

ORIGINAL

Recibido: 3 de marzo de 2017
 Aceptado: 16 de marzo de 2017
 Publicado: 17 de marzo de 2017

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN DE LAS SOSPECHAS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Montserrat García Gómez (1), Félix Urbaneja Arrúe (2), Vega García López (3), Valentín Esteban Buedo (4), Valentín Rodríguez Suárez (5), Lourdes Miralles Martínez-Portillo (6), Isabel González García (7), Josefa Egea García (8), Emma Corraliza Infanzon (9), Laura Ramírez Salvador (10), Santiago Briz Blázquez (11), Ricard Armengol Rosell (10), José María Cismal Gredilla (12), Juan Francisco Correa Rodríguez (8), Juan Carlos Coto Fernández (2), M^a Rosario Díaz Peral (13), Mercedes Elvira Espinosa (14), Iñigo Fernández Fernández (15), Eduardo García-Ramos Alonso (16), Nieves Martínez Arguisuelas (17) y Ana Isabel Rivas Pérez (18).

- (1) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España.
- (2) Osalan. Bilbao. España
- (3) Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Pamplona. España.
- (4) Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia. España.
- (5) Consejería de Sanidad. Oviedo. España.
- (6) Consejería de Salud. Logroño. España.
- (7) Consejería de Sanidad. Santiago de Compostela. España.
- (8) Consejería de Sanidad. Murcia. España.
- (9) Consejería de Sanidad. Toledo. España.
- (10) Consejería de Salud. Barcelona. España.
- (11) Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Mérida. España.
- (12) Consejería de Sanidad. Madrid. España.
- (13) Consejería de Salud. Sevilla. España.
- (14) Consejería de Sanidad. Valladolid. España.
- (15) Consejería de Sanidad. Santander. España.
- (16) Consejería de Sanidad. Las Palmas. España.
- (17) Consejería de Sanidad. Zaragoza. España.
- (18) Consejería de Sanidad. Servicios Sociales, Menores e Igualdad. Ceuta. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

RESUMEN

Fundamentos: En algunas comunidades autónomas (CCAA) existen diversas iniciativas para conocer la comunicación de las sospechas de enfermedades profesionales (EP) a las autoridades sanitarias. El objetivo de este trabajo fue describir el grado de desarrollo y características de los sistemas puestos en marcha desde las administraciones sanitarias a nivel autonómico.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer los sistemas de información y vigilancia de las enfermedades laborales, marco legal, institución responsable y disponibilidad de la información. Se celebró una reunión y se diseñó una encuesta que se remitió a todas las CCAA y ciudades autónomas. Se recogió información sobre si existían o no normas reguladoras, asignación de recursos humanos, los profesionales responsables de la notificación, la cobertura y el número de sospechas de EP recibidas, tramitadas y reconocidas.

Resultados: Respondieron 17 CCAA y 1 ciudad autónoma. Tenían desarrollados sistemas de comunicación de sospecha de EP 10 de ellas, de los cuales 3 se apoyaban en una norma legal autonómica específica. Los profesionales responsables de la notificación fueron médicos/as de los servicios públicos de salud, de los servicios de prevención y 2 de las inspecciones sanitarias. 7 CCAA disponían de aplicación informática para dar soporte al sistema. La tasa de reconocimiento de EP de las sospechas tramitadas fue del 53% en el País Vasco, del 41% en Castilla-La Mancha, del 36% en Murcia, del 32,6% en la Comunidad Valenciana y 31% en La Rioja.

Conclusiones: El estudio pone de manifiesto un desarrollo desigual de los sistemas de declaración de sospecha de EP en España. Aunque la tendencia es positiva, so lo la mitad de las CCAA tienen algún sistema de comunicación aunque no todos disponen de una aplicación informática para gestionarlo, obteniéndose tasas de reconocimiento de EP desiguales entre las comunidades autónomas.

Palabras clave: Enfermedades profesionales, Vigilancia epidemiológica, España.

Correspondencia

Montserrat García Gómez.
 Jefa de Área de Salud Laboral.
 Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
 Paseo del Prado 18-20, 28014 Madrid, España
 mgarcia@msssi.es

ABSTRACT

Characteristics of Communication Systems of Suspected Occupational Disease in the Autonomous Communities of Spain

Background: There are several initiatives to develop systems for the notification of suspected occupational disease (OD) in different autonomous communities in Spain. The objective was to describe the status of development and characteristics of these systems implemented by the health authorities.

Methods: A cross-sectional descriptive study was carried out on the existence of systems for the information and surveillance of suspected OD, their legal framework, responsible institution and availability of information. A specific meeting was held and a survey was designed and sent to all autonomous communities and autonomous cities (AACC). Information was collected on the existence of a regulatory standard, assigned human resources, notifiers, coverage and number of suspected OD received, processed and recognized.

Results: 18 of 19 AACC responded. 10 have developed a suspected OD notification system, 3 of them supported by specific autonomous law. The notifiers were physicians of the public health services, physicians of the occupational health services and, in 2 cases, medical inspectors. 7 AACC had specific software to support the system. The OD recognition rate of suspected cases was 53% in the Basque Country; 41% in Castilla-La Mancha; 36% in Murcia; 32.6% in the Valencian Community and 31% in La Rioja.

Conclusions: The study has revealed an heterogeneous development of suspected OD reporting systems in Spain. Although the trend is positive, only 55% of the AACC have some type of development and 39% have specific software supporting it. Therefore unequal OD recognition rates have been obtained depending on the territory.

Key words: Occupational diseases, Surveillance, Spain.

Cita sugerida: García Gómez M, Urbaneja Arrúe F, García López V, Estaban Buedo V, Rodríguez Suárez V, Miralles Martínez-Portillo L et al. Características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedad profesional en las comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública. 2017; Vol. 91: 17 de marzo: e201703026.

