no se compensa debidamente a los trabajadores afectados ni se toman las medidas preventivas necesarias para evitar que se produzcan nuevos casos. Si comparamos este subregistro con las estimaciones realizadas en el anterior informe para Andalucía¹⁸, la situación, además, está empeorando claramente: entonces estimábamos que el subregistro total de enfermedades laborales en Andalucía era del 83%, mientras que ahora los datos demuestran un subregistro diez puntos por arriba.

Cabe recordar que la mayoría de enfermedades profesionales declaradas en España son trastornos osteomusculares (71%), cutáneos (13%) o neurológicos (12%) de naturaleza leve¹⁹, por lo que muy probablemente el subregistro se concentre mayoritariamente en determinados grupos de enfermedades, y en especial en algunas de las más graves (tumores, respiratorias, cardiovasculares, mentales).

¹⁸ García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades de origen laboral en Andalucía. Sevilla: CC.00 Andalucía; 2007. 133 p.

¹⁹ García M, Castañeda R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. Rev Esp Salud Publica. 2006;80:361-75.

Prevalencia

En la Tabla 22 se presentan los casos prevalentes (total de casos acumulados) de enfermedades relacionadas con el trabajo existentes en Andalucía en el año 2009 para ambos sexos. Según nuestras estimaciones medias, cerca de 300.000 trabajadores (algo más de la mitad, mujeres) sufren enfermedades y problemas de salud relacionadas con su trabajo. Prácticamente la mitad de estas alteraciones, tanto en hombres como en mujeres, son enfermedades osteomusculares (en ambos casos, alrededor del 49% de las patologías prevalentes). La siguiente categoría en frecuencia en los hombres (15% sobre el total de casos prevalentes) son las alteraciones del bienestar psicológico (estrés, ansiedad, depresión), también segundas en importancia y algo más frecuentes en las mujeres (17%). En tercer lugar, también para ambos sexos y con cierta mayor frecuencia en mujeres, aparecen las molestias del tipo dolor de cabeza o fatiga visual (respectivamente, 14% y 10% de las enfermedades laborales prevalentes en mujeres y hombres). El resto de problemas son declarados por los trabajadores con menor frecuencia. Las tablas 23 a 30 presentan estos mismos datos de prevalencia por provincias. En la Tabla 31 se resume la prevalencia total de enfermedades laborales en Andalucía, por sexo y por provincias. Lógicamente, las provincias con mayor volumen de población ocupada (Sevilla, Málaga y Cádiz) acumulan también el mayor número de casos prevalentes de enfermedades relacionadas en el trabajo.

Resumen de los principales resultados

1. El sistema oficial de registro de enfermedades profesionales en España y en Andalucía subestima en gran medida el impacto real de las enfermedades relacionadas con el trabajo en los trabajadores. Según los datos oficiales, en 2008 se declararon en Andalucía 878 casos de enfermedad profesional mientras que en 2004 se había registrado un número notablemente mayor de enfermedades profesionales, cerca de 2.100²⁰. Una caída similar en número de enfermedades profesionales registradas se observan también en el resto de las comunidades autónomas.
2. La inmensa mayoría de los procesos reconocidos oficialmente son trastornos de tipo musculoesquelético.
3. Es posible valorar con fiabilidad el impacto de las enfermedades laborales en Andalucía extrapolando estimadores de mortalidad, incidencia y prevalencia obtenidos mediante distintas

²⁰ Los datos para 2004 están disponibles en García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades de origen laboral en Andalucía. Sevilla: CC.OO Andalucía; 2007. 133 p.

