



Revisión sobre enfermedades profesionales

Con el apoyo de:



Motivación de este informe

El presente informe tiene como finalidad proporcionar una visión detallada sobre la situación de gestión de las enfermedades profesionales (EEPP) en España, Europa y la región de Iberoamérica. Este análisis se enmarca en el contexto de la presentación, por el Gobierno de Chile, de un Proyecto de Ley que busca modificar la legislación vigente sobre accidentes de trabajo (AATT) y EEPP y pretende proporcionar una base sólida de información y análisis que facilite la toma de decisiones informadas y la implementación de medidas efectivas para la gestión de las EEPP.

Esta revisión tiene como objetivo establecer un marco comparativo que permita identificar patrones comunes y diferencias significativas en la gestión de las EEPP por territorios, ofrecer datos de prevalencia de las EEPP en las distintas regiones que reflejan la magnitud del problema y su evolución en el tiempo. También analizar los principales factores de riesgo asociados a las EEPP en España, considerando tanto los riesgos laborales específicos de cada sector como los factores socioeconómicos y ambientales que puedan influir en su aparición e identificar las políticas y normativas actuales en materia de gestión de EEPP en España, Europa y algunos países de la región de Iberoamérica, con el objetivo de identificar áreas de mejora.

Introducción

El Gobierno de Chile ha presentado un Proyecto de Ley que busca modificar la legislación vigente sobre accidentes de trabajo (AATT) y enfermedades profesionales (EEPP), con el objetivo principal de mejorar la regulación y el acceso a los beneficios del seguro de estas contingencias. Aunque afronta desafíos en su implementación, las medidas propuestas buscan asegurar un sistema más justo, transparente y eficiente para los trabajadores.

El proyecto introduce cambios significativos. Las principales diferencias con el sistema vigente incluyen la creación de comisiones autónomas de calificación, el fortalecimiento de la fiscalización por parte de la SUSESO, y la inclusión de trabajadores informales mediante la monocotización (Tabla 1).

Tabla 1: Aspectos más relevantes del Proyecto de Ley que modifica la legislación de AATT y EEPP en Chile

Aspecto relevante	Descripción
Creación de comisiones autónomas de calificación de EEPP	Se propone la creación de estas comisiones, separando las labores que actualmente realizan los organismos administradores del seguro y las empresas con administración delegada. Estas evaluarán y calificarán las EEPP de forma independiente, buscando mayor transparencia y objetividad en el proceso .
Fortalecimiento de la fiscalización	El proyecto busca fortalecer las facultades de fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), permitiéndole intervenir en situaciones de insolvencia de algunas mutualidades y mejorar el gobierno corporativo. Se espera lograr una mejor supervisión y control de los organismos administradores del seguro.
Acceso justo y oportuno a beneficios	Se busca mejorar el acceso a los beneficios del seguro para los trabajadores, asegurando que los procedimientos de calificación de EEPP sean justos y oportunos.
Inclusión de trabajadores independientes (monocotización)	La legislación actual no facilita la incorporación de trabajadores independientes al sistema de salud laboral. La monocotización propuesta busca resolver este problema y asegurar una cobertura adecuada para todos los trabajadores .

El proyecto de ley ha generado un amplio debate en aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (Tabla 2).

Tabla 2: Algunos de los aspectos adicionales que se están discutiendo

Aspecto	Descripción
Responsabilidad penal del empleador	Se está discutiendo la posibilidad de establecer la responsabilidad penal del empleador por AATT graves o mortales. Esta medida busca aumentar la responsabilidad de los empleadores en la prevención de riesgos laborales (PRL).
Reducción de la jornada laboral	Aunque no es parte directa del proyecto de ley, la reducción de la jornada laboral de 45 a 40 horas semanales ha sido un tema relevante en el contexto de mejorar las condiciones laborales y la salud de los trabajadores.
Prevención del acoso laboral y sexual	La implementación de la Ley Karin, que modifica el Código del Trabajo en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual y violencia en el trabajo, es un tema relacionado que busca mejorar el entorno laboral y la salud mental de los trabajadores.
Mejoras en la protección social	Se están discutiendo mejoras en la protección social para los trabajadores afectados por EEPP, incluyendo beneficios y compensaciones más adecuados y acceso más rápido a servicios de salud y rehabilitación.
Inclusión de trabajadores informales	La inclusión de trabajadores informales y autónomos en el sistema de salud laboral sigue siendo un tema central. Se están evaluando medidas para facilitar su incorporación y asegurar que comprendan y acepten los beneficios del sistema.

Las opiniones de expertos y sindicatos reflejan el apoyo y las preocupaciones sobre la efectividad y la implementación práctica de las nuevas medidas. Los sindicatos han propuesto varios cambios al proyecto, que buscan asegurar una mayor participación de los trabajadores en el proceso de calificación de EEPP, fortalecer la protección social, mejorar la fiscalización y facilitar la inclusión de trabajadores informales (Tabla 3).

Tabla 3: Cambios propuestos por los sindicatos al Proyecto de Ley

Mayor participación de los trabajadores	Los sindicatos han solicitado una mayor participación de los trabajadores en las comisiones autónomas de calificación de EEPP, proponiendo que estas comisiones incluyan representantes de los trabajadores para asegurar que sus intereses y preocupaciones sean considerados en el proceso de calificación.
Fortalecimiento de la protección social	Se ha propuesto fortalecer la protección social para los trabajadores afectados por EEPP, mejorando los beneficios y compensaciones y asegurando un acceso más rápido y eficiente a los servicios de salud y rehabilitación.
Mejoras en la fiscalización	Los sindicatos han apoyado la necesidad de mejorar la fiscalización de los organismos administradores del seguro. Proponen que SUSESO tenga mayores facultades y recursos para supervisar y controlar el cumplimiento de las normativas de SST.

Inclusión de trabajadores informales	Se ha propuesto que el proyecto incluya medidas específicas para facilitar la inclusión de trabajadores informales y autónomos en el sistema de salud laboral, incluyendo la simplificación de los procesos de cotización y la creación de programas de sensibilización y educación para estos trabajadores.
Revisión de la monocotización	Los sindicatos han expresado preocupación sobre la implementación de la monocotización. Proponen una revisión detallada de esta medida para asegurar que no se convierta en una carga adicional para los trabajadores independientes y que realmente mejore su acceso a los beneficios del seguro.

Los expertos han sugerido varios cambios al proyecto de ley (Tabla 4).

Tabla 4: Cambios propuestos por los expertos al Proyecto de Ley

Mejora en la transparencia y objetividad	<ul style="list-style-type: none"> - Los expertos recomiendan una separación más clara de las funciones de calificación de EEPP para evitar conflictos de interés. Proponen que las comisiones autónomas de calificación sean completamente independientes de los organismos administradores del seguro. - Sugieren que los miembros de estas comisiones reciban capacitación continua en temas de salud ocupacional y derechos laborales para asegurar decisiones informadas y justas.
Fortalecimiento de la fiscalización	<ul style="list-style-type: none"> - Los expertos destacan la necesidad de dotar a la SUSESO de más recursos y personal para llevar a cabo una fiscalización efectiva, incluyendo la contratación de inspectores especializados y la implementación de tecnologías avanzadas para monitorear el cumplimiento de las normativas. - Proponen ampliar las facultades de la SUSESO para intervenir en situaciones de insolvencia de mutualidades y mejorar el gobierno corporativo de estas entidades.
Inclusión de trabajadores informales	<ul style="list-style-type: none"> - Los expertos sugieren simplificar los procesos de cotización para los trabajadores independientes y aquellos en la informalidad. Esto incluye la creación de plataformas digitales accesibles y programas de sensibilización para informar a estos trabajadores sobre sus derechos y beneficios. - Se recomienda la implementación de programas de apoyo específicos para trabajadores informales, que incluyan asesoría legal y asistencia en la gestión de sus cotizaciones.

Revisión de la monocotización	<ul style="list-style-type: none"> - Los expertos proponen realizar una evaluación detallada del impacto de la monocotización antes de su implementación, incluyendo estudios piloto y consultas con los trabajadores afectados para asegurar que la medida no se convierta en una carga adicional. - Sugieren que la monocotización sea flexible y adaptada a las necesidades específicas de diferentes grupos de trabajadores, considerando sus particularidades y condiciones laborales.
--------------------------------------	---

La Tabla 5 contrasta los criterios de sindicatos y expertos sobre el Proyecto de Ley.

Tabla 5: Comparativa de los criterios de expertos y sindicatos sobre el Proyecto de Ley

Criterio de los expertos	Criterio de los sindicatos
Transparencia y objetividad: los expertos destacan que la creación de un sistema autónomo de calificación de EEPP es un avance significativo. Este sistema elimina los conflictos de interés presentes en el proceso actual.	Apoyo a la transparencia: los sindicatos apoyan la creación de comisiones autónomas de calificación de EEPP, ya que consideran que esto asegurará un proceso más transparente e independiente.
Inclusión de trabajadores informales: los expertos subrayan la importancia de un enfoque más inclusivo para incorporar a las trabajadoras informales, especialmente mujeres.	Inclusión de trabajadores informales: los sindicatos valoran positivamente la inclusión de trabajadores informales mediante la monocotización, pero insisten en la necesidad de asegurar que estos trabajadores comprendan y acepten los beneficios del sistema para lograr una implementación exitosa.
El fortalecimiento de la fiscalización por parte de la SUSESO es considerado un ajuste vital para garantizar que las prestaciones lleguen oportunamente a las personas trabajadoras.	Preocupación sobre la implementación: algunos sindicatos han expresado preocupaciones sobre la implementación práctica de estas comisiones. Temen que la falta de recursos y la coordinación entre diferentes entidades puedan dificultar la efectividad del nuevo sistema.

La Tabla 6 recoge las ventajas e inconvenientes de las medidas propuestas en el Proyecto.

Tabla 6: Ventajas e inconvenientes de las medidas propuestas en el Proyecto

Aspecto	Ventajas	Inconvenientes
Creación de comisiones autónomas de calificación	Busca eliminar los conflictos de interés presentes en el sistema actual, donde los organismos administradores actúan como juez y parte.	<p>Puede afrontar desafíos en su implementación, como la necesidad de recursos adicionales y la coordinación entre diferentes entidades la falta de recursos podría afectar la efectividad del nuevo sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe preocupación sobre cómo se garantizará la independencia y la objetividad de estas comisiones en la práctica.

Aspecto	Ventajas	Inconvenientes
Fortalecimiento de la fiscalización	Es un ajuste vital para garantizar que las prestaciones lleguen oportunamente a los trabajadores.	<ul style="list-style-type: none"> - SUSESO necesitará recursos y capacidades adicionales para llevar a cabo estas nuevas responsabilidades de manera efectiva deberá contar con el apoyo necesario para cumplir con estas nuevas funciones. - La intervención en situaciones de insolvencia de mutualidades puede ser compleja y requerir un marco legal claro y detallado.
Monocotización	Es una medida positiva para asegurar una cobertura adecuada y beneficios justos para todos los trabajadores.	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser un desafío para los trabajadores independientes y aquellos en la informalidad, quienes deberán adaptarse a las nuevas regulaciones y cotizaciones. - Es crucial asegurar que estos trabajadores comprendan y acepten los beneficios del sistema para lograr una implementación exitosa. La falta de información y educación podría dificultar la transición.

El proyecto de ley y el sistema español de reconocimiento de EEPP comparten el objetivo de mejorar la transparencia y la protección de los trabajadores. Sin embargo, difieren en la estructura y los mecanismos de implementación (Tabla 7).

Tabla 7: Comparación entre el Proyecto de Ley chileno y el sistema de reconocimiento de EEPP en España

Aspecto	Proyecto de Ley chileno	Sistema español
Calificación de EEPP	Comisiones autónomas de calificación.	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social son las entidades encargadas de evaluar y determinar si una enfermedad puede ser considerada profesional. Su objetivo es garantizar que las EEPP sean reconocidas y tratadas adecuadamente
Fiscalización	Fortalecimiento de la SUSESO.	Evaluación médica por médicos del trabajo y técnicos de prevención. La evaluación médica es un paso fundamental en el proceso de determinación de una EP. Los médicos del trabajo, inspectores médicos y técnicos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales participan en este proceso para asegurar un diagnóstico preciso y adecuado de las EEPP.

Aspecto	Proyecto de Ley chileno	Sistema español
Inclusión de trabajadores informales	Monocotización para facilitar la inclusión.	No se menciona específicamente.
Notificación y registro	No especificado en detalle.	El Real Decreto 1299/2006 establece el cuadro de EEPP y los criterios para su notificación y registro. Este decreto sigue la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión Europea. Su objetivo es mejorar la notificación y registro de EEPP y asegurar una protección adecuada a los trabajadores.

El proyecto de ley chileno introduce cambios significativos en comparación con otros sistemas de reconocimiento de EEPP en Iberoamérica (Tabla 8).

Tabla 8: Comparación del Proyecto de Ley chileno con otros sistemas de reconocimiento de EEPP en Iberoamérica

Aspecto	Proyecto de Ley chileno	Sistema argentino	Sistema mexicano	Sistema brasileño
Calificación de EEPP	Comisiones autónomas de calificación, independientes de los organismos administradores del seguro.	Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene.	Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) y las Comisiones Internas de Prevención de Accidentes (CIPA).
Fiscalización	Fortalecimiento de la SUSESO con mayores facultades para intervenir en situaciones de insolvencia y mejorar el gobierno corporativo.	Supervisión y regulación por la SRT.	Supervisión por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y el IMSS.	Supervisión por el Ministerio de Trabajo y el INSS.
Inclusión de trabajadores informales	Introducción de la monocotización para facilitar la incorporación de trabajadores independientes y aquellos en la informalidad al sistema de salud laboral.	No se menciona específicamente esta inclusión.	No se menciona específicamente esta inclusión.	No se menciona específicamente esta inclusión.
Notificación y registro	No especificado en detalle en el proyecto de ley.	Registro y notificación obligatoria de EEPP a la SRT.	Registro y notificación obligatoria de EEPP al IMSS.	Registro y notificación obligatoria de EEPP al INSS.

Contenido de la revisión

- A. Contexto para la calificación de una enfermedad profesional.
- B. Actualización de un listado de enfermedades profesionales.
- C. Estadísticas de calificación de enfermedades profesionales.
- D. Existencia de listas cerradas de enfermedades profesionales.
- E. Enfermedades relacionadas con el trabajo en España (peso de las enfermedades profesionales que califican como accidentes de trabajo).
- F. Calificación de las enfermedades profesionales por los organismos administradores o entidades externas.
- G. Reflexión sobre la figura del monocotizante para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- H. Sistemas de alerta y centinela para la identificación de enfermedades profesionales.

Bibliografía

A. CONTEXTO PARA LA CALIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

España

La Ley General de la Seguridad Social define enfermedad profesional (EP) como 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 esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, aprueba el cuadro de EEPP y establece criterios para su notificación y registro (Tabla 9).

Tabla 9: Cuadro de enfermedades profesionales en España

Grupo	Denominación
1	Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
2	Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
3	Enfermedades profesionales producidas por agentes biológicos.
4	Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancia y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
5	Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
6	Enfermedades Profesionales causadas por agentes cancerígenos.

Tiene además una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que deberían declararse y cuya inclusión en el anexo I de la lista española podría contemplarse en el futuro. Desde 2006, se han incorporado dos nuevas EEPP en el cuadro: cáncer de laringe por exposición a amianto (Real Decreto 1150/2015) y cáncer de pulmón por exposición al polvo de sílice libre (Real Decreto 257/2018).

