

Observatorio documental e informativo de “La Mutua”

Documentación



Noticias



Miscelánea



XV Simposium Internacional de Fraternidad-Muprespa: “Avances tecnológicos en traumatología y cirugía ortopédica”

Alejandro Fernández Domingo*

En el Hospital Central de Madrid se ha celebrado los días 17 y 18 de octubre de 2008 el décimo quinto Congreso científico internacional de FRATERNIDAD MUPRESPA.

Cada dos años nuestro centro de Madrid organiza dicho evento dando cita a prestigiosos especialistas nacionales y extranjeros que nos enriquecen con su experiencia. La historia de estos quince congresos constituye un patrimonio cultural y científico del cual estamos orgullosos.

Se han desgranado en este día y medio, los temas más interesantes y novedosos en traumatología y cirugía ortopédica. Vamos a glosar para la Revista, los principales asuntos presentados y debatidos en el Congreso, que contó con una nutrida asistencia.

ARTROSCOPIA DE CADERA

El doctor Damián Griffin del Hospital Universitario de Warwick en el Reino Unido es un experto en estas técnicas.

Consiste el procedimiento en abordar la articulación coxofemoral a través de dos o tres microvías, como se realiza, con más frecuencia, en otras articulaciones como la de la rodilla para, en primer lugar, inspeccionar la articulación y poder observar las anomalías y en segundo, poder actuar sobre la patología presente.

Se indica este procedimiento en pacientes jóvenes con cuerpos libres intraarticulares postraumáticos en los que es muy resolutivo el procedimiento evitando abrir la articulación para

extraer el fragmento óseo u osteocondral.

Actualmente se indica en la patología de cadera denominada síndrome del “choque fémoroacetabular”. Se puede resolver este problema, con este procedimiento, en personas también jóvenes, aunque, conforme aumenta la experiencia, dice el Dr. Griffin, se amplían las posibles indicaciones así como la edad de los candidatos a esta técnica.

Dentro del síndrome del choque fémoroacetabular se distinguen, según la radiología que presentan, el tipo “cam”, el tipo “pincer” y los mixtos. En el primero, el margen del cuello femoral forma un lomo o engrosamiento que roza o choca con el reborde óseo de la cavidad acetabular del coxal en determinadas posiciones. En el

* Jefe de Servicio de Traumatología, Hospital Central de Fraternidad-Muprespa, Madrid. Presidente del XV Simposium Internacional Fraternidad-Muprespa “Avances Tecnológicos en Traumatología y Cirugía Ortopédica”, Madrid, 17-18 octubre 2008.

tipo “pincer” el problema procede de un crecimiento del reborde de la cavidad acetabular en forma de espolón que produce de igual manera, un choque. El más común parece ser el tipo mixto en el que aparecen ambas deformidades que son adquiridas y que son, un inicio de coxartrosis.

Otro problema que se detecta y que se puede resolver por estos métodos, son las lesiones del rodete cartilaginoso articular.

Aparte la correcta indicación para estos procedimientos, estas técnicas tienen una dificultad que exige una curva de aprendizaje prolongada y en las que se consigue maestría cuando, como el Dr. Griffin nos comenta, se llevan a cabo en gran número.

Con estas técnicas se consigue reanclar un rodete lesionado y también retallar y fresar el lomo de las lesiones tipo “cam” o “pincer” consiguiendo evitar el roce y como consecuencia de ello, evitar la evolución hacia la artrosis de la cadera o retrasarla.

“RESURFACING” DE CADERA

En la artrosis de cadera, las técnicas de “resuperficialización” son muy antiguas y se han diseñado, desde hace décadas, distintas técnicas pero no se han impuesto por los malos resultados.

Con el desarrollo de nuevos materiales y diseños se ha vuelto a insistir en esta vía de tratamiento. Consiste, en la actualidad, en abordar la articulación de la cadera y luxándola, se talla y fresa, con gran exactitud, la cabeza femoral artrósica siendo de vital importan-

cia conseguirlo en el perfecto eje del cuello femoral. Este cuidado es fundamental para evitar problemas posteriores. Se labra y fresa cuidadosamente la cavidad acetabular de la articulación y una vez conseguido el diámetro adecuado, se encastra en él, por impacto, el componente protésico del acetábulo o cotilo. Se coloca, a continuación, la cabeza femoral en el cuello labrado utilizando un cemento de unión. Los dos componentes protésicos de superficie, tanto el de la cabeza femoral como el del acetábulo, son de metal altamente pulimentado en su contacto.

La ventaja de este procedimiento con respecto a las prótesis de cadera convencionales, es la de no resecar apenas hueso, conservando el cuello femoral del paciente con lo cual, caso de precisar una reintervención para recambio de la prótesis, la cadera conserva una estructura ósea remanente que permite abordar esta segunda intervención como una cadera primaria (como una primera intervención).

El Dr. Pedro Foguet del Hospital de Rugby en Inglaterra nos ha relatado, aparte la historia y evolución de estos procedimientos, la gran experiencia que tienen en su centro y las indicaciones, principalmente en coxartrosis de pacientes jóvenes y físicamente activos.

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PRÓTESIS DE CADERA

La cirugía mínimamente invasiva en cirugía ortopédica persigue llegar a las mismas metas pero con mucho menor daño tisular. Para



ello se han perfeccionado diseños de instrumentales y se pretende, no realizar vías que resulten más estéticas, sino que impliquen menor daño de los tejidos. Parece que el resultado a largo plazo, de las prótesis así implantadas, es superponible con el conseguido con las técnicas clásicas pero la evolución inmediata es mucho mejor, con menor pérdida hemática y menos dolor.

El Dr. Llopis Miró del Hospital de Santa Cristina, nos ha revelado la evolución de estas técnicas para las prótesis de caderas y nos ha presentado su ya amplia experiencia.

CIRUGÍA CON “NAVEGACIÓN”

La navegación es otro de los desarrollos tecnológicos que se aplican en la cirugía, tanto para los implantes de prótesis de cadera y rodilla como para cirugía del raquis y en menor medida, en la osteosíntesis.

El Dr. Resines Erasun del Hospital “12 de Octubre” de Madrid nos ha mostrado su ya amplia experiencia en la implantación de prótesis de rodilla con navegación y el Dr. Jover Carrillo del Hospital Marina Alta de Denia (Alicante), nos ha presentado su expe-

riencia inicial con la navegación en prótesis de cadera.

Se consigue con esta tecnología, la colocación, correctamente orientada, de las prótesis evitando las alteraciones de ejes y de malrotación en los implantes y como consecuencia, un funcionamiento correcto de los mismos con menos problemas mecánicos y una duración previsiblemente mayor.

CIRUGÍA DEL RAQUIS LUMBAR MÍNIMAMENTE INVASIVA

El Dr. Hevia Sierra del Hospital Central de Fraternidad-Muprespa de Madrid nos ha hablado de la cirugía mínimamente invasiva para la columna. Nos recuerda que con cirugía MIS (minimal invasive surgery) se “deben conseguir los mismos objetivos para conseguir los mismos buenos resultados clínicos” que con la cirugía convencional. Como ventajas, las ya señaladas de menor dolor postoperatorio, con menor pérdida sanguínea y menor estancia hospitalaria y con una eficacia quirúrgica similar. Las limitaciones son, las también mencionadas, de una curva de aprendizaje mayor y a veces, mayor tiempo quirúrgico. La demanda tecnológica es alta con nuevos diseños de instrumental: fuentes de luz, lupas, microscopio... añadiendo también,



si es necesario, radioscopia intraoperatoria o los sistemas de navegación. Esto implica una alta financiación en equipamientos e instrumentales, siendo la eficacia clínica similar a largo plazo.

La cirugía del disco mínimamente invasiva se inició hace ya más años siendo los hitos más importantes, la utilización del microscopio (Caspar 1977), la nucleotomía percutánea (Hijikata 1975), la discectomía percutánea con láser (Yeung 1991), la microdiscectomía endoscópica (Kambin 1991).

En la década de los 90 y del 2000 tiene lugar un gran desarrollo tecnológico que propicia minimizar los abordajes con mejores técnicas de imagen, de luz y visión y desarrollo de nuevas instrumentaciones. Así se aborda la columna por laparoscopia (conocido por las siglas ALIF), las vías por toracoscopia (VATS), las fusiones con mini-abordajes: TLIF, PLIF, ALIF; fusiones percutáneas: XLIF (extreme lateral IF), DLIF (direct lateral fusión), AxialLIF (presacra L5-S1), utilización de una instrumentación con mecánica parecida a sextantes para ubicar los tornillos pediculares, etc.

NUEVAS PRÓTESIS DE HOMBRO

El Dr Marco Martínez del Hospital Clínico San Carlos de la Universidad Complutense, nos ha glosado la interesante y ya larga historia, de las prótesis de hombro, desde 1893, Jules Emile Pean, hasta los nuevos diseños y conceptos que hoy se han desarrollado y se manejan para conseguir una óptima función de estos implantes.



Distingue tres generaciones: la primera, de prótesis monobloque, no modulares; la segunda generación con la aparición de las prótesis modulares y la tercera, con las prótesis modulares y adaptables.

También otros modelos son las prótesis inversas que se utilizan en casos de gran destrucción ósea o de gran lesión de los tendones del manguito rotador. Estas prótesis consiguen la rotación colocando la parte esférica en vez de en el húmero, en la escápula y la parte cóncava en el extremo articular del húmero. Es decir, al revés (de ahí, inversa). Ello consigue que la acción sola del deltoides por la falta del manguito rotador, (que es el posicionador activo del hombro), no desplace ni descoloque la articulación consiguiendo un arco eficaz y de potencia suficiente.

Por último, también existe el “resurfacing” o sea, colocación de prótesis de hombro con mínima resección ósea e implantes que tratan de ajustarse al juego articular.

En nuestro medio, la causa más importante para la colocación de una prótesis de hombro, es la traumática con fractura en 3 o 4 partes del extremo proximal del húmero. Presenta las nuevas vías de trabajo para seguir mejorando las prótesis de hombro cual son los diseños con mejor adaptación anatómica y los biomateriales que alargaran la supervivencia.

Investigación mediante técnicas de dosimetría biológica, de posibles efectos sobre la salud por causa de las radiaciones ionizantes en el colectivo de tripulaciones aéreas

Antonio de Cos Blanco*

Con fecha 6 de septiembre de 2004 se firmó entre la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Iberia Líneas Aéreas de España y Mutua Fraternidad-Muprespa un Convenio de colaboración, con la finalidad de obtener un estudio de población que permitiese determinar si existen diferencias significativas entre el personal de vuelo de largo radio (vuelos transoceánicos) de la compañía Iberia y una muestra de población control.