- aproximaciones en países de nuestro entorno y con similares niveles de desarrollo²¹.
4. Estas extrapolaciones necesariamente conllevan cierto grado de error al ser aplicadas a la población andaluza, pero la valoración conjunta de las diferentes fuentes de error que pueden haber afectado los resultados presentados en este informe sugiere que es más probable que todas nuestras estimaciones infravaloren la dimensión real del problema¹⁸.
 5. Según los cálculos presentados en este capítulo, en 2007 fallecieron en Andalucía alrededor de 2.760 personas (2.395 hombres y 365 mujeres) como consecuencia de enfermedades debidas a exposiciones ocurridas en sus lugares de trabajo.
 6. La mayoría de estas muertes (cerca de 1.400 en los hombres y 132 en las mujeres) se debieron a tumores malignos, seguidos por enfermedades cardiovasculares (respectivamente en hombres y mujeres, 570 y 125 muertes).
 7. Cada año se producen en Andalucía en torno a 13.000 nuevos casos de enfermedades de origen laboral. Por orden de frecuencia, estas enfermedades laborales son mayoritariamente osteomusculares (cerca de 4.500 casos nuevos al año), enfermedades de la piel (cerca de 1.800 casos) y pérdidas auditivas (alrededor de 1.600 casos). Adicionalmente, cada año aparecen en Andalucía más de 1.200 casos nuevos de alteraciones mentales relacionadas con exposiciones laborales y más de 800 tumores malignos de origen laboral.
 8. En comparación con las enfermedades profesionales reconocidas oficialmente, nuestras estimaciones ponen de manifiesto un subregistro del 93% (10 puntos por encima de nuestro informe anterior para Andalucía²²). Muy probablemente este subregistro afecta principalmente a lo procesos más graves (tumores, enfermedades respiratorias y cardiovasculares).
 9. En el año 2009 hay en Andalucía casi 300.000 trabajadores afectados por algún problema de salud relacionado con su trabajo (excluyendo lesiones por accidente de trabajo). De éstos, algo más de la mitad eran mujeres. Las alteraciones más frecuentes son de origen osteomuscular (más de 72.000 casos en hombres, más de 74.000 en mujeres), seguidas por las alteraciones mentales del tipo estrés, depresión o ansiedad (en torno a 21.000 casos en hombres, más de 25.000 en mujeres). Tomando en consideración el tamaño de la población trabajadora, esto supone que estarían afectados por alguna dolencia como consecuencia de su trabajo el 8,5% de los trabajadores y el 12,6% de las trabajadoras.

²¹ 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>.

²² García AM, Gadea R, López V. Impacto de las enfermedades de origen laboral en Andalucía. Sevilla: CC.OO Andalucía; 2007. 133 p.