Uno de los aspectos más relevantes de la normativa española fue la incorporación de la obligación de los facultativos del Sistema Público de Salud o, en su caso, a los facultativos de los servicio de prevención, la detección de las mismas, tal y como se recoge en el art. 5 del Real Decreto 1299/2006, “*Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través*

del organismo competente de cada comunidad autónoma a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el art. 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales (CCPP). Igual comunicación deberá realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso”.

Europa

La Recomendación 2003/670/CE de la Comisión Europea establece la lista europea de EEPP, que incluye enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente (Tabla 10). Esta lista tiene como objetivo conocer mejor las EEPP a nivel europeo, reforzar su prevención, ayudar a los trabajadores afectados a probar la relación entre su actividad profesional y su enfermedad. Los Estados miembros de la Unión Europea están comprometidos con la prevención de las EEPP y la sensibilización del personal médico para mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Tabla 10: Lista europea de enfermedades profesionales

Grupo	Denominación
1	Enfermedades causadas por agentes químicos.
2	Enfermedades de la piel provocadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes.
3	Enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes.
4	Enfermedades infecciosas y parasitarias.
5	Enfermedades provocadas por los agentes físicos que figuran a continuación.

Tiene además una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que deberían declararse y cuya inclusión en el anexo I de la lista europea podría contemplarse en el futuro.

En 2009, la Comisión Europea publicó las “Notas explicativas de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales”.

Organización Internacional del Trabajo

El Protocolo de 2002 del Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores de la OIT, 1981, incluyó la definición de EP como toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral. La definición contiene dos elementos principales: la relación causal entre la exposición en un entorno de trabajo o actividad laboral específicos, y una enfermedad específica, y el hecho de que, dentro de un grupo de personas expuestas, la enfermedad se produce con una frecuencia superior a la tasa media de morbilidad del resto de la población.

La relación causal se establece sobre la base de datos clínicos y patológicos, información básica sobre la ocupación y un análisis del empleo, identificación y evaluación de los factores de riesgo de la ocupación considerada, y papel que desempeñan otros factores de riesgo.

La relación entre la exposición y los efectos (es decir, la relación entre la exposición y la gravedad del daño causado a la persona) y la relación entre la exposición y la respuesta (es decir, la vinculación entre la exposición y el número relativo de personas afectadas) constituyen elementos importantes para determinar si existe una relación causal. En el reconocimiento de una enfermedad como profesional se tienen en cuenta distintos factores (Tabla 11).

Tabla 11: Factores a considerar en el reconocimiento de una enfermedad como profesional

Intensidad de la asociación	Cuanto mayores sean los efectos de la exposición en la frecuencia o el desarrollo de una enfermedad, mayores serán las probabilidades de que exista una relación causal entre la exposición y ese desarrollo o frecuencia.
Concordancia	Diferentes informes de investigación que desembocan en resultados y conclusiones similares en términos generales.
Especificidad	La exposición a un factor de riesgo específico se traduce en un patrón claramente definido de la enfermedad o las enfermedades.
Relación o secuencia temporal	Entre la exposición considerada y la aparición de la enfermedad transcurre un período de tiempo compatible con cualquier mecanismo biológico propuesto.
Gradiente biológico	Cuanto mayores sean el nivel y la duración de la exposición, mayor será la gravedad de las enfermedades o su incidencia.
Plausibilidad biológica	De acuerdo con los conocimientos que hoy se tienen sobre las propiedades toxicológicas y químicas y otras características físicas del riesgo o peligro estudiado, es racional afirmar, desde el punto de vista biológico, que la exposición conduce al desarrollo de la enfermedad.
Coherencia	Se logra cuando a partir de una síntesis de todas las evidencias (por ejemplo, estudios de epidemiología humana y animal) se deduce la existencia de una relación causal en el sentido amplio y según el sentido común.

Estudios de intervención	En algunos casos, una prueba preventiva básica permite verificar si la supresión de un peligro determinado o la reducción de un riesgo concreto del entorno de trabajo o de la actividad laboral impide el desarrollo de una enfermedad específica o reduce su incidencia.
--------------------------	--

La lista de EEPP de la OIT se aprobó en 2010, para sustituir a la anterior de 2002. La lista incluye diagnósticos reconocidos internacionalmente, desde enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos hasta enfermedades respiratorias y cutáneas. Por primera vez, los trastornos mentales y del comportamiento fueron incluidos específicamente en la lista de la OIT (Tabla 12). Esta lista tiene puntos abiertos en todas las secciones que tratan de las enfermedades mencionadas. Las partidas permiten reconocer el origen profesional de enfermedades no especificadas en la lista si se establece un vínculo con ellas.

Tabla 12: Lista de enfermedades profesionales de la OIT

Grupo	Denominación
1	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades profesionales causadas por la exposición a agentes que resulte de las actividades laborales. - Enfermedades causadas por agentes químicos. - Enfermedades causadas por agentes físicos. - Agentes biológicos y enfermedades infecciosas o parasitarias.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado. - Enfermedades del sistema respiratorio. - Enfermedades de la piel. - Enfermedades del sistema osteomuscular. - Trastornos mentales y del comportamiento.
3	Cáncer profesional .
4	Otras enfermedades.

Existen diferencias notables entre la estructura de la lista de la OIT y la lista europea. La primera utiliza una cláusula general en cada categoría de enfermedad. Por ejemplo, bajo el epígrafe 2.4 «Trastornos mentales y del comportamiento», se menciona una enfermedad (2.4.1. trastorno de estrés postraumático), seguida de 2.4.2. «Otros trastornos mentales o del comportamiento no relacionados con el estrés postraumático», «Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se establezca científicamente, o se determine mediante métodos adecuados a las condiciones y prácticas nacionales, entre la exposición a factores de riesgo derivados de las actividades de las actividades laborales y el trastorno o trastornos mentales o del comportamiento contraídos por el trabajador».

Tanto la lista europea como la de la OIT contienen documentos técnicos de referencia con una descripción de los diagnósticos y sus criterios médicos y de exposición.

Una de las diferencias más relevantes de la lista de EEPP de la OIT con la lista europea o con la española es la presencia en la primera de los trastornos mentales relacionados con la exposición a factores de riesgos psicosocial. Si bien este tipo de enfermedades se están abordando de forma preventiva en España y en Europa, estos procesos no siguen el proceso de calificación de enfermedad profesional por parte de los respectivos sistemas.

Región de Iberoamérica

La Tabla 13 recoge algunos aspectos importantes de los sistemas de reconocimiento de EEPP/listados de EEPP en países de la región de Iberoamérica.

Tabla 13: Algunas características de los sistemas de reconocimiento de EEPP/listados de EEPP en países de la región de Iberoamérica

País	Regulación	Observaciones	Normativa de actualización	Año de la actualización	Cambios producidos en la actualización
Argentina	Decreto 658/96.	Lista cerrada	Resolución SRT 37/2010.	2014	Inclusión de nuevas enfermedades y actualización de criterios de diagnóstico.
Brasil	Decreto 3048/99.	Sistema mixto	Portaria MTP 2.309/2021.	2021	Ampliación de la lista de enfermedades y actualización de agentes causantes.
Chile	Ley 16.744.	Sistema mixt.	Decreto Supremo 67/2019.	2019	Inclusión de enfermedades relacionadas con nuevos agentes químicos y biológicos.
Colombia	Decreto 1477 de 2014.	Sistema mixto	Decreto 1477 de 2014.	2014	Establecimiento de una lista única y criterios específicos para cada enfermedad.
México	Ley Federal del Trabajo.	Sistema mixto	Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018.	2022	Actualización de enfermedades y condiciones de trabajo específicas.
Perú	Decreto Supremo N° 003-98-SA.	Lista cerrada	Decreto Supremo N° 005-2012-TR.	2016	Inclusión de nuevas enfermedades y actualización de criterios de diagnóstico.
Uruguay	Decreto 406/88.	Lista cerrada	Decreto 127/014.	2015	Inclusión de enfermedades relacionadas con nuevos agentes químicos y biológicos.
Ecuador	Resolución No. C.D. 513.	Lista cerrada	Resolución No. C.D. 513.	2016	Establecimiento de una lista única y criterios específicos para cada enfermedad.
Paraguay	Decreto N° 14.390.	Lista cerrada	Resolución MTESS N° 427/2017.	2017	Inclusión de nuevas enfermedades y actualización de criterios de diagnóstico.

País	Regulación	Observaciones	Normativa de actualización	Año de la actualización	Cambios producidos en la actualización
Venezuela	Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT).	Sistema mixto	Resolución INPSASEL N° 1.900/2012.	2012	Ampliación de la lista de enfermedades y actualización de agentes causantes.
Costa Rica	Código de Trabajo.	Lista cerrada	Decreto Ejecutivo N° 39408-MTSS.	2018	Inclusión de nuevas enfermedades y actualización de criterios de diagnóstico.

B. ACTUALIZACIÓN DE UNA LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Actualizar la lista de EEPP de un país es un proceso complejo que requiere considerar varios elementos (Tabla 14).

Tabla 14: Elementos a considerar en la actualización de una lista de EP en un país

Avances científicos y médicos	Incorporar nuevas enfermedades reconocidas por la comunidad científica y médica, así como actualizar la información sobre las enfermedades existentes.
Datos epidemiológicos	Analizar las estadísticas de EEPP en el país para identificar tendencias y emergencias de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT).
Normativas internacionales	Alinear la lista con las recomendaciones de organismos internacionales como OIT y UE para asegurar la coherencia y cumplimiento de estándares globales.
Cambios en el entorno laboral	Considerar la evolución de las condiciones laborales, la aparición de nuevas tecnologías y materiales, y los cambios en los procesos de trabajo que puedan introducir nuevos riesgos.
Consultas con expertos	Involucrar a expertos en salud ocupacional, médicos, investigadores y representantes de los trabajadores y empleadores para obtener una visión completa y equilibrada.
Revisión de normativas nacionales	Asegurar que la lista esté en consonancia con las leyes y regulaciones nacionales sobre salud y SST.
Experiencia de otros países	Analizar las listas de EEPP de otros países para identificar buenas prácticas y posibles inclusiones que puedan ser relevantes.
Feedback de los trabajadores	Recoger y analizar las experiencias y preocupaciones de los trabajadores sobre las ERT.
Evaluación de riesgos	Realizar evaluaciones de riesgos en diferentes sectores industriales para identificar posibles EEPP no reconocidas previamente.
Capacitación y sensibilización	Asegurar que los cambios en la lista sean acompañados por programas de capacitación y sensibilización para trabajadores y empleadores sobre las nuevas enfermedades reconocidas y sus medidas preventivas.

Además de estos elementos generales, si se trata de actualizar la lista de un país de la región de Iberoamérica, sería conveniente considerar factores específicos de la región (Tabla15).

Tabla 15: Factores específicos de la región de Iberoamérica a considerar en la actualización de una lista de EP en un país de ese territorio

Condiciones socioeconómicas	Evaluar cómo las condiciones económicas y sociales del país afectan la salud de los trabajadores y la prevalencia de ciertas EEPP.
Sector informal	Considerar la alta proporción de trabajadores en el sector informal y cómo las EEPP pueden estar subregistradas en este grupo.
Enfermedades endémicas	Incluir enfermedades que son endémicas en la región y que pueden estar relacionadas con el trabajo, como ciertas enfermedades infecciosas.
Recursos de salud ocupacional	Evaluar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud ocupacional en el país y cómo pueden influir en la identificación y tratamiento de EEPP.
Educación y capacitación	Asegurar que haya programas de educación y capacitación adecuados para trabajadores y empleadores sobre las nuevas enfermedades reconocidas y sus medidas preventivas, adaptados a los niveles de alfabetización y acceso a la información.
Políticas de salud pública	Alinear la lista con las políticas de salud pública del país, asegurando una integración efectiva entre la salud ocupacional y la salud pública en general.
Participación comunitaria	Involucrar a las comunidades locales y organizaciones de trabajadores en el proceso de actualización para asegurar que las necesidades y preocupaciones locales sean consideradas.
Cooperación regional	Colaborar con otros países de la región para compartir experiencias y buenas prácticas, y considerar la armonización de las listas de enfermedades profesionales a nivel regional.
Impacto de la migración	Considerar el impacto de la migración laboral en la prevalencia de EEPP y cómo las condiciones de trabajo en otros países pueden influir en la salud de los trabajadores migrantes.
Acceso a la justicia	Asegurar que los trabajadores tengan acceso a mecanismos efectivos para reclamar indemnizaciones y prestaciones por EEPP, considerando las barreras legales y administrativas que puedan existir.

Para la actualización de la lista de EEPP en Chile, se podrían considerar algunos factores específicos adicionales (Tabla16).

Tabla 16: Factores específicos adicionales a considerar en la actualización de la lista de EEPP de Chile

Condiciones laborales en sectores clave	Evaluar las condiciones laborales en sectores clave de la economía chilena, como minería, agricultura, pesca y construcción, que pueden tener riesgos específicos asociados.
Enfermedades relacionadas con la minería	Dada la importancia de la minería en Chile, incluir y actualizar EEPP relacionadas con la exposición a minerales y metales.
Normativa nacional	Alinear la lista con la normativa chilena vigente.
Instituciones de salud ocupacional	Colaborar con las instituciones nacionales y las mutualidades de empleadores para asegurar una implementación efectiva de la lista actualizada.

Condiciones geográficas y climáticas	Considerar cómo las condiciones geográficas y climáticas de Chile, que varían desde el desierto de Atacama hasta la Patagonia, pueden influir en la prevalencia de ciertas EEPP.
Participación de los trabajadores	Involucrar a los sindicatos y organizaciones de trabajadores en el proceso de actualización para asegurar que las necesidades y preocupaciones de los trabajadores sean consideradas.
Educación y capacitación específica	Desarrollar programas de educación y capacitación específicos para los trabajadores y empleadores chilenos sobre las nuevas enfermedades reconocidas y sus medidas preventivas.
Investigación local	Fomentar la investigación local sobre EEPP para obtener datos específicos del contexto chileno y mejorar la base de evidencia para la actualización de la lista.
Acceso a servicios de salud	Evaluar y mejorar el acceso a servicios de salud ocupacional en todo el país, especialmente en áreas rurales y remotas.
Impacto de la exposición a pesticidas	Considerar la inclusión de enfermedades relacionadas con la exposición a pesticidas y otros productos químicos utilizados en la agricultura, un sector importante en Chile.

C. ESTADÍSTICAS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

España

Las estadísticas consolidadas más recientes disponibles sobre EEPP en España corresponden a 2023. En el Observatorio de Enfermedades Profesionales, se publican informes anuales y actualizaciones periódicas.

Desde 2007, el sistema de notificación CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) recaba en España la información sobre las enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de EEPP. Esto permite el estudio de las EEPP comunicadas en un período de tiempo y el estudio longitudinal de los procesos de enfermedad profesional (EP).

Desde la implantación de CEPROSS, la entidad gestora o colaboradora que asume la protección de las Contingencias Profesionales (CCPP), elabora y tramita el parte de EP a través de una comunicación electrónica con la Seguridad Social (SS). Esta transmisión, vía Internet, supuso un avance en la obtención de la información y permitió el análisis de los procesos de EP desde una nueva perspectiva.