El interés por este estudio surge tras la publicación del Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes (R.D. 783/2001 de 6 de julio de 2001)

que establece en su art. 64 que “las compañías aéreas tendrán que considerar un programa de protección radiológica cuando las exposiciones a la radiación cósmica del personal de tripulación de aviones puedan resultar en una dosis superior a 1 mSv por año oficial.”

Este reglamento contempla una serie de puntos:

- Evaluación de la exposición del personal implicado
- Organización de los planes de trabajo a fin de reducir la exposición en el caso del personal de tripulación mas expuesto
- Información a los trabajadores implicados sobre los riesgos radiológicos asociados a su trabajo
- Protección especial durante el embarazo y la lactancia.

A la vista de que en los últimos años se han publicado numerosos estudios, a menudo contradictorios, sobre las consecuencias de estas exposiciones y, como indica el propio convenio, teniendo en cuenta que las tripulaciones aéreas son un grupo muy numeroso de trabajadores laboralmente expuestos a radiaciones ionizantes Iberia y la Mutua Fraternidad-Muprespa, no ajenas a esta situación, se plantean la realización de un estudio en profundidad del problema por tres motivos:

- Dejar constancia de su interés y preocupación por cualquier aspecto que guarde relación con la salud de los trabajadores.

* Director Servicio de Prevención Propio, Fraternidad Muprespa. Convenio de colaboración para la investigación de los efectos sobre la salud por causa de las radiaciones ionizantes en el colectivo de tripulaciones aéreas, Hospital Gregorio Marañón-Iberia, L.A.E. - Fraternidad Muprespa. Comunicación al 2º Congreso de Prevención de Riesgos Laborales. Comunidad de Madrid. Madrid, 20-21-22 octubre 2008. (Ver noticias).

- Disponer de datos propios, obtenidos de forma objetiva por un Organismo imparcial y solvente que le permita participar en cualquier foro en el que se plantee este asunto.
- Valorar con datos adecuados la situación y comunicarla a los trabajadores afectados, adoptando si fuera el caso las medidas oportunas.

Estos motivos llevaron a firmar un acuerdo con esta Institución. El Centro de Radiopatología y Radioprotección dependiente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón es el único Centro de Referencia en España de Nivel II (el nivel superior se encuentra en Fonteneau aux Roses, Cedex, Francia) para atender a irradiados y contaminados, reconocido como tal por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1985. Además, es el único que dispone de curvas de calibración dosis-efecto para todos los tipos de energías (rayos x, gamma y neutrones), lo que es imprescindible para poder estimar dosis de radiación en aquellos individuos que acuden con sospecha de sobreexposición a radiaciones ionizantes.

Tras la firma del Convenio, en octubre de 2004 se comenzó con el proyecto. Se desarrolló una aplicación propia para la gestión y manejo de los datos.

Se plantea un estudio poblacional comparando dos grupos:

1. Personal de vuelo con altura superior a 9000 metros. 150 personas
 2. Personal de tierra. 100 personas
- Este segundo grupo se considera imprescindible para poder disponer de la frecuencia basal de traslocaciones y dicentricos en una población de referencia. Estos

datos son posteriormente asimilados por un estudio estadístico. En la experiencia del Laboratorio de Dosimetría Biológica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se dispone de un estudio de frecuencia basal en la Comunidad de Madrid y otro en personas profesionalmente expuestas a Radiaciones Ionizantes con fines médicos que se ha comentado en los apartados anteriores.

Cada uno de los dos grupos propuestos conllevará subgrupos por antigüedad:

Entre 5 y 10 años; Entre 10 y 15 años y Superior a 15 años

Los subgrupos se han catalogado por:

- Edad
- Sexo
- Hábitos: tabaco, alcohol, café, otros (individual o en conjunto)
- Antecedentes: Patologías previas. Patologías persistentes. Medicación. Exposiciones a R.I. de uso médico: frecuencia, tipo y tiempo. Antecedentes familiares de línea oncológica. Patologías hereditarias en descendientes. Positividad de marcadores Tumorales en sangre: PSA, CEA y AFP en varones y CEA, Ca 19.9, Ca 125 Ca 15.3 en mujeres. Alteraciones en el Espectro Electroforético. Alergias conocidas.

Como grupos de exclusión se consideran:

- a) Los que no acepten integrarse en el estudio
- b) Exploraciones radiológicas en el último año (TGI, Enema Opaco, Urografía descendente, TAC toracoabdominal, Radiología intervencionista o invasiva.)
- c) Diagnóstico previo de cancer tratado con Químico o Radioterapia

d) Antecedentes laborales en profesiones de riesgo asociado al cáncer (madera, pinturas, minería, industria nuclear etc.)

e) Consumo de sustancias tóxicas

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el grupo de Personal de vuelo quedaría sujeto a las siguientes características:

- Ser tripulante técnico o de cabina de pasajeros de Iberia, varón o mujer, en activo y de al menos 45 años cumplidos en la fecha de la extracción de sangre.
- Llevar al menos 10 años de servicio continuo con programaciones completas, es decir, sin haber sido interrumpidos por desempeño de cargos en la compañía, excedencias, reducciones de vuelo por cuidado de hijos, bajas médicas o permisos superiores a 3 meses y otras causas.
- Llevar al menos 5 años de servicio continuo en flotas de largo radio, preferentemente A-340.
- No haber sufrido exposición a radiología médica diagnóstica o terapéutica, como por ejemplo TAC, radioterapia asociada a neoplasias y otras.

Como se ha comentado con anterioridad, se ha necesitado 150 personas para este grupo de personal de vuelo. Para ello se está modulando, según está siendo necesario para tener tres grupos de 50, uno entre 45-50 años, otro entre 50-55, y el tercero, de 55-60. Esto se podrá hacer a posteriori cuando se vea como van quedando los grupos. De esta forma se asegura el estudio de una población sana, homogénea en cuanto a horas de vuelo (70-85 hrs/mes los últimos años) y de ambos sexos.

El procedimiento seleccionado para garantizar el cumplimiento

del objetivo del estudio, basado en la incertidumbre de la determinación de la dosis recibida hace tiempo o acumulada tras exposición crónica por un lado y en tener sensibilidad para esta determinación a baja dosis de radiación, es el estudio de traslocaciones mediante la técnica de Hibridación In Situ con Fluorescencia (FISH) que ha demostrado proporcionar una adecuada información, a través de la presencia de aberraciones cromosómicas estables derivadas de la dosis recibida hace mucho tiempo o acumulada tras exposición crónica.

A partir de enero de 2005 se comenzaron a recibir las primeras muestras procedentes del Servicio Médico de Iberia. Todas ellas cumplían los requisitos establecidos en la memoria inicial (consentimiento informado del individuo objeto de estudio y datos médicos, analíticas y toda el resto de información que fuese de interés).

A la vista de los primeros resultados obtenidos, se realiza una revisión bibliográfica y se intercambian opiniones con los más prestigiosos laboratorios europeos, entre ellos la National Radiological Protection Board (UK), concretamente con los Drs. Alan Edwards y David Lloyd, reconocidos a nivel mundial como expertos en el análisis de alteraciones cromosómicas producidas por radiaciones ionizantes y en su tratamiento estadístico.

De acuerdo con estos primeros análisis y valoraciones se aumenta el número de células en aquellos individuos que en las 200 primeras células analizadas se encuentre una alteración cromosómica estable (traslocación) y se amplía el estudio en esos individuos a más

de 1000 células, ajustando el número de individuos objeto de estudio, aunque se superarán al final del proyecto las 50.000 células previstas inicialmente.

Avance de resultados del proyecto

Hasta el momento se han recibido muestras sanguíneas correspondientes a 95 personas, 53 controles de tierra y 42 de vuelo. De estas 95 personas a 10 de ellas ha sido necesario extraerle sangre en dos ocasiones, ya que al ampliar el número de células a estudiar la muestra inicial era insuficiente, y otras 10 han sido eliminadas del estudio por encontrarse las muestras en mal estado o por presentar un escaso crecimiento celular.

Se han estudiado en 48 individuos al menos 200 células y en 23 de ellos se ha ampliado el estudio a 2000 células por presentar alguna alteración cromosómica estable en las 200 primeras (Edwards & Lloyd 2005). En estos momentos están en estudio 6 casos más teniendo un total de 53.833 células analizadas (3.833 células más de las previstas en la memoria inicial).

Los 48 individuos estudiados hasta la fecha son negativos individualmente, pues aún en los casos más desfavorables, y con un índice de anomalías mayor, la frecuencia de traslocaciones es acorde con la edad del individuo, ya que debido a su naturaleza estable, aumentan con el tiempo y en consecuencia con la edad (Lucas 2000, Whitehouse 2005 y otras). En los 23 individuos que se han estudiado alrededor de 2000 células se ha ido emparejando control-caso estrictamente en cuanto a la edad, (Lucas 2000)

intentando que en ningún caso existiese una diferencia de edad de más de 5 años. La frecuencia basal obtenida hasta la fecha es más o menos similar en la población control que en la población expuesta, el número de células analizadas es menor en los controles que en el personal de vuelo.

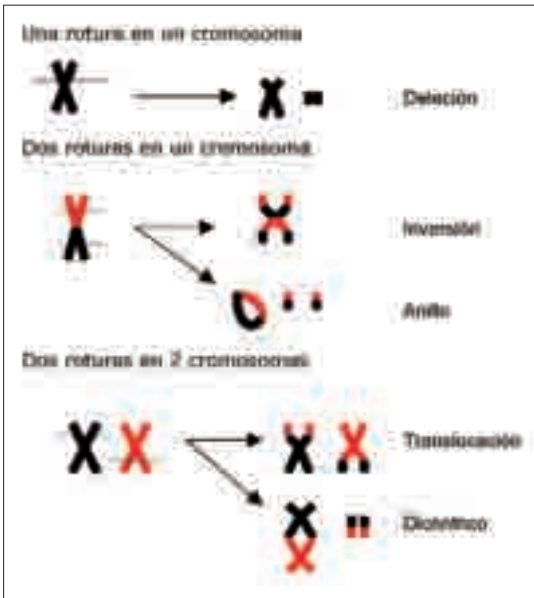
En el periodo restante de vigencia de convenio, inicialmente hasta Octubre de 2008 y finalmente ampliado por 6 meses más hasta abril de 2009, se seguirán procesando y analizando las muestras de acuerdo con el flujo hasta ahora establecido. En este momento falta 20 personas entre personal de vuelo y de tierra.

Se calcula que la terminación del proyecto y, con ello, los resultados definitivos del análisis citogenético estarán disponibles unos tres meses antes de la finalización del convenio.

A partir de este momento se procederá, a la realización del análisis estadístico, la valoración y estudio de los datos y a la elaboración de las conclusiones definitivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Par tener una idea más aproximada de la base científica y la metodología utilizada en este proyecto se describen a continuación los aspectos más relevantes generales sobre los efectos de las radiaciones ionizantes sobre el DNA, Que es y para que sirve la dosimetría biológica y finalmente la descripción de la técnica FISH utilizada en este proyecto de investigación.