Anexo: tablas con las estimaciones

Tabla 2. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Andalucía, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	367	4,8	18	0,7
Tumores	009-041	10012	13,8	1382	57,7
Trastornos mentales	046-049	562	7,3	41	1,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	979	5,1	50	2,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	3959	14,4	570	23,8
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	4373	6,8	297	12,4
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	687	2,3	16	0,7
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	706	3	21	0,9
Total		21.645		2.395	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	91	32,5	30	8,1
Tumores	009-041	5997	2,2	132	36,2
Trastornos mentales	046-049	942	1,8	17	4,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	1517	1,7	26	7,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	1862	6,7	125	34,2
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	2711	1,1	30	8,2
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	155	1,5	2	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	858	0,4	3	0,9
Total		14.133		365	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 3. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Almería, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	25	4,8	1	0,7
Tumores	009-041	719	13,8	99	58,6
Trastornos mentales	046-049	36	7,3	3	1,6
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	78	5,1	4	2,4
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	243	14,4	35	20,7
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	355	6,8	24	14,3
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	57	2,3	1	0,8
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	59	3	2	1,0
Total		1572		169	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	10	32,5	3	11,9
Tumores	009-041	409	2,2	9	33,0
Trastornos mentales	046-049	70	1,8	1	4,6
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	126	1,7	2	7,8
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	131	6,7	9	32,1
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	224	1,1	2	9,0
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	12	1,5	0	0,7
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	59	0,4	0	0,9
Total		1041		27	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 4. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Cádiz, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	64	4,8	3	0,9
Tumores	009-041	1349	13,8	186	57,5
Trastornos mentales	046-049	68	7,3	5	1,5
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	131	5,1	7	2,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	564	14,4	81	25,1
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	537	6,8	37	11,3
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	107	2,3	2	0,8
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	93	3	3	0,9
Total		2913		324	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	15	32,5	5	9,2
Tumores	009-041	786	2,2	17	32,7
Trastornos mentales	046-049	135	1,8	2	4,6
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	200	1,7	3	6,4
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	293	6,7	20	37,1
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	396	1,1	4	8,2
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	26	1,5	0	0,7
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	134	0,4	1	1,0
Total		1985		53	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 5. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Córdoba, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	30	4,8	1	0,6
Tumores	009-041	1071	13,8	148	57,8
Trastornos mentales	046-049	93	7,3	7	2,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	107	5,1	5	2,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	363	14,4	52	20,5
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	565	6,8	38	15,0
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	49	2,3	1	0,4
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	73	3	2	0,9
Total		2351		255	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	11	32,5	4	9,3
Tumores	009-041	582	2,2	13	33,4
Trastornos mentales	046-049	159	1,8	3	7,5
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	141	1,7	2	6,2
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	180	6,7	12	31,4
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	369	1,1	4	10,6
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	15	1,5	0	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	93	0,4	0	1,0
Total		1550		38	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 6. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Granada, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	39	4,8	2	0,7
Tumores	009-041	1129	13,8	156	56,4
Trastornos mentales	046-049	64	7,3	5	1,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	124	5,1	6	2,3
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	450	14,4	65	23,5
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	560	6,8	38	13,8
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	74	2,3	2	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	96	3	3	1,0
Total		2536		276	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	8	32,5	2,6	6,5
Tumores	009-041	740	2,2	16	40,6
Trastornos mentales	046-049	118	1,8	2	5,3
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	164	1,7	3	6,9
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	183	6,7	12	30,6
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	312	1,1	3	8,6
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	12	1,5	0	0,4
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	117	0,4	0	1,2
Total		1654		40	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 7. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Huelva, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	27	4,8	1	0,8
Tumores	009-041	682	13,8	94	58,2
Trastornos mentales	046-049	24	7,3	2	1,1
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	69	5,1	4	2,2
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	267	14,4	38	23,8
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	297	6,8	20	12,5
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	37	2,3	1	0,5
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	48	3	1	0,9
Total		1451		162	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	7	32,5	2	9,4
Tumores	009-041	414	2,2	9	37,4
Trastornos mentales	046-049	44	1,8	1	3,3
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	109	1,7	2	7,6
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	118	6,7	8	32,5
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	184	1,1	2	8,3
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	7	1,5	0	0,4
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	66	0,4	0	1,1
Total		949		24	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 8. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Jaén, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	21	4,8	1	0,5
Tumores	009-041	884	13,8	122	57,8
Trastornos mentales	046-049	68	7,3	5	2,4
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	97	5,1	5	2,3
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	282	14,4	41	19,2
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	491	6,8	33	15,8
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	74	2,3	2	0,8
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	79	3	2	1,1
Total		1996		211	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	6	32,5	2	6,0
Tumores	009-041	545	2,2	12	36,8
Trastornos mentales	046-049	94	1,8	2	5,2
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	136	1,7	2	7,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	162	6,7	11	33,3
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	292	1,1	3	9,9
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	14	1,5	0	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	94	0,4	0	1,2
Total		1343		33	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 9. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Málaga, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	65	4,8	3	0,7
Tumores	009-041	1813	13,8	250	56,9
Trastornos mentales	046-049	106	7,3	8	1,8
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	154	5,1	8	1,8
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	786	14,4	113	25,7
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	747	6,8	51	11,6
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	134	2,3	3	0,7
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	122	3	4	0,8
Total		3927		440	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	19	32,5	6	9,4
Tumores	009-041	1114	2,2	25	37,1
Trastornos mentales	046-049	137	1,8	2	3,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	292	1,7	5	7,5
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	327	6,7	22	33,2
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	440	1,1	5	7,3
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	38	1,5	1	0,9
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	135	0,4	1	0,8
Total		2502		66	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 10. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas y por sexos. Sevilla, 2007.

	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	96	4,8	5	0,8
Tumores	009-041	2365	13,8	326	58,5
Trastornos mentales	046-049	103	7,3	8	1,3
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	219	5,1	11	2,0
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	1004	14,4	145	25,9
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	821	6,8	56	10,0
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	155	2,3	4	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	136	3	4	0,7
Total		4899		558	100
	CIE-10 ^a	Total muertes ^b	RA (%) ^c	Muertes por enfermedades laborales ^d	
				n	%
MUJERES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	15	32,5	5	5,9
Tumores	009-041	1407	2,2	31	37,3
Trastornos mentales	046-049	185	1,8	3	4,0
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	349	1,7	6	7,1
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	468	6,7	31	37,8
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	494	1,1	5	6,5
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	31	1,5	0	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	160	0,4	1	0,8
Total		3109		83	100

^a Códigos de la lista reducida de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 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 Nacional de Estadística, 2007.

^c Riesgo atribuible (%) o 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.