INTRODUCCIÓN

Hay consenso sobre que, en la gran mayoría de los países, las estadísticas oficiales infraregistran las enfermedades profesionales (EEPP). La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su informe *La Prevención de las Enfermedades Profesionales* puso de manifiesto este problema y estimó que cada año 2,34 millones de personas mueren por accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo, siendo la gran mayoría de estas muertes (más de 2 millones) provocadas por alguna enfermedad profesional⁽¹⁾. En España también existen trabajos publicados que analizan el subregistro de EEPP y calculan el infrareconocimiento de estas enfermedades en nuestro país^(2,3).

A efectos legales e indemnizatorios, no todas las enfermedades causadas por el trabajo tienen la consideración de EEPP. En el ordenamiento jurídico español, su definición implica la existencia de un nexo de causalidad directo con la actividad laboral. La definición legal de enfermedad profesional se establece en el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social⁽⁴⁾: *se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y/o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*. El Cuadro de enfermedades profesionales en vigor fue publicado en diciembre de 2006⁽⁵⁾, en sustitución del anterior de 1978⁽⁶⁾, y clasifica estas enfermedades en seis grupos.

Un problema importante es que son pocas las enfermedades que tienen como causa principal las exposiciones laborales. Estas pocas enfermedades –pneumoconiosis, cánceres tales como mesotelioma maligno y angiosarcoma hepático, hipoacusia por ruido– son infrecuentes y suponen una pequeña proporción de la carga total de enfermedades y lesiones del trabajo. Dada la naturaleza multifactorial de la

enfermedad, no es difícil encontrar la relación con el trabajo en numerosos casos. Sin embargo, en la práctica, esta relación se diluye y desaparece en una red de causalidad compleja que pocos pueden, o quieren, desentrañar.

La Declaración para el Diálogo Social, suscrita en julio de 2004 por el Gobierno, las organizaciones sindicales y las organizaciones empresariales, estableció el marco general de prioridades en el ámbito sociolaboral en España, dentro del cual se prestó especial atención al sistema de Seguridad Social. Tras un amplio proceso de diálogo, las partes firmantes suscribieron el día 13 de julio de 2006 un acuerdo que incluyó la aprobación de una nueva lista de EEPP y la modificación del sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades⁽⁵⁾.

En efecto, la información disponible indicaba que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por esta contingencia profesional se derivaban, en gran medida, no solo de la falta de actualización de la lista de EEPP sino, muy especialmente, de las deficiencias de su notificación, sin una vinculación suficiente con el personal médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha.

Fruto de todo ello, el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, aprobó el vigente cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y los criterios para su notificación y registro, y estableció la obligación de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de comunicar, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las dos ciudades con Estatuto de Autonomía, las enfermedades que sospecharan pudieran ser calificadas como enfermedades profesionales⁽⁵⁾.

Existen en la actualidad diversos desarrollos de los sistemas para la comunicación de la

sospecha de enfermedad profesional en el ámbito de algunas CCAA^(7,8,9,10). El resultado es una amplia variedad de sistemas autonómicos de información y de vigilancia epidemiológica de la salud laboral, que no son directamente comparables entre sí, aunque comparten una serie de elementos comunes.

El objetivo de este trabajo fue describir el grado de desarrollo y características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedades profesionales puestos en marcha desde las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebró una reunión monográfica el 22 de octubre de 2015, con el fin de debatir sobre los sistemas de declaración de sospecha de enfermedad profesional implantados en algunas CCAA y describir sus características, las ventajas que ofrecen a los agentes implicados, fortalezas, debilidades y principales resultados obtenidos. Se acordó diseñar una encuesta que incluyera preguntas sobre la disponibilidad de sistemas de información y vigilancia de las enfermedades de origen laboral, marco legal, institución responsable y disponibilidad de la información.

La encuesta se envió por correo electrónico a los responsables de Salud Laboral de las 17 CCAA y a las ciudades autónomas Ceuta y Melilla en noviembre de 2015, realizándose recordatorios telefónicos hasta conseguir que todas las respondieran. La información se recopiló entre enero y marzo de 2016.

La encuesta recogía la siguiente información:

Evaluación de estructura:

- Nombre del sistema y/o programa y fecha de inicio de los trabajos.

- Legislación específica que lo reguló, además del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre.

- Organismo o unidad competente designados.

- Recursos humanos asignados al programa por parte de las Consejerías de Salud (servicios centrales y periféricos).

- Definición de caso y criterios de inclusión: considerando caso sospechoso de enfermedad profesional aquel en el que un facultativo del sistema de salud o de un servicio de prevención de riesgos laborales valora como posible la relación causal entre el cuadro clínico y la historia laboral del paciente.

- Notificadores: personal médico de atención primaria y atención especializada del sistema de salud, de la inspección de servicios sanitarios y de los servicios de prevención que desarrolla funciones de medicina del trabajo. También se consultó sobre si estaba previsto realizar formación específica de estos profesionales.

- Procedimiento para el consentimiento informado, procedimiento para la validación de la sospecha, procedimiento para tramitar la sospecha y retornar información al notificador.

Evaluación de proceso:

- Cobertura: centros sanitarios del sistema de salud (atención primaria y especializada) y del sistema de prevención de riesgos laborales incluidos en el sistema y/o programa.

Evaluación de resultados:

- Número de sospechas de enfermedad profesional recibidas.

- Número de sospechas de enfermedad profesional tramitadas.

- Número de enfermedades reconocidas como de causa profesional.

Se elaboraron tablas que describieran las características de los diferentes sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional de los 19 territorios y se realizó un análisis descriptivo de la información recogida en la reunión y de las respuestas a la encuesta.

