



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA Y FARMACOLOGÍA

***Valoración de las Intoxicaciones laborales
registradas en Ibermutuamur durante los
años 2008-2014 en Castilla y León***

TESIS DOCTORAL

Pedro J. Rozas Samaniego

-2016-



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA Y FARMACOLOGÍA

***Valoración de las Intoxicaciones laborales
registradas en Ibermutuamur durante los
años 2008-2014 en Castilla y León***

TESIS DOCTORAL

Autor: Pedro J. Rozas Samaniego

Directores: Dra. Ana Isabel Morales Martín

Dra. Marta Prieto Vicente

Dr. Moisés Pescador Garriel



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

Departamento de Fisiología y Farmacología

LA DOCTORA DÑA. MARÍA JESÚS MONTE RÍO, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA Y FARMACOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, elaborado por **D. Pedro J. Rozas Samaniego** para optar al Grado de Doctor, con el título **“VALORACIÓN DE LAS INTOXICACIONES LABORALES REGISTRADAS EN IBERMUTUAMUR DURANTE LOS AÑOS 2008-2014 EN CASTILLA Y LEÓN”**, ha sido realizado bajo la dirección de los Doctores Dña. Ana Isabel Morales Martín, Dña. Marta Prieto Vicente y D. Moisés Pescador Garriel, en el Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, expide y firma el presente certificado en Salamanca, a 21 de Diciembre de 2015.

Fdo.: Dra. Dña. María Jesús Monte Río.



VNiVERSiDAD
DSALAMANCA

Departamento de Fisiología y Farmacología

Los Dres. Dña. Ana Isabel Morales Martín, Dña. Marta Prieto Vicente y D. Moisés Pescador Garriel, Profesores del Área de Toxicología del Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Salamanca,

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo, titulado **“VALORACIÓN DE LAS INTOXICACIONES LABORALES REGISTRADAS EN IBERMUTUAMUR DURANTE LOS AÑOS 2008-2014 EN CASTILLA Y LEÓN”**, presentado por **D. Pedro J. Rozas Samaniego** para optar al Grado de Doctor, ha sido realizado bajo su dirección en el Área de Toxicología del Departamento de Fisiología y Farmacología de la Universidad de Salamanca, consideran que cumple las condiciones necesarias y autorizan su presentación con el fin de que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, expiden y firman el presente certificado en Salamanca, a 21 de Diciembre de 2015

Fdo.: Dra. Ana I. Morales

Fdo.: Dra. Marta Prieto

Fdo.: D. Moisés Pescador

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos, Ana y Gonzalo, y a mi esposa, Pilar, por su paciencia, comprensión, apoyo y sobre todo por su cariño y abnegado apoyo en todo momento.

A la Dra. Ana I. Morales, Placentina de Pro, por su incondicional guía, apoyo y enseñanza en este arduo camino de dirigir la Tesis Doctoral, pero sobre todo por su eterna paciencia y comprensión durante estos últimos años.

A los Dres. Marta Prieto Vicente y Moisés Pescador Garriel por su desinteresada ayuda, respaldo y sabios consejos tanto científico profesionales como personales.

A D^a Dolores Sánchez, inestimable y eficiente en la explotación de todos los datos corporativos de Ibermutuamur.

A Ana, Gonzalo y Pilar.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	Pág. 11
2. INTRODUCCION.....	Pág. 13
2. A Consideraciones previas.....	Pág. 13
2. B Conceptos y Definiciones.....	Pág. 14
2. C Marco Histórico.....	Pág. 17
2. D Situación actual de las mutuas y sus funciones.	Pág. 28
2. E Mutuas colaboradoras con la SS actualmente....	Pág. 32
2. F Ibermutuamur.....	Pág. 34
2. G Intoxicaciones Laborales.....	Pág. 36
3. JUSTIFICACION.....	Pág. 49
4. OBJETIVOS.....	Pág. 53
5. MATERIAL Y METODOS.....	Pág. 55
5.1. Tipo de Diseño.....	Pág.55
5.2. Población.....	Pág. 55
5.3. Criterios de Inclusión.....	Pág. 55
5.4. Criterios de Exclusión.....	Pág. 57
5.5. Variables registradas.....	Pág. 57
5.6. Aspectos Éticos.....	Pág. 59
5.7. Criterios de Medición y Seguimiento.....	Pág. 59

6. RESULTADOS	Pág. 61
6.1. Análisis General de los Datos.....	Pág. 61
6.2. Análisis detallado de los casos: Enfermedades y lesiones...	Pág. 61
6.3. Análisis detallado de los casos: Códigos M.....	Pág. 78
6.4. Análisis detallado de los casos: Códigos E.....	Pág. 78
6.5. Datos Cuantitativos Generales y según diversas variables..	Pág. 80
7. DISCUSIÓN.....	Pág. 85
8. CONCLUSIONES.....	Pág. 91
9. BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 93

ABREVIATURAS:

AMAT: Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo.

AT: Accidente/s de Trabajo.

CC: Contingencia Común.

CIE 9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación clínica.

CP: Contingencia Profesional.

ECNT: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

EP: Enfermedad/es Profesional/es.

MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

INSHT: Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

IP: Incapacidad Permanente.

IT: Incapacidad Temporal.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.

TRLGSS: Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.

1. RESUMEN

Las intoxicaciones laborales constituyen en la actualidad un serio problema de salud en el trabajo, debido fundamentalmente a la gran diversidad de elementos y sustancias utilizados en todos los ámbitos y procesos laborales.

En el presente trabajo se presentan los resultados de un estudio transversal retrospectivo que tenía por objeto conocer la incidencia de intoxicaciones laborales que han ocasionado un problema de salud durante el periodo del estudio 2008-2014 en la población trabajadora cuyas empresas tenían la cobertura de la Contingencia Profesional con Ibermutuamur en Castilla y León en ese periodo.

Para ello se ha utilizado un diseño metodológico que ha permitido como objetivo principal la cuantificación de las diferentes intoxicaciones laborales así como su evolución cronopatológica, administrativa y médico legal en cuanto a la valoración del absentismo de Incapacidad Temporal (IT) y de posible Incapacidad Permanente (IP). Valorando por tanto la posible prospección en casos futuros.

Como objetivo complementario se ha visto el grado de concordancia y la adecuación en los diagnósticos y registros informáticos médicos con las lesiones realmente sufridas.

El material que se ha utilizado es el correspondiente a la base de datos del Programa Sanitario corporativo de Ibermutuamur, actualmente basado en la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9, Modificación Clínica.

Los resultados muestran un importante déficit en el diagnóstico conciso y preciso, así como una escasa repercusión registrada en Incapacidad Permanente en los procesos analizados.

Palabras clave: Intoxicaciones laborales, trabajadores expuestos, Condiciones Ambientales del trabajo, Enfermedades Profesionales, Accidentes de trabajo, Incapacidad Permanente.

2. INTRODUCCIÓN

2. A. Consideraciones previas

En aras a encuadrar la situación actual de la protección médica, social, cultural, política, económica, de los trabajadores, así como su aseguramiento en la primera quincena del S. XXI, actualmente son *las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social* las que realizan este tipo de servicio. Dichas Mutuas fueron así denominadas desde la publicación de la Ley 35/2014 de 26 de Diciembre conocida popularmente como “Ley de Mutuas”; hasta ese momento eran denominadas *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)*.

Las Mutuas son Asociaciones de Empresarios sin ánimo de lucro integradas dentro de la Seguridad Social con la encomienda de, fundamentalmente, la Asistencia Integral del Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales que sufren los trabajadores con ocasión o por consecuencia del trabajo. Esta encomienda, en los últimos veinte años, ha tenido añadidos con Prestaciones Económicas (Real Decreto 1993/1995 Reglamento General de Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social), p. ej. Prestación Económica del Riesgo de Embarazo y Lactancia Profesional (Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres), Prestación Económica por Cuidado de Hijo Menor afecto de Cáncer ó enfermedad grave (Real Decreto 1148/2011 de 29 de Julio), Prestación Económica de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (Accidente No laboral y Enfermedad común) (Orden de 18 de Septiembre de 1998 por la que se modifica la de 19 de Junio de 1997, que desarrolla el R. D. 575/1997, de 18 de Abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal), Cobertura económica por Cese de Actividad de Trabajadores Autónomos (Real Decreto 1541/2011, de 31 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos). En todos los casos se trata de Prestaciones económicas y su gestión que se han ido añadiendo sin ningún tipo de financiación adicional ni aumento de cuotas.

Tanto las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, como el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS en adelante), entidad gestora y que asume también las funciones de una Mutua más, son las Entidades que hoy en día se encargan de valorar, atender, tratar y definir la contingencia adecuada de una INTOXICACIÓN LABORAL ya sea calificada como Accidente de Trabajo ó Como Enfermedad profesional, así como de llevar a cabo de un modo integral las necesidades asistenciales (médicamente hablando) y la cobertura de posibles secuelas.

2. B. Conceptos y Definiciones

Para concretar el conocimiento de los conceptos, es necesaria la definición de unos términos básicos, sabiendo que Contingencia es el hecho que ocasiona una necesidad de protección. Por tanto en términos de Seguridad Social y Protección, la Contingencia puede ser Profesional ó Común.

- **Contingencia Profesional:** Aquellos sucesos que tienen su origen en el desarrollo de una actividad laboral y que producen alteraciones de la salud que tengan la consideración de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

- **Contingencia Común:** Las patologías sufridas en el ámbito extralaboral de las personas, pudiendo ser Accidentes No Laborales ó Enfermedades Comunes.

- **Accidente de Trabajo:** toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena o propia (art. 115 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social). En general los accidentes deben ser hechos inmediatos, productores de daños, que tiene su origen en una causa violenta, súbita, externa e involuntaria.

- **Enfermedad Profesional:** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro aprobado por el Real Decreto 1299/2006 y que la enfermedad sea producida por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional (art. 116 del Real Decreto Legislativo1/1994 de 20 de Junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social). Son las enfermedades propias como consecuencia del trabajo realizado, por tanto de manifestación patológica demorable en corto, medio o largo plazo.

- **Incapacidad Temporal:** Situación médico administrativa en la que el trabajador (tanto por enfermedad común o profesional como por accidente, sea o no de trabajo) recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación. (art. 128.1 a) del Real Decreto Legislativo1/1994 de 20 de Junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social).

- **Incapacidad permanente:** En la modalidad **contributiva**, es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación (Art. 136.1 del Real Decreto Legislativo1/1994 de 20 de Junio, Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (en lo sucesivo TRLGSS)).

En la modalidad **no contributiva**, podrán ser constitutivas de invalidez las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen. (Art. 136.2 a) del Real Decreto Legislativo1/1994 de 20 de Junio (TRLGSS)).

La incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta (art. 136. 3 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio TRLGSS).

La incapacidad Permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará conforme a los siguientes grados (Art. 137. 1 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio TRLGSS):

- Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual.
- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.
- Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo.
- Gran Invalidez.

- **Intoxicación laboral:** Enfermedad o accidente provocada por la acción de sustancias tóxicas sobre el organismo humano en el ámbito laboral. Pueden ser de origen agudo, siendo calificadas en general como accidentes de trabajo o pueden ser de origen larvado, crónico, de un periodo de latencia mayor, siendo entonces calificadas como enfermedades profesionales siempre y cuando cumplan los requisitos legales para ser calificadas como tales (requisitos definidos en los art. 115 y 116 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social).

2. C. Marco histórico

La importancia de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social actualmente deriva de los más de cien años de evolución histórica de las mismas en España. Esta importancia fue incorporándose poco a poco, debido a su eficacia y eficiencia, además se le han ido otorgando la gestión de nuevas responsabilidades dentro del marco legal laboral dichos.

Desde este marco, habiendo anticipado la situación actual, para una mejor comprensión de ella, se debe referenciar y comentar la evolución histórica sufrida por la atención al trabajador lesionado en el trabajo, encuadrándolo en su contexto adecuado, que se desarrolla de un modo paralelo a la misma sociedad.

En todos los países, la Seguridad Social ó sistemas similares, nacen como consecuencia de la evolución de la sociedad junto con el avance tecnológico, industrial y cultural. En España, los primeros antecedentes se encuentran en el S. XII, los cuales venían actuando con determinadas instituciones Empresariales y de Trabajadores tipo Montepíos, Cofradías de Trabajadores, Gremios y Hermandades de Socorro. Estas instituciones intentaban amparar, ayudar y proteger –de un modo normalizado- a los trabajadores que sufrían accidentes con lesiones, e incluso en caso de fallecimiento, socorría a la familia ⁽¹⁾.

¹ ROMEU DE ARMAS, A. 1981. *Historia de la previsión social en España. Cofradías, Gremios, Hermandades, Montepíos* (1944), Barcelona. Para la Hermandades y Montepíos

Desgraciadamente, en esa época los trabajadores u obreros por cuenta ajena que sufrían accidentes en el desempeño de su trabajo, accidente con lesiones y con el pronóstico que fuere, -desde el más leve hasta los accidentes mortales- podían quedar incapacitados de un modo temporal ó permanente para el desempeño de su trabajo y sin ningún tipo de prebenda respecto a asistencia sanitaria ni prestaciones económicas ni de ningún tipo. En ocasiones, y de un modo graciable, algunos empresarios “más sociales y solidarios” con sus empleados, contrataban seguros especiales para cubrir esa circunstancia por lo menos en términos de cubrir una medicina asistencial y amparo de un modo voluntario a la viuda y descendientes del fallecido.

La evolución progresiva de la Sociedad, conlleva cambios políticos, sociales, económicos y culturales con especial relevancia a finales del S. XIX, debido fundamentalmente al liberalismo político y económico. Por este motivo esas instituciones fueron abandonadas progresivamente ya que el Gobierno, pretendiendo avanzar, legislaba en materia de medidas preventivas, asistenciales, proteccionistas, que eran inmediatamente bloqueadas por parte de los empresarios –merced al liberalismo reinante-. Esto se debía a que se consideraba una intromisión directa por parte del Gobierno en la Gestión Empresarial, produciéndose por tanto un bloqueo de lo nuevo y abandono paulatino de lo antiguo por las expectativas creadas por el legislador, creándose un vacío en el sentido de protección Social de los trabajadores y clase obrera. Si bien es cierto que la desaparición de Montepíos, Cofradías, Agrupaciones Gremiales fue progresiva en el sentido de minimizar su presencia conforme avanzaba la Protección Social. (²).

Fue creada en España, en 1883, la Comisión de Reformas Sociales para valoración de posibles Medidas Sociales que pudieran y debieran adoptarse, si bien es cierto que como tal comisión no fue denominada hasta 1890 (³). Estuvo operativa desde 1883 hasta 1903.

² CASTILLO, S. (Ed.) 1994. *Solidaridad desde abajo. Trabajadores y Socorros Mutuos en la España Contemporánea* CASTILLO, S. (Ed.), que recoge trabajos de investigación presentados al *I Encuentro Internacional sobre Sociedades de Socorros Mutuos de los Trabajadores en España. Siglos XIX y XX*.

³ CASTILLO, S. 1985. Estudio Preliminar. En *Reformas Sociales. Informes (IV Tomos)*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Centro de Publicaciones. Madrid.

Fruto del desarrollo industrial hacia mediados y finales del S. XIX, ante el avance tecnológico y la existencia de nueva maquinaria que potencialmente producía más accidentes y lesiones, se inició una época de Reivindicaciones laborales por parte de los Obreros del Sector agrícola e industriales. Dichas reivindicaciones desencadenaron una concienciación social y política con la creación, en España, de una Seguridad Social incipiente. Todo ello fue conformando la Protección Social en el Sentido más amplio de la misma caracterizada por la existencia de unas etapas con una clara delimitación temporal conforme a los avatares que emanaban de las medidas políticas, jurídicas y organizativas. Etapas que a continuación aludiré.

Por tanto, en este devenir histórico se distinguen tres etapas fundamentales (⁴):

- 1.- ETAPA DE DEFINICIÓN PRESTACIONAL E INSTITUCIONAL (1900-1962).
- 2.- ETAPA DE CONFIGURACIÓN NORMATIVA (1962-1978).
- 3.- ETAPA DE CONSOLIDACIÓN del sistema de Protección del Estado de Bienestar Social (Desde 1978 hasta la Actualidad).

1.- ETAPA DE DEFINICIÓN PRESTACIONAL E INSTITUCIONAL (1900-1962).

Esta etapa supuso el nacimiento de un modo generalizado de los Seguros Sociales, fruto del desarrollo del movimiento obrero, existiendo varios y determinantes hechos:

- LEY DE ACCIDENTES DE TRABAJO (30/Enero/1900) más conocida como LEY DATO en honor al Ministro de la Gobernación que la llevó a cabo y que fue su principal adalid: establece como hecho y dato fundamental la RESPONSABILIDAD OBJETIVA Y DIRECTA del patrono (privado o Compañía) en los casos de accidente ocurrido con motivo y en el ejercicio de su profesión o trabajo del obrero. En su Art. 12 establece también la posibilidad de que el empresario contrate un Seguro a su costa para el obrero oportuno.

⁴ VALENZUELA, E. y cols. 2000. *Protagonistas del mutualismo de accidentes de trabajo, 100 años de Historia (1900-2000)*. Edita: AMAT.

Fue así como determinados empresarios deciden unirse constituyendo las primeras Mutualidades denominadas Asociaciones Mutuas de Seguros de Accidente de Trabajo, que si bien en un principio nacieron sólo como entidades aseguradoras de la Prestación Económica, rápidamente empezaron a ofrecer Servicios Médicos curativos y rehabilitadores y bien pronto, también, actuaciones con carácter preventivo. Bien es cierto que hasta 1932 no se estableció la obligatoriedad de este tipo de aseguramiento mancomunado por parte de los empresarios.