Tabla 11. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Andalucía, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	4565	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	1671	12,8
Enfermedades de la piel	1853	14,2
Alteraciones mentales	1218	9,3
Enfermedades respiratorias	1359	10,4
Tumores malignos	853	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	903	6,9
Enfermedades infecciosas	343	2,6
Enfermedades cardiovasculares	179	1,4
Enfermedades de los ojos	97	0,7
Enfermedades gastrointestinales	1	0,0
Tota³	13.041	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 12. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Almería, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	415	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	152	12,8
Enfermedades de la piel	168	14,2
Alteraciones mentales	111	9,3
Enfermedades respiratorias	123	10,4
Tumores malignos	77	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	82	6,9

Enfermedades infecciosas	31	2,6
Enfermedades cardiovasculares	16	1,4
Enfermedades de los ojos	9	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	1184	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 13. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Cádiz, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	642	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	235	12,8
Enfermedades de la piel	261	14,2
Alteraciones mentales	171	9,3
Enfermedades respiratorias	191	10,4
Tumores malignos	120	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	127	6,9
Enfermedades infecciosas	48	2,6
Enfermedades cardiovasculares	25	1,4
Enfermedades de los ojos	14	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	1835	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 14. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Córdoba, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	423	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	155	12,8
Enfermedades de la piel	172	14,2
Alteraciones mentales	113	9,3
Enfermedades respiratorias	126	10,4
Tumores malignos	79	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	84	6,9
Enfermedades infecciosas	32	2,6
Enfermedades cardiovasculares	17	1,4
Enfermedades de los ojos	9	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	423	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 15. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Granada, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	487	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	178	12,8
Enfermedades de la piel	198	14,2
Alteraciones mentales	130	9,3
Enfermedades respiratorias	145	10,4
Tumores malignos	91	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	96	6,9

Enfermedades infecciosas	37	2,6
Enfermedades cardiovasculares	19	1,4
Enfermedades de los ojos	10	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	487	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 16. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Huelva, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	291	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	106	12,8
Enfermedades de la piel	118	14,2
Alteraciones mentales	78	9,3
Enfermedades respiratorias	87	10,4
Tumores malignos	54	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	58	6,9
Enfermedades infecciosas	22	2,6
Enfermedades cardiovasculares	11	1,4
Enfermedades de los ojos	6	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	291	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 17. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Jaén, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	339	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	124	12,8
Enfermedades de la piel	137	14,2
Alteraciones mentales	90	9,3
Enfermedades respiratorias	101	10,4
Tumores malignos	63	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	67	6,9
Enfermedades infecciosas	25	2,6
Enfermedades cardiovasculares	13	1,4
Enfermedades de los ojos	7	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	339	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 18. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Málaga, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	875	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	320	12,8
Enfermedades de la piel	355	14,2
Alteraciones mentales	233	9,3
Enfermedades respiratorias	260	10,4
Tumores malignos	163	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	173	6,9

Enfermedades infecciosas	66	2,6
Enfermedades cardiovasculares	34	1,4
Enfermedades de los ojos	19	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	875	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 19. Casos incidentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Sevilla, 2009.

	Estimación media ²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	1094	35,0
Hipoacusia o sordera por ruido	400	12,8
Enfermedades de la piel	444	14,2
Alteraciones mentales	292	9,3
Enfermedades respiratorias	326	10,4
Tumores malignos	204	6,5
Enfermedades del sistema nervioso	216	6,9
Enfermedades infecciosas	82	2,6
Enfermedades cardiovasculares	43	1,4
Enfermedades de los ojos	23	0,7
Enfermedades gastrointestinales	0	0,0
Tota³	3126	100

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Suma filas

Tabla 20. Casos incidentes de enfermedades laborales, totales por provincia¹. Andalucía, 2009.

	Media² n
Almería	1184
Cádiz	1835
Córdoba	1207
Granada	1392
Huelva	831
Jaén	967
Málaga	2498
Sevilla	3126
Andalucía³	13.041

¹ Según incidencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de incidencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Puede no coincidir exactamente con la suma de filas por el redondeo a números enteros.

Tabla 21. Enfermedades profesionales registradas y enfermedades laborales estimadas. Andalucía, 2009.

	Enfermedades profesiona- les registradas¹	Enfermedades labora- les estimadas²	Subregistro^{3,4}
Almería	35	1184	97,0
Cádiz	141	1835	92,3
Córdoba	63	1207	94,8
Granada	162	1392	88,4
Huelva	65	831	92,2
Jaén	14	967	98,6
Málaga	123	2498	95,1
Sevilla	275	3126	91,2
Andalucía²	878	13.041	93,3

¹ Ver datos originales y fuentes en Tabla 1

² Ver datos originales y fuentes en Tabla 20

³ [(enfermedades laborales - enfermedades profesionales)/enfermedades laborales]x100.