RESULTADOS

Asistieron a la reunión y respondieron a la encuesta las 17 CCAA y 1 ciudad autónoma, Ceuta. Las CCAA que manifestaron disponer de un sistema de comunicación de la sospecha de enfermedad profesional o que habían comenzado a desarrollarlo fueron 10 un sistema (tabla 1).

La Comunidad Valenciana en 1991, Cataluña en 1997 y Navarra en 1998, fueron las CCAA pioneras en el desarrollo de sus sistemas. En el País Vasco se inició en 2008 y Asturias, Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia y La Rioja los iniciaron a partir de 2010. Asturias, País Vasco y Comunidad Valenciana regularon sus sistemas mediante legislación específica autonómica y las 10 designaron el organismo competente que establece el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, para recibir las comunicaciones, 8 de ellas con dependencia exclusiva de Salud Pública, en Murcia de la Inspección Médica de Servicios Sanitarios y en el País Vasco del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Las 10 CCAA asignaron recursos humanos que oscilaban desde 21 médicos y 11 enfermeros en la Comunidad Valenciana y 15 inspecciones médicas más 3 personas en servicios centrales en el País Vasco, hasta 2 personas en Castilla-La Mancha, Murcia y La Rioja. En la reunión monográfica los representantes de las CCAA manifestaron que estos recursos humanos compartían el tiempo con el resto actividades de Salud Laboral asignadas.

Para la definición de caso y criterios de inclusión, la mayoría de CCAA utilizó el Cuadro de Enfermedades Profesionales aprobado con el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre y 2 de ellas (Navarra y Comunidad Valenciana) establecieron un número limitado de categorías diagnósticas objeto de comunicación (tabla 1). Dos CCAA tenían programas específicos, el de Sucesos Centinela en Navarra, que implicaba la comunicación de 6 categorías diagnósticas con alta especificidad y corta latencia, el Programa de detección de cáncer profesional (EVASCAP) de Asturias,

que contemplaba el estudio y análisis de las bajas laborales como enfermedad común por cáncer para conocer su posible origen laboral, y el Programa de Incapacidad Temporal (IT) común en ambas comunidades.

Por lo que se refiere a la cobertura, el programa se dirigía a la población atendida por los Servicios Públicos de Salud y/o a los trabajadores atendidos por los Servicios de Prevención (tabla 1), señalando Asturias, en particular, a la población mayor de 18 años en el caso del programa EVASCAP.

Los responsables de notificar los casos a los sistemas eran profesionales médicos de los servicios públicos de salud y de los servicios de prevención. Asturias señaló también como notificadores al personal de la Inspección Médica, contando con la participación de enfermería de atención primaria en la obtención, grabación y diagnóstico de las sospechas, si bien la notificación siempre correspondió a los inspectores. Excepto Castilla-La Mancha y Galicia, todas las CCAA formaron a los notificadores (tabla 2).

Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Murcia, Navarra y La Rioja reportaron solicitar el consentimiento informado al trabajador para notificar el caso, siendo de manera verbal por parte del personal médico que le atendía. Murcia y Navarra incluyeron 2 categorías de declaración: nominal y no nominal. Además de la información proporcionada por la persona afectada, con objeto de validar la sospecha y completar la historia de exposición laboral del caso, Asturias, Galicia, Murcia y País Vasco cuando era necesario recurrían al órgano técnico de la autoridad laboral (Instituto autonómico de seguridad y salud en el trabajo). Cataluña, Navarra, La Rioja y Comunidad Valenciana recurrieron al servicio de prevención de la empresa.

Por lo que se refiere al destino de la información y el retorno del resultado al notificador, todas las CCAA comunicaban el caso recibido a la entidad gestora y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad

Tabla 1
Características de los diferentes sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en las comunidades autónomas, 2016

Comunidad autónoma	Nombre del Sistema y/o Programa	Fecha de inicio	Legislación específica	Organismo competente	Recursos humanos	Definición de caso y criterios de inclusión	Cobertura
Principado de Asturias	Programa de detección de cáncer profesional (EVASCAP) ¹	01/01/2011	Resolución de 14 de junio del 2011 (EVASCAP) Resolución de 2 de diciembre del 2011 (Fichero automatizado de datos en la DG de Salud Pública)	Dirección General de Salud Pública – EPILABAM ²	2 personas en EPILABAM ² 8 personas en EVASCAP ¹	Bajas laborales como enfermedad común por cáncer correspondientes a los diagnósticos listados en el Cuadro de EEP	Población asturiana mayor de 18 años
	Historia laboral	01/07/2015			2 personas en EPILABAM ²	Cumplimentación voluntaria para cualquier usuario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Población sin límite de edad
	Daños relacionados con el trabajo	01/07/2015			2 personas en EPILABAM ²	Envío telemático a EPILABAM ² de una sospecha de enfermedad profesional	
	Comunicación de sospecha de EP	01/07/2015			2 personas en EPILABAM ²	Proceso de IT que a criterio del Médico de AP pueda ser una enfermedad profesional. Envío telemático a EPILABAM ²	Población en situación de IT
Alerta en el módulo de Incapacidad Temporal	01/07/2015			2 personas en EPILABAM ²			
Castilla-La Mancha	Protocolo de declaración de sospecha de enfermedad profesional	2009	No. Se ha elaborado un documento de instrucciones al respecto.	Dirección General de Salud Pública, Servicio de Sanidad Ambiental, Salud Laboral y Lab. de Salud Pública	2 personas	Trabajadores valorados por los Servicios de Prevención y cuya patología se sospecha pueda ser de origen laboral	Población trabajadora de Castilla La Mancha
Cataluña	Registro de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo	1997	NO	Secretaría de Salud Pública	Red de Unidades de Salud Laboral territorial	Cualquier trastorno de salud que el notificador sospeche que está relacionado con el trabajo (todos los niveles de relación con el trabajo definidos por la OMS)	100% de los centros de Atención Primaria