- Creación del Instituto Nacional de Previsión, en 1908, buscando el Equilibrio entre la libertad de aseguramiento de los asegurados y la responsabilidad del Estado en la cobertura de los Riesgos.
- En 1919 se crea el denominado RETIRO OBLIGATORIO OBRERO, con financiación mixta (empresas y Estado) protegiendo la “vejez” como una causa de invalidez.
- Posteriormente, en un intento de Unificación y Coordinación de los Seguros Sociales, se creó en 1932 la LEY DE BASES DE SUBSIDIOS FAMILIARES, truncada por la Guerra Civil; se creó entre 1939 y 1947 el denominado Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) que sustituye al anterior Retiro Obligatorio Obrero y pasa a ser gestionado por el Instituto Nacional de Previsión.
- En 1942 se crea el seguro Obligatorio de Enfermedad con destino a los productores o trabajadores “débiles” en términos económicos, con primas compartidas entre empresarios/patronos y trabajadores.
- A la vista de la insuficiencia de esta acción protectora se habilitan nuevos mecanismos complementarios que culminan en 1954 con el denominado RÉGIMEN GENERAL DE MUTUALISMO LABORAL con cotización entre trabajadores y también empresarios. Reglaba determinadas prestaciones como Pensiones y Subsidios, siendo otras potestativas como los préstamos, asistencia social...

2.- ETAPA DE CONFIGURACIÓN NORMATIVA (1962-1978).

En esta etapa se aprobaron los fundamentos de un sistema Integral de Seguridad Social de alcance UNIVERSAL respecto a toda la población y todo tipo de prestaciones con dos hitos legislativos principales:

- LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (1966-1974): que reordena la protección social desde un ámbito contributivo para trabajadores por cuenta ajena y sus familias (fue el día 1 de enero de 1967 cuando comenzó su andadura el nuevo Sistema de Seguridad Social).
- LEY DE FINANCIACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO de 1972, con la atribución de la gestión de la Seguridad Social al Estado y la separación entre Régimen General y varios Regímenes Especiales (Minería y Carbón, Especial Agrario, Autónomos...).

3.- ETAPA DE CONSOLIDACIÓN del sistema de Protección del Estado de Bienestar Social (Desde 1978 hasta la Actualidad).

Este periodo se inicia con el punto álgido de la Nueva Constitución Española de 1978, que especialmente en su Artículo 41 declara como principio rector de la Política Social y Económica, el mantenimiento por los Poderes Públicos de un Régimen de Seguridad Social Público que garantice a los ciudadanos Prestaciones Suficientes en caso de necesidad.

En esta Etapa democrática es fundamental la reforma económica financiera, la participación de los interlocutores sociales, el incremento de recursos financieros y la diferenciación de Prestaciones fundamentalmente divididas en PRESTACIONES CONTRIBUTIVAS Y PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS.

- ✓ LAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS son prestaciones que se reconocen a todos los ciudadanos de un modo generalizado, Prestaciones No contributivas, se devengan como consecuencia del bienestar social por el hecho de ser ciudadano español, y son:

- Asistencia Sanitaria.
- Servicios Sociales.
- Pensiones No contributivas de Vejez e Invalidez.
- Prestaciones por nacimiento o adopción de hijo.
- Prestaciones a familias vulnerables y por maternidad no contributiva.
- Prestaciones del sistema de Dependencia.

✓ Por otro lado, las PRESTACIONES CONTRIBUTIVAS son:

- Prestaciones económicas por Accidente de Trabajo ó Enfermedad Profesional ó Enfermedad común y accidente no laboral.
- Pensión, Jubilación, Incapacidad Permanente, Viudedad. Orfandad y favor de familiares.
- Maternidad, Paternidad, Riesgo Profesional de Embarazo y Lactancia.
- Cese de Actividad de Trabajadores Autónomos.
- Prestación económica por Cuidado de Hijo menor afecto de Cáncer ó enfermedad grave.

Todas estas Prestaciones tienden a su ampliación cubriendo vacíos legales o situaciones de desprotección que puedan haberse obviado ó que vayan surgiendo nuevas.

A modo de síntesis de un modo Procedimental, dentro de la Organización Gestora de la Seguridad Social las Prestaciones Económicas, tanto contributivas como no contributivas, están encomendadas a una serie de Organismos Públicos con facultades y competencias oportunas, tuteladas por el Ministerio correspondiente. Dentro del Organigrama actual, correspondiendo y dependiendo de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social con sus distintos órganos directivos y unidades, están incluidas las actuales Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

Como ya se ha reseñado en el punto anterior, desde La Ley de Accidentes de Trabajo, popular Ley Dato de 1900, se inician las Mutualidades Laborales a principios del pasado s. XX y, ante la inexistencia de un Sistema Público de Salud (hasta los años 1960), las mutuas inician su consolidación. El momento de puesta en marcha de la Seguridad Social en 1967, hubiera sido el mejor momento para integrar a las mutuas en ese sistema, sobre todo al desaparecer las Mutualidades Laborales que gestionaban las Contingencias comunes, pero debido al régimen político del país en esos años que incluía la falta de sindicalismo libre, se evitó esa integración. Además se sumó el interés de las patronales por mantener el control de las mutuas, quedando éstas como un SISTEMA COMPLEMENTARIO SANITARIO y de asistencia integral, al accidente de trabajo y a la Enfermedad Profesional.

En 1978 se publica el Real Decreto 1995/1978 de 12 de Mayo, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social. Es un avance relevante.

Por otro lado es en 1994, cuando se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio) que en el Capítulo I de Normas Generales, en sus Artículos 1 al 5 determinan:

- El derecho de los españoles a la Seguridad Social, establecido en el artículo 41 de la Constitución, se ajustará a lo dispuesto en la presente Ley (Art. 1).

- El sistema de la Seguridad Social, configurado por la acción protectora en sus modalidades contributiva y no contributiva, se fundamenta en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad (Art. 2.1).

- El Estado, por medio de la Seguridad Social, garantiza a las personas comprendidas en el campo de aplicación de ésta, por cumplir los requisitos exigidos en las modalidades contributiva o no contributiva, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en esta Ley (Art. 2.2).

- Será nulo todo pacto, individual o colectivo, por el cual el trabajador renuncie a los derechos que le confiere la presente Ley (Art. 3).

- Corresponde al Estado la ordenación, jurisdicción e inspección de la Seguridad Social (Art. 4.1).

- Los trabajadores y empresarios colaborarán en la gestión de la Seguridad Social en los términos previstos en la presente Ley, sin perjuicio de otras formas de participación de los interesados establecidas por las Leyes, de acuerdo con el artículo 129.1 de la Constitución (Art. 4.2).

- En ningún caso, la ordenación de la Seguridad Social podrá servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil (Art. 4.3).

- Y dentro del Art. 5.2, Apartado C (Artículo 5.-Competencias del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y de otros Departamentos ministeriales) El desarrollo de las funciones económico-financieras de la Seguridad Social, a excepción de las encomendadas en la Ley General Presupuestaria y disposiciones concordantes al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas o, en su caso, a otros órganos a los que dicha Ley otorgue competencias específicas en la materia, y de dirección y tutela de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, así como de las entidades que colaboren en la gestión de la misma, pudiendo suspender o modificar los poderes y facultades de los mismos en los casos y con las formalidades y requisitos que se determinen reglamentariamente.

Posteriormente deviene la actualización del cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social porque desde 1978 se han producido avances considerables en los procesos industriales, con la consiguiente introducción de nuevos elementos y sustancias y, al propio tiempo, las investigaciones y el progreso en el ámbito científico y en el de la medicina permiten un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo.

Es por ello por lo que tras un amplio proceso de diálogo entre los interlocutores sociales y el Gobierno suscribieron el día 13 de julio de 2006 un Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social, entre las cuales se incluye la aprobación de una nueva lista de enfermedades profesionales que, siguiendo la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, adecue la lista vigente a la realidad productiva actual, así como a los nuevos procesos productivos y de organización. Asimismo, se acordó modificar el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades. En efecto, la información disponible indica que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por esta contingencia 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. En consecuencia, al tratarse de elementos que se consideran decisivos para la configuración de un sistema eficaz de notificación y registro, parece oportuno incluirlos en esta norma.

Todo ello determina la necesidad de modificar el cuadro de enfermedades profesionales actualmente vigente, para su actualización y acomodación a la recomendación antes citada y para dar cumplimiento a las disposiciones mencionadas, lo que se lleva a cabo con la Publicación del 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. Real Decreto que continúa en vigor en la actualidad.

El anterior Real Decreto Legislativo, se complementa con el reglamento de Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social establecido en el Real Decreto 1993/1995 y en la Ley de acompañamiento de Presupuestos Generales del Estado y en Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) siendo los tres pilares fundamentales que regulan en los últimos años el MARCO LEGAL de funcionamiento de las Mutuas. Es desde este momento cuando pasaron de denominarse Mutuas Patronales a llamarse Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (manteniendo el carácter de Entidades sin ánimo de lucro que ya establecía la Ley Dato de 1900).

En 1997 se realiza el Desarrollo reglamentario de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, siendo además reglamentados en el Real Decreto 575/1197 y 576/1997 para el Control y Gestión de la Prestación Económica de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (Accidente no Laboral y Enfermedad común) por parte de las Mutuas. Sin ninguna duda se delegaba en las Mutuas un papel de gran trascendencia debido al trabajo de gestión, control y asistencia integral desarrollado por ellas en la contingencia Profesional, esperando que esa eficacia y eficiencia se aplicara también en el control de la Contingencia común, como así ha sido.

Por tanto, se produce y potencia un Sistema de Salud paralelo y fundamentalmente complementario de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud: MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (MATEPSS), con las siguientes Atribuciones en el Accidente de trabajo y en la Enfermedad Profesional (algunos ya enumerados anteriormente):

- ✓ Asistencia médico clínica.
- ✓ Prestación económica desde el Primer día.
- ✓ Prótesis y Ortesis.
- ✓ Auxilio por defunción.
- ✓ Indemnización a tanto alzado.
- ✓ Orfandad, viudedad.

- ✓ Prestaciones a otros familiares.
- ✓ Realización de determinadas actividades de Prevención.

En un principio este tipo de Prestaciones estaba dirigido a trabajadores por Cuenta ajena en el Régimen General de la Seguridad Social.

A raíz del R. D. 1993/1995 dicho Reglamento de Colaboración, se establece además de la colaboración en el Accidente de trabajo y Enfermedad Profesional en:

- ✓ Actividades de Prevención y recuperación Conforme a lo previsto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).
- ✓ Colaboración en la Prestación económica de la Incapacidad temporal derivado de las Contingencias comunes.
- ✓ Las demás actividades que le sean atribuidas legalmente.

Dentro de estas nuevas actividades se les confiere a las Mutuas la posibilidad de amparar prestaciones económicas de Trabajadores del Régimen Especial agrario y del Régimen especial de Trabajadores Autónomos (Prestaciones económicas en caso de Incapacidad temporal) que se materializa con la Ley 2/2003 y R. D. 1273/2003 para la cobertura de las contingencias profesionales para los trabajadores Autónomos, reglamentada desde el 2004. Por otro lado se establece un avance significativo: la Obligatoriedad de Separación del Servicio de Prevención ajeno de las propias Mutuas, establecido en el R. D. 688/2005.

La ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo, establece como nueva Prestación a cargo de las MATEPSS, la Prestación Económica del Riesgo adicional de carácter profesional del Embarazo y la Lactancia, sin ningún tipo de financiación adicional para las mutuas y con cargo a las cuotas que ya le devenga la Tesorería General de la Seguridad Social para la cobertura de las contingencias Profesionales.

La ley 32/2010, de 5 de Agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de Actividad de los trabajadores autónomos, también concede a las MATEPSS esta potestad y servicio.

En el Año 2011 se añade una nueva función para las Prestaciones que realizan las MATEPSS, prestación económica a los padres que –siendo trabajadores los dos por cuenta ajena- tengan un hijo afecto de cáncer ó enfermedad grave.

2. D. Situación Actual de las Mutuas y sus funciones

Los últimos cambios legislativos relevantes que atañen a las Mutuas han sido el Real Decreto 625/2014 de 18 de Julio, en el que se modifica la sistemática de Control y Seguimiento de Prestación Económica, y la denominada Ley de Mutuas, Ley 35/2014 de 26 de Diciembre de Reforma del Régimen Jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. A partir de este momento las Mutuas pasan a denominarse MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL. El fin de esta ley es modernizar el funcionamiento y objetivo de la gestión de estas entidades privadas reforzando los niveles de transparencia y eficiencia y contribuyendo en mayor medida a la lucha contra el absentismo laboral injustificado y a la sostenibilidad del sistema de la seguridad Social tal y como venían realizando. También cabe destacar en esta Ley ese cambio de nombre dicho, son mutuas de los empresarios, siendo las mutuas el medio, modo o instrumento que ponen los empresarios a disposición del sistema para colaborar con la Seguridad Social. Reiterar que se sigue manteniendo que son entidades sin ánimo de lucro.

Continua la ley 35/2014 (“Ley de Mutuas”) corroborando que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de conformidad con la naturaleza pública de sus funciones y de los recursos económicos que gestionan, sin perjuicio de la naturaleza privada de la entidad (modifica el Art. 68 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio) y en la nueva redacción de ese Art. en el punto 7 viene recogido la pertenencia a Sector Público Estatal). Las obligaciones económicas que se atribuyan a las Mutuas serán pagadas con cargo a los recursos públicos adscritos para el desarrollo de la colaboración, hay que firmar convenios de asociación y existen unos mecanismos de garantías en la Gestión de los fondos públicos.

Es objeto de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social el desarrollo, mediante la colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, las siguientes actividades, según la Ley 35/2014:

- La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora.
- La gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- La gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- La gestión de las prestaciones económicas por cese en la actividad de los trabajadores por cuenta propia, en los términos establecidos en la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.
- La gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- Las demás actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

Por tanto, a modo de resumen orientado a la comprensión de la financiación, asistencia sanitaria y resto de las prestaciones económicas que realizan las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, las mutuas se financian con fondos públicos que los empresarios le abonan a la Tesorería General de la Seguridad Social. Es decir, las mutuas gestionan cuotas del sistema que periódicamente le son transferidas por la Tesorería General de la Seguridad Social. Para el mismo objeto tienen adscritos bienes inmuebles de la Seguridad Social, que están inscritos a nombre de dicho Servicio Común de la Administración de la Seguridad Social, como titular del patrimonio único de la misma.

Estas cuotas se trasfieren a las mutuas para su gestión, cuotas que variarán dependiendo del riesgo de sufrir accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales según el trabajo que se desarrolle en el caso de la cobertura de las contingencias profesionales y con menor variabilidad en el caso de las contingencias comunes.

Se legislan las distintas clases de recursos que se transfieren a las Mutuas por la Tesorería General de la Seguridad Social para su mantenimiento y el ejercicio de sus funciones. Estos recursos consisten en cuotas de la Seguridad Social, así como los rendimientos y plusvalías que aquellas generan, resultantes de su inversión en los activos autorizados. La Tesorería General de la Seguridad Social entregará a las Mutuas las cuotas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ingresadas en aquélla por los empresarios asociados a cada una o por los trabajadores por cuenta propia adheridos, así como la fracción de cuota correspondiente a la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, la cuota por cese en la actividad de los trabajadores autónomos y el resto de cotizaciones que correspondan por las contingencias y prestaciones que gestionen, previa deducción de las aportaciones destinadas a las Entidades Públicas del Sistema por el reaseguro obligatorio y por la gestión de los servicios comunes, así como de las cantidades que, en su caso, se establezcan legalmente (el empresario debe abonar a la Seguridad Social su parte de cuota y la que corresponde al trabajador que posteriormente le deducirá en su nómina).

Las Mutuas se financian mediante las cotizaciones a través de la colaboración con la Tesorería General de la Seguridad Social, y mediante las inversiones financieras de sus recursos. Actualmente manejan unos 9.000 millones de euros a través de estas cotizaciones.

(⁵)

Al no tener ánimo de lucro, los posibles resultados económicos positivos obtenidos anualmente se destinan a incrementar distintas reservas con el fin de asegurar que haya fondos en el futuro para pagar las prestaciones. Existen varias reservas como la de estabilización de contingencias profesionales, la de contingencias comunes, la de cese de actividad, la de asistencia social o la reserva complementaria.

⁵ http://www1.seg-social.es/ActivaInternet/Mutuas/REV_034303 (fecha de acceso 02.11.2015)

Las Mutuas tendrán que ser auditadas anualmente y en el caso de que haya que exigir responsabilidades, éstas serán mancomunadas entre los empresarios asociados en la mutua.

El control de las Mutuas le corresponde al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, pudiendo adoptar medidas cautelares en caso de que sea necesario para asegurar la cobertura de las prestaciones.

Es voluntario adherirse, por parte del empresario, a las mutuas colaboradoras con la seguridad social para la cobertura de la contingencia Profesional, así como la cobertura de la Prestación económica de la Incapacidad temporal por Contingencias Comunes. Si bien es cierto que casi la totalidad de los empresarios están adheridos al sistema de mutuas en la contingencia profesional (un 98%) y casi un 80% de ellos con la cobertura de las contingencias Comunes y además el Instituto Nacional de la Seguridad Social orienta a los empresarios en este sentido.

(⁶)

⁶ <http://www.amat.es/Ficheros/14798.pdf> (fecha de acceso 29.10.2015)

2. E. Mutuas Colaboradoras Con la Seguridad Social en la actualidad

Como preámbulo indicar que la evolución del número de mutuas en los más de cien años de Mutualismo ha sido variable; al principio nacieron las primeras mutualidades unidas a gremios laborales y territorios muy localizados. De la importancia y relevancia atribuida a las mutuas da fe su elevado número, habiendo alcanzado un máximo de 235 Mutualidades en el Año 1959, habiéndose concentrado en 155 en el año 1986 y tras una amplia política de fusiones sólo restan 20 desde 2007, fundamentalmente producidas esas fusiones por motivos estructurales y económicos.

Están agrupadas en la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT).

AMAT es una entidad sin ánimo de lucro regulada por la Ley 19/1977 y la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, y creada en 1986 por la unión de las voluntades de las **Mutuas** (como herramienta de participación empresarial para la colaboración en la gestión de la **Seguridad Social**) cuya misión se inscribe dentro de la del **Mutualismo** y se concreta en:

- ✓ Fomentar y defender la leal colaboración de los empresarios, a través de las **Mutuas, en la Gestión de la Seguridad Social** y promover la expansión a otros campos de actividad.
- ✓ Promover el **desarrollo mutualista** propiciando el perfeccionamiento de la acción mutual en las distintas coberturas.