⁴ El subregistro se calcula a partir de los casos de enfermedades profesionales registradas (los datos más recientes disponibles son del año 2008) y los casos de enfermedades laborales estimados según la metodología aplicada en este estudio a partir del total de la población ocupada en Andalucía en el segundo trimestre 2009. Los periodos de estimación, por tanto, no coinciden exactamente pero creemos que la aproximación es suficientemente válida para dar una idea del desfase entre el número de enfermedades reconocidas y el número de enfermedades que realmente podrían estar padeciendo los trabajadores como consecuencia de la exposición a riesgos laborales.

Tabla 22. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Andalucía, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	72055	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	21568	14,7
Enfermedades pulmonares	6154	4,2
Enfermedades cardiovasculares	4753	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	15042	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	3582	2,4
Enfermedades infecciosas	9212	6,3
Enfermedades de la piel	4940	3,4
Otras	9296	6,3
Total	146.603	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	74043	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	25546	16,8
Enfermedades pulmonares	5162	3,4
Enfermedades cardiovasculares	6991	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	20541	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	2589	1,7
Enfermedades infecciosas	7701	5,1
Enfermedades de la piel	5366	3,5
Otras	4276	2,8
Total	152.216	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 23. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Almería, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	6514	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	1950	14,7
Enfermedades pulmonares	556	4,2
Enfermedades cardiovasculares	430	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	1360	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	324	2,4
Enfermedades infecciosas	833	6,3
Enfermedades de la piel	447	3,4
Otras	840	6,3
Total	13.254	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	6767	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	2335	16,8
Enfermedades pulmonares	472	3,4
Enfermedades cardiovasculares	639	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	1877	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	237	1,7
Enfermedades infecciosas	704	5,1
Enfermedades de la piel	490	3,5
Otras	391	2,8
Total	13.912	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 24. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Cádiz, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	10485	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	3138	14,7
Enfermedades pulmonares	895	4,2
Enfermedades cardiovasculares	692	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	2189	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	521	2,4
Enfermedades infecciosas	1340	6,3
Enfermedades de la piel	719	3,4
Otras	1353	6,3
Total	21.332	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	9915	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	3421	16,8
Enfermedades pulmonares	691	3,4
Enfermedades cardiovasculares	936	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	2751	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	347	1,7
Enfermedades infecciosas	1031	5,1
Enfermedades de la piel	719	3,5
Otras	573	2,8
Total	20.384	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 25. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Córdoba, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	6845	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	2049	14,7
Enfermedades pulmonares	585	4,2
Enfermedades cardiovasculares	452	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	1429	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	340	2,4
Enfermedades infecciosas	875	6,3
Enfermedades de la piel	469	3,4
Otras	883	6,3
Total	13.926	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	6602	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	2278	16,8
Enfermedades pulmonares	460	3,4
Enfermedades cardiovasculares	623	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	1832	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	231	1,7
Enfermedades infecciosas	687	5,1
Enfermedades de la piel	478	3,5
Otras	381	2,8
Total	13.572	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 26. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Granada, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	7807	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	2337	14,7
Enfermedades pulmonares	667	4,2
Enfermedades cardiovasculares	515	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	1630	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	388	2,4
Enfermedades infecciosas	998	6,3
Enfermedades de la piel	535	3,4
Otras	1007	6,3
Total	15.884	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	7729	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	2667	16,8
Enfermedades pulmonares	539	3,4
Enfermedades cardiovasculares	730	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	2144	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	270	1,7
Enfermedades infecciosas	804	5,1
Enfermedades de la piel	560	3,5
Otras	446	2,8
Total	15.889	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 27. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Huelva, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	4443	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	1330	14,7
Enfermedades pulmonares	379	4,2
Enfermedades cardiovasculares	293	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	928	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	221	2,4
Enfermedades infecciosas	568	6,3
Enfermedades de la piel	305	3,4
Otras	573	6,3
Total	9.040	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	4936	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	1703	16,8
Enfermedades pulmonares	344	3,4
Enfermedades cardiovasculares	466	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	1369	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	173	1,7
Enfermedades infecciosas	513	5,1
Enfermedades de la piel	358	3,5
Otras	285	2,8
Total	10.148	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 28. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Jaén, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	5690	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	1703	14,7
Enfermedades pulmonares	486	4,2
Enfermedades cardiovasculares	375	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	1188	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	283	2,4
Enfermedades infecciosas	727	6,3
Enfermedades de la piel	390	3,4
Otras	734	6,3
Total	11.577	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	4985	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	1720	16,8
Enfermedades pulmonares	348	3,4
Enfermedades cardiovasculares	471	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	1383	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	174	1,7
Enfermedades infecciosas	519	5,1
Enfermedades de la piel	361	3,5
Otras	288	2,8
Total	10.248	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 29. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Málaga, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	13334	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	3991	14,7
Enfermedades pulmonares	1139	4,2
Enfermedades cardiovasculares	880	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	2784	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	663	2,4
Enfermedades infecciosas	1705	6,3
Enfermedades de la piel	914	3,4
Otras	1720	6,3
Total	27.129	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	14870	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	5130	16,8
Enfermedades pulmonares	1037	3,4
Enfermedades cardiovasculares	1404	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	4125	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	520	1,7
Enfermedades infecciosas	1547	5,1
Enfermedades de la piel	1078	3,5
Otras	859	2,8
Total	30.569	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