RADIACIONES IONIZANTES Y ALTERACIONES CROMOSÓMICAS

La exposición a radiaciones ionizantes induce en los cromosomas roturas, que dan lugar a una nueva recombinación. La producción de estas lesiones está directamente relacionada con la acción de las radiaciones ionizantes sobre el ADN, y con los mecanismos de reparación enzimática, que pueden resultar en la restauración total o en la formación de aberraciones cromosómicas.

La acción de las radiaciones ionizantes sobre el DNA puede ser por absorción directa de la energía o de forma indirecta, siendo absorbidas las R.I. por el medio en el que están suspendidas las moléculas (agua).

Las radiaciones ionizantes pueden producir numerosos tipos de lesiones en el DNA de las células expuestas: Rotura de una hebra de la doble hélice, rotura

de las dos hebras de la hélice, uniones cruzadas DNA-Proteína, uniones cruzadas inter- o intra-hélice, lesión a una base nitrogenada, lesión del enlace azúcar-fosfato, pérdida de una base nitrogenada, etc.

A continuación se muestra una figura con las distintas alteraciones según la rotura cromosómica que con mas frecuencia se van a ver relacionadas con exposición a radiaciones ionizantes, recordando que este estudio se centra en las traslocaciones que son aberraciones estables que se pueden seguir

observando a lo largo de sucesivas generaciones celulares.

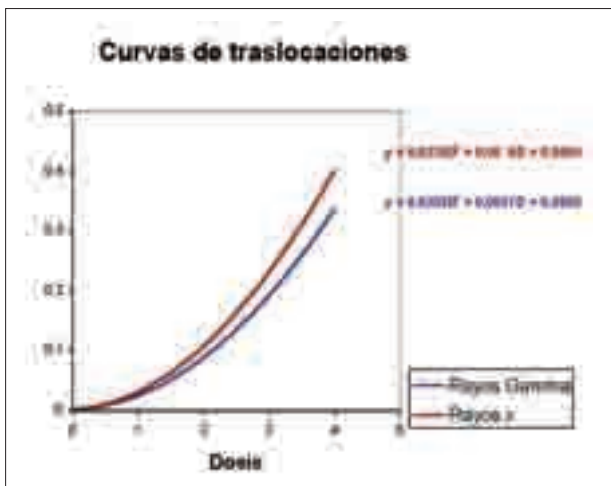
¿QUE ES LA DOSIMETRÍA BIOLÓGICA?

La dosimetría Biológica consiste en la estimación de la dosis absorbida, por una persona expuesta a radiaciones ionizantes, utilizando parámetros biológicos, como es el estudio de las **aberraciones cromosómicas** en linfocitos de sangre periférica.

La dosimetría biológica mide los efectos inducidos por las radiaciones ionizantes a nivel biológico, y constituye una medida indirecta del grado de exposición a las mismas.

Tan pronto como se dispuso de esta tecnología, se comenzó a demostrar que las radiaciones ionizantes producen aberraciones cromosómicas en las células humanas, tanto en cultivo in vitro como en los individuos in vivo, comprobándose lo que ya se había observado anteriormente en las plantas.

La estimación de dosis se lleva a cabo mediante **curvas de calibración dosis-efecto** realizadas in vitro. Esto se basa en que la



irradiación in vivo e in vitro produce igual tasa de cromosomas dicéntricos o traslocaciones, y de esta forma se puede comparar los resultados del análisis con las curvas de calibración obtenidas previamente al irradiar muestras sanguíneas a dosis conocidas. Ver curvas para traslocaciones y para dicéntricos.

Por otra parte cuando se analiza un caso de un individuo sobreexposición a radiaciones ionizantes por el método citogenético de dosimetría biológica, no se dispone del dato previo de la frecuencia de aberraciones que presentaba ese individuo antes del suceso de exposición. Por este motivo es muy importante poder establecer una **frecuencia basal poblacional** de grupos lo mas homogéneos posibles. En las publicaciones existentes de este tipo de estudios, las frecuencias varían entre 0.0 en una población de recién nacidos de Edimburgo (Bucton y Evans 1986) hasta 2.8/1000 células con alteraciones cromosómicas en Brookhaven (Bender y Preston 1986). Con esta media se puede establecer una media de 1,3 cel/1000.

El Hospital Gregorio Marañón, estableció sus propias frecuencias basales en base a población no expuesta de la Comunidad de Madrid pudiendo establecer una media de referencia de 0.7/1000 células con alteraciones cromosómicas como frecuencia basal de referencia.

Obtuvo también para personal expuesto a bajas dosis de radiaciones ionizantes del Servicio de Radiodiagnóstico una frecuencia basal del 0,9 dicéntricos por 1000 células analizadas

HIBRIDACIÓN IN SITU CON FLORESCENCIA (FISH)

Es la técnica utilizada para este estudio. La Técnica de hibridación in situ con fluorescencia (FISH) permite analizar alteraciones cromosómicas estables (traslocaciones). Estas, a diferencia de los dicéntricos permanecen durante sucesivas divisiones celulares lo que permite estimar dosis en exposiciones crónicas y **no estar afectada por el tiempo transcurrido entre la exposición y la extracción de la muestra**, además de proporcionar estimaciones de dosis más exactas, permite su utilización en exposiciones o accidentes ocurridos tiempo atrás. La técnica se basa en el desarrollo de **sondas de DNA** marcadas con fluorocromos, que se fijan específicamente a determinadas secuencias de DNA situadas en los cromosomas, de forma que se puede marcar de forma diferencial cromosomas completos lo que se conoce como "*pintar cromosomas*". Básicamente consiste en seleccionar los cromosomas que se quieren pintar de forma que se van a detectar las

translocaciones en las que éstos estén implicados, y **extrapolar a todo el genoma**. Las frecuencias observadas para los cromosomas pintados, el punto crítico estará determinado por la cantidad de genoma que es necesario "pintar" para permitir dicha extrapolación, sin que llegue a producirse una excesiva complejidad que disminuya la simplicidad del estudio y encarezca demasiado la técnica.

La metodología empleada es la misma que en el caso de la dosimetría biológica clásica hasta que se fijan los cromosomas con carnoy, una vez fijados los portas no se tiñen y se almacenan a -80°C hasta que se realiza la hibridación. En el centro del Hospital Gregorio Marañón se utiliza un sistema bicolor, mediante el cual marcamos con rodamina (coloración roja), los **cromosomas 1 y 2** (16% del genoma total) y con FITC (color verde), todos los **centrómeros**, con este sistema podemos identificar todos los intercambios que se produzcan entre los cromosomas 1 y 2 y el resto del genoma y además diferenciar las **aberraciones cromosómicas estables (translocaciones)** de las inestables (dicéntricos).



Simposium Internacional sobre “Sueño y conducción de vehículos”. Aspectos médico sociales con especial referencia al al síndrome de apneas del sueño (SAHS)

Joaquín Terán Santos y Gabriel Moreno Jiménez*

El pasado 13 de noviembre de 2008 se celebró en Burgos el “Simposium Internacional Sueño y conducción de vehículos: Aspectos médico sociales”, organizado por la Federación de Comunicación y Transporte de CCOO y la Unidad de Sueño del Complejo Asistencial de Burgos.

FRATERDIDAD-MUPRESPA participó activamente, patrocinándolo y a través de una ponencia que presentó la Dra. Lucrecia Spuches, neumóloga de nuestra Mutua. La reunión contó con la participación de miembros de la patronal del Transporte así como sindicalistas y médicos especialistas en sueño, procedentes de diferentes especialidades y componentes

todos ellos del Grupo Español de Sueño, que viene desarrollando una intensa tarea asistencial, divulgativa y de investigación en el campo de los trastornos del sueño y con especial referencia al síndrome de apneas de sueño.

En la reunión también participó el Dr. Daniel Rodenstein procedente de Bruselas, una de las máximas autoridades en patología de Sueño a nivel mundial y Director del programa de la Unión Europea Cost B25, que trabaja en el desarrollo de una directiva comunitaria para la regulación de la conducción de vehículos en personas con síndrome de apneas del sueño. Asimismo, el Dr. Ron Grunstein Presidente de la Aca-

demia Australiana de Sueño y autor de numerosos trabajos en relación con la siniestralidad por somnolencia diurna aportó la experiencia australiana, que quizás en estos momentos es el único País donde existe una reglamentación más desarrollada en relación con la patología del sueño y la conducción de vehículos.

Es de destacar la amplia participación con más de 200 asistentes procedentes de diferentes ámbitos médicos y sociales.

Por primera vez un foro de discusión aborda el tema de la siniestralidad en carretera por somnolencia con un carácter tan multidisciplinar y con una visión pegada a la realidad.

* Joaquín Terán Santos, Unidad del Sueño. Neumología, Complejo asistencial de Burgos. Gabriel Moreno Jiménez, Secretario de Salud Laboral, Federación de Comunicación y Transporte-CC.OO. Presidente y organizador, respectivamente, del Simposium Internacional “Sueño y conducción de vehículos. Aspectos médico-sociales”. Burgos, 13 de noviembre 2008.

En la primera parte de la sesión del Symposium se procedió a un análisis general del tema, para delimitar correctamente el alcance del problema y sus consecuencias. En este sentido se planteó la conducción de vehículos como una tarea compleja en la que están involucrados aspectos como la percepción, el adecuado tiempo de respuesta y la capacidad física.

Los trabajadores del transporte identificaron el excesivo sueño diurno como causa de accidentes de tráfico representando según datos oficiales un agente causal de primera línea hasta en un 30% de los casos y a menudo estos accidentes relacionados con una alta mortalidad y morbilidad.

Se planteó la gran dificultad en identificar la somnolencia como implicada en la producción de un accidente de tráfico, puesto que no están establecidas las adecuadas definiciones, ni los métodos para su medición, hay falta de entrenamiento en la recogida de los atestados para investigar somnolencia y dificultades que surgen por la propia naturaleza del accidente que en muchas ocasiones afecta a un solo pasajero y provoca que el propio accidentado tienda a ocultar las características del mismo por las posibles consecuencias legales.

Tanto empresarios del transporte, como trabajadores, expresaron su acuerdo en que los accidentes relacionados con somnolencia presentan unas características propias que les confieren una elevada mortalidad y morbilidad. En general se trata de accidentes que ocurren a medianoche y a media tarde, períodos que se corresponden con los dos picos circadianos de somnolen-

cia. Típicamente estos accidentes ocurren en vías de alta velocidad e implican a un solo vehículo que a menudo se sale de la carretera.