Todo ello tiene como objetivo colaborar al logro de una situación social cada vez más justa y por ende lograr la misión del **Mutualismo**, es decir, participar en el desarrollo, mantenimiento y mejora del bienestar. La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, recoge, en su Art. 3a, otros sujetos obligados a las previsiones del capítulo II del Título I, incluyendo expresamente a los partidos políticos, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales. El ejercicio de los cargos de los Órganos de Gobierno y Participación de la Asociación no es retribuido.

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en España son (⁷) (entre paréntesis se indica el número por el que se reconoce la mutua, que corresponde con el número que fue inscrita en el registro especial al efecto):

- Activa Mutua (nº 3).
- Cesma (Mutua de Andalucía y de Ceuta) (nº 115).
- Asepeyo (nº 151).
- Egarsat (nº 276).
- Fraternidad Muprespa (nº 275).
- Fremap (nº 61).
- **Ibermutuamur (nº 274).**
- Mac (Mutua de accidentes de Canarias) (nº 272).
- Maz (Mutua de Accidentes de Zaragoza) (nº 11).
- Mc Mutual (nº. 1).
- Mutua Balear (nº 183).
- Mutua Gallega(nº 201).
- Mutua Intercomarcal (nº 39).
- Mutua Navarra (nº 21).
- Mutua Montañesa (nº 7).
- Mutua Universal (nº 10).
- Mutualia (nº 2).

⁷ www.amat.es (fecha de acceso 30.10.2015)

- Solimat (nº 72).
- Umivale (Unión de Mutuas de Valencia) (nº 15).
- Unión de Mutuas (nº 267).

2. F. Ibermutuamur

Una de las principales mutuas actuales – tanto por cuotas como por número de trabajadores mutualistas- es **IBERMUTUAMUR**, con aproximadamente un millón de trabajadores protegidos en cuanto a la contingencia Profesional. Inicia sus actividades en enero de 1998. Nació de la fusión operada entre **IBERMUTUA** nº 273 y **MUTUAMUR** nº 244, y como culminación de una serie de procesos de integración que se produjeron dentro del objetivo de reestructuración del Sector de Mutuas propiciado por el Ministerio de Trabajo en la última década de los noventa. Sin embargo, su historia real se proyecta mucho más lejos y la participación de las Mutuas que han dado lugar a la creación de **IBERMUTUAMUR** ocupa un buen número de los cien años de historia del mutualismo de accidentes de trabajo.

Es una mutua de Implantación nacional, fruto de la fusión y/o absorción de 18 mutuas patronales (la última en 2002 con la fusión con la antigua mutua MADIN). La implantación en Castilla y León fue muy relevante dado que una de las principales mutuas integrantes fue la **MUTUA PATRONAL CASTELLANA**, sociedad de seguros contra los accidentes de trabajo en la Industria y la Agricultura fundada en 1926 (la primera en “nacer”). Como dato anecdótico y curiosidad de la época podemos señalar que en el acto constitutivo de la Mutua Granadina de Seguros (el 10 de agosto de 1933) se acordó emitir doscientas obligaciones a cincuenta pesetas, para atender a la constitución de la fianza y de los gastos de instalación.

La Entidad actual ⁽⁸⁾ es el resultado de la integración de las siguientes Mutuas de ámbito provincial y regional (entre paréntesis se indica el número de Mutua que le fue asignado correlativamente en el registro al efecto):

⁸ www.ibermutuamur.es (fecha de acceso 20.11.2015)

- Mutua Patronal Castellana, Sociedad de Seguros Contra los Accidentes del Trabajo en la Industria y la Agricultura (32)
- Mutua de Seguros del Puerto de Valencia (47)
- La legal, Sociedad de seguros Mutuos Sobre Accidentes del Trabajo (73)
- Mutua Granadina de Seguros (91)
- Mutualidad Unión Patronal (114)
- Unión Previsora de Seguros Generales (128)
- El Fénix Mutuo, Sociedad Mutua de Seguros Generales (140)
- Castilla, Mutua de Previsión social (158)
- Mutualidad Panadera de la Provincia de Murcia (161)
- Asistencia Médica, Mutua de Previsión Social (167)
- Mutualidad de Previsión Social de la Construcción de la Provincia de Murcia (228)
- Mutuamur (244)
- Mutua Sevillana de Taxis (249)
- Mutua Sevillana de Construcciones y Obras (253)
- Mutua Unión Patronal – M.U.P.- (268)
- Fénix Castellana (270)
- Ibermutua (273)
- Mutualidad de Empresarios Mineros e Industriales de Asturias (68)
- Mutua Nacional Panadera (162)
- Mutualidad Maderera e Industrial (179)
- Madín (263) (Maderera e Industrial), última fusionada en 2002.

Esta diversidad conforma una de las notas características y distintivas de Ibermutuamur: su especial sensibilidad hacia las peculiaridades autonómicas y regionales, que se concreta y canaliza en la creación y funcionamiento de Juntas Territoriales y Provinciales. Ibermutuamur es la única Mutua que tiene constituidos estatutariamente estos órganos.

Dentro del actual Organigrama de Ibermutuamur, una de las Direcciones Territoriales, es la Dirección Territorial de Valladolid, que agrupa las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y la Dirección Provincial de La Rioja.

Las Historias Clínicas están informatizadas desde el Año 1998 y están integradas en red en todo el territorio Nacional. La codificación diagnóstica que se utiliza en el registro del sistema corporativo de Ibermutuamur es la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (C.I.E. 9, MC) vigente desde 1989. Es la clasificación de referencia utilizada para la codificación de los diferentes datos clínicos recogidos en Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) (diagnósticos, procedimientos, causas externas, extensión y localización de neoplasias). En el año 1989 el Ministerio de Sanidad publicó la primera edición en castellano de la CIE 9 MC y se han venido realizando sucesivas ediciones de actualizaciones en castellano. En el año 2014 se han cumplido veinticinco años de esta primera edición.

2. G. Intoxicaciones Laborales

2. G. 1. Consideraciones previas y Concepto de Intoxicación laboral

Partimos del conocimiento científico existente en la actualidad sobre las intoxicaciones laborales que debieran incluirse como ACCIDENTE DE TRABAJO (“toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión ó por consecuencia del trabajo”, Art. 115.1 y ss. del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (TRLGSS)) ó como ENFERMEDAD PROFESIONAL (“las contraídas a consecuencia del trabajo y que se especifican en el cuadro de Enfermedades Profesionales y que está producida por la acción de los elementos ó sustancias que en dicho cuadro se especifiquen para cada Enfermedad Profesional”, Art. 116 del TRLGSS), que serían causa de Absentismo Laboral (no acudir al lugar de trabajo).

La **Intoxicación laboral** se define como una enfermedad o accidente provocada por la acción de sustancias tóxicas sobre el organismo humano en el ámbito laboral. Pueden ser de origen agudo, siendo calificadas en general como accidentes de trabajo o pueden ser de origen larvado, crónico, de un periodo de latencia mayor, siendo entonces calificadas como enfermedades profesionales siempre y cuando cumplan los requisitos legales para ser calificadas como tales (requisitos definidos en los art. 115 y 116 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social).

Existe una gran variabilidad de posibles casos de intoxicaciones laborales además de la diversidad en la evolución clínica según la/s sustancia/s ó elemento/s tóxico/s dosis dependiente, y otros parámetros relevantes como tiempo de exposición (corto, medio, largo plazo) así como la multiplicidad de sustancias químicas manejadas en la industria, agricultura, sanidad, servicios, susceptibilidad individual, vía de entrada, etc.

Es por ello que en aras al control y seguimiento del absentismo laboral originado por intoxicaciones laborales, desde el punto de vista de la Gestión Sanitaria, sea previsible que, salvo las intoxicaciones agudas con una clara relación causa efecto y por tanto atención médica en la mutua de accidentes correspondiente con el reconocimiento de la laboralidad del proceso, las intoxicaciones a medio y largo plazo, por las características de variabilidad descritas y por las distintas vías de penetración (piel, digestiva, respiratoria) haga que se precise de un equipo multidisciplinar para un diagnóstico correcto.

Ese diagnóstico presentará dificultad en sí mismo al que se añadirán reservas y problemas en la determinación de la contingencia de los mismos respecto a lo procedente como laboral ó no de esos problemas de salud.

Ciñéndonos al ámbito técnico de intoxicaciones laborales definidas, obviamente se define **Toxicidad** como la capacidad o la propiedad de una sustancia de causar efectos adversos sobre la salud. La cantidad determinada de una sustancia que podría esperarse que, en condiciones específicas, ocasionara daños a un organismo vivo dado, depende de **varios factores**:

- De la toxicidad intrínseca de la sustancia de producir un efecto tóxico.
- De la posibilidad, probabilidad y el modo de entrar en contacto con ella.
 - *Concentración* de dicha sustancia. A mayor concentración, mayor toxicidad.
 - *Tiempo de exposición* a la misma. A mayor tiempo de exposición, mayor toxicidad.
 - *Condiciones de uso*. Por ejemplo, el riesgo de inhalación de sustancias en polvo aumenta si el trabajo se hace en seco. Este riesgo se reduce considerablemente si se hace en mojado.
 - *Vía de penetración* en el cuerpo.
 - Inhalación a través de las vías respiratorias. Suele ser la principal.
 - Dérmica, a través de la piel.
 - Digestiva, por ingestión vía oral de compuestos tóxicos. Se produce accidentalmente al comer, al fumar o por una deficiente higiene personal.
 - Parenteral, vía sanguínea a través de heridas o cortes. (⁹)

Por tanto, como indica en su Nota Técnica de Prevención el Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, el posible efecto nocivo de los contaminantes químicos sobre la salud, debido a su presencia en los ambientes laborales, debe ser considerado en el marco de la acción tóxica que en general pueden ejercer las sustancias químicas.

⁹ www.insht.es (fecha de acceso 12.11.2015)

Reiterando, en términos amplios, se entiende por acción tóxica o toxicidad a la capacidad relativa de un compuesto para ocasionar daños mediante efectos biológicos adversos, una vez ha alcanzado un punto susceptible del cuerpo. Esta posible acción tóxica significa que la exposición a los contaminantes comporta un riesgo, el cual se puede definir como la probabilidad de que produzcan los efectos adversos señalados, bajo las circunstancias concretas de la exposición.

La toxicidad es pues uno de los factores que determinan el riesgo, pero éste responde además a otros varios factores, como la intensidad y la duración de la exposición, la volatilidad del compuesto y el tamaño de las partículas. El concepto de toxicidad se refiere a los efectos biológicos adversos que pueden aparecer tras la interacción de la sustancia con el cuerpo, mientras que el concepto del riesgo incluye además la probabilidad de que se produzca una interacción efectiva.

En consecuencia, la toxicidad y el riesgo se concretarán en cada circunstancia particular en función de los efectos biológicos y las propiedades fisicoquímicas del compuesto implicado, así como de las características que presente la exposición al mismo. Estos efectos, propiedades y características constituyen por tanto unos datos cuyo conocimiento será imprescindible para poder efectuar la evaluación del riesgo y establecer una prevención del mismo.

2. G. 2. Clasificación de las sustancias tóxicas

Las sustancias tóxicas pueden clasificarse en función de la estructura química responsable de la toxicidad (elementos químicos, grupos funcionales y compuestos definidos), en función de sus propiedades físicas (sólidos, líquidos y gases) ó en función de sus efectos sobre el organismo, siendo esta última la clasificación más utilizada.

Las sustancias tóxicas en función de sus diversos efectos sobre el organismo pueden clasificarse:

- Neumoconióticos: son sustancias químicas sólidas, que se depositan en los pulmones y se acumulan, produciendo una neuropatía y degeneración fibrótica del tejido pulmonar. Los polvos inertes si bien no producen esta degeneración del tejido pulmonar, ejercen una acción como consecuencia de la acumulación de grandes cantidades de polvo en los alvéolos pulmonares, impidiendo la difusión del oxígeno a través de los mismos.
- Irritantes: son aquellos compuestos químicos que producen una inflamación, debida a la acción química o física en las áreas anatómicas con las que entran en contacto, principalmente piel y mucosas del sistema respiratorio. Por ser, todas ellas sustancias muy reactivas, el factor que indica la gravedad del efecto es la concentración de la sustancia en el aire y no el tiempo de exposición.
- Asfixiantes: son sustancias capaces de impedir la llegada de oxígeno a los tejidos. Se pueden clasificar en:
 - * Asfixiantes simples: es cualquier contaminante químico que sin presentar ningún efecto específico, generalmente sustancias inertes, por el mero hecho de estar presente en el ambiente reduce la concentración de oxígeno en el aire (dióxido de carbono, gases nobles, nitrógeno, etc.).
 - * Asfixiantes químicos: son sustancias que impiden la llegada de oxígeno a las células, bloqueando alguno de los mecanismos que lo realizan. Se encuentran en este grupo sustancias muy diversas como monóxido de carbono, ácido cianhídrico, nitratos, nitritos, sulfuro de hidrógeno. Estas sustancias pueden actuar a nivel de la sangre, de las células o como en el caso del sulfuro de hidrógeno que actúa sobre el cerebro paralizando los músculos de la respiración.
- Anestésicos ó narcóticos: son sustancias químicas depresores del sistema nervioso central. Su acción depende de la cantidad de tóxico que llega al cerebro. Son sustancias liposolubles (sustancias orgánicas, disolventes industriales).

- Sensibilizantes: independientemente de que puedan causar otros efectos tóxicos sobre el organismo, en contacto con la piel originan cambios en la misma, a través de diferentes formas: irritación primaria, sensibilización alérgica, fotosensibilización.
- Cancerígenos: son sustancias que pueden generar o potenciar el desarrollo de un crecimiento desordenado de células.
- Mutagénicos: son sustancias que pueden generar, potenciar y/o, fundamentalmente, inducir, mutaciones celulares originando el desarrollo de células tumorales.
- Teratógenos: El agente teratógeno es toda sustancia química, agente físico, agente infeccioso o estado carencial que es capaz de producir una alteración morfológica o funcional en el periodo postnatal y que actúa durante el periodo embrionario o fetal.
- Tóxicos sistémicos: se definen como tales los compuestos químicos que independientemente de su vía de entrada, se distribuyen por el organismo produciendo efectos diversos, si bien algunos compuestos presentan efectos específicos y selectivos sobre un órgano o sistema (hidrocarburos halogenados, derivados alquínicos de los metales, insecticidas, metanol, plomo, hidrocarburos aromáticos, etc).
- Corrosivos: Son sustancias que, mediante su acción química producen graves daños cuando contactan con los tejidos vivos, y que además pueden originar otros riesgos. Se clasifican en:
 - Corrosivos clase a): sustancias muy corrosivas. Pertenecen a este grupo las sustancias que provocan una necrosis perceptible del tejido cutáneo en el lugar de aplicación, al aplicarse sobre la piel intacta de un animal por un período de tiempo de tres minutos como mínimo.
 - Corrosivos clase b): sustancias corrosivas. Pertenecen a este grupo las sustancias que provocan una necrosis perceptible del tejido cutáneo en el lugar de aplicación, al aplicarse sobre la piel intacta de un animal por un período de tiempo comprendido entre tres minutos como mínimo y sesenta minutos como máximo.

- Corrosivos clase c): sustancias con grado menor de corrosividad. Pertenecen a este grupo las sustancias que provocan una necrosis perceptible del tejido cutáneo en el lugar de aplicación, al aplicarse sobre la piel intacta de un animal por un período de tiempo a partir de una hora y hasta cuatro horas como máximo. También pertenecen a esta clase los productos que no son peligrosos para los tejidos epiteliales, pero que son corrosivos a una velocidad superior a 6.25 mm/año a una temperatura de 55 °C (parámetro de control de corrosividad) cuando se aplica a una superficie de dichos materiales (^{10,11}).

Es importante conocer que existen efectos combinados sobre el organismo y hay contaminantes que desencadenan uno sólo de estos efectos, otros en cambio engloban en su acción varios de los efectos descritos.

Otra circunstancia a tener en cuenta es la presencia en un mismo ambiente de varios contaminantes a un mismo tiempo. Se pueden producir tres tipos de efectos en esta circunstancia:

- Efectos simples: los contaminantes actúan sobre órganos distintos.
- Efectos aditivos: producidos por varios contaminantes que actúan sobre un mismo órgano o sistema.
- Efectos potenciadores: son los producidos cuando uno o varios productos multiplican la acción de otros.

¹⁰ REAL DECRETO 379/2001, de 6 de abril por el que se aprueba el Reglamento de almacenamiento de productos químicos y sus instrucciones técnicas complementarias. Art. 4, Instrucción Técnica Complementaria:

¹¹ GAMBÍN CÁNOVAS A y ZARAGOZA PLANES J. 2009. *Guía Técnica para la manipulación de sustancias corrosivas en el sector químico, Medidas Preventivas* 1ª edición. Pág. 4.

2. G. 3. Fases toxicocinéticas

La acción de los tóxicos sobre el organismo sigue un proceso en el que pueden distinguirse las siguientes fases (pudiendo producir lesiones en cualquiera de esas fases ó en varias de ellas) (¹²):

- **Absorción:** Coincide con las vías de entrada de los contaminantes ó tóxicos en el organismo humano. La absorción es el paso de una sustancia del medio ambiente al organismo. Por lo general se entiende no sólo como el hecho de atravesar la barrera tisular sino también como su llegada ulterior a la circulación sanguínea (por este motivo se distingue con la fase anterior dicha de penetración en el organismo) (¹³):
 - Absorción pulmonar. Los pulmones son la principal ruta de depósito y absorción de pequeñas partículas suspendidas en el aire, gases, vapores y aerosoles. En el caso de los gases y vapores muy hidrosolubles, una parte importante de la absorción se produce en la nariz y el árbol respiratorio, pero en el caso de las sustancias menos solubles se produce principalmente en los alveolos pulmonares.
 - Absorción percutánea. La piel es una barrera muy eficiente. Aparte de su función termorreguladora, protege al organismo de los microorganismos, la radiación ultravioleta y otros agentes nocivos, y también de la pérdida de agua excesiva. La distancia de difusión en la dermis es del orden de décimas de milímetro. Además, la capa de queratina opone mucha resistencia a la difusión de la mayoría de las sustancias. No obstante, en el caso de algunas sustancias suele producirse una absorción dérmica significativa con resultado de

¹² http://www.atexga.com/prevencion/es/estudio-sustancias-nocivas/2_vias_de_entrada.php (fecha de acceso 26.11.2015)

¹³ SILBERGELD, E.K. 1998. *Toxicología, herramientas y enfoques. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998. Tomo I, Cap. 33. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/33.pdf>

toxicidad (sustancias liposolubles muy tóxicas como por ejemplo los insecticidas organofosforados y los disolventes orgánicos). Lo más frecuente es que esa absorción significativa se produzca como consecuencia de la exposición a sustancias líquidas. La absorción percutánea de vapores puede ser importante en el caso de los disolventes con presión de vapor muy baja y gran afinidad por el agua y la piel.

