

## Mesa 4 Situación actual de la detección de enfermedades profesionales en la sanidad pública

### SITUACIÓN ACTUAL DE LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA SANIDAD PÚBLICA



Dr. JORDI CASTEJÓN CASTEJÓN

Médico especialista en Medicina del Treball  
Unitat de Salut Laboral Costa de Ponent. ICS  
Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut

#### Salud laboral y atención primaria de salud

En muchas ocasiones, las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo son difíciles de detectar. A diferencia de los accidentes de trabajo, en los que, en la mayoría de casos, la relación causa-efecto es evidente, muchas enfermedades laborales –las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT)- aparecen de forma insidiosa, con una expresión clínica y anatomo-patológica sumamente inespecífica, tras un amplio período de latencia y se puede presentar la concomitancia, en ocasiones sinérgica, entre factores laborales y ex-tralaborales. En determinados casos, la limitada información toxicológica disponible sobre sustancias o productos industriales también dificulta la identificación de trastornos de salud relacionados con el trabajo.

Estos elementos contribuyen a que la demanda asistencial se dirija, en primera instancia, al médico de atención primaria y es significativo, como ya indicó Newmann <sup>(1)</sup> (1995) que el 17% de los pacientes atendidos en una consulta de atención primaria de salud consideraran que su problema de salud estaba relacionado con las condiciones de trabajo.

En esta línea, el Servei Català de la Salut<sup>(2)</sup> puso de relieve que un 49% de los médicos de atención primaria encuestados había atendido algún caso de patología laboral en los últimos 15 días y que el 68% se había puesto en contacto con unidades específicas de salud laboral como consecuencia de problemas de salud laboral observados en sus pacientes.

#### La subdetección y la subdeclaración de las ERT

A pesar de que las enfermedades profesionales constituyen un conjunto de entidades clínicas específicas y como tales están recogidas en las normativas nacionales e internacionales, la patología laboral, en su conjunto, aún continúa siendo una realidad mal conocida en España. Además de las características propias de estas enfermedades (largo período de latencia, inespecificidad de los cuadros clínicos, concomitancia entre factores laborales y no laborales, etc.), también contribuyen a este desconocimiento las deficiencias en su detección y en su declaración, por lo que los datos disponibles sobre el impacto en la salud de la población son limitados y la información que manejamos es muy precaria<sup>(3)</sup>.

En este sentido hay un consenso entre los expertos de que existe un subregistro de las enfermedades laborales. Así, en algunos estudios se ha estimado que el 16% de los procesos de incapacidad temporal (IT) atendidos en centros de atención primaria de salud están probablemente relacionados con las condiciones de trabajo, siendo la mayoría de los episodios laborales debidos a patología musculoesquelética (61%), estando asociados de modo significativo con la edad, la antigüedad en el puesto de trabajo y a ocupaciones en las que existe una mayor demanda física<sup>(4)</sup>.

Por otro lado, y con el objetivo de estimar el impacto de las enfermedades laborales en nuestro país, en términos de incidencia y prevalencia, y compararlo con las notificaciones realmente efectuadas, otros autores pusieron de relieve que la magnitud del subregistro alcanzaba el 75%, situándose un subregistro superior al 95% para las enfermedades respiratorias y del 99% para los procesos tumorales<sup>(5)</sup>, destacando que las enfermedades musculoesqueléticas y los trastornos mentales son las enfermedades laborales con una mayor incidencia y prevalencia estimadas, que a su vez son también los problemas prevalentes atendidos por el médico de familia y las primeras causas de incapacidad temporal<sup>(6)</sup>.

Si, como los datos indican, la población activa presenta trastornos relacionados con el trabajo y éstos no son atribuidos a las condiciones laborales, esta situación condiciona no sólo que la asistencia y el seguimiento de estos pacientes recaiga sobre la asistencia sanitaria pública y especialmente sobre la atención primaria de salud, sino que no se optimiza la información necesaria para poder implementar

medidas preventivas en el lugar de trabajo encaminadas a reducir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades.

Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo en Atención Primaria. Algunos ejemplos.

Los problemas de salud laboral, en el ámbito de la Atención Primaria, se pueden abordar desde diversas estrategias aunque en cualquiera de ellas se requieren tres elementos clave: un diagnóstico clínico, un antecedente de exposición y una vinculación factible entre ambos.

Ante la sospecha de una enfermedad relacionada con el trabajo se puede detectar y notificar una patología relacionada con el trabajo a partir de identificar "eventos centinela" de origen laboral. El concepto de evento centinela laboral se define como un daño (enfermedad, invalidez o muerte) cuya evolución es modificable mediante una intervención. Hace referencia a procesos en los cuales es posible, con las medidas preventivas y asistenciales oportunas, evitar su aparición y sus secuelas y, por consiguiente, la incapacidad o la muerte prematura asociada a la patología<sup>(7)</sup>.

Diversos organismos en EE.UU. y en otros países han adaptado el concepto de evento centinela para implementar sistemas de detección y notificación de patología laboral<sup>(8)</sup> que, en ocasiones, no son recogidos por los sistemas normalizados de declaración de la patología laboral. En nuestro país y en el ámbito de la Atención Primaria de Salud se han establecido diversos sistemas como el desarrollado en Cataluña por la Red de Unidades de Salud Laboral (USL) de la Agencia de Salud Pública de Catalunya<sup>(9)</sup> y en la Comunidad Foral de Navarra por el Instituto de Salud Laboral de Navarra<sup>(10)</sup>.

**Estos dispositivos gestionan un sistema de notificación voluntaria de patología relacionada con el trabajo que incluye distintos eventos centinela seleccionados (enfermedades osteomusculares, respiratorias, dermatológicas, trastornos de salud mental...) teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, riesgos laborales prevalentes y posibilidades de intervención preventiva, y en el que los médicos de atención primaria son notificadores voluntarios del mismo.**

Así, por ejemplo, en el caso de Catalunya, básicamente el dispositivo consiste en la puesta en marcha de un sistema de notificadores (médicos de atención primaria y especialistas) que de forma voluntaria actúan de unidades notificadoras, y por un centro (Unidades de Salud Laboral –USL-) que recibe la información y la analiza. El centro mantiene la confidencialidad, realiza consultas facilitando los procedimientos efectivos y apropiados de intervención. Finalmente las USL remiten a las diferentes unidades notificadoras, mediante publicaciones periódicas, la información recibida.

Este dispositivo ha puesto en marcha un registro en el que se recogen los casos de sospecha de patología relacionada con el trabajo a partir de la notificación de los médicos de familia <sup>(11)</sup>. Es de destacar que en el período 1997-2011 se notificaron un total de 17.574 casos (Gráfico 1), notificaciones que como se puede observar fueron incrementándose progresivamente y que se explica porque, por un lado se consolidó esta red de unidades de salud laboral en todas las regiones sanitarias de Catalunya, que pasaron de 2 (1997) a 9 (2010), y por otro lado por un incremento de los equipos de Atención Primaria, que de los 43 iniciales se pasó a 349 (Gráfico 2).

Si nos centramos por ejemplo en el año 2010, los casos notificados presentaron una variabilidad significativa según se tratara de hombres o mujeres y el grupo de la patología observada. Así por ejemplo, el 43,6% de los hombres presentaron enfermedades musculoesqueléticas, patologías que afectaron el 27,5% de las mujeres. Por otro lado, algo más de un tercio de los hombres (35,1%) presentaron trastornos mentales en tanto que estas entidades nosológicas se notificaron a más de la mitad de las mujeres (54,9%). Ello pone de relieve que en el 78,7 % de los hombres fueron casos notificados por estas dos patologías en tanto que en las mujeres este porcentaje fue del 82,4%. El resto de patologías como las enfermedades del sistema nervioso periférico, por ejemplo, afectaron el 2,6% de los hombres y el 5% de las mujeres, mientras que las enfermedades respiratorias lo fueron en el 2,8 % de hombres y en el 1,5 % de mujeres.