Los conductores con un elevado riesgo de accidentes por sueño son fundamentalmente jóvenes entre 18 y 29 años, trabajadores a turnos, conductores que lo hacen bajo efectos de alcohol y/o drogas y aquellos que presentan enfermedades relacionadas con el sueño.

EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

Dentro de los trastornos del sueño, se prestó especial atención al **síndrome de apneas del sueño** cuya relación con la producción de accidentes ha sido extensamente analizada en la literatura médica, de tal manera que hoy sabemos que las personas con apnea de sueño presentan un riesgo incrementado de accidentes.

Los miembros del Grupo Español de Sueño de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) presentaron los datos que soportan el incremento de riesgo de accidentes, los cuales provienen en su mayoría de estudios transversales e incluyen pacientes remitidos a las clínicas de sueño para su valoración y se basan en datos subjetivos y objetivos y están sujetos a numerosos sesgos. Muchos de los estudios incluyen un pequeño número de pacientes y muchos no controlan para factores de confusión tales como drogas, alcohol y tiempos de exposición a la conducción. A pesar de todas estas limitaciones, los resultados de todos estos estudios de base clínica apuntan en la misma dirección, avalando el

riesgo incrementado de accidente en pacientes con apnea de sueño.

Aunque la apnea del sueño influye en algunos accidentes, los accidentes son multifactoriales e influenciados por las horas previas de sueño o de trabajo, medicaciones y otras condiciones clínicas que interactúan

Importante fue la reflexión que se realizó en este foro en cuanto a equiparar el empeoramiento en la actividad de conducción, que produce el síndrome de apneas del sueño (SAHS) con el producido por la ingesta de alcohol o el déficit de sueño y se constata por otro lado las diferentes condiciones o factores de riesgo que pueden estar implicados en la producción de excesiva somnolencia diurna en la misma persona (SAHS, privación de sueño, medicación etc).

Joaquín Durán de la Unidad de Sueño de Vitoria afirmó que la apnea del sueño es una enfermedad prevalente afectando al 9% de las mujeres y al 24% de los hombres, pero el síndrome (SAHS) que incluye la aparición de excesivo sueño diurno y anomalías respiratorias en el registro de sueño nocturno, solo está presente en el 2% de las mujeres y en el 4% de los hombres. Algunos estudios han sugerido una alta prevalencia en conductores profesionales, lo cual podría relacionarse con la obesidad y actividad sedentaria. El total de los costes atribuibles a apnea del sueño, fue analizado por el Dr. Rodenstein y precisó que se estiman como muy elevados. En el Symposium se presentaron los datos de Sassani y colaboradores del año 2000 que estimaban que había 800.000 colisiones que podrán ser atribuidas a apnea del sueño. El

coste total fue de 15 billones de dólares y de 1.400 vidas. En Estados Unidos, el tratamiento de todos los pacientes sufriendo de apnea del sueño con presión positiva continua podría suponer 13 billones de dólares y basados en una tasa de eficacia de 70%, se podrían ahorrar 11 billones de dólares y unas 980 vidas anuales.

También se abordó la dificultad que para los médicos tiene valorar el riesgo y la capacidad de conducir en muchos pacientes con apnea del sueño, máxime cuando estas valoraciones tienen profundas implicaciones para los pacientes.

Muchos pacientes con apneas del sueño nunca han tenido un accidente de tráfico y existe una necesidad de definir los niveles de severidad de la enfermedad, sobre todo porque existe un tratamiento la CPAP que ha demostrado su eficacia en el control de los síntomas y en la disminución del riesgo de accidentes.

Se concluyó en esta parte del debate que es imprescindible en la actualidad incluir en los reconocimientos de los conductores y especialmente en los profesionales, de cuestiones dirigidas a la identificación de trastornos del sueño (hábitos de sueño, medicación, horarios de trabajo, etc). En apnea del sueño tiene especial relevancia las preguntas en torno a la identificación del perfil del paciente con apnea del sueño.

También se analizaron los indicadores clínicos de SAHS que incluyen el ronquido, las pausas respiratorias nocturnas, el excesivo sueño diurno y la tendencia al cansancio, junto a estos indicadores aparecen las formas clínicas que forman parte de la enfermedad y que inclu-



yen la obesidad, el cuello corto o la hipertrofia velo palatina.

Se analizaron las herramientas que permiten la valoración de la somnolencia en base a una decisión clínica. Existen medidas subjetivas de somnolencia tales como la escala de Epworth, donde a través de la respuesta a 8 cuestiones se obtienen unas puntuaciones que se considera que si están por debajo de 10 puntos es normal y puntuaciones por encima de 11-12, son indicativas de excesivo sueño diurno, siendo la puntuaciones por encima de 15-16 las que se asocian con una somnolencia más intensa y se asocian con un riesgo incrementado de accidentes de tráfico (odds ratio 15,2).

Las medidas objetivas de somnolencia incluyen el test de mantenimiento de la vigilia y el test de latencias múltiples de sueño. La excesiva somnolencia diurna en el test de mantenimiento de la vigilia se relaciona con el empeoramiento en la conducción de vehículos. La eficacia del despistaje en la población general esta todavía en evaluación.

El Dr Ron Grunstein destacó que era imprescindible valorar el riesgo en la conducción con cada

paciente y advertirles de la necesidad de no conducir si ellos se sienten somnolientos. Esto se debe de aplicar en pacientes en los que se sospecha un diagnóstico de apnea de sueño, pero que aún no esta confirmado, como en aquellos con un diagnóstico clínico establecido. Los pacientes que están obviamente somnolientos y con una historia de accidentes de tráfico relacionados con somnolencia diurna no deben de conducir y se debe de procurar un diagnóstico y tratamiento en un período no superior a 15 días, siendo preciso en estos períodos el empleo de la situación de baja laboral.

Para los pacientes en los que la apnea del sueño se confirma, el Dr Grunstein afirmó que hemos de distinguir aquellos que no presentan somnolencia diurna, de aquellos en los que existen síntomas de somnolencia diurna y en estos el empleo de tratamiento con Presión Positiva Continua (CPAP) debe de demostrar la corrección de los síntomas y de las alteraciones objetivas vistas en el estudio de sueño.

Finalmente se consensuaron entre los asistentes y bajo la coordinación de Gabriel Moreno una serie

de consejos para personas con apnea de sueño u otros trastornos, que deben de incluir:

- Reducir el tiempo de conducción a lo mínimo necesario
- Establecer un mínimo de tiempo de sueño
- Evitar alcohol, sedantes y medicamentos productores de sueño
- Parar y descansar si aparece sueño.

Los expertos hicieron una llamada a la necesidad de identificar a los pacientes de alto riesgo como aquellos con somnolencia diurna grave, historia de frecuentes accidentes por somnolencia o escala de somnolencia de Epworth entre 16-24. Estos pacientes con formas clínicas de presentación de alto riesgo deben de ser remitidos a las Unidades de sueño, particularmente en el caso de los conductores comerciales.

Cualquier paciente con somnolencia diurna no explicada mientras conduce, debe de ser remitido a una Unidad de sueño para su valoración ya que en opinión de los expertos el tratamiento con CPAP en pacientes con apnea de sueño reduce el riesgo de accidentes a los observados en la población general, siempre y cuando se garantice un buen nivel de cumplimiento. Todos los participantes mostraron su acuerdo en que la educación permanece por lo tanto como una pieza fundamental en el manejo del riesgo. No solamente se debe de continuar educando a la población acerca de la peligrosidad de conducir somnoliento, sino también es necesario el aumento en el conocimiento y abordaje del problema por las autoridades políticas, sanitarias y compañías de seguros para contribuir a la mejoría en el

soporte diagnóstico y terapéutico. Se analizó por otro lado la responsabilidad del conductor en evitar la conducción de vehículos si está somnoliento, cumplir con el tratamiento y mantener su sistema de tratamiento CPAP en buenas condiciones de funcionamiento. Es necesario también que acuda a las revisiones periódicas y honestamente comentar con su médico su situación clínica real.

En el caso de los conductores comerciales a los que se les diagnostica apnea del sueño y requieren tratamiento con CPAP precisan de revisiones anuales por un especialista y es recomendable el empleo de sistemas de tratamiento que permitan valorar el nivel de cumplimiento todo ello con el objetivo fundamental de asegurar un adecuado mantenimiento del tratamiento.

Desde el punto de vista de la prevención de accidentes de tráfico en relación con somnolencia diurna todos los participantes mostraron su acuerdo de que es necesario implementar una legislación uniforme en la Unión Europea en relación con causas de excesivo sueño diurno, partiendo de la premisa de que el síndrome de apneas del sueño no es una enfermedad profesional, pero los accidentes durante el trabajo ligados a la somnolencia son accidentes de trabajo.

Hay que establecer reglamentariamente el modo de tener en cuenta el Síndrome de Apneas del Sueño como limitativa de las capacidades para la obtención de los permisos y licencias para conducir.

En relación a la Apnea de sueño los ponentes establecieron los mínimos que a su criterio debe de recoger la legislación:

- Quién debe de controlar la aptitud para conducir en pacientes con apnea de sueño
- Valoración médica de los pacientes con apnea de sueño, ¿quién?, ¿con que herramientas diagnósticas?
- Cuándo pueden conducir los pacientes de apnea de sueño.
- Cada cuánto tiempo se ha de renovar el permiso de conducción de vehículos en pacientes con trastornos del sueño

En la conducción de vehículos se estableció finalmente una clara cadena de responsabilidad, donde las autoridades sanitarias y políticas, los trabajadores, los empresarios y las empresas aseguradoras deben de establecer de forma conjunta protocolos de actuación y reglamentos establecidos de forma conjunta con un objetivo fundamental que es el de prevenir y tratar todas las posibles causas que relacionan somnolencia y siniestralidad vial.

CONCLUSIONES DEL SIMPOSIUM

La excesiva somnolencia diurna afecta a un 5% de la población. Aproximadamente un 35% de los conductores lo hacen somnolientos. La somnolencia diurna y la fatiga provocan accidentes de tráfico. Existe una relación individual entre las horas dormidas y la aparición de excesivo sueño diurno. El 20% de los accidentes ocurren entre las 0 horas y las 6 am. Dormir las horas adecuadas disminuye el riesgo de accidentes. Conducir con sueño incrementa los riesgos que se asumen en la conducción de vehículos.

Los hipnóticos, ansiolíticos, algunos narcóticos y estimulantes afectan en mayor o menor grado a la capacidad para la conducción de vehículos.

Los conductores profesionales son los más seguros a pesar de su mayor exposición al riesgo.

En conducción profesional existe un difícil equilibrio entre el tiempo de trabajo y el dinero.

En el 23% de los casos de accidentes de tráfico existe una implicación de un vehículo profesional

Los conductores son conscientes del riesgo del alcohol.

Los conductores no son conscientes de la importancia de los fármacos.