Tabla 30. Casos prevalentes de enfermedades de origen laboral para distintos grupos de enfermedades¹. Sevilla, 2009.

Hombres	Media²	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	16936	49,1
Estrés, depresión o ansiedad	5070	14,7
Enfermedades pulmonares	1446	4,2
Enfermedades cardiovasculares	1117	3,2
Dolor de cabeza, fatiga visual	3536	10,3
Hipoacusia o sordera por ruido	842	2,4
Enfermedades infecciosas	2165	6,3
Enfermedades de la piel	1161	3,4
Otras	2185	6,3
Total	34.459	100

Mujeres	Media	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	18238	48,6
Estrés, depresión o ansiedad	6292	16,8
Enfermedades pulmonares	1272	3,4
Enfermedades cardiovasculares	1722	4,6
Dolor de cabeza, fatiga visual	5060	13,5
Hipoacusia o sordera por ruido	638	1,7
Enfermedades infecciosas	1897	5,1
Enfermedades de la piel	1322	3,5
Otras	1053	2,8
Total	37.494	100

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

**Tabla 31. Casos prevalentes de enfermedades laborales, totales por provincia¹.
Andalucía, 2009.**

	Hombres²	Mujeres²	Total
Almería	13.254	13.912	27.166
Cádiz	21.332	20.384	41.716
Córdoba	13.926	13.572	27.499
Granada	15.884	15.889	31.773
Huelva	9.040	10.148	19.188
Jaén	11.577	10.248	21.825
Málaga	27.129	30.569	57.699
Sevilla	34.459	37.494	71.952
Andalucía	146.603	152.216	298.819

¹ Según prevalencias y fuentes en el informe original (García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008; 40: 439–45) y población ocupada en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, ocupados segundo trimestre 2009).

² Media de las estimaciones inferior y superior de prevalencia para cada grupo de enfermedades, ver metodología en el informe original.

³ Puede no coincidir exactamente con la suma de filas por el redondeo a números enteros.

CCOO-Andalucía

C/ Trajano 1, 7ª
41002 - SEVILLA
Tlfno.: 954 50 70 01
slabo@and.ccoo.es

Gabinetes de Asesoramiento Técnico en Salud Laboral

CCOO-Almería

C/ Javier Sáenz, 14, 5ª
04004 - ALMERÍA
Tlfno.: 950 18 49 13

CCOO-Cádiz

Avda. de Andalucía, 6, 8ª
11008 - CÁDIZ
Tlfno.: 956 29 71 62

CCOO-Córdoba

Avda. Gran Capitán, 12
14008 - CÓRDOBA
Tlfno.: 957 22 13 53

CCOO-Granada

C/ Periodista Frco.
Javier Cobos, 2
18014 - GRANADA
Tlfno.: 958 80 85 80

CCOO-Huelva

C/ Martín Pinzón, 7, 3ª Y 4ª
21003 - HUELVA
Tlfno.: 959 49 68 84

CCOO-Jaén

C/ Castilla, 8
23007 - JAÉN
Tlfno.: 953 21 79 50

CCOO-Málaga

Avda. Muelle de Heredia, 26
29001 - MÁLAGA
Tlfno.: 952 64 99 66

CCOO-Sevilla

C/ Trajano 1, 4ª
41002 - SEVILLA
Tlfno.: 954 46 45 04



COLABORA