Tabla 1 (continuación)
Características de los diferentes sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en las comunidades autónomas, 2016

Comunidad autónoma	Nombre del Sistema y/o Programa	Fecha de inicio	Legislación específica	Organismo competente	Recursos humanos	Definición de caso y criterios de inclusión	Cobertura
Extremadura	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	2015	NO	Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Servicio de Inspección Sanitaria	2 personas en la Unidad Central de Salud Laboral. 8 Inspecciones Sanitarias territoriales.	Cuadro de Enfermedades Profesionales	Población trabajadora de Extremadura
Galicia	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	2011	NO	Dirección Xeral de Saúde Pública	2 personas y apoyo administrativo del servicio de sanidad ambiental	Cuadro de Enfermedades Profesionales (Anexos 1 y 2)	Todos los centros de atención primaria y hospitalaria de la Comunidad que atienden al 100% de la población.
				Subdirección Xeral de Inspección, Auditoria e Acreditación de Servicios Sanitarios.			Todos los servicios de prevención
Región de Murcia	Unidad de Sospecha de Enfermedades Profesionales (USSEP)	2010: proyecto Piloto Nov. del	No	Inspección Médica de Servicios Sanitarios	2 personas	Anexo I del RD 1299/2006	100% de los centros de AP
		2014: implantación en Centro Salud del Servicio Murciano de Salud					100% de los centros de Atención Primaria 100 % de los servicios de prevención
Comunidad Foral de Navarra	Sucesos Centinela en salud laboral	1998	NO	Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra	5 médicos	6 categorías diagnósticas con alta especificidad y corta latencia	56 centros de Atención Primaria que atienden al 100% de la población
	Programa IT común				Médicos Inspectores	Declaración libre	Toda la población activa con contingencia IT cubierta
	Sospecha de enfermedad profesional				Médicos SP RL	Declaración libre	Todos los servicios de prevención que atienden a trabajadores/as de Navarra

Tabla 1 (continuación)
Características de los diferentes sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en las Comunidades Autónomas 2016

Comunidad autónoma	Nombre del Sistema y/o Programa	Fecha de inicio	Legislación específica	Organismo competente	Recursos humanos	Definición de caso y criterios de inclusión	Cobertura
País Vasco	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	01/01/2008	(BOPV nº 12, 17/01/2008).	Unidad Salud Laboral (USL-Osalan - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales) e Inspección Médica de Servicios Sanitarios (Consejería de Salud).	15 Inspecciones médicas y 3 USL-OSALAN	Cuadro de Enfermedades Profesionales (Anexos 1 y 2)	Todos los centros de atención primaria y especializada del Servicio Vasco de Salud –Osakidetza y todos los servicios de prevención
			Instrucción 1 de 26/12/2007, de Viceconsejero de Sanidad, Director General de Osalan – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales y Directora General de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.			- 148 diagnósticos para servicios de prevención. - 125 diagnósticos para Osakidetza, de los que 25 son diagnósticos preferentes con sistema de señalización en historia clínica electrónica.	Población trabajadora activa y jubilada residente en el País Vasco
La Rioja	Salud laboral	2013	NO	Dirección General de Salud Pública y Consumo	2 personas (medicina del trabajo y enfermería)	Cuadro de Enfermedades Profesionales	Todos los centros de atención primaria y atención especializada de la Comunidad que atienden al 100% de la población. Todos los servicios de prevención ajenos.
Comunidad Valenciana	SISVEL ³	Julio de 2010	Orden 6/2012, de 19 de abril, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establece el procedimiento de comunicación de sospechas de enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana, a través del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral	Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública	1 Unidad central, con 2 Médicos y 1 Enfermera, más 16 Unidades de Salud Laboral periféricas en los 16 Centros de Salud Pública (en total 21 Médicos y 11 Enfermeros).	75 categorías diagnósticas	100% en Atención primaria 70% en Atención especializada 50% en Atención hospitalaria: consultas externas

¹ EVASCAP: Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias. ²EPILABAM: Epidemiología Laboral y Ambiental. ³SISVEL: Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral.

Tabla 2
Características de los diferentes sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional
en las comunidades autónomas, 2015