Las apneas del sueño presentan una asociación causal con accidentes de tráfico por excesivo sueño diurno que se estima en un 5% de los casos.

El gasto estimado en relación con accidentes de tráfico y apneas de sueño se estima en 16 billones de dólares.

El tratamiento de los pacientes con apneas de sueño evita más de 500 accidentes/año lo que equivale a un ahorro neto de 7,9 billones de dólares

Los conductores profesionales conocen bien la relación entre las

apneas de sueño y los accidentes pero tienden a ocultar que padecen esta enfermedad a pesar de encontrarse bien, por miedo a las repercusiones laborales.

El conductor deberá tener la confianza en que las decisiones basadas en el criterio de seguridad serán analizadas con respeto

El empresario debe de saber que el respeto de las normas de seguridad redundara en el beneficio de la empresa.

PROPUESTA DE BURGOS 2008

Creación de una cartilla de los Consejos del buen dormir.

Campaña de información sobre el buen dormir. Derecho al sueño o el sueño como derecho.

Información sobre toma de alcohol, medicamentos y drogas.

Identificación de las situaciones de riesgo.

Mejora en lo posible de la pertinencia de los exámenes psicotécnicos.

Incorporación en los planes de seguridad de las empresas la valoración

de los trastornos del sueño, concertado con la Unidades de Sueño.

Inversión pública en infraestructura vial que permita el buen dormir y el adecuado descanso (mejora en las áreas de descanso)

Aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar la seguridad del transporte en ruta.

Presencia en la discusión sobre el tiempo de trabajo via Parlamento europeo.

El síndrome de apneas de sueño no es una enfermedad profesional, pero los accidentes durante el trabajo ligados a la somnolencia son accidentes de trabajo.

Implementar una legislación uniforme en la Unión Europea en relación con causas de excesivo sueño diurno.

Hay que establecer reglamentariamente el modo de tener en cuenta el Síndrome de Apneas del Sueño como limitativa de las capacidades para la obtención de los permisos y licencias para conducir.

En la conducción de vehículos se establece una clara cadena de responsabilidad, es decir, responsabilidad compartida.

BIBLIOGRAFÍA

- Charles F.P.George. *Sleep apnea, alertness, and motor vehicle crashes*. Am J Respir Crit Care Med 2007;176: 954-956.
- Alonderis A et al. *Medico legals implications of sleep apnea syndrome: Driving license regulations in Europe*. Sleep Med 2007.
- Ellen RLB, Marshall SC, Palayew M, Molnar FJ, Wilson KG et al. *Systematic review of motor vehicle crash risk in person with sleep apnea*. J Clin Sleep Med 2006; 2: 193-200
- Terán Santos J, Jimenez Gomez A, Cordero Guevara JA. *The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents*. N Engl J Med 1999; 340: 847-851
- Howard ME, Desai AV, Grunstein RR et al. *Sleepiness, sleep disordered breathing and accident risk factors in commercial vehicle drivers*. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170:1014-1021
- Barbe F, Pericas J, Muñoz A, Findley L et al. *Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome*. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158:18-22
- Phillip P, SagaspeP, Taillard J et al. *Fatigue, sleepiness, and performance in simulated versus real driving conduction*. Sleep 2005; 28: 1511-1516.
- Masa JF, Rubio M, Findley LJ. *Habitually sleepy drivers have a high frequency of automobile crashes associated with respiratory disorders during sleep*. Am J Respir Crit Care Med 2000, 162: 1407-1412.

Siniestralidad laboral de los trabajadores autónomos

Concepción Ortíz Villar*

El 20 de enero del 2009 (ver Noticias), se presentó ante los medios de comunicación el primer informe sobre siniestralidad laboral de los Trabajadores Autónomos elaborado por la Federación Nacional de Asociaciones de Trabajadores Autónomos-ATA y la Mutua FRATERNIDAD-MUPRESPA.

Este estudio se ha realizado, no sólo con la idea de hacer un seguimiento de las contingencias profesionales de este importante colectivo de trabajadores, sino con la misión de recopilar, analizar y difundir la información relacionada con los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los trabajadores autónomos que ya han optado por cubrir esta contingencia profesional.

Asimismo, el seguimiento y análisis de la información se realiza con

la intención no sólo de describir la situación y su evolución, sino también de obtener una prospectiva de necesidades que contribuya a elaborar las estrategias y políticas preventivas adecuadas, con la finalidad de prevenir los riesgos y sus consecuencias y mejorar las condiciones de trabajo de este colectivo de trabajadores.

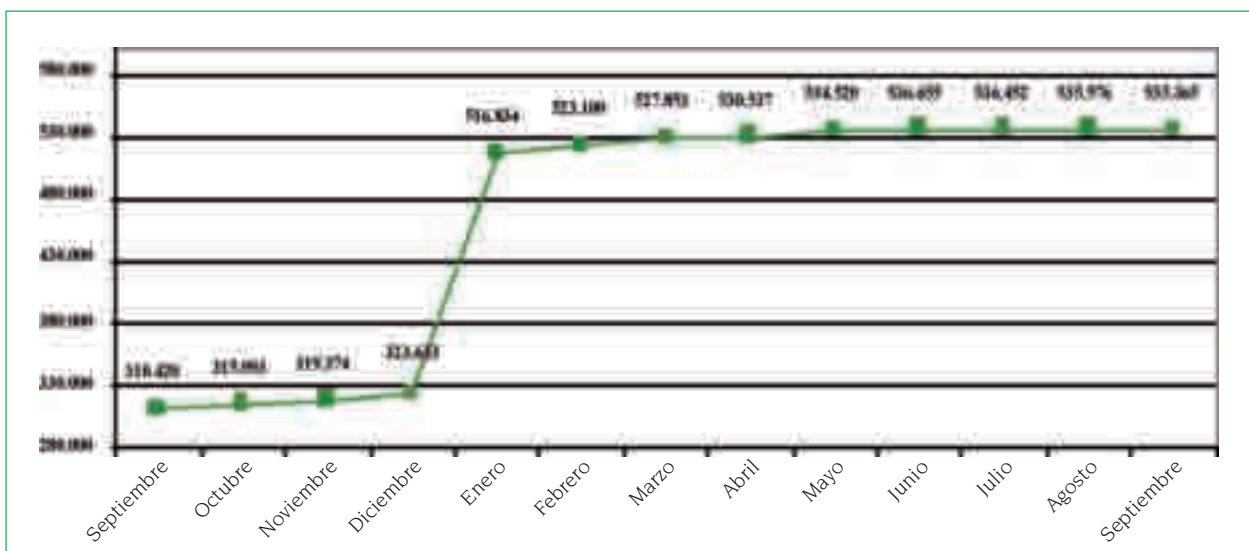
Como la opción voluntaria a la cobertura de las Contingencias Profesionales para los Autónomos, es muy reciente (Ley 1273/2003 de 10 de Octubre, con efecto de Enero de 2004), los datos de siniestralidad laboral publicados por el Ministerio de Trabajo no desglosan los correspondientes a los trabajadores por cuenta propia, sino que se ofrecen de forma conjunta los relativos a toda la población laboral, tanto por cuenta propia como ajena. Por tanto, para

este estudio se han utilizado los datos de siniestralidad correspondientes a los trabajadores por cuenta propia afiliados a la mutua FRATERNIDAD-MUPRESPA.

Sobre la siniestralidad laboral de FRATERNIDAD-MUPRESPA, correspondiente a los trabajadores por cuenta propia en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario (REA) incluidos estos últimos en el RETA a partir de 1 de Enero de 2008, se ha efectuado una extrapolación al resto del Sistema de la Seguridad Social, siempre teniendo en cuenta los incrementos en la población protegida en Contingencias Profesionales en estos Regímenes.

De conformidad con cuanto establece la Ley 20/2007, de 11 de Julio, del Estatuto del Trabajo

* Directora Departamento de Estudios, Fraternidad Muprespa. Informe sobre siniestralidad laboral de los trabajadores autónomos.



Autónomo, la opción a la cobertura de Contingencias Profesionales sigue siendo voluntaria para estos colectivos (excepto para los Trabajadores Autónomos económicamente Dependientes –TRADE– y para los autónomos que presentan un mayor riesgo de siniestralidad).

El análisis de la siniestralidad laboral, tiene como objeto presentar los datos más relevantes de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de manera global, con especial referencia a los accidentes de trabajo **con baja**, por grado del accidente, por origen, por sexo, por edad, por antigüedad en la empresa, por actividad, por ocupación, por nacionalidad, etc.

Como el principal indicador para reflejar la evolución en la siniestralidad laboral es el estudio del índice de incidencia (número de accidentes de trabajo por cada 1.000 trabajadores protegidos en Contingencias Profesionales), para este estudio se han tomado como referencia periodos completos de doce meses, de manera que permi-

ta relacionar el número de accidentes con el número de trabajadores protegidos, por lo que es un sistema más ajustado del seguimiento de la siniestralidad laboral, que las cifras absolutas de accidentes de trabajo.

Por ello, y como la evolución del número de los trabajadores protegidos incide de manera importante en la evolución de la siniestralidad laboral, en el gráfico superior se reflejan los Trabajadores Autónomos que habían optado a la cobertura de Contingencias Profesionales desde Septiembre/2007 (310.420 Autónomos) hasta Septiembre/2008 (535.365), periodo en el que se observa un incremento de un 72,46%, motivado principalmente por la inclusión en el RETA, a partir de 1-1-2008, de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario (Ley 20/2007 del Estatuto del Trabajo Autónomo).

A 30 de septiembre de 2008, en términos relativos, el 16% del total de los trabajadores por cuenta propia (535.365) estaban protegidos en Contingencias Profesionales.

DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LOS AUTÓNOMOS CON CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Por Comunidades Autónomas, en el periodo estudiado, el informe elaborado por FRATERNIDAD MUPRESA y ATA pone de manifiesto cómo de los 535.365 autónomos protegidos por contingencias profesionales, Andalucía (19,7%), Madrid (11,0%), Cataluña (10,6%), Galicia (10,0%) y Valencia (9,5%), registran los mayores porcentajes de altas en esta contingencia, acaparando un 60,8% del total. En el otro extremo se sitúan La Rioja (1,1%), Cantabria (1,6%), Navarra (1,7%) y Baleares (2,0%).