- **Absorción gastrointestinal.** Se produce tras la ingestión accidental o deliberada de las sustancias. A veces se tragan partículas de mayor tamaño originalmente inhaladas y depositadas en el tracto respiratorio, de donde llegan a la faringe por transporte mucociliar. Prácticamente todas las sustancias solubles se absorben de manera eficiente desde el tracto gastrointestinal. El bajo pH del intestino puede facilitar por ejemplo la absorción de los metales.
 - **Otras vías de Absorción.** Las que se denominan parenterales: son otras vías de absorción especiales que son muy poco frecuentes y por lo general no se dan en la exposición profesional. Entre esas rutas figuran las inyecciones intravenosas, subcutáneas, intraperitoneales e intramusculares. En general, las sustancias se absorben más deprisa y de manera más completa por esas vías, especialmente por la inyección intravenosa.
-
- **Distribución:** La distribución de una sustancia dentro del organismo es un proceso dinámico que depende de las velocidades de absorción y eliminación, así como del flujo sanguíneo en los diferentes tejidos y de las afinidades de éstos por la sustancia. Las moléculas hidrosolubles pequeñas no cargadas, los cationes monovalentes y la mayoría de los aniones se difunden con facilidad y acaban por conseguir una distribución relativamente uniforme por todo el cuerpo.
 - **Localización y acumulación:** La acumulación es la retención de una sustancia en un tejido o en un órgano a unos niveles superiores a los de su concentración en la sangre o el plasma. Puede tratarse también de una localización por acumulación gradual en el organismo a lo largo del tiempo.

Determinados tóxicos son muy liposolubles y tienden a acumularse en el tejido adiposo, mientras que otros tienen una especial afinidad por el hueso. En el hueso, por ejemplo, el calcio puede intercambiarse por cationes de plomo, estroncio, bario y radio, mientras que los grupos hidroxilo pueden intercambiarse por flúor.

El organismo humano puede dividirse en los compartimentos siguientes: 1) órganos internos, 2) piel y músculos, 3) tejidos adiposos, 4) tejidos conectivos y huesos. Esta clasificación se basa principalmente en el grado de perfusión vascular (sanguínea) en orden de mayor a menor. Por ejemplo, los órganos internos (incluido el cerebro), que representan sólo el 12% del peso corporal total, reciben alrededor del 75% del volumen total de sangre. En cambio, los tejidos conectivos y los huesos (15% del peso corporal total) reciben sólo un 1% del volumen total de sangre. Por lo general, los órganos internos, que están muy perfundidos, consiguen la concentración más alta de tóxicos en el tiempo más corto, así como un equilibrio entre la sangre y ese compartimento. La captación de tóxicos por tejidos menos perfundidos es mucho más lenta, pero la retención es superior y el tiempo de permanencia mucho más largo (acumulación) debido a la escasa perfusión. También es importante conocer que el organismo posee algunas barreras que obstaculizan la penetración de algunos grupos de tóxicos, sobre todo los hidrófilos, en determinados órganos y tejidos que son

- La barrera hematoencefálica (o cerebroespinal), que limita la entrada de moléculas grandes y tóxicos hidrófilos en el cerebro y el SNC; consiste en una capa muy tupida de células endoteliales; pueden atravesarla por tanto los tóxicos lipófilos.
- La barrera placentaria, que tiene un efecto similar sobre la penetración de los tóxicos en el feto desde la sangre de la madre.
- La barrera histohematológica en las paredes de los capilares, que es permeable para las moléculas de tamaño pequeño y mediano y para algunas de las de mayor tamaño, así como para los iones.

- **Metabolismo:** Mientras están retenidos en las células de diversos tejidos y órganos, los tóxicos están expuestos a enzimas que pueden biotransformarlos (metabolizarlos), produciendo metabolitos. Metabolismo es una palabra que suele utilizarse indistintamente con biotransformación. Indica las reacciones químicas de descomposición o síntesis que se producen en el cuerpo gracias a la acción catalizadora de las enzimas. En el organismo se metabolizan los nutrientes procedentes de los alimentos, los compuestos endógenos y los xenobióticos (sustancias extrañas a nuestro organismo entre las que figuran los fármacos, las sustancias químicas industriales, los venenos presentes en la naturaleza y los contaminantes del medio ambiente).

La biotransformación es un proceso que lleva a una conversión metabólica de los compuestos extraños ó xenobióticos presentes en el organismo. Por regla general, el metabolismo convierte los xenobióticos liposolubles en grandes metabolitos hidrosolubles para facilitar su excreción. La biotransformación se realiza principalmente en el hígado, aunque otros órganos y tejidos también la realizan. Todos los xenobióticos captados en el intestino son transportados al hígado por un único vaso sanguíneo (vena porta). Cuando se capta en pequeñas cantidades, una sustancia extraña puede metabolizarse completamente en el hígado antes de llegar a la circulación general y a otros órganos (efecto de primer paso).

Los xenobióticos inhalados se distribuyen por la circulación general hasta llegar al hígado. En ese caso sólo se metaboliza en el hígado una fracción de la dosis antes de llegar a otros órganos. También en otros órganos como el pulmón y el riñón hay enzimas que metabolizan los xenobióticos. En esos órganos pueden desempeñar funciones específicas y cualitativamente importantes en el metabolismo de determinados xenobióticos. A veces metabolitos formados en un órgano se metabolizan aún más en otro. También pueden participar en la biotransformación las bacterias intestinales.

Existe una influencia muy importante dependiente del tipo de sustancia tóxica xenobiótica que puede producir en el organismo diversas reacciones químico-físicas como pueden ser la activación metabólica, desactivación metabólica, inducción, inhibición, activación del oxígeno, etc. Además se debe tener en cuenta la variabilidad genética y otros factores individuales como edad, sexo, hábitos alimentarios, influencia del tabaco, del alcohol, del consumo de fármacos y exposición concomitante a otras sustancias químicas.

- **Eliminación:** Se puede producir por varias vías, dependiendo de los compuestos tóxicos, de la/s vía/s de absorción, si ha sido un compuesto único ó se produce efecto sumatorio o se potencian, de dosis de exposición, de patologías previas del individuo, etc. Los productos tóxicos y/o sus metabolitos o catabolitos pueden causar también toxicidad en las propias vías de excreción o eliminación. Vías de eliminación:
 - La eliminación por el pulmón (desorción) es típica de los tóxicos muy volátiles (como por ejemplo los disolventes orgánicos).
 - El riñón es un órgano especializado en la excreción de numerosos tóxicos y metabolitos hidrosolubles, lo que contribuye a mantener la homeostasis del organismo.
 - Saliva: Algunos fármacos e iones metálicos pueden excretarse en la saliva a través de la mucosa de la boca —por ejemplo, el plomo (“línea del plomo”), el mercurio, el arsénico y el cobre, así como bromuros, yoduros, alcohol etílico, alcaloides, etc.
 - Sudor: Muchos no electrólitos pueden eliminarse parcialmente por la piel en el sudor: alcohol etílico, acetona, fenoles, disulfuro de carbono e hidrocarburos clorados.
 - Muchos metales y disolventes orgánicos y algunos plaguicidas organoclorados (DDT) se segregan a través de la glándula mamaria en la leche materna. Esta vía puede ser peligrosa para los niños lactantes.

- Pelo: Puede utilizarse el análisis del pelo como indicador de la homeostasis de algunas sustancias fisiológicas. También puede evaluarse mediante este tipo de bioensayo la exposición a algunos tóxicos, especialmente los metales pesados.

Por tanto, reiterar, que pueden incluirse en Accidentes de Trabajo, en general las intoxicaciones agudas y como posibles Enfermedades Profesionales las de mayor plazo, en cualquiera de los grupos de Enfermedades Profesionales (siempre y cuando vengan recogidas en la norma y cumplan el marco legal); así podrían ser las causadas por agentes químicos, por agentes biológicos, por inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos, lesiones en piel no recogidas en otros grupos y por agentes carcinogénicos (en general se excluyen las producidas por agentes físicos, las más frecuentes).

3. JUSTIFICACION

Las intoxicaciones laborales constituyen en la actualidad un serio problema de salud en el trabajo debido fundamentalmente a la gran diversidad de elementos y sustancias utilizados en todos los ámbitos y procesos laborales. Por una parte, existe una gran variabilidad en las condiciones ambientales que pueden llegar a producir la intoxicación, por otra, un escaso conocimiento objetivo sobre las patologías reales y su evolución sobre todo a medio y largo plazo y además, una inadecuada codificación diagnóstica.

La incorporación en el mercado laboral de unas 500-1000 moléculas nuevas anualmente origina una falta de conocimiento técnico científico. A pesar de tener información toxicológica de las mismas, se desconoce en muchos casos, los efectos de la utilización conjunta de las mezclas de productos, que pueden llegar a generar posibles sinergias, potenciaciones, o antagonismos en su toxicidad.

Es esta razón fundamentalmente lo que justificaría la profundización en el estudio que se plantea intentando clarificar con una investigación cuantitativa y de prevalencia de este tipo de patologías (siempre dentro del marco jurídico legal de las mutuas como entidades colaboradoras con la Seguridad Social). Ello hará que se pueda valorar adecuadamente la repercusión estadística en absentismo laboral por incapacidad temporal y, llegado el caso, por Incapacidad Permanente, originado por Intoxicaciones laborales.

Por otro lado, no existen en España registros claros y concisos sobre trabajadores expuestos a agentes tóxicos durante el desempeño de su actividad laboral por las condiciones ambientales. Sí se disponen de datos indirectos, aproximados a partir de los datos recogidos en las Encuestas de Condiciones del Trabajo (ENCT) que publica periódicamente el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT): *Se pregunta a los trabajadores si consideran que están expuestos a contaminantes químicos por manipulación y/o si respiran polvos, humos, aerosoles, gases o vapores nocivos o tóxicos por un lado, y sobre la Exposición a contaminantes biológicos por otro lado.*

Como se puede apreciar en la Tabla 1, existe una disminución de los datos obtenidos en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) (INSHT, 2011) sobre los datos de la VI ENCT (de 2007), publicada por el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT).

TABLA 1. Minoración de la sensación percibida de exposición por los trabajadores según ENCT del INSHT.

	VI ENCT 2007	VII ENCT 2011
Trabajadores que se consideran expuestos a contaminantes químicos por manipulación y/o inhalación de humos, aerosoles...	27.7%	22.9%
Trabajadores que se consideran expuestos a contaminantes biológicos	9.0%	7.3%

Otro dato relevante bibliográfico a tener en cuenta, es El Informe de Siniestralidad Laboral de la Junta de Castilla y León, último disponible en su página web, el del año 2012 (¹⁴): tiene una limitación cuantitativa muy relevante ya que sólo recoge accidentes laborales con baja laboral, un total de 19.444 Accidentes de Trabajo sobre una Población estimada de unos 836.000 trabajadores; sin embargo, un dato con más relevancia es que en Enfermedades Profesionales sí se registran las que causan baja y las que no la causan (Tabla 2).

¹⁴ Junta de Castilla y León. www.trabajoyprevencion.jcyl.es (fecha de acceso 22.01.2015)

TABLA 2: Enfermedades Profesionales en Castilla y León, extraído del propio Informe de Siniestralidad de la Junta de Castilla y León del año 2012.

	AÑO 2011	AÑO 2012
ENFERMEDADES PROFESIONALES CON BAJA LABORAL	431	329
ENFERMEDADES PROFESIONALES SIN BAJA LABORAL	579	430
TOTAL ENFERMEDADES PROFESIONALES	1010	759

Antes de proseguir, hay que aclarar que 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 los criterios para su notificación y registro (BOE de 19 de diciembre de 2006), recoge en su Anexo I Seis grupos de Enfermedades Profesionales, a saber:

Anexo 1. Cuadro de enfermedades profesionales

- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

De esas Enfermedades Profesionales recogidas en el último Informe de Siniestralidad Laboral de la Junta de Castilla y León del 2012, hay que destacar que el 85% corresponden al Grupo 2, las causadas por agentes Físicos, siendo el otro 15% las correspondientes a los otros 5 grupos, que en algunos casos se podrían corresponder con Intoxicaciones de origen laboral.

Resaltar también que en los daños a la Salud de estos cinco Grupos de Enfermedades Profesionales del marco legal actual, fundamentalmente en los producidos por los Agentes Químicos, se localizan –salvo casos muy claros y específicos y muy estudiados – en la indefinición siguiente: “El cuadro de Enfermedades Profesionales no especifica las patologías incluidas en esos grupos. Por su etiopatogenia, características clínicas e incidencia en la práctica habitual, serán consideradas las producidas por...”

Por tanto el sesgo y distracción para realizar el estudio comparativo retrospectivo con los datos de registro oficiales, como se objetivan muy escasos, hace que el poder profundizar en este estudio con los datos registrados en Ibermutuamur aporte una herramienta más en el control de la gestión del absentismo tanto temporal como permanente, al menos valorable en cuanto a valorar la futura actuación dentro del ámbito de Ibermutuamur en Castilla y León.

Recalcar que la mayor relevancia del estudio gira en torno a accidentes de trabajo, independientemente de lo aportado en torno a las Enfermedades Profesionales.

4. OBJETIVOS

Como **objetivo general**, este estudio pretende contribuir al conocimiento del conjunto de variables que condicionan el registro y definen el escenario laboral en las intoxicaciones laborales en la población trabajadora cuyas empresas tienen la cobertura de la Contingencia Profesional (accidente de trabajo y enfermedad profesional) con Ibermutuamur en Castilla y León durante el periodo 2008-2014 (diagnosticadas y tratadas como tales intoxicaciones).

Objetivos Específicos:

- > Conocer los datos cuantitativos de explotación y diagnóstico real de la aplicación corporativa sanitaria de Ibermutuamur durante ese periodo (2008-2014), con las variables que se definirán en la metodología.

- > Identificar y cuantificar los procesos habidos en ese periodo y que tras causar baja laboral (incapacidad temporal), tienen una repercusión en la incapacidad permanente y en el grado de incapacidad del que hayan sido acreedores, si procede.

- > Finalmente se pretende estimar la posibilidad de extrapolación de este estudio para futuros procesos en cuanto a su posible evolución cronopatológica, comportamiento y resolución del tribunal Médico del INSS en Incapacidad permanente.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE DISEÑO:

El estudio se ha realizado sobre la población trabajadora de un periodo determinado de tiempo (2008-2014). Se trata de un estudio Observacional retrospectivo descriptivo.

5.2 POBLACIÓN:

La población como caracterización biodemográfica, puede considerarse el “material de estudio”. Dicha población son los trabajadores de Castilla y León, cuyas empresas han optado por Ibermutuamur como su mutua de accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para la cobertura de la Contingencia Profesional. Se han estudiado todos los procesos según las variables que se definen a continuación durante el Periodo de siete años completos, 2008-2014.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Casos REGISTRADOS en la aplicación corporativa de Ibermtuamur **e-sanitario+** con Fecha de Apertura del Episodio durante el periodo descrito (01/01/2008 al 31/12/2014) bajo la Codificación Clínico sanitaria CIE-9 MC (Manual de Codificación) en su Explotación de Informes Funcional, Listado de Procesos, habiendo sólo incluido los casos registrados como Contingencia Profesional, tanto los que causan baja laboral como los que no.

Siguiendo los criterios de Codificación de la CIE-9 MC se han incluido los Tipos de codificación siguientes (No se incluyen los Códigos V y los Procedimientos):

- ✓ Enfermedades y Lesiones (GRUPO DIAGNÓSTICO (GD en lo sucesivo)): Posteriormente en análisis pormenorizado de los resultados iremos viendo los Subgrupos Diagnósticos seleccionados dentro de cada una de las categorías de Grupo Diagnóstico.

- GD 1: Enfermedades Infecciosas y parasitarias.
 - GD 2: Neoplasias.
 - GD 3: Enfermedades Endocrinas, nutrición y metabolismo y trastornos asociados.
 - GD 5: Trastornos mentales.
 - GD 6: Enfermedades del Sistema Nervioso y de los órganos de los sentidos.
 - GD 8: Enfermedades del aparato respiratorio.
 - GD 12: Enfermedades de la piel y del Tejido celular subcutáneo.
 - GD 16: Síntomas, signos y estados mal definidos.
 - GD 17: Lesiones y envenenamientos.
- ✓ Códigos M (Neoplasias NEOM, linfomas, leucemias, etc., etc.).
- ✓ Códigos E: Causas externas de lesiones e Intoxicación; la finalidad del uso de esta clasificación suplementaria es facilitar datos para investigar las causas de las lesiones y con ello planificar estrategias de investigación y prevención de posibles accidentes e intoxicaciones (E-58: intoxicación accidental; E-59: Intoxicación accidental por drogas ó fármacos, sustancias medicamentosas y biológicas; E-60: envenenamiento accidental por otras causas; E-64: Accidentes por fuego y llamas; E-65: accidentes por factores naturales y ambientales; E-69: Envenenamiento por fármacos, sustancias medicamentosas y biológicas).

Dentro de cada Grupo Diagnóstico de Enfermedades y Lesiones, se han “reclutado” los Subgrupos diagnósticos que se establecerán en el Análisis pormenorizado de los datos a la hora de aportar los datos extraídos y explotados.

