



## COMUNICACIONES DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

Informe de evaluación y seguimiento de los años 2009 a 2011  
y estudio comparativo del primer trimestre 2012 respecto al primer  
trimestre de 2011



## INTRODUCCIÓN

---

La sospecha de enfermedad profesional tiene su base jurídica en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de Noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. En el preámbulo de este RD ya se dice que la información disponible indica que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por la enfermedad profesional se derivan, en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las *“deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha”*. Debido a la existencia de estas deficiencias es por lo que con el citado Real Decreto se pretende corregir, al menos en parte, el problema de su notificación y por ende, favorecer su prevención a partir del conocimiento de la realidad.

Hay unos cuantos aspectos novedosos en este RD, - aparte del nuevo cuadro y la aparición del Anexo II como enfermedades que posiblemente pudieran ser profesionales y que entrarían en el listado -, que intentan mejorar la declaración de las enfermedades profesionales, introduciendo nuevos actores en el proceso, entre ellos los médicos de los sistemas públicos de salud, en el caso de la CAE Osakidetza / Servicio Vasco de Salud, además de los servicios de prevención.

Para regularizar esta situación y adaptar el Artº 5 del citado RD que regula lo anteriormente comentado, en el País Vasco se arbitró un sistema de comunicación de la sospecha regulado por la Instrucción de 26 de Diciembre de 2007 que implicaba al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, a Osakidetza / Servicio Vasco de Salud y a Osalan / Instituto de Seguridad y Salud Laborales, como principales actores en el sistema; y por la Resolución del Director General de Osalan de fecha 11/12/2007, B.O.P.V. nº 12 de 17/01/2008)

Paralelamente, se trabajó en una aplicación informática que favoreciera el estudio y el registro de las comunicaciones de sospecha y que ha habido que adaptarlo a la estructura del nuevo Plan de Sistemas de Osalan, aún en fase de realización.

Además, se ha trabajado en la divulgación del sistema de comunicación en el sistema sanitario asistencial del País Vasco en el ámbito de la Atención Primaria de Osakidetza y con su colaboración, durante el año 2011, se visitaron las distintas comarcas sanitarias para efectuar tal divulgación. Actualmente ya disponemos de un calendario para realizar las presentaciones divulgativas del sistema de comunicación en la Asistencia Especializada de Osakidetza.

Como veremos en este informe, el crecimiento de las comunicaciones por parte de los sistemas sanitarios ha sido muy importante en estos tres años, esperando que en cuanto la divulgación en el ámbito de la Asistencia Especializada concluya, este crecimiento de comunicaciones de sospechas vaya incrementándose y consolidándose en el tiempo. Sin embargo, en el año 2011 se aprecia un decremento en las comunicaciones desde los servicios de prevención que analizaremos

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

---

El primer objetivo del presente estudio es visualizar la trayectoria de las declaraciones bajo una perspectiva de tres años de registro de comunicaciones de sospecha, tanto desde la procedencia u origen la comunicación como por territorios.

El segundo objetivo sería el de hacernos una idea de dónde tenemos que aplicar un mayor esfuerzo para potenciar y consolidar un proyecto clave para Osalan en el ámbito que le compete y con un gran futuro, aún a sabiendas que tres años es poco tiempo para captar tendencias.

El tercer objetivo es intentar a medio plazo obtener una visión más acorde con la realidad de la Enfermedad Profesional en nuestra Comunidad, procurando que afloren las enfermedades que aún permanecen ocultas, que son las más graves, la mayoría con baja y las de más lenta evolución. No cabe duda que el plan de comunicaciones de sospecha de Enfermedad Profesional conectaría directamente con el del *“enfermo crónico”* puesto en marcha en Osakidetza, aunque esto sería un objetivo en una segunda fase.

Y un cuarto objetivo es el de concienciar a los agentes implicados, sobre todo a los facultativos, la necesidad de comunicar las sospechas de Enfermedad Profesional cuanto crean que la dolencia de la persona trabajadora a la que asistan pueda tener relación o ser presuntamente responsable de su causa.

## METODOLOGÍA Y BASES

---

La fuente de datos para el estudio es la base de datos de comunicaciones de sospecha de Enfermedad Profesional de Osalan.

Se han seleccionado las series de comunicaciones de los tres últimos años completados (2009, 2010 y 2011) debido a la mayor homogeneidad y calidad de los datos en este periodo, desestimándose para el informe los dos primeros años de

puesta en marcha del sistema por la baja calidad de los datos. También se han incluido las comunicaciones del primer trimestre del año 2012 con el fin de observar la variación interanual con relación al mismo trimestre del 2011.

Se han excluido las comunicaciones que su diagnóstico no está incluido en el cuadro oficial de Enfermedades Profesionales según el RD 1299/2006 y también se han excluido comunicaciones de personas sin derecho a la protección por la Seguridad Social por contingencia profesional. Por lo tanto solamente están incluidos los casos coherentes: enfermedad incluida en Real Decreto y con derecho a EP.

## ANALISIS DE LAS COMUNICACIONES DE SOSPECHA POR AÑOS Y POR TERRITORIOS

En la tabla nº 1 se resumen el número total de declaraciones de sospecha de Enfermedad Profesional en los tres años del registro, la procedencia de las mismas (desde Osakidetza o desde la Inspección Médica Sanitaria, desde los servicios de prevención y otras procedencias), y por territorios históricos: Araba, Gipuzkoa y Bizkaia.

TERRITORIO HISTÓRICO	ORIGEN DE LA SOSPECHA	2009	2010	2011
ARABA	Osakidetza –Inspec.Med.	12	20	67
	Servicios de Prevención	35	225	120
	Otros	1	0	0
GIPUZKOA	Osakidetza –Inspec.Med	12	14	37
	Servicios de Prevención	48	106	110
	Otros	0	2	0

<b>BIZKAIA</b>	Osakidetza –Inspec.Med	10	24	80
	Servicios de Prevención	155	572	366
	Otros	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>273</b>	<b>963</b>	<b>780</b>

Tabla nº 1

Sin duda, el dato que se aprecia a simple vista es la bastante mayor comunicación de casos de sospecha procedentes de los servicios de prevención.