ÍNDICE DE INCIDENCIA EN LA SINIESTRALIDAD LABORAL

Por Comunidades Autónomas, al cierre del ejercicio 2008, el índice

	ALTAS EN CONTINGENCIAS PROFESIONALES TRABAJADORES AUTÓNOMOS	% POR CC.AA.
Andalucía	105.366	19,7
Aragón	15.120	2,8
Asturias	17.101	3,2
Baleares	10.586	2,0
Canarias	19.158	3,6
Cantabria	8.486	1,6
Castilla - La Mancha	36.810	6,9
Castilla y León	38.297	7,2
Cataluña	56.777	10,6
Extremadura	17.599	3,3
Galicia	53.392	10,0
La Rioja	5.792	1,1
Madrid	58.737	11,0
Murcia	17.870	3,3
Navarra	8.831	1,7
País Vasco	14.477	2,7
Valencia	50.966	9,5
TOTAL	535.365	100

	INDICE DE SINIESTRALIDAD TOTAL SISTEMA (POR MIL)	INDICE DE SINIESTRALIDAD TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA (POR MIL)
Andalucía	60	24,2
Aragón	53	19,2
Asturias	63	22,5
Baleares	75	18,7
Canarias	63	18,6
Cantabria	54	27,2
Castilla -La Mancha	72	27,7
Castilla y León	57	24,5
Cataluña	57	8,2
Extremadura	53	28,7
Galicia	50	18,1
La Rioja	60	22,3
Madrid	50	19,2
Murcia	54	22,5
Navarra	56	27,5
País Vasco	58	23,6
Valencia	57	24,4
TOTAL	57,09	21,15

ce de incidencia en los trabajadores por cuenta propia (RETA y REA) es de 21,15 accidentes con baja por cada 1.000 trabajadores protegidos en Contingencias Profesionales, indicador muy inferior al de los trabajadores por cuenta ajena, que registraron 57,09 accidentes por cada 1.000 trabajadores protegidos en el mismo período.

Por Comunidades Autónomas, en el primer escenario, prácticamente la mayoría de las Comunidades autónomas superan la media del 21,15/mil, registrando las mayores tasas Extremadura (28,7), Castilla - La Mancha (27,7), Navarra (27,5) y Cantabria (27,2). Siendo Cataluña, con un 8,2 por mil, la comunidad que registró el menor índice de incidencia de siniestralidad.

En la tabla, se reflejan los índices de incidencia de la siniestralidad laboral correspondientes a los trabajadores asalariados del total del Sistema de la Seguridad Social y el índice de incidencia de los trabajadores por cuenta propia, resaltando Cataluña, comunidad que registra un índice (57/mil) en los trabajadores asalariados desviándose poco de la media española y, por el contrario, con relación a la media de la siniestralidad de los trabajadores por cuenta propia, Cataluña (8,2/mil) proporciona la tasa más baja de todas las comunidades. Por otra parte, los valores de Castilla - La Mancha y Extremadura son altos en ambos escenarios.

ÍNDICE DE INCIDENCIA DE LOS TRABAJADORES AUTÓNOMOS, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



ACCIDENTES CON BAJA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Comunidades que han registrado mayor número de accidentes son Andalucía (22,53% sobre el total), seguida de la Comunidad Valenciana (10,98%), aunque el número de accidentes al ser en este caso en cifras absolutas, no refleja que sean las Comunidades con mayor índice de incidencia, pues ambas comunidades tienen una población protegida del 19,7% y 9,5% respectivamente, sobre el total nacional.

DURACIÓN MEDIA DE LOS DÍAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Contrariamente a lo que ocurre con los índices de incidencia, las medias de días de duración de los procesos de baja en los trabajadores por cuenta propia o autónomos, son más elevadas que en los trabajadores asalariados o de cuenta ajena, entendiéndose que se debe a que el autónomo se acoge a una baja laboral cuando las lesiones requieren de una terapia específica más prolongada.

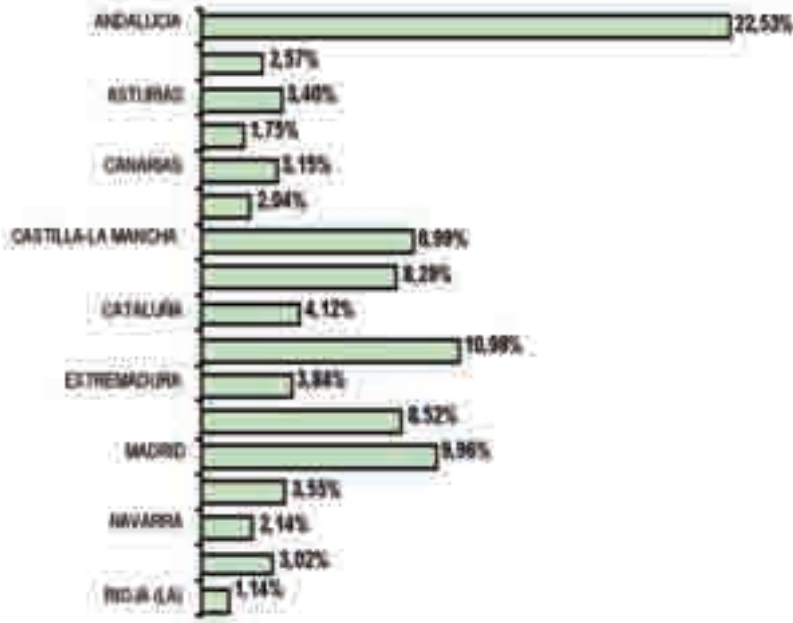
La duración media de los procesos por Incapacidad Temporal se sitúa en:

- **Autónomos:** 32,23 días.
- **Agrarios:** 53,52 días
- **Media (RETA + REA)** 38,26 días, indicador más elevado que el de los trabajadores por cuenta ajena, que se sitúa en 25,39 días.

ACCIDENTES CON BAJA 2008 COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

	RETA	REA	TOTAL
Andalucía	25,03%	14,54%	22,53%
Aragón	1,97%	4,46%	2,57%
Asturias	2,52%	6,22%	3,40%
Baleares	2,18%	0,37%	1,75%
Canarias	3,84%	0,94%	3,15%
Cantabria	1,38%	4,16%	2,04%
Castilla -La Mancha	9,20%	8,32%	8,99%
Castilla y León	5,37%	17,65%	8,29%
Cataluña	4,57%	2,70%	4,12%
Comunidad Valenciana	12,76%	5,28%	10,98%
Extremadura	2,67%	7,57%	3,84%
Galicia	6,10%	16,26%	8,52%
Madrid	12,97%	0,34%	9,96%
Murcia	4,08%	1,84%	3,55%
Navarra	1,56%	4,01%	2,14%
País Vasco	2,91%	3,37%	3,02%
Rioja (La)	0,88%	1,99%	1,14%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

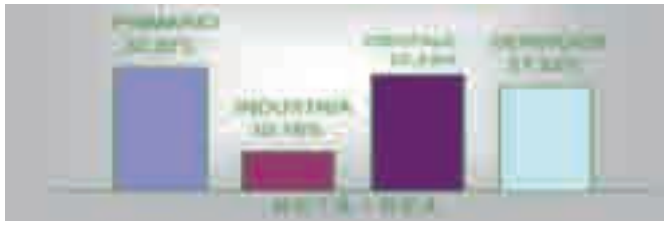
ACCIDENTES CON BAJA POR CC.AA.



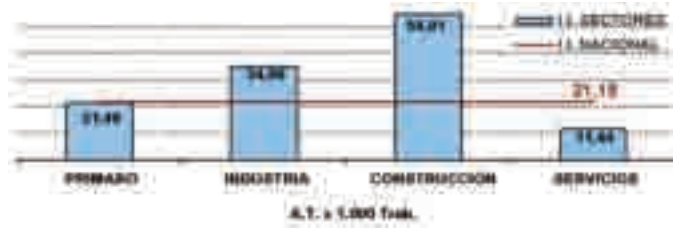
POR SECTORES DE ACTIVIDAD

El Sector Primario (Agricultura, ganadería y pesca) con un 31,70% sobre el total de los accidentes, es el que en términos absolutos ha registrado un mayor número de accidentes, aunque si se tiene en cuenta la población protegida en Contingencias Profesionales, no es el sector con mayor índice de incidencia, sino el Sector de la Construcción (54,91%), seguido de Industria (34,66%), REA cuenta propia (21,46%) y Servicios (11,44%).

COMPARATIVO DE ACCIDENTES POR SECTORES DE ACTIVIDAD

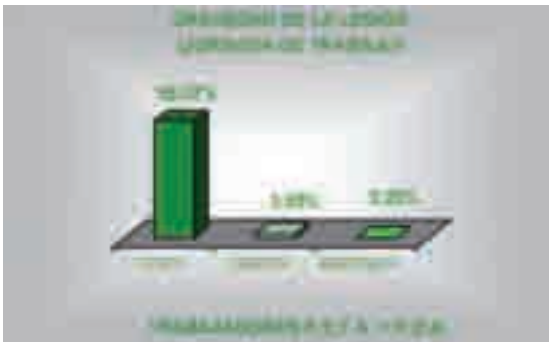


ÍNDICE DE INCIDENCIA 2008 (R.E.T.A + R.E.A. C. PROPIA)



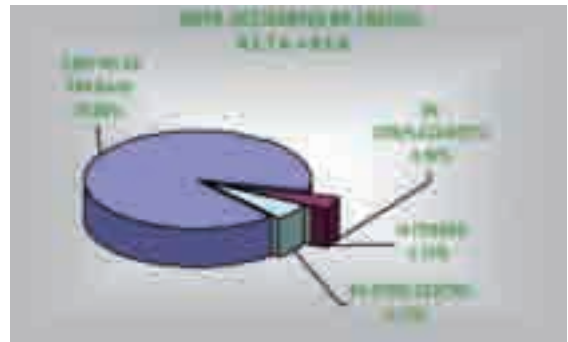
SEGÚN GRAVEDAD DE LA LESIÓN

Los accidentes con baja de los trabajadores autónomos en jornada de trabajo considerados leves, representan el 96,07% del total de los accidentes, el 3,69% los graves y el 0,25% los mortales.



POR ORIGEN DE ACCIDENTE

En el propio centro de trabajo se registraron el 83,86% de los accidentes (en RETA el 78,82% y en REA el 96,59%). El 16,14% restante, corresponde a accidentes de tráfico, desplazamientos, otros centros de trabajo, etc.



POR ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACIÓN O PUESTO DE TRABAJO

Los trabajadores por cuenta propia con menos de un año de antigüedad en la ocupación o puesto de trabajo registran proporcionalmente muchos más accidentes, ya que representan el 21,96% del total, pero sobre todo del RETA donde se registra el 27,69%, frente al REA con un 7,49%, dato que nuevamente refleja que la falta de experiencia incide de manera importante en los accidentes de trabajo, al igual que ocurre en los trabajadores por cuenta ajena, dónde solamente los contratos temporales representan más del 33% del total de los accidentes.

POR SEXO

El 84,28% de los accidentes corresponden al sexo masculino y el 15,72% restante al sexo femenino, hallándose una gran diferencia en la distribución de los trabajadores del RETA y REA. No se pueden extraer los índices de incidencia por desconocer el sexo de los autónomos que han optado a la cobertura de Contingencias Profesionales, no obstante, y como referencia, la afiliación

de la totalidad de los autónomos (RETA+REA), se distribuye en: 67% hombres y 33% mujeres, lo que parece indicar que el índice de incidencia en la siniestralidad, es más elevado en los hombres que en las mujeres.