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyen específicamente todos aquellos procesos que habiendo sido codificados como CONTINGENCIA PROFESIONAL, el tipo de Episodio, en el momento de ser definido por el médico de control no haya sido ASISTENCIAL, es decir que aunque haya acudido al Servicio Asistencial de Mutua, el profesional médico ha valorado que la contingencia es NO LABORAL (ya sea enfermedad ó accidente).

Se excluyen los casos con Diagnóstico: EN ESTUDIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PARTE SIN DIAGNÓSTICO y el diagnóstico NO SE DETECTA PATOLOGÍA.

5.5 VARIABLES REGISTRADAS:

Explotación de la base de datos de la aplicación sanitaria corporativa, donde se incluyen las variables siguientes como reseñables de mayor trascendencia:

-- *Edad.*

-- *Sexo.*

-- *Profesión:* Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011, se utilizarán códigos genéricos ⁽¹⁵⁾.

-- *Tipo de Contingencia:* Profesional, descartando la Contingencia Común.

-- *Tipo de Episodio:* Episodio asistencial ó de contingencias comunes (Episodio, en la base de datos de Ibermutuamur, es cada parte que se abre en la aplicación sanitaria corporativa para asistencia médica ó prestacional económica).

-- *Tipo de tratamiento:* Enfermedad ó accidente (tratamiento se refiere en la base de datos de la aplicación sanitaria de Ibermutuamur a la consideración de enfermedad ó accidente, no al tipo de tratamiento médico, quirúrgico, rehabilitador, etc. que se prescriba).

¹⁵ http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/nota_epa_cno11.pdf (fecha de acceso 30.10.2015)

-- *Días en baja*: incluyen recaídas (días en situación de Incapacidad Temporal; al decir que se incluyen recaídas se hace referencia a la suma de los días en Incapacidad Temporal cuando hay una recaída de una baja laboral previa en el plazo de 180 días desde el alta, que es el periodo legal para considerarse una recaída).

-- *Fecha del “No causa Baja”*: para los casos sin baja laboral.

-- *Fecha de apertura del episodio*: parametrizando el periodo objeto del estudio.

-- *Criterios CIE 9-MC*: Grupo diagnóstico, subgrupo diagnóstico, código diagnóstico.

-- *Descripción Diagnóstica*.

-- *Tipo de lesión y Parte lesionada*.

-- *Tipo de contrato*: tiempo parcial, por obra o servicio, indefinido, etc.

-- *Régimen de cotización*: Régimen general, Régimen Especial Agrario, Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, Régimen Especial de Minería del Carbón y Régimen Especial de Trabajadores del Mar.

-- *Resolución del INSS*: acerca de la Incapacidad Permanente (El Instituto Nacional de la Seguridad Social es quien tiene la capacidad ejecutiva de Resolución de los posibles expedientes de Incapacidad Permanente que se inicien por parte de las mutuas y/o de los trabajadores lesionados y/o el propio INSS. Emite Resolución el Director Provincial del INSS correspondiente tras la decisión colegiada del Equipo Multidisciplinar de Valoración de Incapacidades tras reconocimiento médico en la Unidad Médica por parte de los Inspectores Médicos del INSS).

-- *Otras variables meramente técnicas*: fecha de baja, fecha de alta, fecha de la recaída.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Respeto estricto y riguroso de los derechos del paciente según la legislación vigente, por la alta sensibilidad de los datos manejados, legislación que hace referencia fundamentalmente a la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica), Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), Código Deontológico médico y resto de marcos legales vigentes durante todo el proceso de realización de este estudio.

5.7 CRITERIOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO:

En el momento de la explotación de los datos de los Informes de procesos sanitarios, el principal criterio es *la fecha de apertura del episodio*, entre el 1/1/2008 y el 31/12/2014, seleccionando sólo la Contingencia Profesional (AT/EP) y sobre ella filtrando los documentos Excel por criterios personalizados de Tipo de episodio y tratamiento, descartando todo lo que los médicos asistenciales de mutua han definido como no laboral. Posteriormente se controlan por un lado los Accidentes Laborales y por otro las Enfermedades Profesionales, cuantificando los que son con baja laboral y los que son sin ella; para estimar la duración de las bajas, se calcula el tiempo total en días de Incapacidad Temporal y el promedio de días de duración de esa incapacidad entre todos los procesos. Se valora el tipo de lesión y la descripción diagnóstica, así como la parte lesionada, nombre de la empresa, descripción del accidente, régimen de la Seguridad Social en conjunto. En las dudas surgidas, se ha accedido a la Historia Clínica de los trabajadores de la población muestral para determinar si correspondía realmente el diagnóstico (nunca la Contingencia) con las lesiones sufridas. Por último se han contrastado las Resoluciones Administrativas médico legales del EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) del INSS tras la valoración previa por la UMEVI (Unidad Médica de Valoración de Incapacidades).

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS BÁSICO GENERAL DE LOS DATOS:

Esos casos han sido validados con los criterios de inclusión y tras la depuración de las tablas Excel de explotación de la base de datos de la aplicación sanitaria de Ibermutuamur, habiéndose depurado y filtrado 44.827 casos abiertos con los diagnósticos de las codificaciones descritas y seleccionadas de la CIE 9-MC para la Comunidad Autónoma de Castilla y León (2008-2014).

El número de casos totales registrados como Contingencia Profesional (CP) y finalmente considerados como tal por los facultativos de mutua y luego validados (incluidos ó descartados) siguiendo los criterios de exclusión e inclusión descritos en el apartado de Material y Métodos, asciende a 419 casos totales, de los cuales 358 son Accidentes de Trabajo y 61 han sido considerados Enfermedad Profesional.

6.2 ANÁLISIS DETALLADO DE LOS CASOS, ENFERMEDADES Y LESIONES:

Tipo de codificación: **ENFERMEDADES Y LESIONES:**

GRUPO DIAGNÓSTICO. CIE 9-MC	Casos Registrados y validados CP.
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0
Neoplasias (Tumores)	2
Enfermedades endocrinas, nutrición y metabolismo, trastornos asociados	7
Trastornos mentales	11 (2 EP)
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	0
Enfermedades del aparato respiratorio	56 (12 EP)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	264 (44 EP)
Síntomas, signos y estados mal definidos	4
Lesiones y envenenamientos	75 (3 EP)
Total	419 (61 EP)

Tabla I: Resumen de Casos registrados en los grupos de Diagnóstico Tipo I, Enfermedades y Lesiones.

En la **Tabla II** se sintetizan los resultados claves del estudio realizado. Se reseñan los Grupos Diagnósticos de Enfermedades y Lesiones CIE 9-MC.

GRUPO DIAGNÓSTICO	Nº ACCIDENTES DE TRABAJO (AT)	Nº ENFERMEDADES PROFESIONALES (EP)	CASOS TOTALES (AT+EP)	CASOS BAJA (AT/EP)	SECUELAS
GD 1	-	-	-	-	-
GD 2	2	0	2	2 (AT)	-
GD 3	7	0	7	7 (AT)	-
GD 5	9	2	11	-	-
GD 6	-	-	-	-	-
GD 8	44	12	56	10 (EP) 12 (AT)	6 IPT (EP)
GD 12	220	44	264	24 (EP) 54 (AT)	2 IPT (EP)
GD 16	4	0	4	-	-
GD 17	72	3	75	10 (AT)	-
TOTALES MUESTRA	358 (85% del total)	61 (15% del total)	419	34 (EP) 85 (AT)	8 IPT (EP)

Tabla II. Resultados Muestra/Síntesis Enfermedades y Lesiones.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 1: ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS:
 - ✓ Subgrupo Diagnóstico (SD) 115: Otras Enfermedades Infecciosas y parasitarias: *0 Casos registrados.*
 - ✓ SD 116: Efectos tardíos de las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias: *0 casos registrados.*

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 2: NEOPLASIAS (TUMORES).
 - ✓ SD 207: Tumor maligno de tejidos linfáticos y órganos hematopoyéticos: 4 casos codificados como CP (los 4 de micosis fungoide, mal registrados en este Subgrupo diagnóstico) y tras revisión de las historias clínicas se consideraron como Contingencia común, por lo tanto a efectos de este estudio se consideran *0 casos registrados como CP.*
 - ✓ SD 208: Tumores benignos: *4 casos registrados*, pero se valoran 2 exclusivamente como laborales AT con el diagnóstico de “Lipoma” y los 2 causaron IT de 6 y 20 días, rechazándose otros 2 como CP.
 - ✓ SD 211: Tumores de naturaleza no especificada: *0 casos.*

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 3: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIÓN Y METABOLISMO Y TRASTORNOS ASOCIADOS:
 - ✓ SD 301. Enfermedades de la Glándula tiroides: *0 casos registrados.*
 - ✓ SD 302. Enfermedades de otras glándulas endocrinas: *6 casos registrados* (2 de esos casos rechazados con diagnóstico de Gota). Los 4 casos CP (AT) registrados fueron dos en 2008 que no causaron baja laboral con el diagnóstico de “No especificado” y otros 2 en 2014 que sí causaron IT, uno con 18 días de IT con el diagnóstico de “osteomalacia no especificada”

y el otro tras 3 días en IT con el diagnóstico de “Gota” fue emitida alta médica por “inspección mutua” al rechazarse el caso asumiendo esos días.

- ✓ SD 303. Deficiencias en la Nutrición: Existe curiosamente *un caso* aceptado como laboral AT con un diagnóstico de “Osteomalacia no especificada” y que estuvo en IT 19 días el año 2014.
- ✓ SD 304. Otras enfermedades metabólicas y trastornos de la inmunidad: de los 18 casos que acudieron a valoración médica como CP, sólo se aceptaron 2 como AT siendo rechazados los otros 16. Los 2 casos registrados como AT causaron baja laboral durante 3 y 8 días y el diagnóstico fue de “Gota”.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 5: TRASTORNOS MENTALES:

- ✓ SD 501: Psicosis orgánicas: *11 casos registrados en total* sin causar baja laboral en ninguno de ellos (más un caso excluido por error diagnóstico, Síndrome de Ansiedad). De ellos 2 casos de compañeros de trabajo en construcción codificados como EP en 2008 con diagnóstico de “Intoxicación patológica por Droga” por inhalación de producto volátil de resina de poliéster.

Otros 9 casos más en 2008 como AT (todos diagnosticados de “Intoxicación patológica por Droga”) de los cuales 8 corresponden a 2 grupos de 4 trabajadores (auxiliares de clínica y enfermeros/as) que en 2 ocasiones distintas han sufrido la inhalación de óxido de etileno por una fuga mientras trabajaban en quirófano. Y el noveno caso de AT de 2008 es con el mismo diagnóstico que los anteriores por inhalación de un disolvente volátil con contenido en acetonitrilo por parte de un trabajador pintor de la construcción.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 6: ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:

- ✓ SD 603: Otras enfermedades del Sistema nervioso: *0 casos*.
- ✓ SD 604: Trastornos del Sistema Nervioso Periférico: *0 casos registrados* (descartados 54 AT por los mecanismos lesionales que son traumáticos (traumáticos sin definir, otro tipo de heridas ó lesiones superficiales, otro tipo de dislocaciones ó esguinces y torceduras..., por tanto mal codificadas) y no intoxicaciones. También rechazadas 119 Enfermedades Profesionales (todas ellas con Diagnóstico de Síndrome de Túnel Carpiano del grupo 2 del cuadro de Enfermedades Profesionales, las causadas por agentes físicos), otras EP se descartaron por el tipo de lesión descrita.
- ✓ SD 609: Dolor: *0 casos*.
- ✓ SD 610: Otros síndromes de Cefalalgia: *0 casos registrados*.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 8: ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO:

- ✓ SD 801: Infecciones respiratorias Agudas: 22 casos registrados como CP, de los cuales finalmente lo fueron como tal contingencia *10 casos* y solamente causó baja laboral uno de ellos. De esos 10 casos, se descartan 2 por error en la codificación diagnóstica (uno, el que causó baja laboral, fue un traumatismo en el pie aunque figuraba diagnosticado como Infección Aguda de Vías respiratorias superiores; el otro caso descartado fue una contusión torácica y sin embargo el diagnóstico que figuraba era epiglotitis aguda).

En los otros 8 casos que no causaron baja (todos en 2008), 7 fueron diagnosticados de “Faringitis aguda” por inhalación de distintas sustancias como cloro, amoníaco, carbonato de hierro, pintura y disolventes, productos derivados de madera. Y el último caso de 2008 fue un caso de inhalación de tóxicos desconocidos de un depósito que estaba cortando con una radial un fontanero y el diagnóstico fue de “Traqueítis aguda”.

- ✓ SD 802: Otras Enfermedades de Vías respiratorias Altas: *7 casos registrados* (ya descontado uno calificado como no laboral a pesar de haberse iniciado como CP): Uno de ellos Enfermedad Profesional con diagnóstico de “Nódulo de cuerda vocal” con una duración de la Incapacidad Temporal de 310 días, en una Profesora de Educación Secundaria, sin secuelas.

El resto son 6 AT de los que 3 están mal codificados como “Tabique nasal desviado” y la causa ha sido traumática; los otros 3 son AT producto de intoxicaciones con polvo de madera y sustancias químicas inespecíficas uno de ellos (diagnosticado de “rinitis alérgica”, sin causar baja laboral) y los otros 2 conceptuadas como “reacción de hipersensibilidad del tracto respiratorio superior localización no especificada” (uno intoxicación por cloro que dio lugar a una incapacidad laboral de 7 días y el otro fue la intoxicación con salmuera a alta concentración y no causó baja laboral).

- ✓ SD 804: Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas y Enfermedades asociadas: *14 casos registrados* (ya descontados 3 que finalmente no fueron conceptuados como CP): 5 casos de Asma Extrínseca (4 con secuelas severas de Incapacidad Permanente Total y el otro caso incapacidad temporal durante dos días), 1 de Asma (finalizó con secuela de Incapacidad Permanente Total).

Además 3 casos de Asma Extrínseca sin estado asmático (sólo uno precisó una incapacidad temporal de 11 días de duración), 2 casos de Asma no especificada (uno de ellos con 80 días de incapacidad temporal), otro caso de Neumonitis de ventilación, sin causar baja laboral. Los 2 últimos casos hasta completar los 14 por este motivo fueron recaídas sin causar baja laboral. Todos ellos del Régimen general y causaron todos Incapacidad Temporal, máximo 507 días y uno mínimo de 2 días. (Tabla III y Fig. 1).

Secuelas Trascendentes en **cinco casos, TODOS Enfermedad Profesional: INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL, como Resolución del INSS** (Fig. 2).

SD 804. Aparato respiratorio.	Nº de casos CP	Incapacidad Permanente Total
Asma extrínseca (EP)	5	4
Asma (EP)	1	1
Asma extrínseca sin estado asmático (EP)	3	0
Asma no especificado. (AT)	2	0
Neumonitis de Ventilación. (AT)	1	0
Recaídas (AT)	2	0
TOTAL	14	5

Tabla III: SD 804, Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas y Enfermedades asociadas.

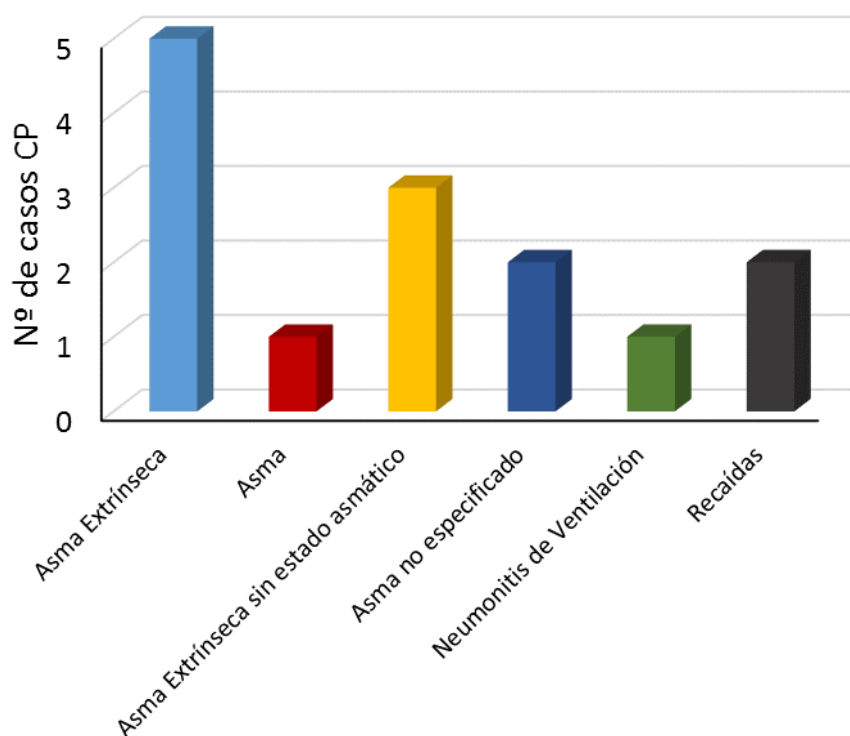


Figura 1.- Casos registrados en el Grupo Diagnóstico 8: Enfermedades del aparato respiratorio, SD 804 Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas y Enfermedades asociadas.

