

Cifras en el mundo de la salud y seguridad en el trabajo: Ver para creer?

Numbers in the world of health and work safety: see to believe?

HÉCTOR UPEGUI GARCÍA¹

Forma de citar: Upegui L. Cifras en el mundo de la salud y seguridad en el trabajo: Ver para creer ? Rev CES Med 2005;19 (2) : 63-71

INTRODUCCIÓN

Dice el evangelista Juan en el capítulo 20 versículo 24 de la Biblia católica que: «En la primera aparición de Jesús resucitado a sus apóstoles no estaba con ellos Tomás. Los discípulos le decían: «Hemos visto al Señor». El les contestó: «si no veo en sus manos los agujeros de los clavos, y si no meto mis dedos en los agujeros sus clavos, y no meto mi mano en la herida de su costado, no creeré». Ocho días después estaban los discípulos reunidos y Tomás con ellos. Se presentó Jesús y dijo a Tomás: «Acerca tu dedo: aquí tienes mis manos. Trae tu mano y métela en la herida de mi costado, y no seas incrédulo sino creyente».

Este artículo no pretende hablar de religión, sino provocar una discusión al respecto de la manera como en algunas ocasiones en temas de salud y seguridad en el trabajo, así como en los de aseguramiento de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se realizan comparaciones o se emiten verdades, que terminan por aceptarse más con los ojos de la fe que con la visión científica que nos obliga.

Para tal efecto, se tomarán tres artículos publicados unos en revistas especializadas, o en foros de Internet, y otro presentado en un congreso especializados en la materia. La intención de presentar estos tres artículos, lejos de criticar a los autores, es simplemente la de tener algún elemento para soportar e incentivar la discusión.

¹ Máster Europeo en Seguridad Social. Investigador y consultor para la unidad de seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional - compañía reaseguradora Munich Re. E-mail: hupegui@munichre.com

Recibido: 18 octubre/2005, Revisado: 20 noviembre/ 2005, Aceptado: 2 diciembre/ 2005

Finalmente, se propone la necesidad de basar nuestro diario trabajo en más evidencia y análisis en contexto, especialmente para el caso que nos ocupa de medición y comparación de cifras de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Subregistro de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales

Se transcriben a continuación algunos apartes de tres artículos relacionados con la materia y escritos en países distintos. De cada uno de ellos se concluye al final de la lectura que existe subregistro (o por lo menos potencial subregistro) de enfermedad profesional y/o de accidente de trabajo en Colombia, Argentina y México.

El primer artículo termina por comparar la realidad de la Argentina con Alemania ⁽¹⁾ y fue publicado en una revista especializada Alemana. Este artículo fue igualmente publicado en mayo de este año, en una lista de discusión especializada en salud y seguridad en el trabajo ⁽²⁾ y afirma lo siguiente:

"...Según la estadística oficial de la autoridad competente, la «Superintendencia de Riesgos de Trabajo» (SRT), de los 344.045 casos de lesiones en la salud en ocasión del trabajo correspondientes al año 2002, el porcentaje de enfermedades profesionales fue del 1,54%; conforme a lo cual, un 81,81% corresponde a verdaderos accidentes de trabajo, 10,95% a accidentes en el trayecto desde y hacia el trabajo (in itinere) y un 4,13% a las llamadas reagravaciones. En el año 2001 el porcentaje de enfermedades profesionales fue del 1,7%, en el año 2000 del 1,3%, y en 1999 sólo del 0,9 por ciento..."

El artículo en mención sigue avanzando y anota igualmente:

"Si la baja cuota de enfermedades profesionales no es dato suficiente, existe otro fenómeno que no deja de sorprendernos. De la totalidad de los casos de enfermedades profesionales reconocidos en Argentina, alrede-

dor del 80% corresponde a casos de hipoacusia y las víctimas son compensadas con un fondo especial. Esto significa, a su vez, que de todas las lesiones en la salud causadas por el trabajo en el año 2002 sólo el 0,31% corresponde a otras enfermedades profesionales que no sean hipoacusia. A modo de comparación, en Alemania en el año 2002, las enfermedades profesionales relacionadas con la acústica representaron el 40% (6.685 casos) y ocuparon el segundo lugar luego de las enfermedades de la piel (53%, 8.835 casos), como la enfermedad más común en el ámbito de las instituciones aseguradoras de accidentes, seguida por la asbestosis y la silicosis".