POR EDADES

Los trabajadores autónomos (RETA), en el tramo comprendido entre 35 a 39 años, son los que registran mayor número de accidentes, con un 17,11% sobre el total, mientras que en el REA el tramo comprendido entre 55 a 64 años representa un 26,71% del total de los accidentes.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ACCIDENTES POR EDAD Y SEXO

Por edad y sexo de trabajadores autónomos, las mujeres en la franja comprendida de los 55 a los 64 años, representan el mayor porcentaje, sobre el total de los accidentes (19,4%) y en el caso de los varones (15,7%), entre los 30 a 34 años.

POR NACIONALIDAD

Para el estudio por nacionalidades, se han considerado inmigrantes a los trabajadores con: Pasaporte, Tarjeta de Residen-

COMPARATIVA DE ACCIDENTES POR EDADES (TOTAL R.E.T.A + R.E.A.)



DISTRIBUCIÓN DE ACCIDENTES POR ANTIGÜEDAD (TRABAJADORES R.E.T.A + R.E.A.)

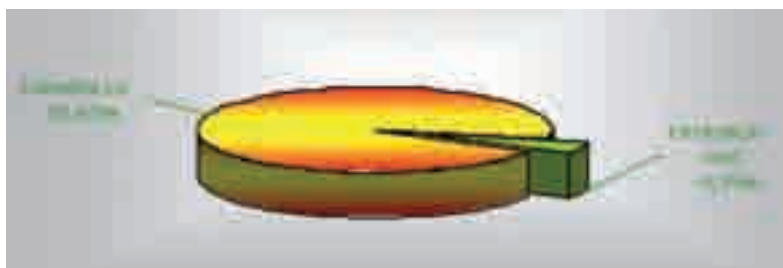


DISTRIBUCIÓN DE ACCIDENTES POR SEXO (TRABAJADORES R.E.T.A + R.E.A.)

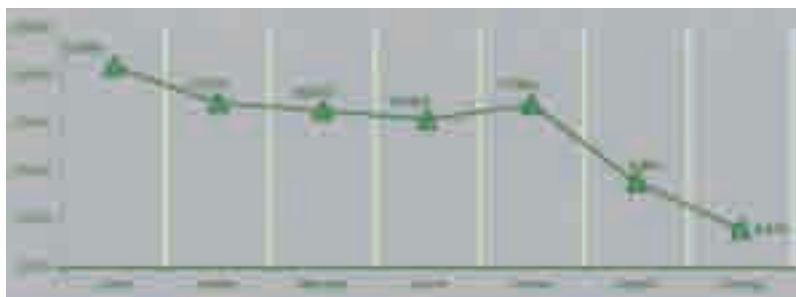


EDAD	TOTAL	% HOMBRES	% MUJERES
Menor de 20	0,7	0,8	0,2
De 20 a 24	5,6	6,0	4,4
De 25 a 29	12,1	13,0	9,2
De 30 a 34	14,5	15,7	10,6
De 35 a 39	15,3	15,6	14,1
De 40 a 44	14,4	14,5	14,0
De 45 a 49	11,9	11,3	13,8
De 50 a 54	10,9	9,9	13,9
De 55 a 64	14,4	12,8	19,4
Igual y más de 65	0,3	0,2	0,4

DISTRIBUCIÓN DE ACCIDENTES POR NACIONALIDAD TRABAJADORES R.E.T.A + R.E.A.



ACCIDENTES POR DÍA DE LA SEMANA R.E.T.A + R.E.A.



DISTRIBUCIÓN % SEGÚN FORMA DEL ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Sobreesfuerzo físico - sobre el sistema musculoesquelético	19,84%
Aplastamiento sobre o contra, resultado de una caída	17,46%
Suma parcial (2 formas de accidentes más repetitivas)	37,30%
Resto de lesiones	62,70%
TOTAL	100,00%

cia, Permiso de Residencia y NIE.

Del total de los accidentes registrados, el 96,78% corresponden a accidentes con nacionalidad española, y el 3,22% restante, a trabajadores extranjeros.

POR DÍA DE LA SEMANA

El día de la semana con más accidentes registrados es el **lunes**, tanto en RETA (22,50%) como en REA (17,38%), lo que representa el 21,05% sobre el total de los accidentes semanales.

POR HORA DEL DÍA

La hora del día con mayor número de accidentes de autónomos registrado, es la de las 10 de la mañana, con un 16,03% sobre el total de los accidentes.

POR FORMA DEL ACCIDENTE

Analizadas las distintas formas que han causado más accidentes en los últimos tres años, se comprueba cómo solamente los **sobreesfuerzos físicos** y los **aplastamientos como resultado de una caída**, representan el 37,30% del total de los accidentes.

Documentación

ACCIDENTES POR TIPO DE LESIÓN

Las lesiones más representativas, son los esguinces y torceduras (21,09%); otro tipo de dislocacio-

nes (10,6%); un 10,2% lesiones superficiales y cuerpos extraños en ojos; un 9,2% fracturas cerradas, y dislocaciones y subluxaciones un 7,4%. Es decir, casi el 60% corresponde a traumatismos relacionados

con el aparato locomotor; en torno al 15% a heridas abiertas y lesiones superficiales y alrededor del 8% a lesiones internas y conmociones de todo tipo. El resto se distribuye en otro tipo de accidentes.

ACCIDENTE POR BAJA 2008 POR TIPO DE LESIÓN. R.E.T.A + R.E.A. PROPIA

Tipo de lesión desconocida o sin especificar	2,15%	Infecciones agudas	0,03%
Heridas y lesiones superficiales	1,29%	Otros tipos de envenenamientos e infecciones	0,04%
Lesiones superficiales, cuerpos extraños en los ojos	10,23%	Ahogamientos y axfisias	0,07%
Heridas abiertas	8,79%	Axfisias	0,05%
Otros tipos de heridas y lesiones superficiales	6,35%	Ahogamientos y sumersiones no mortales	0,00%
Fracturas de huesos	1,56%	Otros tipos de ahogamientos y axfisias	0,03%
Fracturas cerradas	9,22%	Efecto del ruido, la vibración y la presión	0,03%
Fracturas abiertas	1,43%	Pérdidas auditivas agudas	0,01%
Otros tipos de fracturas de huesos	3,66%	Efectos de la presión (barotrauma)	0,00%
Dislocaciones, esguinces y torceduras	2,74%	Otros efectos del ruido, la vibración y la presión	0,00%
Dislocaciones y subluxaciones	7,44%	Efectos de las temperaturas extremas, la luz y la radiación	0,00%
Esguinces y torceduras	21,09%	Calor e insolaciones	0,00%
Otros tipos de dislocaciones, esguinces y torceduras	10,57%	Efectos de la radiación no térmica (rayos X, sustancias radiactivas)	0,00%
Amputaciones traumáticas (pérdida de partes del cuerpo)	0,91%	Efectos de las bajas temperaturas	0,00%
Conmociones y lesiones internas	0,44%	Otros efectos de las temperaturas extremas, la luz y la radiación	0,00%
Conmociones y lesiones intracraneales	0,44%	Trauma psíquico, choche traumático	0,00%
Lesiones internas	4,20%	Daños psicológicos debidos a las agresiones y amenazas	0,03%
Otros tipos de conmoción y lesiones internas	1,22%	Choques traumáticos (eléctrico, provocados por un rayo, etc.)	0,03%
Quemaduras, escaldaduras y congelación	0,19%	Otros tipos de choques (desastres naturales, choque anafiláctico, etc.)	0,02%
Quemaduras y escaldaduras (térmicas)	0,52%	Lesiones múltiples	1,88%
Quemaduras químicas (corrosión)	0,20%	Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	0,05%
Congelación	0,00%	Otras lesiones específicas no incluidas en otros apartados	2,87%
Otros tipos de quemaduras, escaldaduras y congelación	0,15%	TOTAL	100,00%
Envenenamientos e infecciones	0,05%		
Envenenamientos agudos	0,01%		

Noticias propias

XV SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE FRATERNIDAD-MUPRESA

FRATERNIDAD-MUPRESA, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, ha celebrado los días 17 y 18 de octubre, su XV Simposium Internacional, que ha versado sobre Avances Tecnológicos en Traumatología y Cirugía Ortopédica.

El Simposium, cuyo presidente ha sido el Dr. Alejandro Fernández Domingo de FRATERNIDAD-MUPRESA, ha contado con más de 25 ponentes, tanto nacionales como extranjeros, y se ha celebrado en el Hospital Central de esta Mutua en Madrid.

Esta edición ha constado de cinco mesas redondas que han girado sobre los avances en torno a grandes temas, como son: **Cirugía Ortopédica del Miembro Superior** (hombro, codo, muñeca); **Osteosíntesis** (de escafoides, fémur, cadera); **Cirugía de Rodilla** (implantes, aloinjertos); **Cadera**, en la que destacó la intervención del Dr. Pedro Foguet, de Gran Bretaña, sobre el *resurfacing*, sus ventajas, indicaciones, técnica qui-



rúrgica y resultados, y la participación de los doctores Pedro Caba y Rafael Llopis con sus respectivas ponencias sobre cirugía mínimamente invasiva en pelvis y cadera; e **Innovaciones e Investigaciones en Traumatología Laboral**.

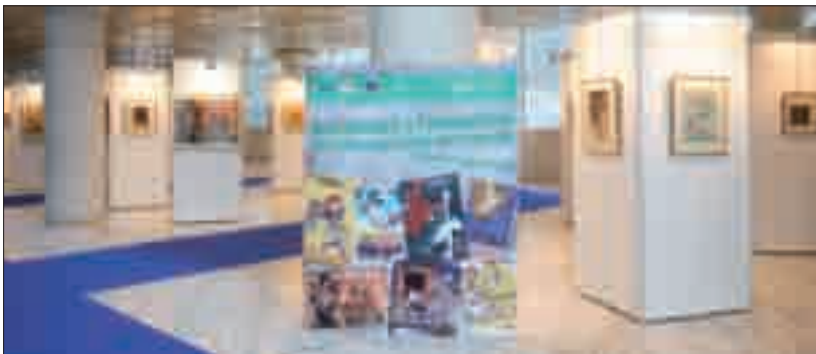
La clausura fue presidida por el director general de FRATERNIDAD, Fernando Eguidazu, acompañado del presidente del Simposio.