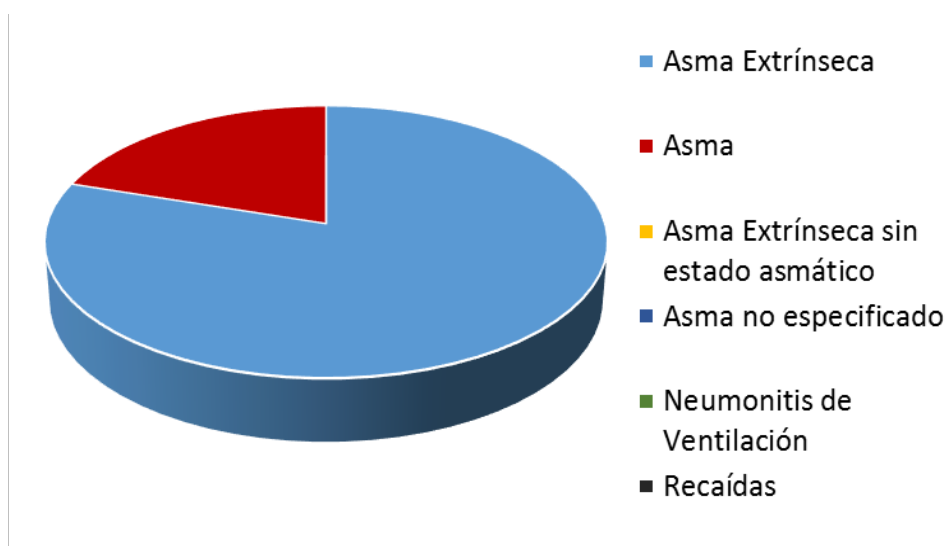


Figura 2.- Incapacidad Permanente Total en el Grupo Diagnóstico 8: Enfermedades del aparato respiratorio, SD 804 Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas y Enfermedades asociadas.

- ✓ SD 805: Neumoconiosis y otras Enfermedades Pulmonares por Agentes externos: *14 casos registrados (13 como AT y 1 como EP)*: 8 no causaron baja laboral y los 6 restantes sí tuvieron distintos periodos de IT, uno de ellos acabó en **Incapacidad Permanente Total**, el caso con diagnóstico de **Asbestosis** (es el único caso codificado como Enfermedad Profesional). Hay otro caso más con diagnóstico de Otras Enfermedades por humos/vapores NCOC ⁽¹⁶⁾ (3 días en IT); 2 casos por enfermedades respiratorias por humo/vapores químicos (Policía local y en un peón agrario, régimen Especial Agrario) y 2 casos por inhalación de otro tipo de polvo (intoxicación química en ambos casos en personal de limpieza).

De los 8 casos que no causaron baja laboral, 4 fueron consecuencia de una intoxicación de los administrativos que trabajaban en una oficina por inhalación de gases de pintura y disolventes del sótano que estaban pintando. Los otros 4 casos sin baja, 2 fueron por inhalación de humo: 2 policías locales al intentar “apagar” a una persona que estaba sufriendo quemaduras. De los otros 2, uno por una fuga de ácido acético en una fábrica de envasado de leche y el otro por inhalación de compuestos sulfurados en un operario agrícola que fumigaba viñedos.

- ✓ SD 806: Otras Enfermedades del Aparato Respiratorio: *13 casos registrados (12 AT y 1 EP)*: 11 casos en 2008 de la misma empresa de amoníaco, sin causar baja laboral ninguno de ellos, otro caso en 2009 de intoxicación aguda no clasificada con 2 días de Incapacidad Temporal en un soldador por inhalación de humos de soldadura con hilo de cobre.

¹⁶ NCOC: No codificadas con otro concepto: CIE.9 MC

Y un último caso de Enfermedad Profesional de un pintor que estuvo 29 días de IT por intoxicación “crónica” con gases de disolvente, diagnosticado de neumopatía no clasificada y otras enfermedades del aparato respiratorio.

- GRUPO DIAGNÓSTICO 12: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO:

- ✓ SD 1201: Infecciones de la piel y Tejido Celular subcutáneo: 89 *casos registrados y aceptados como CP todos ellos considerados Accidentes de Trabajo (AT)* (descartados otros 16 más como no laborales). (Ver Tabla IV y Fig. 3).

De los 36 que causaron baja laboral: 13 fueron diagnosticados de “Panadizos”, 5 de “Infecciones locales no especificadas”, 6 de “otras celulitis y abscesos”. Esos 24 casos de Panadizos, otras celulitis e Infecciones en manos, lo fueron en trabajadores de Ganadería y de mataderos. Los otros 12 casos que originaron IT, fueron diagnosticados como diversos tipos de Celulitis y abscesos según su localización anatómica.

La duración media de estos 36 casos que originaron baja laboral fue 18 días habiéndose comprobado una duración mínima de 3 días y una duración máxima de 85 días. Todos ellos cursaron sin secuelas.

Por otro lado hubo 53 casos que No causaron Baja Laboral, siendo los diagnósticos:

- 20 casos: Panadizos.
- 7 casos: Celulitis y absceso de los dedos de la mano.
- 4 casos: Celulitis y absceso de la mano.
- 22 casos: una miscelánea de diagnósticos como: Otras celulitis y abscesos, Infección local no especificada de piel y tejido celular subcutáneo y otros abscesos sin especificar.

SD 1201	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
AT CON INCAPACIDAD TEMPORAL	3	9	12	4	5	0	3	36
AT SIN BAJA LABORAL	36	7	2	1	2	2	3	53
SECUELAS	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	39	16	14	5	7	2	6	89

Tabla IV: SD 1201: Infecciones de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

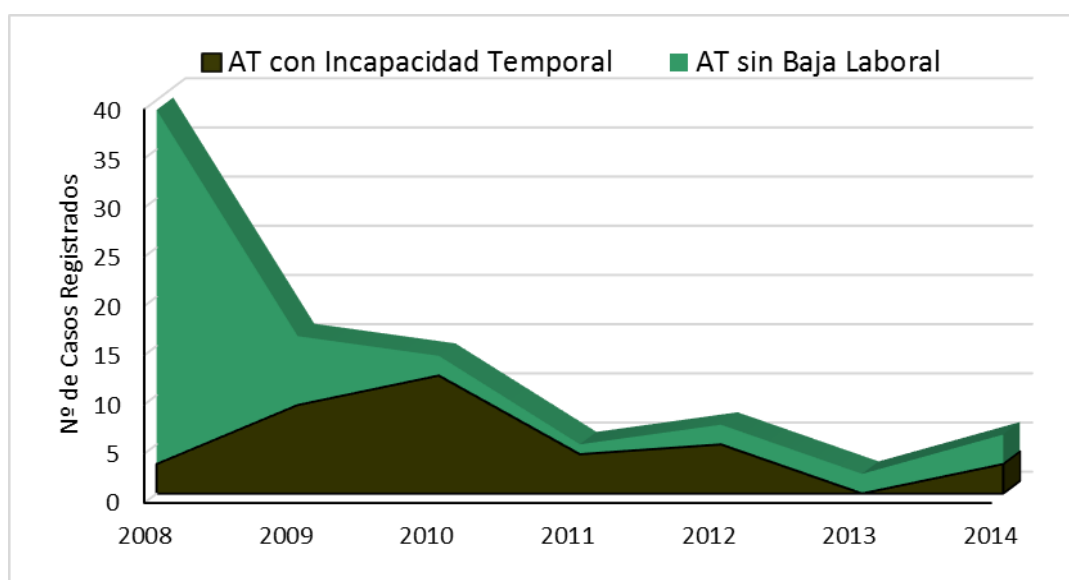


Figura 3: SD 1201: Infecciones de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

- ✓ SD 1202: Otras Enfermedades Inflamatorias de la piel y Tejido Celular subcutáneo: 99 casos registrados y validados como CP (44 EP y 55 AT). (Ver Tabla V y Fig. 4). Como vemos de las 44 Enfermedades Profesionales: 24 cursan con IT con un Promedio de 76 días, siendo lo mínimo 3 días y la duración máxima de 394 días de IT. Dentro de esas 24, existen 7 casos del Régimen Especial de la Minería del Carbón, siendo los demás casos del Régimen General (por defecto siempre se considerará el Régimen General).

A destacar 2 casos que finalizaron con severa secuela de Incapacidad Permanente Total para la Profesión habitual: uno en un albañil con diagnóstico de Dermatitis de Contacto y otros eczemas por alergia al Cromo presente en el cemento y otros materiales de construcción (causó Incapacidad tras 394 días en IT). El otro caso con secuela fue de un operario de maquinaria industrial con el mismo diagnóstico, pero originada la enfermedad profesional por las sustancias abrasivas utilizadas en la industria de manufactura.

En estas 24 Enfermedades Profesionales que cursan con IT el diagnóstico más prevalente es el de Dermatitis por contacto y otros eczemas (16 casos), seguido de 4 casos de Dermatitis Atópica y Estados relacionados, 2 casos de Dermatitis por otros productos químicos, uno por Dermatitis por aceite/grasa y uno con el diagnóstico de Dermatitis de causa no especificada.

Los otros 20 casos de Enfermedad Profesional que no causan baja laboral tienen aproximadamente el mismo porcentaje en cuanto a los diagnósticos que sí han causado baja: 10 Dermatitis de contacto y otros eczemas, 3 casos de Dermatitis atópica y estados relacionados, 3 Dermatitis de causa no especificada, 2 Dermatitis por otros productos químicos y dos Dermatitis por aceite/grasa.

Por otro lado dentro de este SD, existen 55 Accidentes de Trabajo codificados y aceptados como CP:

13 de ellos causaron baja laboral con una duración de la misma de 20 días (rango entre tres y cincuenta y dos días), siendo 10 de ellos por Dermatitis por contacto y otros eczemas, 2 casos por Dermatitis por otros productos químicos y uno por Dermatitis por fármacos y medicinas (el caso que tuvo la IT de 52 días de duración).

Hubo otros 42 casos de AT que no causaron baja laboral, la mayoría registrados en 2008 (38), siendo los diagnósticos muy similares a los descritos anteriormente en enfermedades profesionales y en similares proporciones. Acaso mencionar 3 casos de Dermatitis por disolvente, otros 2 casos de Dermatitis eritematoescamosa como diferentes.

SD 1202	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
AT con Incapacidad Temporal	3	1	3	4	1	0	1	13
AT sin Baja Laboral	38	0	2	0	1	0	1	42
TOTAL AT	41	1	5	4	2	0	2	55
EP con baja Laboral	4	6	2	4	3	1	4	24
EP sin Baja Laboral	10	7	3	0	0	0	0	20
TOTAL EP	14	13	5	4	3	1	4	44
TOTAL AT + EP	55	14	10	8	5	1	6	99
SECUELAS	1 IPT (EP)	--	1 IPT (EP)	--	--	--	--	2

Tabla V: SD 1202: Otras Enfermedades Inflamatorias de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

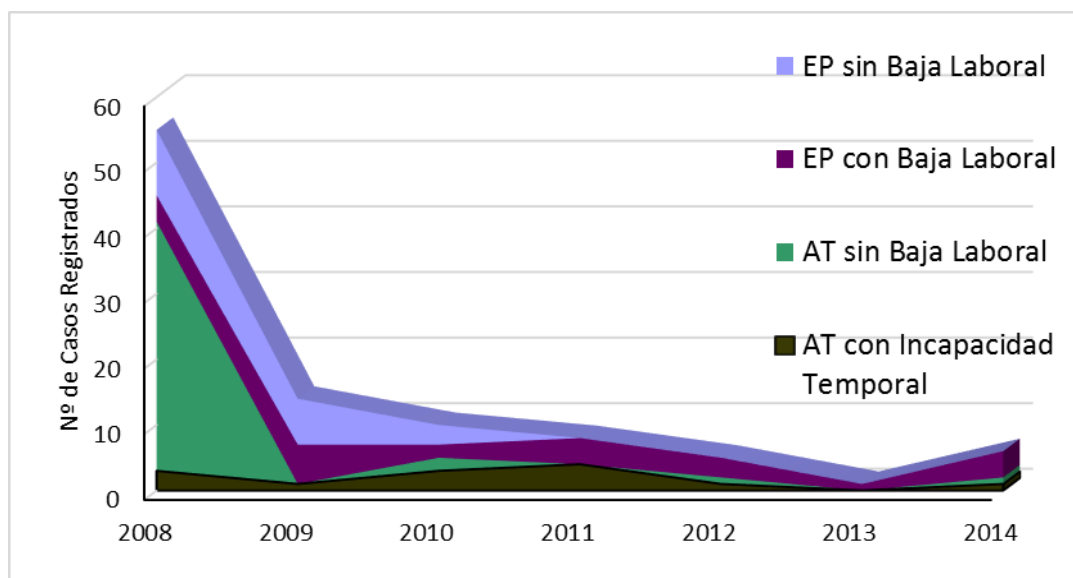


Figura 4: SD 1202: Otras Enfermedades Inflamatorias de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

- ✓ SD 1203: Otras Enfermedades de la piel y Tejido Celular subcutáneo: 76 casos registrados y aceptados como laborales, todos ellos considerados como Accidentes de Trabajo (otros 82 más rechazados como CP) (Ver Tabla VI y Fig. 5).

Cinco de esos 76 casos cursaron con Incapacidad temporal con un promedio de 88 días de duración de la baja (rango entre 11 y 200 días). Los diagnósticos fueron en 2 casos Urticaria alérgica, 2 casos de urticaria no especificada y un caso de granuloma de cuerpo extraño de la piel y tejido celular subcutáneo.

Los otros 71 casos no causaron baja laboral: siendo la distribución anual como se indica en la Tabla VI y los diagnósticos agrupados de 16 casos Urticaria alérgica, 10 urticaria, 6 urticaria no especificada, 6 queratitis actínica, 5 otras dermatitis y los otros 28 casos una miscelánea de diagnósticos como uña encarnada, enfermedades no especificadas de la piel, fibrosis cicatricial, cicatriz queloidea, etc.

SD 1203	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
AT CON INCAPACIDAD TEMPORAL	5	0	0	0	0	0	0	5
AT SIN BAJA LABORAL	13	11	10	7	5	8	17	71
SECUELAS	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	18	11	10	7	5	8	17	76

Tabla VI: SD 1203: Otras Enfermedades de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

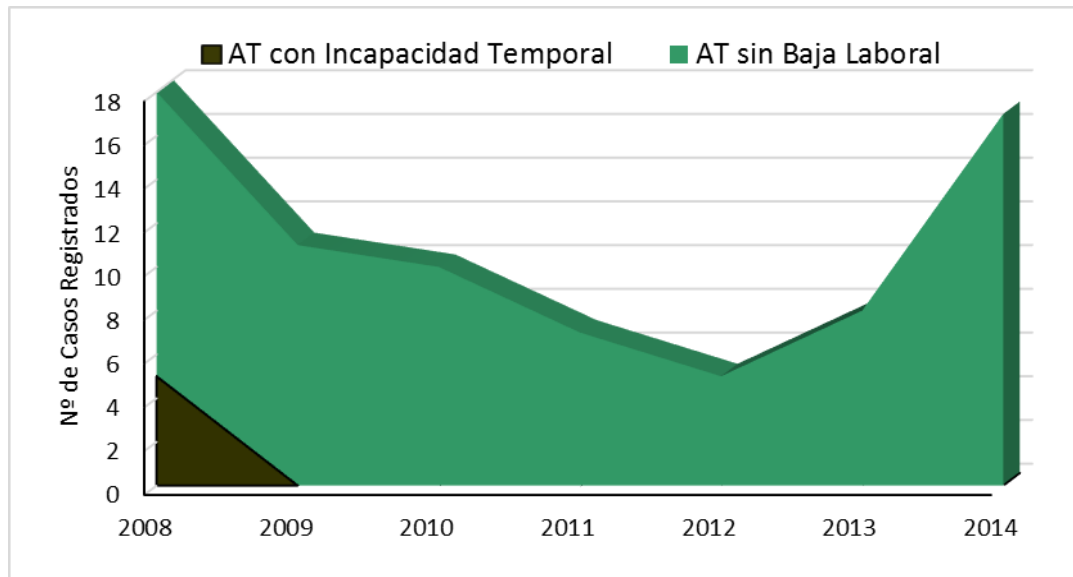


Figura 5: SD 1203: Otras Enfermedades de la piel y Tejido Celular subcutáneo.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD)16: SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS:
 - ✓ SD 1601: Síntomas: *128 casos como CP*, 4 de ellos EP y 124 AT. Todos descartados porque las Enfermedades Profesionales no guardan relación con ningún tipo de intoxicación y todos los accidentes de trabajo tienen como base un mecanismo traumático (esguinces, torceduras, contusiones, accidentes de tráfico, dolor inespecífico, etc.).
 - ✓ SD 1602: Hallazgos anormales no específicos: *0 casos*.
 - ✓ SD 1603: Causas mal definidas de Morbilidad y Mortalidad: *4 casos*. Los cuatro definidos como AT, dos de ellos no causan baja laboral (contacto de dos conductores de ambulancias con enfermos de tuberculosis, posible toxicidad biológica por tanto) y dos causaron baja laboral de 11 y 16 días con el diagnóstico de “Otras causas desconocidas de morbilidad/mortandad.

- ✓ SD 1604: Otros: *0 casos incluidos*. Se han descartado los 244 casos al ser todos con Parte sin diagnóstico, cirugía, partes con diagnóstico en estudio, Diagnóstico Ilegible y No se detecta patología.

- GRUPO DIAGNÓSTICO (GD) 17: LESIONES Y ENVENENAMIENTOS:
 - ✓ SD 1713: Efectos tardíos de lesiones y envenenamientos: *31 casos registrados y valorados como CP*: En ninguno de ellos existe evidencia de ningún elemento potencialmente tóxico, por lo que se descartan todos por error diagnóstico.
 - ✓ SD 1718: Quemaduras (Térmicas, Escaldaduras, congelación calor, etc.): *0 casos registrados*.
 - ✓ SD 1721: Envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas: *2 casos detectados*: 1 por envenenamiento con sangre en un Policía Local que en la atención a un accidentado le entró sangre en la cavidad oral y 1 caso de una intoxicación por envenenamiento con bromo. Ninguno de los dos casos causó baja laboral. Accidentes de trabajo en ambos casos.
 - ✓ SD 1722: Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas: *35 casos registrados, todos considerados como AT*: Sólo causaron baja laboral en tres casos con una duración promedio de 8 días (2, 5 y 17 días cada caso) y en todos el diagnóstico fue de “Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores no especificados”. El resto, es decir 32 casos, no causaron baja laboral. (Ver Tabla VII y Fig. 6).

Veintitrés (incluidos los tres que causaron baja laboral) fueron diagnosticados de “efectos tóxicos de otros gases, humos y vapores tóxicos no especificados”. 7 casos de “efecto tóxico del monóxido de Carbono”. Otros 2 casos por toxicidad de aromáticos corrosivos, 2 más por toxicidad de jabones y detergentes y uno más por efecto tóxico de ácidos. Son todos los casos Accidentes de trabajo. (Uno caso en Régimen Especial agrario y otro en la minería del carbón de los casos de monóxido de carbono que no causaron baja laboral).