Comunidad autónoma	Nombre del sistema y/o programa	Notificador	Consentimiento informado	Validación de la sospecha y completar exposición laboral	Destino / Retorno al notificador	Formación notificador
Principado de Asturias	Programa de detección de cáncer profesional (EVASCAP ¹)	Personal médico de atención primaria Inspección Médica	SI	SI, EVASCAP ¹ y, si es necesario, investiga Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL)	SI	SI
	Historia laboral	Personal médico y de enfermería de atención primaria	NO	Forma parte de la historia clínica	No se trata de una notificación	SI, formación en elaboración de una historia laboral
	Daños relacionados con el trabajo	Personal médico y de enfermería de atención primaria	NO	Forma parte de la historia clínica del paciente	No se trata de una notificación	SI, formación en elaboración de una historia laboral
	Comunicación de sospecha de EP	Personal médico de atención primaria	SI	SI por EPILABAM ²	SI	SI
	Alerta en el módulo de Incapacidad Temporal	Personal médico de los Servicios de Prevención	SI	SI por EPILABAM ²	SI	SI
Castilla-la Mancha	Declaración de sospecha de enfermedad profesional	Médica/o de los Servicios de Prevención	Información verbal al trabajador sobre el inicio del procedimiento	Se informa a la Mutua correspondiente quien emite informe sobre la contingencia. Si no hay acuerdo, posibilidad de valoración por el INSS.	Con el informe emitido por la Mutua, se informa al Servicio de Prevención correspondiente.	NO
Cataluña	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	Personal médico de atención primaria	Consentimiento verbal	SI, a través de la información proporcionada por trabajador-a/ /servicio de prevención	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador	SI, anual
Extremadura	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	Personal médico del Servicio Extremeño de Salud, de los Servicios de Prevención y de las Mutuas	Consentimiento verbal	SI, a través de la información proporcionada por el trabajador y los médicos notificadores.	SI	SI
Galicia	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	Personal médico del Servicio Galego de Saúde y de Servicios de Prevención		SI, por Inspección de Servicios Sanitarios con el apoyo del Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral (ISSGA)	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador	
Región de Murcia		Personal médico de atención primaria y de los Servicios de Prevención	SI, con 2 categorías de declaración: nominales y no nominales	SI. Completa información de exposición a través de la empresa y del Instituto de Seguridad y Salud Laboral	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador	
Comunidad Foral de Navarra	Sucesos centinela en salud laboral	Personal médico de atención primaria y especializada del SNS O	SI, con 2 categorías de declaración: nominales y no nominales	SI, los nominales	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador Edición de Boletín y presentación en el CS del notificador	SI También programa de formación MIR
	Programa IT común	Personal médico de Inspección				
País Vasco	Sospecha de enfermedad profesional	Personal médico de SPRL				
	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	Personal médico de Osakidetza y de Servicios de Prevención	NO	SI. Completa información exposición a través del servicio de prevención	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador	SI
La Rioja	Salud laboral	Personal médico de atención primaria del SRS y de Servicios de Prevención	Consentimiento verbal	SI. Con encuesta al trabajador y consulta al Servicio de Prevención.	MUCOSS ⁴ / INSS Notificador	SI
Comunidad Valenciana	SISVEL ³	Personal médico del Sistema Valenciano de Salud y de Servicios de Prevención	Consentimiento verbal	SI, se amplía exposición a través de los SP/ del propio trabajador/de la empresa (en esta situación con la Autoridad laboral)	SI. Acceso a la información con sus perfiles: MUCOSS ⁴ , Personal médico del INSS, del SVS y de la Inspección Médica.	SI

¹EVASCAP: Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias. ²EPILABAM: Epidemiología Laboral y Ambiental. ³SISVEL: Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral. ⁴MUCOSS: Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.

Tabla 3
Descripción de la aplicación informática para la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional en las Comunidades Autónomas que la tienen

Comunidad autónoma	Sistema de aviso a quien notifica Módulo de ayuda	Permite enviar la información a destinatarios	Acceso/ conexión a la historia clínica	Acceso/ conexión historia laboral del INSS	Inclusión de la historia laboral en la historia clínica	Integrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Principado de Asturias	Sí	Y correo postal	Sí		Sí	No
Cataluña	No aplicación para la comunicación de los casos, sí para el registro de los mismos					
Galicia	Portal de salud laboral: http://www.sergas.es/Saude-publica/Comunicación-de-sospeita-de-enfermedad-profesional					
Región de Murcia	Sí	A la USSEP ¹ (Correo corporativo para Mutua, ISSL ² e INSS. Valija con Atención Primaria	Sí	Sí	No	No
Comunidad Foral de Navarra	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí telemática a MUCOSS ³ . Postal a INSS	No ⁴	No	No ⁵	Sí
La Rioja	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

¹USSEP: Unidad de Sospecha de Enfermedades Profesionales. ²ISSL: Instituto de Seguridad y Salud Laboral. ³Existe conectividad telemática bidireccional de la aplicación informática con las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social (MUCOSS) a los efectos de intercambio de información de los expedientes de sospecha de enfermedad profesional. ⁴NO existe conectividad de la aplicación informática con la historia clínica del ciudadano del sistema de salud. SI existe un sistema de señalización de los diagnósticos preferentes integrado en la historia clínica electrónica de Osakidetza. ⁵NO existe en este momento un documental de historia laboral entre los componentes de la historia clínica -OSABIDE- de Osakidetza.

Social que asumía la protección de las contingencias profesionales, a los efectos de su calificación como enfermedad profesional y también informaban de vuelta a los notificadores, destacando la edición de un Boletín de información y presentación en los centros de salud del los notificadores en el caso de Navarra. En el caso de la Comunidad Valenciana los profesionales médicos de las Mutuas, del INSS, del Servicio Valenciano de Salud y de la Inspección de Servicios Sanitarios tenían acceso directo a la información y al estado de la tramitación mediante la correspondiente aplicación informática (tabla 2).

Asturias, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana disponían de aplicación informática para gestionar el sistema. En Asturias, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana estaba previsto un sistema de aviso al personal médico notificador con un módulo de ayuda, así como la conexión a la historia clínica. Asturias, Navarra, La Rioja y Comunidad Valenciana incluían la historia laboral en la historia clínica. Murcia, Navarra, La

Rioja y Comunidad Valenciana establecían la conexión con la historia laboral del INSS de cada caso, y Navarra, País Vasco y Valenciana integraban el programa en el sistema de vigilancia epidemiológica de su comunidad (tabla 3).

Finalmente, en la tabla 4, se muestran los resultados sobre la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional en las CCAA correspondientes a los períodos que se citan para cada comunidad. La Comunidad Valenciana, con 3.740 sospechas recibidas en 1 año (2015), Murcia con 3.824 sospechas comunicadas en 2 años, País Vasco con 6.663 en 8,5 años, Navarra con 11.331 sospechas comunicadas en 18 años y La Rioja con 1.283 en 3 años y medio, fueron las comunidades que mayor número de sospechas de enfermedad profesional recibieron. En Castilla-La Mancha se remitieron a las mutuas patronales para su calificación como enfermedad profesional el 100% de las sospechas comunicadas. En el País Vasco y Galicia el 98,8% y el 98%, respectivamente. En la Comunidad Valenciana el 67,4%, en Murcia el 42%, en Asturias el