Vemos también que la tendencia de las comunicaciones procedentes de los servicios sanitarios es creciente, llegando casi a triplicar las declaraciones del año 2011 a las del 2010. Esta es una tendencia creciente que esperamos se vaya consolidando e incluso creciendo aún más, ya que este año se ha puesto en marcha el Plan de Divulgación de comunicaciones de sospechas en Atención Especializada de Osakidetza, sobre todo en las especialidades más relevantes y con las patologías más prevalentes, de las que previamente hubo que realizar un especial cribado en colaboración con distintos especialistas de Osakidetza, con el objetivo de facilitar las comunicaciones de las mismas.

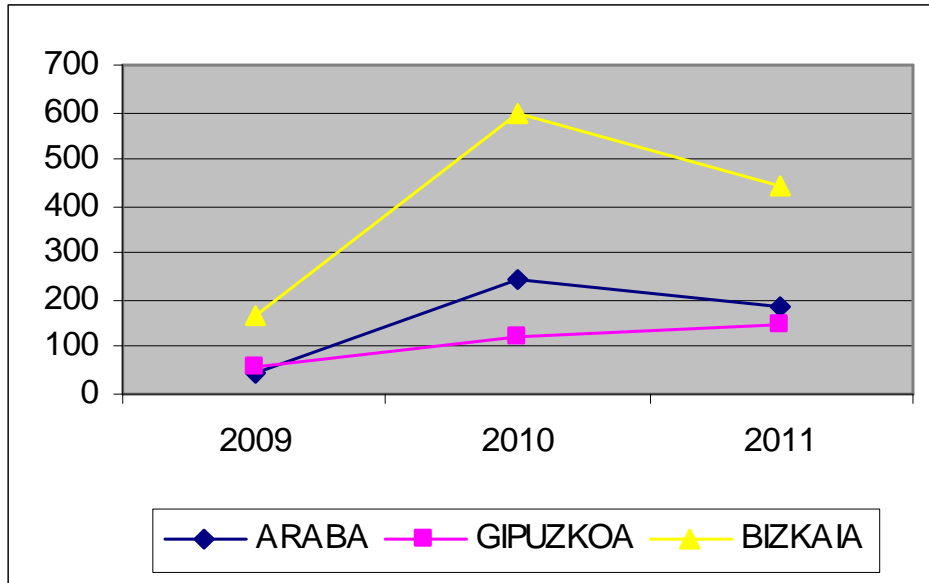
El año 2010 se llevó a cabo el primer Plan Divulgativo para los médicos de Osakidetza, haciendo un recorrido por las direcciones médicas de todas las comarcas sanitarias de Atención Primaria de Osakidetza. Ello ha sido una de las causas, sin duda del aumento de las comunicaciones procedentes de Osakidetza durante el año 2010 y 2011.

Sin embargo, el análisis de la tabla también nos dice que las comunicaciones procedentes de los servicios de prevención han caído considerablemente el año 2011, sobre todo en Bizkaia y menos en Araba.. En Gipuzkoa sin embargo han crecido, pero escasamente.

## **1 EVOLUCIÓN POR TERRITORIOS:**

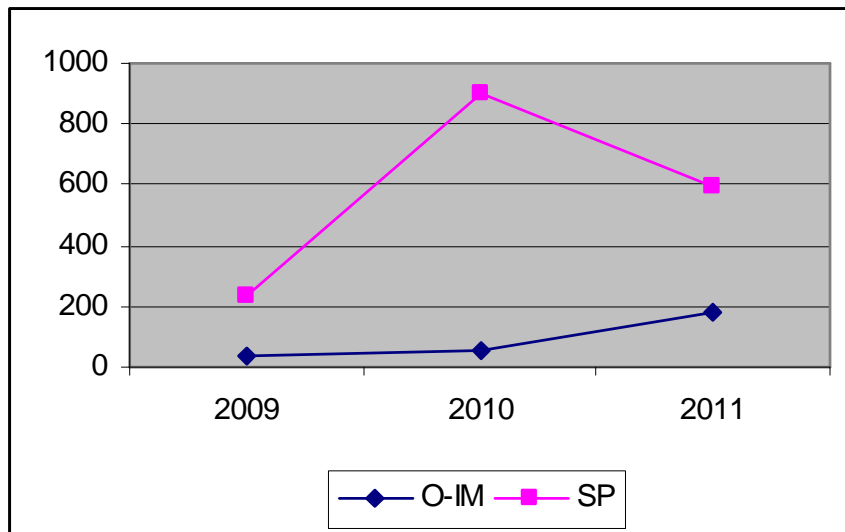
En la gráfica nº 1 se aprecia que el territorio más comunicante es sin duda Bizkaia, seguido de Araba y Guipúzcoa. Este hecho contrasta con las declaraciones de Enfermedad Profesional, donde siempre Gipuzkoa ha sido el territorio histórico más comunicador de la CAE.

Se ve también el decremento de comunicaciones en Bizkaia y Araba en el año 2011, como ya hemos comentado y el leve incremento de Gipuzkoa.