El segundo artículo fue publicado en una revista de salud pública Mexicana, ⁽³⁾ en donde se concluye que en México existe un subregistro de por lo menos el 26%, artículo del que transcribo unos apartes:

"Materiales y Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en México con información a escala nacional proveniente de 27 Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre trabajadores atendidos por probable accidente de trabajo, según declaración del trabajador en su primera atención en los servicios de urgencia de hospitales del IMSS durante el mes de noviembre de 2001, que posteriormente se comparó con los registros de casos reclamados o reconocidos oficialmente como accidentes de trabajo, lo que permitió identificar la proporción de los mismos que no terminaron el proceso de calificación.

Resultados. La información de 27 de 37 Delegaciones del IMSS reveló que 7 211 casos no fueron reconocidos como accidentes de trabajo en el período de estudio; lo que equivaldría a un subregistro de accidentes de trabajo nacional de 26.3%, con variaciones en las Delegaciones de 0 a 68%. Los diagnósti-

cos más frecuentes fueron contusiones y heridas leves.”

El tercer artículo fue presentado⁽⁴⁾ en un Congreso de Salud y Seguridad en el trabajo en Colombia:

“Colombia se encuentra en niveles medios de accidentalidad 7% aproximadamente, estando mejor ubicados que países que llevan más tiempo trabajando seriamente frente al tema como lo es Chile, pero estando todavía lejos de naciones adelantadas en esta materia como es el caso de los países Nórdicos, los cuales alcanzan niveles, en algunos casos, inferiores al 1%”

DISCUSIÓN

En una investigación desarrollada en los países bajos (Holanda),⁽⁵⁾ donde se entrevistó a más de 159 médicos expertos en salud ocupacional, se concluyó entre otras cosas, que los médicos preferían resolver sus dudas acudiendo a sus colegas, en vez de revisar literatura científica o bases de datos pertinentes, aunque en general la actitud frente a la medicina basada en la evidencia fue positiva.

En un reciente artículo el profesor Ison de la Escuela de Leyes de Osgood Hall en Canadá, presentado en el marco de un evento organizado por el Centro Canadiense para la salud y seguridad en el trabajo (CCOHS),⁽⁶⁾ anotaba que en su experiencia había encontrado con frecuencia en la literatura médica razonamiento circular. Esto es, por ejemplo, que notas de pie de página en donde se referenciaban las fuentes, eran libros o textos en donde al ser luego consultados por el lector, se encontraba exactamente la misma afirmación que había sido escrita en el libro inicial, y que a su vez repetía algo que estaba en otro libro o texto, pero que en ningún caso era la fuente original, ni estaba basado en la investigación o en evidencia.

Precisamente estas dos anteriores afirmaciones, sirven como punto de partida para el tema de subregistro de enfermedad profesional y/o de accidente de trabajo, en el que en repetidas ocasio-

nes se escucha en diferentes congresos o se lee en diversos artículos en la materia, adjetivos que califican al subregistro de enfermedad profesional o accidente de trabajo como “alto subregistro”, “muy lejos de la realidad”, etc. . . . Estos adjetivos son frecuentes en este tipo de artículos, y en un buen número de casos (lo que podría ser inclusive motivo de investigaciones posteriores), no existe en ninguna parte del artículo una clara evidencia de sobre qué base se considera que es alto o bajo, o bueno o malo, etc.

En relación con el tema de debate, se presentan entonces a continuación algunas de las afirmaciones principales sobre las que se soportan los artículos y se tomarán como referencia para alimentar la discusión los casos de Alemania y de algunos otros países de la Unión Europea.

Primera afirmación ^(1, 2)

“La baja proporción de enfermedades profesionales en relación a la totalidad de lesiones en la salud causadas por el trabajo”.

“...En el año 2001 el porcentaje de enfermedades profesionales fue del 1.7%, en el año 2000 del 1.3%, y en 1999 solo del 0.9 por ciento”.

Lo primero es cuestionar sobre qué base se acepta que el resultado es bajo o alto, si se tiene en cuenta que este indicador, además de que lo considero impreciso para efectos de realizar comparaciones,⁽⁷⁾ no tiene un valor normal internacionalmente aceptado. Pero si se decide no tomar la experiencia internacional sino el comportamiento nacional, sería muy interesante proponer entonces un valor normal esperado, contra el que se pueda comparar la realidad encontrada.