Tabla 4
Resultados de los sistemas para la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional en las comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Nombre del Sistema y/o Programa	Sospechas recibidas	Sospechas tramitadas	Enfermedades profesionales reconocidas	Periodo
Principado de Asturias	Programa de detección de cáncer profesional (EVASCAP) ¹	891	57	25 +15 pendientes de resolución por el INSS	
	Historia laboral	581 ²			Enero 201-septiembre 2016
	Daños relacionados con el trabajo	17			
	Comunicación de sospecha de EP	171	67	13 (4 AT)	
	Alerta en el módulo de Incapacidad Temporal	680			Enero 2012-septiembre 2016 ³
Castilla la Mancha	Declaración de sospecha de enfermedad profesional	73	73	30	
Cataluña	Registro de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo	3.875	2.383	Sin información	2015
Galicia	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	135	135	11 de 29 casos de los que se tiene información	2015
Región de Murcia	Unidad de Sospecha de Enfermedades Profesionales (USSEP) ⁴	3.824	1.617	582 (72 AT)	2011 – diciembre 2016
Comunidad Foral de Navarra	Sucesos centinela en salud laboral	11.331		41% coincidencias (51% primero la EP y 49% primero Suceso Centinela) ⁵	Noviembre 2014-septiembre 2016
	Programa IT común	Casos en parte coincidentes			Junio 1998-septiembre 2016
	Médicos servicios de prevención Personal médico del Sistema Nacional de Salud				
País Vasco	Comunicación de sospecha de enfermedad profesional	6.663	6.581	3.510	Enero 2008-septiembre 2016
La Rioja	Salud laboral	1.283	363	113 (19 AT) (+ 33 en estudio)	Marzo 2013-septiembre 2016
Comunidad Valenciana	SISVEL ⁶	3.740	2.521 enviadas a Mutuas	822 (152 AT) (+ 289 en estudio y 98 otras resoluciones)	2015

¹EVASCAP: Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional del Principado de Asturias. ²Número de Historias Laborales realizadas, no necesariamente sospechas de enfermedad profesional. ³Enero 2012-Diciembre 2014=25 sospechas comunicadas. Enero de 2015-septiembre 2016=146 sospechas comunicadas. ⁴USSEP: Unidad de Sospecha de Enfermedades Profesionales. ⁵García López V. Evaluación del programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud laboral: Red de Médicos Centinela de Salud Laboral en Navarra (1998-2007). An Sist Sanit Navar. 2011; 34:419-30. ⁶SISVEL: Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral.

39% de las sospechas de enfermedad profesional recibidas y el 6,4% de los cánceres de posible origen laboral. Y en La Rioja el porcentaje de sospechas tramitadas fue del 28%.

En el País Vasco se obtuvo una tasa de reconocimiento de enfermedad profesional de las sospechas tramitadas del 53%, en Castilla-La Mancha del 41%, en Murcia la tasa de reconocimiento fue del 36%, en la Comunidad Valenciana del 32,6%, en La Rioja del 31%, en Asturias del 19,4, para las sospechas de EEPP y del 44% en el caso del programa de detección de cáncer profesional. En el caso de Galicia, solo se recibió información de su reconocimiento (o no) por parte del sistema de seguridad social de 29 de las 133 sospechas tramitadas, de las cuales 11 fueron reconocidas como enfermedad profesional.

DISCUSIÓN

Este estudio permite describir el grado de desarrollo de los sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en las comunidades autónomas en relación con los objetivos establecidos en el Real Decreto 1299/2006⁽⁵⁾. De acuerdo con nuestros resultados, el desarrollo de estos sistemas es muy dispar entre ellas. Diez tienen algún sistema para facilitar esta comunicación, seis disponen de todos los requisitos requeridos a un sistema de información para poder realizar vigilancia epidemiológica en salud laboral desde las administraciones sanitarias y solo tres han regulado sus sistemas mediante legislación autonómica específica.

Las diez comunidades que disponen de sistema de comunicación han designado recursos humanos en número y distribución muy heterogénea y en la reunión monográfica de la Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública sus representantes manifestaron que este personal comparte el tiempo con las otras actividades de Salud Laboral que tienen asignadas, lo que provoca que sean recursos insuficientes para coordinar y gestionar todas las actividades del sistema de información y vigilancia de las enfermedades derivadas del trabajo.

Se observan diferencias en la definición de caso y criterios de inclusión. La mayoría de las CCAA utilizan el Cuadro de Enfermedades Profesionales en vigor, completo o con limitación de categorías diagnósticas objeto de comunicación, y en 2 CCAA, Asturias y Navarra, además hay programas específicos para la detección de cáncer profesional y para la comunicación de 6 categorías diagnósticas con alta especificidad y corta latencia, respectivamente. Estos datos, junto al mencionado escaso desarrollo normativo y falta de recursos dedicados al sistema de comunicación, apuntan hacia un necesario desarrollo para mejorar el conocimiento de enfermedades profesionales ocultas y evitar su infradeclaración. Los sistemas ya existentes, tras una evaluación que permite determinar su adecuación a esos objetivos, podrían servir de punto de partida para el desarrollo de sistemas de información y vigilancia en otras CCAA, con el objetivo final de conformar un sistema estatal homogéneo que permita la comparación entre todos los territorios del Estado y con otros países. Además, se deben definir los estándares e indicadores homogéneos necesarios para una vigilancia de amplia cobertura y oportuna en el tiempo^(11,12).

Los procedimientos para el consentimiento informado, para la validación de la sospecha, para tramitarla y retornar la información al notificador son también muy diversos. El retorno al notificador es habitual, destacando el acceso directo a la información y estado de la tramitación por parte de todos los implicados en cada caso de la Comunidad Valenciana. En este sentido, habría que profundizar en lo que supone disponer de una adecuada aplicación informática que soporte el sistema de información de cara a que sea una herramienta cada vez más útil en la vigilancia de las enfermedades profesionales. Llama la atención el escaso desarrollo de programas informáticos puesto que menos de la mitad de las Comunidades dicen disponer de él. Dada la relevancia de este componente, es necesario y urgente su desarrollo en todo el territorio español.