Gráfica nº 1

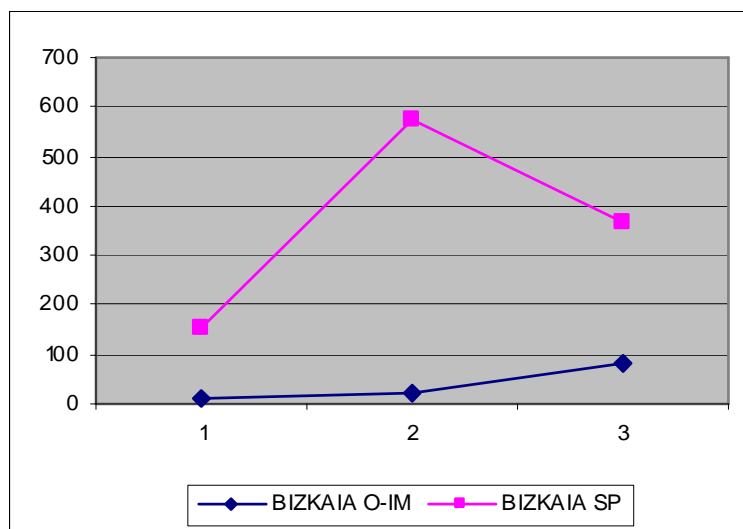
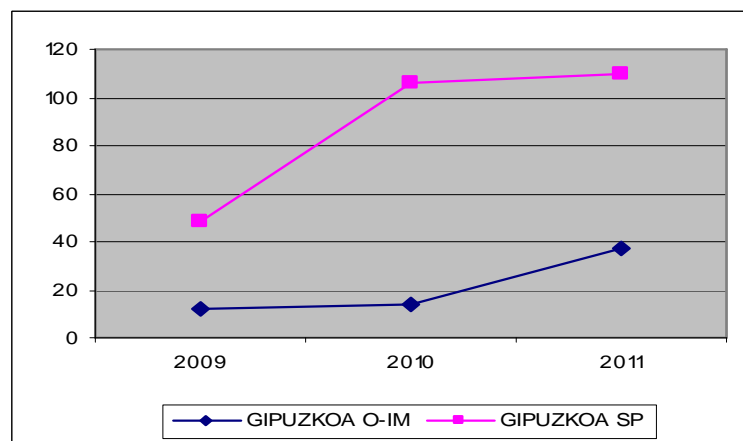
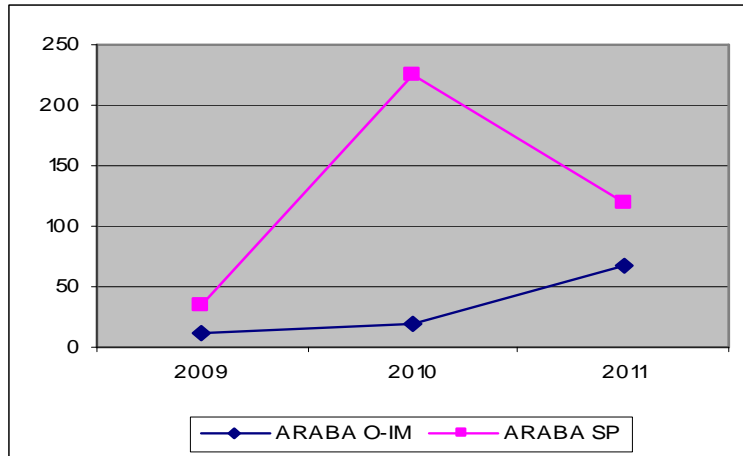
## 2 EVOLUCIÓN POR PROCEDENCIA DE COMUNICACIÓN:



Gráfica nº 2

El aumento de las comunicaciones procedentes de los sistemas sanitarios (casi se han triplicado) se debe al aumento de comunicación de patologías osteomusculares y síndromes del túnel carpiano fundamentalmente, como después veremos.

En las tres gráficas siguientes (nº 3, nº 4 y nº 5) se aprecia la evolución de las comunicaciones en cada territorio según la procedencia de comunicación:



Gráficas nº 3, nº 4 y nº 5

En Araba se aprecia, al igual que en Bizkaia, el gran incremento de comunicaciones en 2010 y la bajada importante en 2011, a costa siempre de los servicios de prevención. Sin embargo la tendencia de crecimiento de las comunicaciones procedentes de las organizaciones sanitarias en creciente en los tres territorios. De todas formas, hemos de señalar que los gráficos anteriores pueden dar una impresión equívoca, ya que la escala del eje Y es diferente para los tres territorios, por lo que debemos tener en cuenta este detalle al analizar los datos. Lo más relevante, sin duda, es el mantenimiento y ligero crecimiento de las comunicaciones en Gipuzkoa y las bajadas en los otros dos territorios.

### 3 COMPARACIÓN PRIMER TRIMESTRE 2011 CON PRIMER TRIMESTRE 2012:

Para empezar a analizar el comportamiento de las comunicaciones de sospecha en el presente año 2012, efectuamos un comparativo del primer trimestre del presente año con el primer trimestre del año pasado (ver Tabla nº 2). En el primer trimestre de 2012 con respecto al primer trimestre del año anterior se ha producido un descenso de comunicaciones desde los servicios sanitarios en los tres territorios, mientras que las comunicaciones desde los servicios de prevención han aumentado o se han mantenido.

Territorio Histórico	Procedencia comunicación	1er trimestre 2011	1er trimestre 2012
ARABA	Osakidetza –Insp M	32	13 ↓
	Servicios Prevención	57	77 ↑
GIPUZKOA	Osakidetza –Insp M	24	11 ↓
	Servicios Prevención	23	78 ↑
BIZKAIA	Osakidetza –Insp M	38	10 ↓
	Servicios Prevención	164	159 ≈
<b>TOTAL</b>		<b>338</b>	<b>348</b>

Tabla nº 2

Esta situación creemos que ha sido debida a la relajación del mensaje transmitido a la Atención Primaria de Osakidetza, del cual ha pasado un año y que dentro de la propia estructura de la Atención Primaria los facultativos no consideran este proyecto (quizá no ha sido lo suficientemente bien difundido internamente) como algo fundamental y prioritario. Sin embargo durante el año 2011 fué el verdadero motor del crecimiento de las comunicaciones de sospecha en el ámbito sanitario.

Bien es verdad que tenemos una asignatura pendiente en el escenario sanitario asistencial, y es conseguir que la retroinformación de la sospecha (conocer si verdaderamente la comunicación de la sospecha y por tanto el proceso, ha terminado en Enfermedad Profesional o no), pueda volver con fluidez a los médicos del sistema sanitario que la tramitaron en su día. Esta información nos parece vital para que los médicos de Osakidetza puedan seguir “enganchados” al proyecto.



Este análisis provoca que nos planteemos tres objetivos de mejora: Potenciar el mensaje en la Atención Primaria con una nueva campaña de difusión y concienciación, aceleración del plan de divulgación en la Asistencia Especializada y conseguir la retroinformación de los resultados de las sospechas hasta los sanitarios comunicantes.

#### 4 EVOLUCIÓN POR AGRUPACIÓN DE ENFERMEDADES:

De un vistazo se aprecian los distintos comportamientos de las declaraciones de sospecha por diagnósticos globales para toda la C.A.E..