De no existir un estándar o valor normal, se debería como mínimo comentar sobre la evidencia encontrada y en este punto llama la atención que el artículo, aún con base en la evidencia que allí mismo presenta del 0.9% para 1999 y de 1.7% en el 2001, no rescata que de 1999 al 2001 el registro de la enfermedad profesional se aumentó en casi el

doble, sino que insiste en que este es bajo. Y de nuevo surge la pregunta: Bajo con respecto a qué?

Con el ánimo de encontrar una respuesta y a pesar de ser consciente de que con este indicador las comparaciones son imprecisas, presento la siguiente tabla:

Tabla 1. Relación de la enfermedad profesional con la totalidad de las lesiones en la salud causadas por el trabajo (año 2000)⁽⁸⁾

País	%
Argentina	1,25
Alemania	1,24
Austria	0,80
Francia	2,55
Italia	1,00
Suiza	1,38

Aquí se observa que del grupo de países analizados para el año 2000, Argentina sería el tercer indicador más alto después de Francia y Suiza.

Si en vez de hacer un corte transversal, se intenta hacer la comparación de una serie y analizamos Alemania y Argentina para los años de 1999 al 2003, se encuentra lo siguiente:

Tabla 2. Relación de la enfermedad profesional con la totalidad de las lesiones en la salud causadas por el trabajo (%)⁽⁹⁾

País	Argentina	Alemania
1999	1,24	1,44
2000	1,25	1,24
2001	1,92	1,35
2002	1,67	1,44
2003	1,36	1,51
Promedio	1,49	1,40

Es decir que utilizando el mismo indicador propuesto y con base en cifras oficiales, la media Argentina se encuentra por encima de la media Alemana.

Así las cosas y teniendo como base las cifras presentadas en las tablas uno y dos, se podría decir que en principio, no es cierto que Argentina tenga un indicador bajo, pues de hecho es más alto que el que se pueda encontrar en varios países de la Unión Europea.

Más sin embargo y para enfatizar de nuevo la necesidad de cuidar las conclusiones sobre la evidencia o mejor aún de construir datos válidos en análisis contextualizado, en la tabla uno y al respecto del caso Austriaco por ejemplo, habría que tener en cuenta, entre otras cosas, que contabilizan solo los casos compensados con pensiones, mientras que en otro sistemas, se incluyen los casos declarados.⁽¹⁰⁾ Con lo que cambiaría el resultado si se tomara la totalidad de los casos.

Igualmente para el caso de la tabla dos, antes de proponer conclusiones habría que hacer reflexiones que van desde el análisis de las desviaciones estándar de cada serie, hasta pasar por las poblaciones sujetas de cobertura (el sector público por ejemplo no se encuentra representada en la serie Alemana, pero sí en la Argentina). Así pues los universos son distintos.

Esto es sólo para resaltar algunos de los muchos elementos adicionales que se deberían tener en cuenta al momento de hacer comparaciones.

En conclusión, con la evidencia recogida y con base en el indicador propuesto, no hay bases sólidas para decir, insisto, bajo los criterios presentados que la Argentina tiene un diagnóstico de enfermedad profesional bajo o alto.

Segunda afirmación ^(1, 2)

"De la totalidad de los casos de enfermedades profesionales reconocidos en Argentina, alrededor del 80% corresponden a casos de hipoacusia... A modo de comparación, en Alemania en el año 2002, las enfermedades profesionales relacionadas con la acústica representaron el 40% (6685 casos)..."

Que la hipoacusia sea el primer diagnóstico en la Argentina, no es una situación desconocida para el continente ni para muchas partes del mundo. El diagnóstico de hipoacusia fue el primer diagnóstico más frecuente en Alemania en los años 2001 a 2003 ⁽¹¹⁾ y allí mismo fue el segundo diagnóstico más frecuente en los años 1998 y 2000, al igual que en Austria y Dinamarca.⁽¹²⁾ En Italia este diagnóstico fue el primero en 1994, 1996, 1998 y el año 2000, así como en Portugal.⁽¹²⁾ Una situación similar ocurre en la mayoría de países de América Latina y el Caribe.⁽¹³⁾

De otro lado y volviendo sobre el análisis comparado de cifras, se compara la cifra de Argentina del 80% con la de Alemania del 40% y sobre esta base se cuestiona la calidad del diagnóstico. Lo primero es decir que al momento de escribir este artículo la cifra del 80% para la Argentina no se pudo confirmar en las estadísticas oficiales de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de Argentina, disponibles en Internet, siendo solo posible confirmar la de Alemania en su fuente directa, la que efectivamente fue del 40% para el año 2002, pasando de ser un 30% en 1990 a un 41% en el 2003.^(1, 2, 6)