En adecuada concordancia con la robustez de los sistemas diseñados, los resultados de nuestro estudio indican que las CCAA que cumplen más requisitos requeridos a un sistema de información presentan mejores resultados en lo que se refiere a número de sospechas de EEPP recibidas, número de tramitadas y número de reconocidas como enfermedad profesional. Una de las principales razones del bajo reconocimiento de EEPP es la dificultad de relacionar la enfermedad con la exposición laboral. Los sistemas de comunicación de sospecha de enfermedad profesional desarrollados en cada comunidad autónoma buscan suplir esta limitación aportando una información más detallada y específica. En este apartado casi todos los sistemas estudiados recogen información ampliada sobre la exposición laboral y validan, de algún modo, la asociación enfermedad y exposición. Sin embargo, las grandes diferencias en el porcentaje de casos comunicados como sospecha y finalmente reconocidos como enfermedad profesional por el INSS, hacen pensar en discrepancias en la cantidad y calidad de la información sobre exposición laboral asociada a la patología que maneja cada sistema.

En este sentido, es muy interesante comprobar el impacto de estos sistemas mediante el indicador definitivo que supone la relación de la incidencia de EP con los índices normalizados en función de la estructura productiva según comunidad autónoma^(13,14) y contrastar la variedad entre las CCAA que aún no tienen implantado un sistema de comunicación de la sospecha y las que sí lo tienen. Especialmente relevantes son los valores que esta relación entre índices alcanza en las comunidades con sistemas consolidados, como Navarra (4 veces más) y País Vasco (2,4 veces más) así como el importante incremento después de la reciente implantación en La Rioja, casi 2 veces mayor, la Región de Murcia, un 37% más, y la Comunidad Valenciana, un 17% más⁽¹⁴⁾.

En concordancia con lo que muestran otros estudios, tales como los pioneros *Surveillance of Work-related and Occupational Res-*

piratory Disease (SWORD Project)⁽¹⁵⁾ que, desde 1989 en que se inició en Reino Unido, médicos especialistas en medicina del trabajo y en neumología han sido invitados a notificar casos de enfermedad respiratoria relacionada con el trabajo sin identificación del paciente, y el *Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR)* en EEUU⁽¹⁶⁾, basado en casos notificados por personal médico diferente al responsable de las solicitudes oficiales de compensación, también el nuestro evidencia que un sistema de notificación en un programa de vigilancia epidemiológica proporciona información adicional sobre la incidencia y distribución de las enfermedades de origen laboral.

La mayoría de los sistemas descritos de comunicación de sospechas de enfermedad profesional pueden considerarse subsidiarios del dispositivo de reconocimiento y compensación de EEPP de la Seguridad Social, ya que persiguen objetivos de mejora de la identificación y declaración de la enfermedad profesional y, de una u otra forma, conectan sus procesos con el de la contingencia profesional. Sin embargo, su desarrollo desde el ámbito sanitario tiene el objetivo de dotarse de un sistema de vigilancia epidemiológica que sirva para la monitorización de las enfermedades de origen laboral y la identificación de riesgos emergentes. Es en este contexto en el que es más urgente evaluar las diferentes iniciativas de comunicación de sospechas de enfermedad profesional para converger en un sistema de vigilancia epidemiológica que asuma los retos en salud laboral⁽¹⁷⁾.

La red *Monitoring trends in Occupational Diseases and tracing new and Emerging Risks in a NETWORK (MODERNET)* incluye profesionales de 20 países europeos, entre los que se encuentra España. En ellos se han identificado 33 sistemas diferentes destinados al seguimiento de las enfermedades del trabajo, unos con el objetivo del reconocimiento legal y compensación de la enfermedad profesional, y otros con el objetivo específico de servir a la vigilancia epidemiológica. La revi-

sión de todos estos sistemas muestra grandes diferencias entre ellos y el trabajo pendiente para poder estructurar un sistema de vigilancia de las enfermedades laborales a gran escala⁽¹⁸⁾. No obstante, a nivel de cada país, varios de los sistemas desarrollados, como la red THOR en Reino Unido⁽¹⁹⁾, la red RNV3P en Francia⁽²⁰⁾, MALPROF en Italia⁽¹⁸⁾, o el sistema de notificación en Holanda, evidencian su utilidad para conocer la verdadera incidencia de diferentes patologías laborales, monitorizar su tendencia, detectar nuevas asociaciones enfermedad-exposición o su emergencia en nuevos escenarios de trabajo, así como para evaluar la efectividad de intervenciones preventivas.

Este estudio presenta algunas limitaciones, como el hecho de preguntar por una variedad de sistemas surgidos en momentos y circunstancias diferentes en cada comunidad autónoma y que, por lo tanto, no son directamente comparables entre sí, aunque comparten una serie de elementos comunes. Sin embargo, dado que la encuesta la cumplimentaron los profesionales responsables de salud laboral de las CCAA, asumimos que las respuestas se atuvieron a los criterios generales que definen un sistema de información. En el mismo sentido, para no sobrecargar de trabajo a las personas que debían responder a la encuesta, las preguntas se enunciaron de una forma general, sin recoger excesivos detalles sobre los elementos, desarrollo o cobertura de los sistemas dentro de cada una de las CCAA. Esto permite disponer de una visión global de la situación en todo el Estado, a costa de renunciar a explicar detalladamente los resultados observados⁽¹¹⁾.