DIAGNÓSTICO	2009	2010	2011
Hipoacusias	179	808	489
Enf. Respiratorias	36	56	44
Enf. Osteomuscular	21	51	111
Síndr. Túnel Carpiano	15	27	84
Enf. Dermatológica	10	10	13
Cancer	7	5	4
Enf. Infecciosas	2	6	4
Otras	3	0	2
	<b>273</b>	<b>963</b>	<b>751</b>

Tabla nº 3

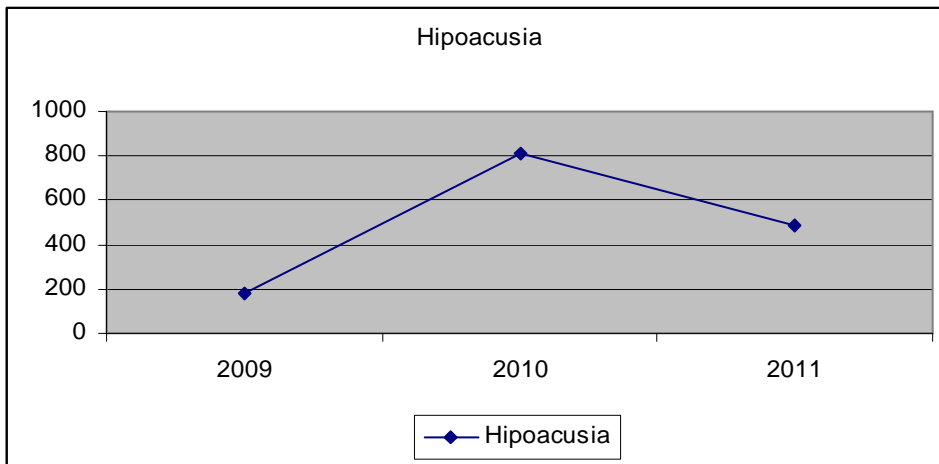
Un gran descenso de las hipoacusias durante el año 2011 determina el descenso global que han sufrido las comunicaciones de sospecha durante el año pasado.

Las enfermedades respiratorias (asma, neumoconiosis, ....), bajan el año 2011 en 12 registros, cuando el año 2010 se había notado un incremento de 20 casos respecto al año 2009.

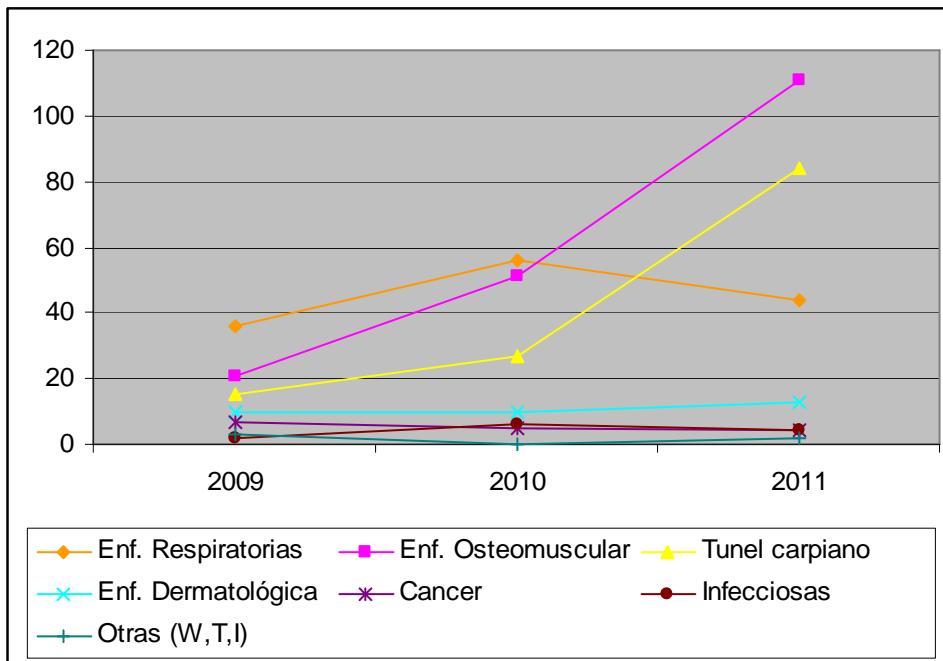
Se aprecia el gran aumento de las enfermedades musculoesqueléticas comunicadas, junto con las neuropatías por presión (síndromes del túnel carpiano), generalmente procedentes de Osakidetza.

Las dermatosis profesionales se mantienen y el cáncer, a pesar de que vemos con satisfacción que se comunican sospechas de neoplasias relacionadas con el trabajo, han disminuido en un caso respecto al año pasado y en tres respecto al año 2009, que se nota mucho siendo tan pocos casos. Esperemos que con la irrupción de la Asistencia Especializada en la comunicación de sospechas se hagan más evidentes los casos de cáncer laboral.

En las siguientes gráficas (nº 6 y nº 7) se resumen estos datos.