Pero para fines de este artículo y continuando con la comparación de cifras, las conclusiones que se realizan partiendo de comparaciones directas entre dos países o de análisis puntuales de cifras sin más contexto adicional, deben hacerse con mucho cuidado. La prueba de que esto pueda llevar a equívocos se puede ver en el siguiente ejemplo, que aunque a otro nivel, permite demostrar lo que se viene aduciendo:

El porcentaje de casos de hipoacusia sobre el total de enfermedades profesionales diagnosticadas en el año 2001 en la Unión Europea de los 15 fue del 13%, mientras que el porcentaje de Alemania para el mismo año fue del 40% (3 veces más).

Para este mismo año y sobre esta misma base, la Asbestosis por su parte fue 6 veces más alta en Alemania que en la Unión Europea de los 15.

El diagnóstico de enfermedades de la piel en Alemania está para este mismo año un 42% por debajo de la Unión Europea de los 15.

Tabla 3. Algunas cifras de Alemania comparadas con la Unión Europea de los 15, para el año 2001⁽¹⁴⁾

El porcentaje de casos de hipoacusia sobre el total de enfermedades profesionales diagnosticadas en el año 2001 en la Unión Europea de los 15 fue del 13%, mientras que el porcentaje de Alemania para el mismo año fue del 40% (3 veces más).
Para este mismo año y sobre esta misma base, la Asbestosis por su parte fue 6 veces más alta en Alemania que en la Unión Europea de los 15.
El diagnóstico de enfermedades de la piel en Alemania está para este mismo año un 42% por debajo de la Unión Europea de los 15.

No por esto se puede decir que Alemania tiene el peor sistema de prevención en materia de hipoacusia o de Asbestosis, o que tiene el mejor por estar las dermatosis ocupacionales por debajo de la media de la Unión Europea de los 15. Por el contrario se le da el beneficio de la duda a estas cifras pues puede ser que hay subregistro de estas enfermedades en la Unión Europea o sin haber subregistro es simplemente que el sistema Alemán puede ser mucho más acucioso en el diagnóstico, o que tiene consideraciones particulares diferentes a las de la región.

Es decir, que el análisis de los porcentajes en sí mismo no puede ser una base para la comparación. Las comparaciones sólo sería posible realizarlas si existe un parámetro previamente estandarizado y la información que se pretende comparar metodológicamente se obtuvo mediante las mismas condiciones del parámetro. La estadística comparada en el tema de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, es especialmente compleja y se debiera por tanto tener en cuenta la amplia constelación de variables que influyen en los comportamientos finales.

Tercera afirmación⁽³⁾

"...sobre trabajadores atendidos por probable accidente de trabajo, según declaración del trabajador en su primera atención en los servicios de urgencia de hospitales del IMSS durante el mes de noviembre de 2001..."

7 211 casos no fueron reconocidos como accidentes de trabajo en el periodo de estudio; lo que equivaldría a un subregistro de accidentes de trabajo nacional de 26.3%"

El proceso de aceptación de un accidente de trabajo en México, incluye que el empleador complete el formulario de notificación de accidente de trabajo. Este procedimiento puede ser antes o después de ir al servicio de salud. La última modalidad implica que el trabajador reciba del servicio de urgencias un formulario de presunto accidente de trabajo, formulario que después deberá ser presentado al empleador. Esta situación fue precisamente la base de estudio y la que arrojó el resultado de 26,3% de subregistro.

La pregunta que surge es cómo puede hablarse de subregistro, si estos casos fueron registrados como presuntos accidentes de trabajo? En otras palabras, el estudio se realizó con cifras oficiales, lo que quiere decir que en las estadísticas del sistema reposan estas cifras. El accidente fue reportado por el trabajador como accidente de trabajo, fue aceptado en primera instancia como un posible accidente de trabajo y al final, por causas que se desconocen, no se llegó a la reclamación posterior. En este caso, el 26.3% del que habla el estudio, no es un tema de registro (se insiste que fueron registrados como presunto accidente de trabajo) sino de reclamo. Y allí entonces el asunto debería ser las razones por las cuales el trabajador accidentado no continuó con el proceso de reclamación, a pesar de haber tenido una aceptación inicial por parte del sistema, de que lo sufrido era un presunto accidente de trabajo.

