

Los principales problemas de salud laboral en Navarra, 1994-1996
The main problems of occupational health in Navarra, 1994-1996

L. Artieda, M. Gallo, V. García, E. Layana, C. Cipriain, M. Lezaun

RESUMEN

El Instituto Navarro de Salud Laboral, organismo técnico autónomo que integra el conjunto de funciones y estructuras en materia de salud laboral, realizó en 1996 el Diagnóstico de Salud Laboral de Navarra, región caracterizada por un importante sector industrial y una elevada proporción de pequeñas y medianas empresas.

Destacan el elevado índice de accidentalidad en construcción, el incremento mantenido de enfermedades profesionales por "fatiga de las vainas tendinosas", así como la importancia de procesos osteo-musculares como causa de incapacidad temporal y permanente.

Se han identificado 40 tumores centinela de salud laboral, principalmente mesoteliomas, y 27 Enfermedades de Declaración Obligatoria de origen ocupacional, principalmente brucelosis, en un periodo de siete y tres años, respectivamente.

Se constata, así mismo, la no disponibilidad de información poblacional sistematizada de exposición a riesgos laborales, el escaso desarrollo de la vigilancia médica de trabajadores expuestos, y el desconocimiento de incidencia de lesiones profesionales en trabajadores autónomos.

Palabras clave: Salud Laboral. Vigilancia. Tumores centinela. Incapacidad. Accidentes. Exposición.

ABSTRACT

In 1996 the Navarra Occupational Health Institute, an autonomous technical organization that integrates the functions and means related to occupational health matters, drew up the Occupational Health Diagnosis of Navarra, which is a region characterised by its important industrial sector and its high proportion of small and medium size companies.

The results emphasise the high accident rate in the construction sector, the constant increase of professional diseases through "fatigue of tendon pods", as well as the importance of osteo-muscular processes as a cause of temporary and permanent disability.

Forty sentinel occupational tumors, mainly mesothelioma, and 27 Obligatory Statement Diseases of occupational origin, mainly brucellosis, were identified in a period of seven years and three years, respectively.

Verification was made of a lack of systematised information about population exposure to occupational risks, a scarce development of medical surveillance of exposed workers, and a lack of information about the incidence of occupational injuries in self-employed workers.

Key words: Occupational Health. Sentinel Surveillance. Disability Evaluation. Wounds and Injuries. Occupational Exposure.

ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (3): 337-346.

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona.

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 1999.

Correspondencia

Eduardo Layana Echezuri
Instituto Navarro de Salud Laboral
Polígono Landaben, calle F
31012 Pamplona
Tfno. 948 423745
Fax 948 423730

INTRODUCCIÓN

La falta de información acerca de los riesgos y daños que afectan a los trabajadores se considera una de las limitaciones más importantes para la definición de políticas y planes de salud laboral eficaces¹.

Para mejorar el conocimiento de la morbimortalidad relacionada con el trabajo e identificar los principales problemas en este campo, el Instituto Navarro de Salud Laboral² ha desarrollado un sistema de información sanitaria a partir del cual ha sido posible realizar el diagnóstico de salud laboral de Navarra³.

Este trabajo describe los problemas de salud derivados de la actividad laboral en la población navarra identificados por dicho sistema de información. A las tradicionales estadísticas de lesiones profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) añade información novedosa procedente de los registros de incapacidades laborales, tanto temporal como permanente, e incorpora, así mismo, la metodología de suceso centinela ocupacional^{4,5}, analizando datos procedentes del registro de cáncer y del registro de enfermedades de declaración obligatoria del Instituto de Salud Pública de Navarra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información sobre demografía laboral son la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁶, la "Estadística de Población de Navarra. 1996" del Instituto de Estadística de Navarra (IEN)⁷ y datos de población afiliada cedidos por la Tesorería General de la Seguridad Social.

La valoración de la exposición a riesgos laborales se ha realizado por la Encuesta de ruido 1994-1996⁸, con una muestra de 31.079 trabajadores de 333 empresas extractivas, químicas, manufactureras y del metal, por la encuesta de exposición al plomo en el año 1996, por los registros de trabajadores expuestos a amianto y de lesiones profesionales del Instituto Navarro de Salud Laboral. La fuente de información sobre reconocimientos médicos han sido las memorias y el anexo F de los documentos estadísticos anuales de los Servicios Médicos de

Empresa, así como los datos aportados por la delegación navarra de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (AMAT-Navarra).