En CEPROSS existen dos niveles de depuración de la información: el primero, coincide con el momento en que se da de alta el parte, al contrastar los datos del trabajador y de la empresa con las bases de datos de la SS y el segundo, en el caso de que el programa detecte incongruencias entre los datos declarados, solicita su verificación a la Mutua o Entidad Gestora.

Partes comunicados de EP

Un parte comunicado es un expediente de EP que ha sido tramitado por la entidad gestora o colaboradora que asume la cobertura de CCPP con arreglo a la normativa vigente y ha supuesto la existencia de una visita del trabajador a un facultativo que diagnostica una EP recogida en el cuadro de EEPP español. Un parte se puede cerrar por alguna de las siguientes causas: alta por curación y/o alta laboral, alta con propuesta de Incapacidad Permanente (IP), alta con propuesta de cambio de puesto de trabajo, fallecimiento, Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI) y sin baja laboral.

En 2023 se comunicaron en España 25.625 partes de EP, un 14,4% más que en 2022.

El 42,93% (11.002) de los partes tuvieron baja laboral y, 14.623 no. Respecto a 2022, los expedientes con baja laboral aumentaron un 14,3% y los que se comunicaron sin baja en un 14,4%. Un 52,9% de los partes corresponde a mujeres. Respecto a 2022, los partes de EP comunicados se incrementan en un 23,7%, en el caso de mujeres, y en un 5,4% en hombres.

Tabla 17: Partes comunicados en 2023

	Con baja	Sin baja	Total
Hombre	5.545	6.520	12.065
Mujer	5.457	8.103	13.560
Total	11.002	14.623	25.625

El número de partes comunicados en España en el periodo 2010-2023 se recoge en la Tabla 18.

Tabla 18: Partes de EP comunicados en 2010-2023

	Con baja	Sin baja	Suma	% Δ
2010	8.765	8.077	16.842	0,47
2011	8.805	9.117	17.922	6,41
2012	7.466	8.178	15.644	-12,71
2013	7.599	9.197	16.796	7,36
2014	8.112	9.148	17.260	2,76
2015	9.073	10.065	19.138	10,88
2016	9.886	10.714	20.600	7,64
2017	10.140	10.909	21.049	2,18
2018	11.382	12.700	24.082	14,41
2019	12.877	14.415	27.292	13,33
2020	8.669	9.731	18.400	-32,58
2021	9.342	11.039	20.381	10,77
2022	9.626	12.782	22.408	9,95
2023	11.002	14.623	25.625	14,36

La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 explica el fuerte descenso en el número de partes en 2020, especialmente significativo en los meses de marzo y abril, coincidiendo con la declaración del Estado de Alarma del 14 de marzo y la aplicación de las medidas más restrictivas, en el ámbito de la circulación de personas y en el de la actividad económica.

La mayor incidencia se produjo en el grupo 2 enfermedades causadas por agentes físicos, donde se incluyen el 82,6% de los partes con baja laboral en hombres y el 84,9% en mujeres. Las enfermedades causadas por inhalación de sustancias son 5 veces más frecuentes en hombres y las causadas por agentes biológicos, 3 veces más en mujeres. El 96,8% de los cánceres comunicados en 2023 ha sido en hombres.

La evolución experimentada del número de partes de EP comunicados en el periodo 2010-2023, clasificados por grupo de enfermedad se refleja en las Tablas 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

Tabla 19: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad

Grupo 1: Agentes químicos

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	439	292	731	4,34%
2011	364	338	702	3,92%
2012	315	265	580	3,71%
2013	283	231	514	3,06%
2014	272	213	485	2,81%
2015	305	311	616	3,22%
2016	336	318	654	3,17%
2017	339	310	649	3,08%
2018	339	354	693	2,88%
2019	428	385	813	2,98%
2020	264	255	519	2,82%
2021	249	238	487	2,39%
2022	250	322	572	2,55%
2023	353	326	679	2,65%

Tabla 20: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad

Grupo 2: Agentes físicos

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	7.111	6.800	13.911	82,60%
2011	7.183	7.616	14.799	82,57%
2012	6.024	6.821	12.845	82,11%
2013	5.985	7.768	13.753	81,88%
2014	6.378	7.753	14.131	81,87%
2015	7.133	8.483	15.616	81,60%
2016	7.890	9.081	16.971	82,38%
2017	8.093	9.207	17.300	82,19%
2018	9.076	10.760	19.836	82,37%
2019	10.738	12.408	23.146	84,81%
2020	7.404	8.414	15.818	85,97%
2021	8.050	9.586	17.636	86,53%
2022	8.350	11.082	19.432	86,72%
2023	9.210	11.426	20.636	80,53%

Tabla 21: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad

Grupo 3: Agentes biológicos

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	208	169	377	2,24%
2011	319	182	501	2,79%
2012	336	178	514	3,29%
2013	554	268	822	4,89%
2014	666	269	935	5,42%
2015	739	293	1.032	5,39%
2016	666	257	923	4,48%
2017	731	250	981	4,66%
2018	869	556	1.425	5,92%
2019	597	388	985	3,61%
2020	281	330	611	3,32%
2021	252	324	576	2,83%
2022	205	221	426	1,90%
2023	461	1.346	1.807	7,05%

Tabla 22: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad
 Grupo 4: Inhalación de sustancias

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	427	398	825	4,90%
2011	419	441	860	4,80%
2012	296	400	696	4,45%
2013	304	402	706	4,20%
2014	335	367	702	4,07%
2015	368	409	777	4,06%
2016	411	473	884	4,29%
2017	439	505	944	4,48%
2018	564	402	966	4,01%
2019	534	543	1.077	3,95%
2020	329	298	627	3,41%
2021	386	324	710	3,48%
2022	367	447	814	3,63%
2023	437	501	938	3,66%

Tabla 23: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad
 Grupo 5: Dermatitis profesionales

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	566	407	973	5,78%
2011	502	483	985	5,50%
2012	478	480	958	6,12%
2013	439	508	947	5,64%
2014	434	526	960	5,56%
2015	519	555	1.074	5,61%
2016	560	571	1.131	5,49%
2017	517	608	1.125	5,34%
2018	521	614	1.135	4,71%
2019	542	635	1.177	4,32%
2020	361	420	781	4,24%
2021	372	551	923	4,53%
2022	435	625	1.060	4,73%
2023	514	957	1.471	5,74%

Tabla 24: Partes comunicados (2010-2023) por grupos de enfermedad
 Grupo 6: Agentes carcinógenos

	Con baja	Sin baja	Total	%sobre total enfermedades
2010	14	11	25	0,15%
2011	18	57	75	0,42%
2012	17	34	51	0,33%
2013	34	20	54	0,32%
2014	27	20	47	0,27%
2015	9	14	23	0,12%
2016	23	14	37	0,18%
2017	21	29	50	0,24%
2018	13	14	27	0,11%
2019	38	56	94	0,34%
2020	30	14	44	0,24%
2021	33	16	49	0,24%
2022	19	85	104	0,46%
2023	27	67	94	0,37%

Al analizar el número de enfermedades con baja laboral por sectores económicos, en hombres, en cifras absolutas, el mayor número de EEPP con baja laboral continúa en la industria de la alimentación seguida de la construcción especializada, y de la fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo. En mujeres, las actividades donde se comunica el mayor número de EEPP con baja son comercio al por menor, industria de la alimentación, servicios a edificios y actividades de jardinería y servicios de comidas y bebidas.

Por grupos de enfermedad y ramas de actividad, para cada grupo de enfermedad, la mayoría de los partes comunicados se concentran en un número determinado de actividades económicas. La industria manufacturera concentra el mayor número de EEPP en todos los grupos, a excepción del grupo 3 y 5 de EP, que lo hacen en las actividades sanitarias.

Procesos de EP

Un proceso de EP es el conjunto de partes de EP cerrados pertenecientes a un trabajador, y que provienen de la misma EP. El proceso se identifica con la EP que padece un trabajador y que puede originar uno o varios partes de EP a lo largo de su vida, incluso cuando el trabajador ha llegado a la jubilación. El proceso comienza con un parte inicial de EP, considerándose los siguientes partes como recaídas siempre que correspondan al mismo código de EP. Su duración es el número acumulado de días de baja laboral de todos los partes cerrados.

Gracias al seguimiento a lo largo del tiempo, es posible comprobar si un diagnóstico inicial como EP ha sido correcto, o bien el proceso concluye como AT o enfermedad común. Conocer las fechas de cierre de los procesos, sus causas y consecuencias, permitirá en años sucesivos depurar los datos y obtener conclusiones que reflejen la realidad de los procesos de EP.

En 2023 finalizaron en España 8.295 procesos de EP, alguno de los cuales tuvieron su primer parte en años anteriores. Estos procesos, en su conjunto, contienen 13.955 partes de EP.

Tabla 25: Procesos con baja cerrados en 2023

	Nº procesos	%	Duración media (días)
Hombre	4.112	49,57	124,87
Mujer	4.183	50,43	136,36
Total	8.295	100,00	130,66

La mayor proporción de procesos cerrados corresponde a mujeres, con una duración media de 136,36 días. En hombres la duración media es menor, de 124,87 días.

De los 8.295 procesos de EP cerrados, el 55,97% son procesos que se componen de un solo parte con baja por IT, el 30,16% ha tenido una recaída, el 8,37% dos recaídas y el resto tres o más recaídas.

Al finalizar el proceso se revisa la contingencia inicial, por lo que cada proceso iniciado como EP puede ser cerrado confirmando la EP, o como AT o enfermedad común (Tabla 26).

Tabla 26: Contingencia al cierre del proceso

Contingencia	Nº de procesos	%
Accidente de Trabajo	315	3,26
Enfermedad Profesional	8.295	85,84
Enfermedad común	1.053	10,90
Total	9.663	100,00

La edad media en los procesos de EP es muy similar entre hombres y mujeres. La edad media de los trabajadores con un proceso de EP es 46,51 años. El intervalo modal en hombres es 45-49 años, en mujeres se desplaza hasta 50-54. La proporción de enfermedades que corresponden a mayores de 60 años es del 6,81%, siendo prácticamente igual en mujeres y hombres (Tabla 27).

Tabla 27: Características de la edad en los procesos de EP

	Hombres	Mujeres	Total
Edad media	46,33	46,69	46,51
Intervalo modal	45-49 años	50-54 años	45-49 años
% enfermedad ≥ 60 años	7,05%	6,57%	6,81%
Mayor duración media de los procesos	55 – 59 años	>=60 años	>=60 años

Existe una clara correlación entre la edad y la duración de los procesos, a más edad corresponden procesos más largos. La duración más frecuente fue igual o superior a 169 días.

Los procesos con mayor duración son más frecuentes en mujeres que en hombres. Por grupos de enfermedad, las duraciones medias se recogen en la Tabla 28.

Tabla 28: Duraciones medias (días)

Enfermedad profesional	Hombre	Mujer	Total
Grupo 1. Agentes químicos	84,49	70,36	78,86
Grupo 2. Agentes físicos	127,59	148,92	138,38
Grupo 3. Agentes biológicos	38,94	37,99	38,20
Grupo 4. Inhalación sustancias	155,29	170,85	157,83
Grupo 5. Enfermedades de la piel	77,37	73,08	75,04
Grupo 6. Agentes cancerígenos	236,79	273,00	238,24
TOTAL	124,87	136,36	130,66

Las mayores duraciones se producen en el grupo 6: enfermedades causadas por agentes cancerígenos, seguido del grupo 4: inhalación de sustancias. Los procesos más cortos corresponden al grupo 3: enfermedades causadas por agentes biológicos.

En términos generales, con la excepción de la industria de la alimentación, existe una clara diferencia en función del sexo en las actividades donde se producen el mayor número de EEPs como en sus duraciones.

Tabla 29: Duración por sexo y actividad económica

Hombres

Actividades con mayor número de procesos	Duración media (días)
10. Industria de la alimentación	112,29
43. Actividades de construcción especializada	136,53
25. Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	117,01
41. Construcción de edificios	118,08
Total actividades	124,87

Mujeres

Actividades con mayor número de procesos	Duración media (días)
47. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	133,04
10. Industria de la alimentación	127,62
81. Servicios a edificios y actividades de jardinería	171,48
56. Servicios de comidas y bebidas	130,85
Total actividades	136,36

Lógicamente, el mayor número de EEPs, se reconocen en situación de activo ocupado del trabajador (Tabla 30). No obstante, existen reconocimientos una vez que el trabajador ya no está ocupado o cuando está percibiendo las prestaciones económicas por desempleo.

Tabla 30: Distribución de los procesos según situación laboral

Situación	Nº de procesos	%
Alta en Seguridad Social	7.537	90,86
Asimilada al alta	30	0,36
Baja en Seguridad Social	450	5,42
Desempleo (Perceptor prestación)	140	1,69
Pensionista	132	1,59
No consta	6	0,07
Total	8.295	100,00

La causa más frecuente de cierre del proceso, en mujeres y en hombres, es el alta médica laboral, a la que corresponden el 87,05% de los casos. El alta laboral con propuesta de cambio de trabajo es poco frecuente.

Los procesos cerrados en 2023 con propuesta de invalidez fueron 315, de ellos 213 (5,18%) corresponden a hombres y 102 (2,44%) a mujeres.

Tabla 31: Causa de cierre del proceso de enfermedad profesional

Causa de cierre	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
1. Alta por curación en todos los casos y/o alta laboral	3.508	85,31	3.713	88,76	7.221	87,05
2. Alta con propuesta de IP	213	5,18	102	2,44	315	3,80
3. Alta con propuesta de cambio de trabajo	10	0,24	3	0,07	13	0,16
4. Lesiones permanentes no invalidantes	19	0,46	20	0,48	39	0,47
5. Fallecimiento	3	0,07	1	0,02	4	0,05
6. Sin baja laboral en último parte	146	3,55	157	3,75	303	3,65
7. Otras causas	213	5,18	187	4,47	400	4,82
Total	4.112	100,00	4.183	100,00	8.295	100,00

Los procesos cerrados con propuesta de invalidez, en función del sexo, y por actividades se recogen en las Tablas 32 y 33.

Tabla 32: Actividades con mayor propuesta de Incapacidad Permanente Hombres

Actividades con propuestas de Incapacidad Permanente	
23. Fabricación de otros productos minerales no metálicos	25,35%
43. Actividades de construcción especializada	12,21%
08. Otras industrias extractivas	12,21%
41. Construcción de edificios	6,10%

Tabla 33: Actividades con mayor propuesta de Incapacidad Permanente Mujeres

Actividades con propuestas de Incapacidad Permanente	
96. Otros servicios personales	20,59%
47. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	10,78%
10. Industria de la alimentación	9,80%
81. Servicios a edificios y actividades de jardinería	5,88%
01. Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	5,88%

En la Tabla 34 se distribuyen los procesos con propuesta de invalidez por grupo de enfermedad y sexo. En hombres el mayor número de procesos con propuesta de invalidez corresponden al grupo 4 y, en mujeres al grupo 2.

Tabla 34: Procesos con propuesta de invalidez sobre el total (%)

Grupo EP	Hombres	Mujeres	Total
Grupo 1	3,29	8,82	5,08
Grupo 2	29,11	64,71	40,63
Grupo 3	0,47	2,94	1,27
Grupo 4	57,28	15,69	43,81
Grupo 5	7,04	7,84	7,30
Grupo 6	2,82	0,00	1,90
TOTAL	100,00	100,00	100,00

La mayor parte de las pensiones de incapacidad reconocidas en 2023, en hombres y en mujeres, tuvieron el grado de total. Respecto a la distribución por edades, la edad media de hombres al causar una pensión fue de 55,8 años y en mujeres de 50,2 años.