De otra parte, el estudio es claro en decir que no analizó las causas por las cuales los presuntos accidentes de trabajo no fueron después confirmados por el empleador. Al no haberse explorado más di-

cha situación, se asume que todo accidente calificado como presunto accidente de trabajo es efectivamente un accidente de trabajo, es decir, que los médicos fueron infalibles al momento de calificar el origen profesional del accidente con lo que se distorsiona, precisamente, el carácter provisional de la primera calificación. Adicionalmente, y solo por mencionar algún otro elemento, asume que para todos los casos se surte en su totalidad el proceso teórico de que el trabajador accidentado asiste a consulta, recibe el reporte y lo presenta inevitablemente a su empleador, lo que posiblemente no siempre es así, si se tienen en cuenta algunas otras de las variables que pueden afectar dicho proceso.

En conclusión, este no es un tema de subregistro, pues fueron inicialmente registradas como presunto accidente de trabajo. Es un problema de completar el proceso de reclamación, de integración de los datos estadísticos, de gestión de la información y de seguimiento de los casos.

Cuarta afirmación⁽⁴⁾

"Colombia se encuentra en niveles medios de accidentalidad 7% aproximadamente, estando mejor ubicados que países que llevan más tiempo trabajando seriamente frente al tema como lo es Chile, pero estando todavía lejos de naciones adelantadas en esta materia como es el caso de los países Nórdicos, los cuales alcanzan niveles, en algunos casos, inferiores al 1%"

Sería importante mirar a cuáles países se refirieron en la investigación, toda vez, que se observa que los países nórdicos tienen modelos completamente diferentes (ver tabla 4). Por ejemplo, unos cubren accidente de trabajo y enfermedad profesional bajo la misma póliza, mientras que otros no. Algunos excluyen el accidente en itinere (de la casa al trabajo y del trabajo a la casa), y otros lo cubren. De otra parte, Colombia realiza su análisis estadístico cruzando número de accidentes contra población asegurada, mientras que en los países de la Unión Europea, y en estos se encuentran algunos

países nórdicos, el denominador es la población trabajadora.⁽¹⁵⁾

Igualmente interesante es resaltar que al revisar las cifras oficiales se encuentran cifras muy por encima del 1%. Es el caso por ejemplo de Finlandia en donde para el caso de accidente de trabajo, en un período comprendido entre 1996 y 2003, el número de accidentes se encuentra con porcentajes por encima del 2%.⁽¹⁶⁾

· Igualmente la definición de accidente de trabajo
 · puede variar de sistema a sistema. Es el caso de
 · Dinamarca, por ejemplo, en donde las enfermeda-
 · des lumbares causadas por levantamiento de car-
 · gas, fueron consideradas enfermedad profesional
 · por mucho tiempo, hasta que dejaron de serlo por
 · una Ley del 2003,⁽¹⁷⁾ mientras que en Colombia no
 · es del todo claro si estos casos son contabilizados
 · por todas las aseguradoras como enfermedad pro-
 · fesional o como un accidente de trabajo.

Tabla 4: Cobertura de ATEP en algunos países nórdicos

País	Cobertura del accidente en In itinere	Cobertura de ATEP con el mismo operador	Comentario adicional
Dinamarca	No	No.	Cuenta con un fondo de Ep, administra- do por un ente tripartito. Las compañías aseguradoras cubren directamente el ac- cidente de trabajo.
Noruega	No	Sí. A partir del primer año de ocurrido el siniestro.	las aseguradoras cubren el riesgo de At y de EP bajo la misma póliza, después del primer año de pagos por el sistema público
Finlandia	Sí	Sí	las aseguradoras cubren el riesgo de At y de EP bajo la misma póliza.

CONCLUSIÓN

El análisis de la situación de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo debe avanzar en la construcción de escenarios que logren evaluar el aspecto multifactorial que influye en el diagnóstico, notificación y registro de la enfermedad profesional y del accidente de trabajo. Este aspecto multifactorial incluye por ejemplo variables que influyen en la problemática pero igualmente en las soluciones, solo por mencionar algunas: El modelo de aseguramiento de riesgos del trabajo, la falta de capacitación del sector salud, las políticas de empleo, la mayor o menor presencia de políticas públicas en el campo de la salud y seguridad en el trabajo, los mecanismos de entrada y salida del

· mercado laboral, la integración con otras políticas
 · de aseguramiento social, la calidad y disponibilidad
 · de sistemas de información adecuados, el adecua-
 · do acceso a los servicios de salud, el desarrollo tec-
 · nológico (tanto en conocimiento como en tecno-
 · logía dura) en el sector médico y en el sector de la
 · salud y seguridad en el trabajo, etc.