Asimismo, ante la subdeclaración de la patología ocupacional y específicamente en lo que respecta a la patología respiratoria relacionada con los factores de riesgo laboral, en el año 2002 se puso en marcha en Catalunya un registro de patología respiratoria ocupacional <sup>(12)</sup> en el cual alergólogos, médicos del trabajo y neumólogos notifican los casos incidentes de enfermedades ocupacionales respiratorias vía online o por correo convencional, de manera bimestral. Para evitar la duplicidad de casos, se utilizan algunos de los datos recogidos de cada caso (sexo, edad, hábito tabáquico, ocupación y agente causal sospechoso, así como las iniciales del paciente y la fecha de nacimiento) como variables de control o filtro.

Un análisis de este registro para el período 2002-2010 <sup>(13)</sup> (Tabla 1) pone de relieve que la notificación se ha mantenido estable durante estos diez años con una media de 373 casos nuevos diagnosticados al año (incidencia mediana de 140 casos por millón de trabajadores al año). El número de casos notificados en este registro voluntario fue entre 2.1 i 4.4 veces el número de casos del registro obligatorio (Tabla 2) <sup>(14)</sup>. El asma ocupacional (AO), con una media de 154 casos nuevos al año (41% del total de casos) y las enfermedades relacionadas con el asbesto (16%) han sido las enfermedades ocupacionales respiratorias más frecuentes. Durante este período se ha observado un descenso en la notificación de AO, inhalaciones agudas y RADS (Síndrome de Distress Respiratorio Agudo), dónde la incidencia en los últimos años fue la mitad que en los primeros mientras que en el caso del mesotelioma se ha observado un incremento en su notificación: de 29 casos en el período 2003-2005 a 67 casos en el período 2009-2011.

La conclusión de esta experiencia es que este sistema contribuye a mejorar los registros existentes, a incrementar la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, a identificar factores de riesgo laboral y a facilitar la intervención en actuaciones de prevención primaria.

### **Elementos de mejora. Perspectivas de futuro**

La detección y notificación de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo debe facilitar, entre otros objetivos, la información que permita una atención sanitaria adecuada de las personas afectadas y el control de los riesgos

laborales relacionados con estas patologías. También debe proporcionar información para cuantificar y monitorizar las tendencias de los problemas de salud relacionados con el trabajo y de los factores de riesgo relacionados con los mismos.

Sin ánimo de ser exhaustivos pasamos a comentar algunos elementos que nos hacen pensar que se puede avanzar en esta dirección en lo que se refiere tanto al abordaje multidisciplinar de los trastornos de salud relacionados con el trabajo como a la actuación integrada de los distintos dispositivos asistenciales y preventivos.

En primer lugar señalemos que la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales <sup>(15)</sup>, el Real Decreto 39/1997 que despliega el reglamento de los servicios de prevención <sup>(16)</sup>, la Ley 18/2009 de salud pública de Catalunya <sup>(17)</sup> o el Real Decreto 843/2011 de 17 de junio <sup>(18)</sup> son algunos de los preceptos legales que configuran un marco que permite establecer líneas de trabajo en el sentido propuesto. Así este Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, establece que se elaborará y mantendrá una Guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales (Art.11 apartado 5), instrumento que puede facilitar la elaboración de líneas de trabajo conjunto con distintos dispositivos asistenciales a partir de unos criterios mínimos comunes de actuación.