Para el análisis de los problemas de la salud de los trabajadores se ha recurrido a los registros de lesiones profesionales (Registro de Accidentes de Trabajo y Registro de Enfermedades Profesionales), al Registro de Incapacidad Temporal y al Registro de Incapacidad Permanente⁹, del Instituto Navarro de Salud Laboral, y al Registro de Cáncer de Navarra y Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, del Instituto de Salud Pública de Navarra¹⁰.

La identificación de los problemas de salud laboral más relevantes, entendidos como "cualquier situación que se produce en relación con condiciones laborales de las que se derivan consecuencias negativas para la salud de las personas que trabajan", se ha realizado mediante el análisis de la magnitud y distribución de variables estructurales sociolaborales, como la distribución de la población afiliada en los distintos regímenes, por tipo de contrato o por tipo de empresa, y de los daños derivados del trabajo, ocasionen o no procesos de incapacidad, así como de sus tendencias temporales.

Se han establecido una serie de indicadores de seguimiento (Anexo 1) que, mediante el establecimiento de unos valores de referencia en el año 1996, permiten analizar la evolución de 20 problemas de salud laboral relevantes. Se han empleado indicadores estandarizados, de uso habitual en estadísticas nacionales. En caso de que no existieran indicadores validados, se han definido específicamente para este estudio a partir de la información disponible.

RESULTADOS

Demografía laboral

Se recoge en el Anexo 1, los indicadores 1 a 5.

Navarra, Comunidad Foral uniprovincial de 520.574 habitantes, de los cuales el

32% reside en la capital⁷, ha sido una sociedad predominantemente agrícola hasta mediados de siglo. Sin embargo, la población actualmente asalariada en la agricultura es del 1%, y la ocupada de un 6,5%, dado el papel predominante de los trabajadores por cuenta propia en el sector. Los trabajadores asalariados en el sector Industria representan un 36%, cifra superior a la media nacional del 23% y a la europea del 24% (en 1992), y una de las más altas de todas las Comunidades Autónomas¹¹.

Un 99,8% de las empresas tienen menos de 250 trabajadores, englobando

las pequeñas y medianas empresas (PYMES) al 76% del total de trabajadores¹². Esta cifra es similar a la observada en España o Italia, países en los que un 75-80% de trabajadores están empleados en empresas de menos de 200 trabajadores y un 55% en empresas de menos de 20 trabajadores¹³.

Por otra parte, a pesar de la expansión del sector Servicios, responsable de más de la mitad del producto interior bruto navarro, este sector engloba al 55% de los trabajadores asalariados, uno de los índices más bajos e inferior a la media nacional, del 64% (Fig. 1). En el sector trabaja el

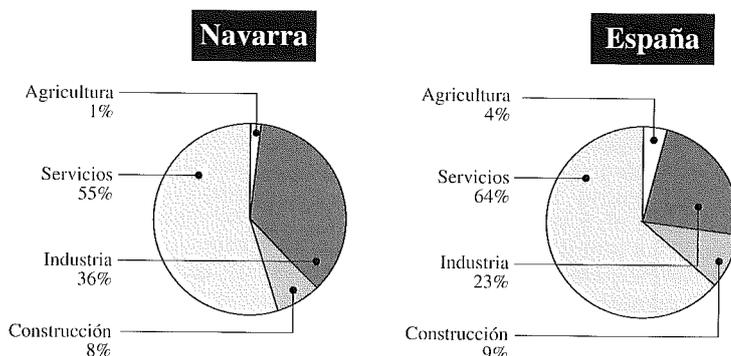


Figura 1. Distribución de la población asalariada en Navarra y España por sectores de actividad económica en el año 1996.

80% de la población asalariada femenina, y predominan las actividades sanitarias y de educación.

El Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, con un incremento del 16% en el periodo 1993-1996, engloba a un 20% de la población afiliada al sistema de Seguridad Social frente a un 73% en el Régimen General, mientras la tasa de paro masculina, del 7,6% en 1996, es la más baja de todas las comunidades autónomas, próxima a la media europea.

Si bien la tasa de paro femenino, un 18%, duplica a la del masculino, la tendencia de incremento de la contratación temporal en dicho periodo, un 92% del total, no difiere globalmente por sexos.