· Insisto en que no pretendo tapar el sol con un dedo,
 · ni pretendo cubrir las realidades con un manto de
 · dudas para desviar la discusión. El énfasis de este
 · artículo ha sido el de mostrar que tanto los
 · indicadores, como el análisis y conclusiones que se
 · realicen sobre los sistemas de aseguramiento o so-
 · bre los diferentes modelos de salud y seguridad en
 · el trabajo, deben avanzar en la medida de lo posi-

ble, sobre información válida y confiable analizada a la luz del contexto que se pretende inferir, sobre evidencia que efectivamente soporte comparaciones, o que en su defecto permita realizar análisis puntuales que orienten al mejor diagnóstico de una situación específica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmer S. El milagro de la desaparición de las enfermedades profesionales. Die BG. Revista de la Federación Alemana de Mutualidades del Seguro para Accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales (HVBG). Octubre 2004.
2. Red de seguridad y salud en el trabajo - RSST. [en línea][fecha de acceso 29 de mayo de 2005]. URL disponible en <http://www.rsst.net>.
3. Salinas-Tovar JS, López-Rojas P, Soto-Navarro MO, Caudillo-Araujo DE, Sánchez-Román FR, Borja-Aburto VH. El subregistro potencial de accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 2004;46:204-209.
4. Conocimientos de salud ocupacional con énfasis en enfermedad profesional en los estudiantes de Décimo semestre de medicina en la ciudad de Bogotá. 37 Congreso de Seguridad, salud y ambiente; Bogotá 2004.
5. Schaafsma F, Hulshof C, van Dijk G, Verbeek J. Information demands of occupational health physicians and their attitude towards evidence-based medicine. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 2004;30(4):327-330
6. Ison T. Recognition of occupational disease in workers' compensation. En el evento: New strategies for recognizing and preventing occupational diseases, CCOHS , 3-4 de marzo 2005. <http://forum05.ccohs.ca/presentations.html>
7. El alcance de este artículo no es el de hacer un análisis de la utilidad o no de este indicador, pues esto debería ser objeto de otro análisis. Pero en principio se podría decir que el indicador no acepta comparaciones, pues los sistemas de enfermedades profesionales son diferentes de país a país y el indicador no alcanza a recoger las diferencias, y de otra parte, al ser el accidente de trabajo y la enfermedad profesional variables independientes el indicador así propuesto es errático (por ejemplo, en presencia de un número estable de enfermedades profesionales de período a período, el cambio en el número de accidentes de trabajo puede hacer creer que la enfermedad profesional mejora o empeora, etc).
8. Datos de Europa (excepto los datos de Alemania) tomados de Eurogip. Costs and funding of occupational diseases in Europe. Agosto 2004. Los datos de Alemania fueron tomados del sitio Web de la Federación Alemana de Mutualidades del Seguro para Accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales (HVBG). Occupational causation confirmed - Statistics <http://www.hvbg.de>. Los datos de la Argentina fueron tomados de la Superintendencia de riesgos del trabajo. Estadísticas. <http://www.srt.gov.ar>.
9. HVBG. Geschäfts und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Alemania 2002. Ver también nota 6.
10. Eurogip. Costs and funding of occupational diseases in Europe. Agosto 2004.
11. HVBG. Occupational causation confirmed - Statistics <http://www.hvbg.de>
12. Blandine, Marie-Chantal. Occupational diseases in Europe. Eurogip, 2000.
13. Subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Salud de los trabajadores en la región de las Américas. Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. 32.a sesión, 25 y 26 de marzo de 1999.

14. Datos estadísticos tomados de Eurostat "Occupational diseases in Europe 2001". Número 15. European Communities. 2004 y de las HVBG estadísticas (nota 6 y 7).
15. Health safety executive, Statistics of workplace fatalities and injuries in Great Britain: International Comparisons 2000, www.hse.gov.uk/statistics/pdf/eurocomp.pdf
16. Miettinen, Tapani, Statutory accident insurance, presentado en el evento organizado por la asociación aseguradora de Estonia, Noviembre 17 2005: www.eksl.ee/failid/EKSL_seminar17112005.ppt
17. Workers' compensation act, Act No. 422 of June 10, 2003, Denmark.