En este ámbito de desarrollo legislativo, otra muestra es, por ejemplo, la Ley de Salud Pública de Catalunya que define la salud laboral, en el marco de la Agencia de Salud Pública de Catalunya (ASPCAT),

como “el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de salud destinados a vigilar, promocionar y proteger la salud individual y colectiva de los trabajadores”. Este marco ha consolidado la integración de la salud laboral en la organización de la salud pública de Catalunya, definiendo la cartera de servicios de salud laboral dentro del conjunto de la cartera de servicios de la ASPCAT <sup>(19)</sup>.

El catálogo recoge las actividades básicas de las unidades de salud laboral (USL), orientadas a ofrecer asesoramiento y soporte especializado tanto a la atención primaria y hospitalaria del sistema nacional de salud como a los servicios sanitarios de los servicios de prevención dentro del sistema de prevención de riesgos laborales de las empresas ubicadas en Catalunya. Con ello el Departament de Salut establece un marco en el cual poder impulsar la mejora en el diagnóstico de las enfermedades de causa laboral e incidir en la prevención de los riesgos laborales asociados a estas enfermedades.

En segundo lugar, en el ámbito de la gestión clínica de los casos, hay que tener en cuenta las mejoras que gradualmente se puedan introducir. Así, disponer del soporte clínico adecuado, -contando con el entorno telemático pertinente para incorporar la historial laboral en la historia clínica informatizada de atención primaria o en la historia clínica compartida-, son elementos de mejora que se pueden introducir de forma sistemática en la práctica asistencial cotidiana.

Un ejemplo reciente de lo que venimos exponiendo lo podemos encontrar en el Real Decreto 625/2014 <sup>(20)</sup> por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal. Cabe destacar que esta norma establece la incorporación, de forma sistemática, de la ocupación del tra-

bajador como variable para gestionar los procesos de incapacidad temporal. Con esta medida, la variable ocupación queda incorporada en el marco de la historia clínica informatizada, tanto en los datos del usuario como en los de la gestión de la propia incapacidad temporal o en la gestión de datos administrativos de los pacientes. Si el objetivo de incluir esta variable es, como se explicita en el preámbulo del decreto, incluir la ocupación porque, de acuerdo a la evidencia clínica disponible, permite establecer, junto a la edad y el diagnóstico del proceso, la estimación teórica de su duración, también es cierto que esta información puede ser útil para los profesionales sanitarios tanto como dato clínico como para estudios epidemiológicos posteriores de base poblacional.

Un tercer aspecto relevante, vinculado a los objetivos de cuantificar de forma adecuada el impacto de las enfermedades laborales, mejorar el registro de estos trastornos y optimizar su atención en el ámbito de la atención primaria, son los programas de formación en salud laboral que, como ya se ha indicado en distintas ocasiones, puede ser una herramienta que facilite la gestión de las enfermedades laborales tanto desde la vertiente asistencial como desde una perspectiva de salud pública.

Contribuyen a avanzar en esta dirección, junto a otros instrumentos como la formación on-line, diversos documentos de consenso en los cuales, a partir de la evidencia científica disponible, bien se identifican y seleccionan un conjunto de enfermedades atendidas en el sistema público de salud posiblemente de origen laboral a partir de la conversión de la lista europea de enfermedades profesionales <sup>(21)</sup>, bien se

identifican los riesgos laborales asociados a enfermedades de posible origen laboral, atendidas en los distintos dispositivos asistenciales de Catalunya.<sup>(22)</sup>

Es obvio que disponer de una información fiable no sólo es necesario para dimensionar la magnitud de los trastornos de salud relacionados con el trabajo sino que también resulta básica para poder elaborar estrategias preventivas, asistenciales y de gestión de recursos. Por ello resulta muy relevante que podamos disponer de información rigurosa para conocer el estado de la cuestión y analizar el impacto de las enfermedades del trabajo, evaluar la carga que suponen para los servicios sanitarios y desarrollar actuaciones preventivas adecuadas y coherentes con la naturaleza y la magnitud de los problemas de salud identificados.