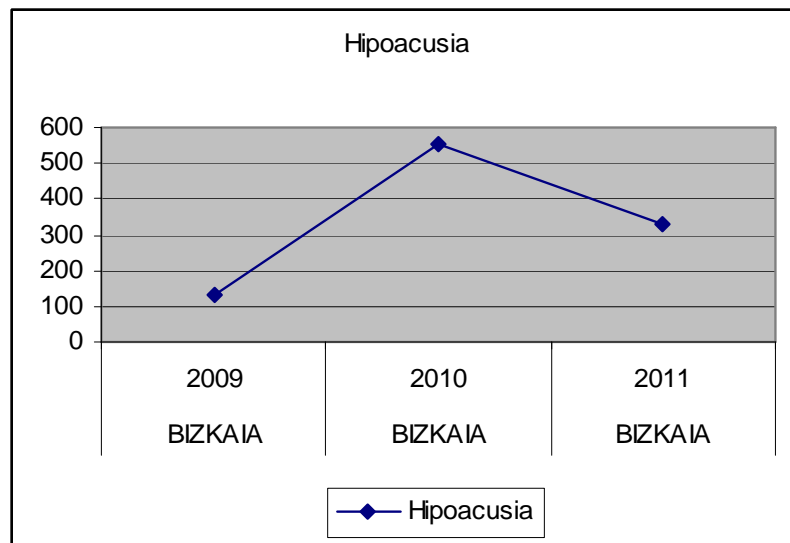
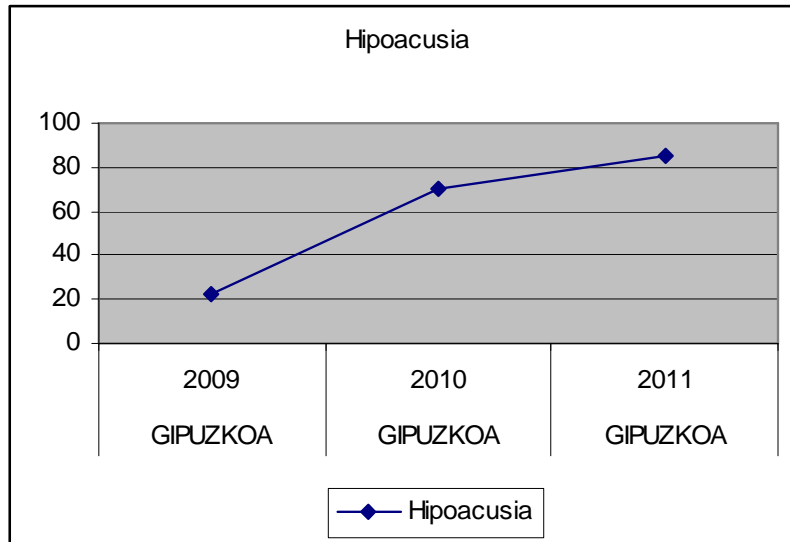
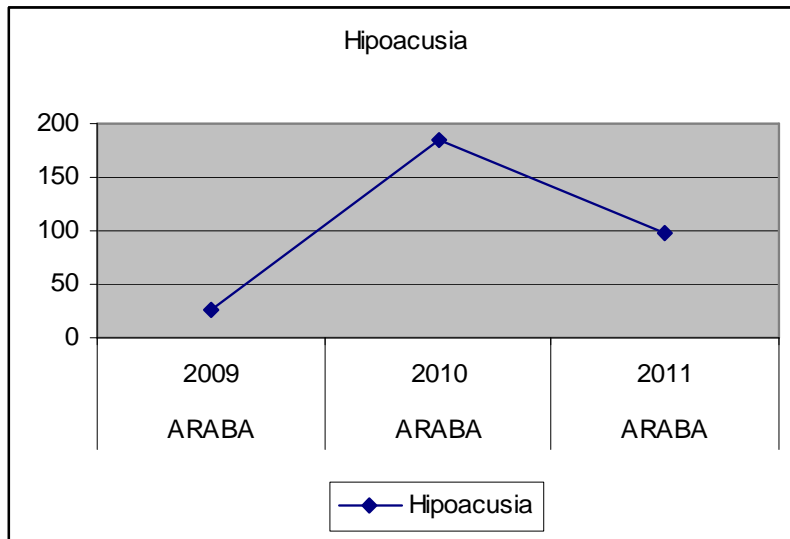
Gráfica nº 6



Gráfica nº 7

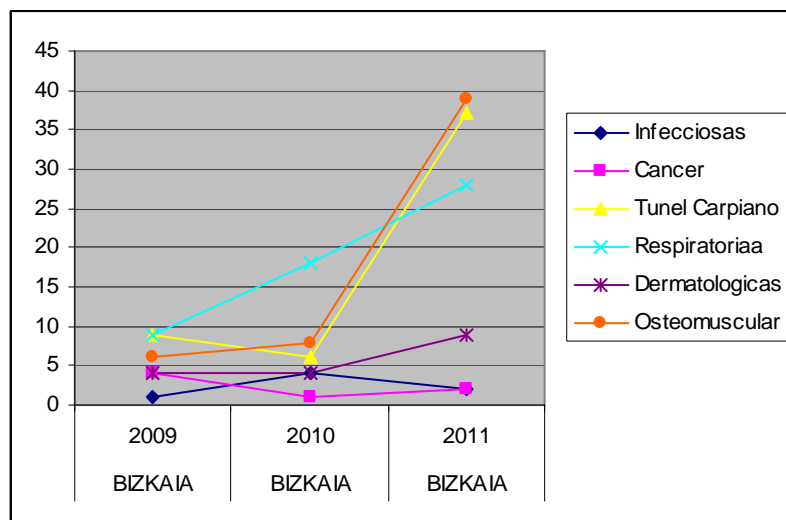
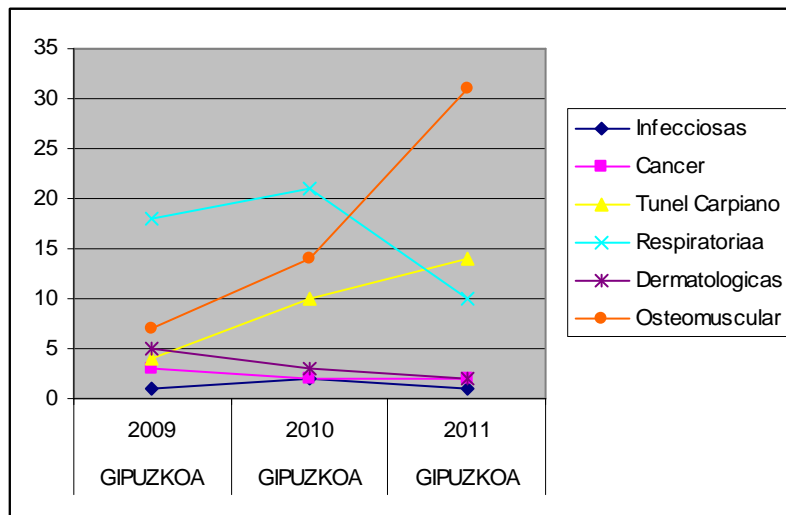
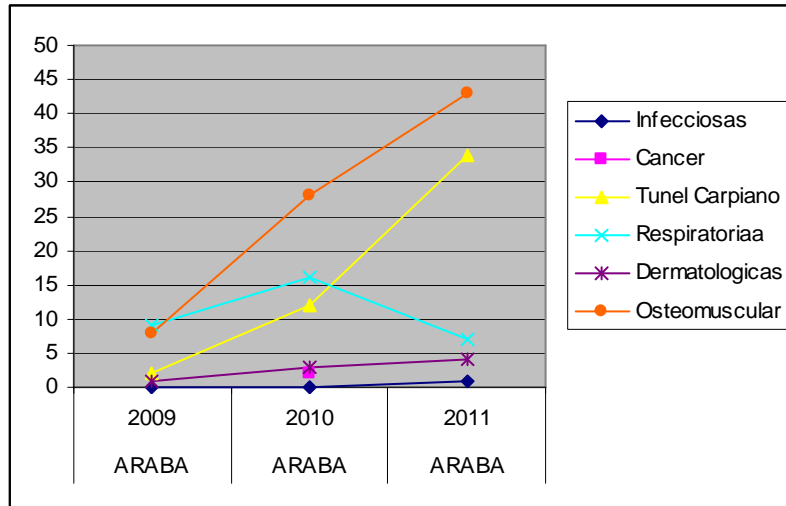
## 5 EVOLUCIÓN POR GRUPO DE ENFERMEDAD Y TERRITORIO:

En las siguientes gráficas (nº 8, nº 9 y nº 10), por el impacto que tienen sobre el global de las comunicaciones se relacionan exclusivamente las hipoacusias con el territorio histórico de comunicación, apreciándose que si bien el comportamiento de Gipuzkoa es creciente y sostenido los tres años, en Araba y Bizkaia hubo muchas comunicaciones en 2010 respecto al año 2009, bajando drásticamente en 2011. Ya hemos dicho a qué obedece esta causa.



Gráficas nº 8, nº 9 y nº 10

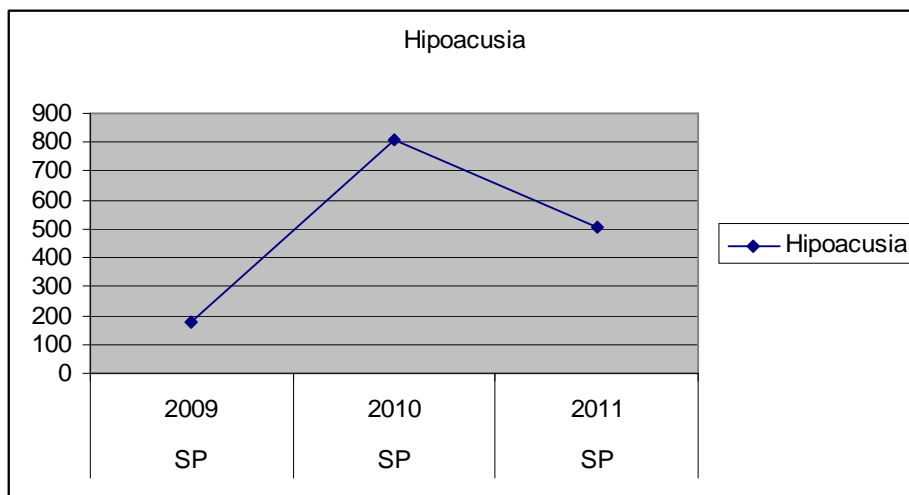
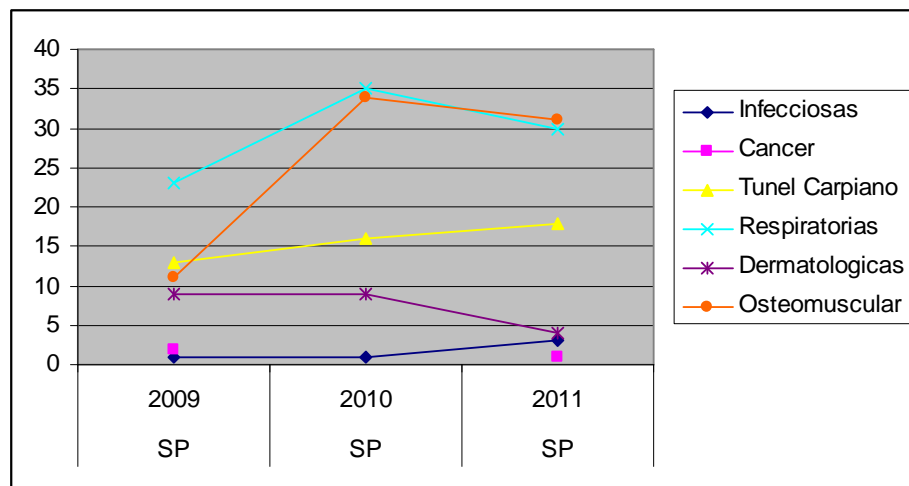
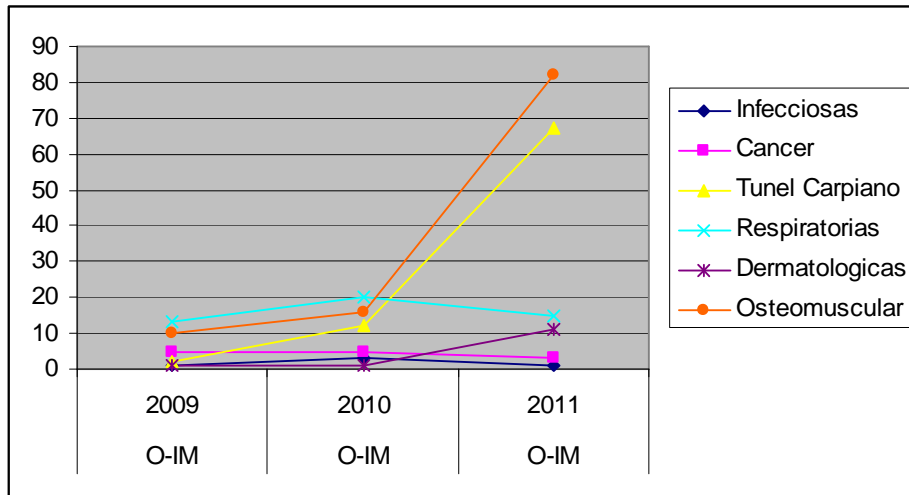
En las siguientes gráficas (nº 11, nº 12 y nº 13) se aprecia la evolución del resto de patologías por territorios. En general se nota el crecimiento de la mayoría de patologías en los años 2010 y 2011 en los tres territorios, excepto las patologías respiratorias en Araba y Gipuzkoa, que decrecen en 2011 respecto a 2010, a pesar de que en Guipúzcoa estas enfermedades en 2009 y 2010 tuvieron un alto número de comunicaciones.