Daños derivados del trabajo

Se recogen en el Anexo 1, indicadores 10 al 19

Enfermedades Profesionales

El número de partes de enfermedad profesional ha aumentado de forma mantenida en el quinquenio 1992-1996, especialmente en el sector Industria, en el que el índice de partes ha pasado de 3 a 9 por cada mil trabajadores, índice cuatro veces superior al nacional. Del total de procesos notificados, un 25% corresponden a recaídas, con un tiempo medio de exposición al riesgo laboral por el trabajador de 96,4 meses. Para el cálculo de este tiempo se ha tenido en cuenta el dato de antigüedad en

el puesto de trabajo en el que ha contraído la enfermedad declarada.

Predominan las "enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas" (E06B), que, con 497 casos y un índice de incidencia de 3,6 partes por cada mil trabajadores, han visto multiplicado por 5,5 el número de casos notificados en el periodo de 1992 a 1996, situación similar a la descrita en países con similar nivel de desarrollo socioeconómico¹⁴⁻¹⁶. Las enfermedades debidas a "otras afecciones cutáneas" (B02) se sitúan a distancia en un segundo lugar con un índice de incidencia de 0,5 en 1996, tras perder su posición predominante en el año 1991 (Fig. 2)¹⁷.

Un 23% de los procesos declarados como enfermedad profesional leve tienen una baja laboral de más de 30 días.

Accidentes de Trabajo

El índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo está estabilizado en torno a 72 accidentes por cada mil trabajadores, en sexto lugar entre las comunidades autónomas¹⁸. El índice más alto corresponde a Construcción¹⁹ (en torno a 185 accidentes por cada mil trabajadores) y el más bajo a Servicios (con un índice en torno a 35) (Tabla 1). En relación con el tamaño de la empresa, en 1996 los mayores índices de incidencia se

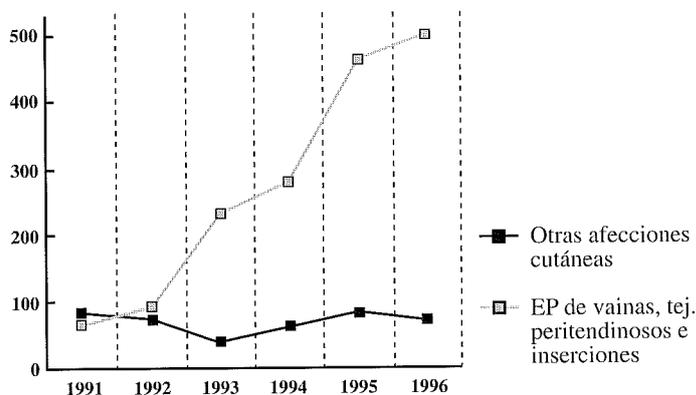


Figura 2. Evolución de los partes de enfermedad profesional notificados según grupo diagnóstico. Navarra 1991-1996.

Tabla 1. Accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo. Accidentes totales. Navarra 1992-1996. Índices de incidencia por sector económico.

Sectores económicos	1992		1993		1994		1995		1996	
	Nº A	I. I.	Nº A	I. I.	Nº A	I. I.	Nº A	I. I.	Nº A	I. I.
Agricultura	276	91,76	280	97,63	292	103,22	290	96,57	293	93,04
Industria	5393	97,61	4660	90,38	4744	92,71	5201	99,16	4943	94,74
Construcción	2461	182,72	2064	172,04	2070	180,83	2233	188,60	2127	186,06
Servicios	2438	38,23	2304	36,60	2239	34,86	2398	35,72	2524	36,10
Total	10568	77,99	9308	71,95	9345	72,06	10122	75,29	9887	72,37

Nº A: número accidentes. I. I. índice incidencia

Fuente población asalariada: Tesorería General de la Seguridad Social

Tabla 2. Incapacidad temporal por "Sucesos centinela" de salud laboral. Distribución según grupo diagnóstico y contingencia.