Como ya hemos señalado, se ha puesto de relieve por diversos autores que la magnitud del impacto de las enfermedades profesionales y su subdetección hace necesario desarrollar estructuras de apoyo desde la administración sanitaria que faciliten las funciones de detección y declaración de los casos por parte de los médicos de asistencia primaria. En este sentido, insisten en que la magnitud de las enfermedades profesionales hace necesario establecer donde no existan, y consolidar dónde ya funcionen, dispositivos de salud laboral que tengan como objetivos principales: a) apoyar a la atención primaria para la identificación y confirmación de las enfermedades profesionales, y b) facilitar la comunicación y las actuaciones entre el sistema universal de atención sanitaria y el sistema específico, constituido por los servicios de prevención y por las mutuas de

accidente de trabajo y enfermedades profesionales, encargado de declarar, atender y proporcionar las prestaciones sanitarias y sociales asociadas con las contingencias profesionales<sup>5</sup>.

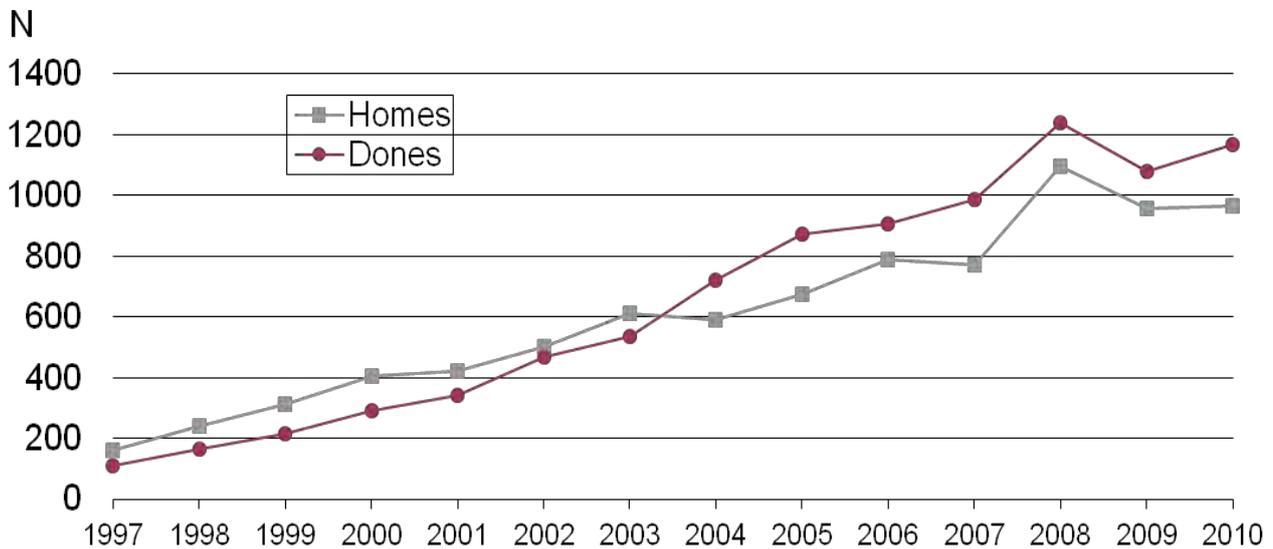
En este sentido, es necesario trabajar en la línea de desarrollar instrumentos que permitan incrementar la identificación de casos de patología laboral y facilitar su atención a través de los circuitos específicos de salud laboral. Potenciar la correcta calificación de la contingencia profesional también contribuirá a la mejora de la gestión de la incapacidad temporal y a la mejora de la interrelación entre el sistema de salud laboral (asistencial y preventivo) y el de la atención primaria de salud, al facilitar que los casos de patología laboral que se pueden presentar en la atención primaria puedan ser atendidos a través de los circuitos específicos de salud laboral correspondientes y concretamente las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, siendo reconocidos oficialmente como enfermedad profesional.