Tabla 35: Distribución por grado de incapacidad y sexo

Grado de incapacidad	Hombres	Mujeres	Total
Incapacidad permanente total	456	187	643
Incapacidad permanente absoluta	89	3	92
Gran Invalidez	3	0	3
Total	548	190	738

**Tabla 36: Altas de incapacidad permanente
Distribución por edad y sexo**

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
25-29	2	6	8
30-34	10	7	17
35-39	28	9	37
40-44	59	23	82
45-49	82	37	119
50-54	78	45	123
55-59	101	32	133
60-64	84	24	108
Mayor o igual a 65 años	104	7	111
Total	548	190	738
Edad Media	55,8	50,2	54,4

El número de fallecidos en 2023 como consecuencia de EEP iniciadas a partir de 1 de enero de 2007 ha sido de 4 trabajadores. El mayor número de fallecimientos por EP se produce una vez causada una pensión de SS. En 2023 fallecieron 282 pensionistas de IP derivada de una EP, con una edad media de 81 años. De ellos, 18 eran menores de 65 años y una edad media

de 56 años. Los restantes 264 tenían 65 o más años y su edad media fue de 83 años.

Sistema de alertas de enfermedades profesionales

CEPROSS contiene un sistema de alertas que permite realizar una detección en tiempo real de posibles focos de siniestralidad de EP, entendido como repeticiones de una misma EP en un centro de trabajo. Para ello, se han establecido unos límites de siniestralidad por grupo de EP, cuya finalidad es detectar aquellas empresas en las que existen repeticiones de una misma enfermedad. El sistema permite analizar el resto de las variables relacionadas con la EP, referidas a la empresa y a los trabajadores en los que concurre la enfermedad específica que se repite.

En 2023, 212 empresas en España superaron los límites de siniestralidad que representan el 1,69% de las empresas con alguna EP en 2022 fueron 133 empresas.

Índices de incidencia

Los índices de incidencia permiten expresar en términos relativos la trascendencia de las EEP y discriminar la incidencia respecto de determinadas variables. Entre las variables estudiadas destacan la diferente estructura productiva de las comunidades autónomas (CCAA), la actividad económica (CNAE-2009) y el grupo de EP.

Los partes de EP comunicados en 2023 representan una incidencia de 96,76 casos por cada por 100.000 trabajadores, superior a la de 2022. En el periodo 2010-2023 se aprecian variaciones anuales en los índices registrados según las distintas variables que se evalúan, sin embargo, no apuntan tendencias definidas a destacar (Tabla 37).

Tabla 37: Evolución índices de incidencia 2010-2023

Año	Índice
2010	116,21
2011	121,82
2012	103,29
2013	112,10
2014	111,20
2015	120,47
2016	124,24
2017	119,63
2018	127,19
2019	119,79
2020	81,90
2021	88,79
2022	85,75
2023	96,76

Los trabajadores de la industria extractiva padecieron el mayor número de EEPP, con un índice de 416,23 casos por cada 100.000 trabajadores, seguida por industrias manufactureras con 307,16 casos, otros servicios con 135,79, construcción con 120,10 y suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación con 113,43.

La mayor incidencia de EEPP se registra entre los trabajadores de la industria extractiva. El índice de incidencia registrado en 2023 en esta actividad económica fue de 416,23 casos por cada 100.000 trabajadores seguido por industrias manufactureras (307,16), otros servicios (135,79), construcción (120,10) y suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación (113,43).

Respecto a la actividad económica, la mayor incidencia de enfermedades causadas por agentes físicos se concentra en la industria manufacturera seguida de la construcción y otros servicios. Las enfermedades de la piel y las causadas por agentes biológicos se encuentran básicamente en las actividades sanitarias y de servicios sociales. Las causadas por inhalación de sustancias se concentran en las industrias extractivas. Las causadas por agentes químicos, en otros servicios.

La mayor incidencia de enfermedades causadas por agentes carcinógenos se produce en la actividad de suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación.

Para facilitar la valoración de la incidencia de las EEPP en las CCAA conforme a su estructura productiva, se elaboraron índices normalizados para cada una, es decir, los índices nacionales se han adaptado en función de la distribución de los trabajadores en los distintos sectores productivos de la CA. Al comparar ambos índices se observa que la mayor incidencia corresponde a la Región de Murcia seguida de Navarra, el País Vasco y la Rioja. En el otro extremo, se sitúan Comunidad de Madrid y Andalucía.

Las CCAA que registraron índices que superan significativamente la media en el grupo B (industria extractiva) han sido Galicia, Extremadura, País Vasco y Castilla y León. En el grupo C (industria manufacturera) destaca La Rioja, Navarra, Región de Murcia, País Vasco y Navarra.

Tabla 38: Relación del índice de cada CC.AA. con el índice nacional normalizado

Comunidades Autónomas	Índice (1)	Índice Normalizado (2)	Relación (3) (1)/(2)
Región de Murcia	322,53	105,06	3,07
Navarra	370,96	127,12	2,92
País Vasco	296,00	111,31	2,66
La Rioja	297,20	118,80	2,50
Cantabria	208,56	105,30	1,98
Comunidad Valenciana	157,12	105,15	1,49
Aragón	159,39	112,62	1,42
Asturias	123,85	102,77	1,21
Galicia	108,34	104,60	1,04

Comunidades Autónomas	Índice (1)	Índice Normalizado (2)	Relación (3) (1)/(2)
Castilla y León	97,80	110,01	0,89
Canarias	73,39	85,59	0,86
Islas Baleares	62,37	89,35	0,70
Ceuta	52,14	75,83	0,69
Castilla - La Mancha	68,63	109,93	0,62
Cataluña	59,68	99,85	0,60
Extremadura	43,68	94,30	0,46
Andalucía	35,20	93,11	0,38
Comunidad de Madrid	27,44	74,96	0,37
Melilla	0,00	79,76	0,00

(1) Índice de enfermedad profesional de la Comunidad Autónoma.

(2) Índice nacional normalizado en función de la estructura productiva de la Comunidad Autónoma.

(3) Relación del Índice de la Comunidad Autónoma con su índice normalizado.

Las EEPP causadas por agentes físicos representan el 81,7% del total de las EEPP en 2023, 79,06 casos por cada 100.000 trabajadores, las enfermedades causadas por agentes biológicos con 5,83 casos. La incidencia de los partes con baja laboral por grupos de enfermedad se recoge en la Tabla 39.

Tabla 39: Distribución de partes con baja de enfermedades profesionales por grupos de enfermedad (%)

Enfermedad profesional	Hombre	Mujer	Total
2.Causadas por agentes físicos	82,58	84,86	83,71
5. Enfermedades de la piel	4,60	4,75	4,67
3. Causadas por agentes biológicos	2,00	6,41	4,19
4.Causadas por inhalación de sustancias	6,47	1,43	3,97
1.Causadas por agentes químicos	3,90	2,51	3,21
6.Causadas por agentes carcinógenos	0,45	0,04	0,25
TOTAL	100,00	100,00	100,00

La diferente incidencia de las enfermedades incluidas en los grupos 3 y 4 entre hombres y mujeres es consecuencia de los distintos sectores de actividad en que trabajan unos y otras. Resulta significativo el mayor peso que las enfermedades causadas por agentes biológicos tienen en mujeres, 4 puntos más que en hombres. En cambio, las enfermedades causadas por

inhalación de sustancias en hombres está 5 puntos por encima del porcentaje que representa para mujeres.

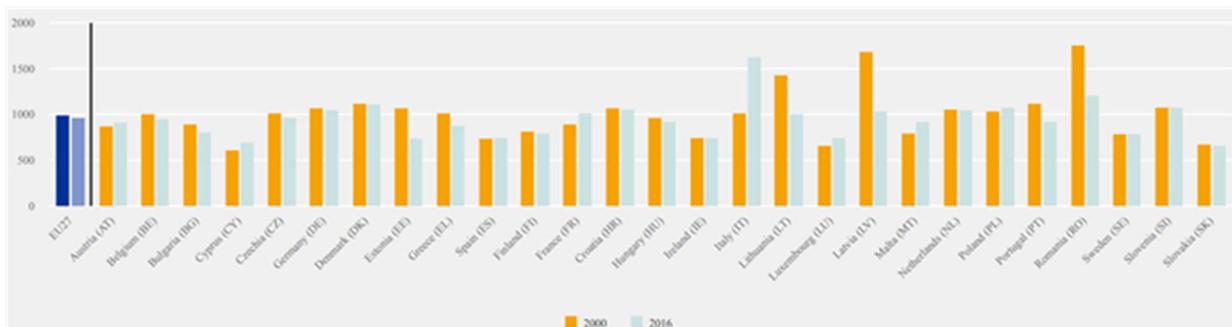
Europa

La *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA)* publica informes y datos sobre EEPP. Además, cada país de la Unión Europea tiene sus propios sistemas de vigilancia que contribuyen a facilitar datos sobre EEPP.

De acuerdo con el *Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020*, una de las prioridades de la EU-OSHA es apoyar la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT), para mejorar las vidas de las personas trabajadoras, y reducir los costes de las enfermedades y muertes relacionadas con el trabajo. Las ERT suponen aproximadamente 2,4 millones de muertes en el mundo cada año, 200.000 ocurren en Europa. Incluyen trastornos musculoesqueléticos, estrés y trastornos mentales, cáncer relacionado con el trabajo, enfermedades de la piel y enfermedades causadas por agentes biológicos.

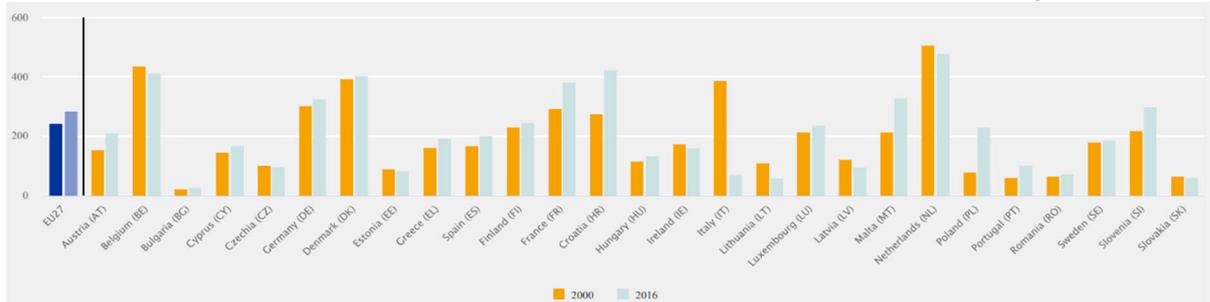
El Barómetro de SST presenta datos de la OMS/OIT (Organización Mundial de la Salud/Organización Internacional del Trabajo), así como una segunda estimación de la ICOH (Comisión Internacional de Salud Laboral). El indicador son los casos de enfermedades y lesiones causados por el trabajo. Contiene las últimas estimaciones internacionales del impacto del trabajo en los principales grupos de enfermedades. Los datos presentados son estimaciones; los cambios frecuentes en las fuentes de datos, las mejoras metodológicas y el progreso del conocimiento científico sobre las ERT pueden provocar cambios sustanciales.

Tabla 40: Prevalencia de grupos de enfermedades relacionadas con el trabajo por país europeo (2000 y 2016)



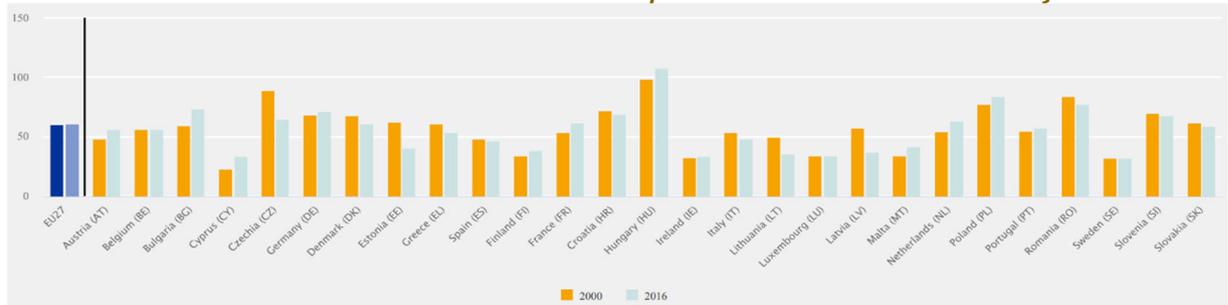
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 41: Prevalencia de los cánceres de amianto relacionados con el trabajo



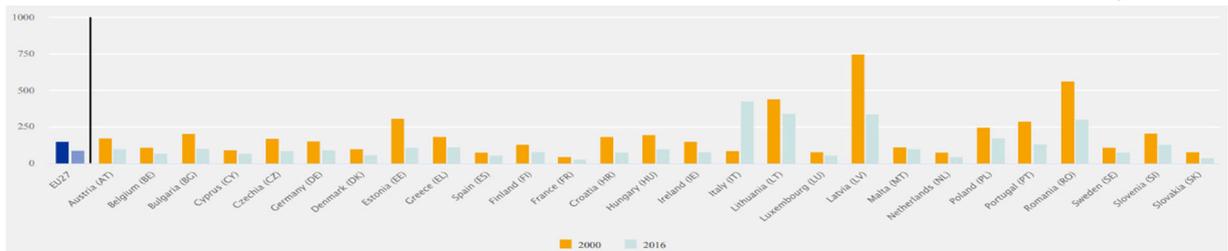
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 42: Prevalencia de los cánceres químicos relacionados con el trabajo



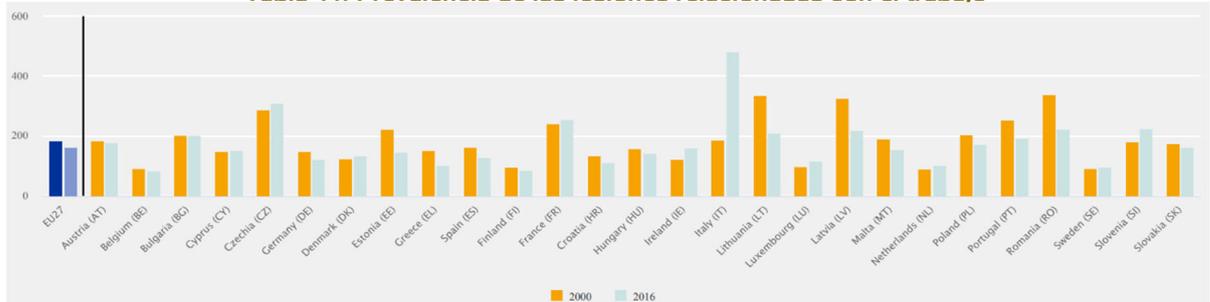
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 43: Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el trabajo