Gráficas nº 11, 12 y 13

## 6 EVOLUCIÓN POR AGRUPACIÓN DE ENFERMEDADES Y PROCEDENCIA:

En las siguientes gráficas (nº 14, nº 15 y nº 16) hacemos el mismo análisis de diagnósticos, pero según la procedencia de las comunicaciones.



Gráficas nº 14, nº 15 y nº 16

Se aprecia el gran aumento de comunicaciones de enfermedades de tipo osteomuscular y túneles carpianos en el año 2011 procedentes de los sistemas sanitarios. Debemos explicar que el incremento prácticamente exclusivo de patologías músculo-tendinosas y de síndromes de compresión de nervios periféricos, junto con reducido aumento de declaración de algunos procesos respiratorios y dermatológicos desde la atención primaria de Osakidetza se debe a que el sistema de detección implantado en atención primaria sólo se dirige a este tipo de patologías, en tanto que los procesos que requieren diagnóstico por especialista, como los procesos cancerosos, respiratorios crónicos, dermatológicos complejos, etc..., se han restringido a la comunicación desde la asistencia especializada

Las procedentes de los servicios de prevención en este tipo de patologías subieron en el año 2009 y se han mantenido, más o menos, en el año 2010. Es de notar el aumento de comunicaciones de enfermedades respiratorias el año 2009 por parte de los servicios de prevención, bajando discretamente el año 2011.

## 7 RESUMEN POR GRUPO ENFERMEDAD (CASOS 2008-2011):

En este cuadro resumen (tabla nº 4), se concretan y se cruzan los datos de diagnósticos según sexos, origen o procedencia de la comunicación de sospecha (de los Servicios de Prevención o Unidades de Salud Laboral y desde los sistemas sanitarios, que pueden ser de Osakidetza o de la Inspección Médica).

ENFERMEDAD	SEXO H : hombre M: mujer	PROCEDENCIA	OBSERVACIONES	AcepEP*
<b>HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL</b>	1584 H 17 M	SP-USL 1594 O-IM 7	Mediana edad 54 años	59%
<b>ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR</b>	131 H 93 M	SP-USL 103 O-IM 121	76% Epicondilitis y S. manguito rotatorio. Se duplican de 2010 a 2011 Mediana edad 47 años	29%
<b>SINDROME TUNEL CARPIANO</b>	54 H 86 M	SP-USL 56 O-IM 84	Se triplican de 2010 a 2011 Mediana edad 46 años	31%
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>	137 H 25 M	SP-USL 101 O-IM 61	Los dos. relacionados con amianto proceden de O-IM mayormente	46%
<b>PATOLOGIA DERMATOLOGICA</b>	23 H 20 M	SP-USL 27 O-IM 16	Dermatitis de contacto sobre todo	51%
<b>NEOPLASIAS</b>	22 H	SP-USL 5 O-IM 17	15 mesoteliomas, 2 Tumor maligno (TM) vejiga urinaria, 2 TM pulmón, 1 TM riñón, 1 TM fosa nasal, 1 linfoma no Hodgkin difuso Mediana edad 61 años	32%
<b>ENFERMEDADES INFECIOSAS</b>	7 H 5 M	SP-USL 5 O-IM 5 Otros** 2	4 Tuberculosis, 2 Legionelosis, 1 Yersiniosis, 1 Tularemia, 1 Sarampión, 1 Leptospirosis, 1 Hepatitis C, 1 Otras enf. víricas	58%
*Porcentaje de comunicaciones que aparecen como EP en CEPROSS una vez que la mutua as acepta y lo comunica al INSS por esta vía. ** Unidad Vigilancia Epidemiológica (Salud Pública) SP-USL = Servicios de Prevención - Unidad de Salud Laboral O-IM = Osakidetza – Inspección Médica Mediana: Dato que deja el 50% de los casos a un lado y a otro del mismo (percentil 50)				

Tabla nº 4

En la tabla anterior se acumulan también los casos comunicados correspondientes al año 2008. Además se aportan una serie de observaciones en la cuarta columna entre las que están las medianas de edad y algunos otros datos de interés, arrojándose en la última columna el porcentaje de sospechas que han sido reconocidas y aceptadas por las mutuas como EP y recogidas en el sistema CEPROSS una vez que la mutua las acepta y lo comunica al INSS por esa vía.

El primer diagnóstico: las **hipoacusias neurosensoriales** (sorderas profesionales), han constituido la inmensa mayoría de las comunicaciones de sospecha de EP en los años estudiados. Son sin duda el bloque más importante, además con el añadido de que todas son sin baja. En todo caso son sospechas de EP que las que llegan ser consideradas legalmente enfermedades profesionales tienen derecho a la prestación económica por *“incapacidad permanente no invalidante”*. La inmensa mayoría de ellas se dan en hombres de una edad relativamente alta (una mediana de 54 años significa que es la edad que deja el 50% de las edades de los afectados por debajo de la misma y el otro 50% por encima, es decir, el percentil 50 en la distribución de los valores). Han sido aceptadas por el INSS como EP legal el 59% de todas las hipoacusias comunicadas. Es obvio que en un porcentaje altísimo (un 99,5%) han sido comunicadas desde los servicios de prevención.

En lo que se refiere a las **enfermedades osteomusculares** el 58,48% se han dado en hombres y comunicadas en un 54% de los casos por Osakidetza, siendo reconocidas como enfermedad profesional un 29% de todas las comunicadas. Este grupo de enfermedades han sido, en un 79%, epicondilitis y síndromes del manguito de los rotadores (tendinopatías del codo y hombro, respectivamente). Es de señalar, como ya hemos comentado anteriormente, que este tipo de enfermedades se han duplicado de 2010 a 2011.