Finalmente podemos considerar que mejorando los registros existentes, contando con dispositivos que faciliten la interrelación del sistema de salud laboral y el de la atención primaria de salud e incrementando la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales se contribuirá a fomentar la salud y el bienestar de la población trabajadora ya que se hace posible, además del reconocimiento de la patología relacionada con el trabajo, el desarrollo de los aspectos preventivos y rehabilitadores así como la reorientación y adecuada reinserción laboral de los trabajadores.

## Bibliografia

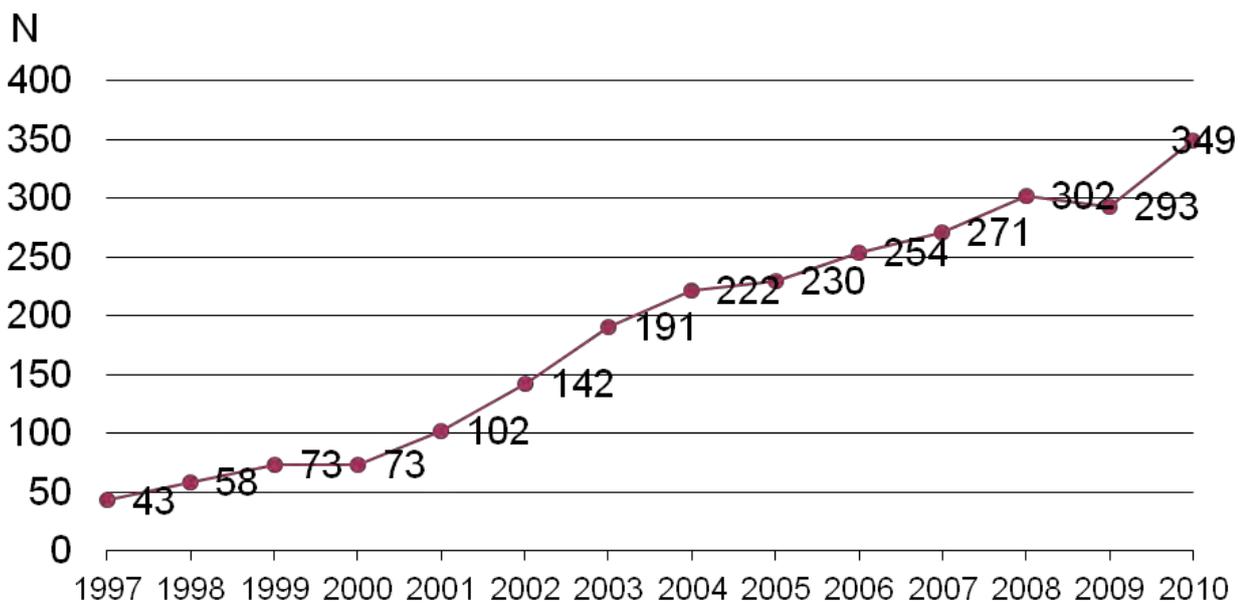
1. Newmann LS. Occupational illness. *N Eng J Med* 1995; 333:1128-1134.
2. Fusté J, Ponsà JA, Violan C. La relació de les unitats de salut laboral de Catalunya amb els serveis d'atenció primària: la visió dels metges d'atenció primària. XII Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears. Barcelona, 21-22 novembre 2002. Barcelona: Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears i Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 2002.
3. Benavides FG, Díaz Peña MA, Marqués Marqués F, Mateo Rodríguez I, Montero Lebrero P, De Oña Navarro JM et al. Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España. 2010. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2012.
4. Castejón J. El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidentes no laborales [tesis doctoral]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
5. García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Aten Primaria*. 2008; 40 (9):439-46.
6. Gervás J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto medico: problemas clínicos y de gestión. Madrid. Fundación Alternativas, 2006.
7. Mullan RJ, Murthy LI. Occupational sentinel health events: an up-dated list for physician recognition and public health surveillance. *Am J Ind Med* 1991; 19:775-99.
8. Baker E. Sentinel Event Notification System for Occupational Risk (SENSOR): The concept. *Am J Public Health*. 1989; 79(Suppl):18-20.