Diagnósticos	Enfermedad común		Enfermedad profesional	
	Nº casos	Media-Rango (días)	Nº casos	Media-Rango (días)
Afecciones cutáneas	83	35 (1-380)	87	22 (2-211)
Afecciones respiratorias	213	14 (1-191)	12	86 (2-293)
Enfermedades tendinosas y peritendinosas	1252	30 (1-380)	532	27 (1-309)
Alteraciones neurológicas por presión	52	61 (1-366)	60	32 (2-126)
Total	1600	29(1-380)	691	27 (1-309)

Fuente: Registro I.T. y registro E.P. I.N.S.L.

han producido en empresas de 11 a 50 trabajadores.

Un 12% de las lesiones derivadas de accidente de trabajo tienen una baja laboral de más de 30 días. Entre los accidentes leves predominan las "torceduras, esguinces y distensiones", seguidas de "otras heridas" y de las "contusiones y aplastamientos". En los accidentes graves dominan las "fracturas". La forma de producción más frecuente en los accidentes leves son los "sobreesfuerzos" y los "golpes por objetos o herramientas", mientras en los graves predominan los "atrapamientos por o entre objetos" y las "caídas de personas a distinto nivel", y en los mortales, 53 en el trienio, predominan los golpes por vehículos y los atrapamientos.

Incapacidad Temporal

La incapacidad temporal, "situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente se encuentra incapacitado temporalmente para el desempeño de su trabajo", supuso la pérdida en Navarra de 1.635.887 jornadas en 1996. Las principales causas fueron la "lumbago-ciática" (responsable de un 13% de los días de baja), los "trastornos mentales" y las infecciones agudas como "gripe", "gastroenteritis" e "infección respiratoria aguda". En 1996 la incidencia media fue de 24,1 bajas por cada cien asegurados activos, con 7,1 días de baja por asegurado.

Los procesos de Incapacidad Temporal por "Sucesos centinela" de Salud Laboral presentan una desviación respecto de enfermedades profesionales declaradas con similares diagnósticos de 213 casos de enfermedad común frente a 12 casos de enfermedad profesional para afecciones respiratorias y de 1.252 casos de enfermedad común frente a 532 casos de enfermedad profesional para enfermedades tendinosas y peritendinosas (Tabla 2). Todo ello sugiere una infradeclaración de estos procesos como enfermedad profesional.

Incapacidad Permanente

En el trienio 1994-1996 se tramitaron 3.000 expedientes por año para reconocimiento de la "situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómo-funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral". La media de edad es de 50 años para ambos sexos²⁰. Prácticamente la mitad de los expedientes fueron tramitados por patología osteoarticular o por lesiones externas⁹.

De los expedientes tramitados en 1995, un 17% correspondieron a contingencias profesionales, y de éstas, un 90% correspondieron a accidentes de trabajo. Del total de expedientes por accidente de trabajo, el 48% corresponden a "fracturas", "amputación de falanges" y "heridas en dedos de la mano". De los expedientes tra-

mitados por enfermedad profesional, un 59% presentan "hipoacusia" como diagnóstico principal, y otro 23% se distribuye entre "dermatitis de contacto" y "epicondilitis-tendinitis".

En el 20% de las solicitudes iniciales de valoración de invalidez permanente se resolvió la existencia de una invalidez permanente absoluta para todo tipo de trabajo: un 26% debido a neoplasias, un 22% a patología del aparato circulatorio y un 14% a trastornos mentales.

En un 26% se resolvió la existencia de una invalidez permanente total para el trabajo habitual, un 40% de ellas por patología del aparato osteo-muscular.

Tumores centinela de Salud Laboral

De los tumores en que la exposición profesional supone una fracción etiológica de riesgo muy alta^{21,22}, y en los que existe evidencia científica de relación exposición-efecto²³, cabe destacar la comunicación al registro de cáncer de base poblacional de Navarra de 27 mesoteliomas pleurales y 5 peritoneales entre 1986 y 1992.

En el registro del Instituto Navarro de Salud Laboral de trabajadores expuestos a amianto constan, un total de 322 expuestos y otros 230 trabajadores que han alcanzado en su vida laboral los niveles de exposición legalmente establecidos, pero que ya no trabajan en la empresa²⁴.

En el periodo entre 1986 y 1992 han sido notificados en el registro un total de 8 tumores de senos nasales²⁵.

Enfermedades transmisibles de origen laboral

De las enfermedades transmisibles recogidas en el registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) del Instituto de Salud Pública de Navarra entre 1994 y 1996, destacan 23 casos de brucelosis de origen laboral, más de la mitad del total de casos declarados. De ellos, sólo 16 fueron notificados como enfermedad profesional.