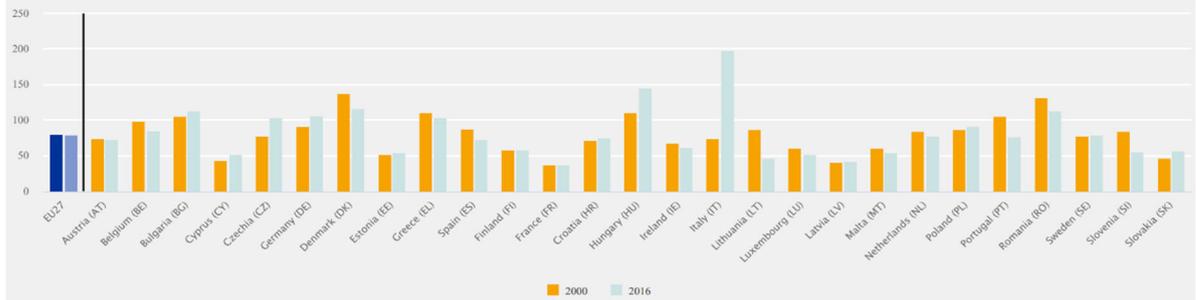
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 44: Prevalencia de las lesiones relacionadas con el trabajo



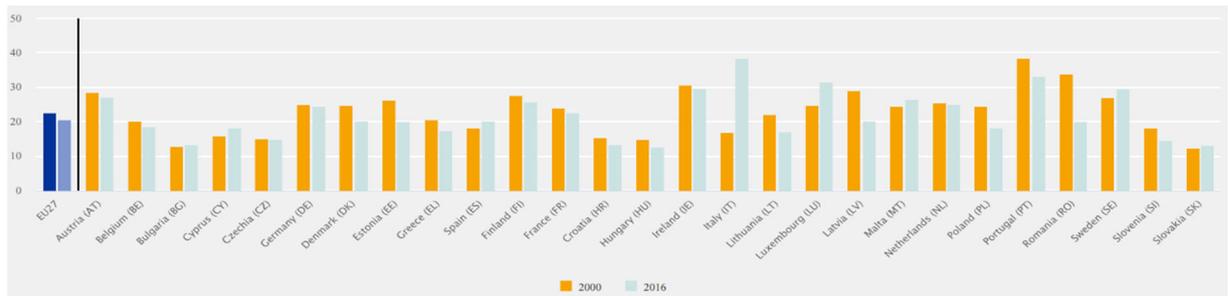
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 45: Prevalencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas relacionadas con el trabajo



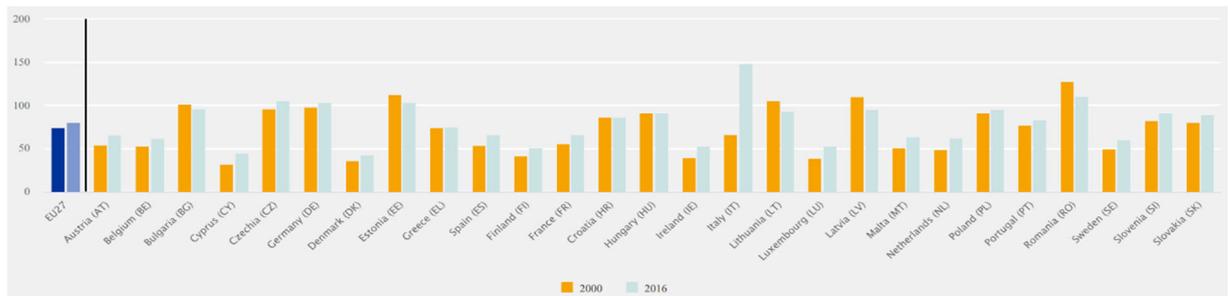
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 46: Prevalencia del asma relacionada con el trabajo



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 47: Prevalencia de la pérdida de audición relacionada con el trabajo



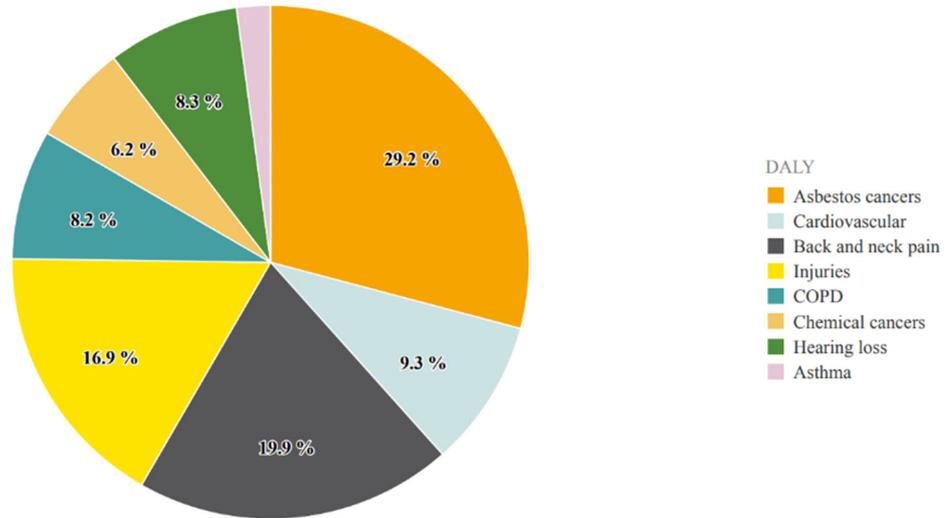
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Tabla 48: Prevalencia del dolor de espalda y nuca relacionado con el trabajo



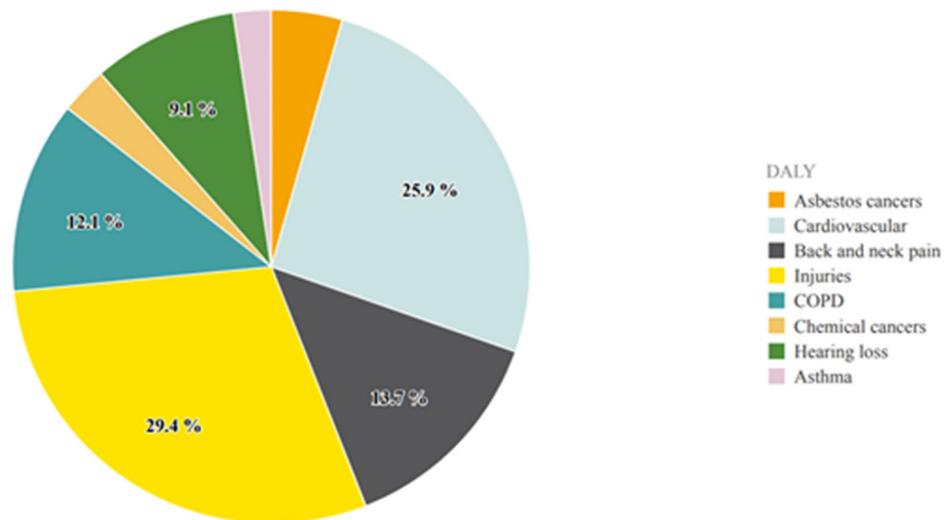
Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2000 y 2016. Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Gráfico 1: Enfermedades relacionadas con el trabajo (GLOBAL). Distribución por grupos de enfermedad



Fuente: Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Gráfico 2: Enfermedades relacionadas con el trabajo (GLOBAL)



Fuente: Work-related diseases - OSH BAROMETER - EU-OSHA corporate website (europa.eu)

Región de Iberoamérica

Estos datos reflejan la situación de las enfermedades profesionales en algunos países de Iberoamérica, destacando la importancia de la prevención y gestión adecuada de los riesgos laborales para proteger la salud de los trabajadores

Tabla 49: EEPP reconocidas en varios países de Iberoamérica

País	Número de EEPP	Año	Incidencia
Argentina	6.500	2021	0,5 casos por 1.000 trabajadores.
Brasil	15.000	2022	0,7 casos por 1.000 trabajadores.
Chile	4.200	2022	0,4 casos por 1.000 trabajadores.
Colombia	7.800	2021	
México	5.300	2022	0,45 casos por 1.000 trabajadores.
Perú	3.900	2021	0,35 casos por 1.000 trabajadores.
Uruguay	1.200	2021	0,3 casos por 1.000 trabajadores.
Venezuela	6,000	2022	
Ecuador	2.500	2022	0,4 casos por 1.000 trabajadores.
Paraguay	900	2022	0,25 casos por 1.000 trabajadores.
Bolivia	1.500	2022	
Costa Rica	1.800	2022	0,35 casos por 1.000 trabajadores.
Panamá	1.200	2022	
Cuba	3.500	2022	
República Dominicana	2.800	2022	

Los datos obtenidos sobre las enfermedades profesionales en la Región son muy dudosos.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ofrece datos de EEPP en su página web, pero no de todos los países, ni con el mismo año de publicación <https://ilostat.ilo.org/es/methods/concepts-and-definitions/description-occupational-safety-and-health-statistics/>

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) tiene datos de EEPP en su página web, pero no de todos los países, ni con el mismo año de publicación. <https://oiss.org/estrategia-iberoamericana/estadisticas-nacionales-e-internacionales/america-latina/>

D. EXISTENCIA DE LISTAS CERRADAS DE EEPP

Sistema de listas de enfermedades profesionales para los estados miembros de la OIT

La OIT ofrece a los Estados miembros, distintas opciones para identificar y reconocer las EEPP que generan el derecho de los trabajadores a recibir prestaciones (Tabla 50).

Tabla 50: Opciones para identificar y reconocer los EEPP en los estados miembros de la OIT

Sistema de listas	Lista de enfermedades en la que figuren, para identificar y reconocer las EEPP, al menos, las que se enumeran en el cuadro I del Convenio núm. 21 de la OIT y que serán reconocidas como EEPP cuando sean contraídas en las condiciones prescritas.
Sistema de definición genérica	Incluir en la legislación nacional una definición general de la EP, suficientemente amplia para que abarque, por lo menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del Convenio núm. 21.
Sistema mixto	Establecer una lista de enfermedades añadiendo, además, sea una definición general de EP o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes de las prescritas.

Las características del sistema de listas y de definición genérica se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 51: Características del Sistema de listas y de definición genérica

Sistema de listas	<ul style="list-style-type: none"> - Cubre sólo cierto número de EEPP. - Tiene la ventaja de que permite una enumeración de las enfermedades de origen supuestamente profesional. - Simplifica la labor de todas las partes, ya que a menudo es muy difícil, cuando no imposible, demostrar si una enfermedad puede atribuirse o no a la ocupación del trabajador. - Permite una indicación clara de dónde debe focalizarse la prevención.
Sistema de definición genérica	<ul style="list-style-type: none"> - Permite, en teoría, abarcar todas las EEPP. - Permite una protección más amplia y flexible, pero hace recaer en el trabajador la carga de probar el origen de la enfermedad. - Requiere en la práctica a menudo un arbitraje en casos individuales. - Mediante este sistema no se hace hincapié en la prevención específica.

La Tabla 52 recoge la comparación entre los distintos sistemas de listas.

Tabla 52: Comparación entre los distintos sistemas de listas

	Sistema de lista cerrada	Sistema de lista abierta	Sistema mixto
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita el diagnóstico al relacionarlo con la actividad desarrollada. - Conlleva la presunción legal de profesionalidad de las enfermedades contenidas en la lista. - Suelen ser más fáciles de aplicar, ya que proporcionan una guía clara para los médicos y otros profesionales sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es más flexible y puede adaptarse a nuevas EEPP que no estaban previstas inicialmente - Permiten una mayor flexibilidad a nuevas circunstancias y avances médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Combina elementos de los sistemas cerrados y abiertos, ofreciendo flexibilidad y al mismo tiempo una guía clara para el diagnóstico - Permiten una mayor flexibilidad a nuevas circunstancias y avances médicos.
Inconvenientes	<p>Puede ser rígido y no incluir todas las EEPP posibles, lo que puede llevar a la exclusión de casos válidos.</p>	<p>Puede ser más complicado de gestionar y llevar a confusión en la determinación de la causalidad entre la enfermedad y el trabajo.</p>	<p>Puede ser más complejo de implementar y requerir más recursos administrativos.</p>

En algunos sistemas, las enfermedades listadas tienen una presunción legal de ser profesionales, lo que facilita el proceso de reconocimiento y compensación.

Dadas las diferencias que existen entre ambos sistemas, muchos países prefieren utilizar el sistema mixto que combina las ventajas de los dos otros sistemas sin sus inconvenientes.

Europa

La Tabla 53 recoge los tipos de listas de EEPP adoptadas en los países europeos.

Tabla 53: Sistema de listas de EEPP adoptada en los países europeos

País	Regulación	Año de la regulación	Año de la actualización	Observaciones
Alemania	Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).	1997	2021	Sistema mixto
Austria	Berufskrankheiten-Verordnung.	1967	2020	Lista cerrada
Bélgica	Arrêté Royal.	1963	2019	Lista cerrada
Bulgaria	Наредба за професионалните болести.	2008	2021	Lista cerrada

País	Regulación	Año de la regulación	Año de la actualización	Observaciones
Croacia	Pravilnik o popisu profesionalnih bolesti.	2007	2020	Lista cerrada
Chipre	Κανονισμοί Επαγγελματικών Ασθενειών.	2002	2018	Lista cerrada
Dinamarca	Bekendtgørelse om erhvervs sygdomme.	2005	2021	Lista abierta
Eslovaquia	Zoznam chorôb z povolania.	2004	2019	Sistema mixto
Eslovenia	Seznam poklicnih bolezni..	2003	2020	Lista cerrada
Estonia	Töötervishoiu ja tööohutuse seadus	1999	2020	Lista abierta
Finlandia	Ammattitautilaki.	1988	2021	Lista abierta
Francia	Code de la Sécurité Sociale.	1945	2020	Lista cerrada
Grecia	Κανονισμοί Επαγγελματικών Ασθενειών.	2003	2019	Sistema mixto
Hungría	Foglalkozási megbetegedések listája.	2001	2020	Sistema mixto
Irlanda	Safety, Health and Welfare at Work Act.	2005	2018	Lista abierta
Italia	Decreto Legislativo 81/2008.	2008	2021	Lista cerrada
Letonia	Arodslimību saraksts.	2006	2020	Lista cerrada
Lituania	Profesinių ligų sąrašas.	2000	2019	Lista cerrada
Luxemburgo	Règlement grand-ducal.	1963	2018	Lista cerrada
Malta	List of Occupational Diseases.	2003	2019	Lista cerrada
Países Bajos	Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet).	1980	2019	Lista cerrada
Polonia	Wykaz chorób zawodowych.	2002	2020	Sistema mixto
Portugal	Decreto-Lei n.º 503/99.	1999	2019	Lista cerrada
República Checa	Seznam nemocí z povolání.	2001	2020	Sistema mixto
Rumanía	Lista bolilor profesionale.	2002	2019	Lista cerrada
Suecia	Arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsmiljö.	1977	2020	Lista abierta

Región de Iberoamérica

La Tabla 54 recoge los tipos de listas de EEP adoptadas en los países de la Región de Iberoamérica. La mayoría de los países en Iberoamérica utilizan listas cerradas de EEP, con algunas excepciones como Brasil, que utiliza una lista mixta

Tabla 54: Sistema de lista adoptado en los países de la Región de Iberoamérica

País	Regulación	Año de la regulación	Año de la actualización	Observaciones
Argentina	Decreto 658/96.	1996	2014	Lista cerrada
Brasil	Decreto 3048/99.	1999	2021	Sistema mixto
Chile	Ley 16.744.	1968	2019	Sistema mixto
Colombia	Decreto 1477 de 2014.	2014	2014	Sistema mixto
Costa Rica	Código de Trabajo.	1943	2018	Lista cerrada
Cuba	Resolución No. 31/2002.	2002	2015	Lista cerrada
Ecuador	Resolución No. C.D. 513.	2016	2016	Lista cerrada
El Salvador	Código de Trabajo.	1972	2017	Lista cerrada
Guatemala	Código de Trabajo.	1947	2018	Lista cerrada
Honduras	Código de Trabajo.	1959	2016	Lista cerrada
México	Ley Federal del Trabajo.	1970	2022	Sistema mixto
Nicaragua	Código del Trabajo.	1996	2019	Lista cerrada
Panamá	Código de Trabajo.	1971	2018	Lista cerrada
Paraguay	Decreto N° 14.390.	1992	2017	Lista cerrada
Perú	Decreto Supremo N° 003-98-SA.	1998	2016	Sistema mixto
República Dominicana	Código de Trabajo..	1992	2018	Lista cerrada
Uruguay	Decreto 406/88	1988	2015	Lista cerrada
Venezuela	Ley Orgánica de Previsión, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT).	2005	2012	Sistema mixto

E. ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

España

ERT que se califican como AATT (España) en relación con los siniestros que califican propiamente como AATT, en legislaciones que siguen ese criterio.