9. Cortès Franch I, Fernández Bardon R. El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya. *Arch Pev Riesgos Labor*. 2010; 13(2): 69-71.
10. García López V. El Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral de Navarra: más de 10 años de experiencia. *Arch Pev Riesgos Labor*. 2011; 14(3): 129-131.
11. Cortès Franch I. El registre de malalties relacionades amb el treball a Catalunya. Jornada de presentació de la Xarxa d'USL de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona. 2011.
12. Orriols R, Costa R, Albanell M, Alberti C, Castejon J, Monso E, Panades R, Rubira N, Zock J-P and members of the Malaltia Ocupacional Respiratòria (MOR) Group. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. *Occup Environ Med* 2006; 63:255-260.
13. Castejón J, Costa R, Rodríguez-Bayarri MJ. Una mirada a 10 años de registro MOR. XVI Curso de Patología Ocupacional Respiratoria. Hospital Vall Hebrón. Barcelona, 2012.
14. Albertí C, Panadès R, Sos A. Otros tipos de registros de entidades oficiales en Catalunya. XVI Curso de Patología Ocupacional Respiratoria. Hospital Vall Hebrón. Barcelona, 2012.
15. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269.10 de noviembre 1995.
16. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27. 31 de enero 1997.
17. Llei 18/2009 de 22 d'octubre de Salut Pública de Catalunya. DOGC núm. 5495. 30 d'octubre 2009.
18. Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158 4 de junio 2011.
19. Cartera de serveis de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2010.
20. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. BOE núm. 176 18 de julio 2014.
21. Benavides FG, Delclos Clanchet J, Serra Pujades C, Camps Casals L, de Peray JL, Fernández Bardón R. Identificación y selección de enfermedad de posible origen laboral atendida por el sistema público de salud. *Aten Primaria*. 2011; 43(10): 524-530.
22. Delclos J, Alarcón M, Casanovas A, Serra C, Fernández R, de Peray JL et al. Identificación de los riesgos laborales asociados a enfermedad sospechosa de posible origen laboral atendida en el Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2012; 44(10): 611-627.