En dicho periodo fueron notificados al Registro de EDO un caso de cada una de las siguientes enfermedades: tétanos, leptospirosis, hepatitis A y carbunco, todas ellas de origen laboral, aunque sólo fue

declarada ésta última como enfermedad profesional.

DISCUSIÓN

Este trabajo, al realizar una aproximación a los problemas de salud laboral de la comunidad, nos ha permitido constatar que son los propios de una sociedad industrial con un peso creciente del sector terciario. En concreto, el análisis de los datos expuestos lleva a considerar la existencia de cuatro grupos de problemas de salud laboral en Navarra.

Un primer grupo lo integran factores demográficos o estructurales derivados de la evolución del mercado de trabajo y de la regulación normativa, donde las posibilidades de intervención desde los organismos de salud laboral son escasas, pero se deben tener en cuenta porque dificultan el conocimiento de riesgos y daños, y sus posibilidades de prevención. En segundo lugar, la ausencia de datos de exposición laboral sistematizada, cuyo desconocimiento impide la realización de estudios de causalidad, la investigación y el reconocimiento del componente laboral de los casos, así como la implantación de programas de prevención. En tercer lugar, la aparición de problemas emergentes, como las enfermedades profesionales osteotendinosas, que tiene lugar mientras persisten elevados índices de siniestralidad en determinados sectores de actividad económica y se sigue objetivando la necesidad de mejorar las fuentes de datos del sistema de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica. Por último, la persistencia de actividades de vigilancia de la salud no específicas, que hacen preciso el diseño de protocolos específicos estandarizados y la definición de un conjunto mínimo básico de datos de exposición y de efectos sobre la salud que debe ser transmitido a los organismos responsables en salud laboral.

En particular, el incremento de casos de enfermedades profesionales tendinosas y peritendinosas, especialmente marcado en el sector industrial, presenta el agravante de que casi uno de cada cuatro casos corresponde a una recaída del mismo trabajador en el mismo puesto de trabajo y por idéntica patología. Se hace

necesario un seguimiento de la adecuación ergonómica de los puestos de trabajo y la investigación de los casos, así como el estudio de las medidas adoptadas para reducir riesgos en los puestos de trabajo en que ha habido un daño para la salud del trabajador expuesto. Así mismo, se constata una subestimación de los problemas de salud debidos al trabajo, cuya consecuencia más evidente es la infradeclaración de casos de enfermedad profesional. Esta "invisibilidad" impide la realización de actuaciones preventivas.

Entre los estudios de vigilancia epidemiológica laboral que sugieren una subdeclaración se hallan los que comparan los procesos de incapacidad temporal por sucesos centinela laborales según contingencia (Tabla 2) y los que evalúan la proporción de enfermedades transmisibles de origen laboral recogidas en el registro EDO que son notificadas como enfermedades profesionales. Estos estudios coinciden con los resultados del análisis de sistemas de notificación voluntaria de enfermedades laborales realizados en otras áreas²⁶, que indican que la declaración a estos sistemas es entre 3 y 4 veces superior a la obtenida en el circuito oficial de notificación de enfermedades profesionales²⁷.

Entre los factores que han sido implicados en la subdeclaración de enfermedades profesionales, se encuentran las limitaciones inherentes al sistema legal de reconocimiento de éstas mediante lista cerrada de carácter restrictivo, un intercambio de información limitado entre las administraciones laboral y sanitaria, el interés de empresas y mutuas en evitar sanciones o la necesidad de revisar condiciones de trabajo, y el propio interés de los trabajadores, que pueden sentir amenazada su continuidad en el puesto de trabajo, especialmente en situaciones de precariedad laboral²⁸.

En los casos de enfermedades profesionales de largo periodo de latencia, la subdeclaración está más justificada por la dificultad de establecer una relación causa-efecto cuando el tiempo transcurrido entre uno y otro se amplía. Tal es el caso de los tumores centinela en salud laboral, que hacen preciso desarrollar sis-

temas de información sanitaria, así como promover la cumplimentación de información laboral en los registros de cáncer y de mortalidad, y la inclusión de la historia laboral en las historias clínicas.