Es de llamar la atención lo que sucede con el **síndrome del túnel carpiano**, que el 61 % de los casos comunicados afectan a las mujeres. De nuevo se demuestra y se refuerza el hecho del factor género en este tipo de lesiones. Seguramente se trata de trabajadoras manuales relativamente jóvenes (mediana de edad de 46 años), sometidas en su actividad laboral a sobrecargas osteomusculares de muñeca por movimientos repetitivos que a la larga favorecen la aparición de atrapamientos del nervio mediano en el carpo. Este tipo de síndrome suele acabar frecuentemente en el quirófano y si no hay una desvinculación posterior con su actividad u otra similar a la que la produjo, es previsible la recidiva. El 60% de los casos han sido comunicados por los facultativos de Osakidetza.

Al contrario sucede con las **patologías respiratorias**, que afectan sobre todo a los hombres (84 %) siendo comunicadas en un 62 % por los servicios de prevención y el 38 % restante por los servicios sanitarios de Osakidetza, la mayoría de los cuales están relacionados con la exposición a amianto.

Los 43 casos dermatológicos reportados son casi todos los casos **dermatitis de contacto**, y un 51 % han sido reconocidos como enfermedad profesional.

Debemos hacer una reflexión especial con los casos de **neoplasias** o cánceres laborales. Los 22 casos reportados se han producido en hombres, siendo 17 (casi el 77,2 %), comunicados por los médicos de Osakidetza. De todos ellos, solamente un 32 % han sido reconocidos como Enfermedad Profesional y han sido (véase la tabla anterior), 15 mesoteliomas, 2 tumores vesicales, 2 cánceres de pulmón, uno de riñón, un tumor de fosa nasal (suelen estar relacionados con la exposición laboral a polvo de maderas nobles o exóticas) y un linfoma no Hodgkiniano difuso. La mediana de edad de los casos comunicados se sitúa en los 62 años.

Pero al menos hay un dato que chirría en esta información: si se han reportado 15 mesoteliomas en el periodo y la evidencia científica más actualizada indica que en los hombres el 85% de los casos de mesotelioma pleural están relacionados con el amianto, estaríamos al menos ante 12,7 enfermedades profesionales por mesotelioma pleural por exposición al amianto. Sin embargo, el INSS solo reconoció en total (de todos los cánceres comunicados), un 7,04%.

Y por fin, las 12 **enfermedades infecciosas** comunicadas, 7 en hombres y 5 en varones, se reparten equitativamente el origen de la comunicación, siendo reconocidas el 61% de todas las reportadas. Los diagnósticos son muy variados, aunque la más prevalente o frecuente siempre suele ser la tuberculosis (4 casos), que generalmente afecta a personal sanitario y suele haber muy pocas dudas respecto a su calificación como enfermedad profesional.

## CONCLUSIONES

---

- Durante los años del registro 2009 – 2011, las comunicaciones de sospecha de EP aumentaron un 300 % en 2010 respecto a 2009, bajando en 2011 casi un 20% respecto a 2010.
- Las comunicaciones que han partido de los servicios sanitarios y Osakidetza se han triplicado en 2011 respecto al año 2010.
- Sin embargo, en el primer trimestre del presente año 2012 las comunicaciones de Osakidetza han bajado considerablemente en los tres territorios históricos.
- Esto puede obedecer a tres causas: relajación en el mensaje de comunicación en Atención Primaria y falta de retroinformación de los resultados de las comunicaciones de sospecha.
- Las comunicaciones procedentes de los servicios de prevención han descendido considerablemente en el año 2011 respecto a 2010, fundamentalmente debido a la disminución de las comunicaciones de hipoacusias en Araba y Bizkaia. En Gipuzkoa se mantienen.
- Bizkaia, y es lógico por su mayor número de personas trabajadoras, es el territorio más comunicante



- La inmensa mayoría de las comunicaciones del sistema sanitario son problemas tendinosos que afectan a la extremidad superior y síndromes de atrapamiento de los nervios periféricos, como el del túnel carpiano.
- Los síndromes del túnel carpiano tienen un claro sesgo de género, ya que el 61% se dan en mujeres trabajadoras en la edad media de la vida.
- También Osakidetza es la procedencia de la mayoría de las comunicaciones de sospecha por cáncer laboral.
- En el primer trimestre de 2012 se aprecia un considerable descenso de las comunicaciones de Osakidetza, aumentando de nuevo las de los servicios de prevención.
- La mayoría de las comunicaciones de enfermedades respiratorias están vinculadas al amianto.
- Las neoplasias han encontrado en las comunicaciones de sospecha una vía de reconocimiento como Enfermedad Profesional, que por el momento no parece ser compartida por la Seguridad Social.
- Más de la mitad de las enfermedades por agentes infecciosos comunicadas eran tuberculosis.

#### **ACCIONES PREVISTAS A CORTO Y MEDIO PLAZO**

---

- Puesta en marcha del Plan de Divulgación del programa en la Asistencia Especializada a lo largo del año 2012.
- Puesta en marcha de la aplicación informática para comunicación directa de los servicios de prevención hacia Inspección Médica y Osalan
- Mejora de la transmisión de las comunicaciones de sospecha desde AP y AE
- Cambio del circuito de las comunicaciones con una mayor intervención de las MATEPSS (mutuas) en el proceso.
- Conseguir que el INSS informe de las comunicaciones que han sido consideradas como EP y las que no.
- Mantener informados a los médicos de Osakidetza de los resultados de sus comunicaciones.
- Seguir con las reuniones del Grupo de Trabajo tripartito creado ex profeso, para supervisar la evolución de las acciones puestas en marcha y proponer modificaciones si procede.

- Seguir con las reuniones programadas de la Comisión Delegada de Enfermedades Profesionales del Consejo de Osalan donde se informa específicamente, entre otros temas, de la evolución de las comunicaciones de sospecha en la CAE.

OSALAN  
Subdirección de Planificación  
Junio 2012