Gráfico 1. Casos notificados. Unidades de Salut Laboral. Catalunya 1997-2010



Fuente: Cortès Franch I. El registre de malalties relacionades amb el treball a Catalunya. Jornada de presentació de la Xarxa d'USL de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona. 2011.

Gráfico 2. Centros notificadores. Unidades de Salut Laboral. Catalunya 1997-2010



Fuente: Cortès Franch I. El registre de malalties relacionades amb el treball a Catalunya. Jornada de presentació de la Xarxa d'USL de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona. 2011.

**Tabla 1. Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. Casos notificados en el registro MOR. Período 2003-2011.**

| GRUPO / AÑO                | 2003       | 2004       | 2005       | 2006       | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | TOTAL       | Casos por Media millón de ocupados |            |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------------------------------|------------|
| Ocupacional (-RADS*)       | 144        | 171        | 130        | 163        | 122        | 164        | 114        | 143        | 112        | 1263        | 140                                | 53         |
| RADS*                      | 19         | 20         | 20         | 16         | 11         | 16         | 9          | 10         | 9          | 130         | 14                                 | 5          |
| Enfermedad Pleural Benigna | 15         | 16         | 20         | 18         | 22         | 29         | 47         | 31         | 36         | 234         | 26                                 | 10         |
| Asbestosis                 | 22         | 15         | 26         | 16         | 15         | 28         | 25         | 9          | 17         | 173         | 19                                 | 7          |
| Mesotelioma                | 10         | 5          | 14         | 6          | 14         | 17         | 16         | 26         | 25         | 133         | 15                                 | 6          |
| Rinitis                    | 58         | 51         | 56         | 35         | 55         | 56         | 44         | 44         | 56         | 455         | 51                                 | 19         |
| Inhalación aguda           | 54         | 48         | 41         | 46         | 38         | 29         | 25         | 26         | 14         | 321         | 36                                 | 14         |
| Pneumoconiosis             | 8          | 16         | 15         | 10         | 14         | 15         | 20         | 22         | 13         | 133         | 15                                 | 6          |
| Enfermedad infecciosa      | 13         | 8          | 8          | 14         | 21         | 14         | 21         | 4          | 10         | 113         | 13                                 | 5          |
| Bronquitis crónica         | 5          | 19         | 6          | 15         | 10         | 21         | 10         | 7          | 10         | 103         | 11                                 | 4          |
| Alveolitis alérgica        | 4          | 2          | 3          | 14         | 6          | 9          | 11         | 6          | 2          | 57          | 6                                  | 2          |
| Cáncer de pulmón           | 3          | 5          | 10         | 5          | 6          | 5          | 4          | 3          | 4          | 45          | 5                                  | 2          |
| Otros                      | 9          | 24         | 24         | 28         | 17         | 17         | 14         | 36         | 30         | 199         | 22                                 | 8          |
| <b>Total</b>               | <b>364</b> | <b>400</b> | <b>373</b> | <b>386</b> | <b>351</b> | <b>420</b> | <b>360</b> | <b>367</b> | <b>338</b> | <b>3359</b> | <b>373</b>                         | <b>140</b> |

Fuente: Castejón J, Costa R, Rodríguez-Bayarri MJ. Una mirada a 10 años de registro MOR. XVI Curso de Patología Ocupacional Respiratoria. Hospital Vall Hebrón. Barcelona, 2012.

**Tabla 2. Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. Casos notificados en el registro MOR y en el registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Período 2002-2011.**

| Año          | Registro MOR | Registro oficial de enfermedades profesionales | Diferencia    |
|--------------|--------------|------------------------------------------------|---------------|
| 2002         | 359          | 99                                             | x 3.6         |
| 2003         | 364          | 119                                            | x 3.1         |
| 2004         | 400          | 112                                            | x 3.6         |
| 2005         | 373          | 101                                            | x 3.7         |
| 2006         | 386          | 87                                             | x 4.4         |
| 2007         | 351          | 110                                            | x 3.2         |
| 2008         | 420          | 145                                            | x 2.9         |
| 2009         | 360          | 103                                            | x 3.5         |
| 2010         | 367          | 135                                            | x 2.7         |
| 2011         | 338          | 161                                            | x 2.1         |
| <b>Total</b> | <b>3.718</b> | <b>1.172</b>                                   | <b>x 3,17</b> |

Fuente: Albertí C, Panadès R, Sos A. Otros tipos de registros de entidades oficiales en Catalunya. XVI Curso de Patología Ocupacional Respiratoria. Hospital Vall Hebrón. Barcelona, 2012.



**solingesca**

Innovación Responsabilidad Ingeniería

- ↪ Sistemas de Gestión (Q, MA, PRL)
- ↪ Referenciales Sectoriales
- ↪ I+D+i
- ↪ TIC
- ↪ Calidad Pequeño Comercio
- ↪ Laboratorios
- ↪ Sistemas de Gestión (SGE21, SA8000)
- ↪ SEDEX Comercio Ético
- ↪ Memorias Sostenibilidad GRI
- ↪ Eventos Socialmente Responsables
- ↪ Huella de Carbono
- ↪ Reporte Gases Efecto Invernadero
- ↪ Eficiencia energética
- ↪ Proyectos de Licencia de Apertura
- ↪ Residuos
- ↪ Seguridad y Salud
- ↪ Planes de Emergencia

902 998 350  
[www.solingesca.com](http://www.solingesca.com)  
[comercial@solingesca.com](mailto:comercial@solingesca.com)

15% descuento a entidades y personas asociadas a AEPSAL