Se ha detectado una serie de potenciales fuentes de problemas de salud laboral que dificultan la aplicación de medidas de prevención de riesgos laborales, como el elevado porcentaje de pequeñas y medianas empresas o de trabajadores autónomos²⁸, la elevada proporción de reconocimientos médicos no específicos, y la ausencia de registros de exposición a factores de riesgo laboral, ya que únicamente se dispone del registro de trabajadores expuestos a amianto.

Todo ello hace preciso desarrollar un sistema de información sanitaria en salud laboral sobre las causas de las enfermedades profesionales y el componente de exposición ocupacional de los sucesos centinela, mejorar las fuentes de datos sobre exposición y daños para la salud²⁹, y realizar actividades de promoción de la salud de las patologías osteomuscular y mental, las más frecuentemente implicadas en procesos de incapacidad temporal y permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA GÓMEZ M, GIL LÓPEZ E. Los sistemas de información y la vigilancia en salud laboral. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 393-407.
2. GALLO M. El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 431-436.
3. Diagnóstico de Salud Laboral. Navarra 1994-1996. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra 1998.
4. BAKER EL. Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR): the concept. *Am J Public Health* 1989; 79 (Suppl): S18-S20.
5. MULLAN RJ, MURTHY LI. Occupational sentinel health events: an up-dated list for physician recognition and public health surveillance. *Am J Ind Med* 1991; 19: 775-799.
6. Encuesta de Población Activa. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Publicaciones electrónicas, 1997.

7. Estadística de Población de Navarra 1996. Pamplona: Instituto de Estadística de Navarra 1997.
8. Encuesta de ruido 1994-1996. Pamplona: Servicio de Seguridad e Higiene y Formación. Instituto Navarro de Salud Laboral 1997.
9. Informe sobre la Incapacidad Permanente en Navarra. Año 1995. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral (mimeografiado) 1996.
10. MULDOON JT, WINTERMEYER LA, EURE JA, FUERTES L, MERCHANT JA, VAN LIER SF *et al*. Occupational Disease Surveillance Data Sources, 1985. *Am J Public Health* 1987; 77: 1006-1008.
11. Encuesta de Población Activa 1996. Madrid: Instituto Nacional de Estadística 1997.
12. MIKHEEV MI. Occupational health and safety in small enterprises. *Int Arch Environ Health* 1998; 71 (Suppl): S10-S12.
13. NOSSENT S, GROOT B, VERBOON F. European Working Environment in Figures. Availability and quality of occupational health and safety data in sixteen European countries. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 1996.
14. WAI-ON P. Occupational health in Australia. *Int Arch Occup Environ Health* 1998; 71: 363-371.
15. BIDDLE J, ROBERTS K, ROSENMAN KD, WELCH EM. What Percentage of Workers With Work-Related Illnesses Receive Workers' Compensation Benefits? *JOEM* 1998; 40: 325-331.
16. SILVERSTEIN B, WELP E, NELSON N, KALAT J. Claims incidence of work-related disorders of the upper extremities: Washington state, 1987 through 1995. *Am J Public Health* 1998; 88: 1827-1833.
17. Lesiones Profesionales bienio 1994-1995. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral, Ed. Gobierno de Navarra 1996.
18. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. 1996. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1997.
19. BURKHART G, SCHULTE PA, ROBINSON C, SIEBER WK, VOSSENAS P, RINGEN K. Job tasks, potencial exposures and health risks of laborers employed in the construction industry. *Am J Ind Med* 1993; 24: 413-425.
20. REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC J, RODRÍGUEZ C. Diferencias y desigualdades de salud en España. Madrid: Díaz de Santos 1994; 121-127.
21. NICHOLSON WJ. Quantitative estimates of cancer in the workplace (editorial). *Am J Ind Med* 1984; 5: 341-342.
22. International Agency for Research on Cancer (IARC). Occupational cancer in developing countries. Lyon: IARC Scientific Publications 1994: 31-33.
23. GARCÍA GÓMEZ M, KOGEVINAS M. Estimación de la mortalidad por cáncer laboral y de la exposición a cancerígenos en el lugar de trabajo en España en los años 90. *Gac Sanit* 1996; 10: 143-151.
24. KOGEVINAS M, BOFFETTA P. Occupational Cancer in Europe. *Med Lav* 1995; 86: 236-262.
25. International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer: causes, occurrence and control. Lyon: IARC Scientific Publications 1990; 143-144.
26. COMPANY A, CASTEJÓN J, FÁBREGA O, PARELLADA N. Patología laboral notificada en la Unidad de Salud Laboral de la DAP del Baix Llobregat-Litoral. I Congreso Latino-americano de Epidemiología. Salvador de Bahía 1995.
27. BENAVIDES FG, RUIZ FRUTOS C, GARCÍA GARCÍA A. Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson 1997.
28. Anónimo. Condiciones de trabajo de los trabajadores autónomos. *Prevención Express* 1998; 274: 5-6.
29. TAKAHASHI K, CHING AW T, KOH D, WAI WONG T, KAUPPINEN T, WESTERHOLM P. Developing national indicators for occupational health. *Scan J Work Environ Health* 1997; 23: 392-393.