Otra limitación de este estudio es que no se preguntó sobre la vigilancia de los riesgos laborales. En el estudio del Grupo de Vigilancia de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) 2014, sobre la situación de la vigilancia de la salud pública en España⁽¹¹⁾, 13 de las 19 CCAA reportaron que disponían de un sistema de información de riesgos relacionados con el trabajo. Esta vigilancia de los

riesgos laborales solo existe para el amianto que, en el marco del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA)⁽²¹⁾, monitoriza a las personas expuestas al amianto en las diferentes empresas y territorios, los recursos asignados al programa para realizar su seguimiento y las enfermedades derivadas de esta exposición en los lugares de trabajo. Como en el informe de la SEE no se detallan las características de esos sistemas y riesgos, suponemos que puede tratarse de este Programa o de alguno de los sistemas descritos en este trabajo o un mixto entre ellos.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que esta primera visión general servirá de punto de partida para la realización de estudios más detallados de los sistemas disponibles. En cualquier caso, sería importante en el futuro analizar las características que permitan establecer los mínimos necesarios para avanzar en una información y vigilancia común a todo el territorio español, en su regulación, análisis de la información y diseño de indicadores comparables, así como en su evaluación. Por lo que se refiere a las exposiciones laborales, sería de gran interés promover la existencia de otros sistemas que, como el PIVISTEA⁽¹¹⁾, integren la vigilancia de los riesgos con la de efectos, y el consecuente desarrollo o adecuación de programas para su control.

En conclusión, casi la mitad de las comunidades autónomas no tienen todavía un sistema de comunicación de acuerdo con los resultados obtenidos y las que sí lo tienen los han desarrollado con características muy dispares entre ellos.

Ello pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el desarrollo de los sistemas de declaración de sospecha de enfermedades profesionales en todos los territorios, que permitan realizar una vigilancia orientada a la acción^(11,22,23), con actuaciones asociadas a programas, ya en funcionamiento o nuevos, que requerirán de la vigilancia continuada^(24,25).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo. La Prevención de las Enfermedades Profesionales. OIT, 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_209555/lang-es/index.htm
2. García Gómez M, Castañeda López R. Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2008; 11 (4): 196-203.
3. García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Aten Primaria.* 2008;40(9):439-46.
4. Boletín Oficial del Estado. 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. BOE núm. 261, de 31/10/2015.
5. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302, 19/12/2006.
6. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. BOE núm. 203, 25/08/1978.
7. Boletín Oficial del Principado de Asturias. Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias. BOPA núm. 155, 6/07/2011.
8. García López V. Evaluación del programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud laboral: Red de Médicos Centinela de Salud Laboral en Navarra (1998-2007). *Anales Sis San Navarra.* 2011; 34(3): 419-430.
9. Boletín Oficial del País Vasco. Resolución de 11 de diciembre de 2007, del Director General de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, que establece el procedimiento de comunicación de casos sospechosos de enfermedad profesional desde los servicios de prevención a la unidad de salud laboral de Osalan. BOPV núm. 12, 17/01/2008.
10. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. Orden 6/2012, de 19 de abril, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establece el procedimiento de comunicación de sospechas de enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana, a través del Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral. Diari Oficial núm. 6766, 03/05/2012.
11. Pousa Ortega A, Godoy García P, Aragonés Sanz N, Cano Portero R, González Morán F, Sierra Moros MJ *et al.* Informe sobre la situación de la vigilancia de la salud pública en España 2014. Madrid: Grupo de trabajo de vigilancia epidemiológica de la SEE; 2015.
12. German RR, Lee LM, Horan JM, Milstein RL, Pertowski CA, Waller MN, *et al.* Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group *MMWR Recomm Rep.* 2001;50:1-35; quiz CE1-7.
13. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual 2015. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad Social; 2016. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>
14. Índices de incidencia de enfermedades profesionales en relación con los índices normalizados según Comunidad Autónoma. Año 2015. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/cepross2k11/INDINC/index.htm#documentoPDF
15. Meredith SK, Taylor VM, McDonald JC. Occupational respiratory disease in the United Kingdom 1989: a report to the British Thoracic Society and the Society of Occupational Medicine by the SWORD project group. *Br J Ind Med.* 1991 May;48(5):292-298.
16. Baker EL. Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR): the concept. *Am J Public Health.* 1989 December; 79(Suppl): 18-20.
17. Agius R, Sim MR and Bonnetterre V. What do surveillance schemes tell us about the epidemiology of occupational disease?. En: Katherine M. Venables editora. *Current topics in Occupational Epidemiology.* London: Oxford University Press; 2013.p.131-141.
18. Carder M, Bensefa-Colas L, Mattioli S *et al.* A review of occupational disease surveillance systems in Modernet countries. *Occup Med (Lond).* 2015;65:615-625.
19. Money A, Carder M, Hussey L, Agius RM. The utility of information collected by occupational disease surveillance systems. *Occup Med (Lond)* 2015;65:626-631.
20. Bonnetterre V, Bicout DJ, Larabi L, Bernardet C, Maitre A, Tubert-Bitter P *et al.* Detection of emerging diseases in occupational health: usefulness and limitations of the application of pharmacosurveillance methods to the database of the French national occupational disease surveillance and prevention network (RNV3P). *Occup Environ Med.* 2008;65:32-37.
21. García Gómez M, Castañeda R, García López V,

Martínez Vidal M, Villanueva V, Elvira Espinosa M et al. Evaluación del programa integral de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto en España. *Gac Sanit.* 2012;26:45-50.

22. McNabb SJN, Chungong S, Ryan M, Wuhib T, Nsubuga P, Alemu W, et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health.* 2002;2:2.

23. Buehler JW, Hopkins RS, Overhage JM, Sosin DM, Tong V, Group CW. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks: recommendations from the CDC Working Group. *MMWR Recomm Rep.* 2004;53:1-11.

24. Rao JK, Abraham LA, Anderson LA. Novel approach, using end of life issues, for identifying items for public health surveillance. *Prev Chronic Dis* [Internet]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08_0120.htm.

25. Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E66.