En España el artículo 156.2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en sus apartados e) y f), hace mención expresa a las enfermedades, no incluidas en la relación de EEPP, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Así mismo, se consideran CCPP las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

Por tanto, el requisito de que sea consecuencia exclusiva del trabajo remite a la valoración del facultativo, no sólo para determinar la enfermedad sino para apreciar que el origen es exclusivamente laboral, para lo que se requiere de un conocimiento suficiente de los procesos de producción. Ello necesariamente hace necesario fomentar la formación especializada en medicina del trabajo, así como un intercambio de conocimientos y valoraciones entre los distintos profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales.

En muchos casos, en los que no ha habido un traumatismo previo, resulta difícil diagnosticar el origen exclusivo laboral, dando lugar a diversas interpretaciones. Las patologías no traumáticas causadas por el trabajo protegidas por el sistema de la Seguridad Social se pueden estudiar y analizar a partir de la implantación del Sistema PANOTRATSS. Su objetivo principal es conocer estas patologías, estudiar su origen y las causas que las producen para facilitar las medidas de prevención. La información que pone de manifiesto PANOTRATSS puede ser fundamental para proponer y elaborar criterios más precisos para el diagnóstico y calificación adecuada de estas enfermedades.

El sistema PANOTRATSS puede facilitar el estudio específico y la comparación de los diagnósticos considerados de origen laboral con los mismos diagnósticos considerados como enfermedad común, a fin de avanzar en precisión y ayudar a la diferenciación desde el punto de vista legal en la declaración de contingencia. Otro tema importante es la valoración específica de los costes asumidos, según se trata de una u otra contingencia, por la SS y las prestaciones recibidas por el trabajador.

A través de PANOTRATSS, implantado en 2010, se obtiene información sobre las enfermedades no incluidas en la lista de EEPP que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de este, así como las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. La información que proporciona este fichero se considera fundamental para elaborar estadísticas de las enfermedades causadas por el trabajo, completando así la información que hasta el momento se reducía a las EEPP.

En 2023 se han detectado 2.553 patologías no traumáticas, 2.281 son enfermedades causadas por el trabajo y 272 son enfermedades agravadas por el trabajo.

Respecto a 2022 se produjo un decremento en el número de partes comunicados (-10,5%), que se concentra en los expedientes con baja (-17,3%) (Tabla 55).

Tabla 55: Partes comunicados en PANOTRATSS en 2012-2023

	Con baja	Sin baja	Suma	% Δ
2012	3.587	5.011	8.598	
2013	3.346	3.514	6.860	-20,2
2014	3.131	2.558	5.689	-17,1
2015	3.096	2.402	5.498	-3,4
2016	3.642	2.035	5.677	3,3
2017	2.690	2.014	4.704	-17,1
2018	3.288	2.555	5.843	24,2
2019	2.775	2.522	5.297	-9,3
2020	1.713	1.598	3.311	-37,5
2021	1.388	990	2.378	-28,2
2022	1.855	999	2.854	20,0
2023	1.534	1.019	2.553	-10,5

El 60,1% de los partes de patologías no traumáticas comunicados en 2023 han tenido baja laboral, y el mayor número se comunica para hombres, concretamente un 66,6% del total.

Por grupos de edad, el intervalo comprendido entre los 45 y 49 años es el que concentra mayor número de partes comunicados, un 15,9%.

Tabla 56: Partes comunicados en PANOTRATSS por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	CON BAJA			SIN BAJA			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Menos de 20	9	3	12	14	2	16	23	5	28
De 20 a 24	66	28	94	44	15	59	110	43	153
De 25 a 29	89	58	147	82	35	117	171	93	264
De 30 a 34	103	55	158	69	35	104	172	90	262
De 35 a 39	127	51	178	98	39	137	225	90	315
De 40 a 44	153	72	225	92	38	130	245	110	355
De 45 a 49	164	83	247	107	51	158	271	134	405
De 50 a 54	119	75	194	84	43	127	203	118	321
De 55 a 59	112	45	157	69	46	115	181	91	272
De 60 a 64	75	38	113	38	13	51	113	51	164
Igual y más de 65	4	5	9	2	3	5	6	8	14
Total	1.021	513	1.534	699	320	1.019	1.720	833	2.553

La distribución de los partes comunicados, con baja y sin baja, por comunidad Autónoma se recoge en la Tabla 57.

Tabla 57: Partes comunicados en PANOTRATSS, con baja y sin baja, distribuidos por Comunidad Autónoma

Comunidad autónoma	Con baja	Sin baja	Total
ANDALUCIA	119	72	191
ARAGON	100	28	128
ASTURIAS (PPDO. DE)	68	18	86
BALEARES (ISLAS)	25	31	56
CANARIAS	36	40	76
CANTABRIA	13	9	22
CASTILLA Y LEON	79	74	153
CASTILLA-LA MANCHA	42	34	76
CATALUÑA	293	122	415
CMDAD. VALENCIANA	242	248	490
EXTREMADURA	20	7	27
GALICIA	91	34	125
MADRID (CMDAD. DE)	170	113	283
MURCIA (REGION DE)	148	44	192
NAVARRA (CMDAD. FORAL DE)	19	10	29
PAIS VASCO	46	113	159
LA RIOJA	22	21	43
CEUTA Y MELILLA	1	1	2
Total	1.534	1.019	2.553

Las enfermedades del aparato locomotor (59,6%), seguidas de las enfermedades de los sentidos, 10,6% del total de partes comunicados han sido las más frecuentes en 2023.

Le siguen las enfermedades de la piel (6,3%) y los desórdenes mentales (5,6%).

Figura 1: Patologías no traumáticas causadas por el trabajo

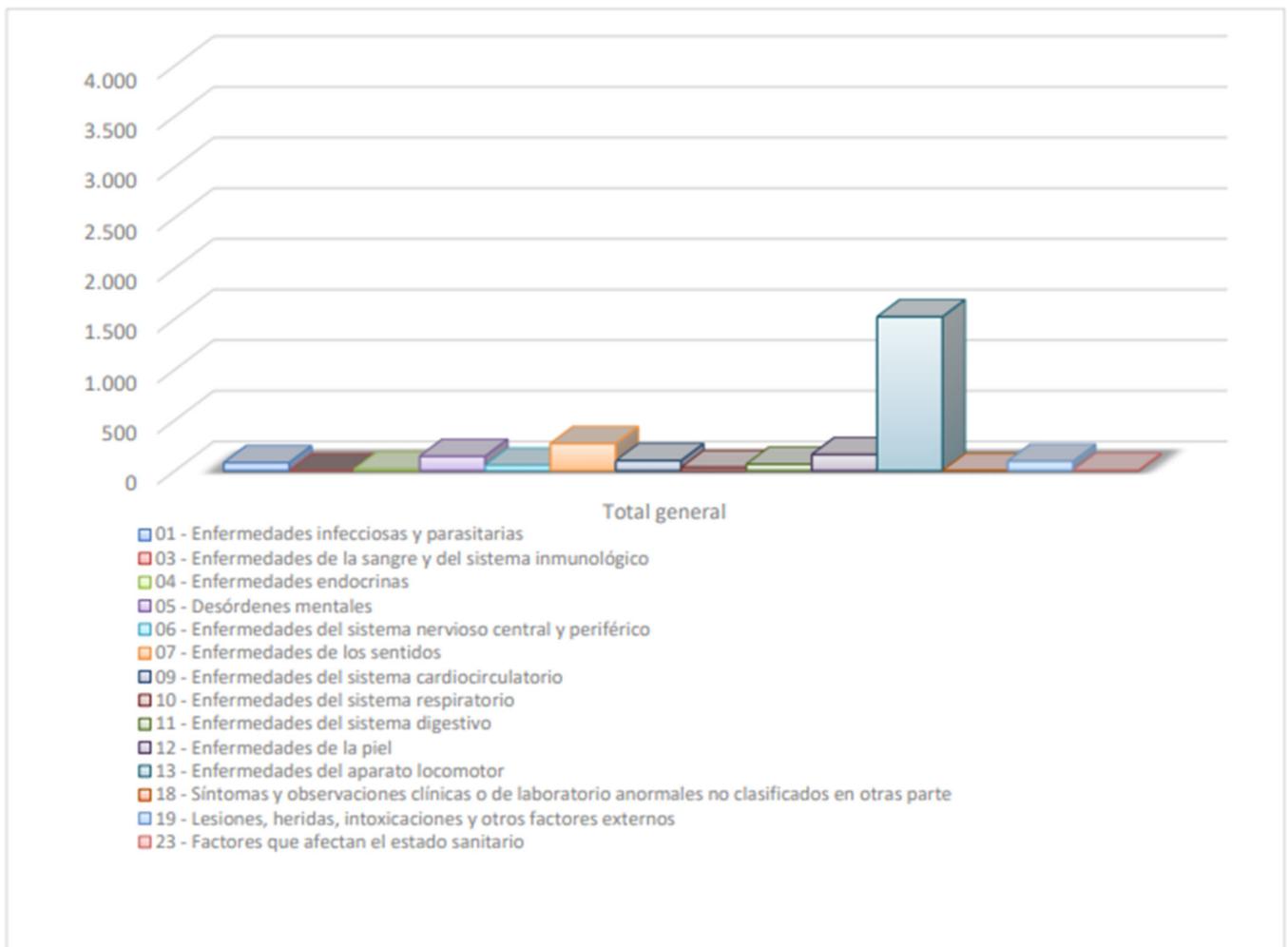


Tabla 58: Partes comunicados en PANOTRATSS por patología y categoría

Tipo patología / Categoría		Número
Enfermedad causada por el trabajo		
01 - Enfermedades infecciosas y parasitarias		55
03 - Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico		1
04 - Enfermedades endocrinas		16
05 - Desórdenes mentales		127
06 - Enfermedades del sistema nervioso central y periférico		47
07 - Enfermedades de los sentidos		266
09 - Enfermedades del sistema cardiocirculatorio		72
10 - Enfermedades del sistema respiratorio		30
11 - Enfermedades del sistema digestivo		60
12 - Enfermedades de la piel		151
13 - Enfermedades del aparato locomotor		1.359
18 - Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes		1
19 - Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos		90
23 - Factores que afectan el estado sanitario		6
Total		2.281
Enfermedad o defecto agravado por el trabajo		
01 - Enfermedades infecciosas y parasitarias		25
05 - Desórdenes mentales		17
06 - Enfermedades del sistema nervioso central y periférico		9
07 - Enfermedades de los sentidos		4
09 - Enfermedades del sistema cardiocirculatorio		29
10 - Enfermedades del sistema respiratorio		4
11 - Enfermedades del sistema digestivo		6
12 - Enfermedades de la piel		10
13 - Enfermedades del aparato locomotor		162
18 - Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes		1
19 - Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos		5
23 - Factores que afectan el estado sanitario		
Total		272
Total Patologías		2.553

Tabla 59: Partes comunicados en PANOTRATSS por tipo de patología (causada por el trabajo)

Categoría / Enfermedad	Número
01.-Enfermedades infecciosas y parasitarias	
b. Otras enfermedades víricas	54
n. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	1
Total	55
03 - Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	
a. Coagulopatías y otras enfermedades de la sangre y órganos relacionados	1
Total	1
04.-Enfermedades endocrinas	
a. Trastorno del metabolismo	16
Total	16
05.-Desórdenes mentales	
a. Desórdenes afectivos	2
b. Trastornos fóbicos y neuróticos	21
n. Otros desórdenes mentales	104
Total	127
06.-Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	
a. Enfermedades agudas del sistema nervioso central	3
e. Trastornos localizados de los nervios	41
f. Neuropatías y polineuropatías	3
Total	47
07.-Enfermedades de los sentidos	
a. Alteraciones de la visión y ceguera	40
b. Afecciones de la conjuntiva	72
c. Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos ciliares	7
e. Afecciones del interior del ojo y de la retina	1
h. Alteraciones de la visión y ceguera	3
i. Enfermedades del oído medio	4
j. Enfermedades del oído interno	11
k. Otras enfermedades del oído	2
n. Otras enfermedades de los sentidos	126
Total	266
09.-Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	
a. Enfermedad cardíaca isquémica	57
c. Otras enfermedades cardíacas	4
d. Enfermedades de la circulación cerebral	7
e. Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos	4
Total	72
10 - Enfermedades del sistema respiratorio	
a. Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior	7
b. Otras enfermedades de las vías respiratorias altas	4
c. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	3
d. Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas	16
Total	30

Categoría / Enfermedad	Número
11.-Enfermedades del sistema digestivo	
a. Enfermedades de la boca y de los dientes	5
b. Hernias	55
Total	60
12.-Enfermedades de la piel	
a. Infecciones de la piel y subcutáneas	32
e. Urticaria y eritema	10
f. Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos	14
g. Enfermedades de los órganos accesorios de la piel	5
h. Otras enfermedades de la piel	90
Total	151
13.-Enfermedades del aparato locomotor	
c. Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	858
e. Osteopatías y condropatías	1
n. Otras enfermedades del aparato locomotor	500
Total	1.359
18.-Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	
n. Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	1
Total	1
19.-Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	
c. Lesiones por otras causas externas	50
n. Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	40
Total	90
23.-Factores que afectan el estado sanitario	
a. Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias	6
Total	6
Total enfermedades causadas por el trabajo	2.281

Tabla 60: Partes comunicados en PANOTRATSS por tipo de patología (Enfermedad o defecto agravado por el trabajo)

Categoría / Enfermedad	Número
01 - Enfermedades infecciosas y parasitarias	
b. Otras enfermedades víricas	8
n. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	17
Total	25
05.-Desórdenes mentales	
a. Desórdenes afectivos	1
n. Otros desórdenes mentales	16
Total	17

Categoría / Enfermedad	Número
06.-Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	
a. Enfermedades agudas del sistema nervioso central	2
e. Trastornos localizados de los nervios	7
Total	9
07.-Enfermedades de los sentidos	
i. Enfermedades del oído medio	1
n. Otras enfermedades de los sentidos	3
Total	4
09.-Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	
a. Enfermedad cardíaca isquémica	21
c. Otras enfermedades cardíacas	3
d. Enfermedades de la circulación cerebral	3
e. Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos	2
Total	29
10 - Enfermedades del sistema respiratorio	
a. Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior	2
c. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	2
Total	4
11.-Enfermedades del sistema digestivo	
a. Enfermedades de la boca y de los dientes	1
b. Hemias	5
Total	6
12.-Enfermedades de la piel	
a. Infecciones de la piel y subcutáneas	2
e. Urticaria y eritema	1
f. Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos	3
h. Otras enfermedades de la piel	4
Total	10
13.-Enfermedades del aparato locomotor	
c. Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	128
n. Otras enfermedades del aparato locomotor	34
Total	162
18 - Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes	
n. Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	1
Total	1
19.-Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	
c. Lesiones por otras causas externas	2
n. Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	3
Total	5
Total enfermedades agravadas por el trabajo	272

Respecto a las actividades económicas, el mayor número de patologías se da en industria manufacturera (22,2%), seguida del comercio al por mayor y al por menor y reparación de vehículos de motor y motocicletas (13,4%).