Anexo 1. Indicadores de Referencia. Navarra 1996.

Demografía laboral	
1. Tasa de paro general Tasa de paro femenina	11,3 Trabaj/100 aseg. activos 18,0 Trabaj/100 aseg. activos
2. % de trabajadores afiliados a la Seguridad Social del Regimen General % de trabajadores del Regimen de Autónomos	73% 20%
3. % de contratos temporales-eventuales respecto al total de contratación Relación de contratos indefinidos respecto a los contratos temporales	87% 9,2 C.I./100 C. T-E
4. % de contratos de puesta a disposición en ETTs, respecto a los contratos temporales % de trabajadores cedidos por ETTs, respecto al total de trabajadores del Regimen General Relación de contratos de puesta a disposición en ETTs, respecto al total de trabajadores de ETTs	18% 17% 1,3 Contratos/Trabajador
5. % de empresas de menos de 250 trabajadores % de trabajadores en empresas de menos de 250 trabajadores	99,8% 76%
Exposición a riesgos laborales	
6. Nº absoluto de trabajadores "expuestos" a factores de riesgo laboral no regulados específicamente	
7. Nº absoluto de trabajadores expuestos a Plomo	29
8. Nº absoluto de trabajadores expuestos a Amianto	299
9. % de trabajadores expuestos a Ruido (% de trabajadores encuestados)	34%
Daños de la salud	
10. Media de días transcurridos desde la ocurrencia del AT o EP, hasta la presentación de los partes de declaración % de A.T. leves con una duración media de las lesiones de más de 30 días % de E.P. leves con una duración media de las lesiones de más de 30 días	71 días 12% 23%
11. % de "recaídas" de E. Profesional	25,3%
12. Índice de Incidencia general de PEP Índice de Incidencia de PEP por sectores económicos Agricultura Industria Construcción Servicios	4,5 PEP/1000 aseg. Activos 3,18 PEP/1000 aseg. activos 9,03 PEP/1000 aseg. activos 4,29 PEP/1000 aseg. activos 1,19 PEP/1000 aseg. activos
13. Nº absoluto de PEP según grupo dignóstico: Enf. fatiga vainas tendinosas Otras enf. Cutáneas. Hipoacusia Asma profesional	497 68 26 10
14. Índice de Incidencia general de AT con baja en jornada de trabajo Índice de Incidencia de AT "graves" por sectores económicos: Agricultura Industria Construcción Servicios	72,4 AT/1000 aseg. Activos 2,22 1,59 3,67 0,67

15. Relación de casos de I.T. por enfermedad común de "Sucesos Centinela" de salud laboral y casos declarados con el mismo diagnóstico como EP: Enf. Tendinosas y paratendinosas Afecciones respiratorias	2,3 EC/EP 17 EC/EP
16. Incidencia media anual de bajas por Incapacidad Temporal	24,11 bajas/100 aseg. activos
17. Nº de expedientes tramitados de Incapacidad Permanente % de expedientes tramitados de Incapacidad Permanente (excluidas la "lesiones") por grupos diagnósticos más frecuentes: S. Osteoarticular T. Mentales S. Circulatorio	3316 36% 14% 13%
18. Nº de tumores de riesgo laboral registrados: Cáncer de senos nasales Mesoteliomas	8 32
19. Nº absoluto de enfermedades transmisibles ocupacionales declaradas: Brucelosis Tétanos Tuberculosis (sin analizar ocupación)	9 1 8
Vigilancia de la salud	
20. Relación de exámenes de salud laboral específicos respecto a los generales	1/11 R. Específico/R. General