SD 1722	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
AT CON INCAPACIDAD TEMPORAL	9	1	0	0	0	0	0	10
AT SIN BAJA LABORAL	18	0	4	0	1	0	2	25
SECUELAS	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	27	1	4	0	1	0	2	35

Tabla VII: SD 1722: Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas.

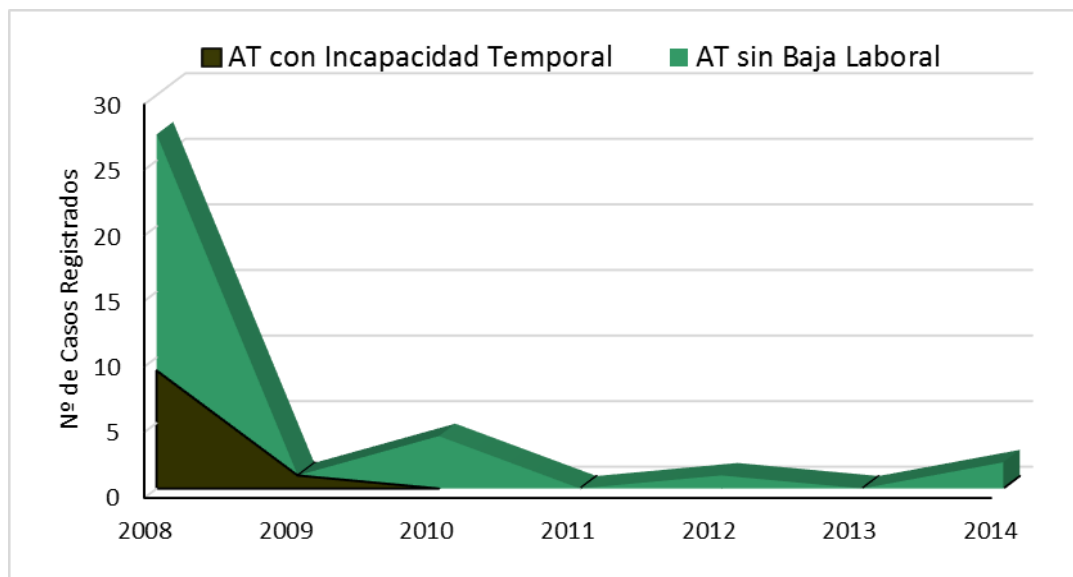


Figura 6: SD 1722: Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas.

- ✓ SD 1723: Otros efectos y los no especificados de sustancias externas: *38 casos detectados*. Todos los casos son con el Diagnóstico de Alergia sin especificar, 35 como Accidente de Trabajo y 3 como Enfermedad Profesional. En ningún caso causaron incapacidad Temporal y tampoco hubo secuelas.

6.3 ANÁLISIS DETALLADO DE LOS CASOS, CÓDIGOS M.

Tipo de Codificación: **CÓDIGOS M**: Neoplasias NO ESPECIFICADAS DE OTRA MANERA (NEOM), linfomas, leucemias, etc., etc. (desde el Código 76 hasta el Código 126 incluidos): *0 casos registrados*.

6.4 ANÁLISIS DETALLADO DE LOS CASOS, CÓDIGOS E.

Tipo de Codificación: **CÓDIGOS E**: Causas externas de lesiones e intoxicaciones: Clasificación Suplementaria cuya misión es facilitar datos para investigar las causas de lesiones y con ello planificar estrategias de investigación y prevención de posibles accidentes e investigaciones: *Total 0 casos registrados*.

E-51: Accidentes ferroviarios: 0 casos.

E-52: Accidentes de tráfico de vehículos motorizados: 0 casos.

E-53: Accidentes no de tráfico de vehículos motorizados: 0 casos.

E-54: Otros accidentes de vehículos de carretera: 0 casos.

E-55: Accidentes de medios de transporte acuáticos: 0 casos.

E-56: Accidentes de transporte aéreo y espacial: 0 casos.

E-57: Accidentes de vehículos no clasificados bajo otro concepto: 0 casos.

E-58: Lugar de acontecimiento: sin mención.

E-59: Intoxicación accidental por drogas y fármacos y otras sustancias: 0 casos.

E-60: Envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas: 0 casos.

E-61: Accidentes de pacientes durante cuidados quirúrgicos: 0 casos.

E-62: Técnicas quirúrgicas y médicas como causa de reacción adversa: 0 casos.

E-63: Caídas accidentales: 0 casos.

E-64: Accidentes causados por fuego y llamas: 0 casos.

E-65: Accidentes por factores naturales y ambientales: 0 casos.

E-66: Accidentes causados por submersión, asfixia y cuerpos extraños: 0 casos.

E-67: Otros accidentes: 0 casos.

E-68: Efectos tardíos de lesión accidental: 0 casos.

E-69: Fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas que causan lesión: 0 casos.

E-70: Suicidio y lesiones autoinfligidas: 0 casos.

E-71: Homicidio y lesiones infligidas de forma intencionada por terceros: 0 casos.

E-72: Intervención legal: 0 casos.

E-73: Terrorismo: 0 casos.

E-74: Lesión sin determinarse si fue infligida de forma accidental o voluntaria: 0 casos.

E-75: Lesión como resultado de operaciones de guerra: 0 casos.

6.5 DATOS CUANTITATIVOS GENERALES Y SEGÚN DIVERSAS VARIABLES.

- Valoración cuantitativa del número de casos totales anuales, Tabla VIII. Se evidencia una notable minoración del número total de casos desde el Año 2008 hasta el 2013, iniciando una recuperación en el Año 2014, siendo la mayoría de los casos AT, con una incidencia menor del número de EP.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Nº AT	193	37	37	21	24	12	34	358
Nº EP	17	16	7	9	4	3	5	61
Nº TOTAL	210	53	44	30	28	15	39	419

Tabla VIII: Distribución anual de los casos de Intoxicaciones Laborales diferenciando AT y EP.

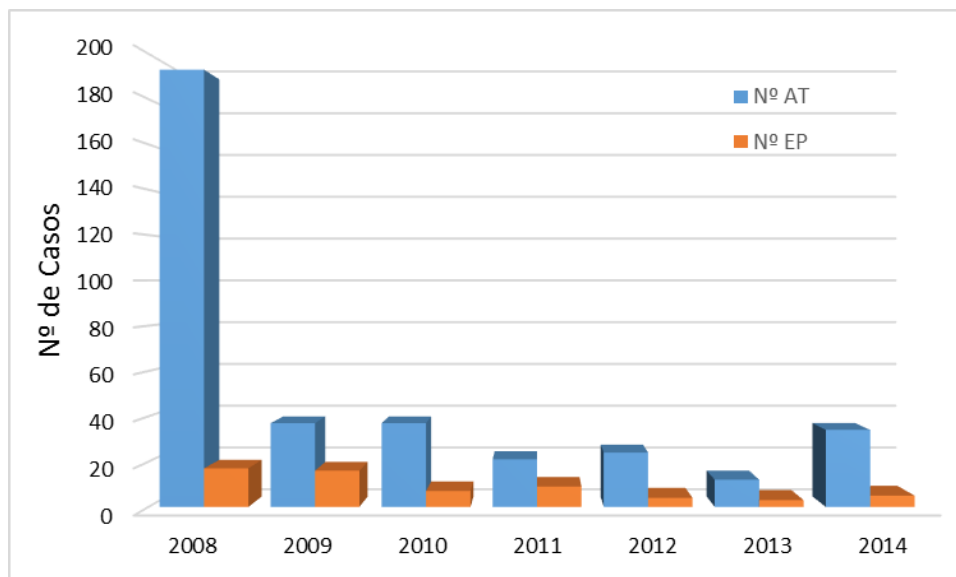


Figura 7: Distribución anual de los casos de Intoxicaciones Laborales diferenciando AT y EP.

- Valoración en grupos etarios, habiendo seleccionado tres grandes grupos de edad: de 30 o menos años, entre 31 y 50 años y mayores de 51 años. La distribución que se objetiva por años es la que se recoge en la Tabla IX. Se objetiva una minoración de los tres grupos de edad desde el año 2008, obvio al haber disminuido drásticamente el número de AT y EP.

EDAD/AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTALES
< 31 años	74	21	7	6	2	3	-	113
31-50 años	30	11	6	14	15	6	18	100
> 50 años	106	21	31	10	11	6	21	206
TOTALES	210	53	44	30	28	15	39	419

Tabla IX: Distribución de los casos de AT y EP a lo largo de los años en función de grupos de edad.

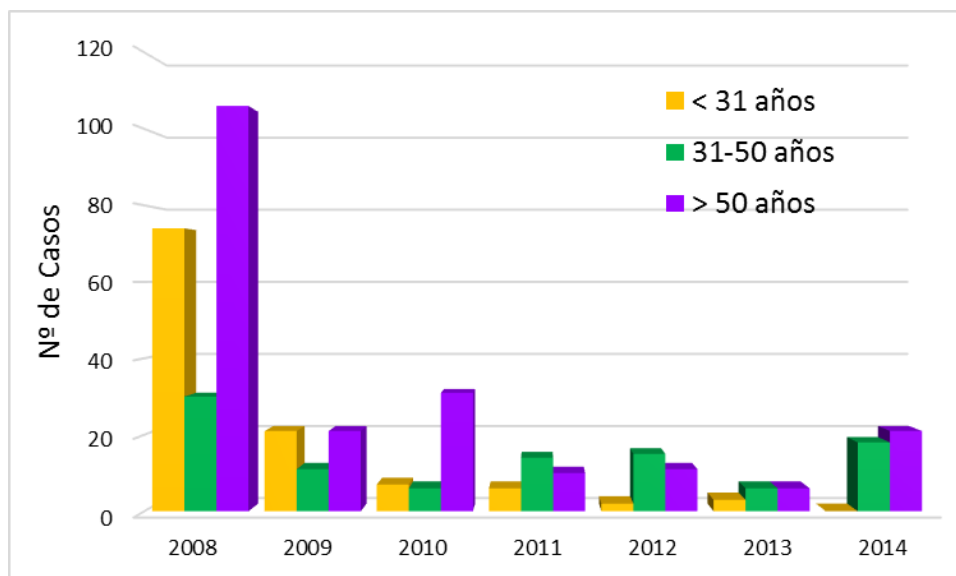


Figura 8: Distribución de los casos a lo largo de los años en función de grupos de edad.

- Casos descritos según el sexo del trabajador que sufre la intoxicación laboral (ver Tabla X). Como se puede observar, se produjeron, en los años estudiados, muchos más casos de intoxicaciones laborales en hombres que en mujeres (2.5 veces más). Las diferencias son más evidentes en los años donde se registraron un mayor número de casos (2008 y 2009, por ese orden).

SEXO/AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTALES
HOMBRES	167	39	26	20	15	14	21	302
MUJERES	43	14	18	10	13	1	18	117
TOTALES	210	53	44	30	28	15	39	419

Tabla X: Distribución de los casos a lo largo de los años en función del sexo de los trabajadores que sufren intoxicaciones laborales.

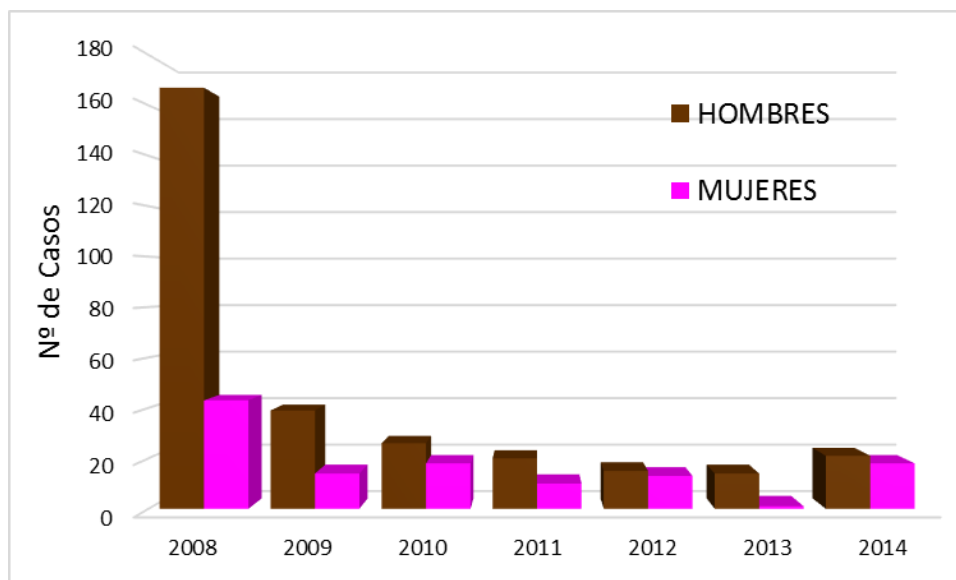


Figura 9: Distribución de los casos a lo largo de los años en función del sexo de los trabajadores que sufren intoxicaciones laborales.

- Tipo de contrato de los lesionados, distinguiendo entre Contrato Indefinido y Otros tipos de contrato (Ver Tabla XI). En cuanto a los accidentes de trabajo, se registraron un mayor número de casos (1.2 veces) en el grupo de “otros tipos de contratos” respecto al grupo de “contratos indefinidos. Sin embargo, para las enfermedades profesionales, la relación fue inversa: se registraron muchos más casos (4.5 veces) en el grupo de “contrato indefinido” que en el de “otros tipos de contratos”. En lo que se refiere a la distribución de los casos por años, se observa una distribución heterogénea de los casos de accidente de trabajo en función del tipo de contrato. No ocurre lo mismo en el caso de las enfermedades profesionales, pues el número de casos fue siempre mayor (en los 7 años estudiados) cuando el contrato era indefinido.

TIPO CONTRATO/AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
CONTRATO INDEFINIDO (AT)	76	13	21	15	19	6	15	165
OTROS TIPOS DE CONTRATOS (AT)	117	24	16	6	5	6	19	193
CONTRATO INDEFINIDO (EP)	14	11	7	7	3	3	5	50
OTROS TIPOS DE CONTRATOS (EP)	3	3	-	2	1	-	2	11
TOTALES	210	53	44	30	28	15	39	419

Tabla XI: Distribución de los casos a lo largo de los años en función de la tipología de contratos.

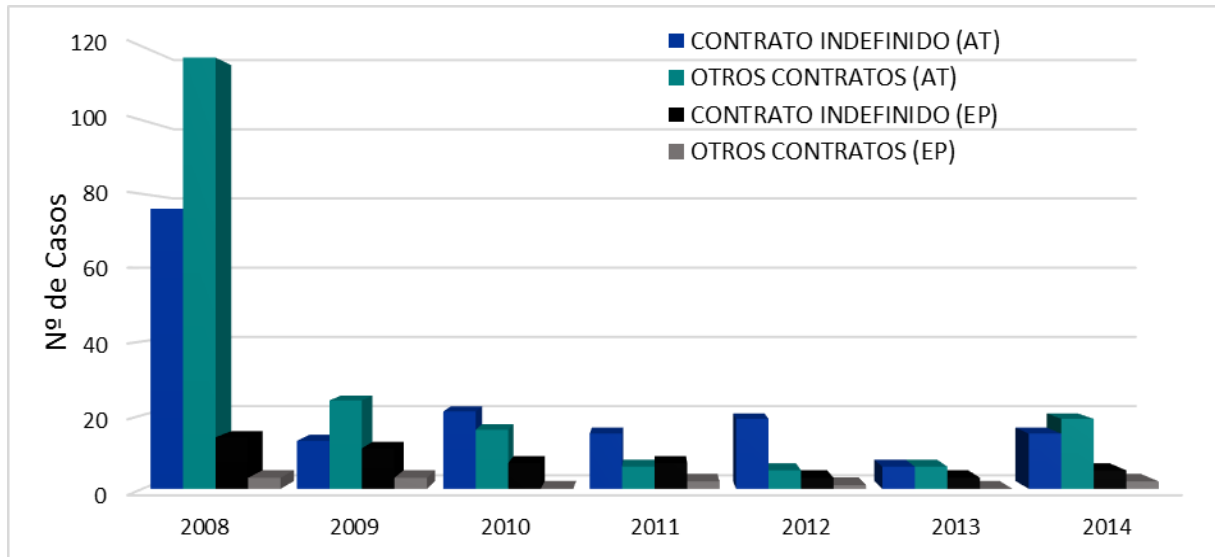


Figura 10: Distribución de los casos a lo largo de los años en función de la tipología de contratos.

7. DISCUSIÓN

El propio diseño de la metodología de recogida de información origina limitaciones, por lo que una propuesta de acción sanitaria sería la formación adecuada de todos los profesionales médicos de la mutua en la Clasificación clínica y registro clínico más ajustado, que permitiera una mayor certeza en la ya de por sí difícil codificación diagnóstica de estos procesos descritos de Intoxicaciones Laborales. Se han detectado claros errores de diagnóstico, flagrantes errores que pueden corresponder con errores en el volcado y copiado de datos informáticos en las copias de seguridad y su almacenado virtual en la “nube informática”. Esa formación debería ser eminentemente práctica, viendo realmente la trascendencia metodológica de la adecuada recogida de los registros y codificaciones.

Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011, en torno al 23% (22.9%) de los Trabajadores se consideran expuestos en su puesto de trabajo a contaminantes químicos por manipulación y/o inhalación de humos, aerosoles,...etc. con una ligera disminución respecto a los datos publicados en la anterior encuesta (la VI ENCT de datos de 2007 publicadas por el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el trabajo). Son múltiples y diversos, por tanto, los elementos y compuestos químicos que pueden originar intoxicaciones en el ámbito laboral.

Dichas intoxicaciones son más fáciles de valorar en los casos de lesiones agudas y más complejo en los casos de media y larga evolución en el tiempo de exposición.