Tabla 61: Partes comunicados en PANOTRATSS por categoría de patología y actividad económica

Actividades económicas	A	B	C	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	Total
Enfermedades infecciosas y parasitarias			6		3	4		1				2		2	62				80
Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	1																		1
Enfermedades endocrinas				1	2			8			2	1		2					16
Desórdenes mentales			11		4	13	28	9	5		1	12	12	8	32	5	2		144
Enfermedades del sistema nervioso	4		17		5	9	6	4			1	5	3		1				56
Enfermedades de los sentidos	11		89	3	55	21	7	7		1	6	45	7	3	8	5			270
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	7		10	1	12	10	20	2				11	9	3	10	2	1	2	101
Enfermedades del sistema respiratorio	2		7	1	4	4		4	1		2	5	1	1		2			34
Enfermedades del sistema digestivo	4	1	27		5	5	5	2				8	5	1	2		1		66
Enfermedades de la piel	11		59	3	12	14	2	5		2	1	19	5	4	15	5	4		161
Enfermedades del aparato locomotor	54		321	24	187	255	91	108	3	3	19	197	65	14	124	20	22	4	1.521
Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no												1					1		2
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	3		20		24	5	8	7			3	16	1		4	2	2		95
Factores que afectan el estado sanitario															6				6
Total	97	1	567	32	312	342	167	149	17	6	33	323	109	36	266	42	32	6	2.553

- A - Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca
- B - Industrias extractivas
- C - Industria manufacturera
- D - Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado
- E - Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
- F - Construcción
- G - Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
- H - Transporte y almacenamiento
- I - Hostelería
- J - Información y comunicaciones
- K - Actividades financieras y de seguros
- L - Actividades inmobiliarias
- M - Actividades profesionales, científicas y técnicas
- N - Actividades administrativas y servicios auxiliares
- O - Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria
- P - Educación
- Q - Actividades sanitarias y de servicios sociales
- R - Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento
- S - Otros servicios
- T - Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio

De acuerdo con la información proporcionada por CEPROSS y PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo), en 2023 se produjeron 28.178 enfermedades causadas por el trabajo, 25.625 corresponden a expedientes de EEPP y 2.553 a expedientes de patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo.

Tabla 62: Enfermedades causadas por el trabajo en 2023

	2023	% Δ
CEPROSS	25.625	14,36
PANOTRATSS	3.780	- 13,50
Total	29.405	9,81

Europa

El número de AATT ha disminuido un 25 % en los últimos 10 años. Sin embargo, las ERT suponen alrededor de 2,4 millones de muertes en todo el mundo cada año, de las que 200.000 ocurren en Europa.

La labor de la EU-OSHA en el ámbito de las ERT tiene como objetivo proporcionar una base empírica en materia de prevención, política y práctica. Otro objetivo importante es aportar una mejor visión general de la magnitud de la carga profesional que suponen las enfermedades.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo incluyen:

- Trastornos musculoesqueléticos.
- Estrés y trastornos mentales.
- Cáncer relacionado con el trabajo.
- Enfermedades de la piel.
- Enfermedades relacionadas con el trabajo producidas por agentes biológicos.

En 2015, la EU-OSHA puso en marcha un proyecto general que aborda tres áreas de investigación, política y práctica sobre las enfermedades relacionadas con el trabajo:

- Rehabilitación y reincorporación al trabajo después del cáncer.
- Enfermedades relacionadas con el trabajo producidas por agentes biológicos.
- Sistemas de alerta y de vigilancia para la seguridad y la salud en el trabajo.
- Metodologías para identificar las ERT: revisión de los enfoques centinela y de alerta.

F. CALIFICACIÓN DE LAS EEPP POR LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES O ENTIDADES EXTERNAS

La calificación de las EEPP puede ser llevada a cabo por organismos administradores del seguro de AATT y EEPP o por entidades externas especializadas. En muchos países, los **organismos administradores del seguro de AATT y EEPP** son responsables de evaluar los casos presentados, analizar los antecedentes médicos y laborales del trabajador, y determinar si la enfermedad es de origen profesional.

Tabla 63: Ventajas e inconvenientes de que la calificación de EEPP sea llevada a cabo por organismos administradores del seguro de AATT y EEPP

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona criterios uniformes y estandarizados para la calificación de enfermedades. - Los organismos administradores suelen contar con personal especializado en salud laboral. - Facilita la gestión y el seguimiento de los casos de EEPP. - Proceso más transparente y con mayor control administrativo. - Asegura que los trabajadores afectados reciban la protección y beneficios correspondientes. - Fomenta la prevención y control de riesgos laborales. - Permite la actualización periódica de las listas de EEPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede haber falta de flexibilidad para casos específicos o excepcionales. - Puede haber variabilidad en la interpretación y aplicación de los criterios entre regiones. - La burocracia puede ralentizar el proceso de calificación y reconocimiento. - Puede generar desconfianza entre los trabajadores si perciben falta de imparcialidad. - Puede haber limitaciones en la cobertura de nuevas enfermedades no incluidas en las listas. - Puede centrarse más en la compensación que en la prevención de nuevas enfermedades. - La actualización puede ser lenta y no reflejar rápidamente los avances científicos y técnicos.

En algunos casos, la calificación puede ser realizada por entidades externas especializadas, como comités de expertos o instituciones académicas, que pueden ofrecer una evaluación imparcial y basada en evidencia científica, lo que puede aumentar la credibilidad del proceso (Tabla 64).

Tabla 64: Ventajas e inconvenientes de que la calificación de EEPP sea llevada a cabo por entidades externas especializadas

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> - Imparcialidad (la participación de entidades externas puede reducir el sesgo y aumentar la transparencia del proceso de calificación). - Especialización (las entidades externas suelen contar con expertos en salud ocupacional y epidemiología, lo que puede mejorar la precisión de las evaluaciones). - Confianza del trabajador (un proceso de calificación transparente y basado en evidencia puede aumentar la confianza de los trabajadores en el sistema de seguridad social). 	<ul style="list-style-type: none"> - Coste (la participación de entidades externas puede aumentar los costes del proceso de calificación, lo que puede ser una barrera para su implementación generalizada). - Tiempo (la coordinación entre organismos administradores y entidades externas puede alargar el tiempo necesario para completar el proceso de calificación). - Acceso (en algunos países, la disponibilidad de entidades externas especializadas puede ser limitada, lo que puede dificultar su participación en el proceso de calificación).

España

En España, la calificación de las EEPP se realiza principalmente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que son entidades privadas autorizadas para gestionar las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de AATT y EEPP.

Europa

En Europa, la calificación de las EEPP se realiza de manera similar a España, con algunas variaciones según el país. Cada país tiene su propio organismo administrador encargado de gestionar las EEPP (Tabla 65).

Tabla 65: Organismos administradores encargados de gestionar las EEPP en Europa

País	Organismo Administrador
España	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.
Francia	Sécurité Sociale y Mutuelles.
Alemania	Berufsgenossenschaften (Cajas de Seguros de Accidentes Laborales).
Italia	Instituto Nacional de la Seguridad Social en el Trabajo (INAIL).
Portugal	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
Reino Unido	Health and Safety Executive (HSE) y Mutuals.
Países Bajos	Stichting Pensioenfonds ABP y Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW).
Bélgica	Mutualités/ziekenfondsen.
Austria	Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) y Versicherungskasse für Bauarbeitnehmer (VAB).
Dinamarca	Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP)..
Suecia	Arbetsmiljöverket (Autoridad de Seguridad y Salud en el Trabajo)

Región de Iberoamérica

La calificación de las EEPP en Iberoamérica es un proceso que generalmente involucra a organismos administradores del seguro social y entidades externas especializadas. En la región de Iberoamérica, la calificación de las EEPP varía según el país, pero generalmente sigue un proceso similar. Los organismos son responsables de evaluar las solicitudes de EEPP, proporcionar asistencia médica y ofrecer indemnizaciones a los trabajadores afectados.

(Tabla 66).

Tabla 66: Organismos administradores encargados de gestionar las EEPP en la región de Iberoamérica

País	Organismo Administrador
Chile	Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).
México	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
Brasil	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
Argentina	Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
Colombia	Instituto de Seguros Sociales (ISS).
Perú	Seguro Social de Salud (ESSALUD).
Uruguay	Instituto Nacional de las Prestaciones Sociales del Trabajo (INPST).
Paraguay	Instituto Nacional de Previsión Social (INPS).
Ecuador	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).
Venezuela	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).
Panamá	Caja de Seguro Social (CSS).
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
Nicaragua	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).
El Salvador	Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
Guatemala	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
Honduras	Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
Bolivia	Seguro Social (SOBSE).

G. REFLEXIÓN SOBRE LA FIGURA DEL MONOCOTIZANTE PARA EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

El proyecto de ley presentado en Chile busca perfeccionar el sistema de calificación de EEPP y establece la posibilidad de monocotizar para trabajadores independientes. Este régimen transitorio de monocotización se aplica por un máximo de cuatro años, facilitando la incorporación de estos trabajadores al Seguro de AATT y EEPP.

Es una medida que busca ampliar la cobertura de protección social a un grupo de trabajadores que tradicionalmente ha estado desprotegido. Sin embargo, su éxito depende de la implementación de estrategias efectivas para aumentar la participación y garantizar una cobertura adecuada. Es fundamental que los gobiernos y las instituciones de seguridad social trabajen en la sensibilización y en la adaptación de las cotizaciones a las capacidades económicas de los trabajadores independientes para maximizar los beneficios de esta figura.

Tabla 67: Ventajas e inconvenientes de la figura del monocotizante para el seguro de AATT y EEPP

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de la cobertura: permite que los trabajadores independientes, que no están obligados a afiliarse, puedan acceder a la protección social en caso de AATT y EEPP. Esto es especialmente relevante en sectores con alta informalidad laboral. - Flexibilidad: ofrece una opción voluntaria que se adapta a las necesidades y capacidades económicas de los trabajadores independientes, permitiéndoles elegir si desean cotizar y protegerse. - Inclusión social: contribuye a la inclusión social y a la reducción de la vulnerabilidad de los trabajadores independientes, quienes a menudo carecen de acceso a sistemas de seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja participación: la voluntariedad puede resultar en una baja participación, ya que muchos trabajadores independientes pueden no estar conscientes de los beneficios o pueden no tener los recursos para cotizar regularmente. - Cobertura insuficiente: la cotización voluntaria puede no ser suficiente para cubrir todos los riesgos y necesidades de los trabajadores independientes, especialmente en casos de enfermedades graves o accidentes severos. - Desigualdad: puede generar desigualdades entre los trabajadores independientes que pueden permitirse cotizar y aquellos que no, perpetuando la falta de protección para los más vulnerables.

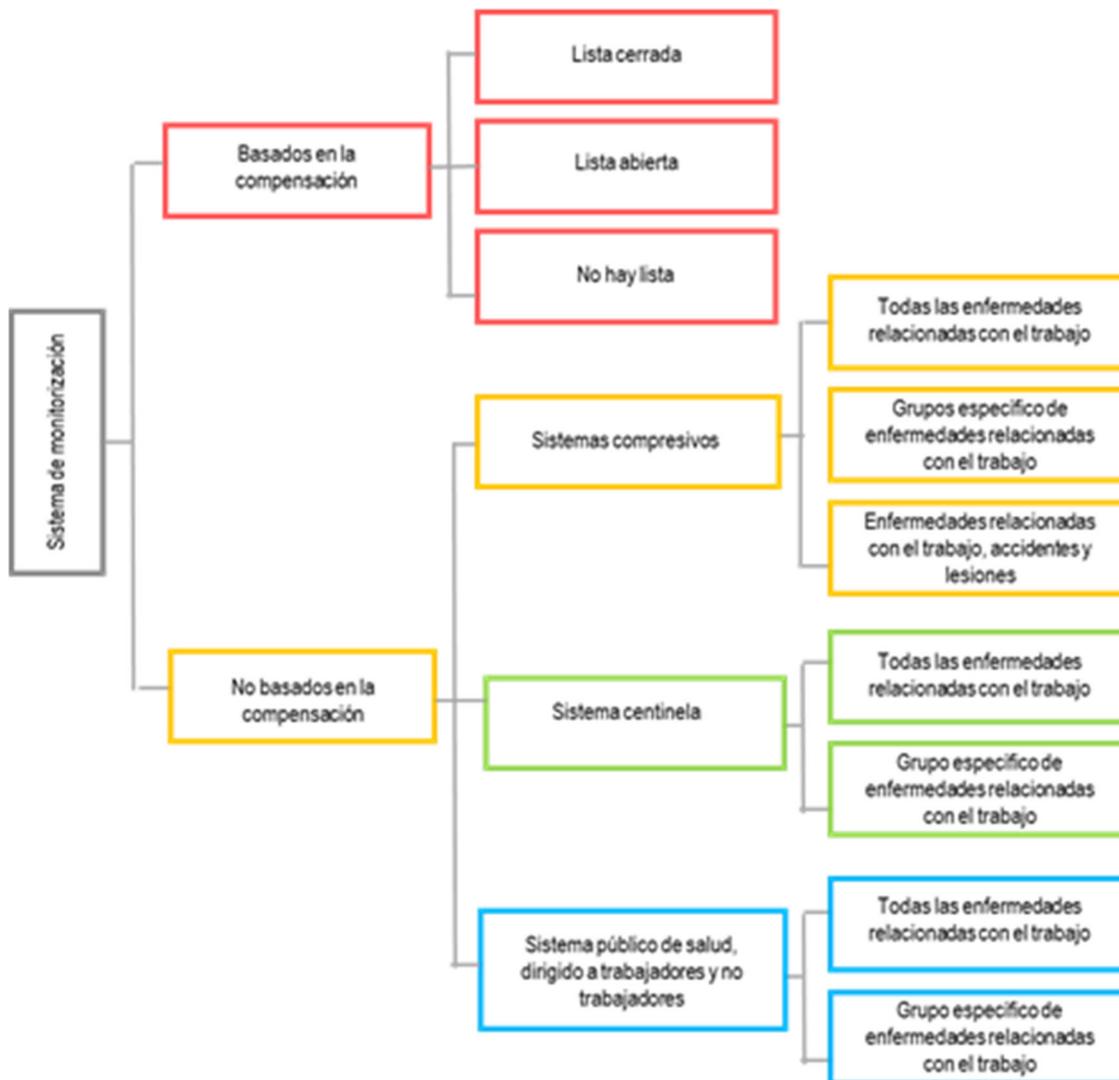
En España, los trabajadores autónomos cotizan al sistema de seguridad social para cubrir riesgos de accidentes de trabajo y EEPP.

En México, los trabajadores independientes pueden afiliarse voluntariamente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para acceder a la protección en caso de AATT y EEPP. Aunque esta opción existe, la cobertura sigue siendo limitada debido a la baja participación y a la falta de recursos de muchos trabajadores independientes.

H. SISTEMA DE ALERTA Y CENTINELA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Los sistemas de alerta y centinela permiten la identificación precoz de las ERT. Son útiles para complementar las cifras oficiales de EEPP y para establecer una prevención basada en pruebas (Figura 2). Sin embargo, solo hay un número limitado de estos sistemas.

Figura 2: Tipos de sistemas de alerta y centinela



La vigilancia de la salud pública consiste en la recopilación, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos, estrechamente integrada con la difusión oportuna de estos

datos a los responsables de prevenir y la prevención y el control de enfermedades y lesiones. La vigilancia difiere del cribado en el sentido de que su objetivo es recopilar datos para medir la magnitud, los cambios y las tendencias de las enfermedades y lesiones. El cribado, por el contrario, pretende identificar a las personas infectadas o enfermas con el objetivo de intervenir personalmente o proteger a la población.

En el contexto de la salud laboral, la vigilancia de la salud es un conjunto de actividades de control y seguimiento de enfermedades y lesiones profesionales y relacionadas con el trabajo. La información sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades y lesiones profesionales y relacionadas con el trabajo proporciona una base sólida para la prevención y el control. Los datos permiten analizar tendencias, determinar las prioridades y estrategias de investigación y control, y evaluar la eficacia de las intervenciones.

La vigilancia de la salud laboral también puede conducir al descubrimiento de nuevas asociaciones entre los agentes ocupacionales y las enfermedades que los acompañan.

Los sistemas de notificación en salud laboral son sistemas de vigilancia pasiva (Tabla 68). La recogida de datos en estos sistemas depende de los notificadores (médicos del trabajo, médicos generalistas, médicos especialistas, etc.), que bien voluntariamente, bien porque están obligados por ley a hacerlo, notifican los casos identificados en su en su práctica diaria. El subregistro y la infranotificación son problemas habituales en este tipo de sistemas.

Un sistema de vigilancia centinela puede utilizarse cuando se necesitan datos de alta calidad sobre una enfermedad concreta que no pueden obtenerse mediante un sistema de vigilancia centinela.

Tabla 68: Aspectos generales de los tipos de sistemas de vigilancia

Sistema	Descripción	Fortalezas	Debilidades	Ejemplos de países y nombres de sistemas
Sistema de alerta temprana	Monitorea condiciones específicas como humo, calor, gases tóxicos, etc.	Reducción de tiempos de respuesta, protección proactiva, cumplimiento normativo.	Puede requerir inversión inicial significativa, necesidad de mantenimiento regular.	Estados Unidos (HAZWOPER), Japón (J-ALERT), Alemania (GMA).
Sistema de centinela	Utiliza grupos seleccionados de trabajadores para detectar enfermedades tempranas.	Detección temprana de enfermedades, datos detallados y específicos.	Cobertura limitada, puede no representar a todos los grupos de trabajadores.	Suecia (Swedish Sentinel Surveillance System), Francia (Surveillance Santé au Travail), Canadá (Canadian Occupational Disease Surveillance System).

Sistema	Descripción	Fortalezas	Debilidades	Ejemplos de países y nombres de sistemas
Sistema de supervisión de salud ocupacional	Recopila y analiza datos de salud ocupacional a nivel nacional.	Amplia cobertura, datos detallados y longitud de seguimiento.	Puede ser complejo y costoso de implementar, puede haber retrasos en la recopilación de datos.	Reino Unido (HSE), Australia (Safe Work Australia), España (CEPROSS, INSST).

Europa

La Tabla 69 recoge la comparación de algunos sistemas de alerta y centinela para la identificación de EEPP en Europa.

Tabla 69: Comparativa de algunos sistemas de alerta y centinela para la identificación de EEPP en Europa

Sistema	País	Descripción	Enfermedades objetivo	Características principales
RNV3P	Francia	Red Nacional de Vigilancia y Prevención de Patologías Profesionales.	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	Recopila datos de centros de salud laboral y analiza tendencias para identificar riesgos emergentes y EEPP.
THOR	Reino Unido	The Health and Occupation Reporting Network.	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	Una red de médicos especializados reporta casos de enfermedades ocupacionales, lo que permite una vigilancia continua y la identificación temprana de problemas de salud relacionados con el trabajo.
SIGNAAL	Países Bajos/Bélgica	Sistema de Alerta y Vigilancia.	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	Este sistema permite la notificación voluntaria de EEPP por parte de médicos y otros profesionales de la salud, facilitando la detección temprana y la prevención.
SUVA	Suiza	Seguro Suizo de Accidentes.	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	El sistema de notificación obligatoria de SUVA asegura que se recopilen datos completos sobre EEPP, lo que permite un análisis detallado y la implementación de medidas preventivas.

Fuente: <https://visualisation.osha.europa.eu/osh-barometer/accidents-diseases-well-being/work-related-diseases/who-ilo/prevalence-of-diseases/all-diseases>

Región de Iberoamérica

La Tabla 70 recoge la comparación de algunos sistemas de alerta y centinela para la identificación de EEPP en la región de Iberoamérica.

Tabla 70: Comparativa de algunos sistemas de alerta y centinela para la identificación de EEPP en la región de Iberoamérica

Sistema	País	Descripción	Enfermedades objetivo	Características principales
SISVEL	Brasil	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud del Trabajador.	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	Recopilación de datos de centros de salud laboral, análisis de tendencias y riesgos emergentes.
SIVIGILA	Colombia	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.	Enfermedades infecciosas, respiratorias, dermatológicas, entre otras.	Red de médicos y profesionales de la salud que reportan casos de enfermedades ocupacionales.
RENATRE	Argentina	Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores..	Enfermedades relacionadas con el trabajo agrícola, como intoxicaciones por pesticidas y musculoesqueléticas.	Sistema de notificación obligatoria, análisis de datos y prevención de riesgos.
SISALRIL	República Dominicana	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales	Enfermedades respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, entre otras.	Sistema de notificación y vigilancia de EEPP, con enfoque en la prevención.

La Tabla 71 recoge las dificultades que afrontan algunos sistemas de alerta y centinela.

Tabla 71: Dificultades que afrontan algunos sistemas de alerta y centinela

- Visibilidad del sistema.
- Motivación de los denunciantes para notificar casos a los sistemas (los médicos son los principales notificadores de la mayoría de los sistemas).
- Evaluaciones adecuadas de la exposición.
- Normalización y control de calidad de los datos recopilados, ya que la calidad de los datos determina la calidad de la evaluación de la relación laboral.
- Concienciación y mecanismos para la detección de nuevos o emergentes.
- Vínculo con la prevención: la colaboración entre los agentes de los sistemas y los organismos públicos de SST es un factor clave para garantizar el vínculo entre estos sistemas y la prevención.
- Comunicación bidireccional. La comunicación bidireccional entre los expertos de los sistemas y los agentes en el lugar de trabajo también es clave para identificar los riesgos, los sectores de riesgo, la incidencia de los resultados y las tendencias en materia de SST. .

La Tabla 72 recoge las recomendaciones para la aplicación de estos sistemas de alerta y vigilancia centinela en los países en los que no existen sistemas de este tipo, con dos alternativas.

Tabla 72: Recomendaciones para la aplicación de estos sistemas de alerta y vigilancia centinela en los países de en los que no existen sistemas de este tipo sistemas de alerta y centinela, con dos alternativas

- **Primera opción:** El desarrollo de novo de un sistema de alerta y centinela específicamente diseñado para detectar ERT, basado en un sistema «modelo» compuesto por las principales características identificadas como importantes en los ejemplos de enfoques de alerta y centinela mencionados en el documento.
- **Segunda opción:** La integración de un aspecto de alerta y centinela en un sistema existente diseñado principalmente para otros fines, por ejemplo, compensación, estadísticas, vigilancia de la salud pública- siguiendo los ejemplos de sistemas que no son «puramente» sistemas de alerta y vigilancia.

No existe un sistema de vigilancia ideal para las enfermedades emergentes o nuevas.

Al aplicar enfoques centinela, las partes interesadas deben tener en cuenta el contexto ocupacional existente y aprender de los ejemplos de buenas prácticas de otros países. Además, deben tratar de aplicar complementarios a los ya existentes.

La principal laguna en cuanto al seguimiento de grupos específicos de ERT es el seguimiento de las ERT multifactoriales y/o de larga duración, como las enfermedades mentales, las enfermedades musculoesqueléticas o determinados tipos de cáncer.

La mejora de la notificación de datos sobre las evaluaciones de la exposición y el establecimiento de criterios de evaluación claramente definidos para la evaluación de las ERT.

En cuanto a los sectores económicos, la atención se sigue centrando en los sectores tradicionales, como la agricultura y la construcción, sectores importantes como la hostelería, la restauración y la hostelería o sectores «más nuevos» y en crecimiento como los servicios de comunicación e informáticos, la hostelería y la restauración. La mejora de la notificación de datos sobre las evaluaciones de la exposición y el establecimiento de criterios de evaluación claramente definidos para evaluar la relación con el trabajo serían de gran ayuda.

También faltan sistemas centinela y de alerta que detecten posibles trastornos de la salud relacionados con el trabajo y relacionados con tecnologías nuevas y emergentes, como las nanotecnologías.

La comunicación bidireccional entre las partes interesadas y los propietarios/investigadores implicados en los sistemas es esencial para el mantenimiento a largo plazo de los sistemas de alerta y centinela y su relación efectiva con la prevención. Las partes interesadas clave en materia de prevención son los agentes del lugar de trabajo (incluidos los empresarios y los representantes de los trabajadores), las organizaciones y los servicios de salud de trabajo) y las autoridades de salud laboral (y pública).

El desarrollo de un sistema de alerta y vigilancia centinela a escala de la UE contribuiría a la armonización de los datos sobre las enfermedades mejor identificación de estas enfermedades, lo que complementaría las cifras oficiales de morbilidad y daría una más realista de la carga de las ERM en la UE- y al desarrollo de una prevención y una política basadas en pruebas.

Es necesario un mejor intercambio de datos y una mayor cooperación entre los enfoques de alerta y centinela en todos los Estados miembros. A nivel de los Estados miembros, los sistemas de alerta y centinela en particular, la colaboración entre las autoridades nacionales de salud pública y los agentes de los sistemas de alerta y vigilancia centinela. Existen Iniciativas internacionales como la red MODERNET y Enfoques de alerta y centinela para la identificación de ERT en la plataforma OccWatch son buenos puntos de partida. La plataforma piloto Occupational Diseases Sentinel Clinical Watch (OccWatch) tiene por objeto apoyar esta colaboración internacional y el intercambio de datos por parte de los especialistas. Internacional y la puesta en común de los datos notificados por los distintos sistemas nacionales de toda Europa.

I. DIEZ RETOS QUE AFRONTA LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

La gestión de las EEPP afronta múltiples retos y desafíos en el contexto actual. A continuación, se presentan los diez principales:

1. **Reconocimiento y registro:** la identificación y el registro de las EEPP son complejos debido a la multicausalidad y la latencia prolongada de algunas patologías.
2. **Diagnóstico preciso:** la calidad del diagnóstico es crucial para el tratamiento adecuado y la prevención de futuras enfermedades. Sin embargo, la falta de formación específica y la variabilidad en los criterios diagnósticos representan un desafío significativo.
3. **Actualización de listas:** las listas de EEPP deben ser revisadas y actualizadas periódicamente para incluir nuevas patologías emergentes y adaptarse a los cambios en el entorno laboral.
4. **Prevención:** la promoción de la prevención es esencial, pero requiere un enfoque integral que incluya la educación, la formación y la implementación de medidas preventivas en el lugar de trabajo.
5. **Notificación fiable:** asegurar una notificación fiable y motivar a los trabajadores y empleadores a reportar las EEPP es fundamental para una gestión eficaz.
6. **Seguimiento de trabajadores expuestos:** el seguimiento continuo de los trabajadores expuestos a riesgos laborales es necesario para detectar y tratar tempranamente las enfermedades profesionales.
7. **Integración de tecnologías:** la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación puede mejorar la gestión de las enfermedades profesionales, facilitando el diagnóstico, el seguimiento y la prevención.
8. **Formación y capacitación:** la formación continua de los profesionales de la salud y de la seguridad laboral es esencial para mantener altos estándares en la gestión de las EEPP.
9. **Colaboración interinstitucional:** la colaboración entre diferentes entidades, como las administraciones públicas, las empresas y los servicios de salud, es crucial para abordar de manera efectiva los desafíos en la gestión de las enfermedades profesionales.
10. **Aspectos legales y normativos:** la gestión de las EEPP también debe enfrentar desafíos legales y normativos, asegurando el cumplimiento de las leyes y regulaciones vigentes y adaptándose a los cambios legislativos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 SUSESO. (2024). Gobierno presenta proyecto de ley que perfecciona el sistema de calificación de enfermedades profesionales
<https://www.suseso.cl/605/w3-article-743638.html>
- 2 Parga, Montes, Vasseur Labor Lawyers. (2024). Proyecto de Ley que modifica la Ley N° 16.744 y crea nuevo sistema de calificación de enfermedades profesionales
<https://www.pmvabogados.cl/en/proyecto-de-ley-que-modifica-la-ley-n-16-744-y-crea-nuevo-sistema-de-calificacion-de-enfermedades-profesionales/>
- 3 Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile. (2024). Principales logros del Ministerio del Trabajo y Previsión Social 2024
<https://www.mintrab.gob.cl/principales-logros-del-ministerio-del-trabajo-y-prevision-social-2024/>
- 4 RH Management. (2024). Proyecto de ley que corrige las falencias del seguro contra accidentes y enfermedades laborales
<https://rhmanagement.cl/proyecto-de-ley-que-corrige-las-falencias-del-seguro-contra-accidentes-y-enfermedades-laborales/>
- 5 De Palma, M. (2010). La noción de riesgo en materia de responsabilidad del empleador por accidentes del trabajo
https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112916/de-palma_m.pdf
- 6 EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2017, Methodologies to identify work-related diseases: Review of sentinel and alert approaches
[https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/methodologies-identify\[1\]work-related-diseases-review-sentinel-and/view](https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/methodologies-identify[1]work-related-diseases-review-sentinel-and/view)
- 7 EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2018, Alert and sentinel approaches for the identification of work-related diseases in the EU
[https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/alert-and-sentinel\[1\]approaches-identification-work-related/view](https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/alert-and-sentinel[1]approaches-identification-work-related/view)
- 8 European Commission, 2003, Commission Recommendation of 19 September 2003 concerning the European schedule of occupational diseases (2003/670/EC)
[http://eurlex.europa.eu/legal\[1\]content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2003.238.01.0028.01.ENG&toc=OJ:L:2003:238:TOC](http://eurlex.europa.eu/legal[1]content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2003.238.01.0028.01.ENG&toc=OJ:L:2003:238:TOC)
- 9 European Commission, 2014. EU Occupational Safety and Health (OSH) Strategic Framework 2014-2020
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151>
- 10 European Commission, 2017, European Pillar of Social Rights
[https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary\[1\]union/european-pillar-social-rights_en](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary[1]union/european-pillar-social-rights_en)
- 11 Real Decreto 1299/2006. Lista Española de Enfermedades Profesionales
- 12 Comisión Europea. Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea. Lista Europea de Enfermedades Profesionales.
- 13 Organización Internacional del Trabajo (OIT). Lista de Enfermedades Profesionales (revisada en 2010). OIT.