En la página web del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, se publican los datos de afiliación a la Seguridad Social, siendo en todos los regímenes de cotización en la Comunidad Autónoma de Castilla y León: 908.355 y 872.594 trabajadores en 2011 y 2012 respectivamente; datos que hecha la media arroja un resultado de 890.474 trabajadores/año y dando por bueno ese dato de media en los últimos siete años (periodo objeto del estudio, de 2008-2014) se tendría afiliados acumulados la cantidad de 6.233.318 trabajadores en Castilla y León.

De la explotación de datos de la aplicación corporativa e-sanitario de Ibermutuamur, se obtiene el dato numérico de 95.022 episodios abiertos como Contingencia Profesional durante ese tiempo de 2008-2014. (Ver Tabla XII).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
PROCESOS APERTURADOS CP.	20.193	17.275	14.260	12.743	10.468	9.949	10.134	95.022

Tabla XII: Número de procesos iniciados en principio como CP en Castilla y León en Ibermutuamur.

Los datos de Gabinete Técnico de Secretaría General de Ibermutuamur respecto al Cierre de ejercicio de 2014 en Castilla y León, proporcionan el número de trabajadores cuyas empresas tienen la cobertura de las Contingencias Profesionales con Ibermutuamur: 100.714 Trabajadores en ese año 2014 y si se acumula extrapolando en siete años, admitiendo ese dato como media, arrojaría la suma de 704.998 trabajadores acumulados al periodo objeto de estudio. La cuota de mercado de Ibermutuamur en Castilla y León aproximada es del 12% (11.6%) incluyendo todos los Regímenes de Afiliación a la Seguridad Social.

Según datos del Informe de Siniestralidad de la Junta de Castilla y León, último disponible en su página web del 2012, en los años 2011 y 2012 se han registrado respectivamente 1010 y 759 casos de Enfermedades Profesionales (sumatorio total con y sin baja médica): aceptando la media, 885 casos y trasladados y acumulados al periodo de siete años objeto del estudio, nos reportarían 6.195 casos de Enfermedades Profesionales correspondientes al 100%. Por tanto el dato proporcional al 12% de cuota de mercado de Ibermutuamur serían 743 casos.

De esos 743 casos, sabemos que sólo el 15% correspondería a los 5 grupos de Enfermedades Profesionales que no incluyen los agentes físicos (representa este apartado 2 –agentes físicos– del cuadro de Enfermedades Profesionales el grueso de ellas, el 85%), por ello estadísticamente en el periodo estudiado, en Ibermutuamur deberían aparecer 112 EP dentro de esos cinco grupos. Los casos de EP (Enfermedades Profesionales) reales registrados en Ibermutuamur en estos cinco grupos en ese periodo de 7 años han sido tan sólo son 61 procesos, es decir el 54% de lo esperado.

De esas 61 EP, significativamente en el 56% de los casos se origina un periodo de Incapacidad Temporal. Entre ellos son de importancia los 8 casos que acaban en una Incapacidad Permanente Total tras una Incapacidad temporal con una duración promedio en torno a los 365 días. Por tanto, del total de los casos de EP que causan un periodo de Incapacidad Temporal casi el 24% (23.53%) originan una Incapacidad Permanente, cifra totalmente fuera de rango por lo elevada, motivado sin duda por lo escaso de la muestra válida en EP.

Por otro lado, tras el estudio pormenorizado de todos los listados obtenidos de la explotación de los datos de la aplicación corporativa, documentos Excel con 44.827 procesos que ha habido que depurar y filtrar obteniendo a veces unos diagnósticos dispares, y por diversos motivos se han debido excluir un gran número de procesos por una incorrecta codificación de la parte lesionada, tipo de lesión, partes sin diagnóstico, con diagnóstico en estudio, con diagnóstico sin patología detectada, etc.... lo que minora sin duda la muestra obtenida de un modo importante.

Se ha detectado una clara discrepancia, en diversas ocasiones, entre el diagnóstico codificado y las lesiones padecidas, lo que conlleva la exclusión de esos episodios. Cabe insistir en que en ningún caso se ha entrado a valorar la Contingencia ni el tratamiento dado al episodio respecto a la laboralidad o no del proceso por parte del profesional médico sanitario que atendió inicialmente el caso.

Por tanto, se logra en parte el objetivo respecto a la contribución y el conocimiento de las variables que condicionan el registro y definen el escenario en intoxicaciones laborales en trabajadores de Castilla y León en la mutua Ibermutuamur, y se corrobora la hipótesis de, fundamentalmente, un defecto importante en el registro sanitario de los parámetros incluidos en la CIE-9 MC de la propia aplicación corporativa sanitaria de Ibermutuamur conociendo los datos cuantitativos de explotación de la misma (uno de los objetivos específicos), habiendo logrado identificar los casos médicos y su repercusión en Incapacidad permanente.

A la vez se consigue tener datos que se podrían utilizar en posteriores valoraciones en Incapacidad Laboral y en la repercusión en Incapacidad permanente de un modo “predictivo”.

De la muestra analizada se obtienen 419 procesos médicos, de los que 358 corresponden a Accidentes de Trabajo y 61 están codificados como Enfermedades Profesionales.

Existe una gran dificultad diagnóstica en procesos médicos de larga evolución ya que los trabajadores, al no relacionar la patología larvada que tienen y su larga evolución en determinados casos, se dirigen al Servicio Público de Salud correspondiente donde son tratados, diagnosticados y con las prestaciones que corresponderían a las Contingencias Comunes, que suelen ser menores que las Prestaciones Económicas de CP.

Fruto del avance científico de la Medicina y según el estado de la ciencia en cada momento se van aclarando determinadas patologías que han sido claramente laborales y que no fueron asumidas como tal por las entidades colaboradoras (mutuas) por desconocimiento y que sin embargo en la actualidad tanto por el avance médico dicho como por la jurisprudencia, son consideradas como Enfermedades Profesionales, incluso casos a posteriori con resultado de fallecimiento del trabajador afectado, p. ej. los casos de Mesoteliomas en relación directa con la exposición al amianto.

Como hecho relevante y trascendente, destacar que el 83% de los casos del Grupo Diagnóstico 8 (Enfermedades del Aparato Respiratorio) han causado baja laboral y 6 de los 8 casos de Incapacidad Permanente Total han sido en ese mismo grupo y representan exactamente el 50% de los casos de Enfermedad Profesional de ese grupo. Es decir, existe una gran probabilidad de que en un caso de Enfermedad Respiratoria etiquetada como Enfermedad Profesional se finiquite el proceso –tras un año de promedio de incapacidad temporal- con una Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual. Los datos “predictivos” sólo serían válidos para la propia Comunidad Autónoma sobre la que se ha desarrollado el estudio –Castilla y León- y para la propia mutua Ibermutuamur porque la composición de las empresas y mutualistas no sería equiparable a otra mutua de la misma comunidad autónoma ni a otro caso de la misma mutua en otra comunidad autónoma. Los otros 2 casos de Incapacidad Permanente Total han sido casos de Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo.

Se han analizado y validado otros 358 casos de Accidentes de Trabajo (85% del total de la muestra) por Intoxicaciones laborales, resultado de las Intoxicaciones agudas, con medias de una semana en Incapacidad temporal en los casos en los que se originó (26,7% de bajas sobre casos totales de AT), que permiten una clara relación de causalidad laboral, acudiendo el trabajador lesionado por intoxicación a la mutua para su socorro médico y prestacional como CP.

Posteriormente se ha valorado, en resultados globales por diversos parámetros, la posibilidad de establecer una relación entre los casos de AT, EP, el sexo de los trabajadores así como el rango de edad y el tipo de contrato de los trabajadores que habían sufrido una intoxicación laboral. Lo cierto es que desde el Año 2008 ha habido una gran disminución del número de procesos abiertos y registrados en la aplicación sanitaria de Ibermutuamur en Castilla y León, disminución progresiva hasta el año 2013 incluido, observándose una cierta recuperación en el año 2014 en cuanto al número de casos totales.

La disminución –a raíz de la última crisis global sufrida en España desde el año 2007- de todo tipo de actividad industrial, de construcción y servicios conlleva la disminución progresiva y paralela tal y como se aprecia en las distintas tablas y gráficos expuestos. La mayor incidencia en hombres que en mujeres (casi el triple de casos) tiene relación con los trabajos más tradicionales masculinos y de mayor implantación en sectores de mayor riesgo como la construcción, la industria manufacturera, minería, etc. Tampoco guarda relación ni proporción con la propia cartera de mutualistas de Ibermutuamur en Castilla y León donde existen gran cantidad de Personal trabajador de Administración Pública asegurada con un riesgo mínimo de intoxicación laboral a priori.

En cuanto a los tres grupos de edad estudiados, el único dato relevante y diferencial es que el grupo de personas mayores de 50 años representan el 50% aproximadamente de los casos de AT y EP descritos en el periodo valorado de siete años. El mayor número de AT en mayores de 50 años pudiera tener relación con la pérdida de facultades físicas asociadas a la edad, e incluso con la mayor confianza, y por tanto relajación, en la práctica laboral de los trabajadores que más tiempo llevan realizando una actividad (que suelen ser los de más edad). También parece lógico que el mayor número de EP se produzca en el grupo de mayor edad (más de 50 años), pues son estos trabajadores los que presentan un mayor tiempo acumulado de exposición a ciertas sustancias tóxicas en el ambiente laboral.

Por otra parte, los datos recogidos en este estudio indican que los AT se producen con mayor frecuencia en trabajadores que no tienen un contrato indefinido. Este hecho pudiera tener relación con la menor experiencia laboral que a menudo se observa en estos trabajadores, y que pudiera repercutir en un mayor número de accidentes. Por el contrario, el número de EP

registradas fue claramente superior en trabajadores con contrato indefinido frente a los que no lo tenían. Generalmente los trabajadores con contrato indefinido, son trabajadores con mayor antigüedad en lo que al puesto de trabajo se refiere, por lo que estos datos se pueden explicar por el mayor tiempo acumulado de exposición a las sustancias tóxicas en el ambiente laboral que ocasionan dichas EP.

Dato relevante es que 7 casos de los 8 que han finalizado en Incapacidad Permanente Total lo han sufrido trabajadores con un contrato indefinido, estando distribuidos en cuatro casos de hombres y cuatro de mujeres y en todos los casos con edades entre 31 y 50 años salvo en uno con más de 51 años. Habiendo sido el otro caso un trabajador de la construcción con un contrato por obra o servicio con alergia a cromos y derivados del cemento.

No existe por tanto diferencial de sexo en cuanto a los casos de Incapacidad Permanente Total y la práctica totalidad se han producido en trabajadores de edad media, salvo un caso de un trabajador que curiosamente en el momento de ser declarado afecto de Incapacidad Permanente Total ya no se encontraba expuesto al amianto, pero padecía Asbestosis tras un largo periodo de exposición.

A modo de conclusión preliminar, se debe insistir en que hay que profundizar en el estudio de este campo de intoxicaciones laborales, de un modo multidisciplinar, así una vez registrado todo correctamente se eliminaría el sesgo importante detectado en la cuantificación de la muestra claramente insuficiente dadas las macrocifras acumuladas que se han aportado.

8. CONCLUSIONES.-

PRIMERA.-

Es recomendable la adecuada formación práctica de todos los profesionales médicos de la mutua en la Clasificación clínica y en un registro clínico más ajustado, que permitiera una mayor certeza y disminución de errores en la codificación diagnóstica de estos procesos descritos de Intoxicaciones Laborales.

SEGUNDA.-

Solamente el 15% de la muestra es definida como Enfermedad Profesional, lo que corrobora que la mayoría de los casos etiquetados como AT por intoxicaciones laborales son los casos agudos. En casos de intoxicaciones subclínicas, crónicas, de origen laboral el diagnóstico y la contingencia son mucho más complejos.

TERCERA.-

Casi una cuarta parte de las EP definidas como tal (un 23,53%) acaban –tras un periodo largo de incapacidad temporal que ronda los 365 días- en una Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual. En este estudio han sido 8 casos, de los cuales 6 han sido procesos respiratorios y 2 han sido casos de enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo.

CUARTA.-

Individuos con contratos indefinidos de larga trayectoria en determinadas empresas y con diagnósticos de EP de origen respiratorio ó de enfermedades cutáneas tienen un riesgo más elevado de ser acreedores de una Incapacidad permanente Total derivada de esa patología.

QUINTA.-

La mayor incidencia en hombres que en mujeres (casi el triple de casos) tiene relación con los trabajos más tradicionales masculinos y de mayor implantación en sectores de mayor riesgo como la construcción, la industria manufacturera, minería, etc.

SEXTA.-

Los datos obtenidos no son extrapolables a ninguna otra mutua de la Comunidad Autónoma de Castilla y León ni a ninguna otra Comunidad Autónoma por la peculiaridad de “la cartera” de trabajadores asegurados en Ibermutuamur en Castilla y León.

SÉPTIMA.-

No se codifican los códigos E en los registros de Ibermutuamur, por lo que el uso de esta clasificación suplementaria para facilitar datos para investigar las causas de las lesiones y con ello planificar estrategias de investigación y prevención de posibles accidentes e intoxicaciones no se está aprovechando.

9. BIBLIOGRAFÍA.-

- ÁLVAREZ-BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ F. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. En Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veigade Cabo J, (Coordinadores), Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009. Director. Disponible en: <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143518.pdf>

- BOROBIA FERNÁNDEZ, C. Valoración del daño corporal. Referencia: Elsevier, 2006. ISBN13: 978-84-458-1679-0. Depósito Legal: B.41-419-2006.

- CÁRDENAS A., ÁLVAREZ E. Introducción a la Toxicología Industrial. En: Manual de salud Laboral. Ed. Springer-Verlang-Ibérica, 1995: 85-98.

- CASTILLO, S. 1985. Estudio Preliminar. En Reformas Sociales. Informes (IV Tomos). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Centro de Publicaciones. Madrid. 1985.

- CASTILLO, S. (Ed.) Solidaridad desde abajo. Trabajadores y Socorros Mutuos en la España Contemporánea CASTILLO, S. (Ed.), que recoge trabajos de investigación presentados al I Encuentro Internacional sobre Sociedades de Socorros Mutuos de los Trabajadores en España. Siglos XIX y XX. 1994.

- DAY, R.A. GASTEL, B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos, 4ª edición. Organización Panamericana de la salud, Washinton D.C. 2008.

- FRATERNIDAD MUPRESA. Evolución histórica de las mutuas: Publ. Fraternidad Muprespa, 2007.

- GAMBÍN CÁNOVAS A y ZARAGOZA PLANES J. Guía Técnica para la manipulación de sustancias corrosivas en el sector químico, Medidas Preventivas 1ª edición. Pág. 4. 2009

- GUILLÉN C, ORTEGA C. ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su calificación. Biblioteca de Medicina de Ibermutuamur, 2008.
- INSHT. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) 2007.
- INSHT. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) 2011.
- INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA. Manual de codificación CIE9MC. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012.
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Tiempos estándar de incapacidad temporal. Madrid, Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Tiempos estándar en Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2009
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. www.trabajoyprevencion.jcyl.es
- LEY GENERAL DE SANIDAD 14/1986 de 25 de Abril. BOE nº 102 29/04/1986.
- LEY 42/1994, de 30 de diciembre. Se autoriza a las mutuas a realizar la prestación económica de la IT para los trabajadores de sus empresas afiliadas.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE de 10 de noviembre de 1995).
- LEY 66/1997, de 30 de diciembre, que abre la posibilidad legal de expedir el alta médica a efectos económicos a los médicos adscritos al INSS.

- MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL. Anuario de estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2012. Madrid. 2013. <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2012/AFI/index.htm>
- MONTEMAYOR T, ORTEGA F, CEJADO P, SÁNCHEZ RIERA H. Valoración de la capacidad laboral e incapacidad/invalidez en las enfermedades respiratorias. 1989.
- ORDEN de 16 de diciembre de 1987. Accidentes de Trabajo. Establece modelos de notificación y dicta instrucciones para su cumplimentación y tramitación.
- ORDEN de 22 de abril de 1997, por la que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales.
- ORDEN de 19 de junio de 1997, que desarrolla el RD 575/97, de 5 de junio.
- ORDEN de 18 de septiembre de 1998, que modifica la orden de 19 de julio de 1997.
- ORDEN de 15 de enero de 1999, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social. Apartado en el que se determina la fracción de la cuota destinada a la cobertura de la prestación económica por IT en contingencias comunes.
- PONS PONS, J. El seguro de accidentes de trabajo en España: de la obligación al negocio (1900-1940). Investigaciones de Historia Económica. Revista de la Asociación Española de Historia Económica 2006, invierno, número 4. p. 77-100.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE nº 154 de 29/06/1994)
- REAL DECRETO 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social

- REAL DECRETO 1993/1995, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social.
- REAL DECRETO 575/1997, de 18 de abril, mediante el cual se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por IT.
- REAL DECRETO 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- REAL DECRETO 379/2001, de 6 de abril por el que se aprueba el Reglamento de almacenamiento de productos químicos y sus instrucciones técnicas complementarias.
- REAL DECRETO 688/2005, de 10 de junio por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno.
- 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 los criterios para su notificación y registro. (BOE de 19 de diciembre de 2006).
- REAL DECRETO 1765/2007, de 28 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- REAL DECRETO 1622/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

- RODRIGO RODRÍGUEZ, F. Presente y futuro de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Cuadernos de Relaciones Laborales: N° 14. Serv. Publ. UCM, Madrid 1999. págs. 69-99.

- ROMEU DE ARMAS, A. Historia de la previsión social en España. Cofradías, Gremios, Hermandades, Montepíos (1944), Barcelona: El Albir, 1981.

- ROYO BORDONADA, M.A., DAMIÁN MORENO, J. Método Epidemiológico, Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.. Madrid: ENS-Instituto de salud Carlos III. 2009.

- SILBERGELD, E.K. Toxicología, herramientas y enfoques. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Tomo I, Cap. 33. 1998.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/33.pdf>

- TRUJILLO CABRERA, A. El marco jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Madrid: Constitución y Leyes S.A., 1995.

- VALENZUELA DE QUINTA, E. PIÑEIRO FRIAS, I. FERRERO GARCIA E, MATEO ATIENZA, A. Protagonistas del mutualismo de accidentes de trabajo, 100 años de Historia (1900-2000). Edita: AMAT. 2000.