2º CONGRESO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Del 20 al 22 de octubre se ha celebrado en el Palacio Municipal de Congresos de Madrid el 2º Congreso de Prevención de Riesgos

Laborales organizado por la Comunidad de Madrid, en colaboración con CEIM, CC.OO. y UGT, que ha sido el foro de encuentro y debate de los profesionales de la seguridad laboral. Durante esos tres días de este encuentro, que se enmarca dentro de las acciones de sensibilización e información previstas en el III Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales 2008-2011, se





han analizado por trabajadores, empresarios y Administraciones aspectos como el desarrollo de las Estrategias Europea y Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, las enfermedades profesionales, la aplicación de la Ley de Subcontratación, etc., con el objetivo principal de mejorar las condiciones de salud y seguridad.

FRATERNIDAD-MUPRESPA tuvo una destacada participación en el mismo, con varias actuaciones desde presentación de ponencias, como la de Antonio de Cos, director del Servicio de Medicina de la Salud de la Mutua (que se recoge aparte en este bloque), y la cesión de la colección de carteles que permaneció expuesta durante todo el congreso. Una exposición de carteles de prevención que mostraba cómo han evolucionado las campañas de concienciación a lo largo de los años, También el patrocinio de un taller en el que se explicó la valoración los factores condicionantes del rendimiento del personal especialista en extinción de incendios forestales, que es un proyecto de I+D+i que Tragsa (empresa mutualista nuestra) y FRATERNIDAD han suscrita con la Universidad de León, con el fin de determinar programas preventivos para ese personal. Por la Mutua participaron M^a

Concepción Ávila y Raúl Pernia, personal técnico especializado.

II CONGRESO DE ACTUALIDAD LABORAL

Del 26 al 28 de noviembre se ha celebrado en el Ateneo el II Congreso de Actualidad Laboral, organizado por el Colegio Oficial de Graduados Sociales de Madrid que preside M^a Antonia Cruz, para la actualización jurídico-laboral. El día 27 el director de Asesoría Jurídica de FRATERNIDAD-MUPRESPA, Rafael Domenech, participó presentando la ponencia “El derecho de intimidad del trabajador en el ámbito laboral”, que corrió a cargo de Jesús Mercader Uguina, catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social de la Universidad Carlos III de Madrid. En su presentación, Rafael Domenech dijo que le resultaba especialmente grato estar ahí tanto por las



buenas relaciones que la Mutua mantiene con el Colegio, como por la importancia de este colectivo. “Tanto las mutuas como los graduados sociales nos desenvolvemos en un mundo complejo y cambiante como es el del trabajo y la Seguridad Social, y de la necesidad de esta formación continua surge este Congreso”.

FERIA DE LOS AUTÓNOMOS

Del 4 al 8 de diciembre en el recinto de la Feria de Muestras de La Coruña se celebró FEMAGA, XV Feria de los Autónomos de Galicia, en la que FRATERNIDAD-MUPRESPA tuvo un stand informativo, que atrajo la atención de los numerosos asistentes. Esta Feria estuvo organizada por la Federación de Autónomos de Galicia y CAYPE (Confederación de autónomos y profesionales de España), y contó con la colaboración de ExpoCoruña, Fundación CaixaGalicia, Ayuntamiento da Coruña, Diputación y Xunta de Galicia.

CONVENCIÓN 2009

Los días 29 y 30 de enero se ha celebrado en Granada la Convención que anualmente celebra la mutua

FRATERNIDAD-MUPRESPA para analizar los resultados del pasado ejercicio y fijar los objetivos y estrategias para el año en curso. Esta reunión de trabajo fue presidida por el director general, Fernando Eguidazu, quien

avanzó los datos provisionales de la mutua en el ejercicio 2008, donde nuevamente alcanzó una recaudación por cuotas superior a los 1.000 millones de euros. En dicho encuentro se analizó la situación del sector y las perspectivas para 2009, ejercicio que se presenta difícil dada la coyuntura general por la que atraviesa la economía española y, en consecuencia, el tejido empresarial. El objetivo prioritario que se fijó para este año fue el de la máxima austeridad en el gasto y el estricto control de todos los recursos (materiales y humanos) para aumentar la eficiencia de la gestión ordinaria lo que incluye el máximo ahorro en el gasto sanitario, sin menoscabo de la prestación del servicio, y la mayor utilización de los recursos propios, inclusive buscando alguna fórmula de colaboración corporativa con alguna otra entidad, para la utilización de centros asistenciales. Asistieron a la convención los directores territoriales, provinciales y delegados, junto con los responsables de los servicios centra-

les, así como la gerencia y la dirección de la Mutua.

INFORME SOBRE SINIESTRALIDAD DE LOS AUTÓNOMOS

El 20 de enero se presentó en rueda de prensa a los medios de comunicación el primer informe sobre siniestralidad laboral de los trabajadores autónomos elaborado por FRATERNIDAD-MUPRESPA en colaboración con la Federación Nacional de Asociaciones de Trabajadores Autónomos-ATA, con gran afluencia de prensa, radio y televisión.

Este trabajo fue presentado por el director general de la Mutua, Fernando Eguidazu, y por el presidente de ATA, Lorenzo Amor, quienes estaban acompañados por sus autoras, Concepción Ortiz, directora de estudios de FRATERNIDAD y Elena Melgar, coordinadora de proyectos de la Federación.



Las principales conclusiones del informe son que la siniestralidad laboral de los trabajadores asalariados triplica la de los trabajadores autónomos, según las estadísticas oficiales, mientras que en las medias de días de duración de los procesos de baja, es al revés, los primeros registran unas medias de 25 días, frente a los 38 días de los autónomos. Sin embargo, según se puso de relieve, a 30 de septiembre de 2008 en términos absolutos 535.365 trabajadores autónomos estaban protegidos en contingencias profesionales, lo que en términos relativos supone sólo un 16% de este colectivo, seguramente por ser una opción voluntaria no suficientemente valorada. (Un completo resumen figura en el artículo de Concepción Ortiz, publicado en este bloque).

NUEVO CENTRO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO EN HOSPITALET

El 22 de enero se inauguró en Hospitalet del Llobregat (Barcelona) un nuevo centro asistencial y administrativo en presencia de los concejales de Sanidad y de Bienestar Social del Ayuntamiento de esta importante localidad





catalana, y del director general de FRATERNIDAD-MUPRESA, Fernando Eguidazu. El nuevo centro, que hace el número 11 de los que tiene la Mutua en Cataluña, ocupa una superficie de más de 600 m² y ha supuesto una inversión cercana a 1,6 millones de euros.

Es un centro asistencial cuenta con los servicios de urgencia por accidentes de trabajo, sala de curas, radiología y rehabilitación, consultas y seguimiento y control de la incapacidad temporal por contingencias comunes, así como el pago de las prestaciones económicas por ITCC. Además, dispone de los necesarios servicios de gestión y administración. Al acto inaugural asistieron más de un centenar de invitados, representantes de las empresas y colaboradores, así como

responsables de entidades, como el Instituto Catalán de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

En Cataluña FRATERNIDAD tiene más de 16.000 empresas asociadas y cerca de 113.000 trabajadores protegidos, habiendo recaudado en 2008 por cuotas de 90 millones de euros.

ACUERDO DE COLABORACIÓN

FRATERNIDAD-MUPRESA ha firmado el 23 de febrero un acuerdo de colaboración con la Federación Provincial Pequeña y Mediana Empresa de Construcción de Cáceres (PYMECON) que permitirá realizar contactos con todas sus empresas asociadas, unas 150 en toda la provincia.

Firmaron el acuerdo el director gerente de PYMECON, José Luis Iglesias Sánchez, y el subdirector general de coordinación de la Mutua, Manuel Gómez de Zamora, en presencia del delegado en Plasencia, el director provincial de Cáceres y el director territorial de Extremadura.



PRESENTACIÓN DE LA EXTRANET DE SERVICIOS EN PALENCIA

El 11 de febrero FRATERNIDAD organizó en Palencia una Jornada de presentación de los servicios y aplicaciones de la web “extranet”, a colaboradores y empresas mutualistas. El acto contó con una representación del tejido empresarial palentino y de asesores laborales y graduados sociales, así como la asistencia de la presidenta del Colegio de Graduados Sociales de la provincia, una representación de la Confederación de Organizaciones Empresariales (CPOE) y responsables de importantes empresas asociadas.



La presentación corrió a cargo de Pedro Maestre, subdirector general de organización, contabilidad y sistemas de la Mutua, y del director del departamento de organización, que explicaron en profundidad las aplicaciones y servicios on-line de la extranet.

Esta jornada técnica se enmarca en un plan de FRATERNIDAD (que empezó en diciembre con una jornada en Valladolid —ver foto—) para ir explicando a los asociados y colaboradores las ventajas de los amplios y eficaces servicios para la transmisión de todo tipo de información sin detrimento de la seguridad necesaria.

100 años de protección social en España

Tal como anunciábamos en el núm. 18 de “LA MUTUA”, en 2008 se ha celebrado el Centenario de la creación del Instituto Nacional de Previsión con diversos actos, siendo quizás el más notable la Exposición que ha tenido como lema “Solidaridad, Seguridad, Bienestar. 100 años de protección social en España”. Esta muestra abierta al público durante dos meses –del 10 de diciembre 08 al 10 de febrero 09– y ubicada precisamente en el edificio que fue bastantes años sede central del INP en la madrileña calle de Alcalá, contenía 250 imágenes, en su mayor parte inéditas, 35 paneles explicativos y 5 monitores con presentaciones virtuales, que permitían al visitante conocer la génesis y el desarrollo de la protección social en España; y aunque para algunos, recorrer las distintas etapas en que la exposición se dividía, quizás significara la rememoración de algo conocido, para otros pudo ser el descubrimiento de una parte de la historia que vivieron sus padres y abuelos.

Sin embargo, los responsables del proyecto expositivo, que fue



Grupo de trabajadores Mina Cutriera, 1918.

comisariado por Arturo Vilorio, se percataron pronto de que era necesario trascender del mero catálogo de ilustraciones y se decidió la publicación de un libro, que no sólo recogiera los testimonios gráficos y documentales sino que explicara con rigor qué había sucedido, en qué circunstancias y quienes y de qué forma habían obrado una transformación tan intensa de la sociedad española en el curso de cien años plagados de dificultades políticas, sociales y económicas y profundamente

marcados por una guerra civil. Una historia que, como dice el Ministro de Trabajo e Inmigración, Celestino Corbacho, en la presentación del volumen, “fue escrita entre todos”.

Y así nació el libro, dirigido y prologado por Santiago Castillo, profesor de la Universidad Complutense, quien dada la necesidad de recorrer la historia de España en muy diversos periodos, con contextos político-sociales muy diferentes, trazó unas grandes etapas delimitadas por la consideración de



los momentos más significativos de cambio de la protección social, y encargó los trabajos a verdaderos especialistas tanto en la materia como en los periodos asignados, respetando su libertad y procurando que la obra conservase una cierta unidad-continuidad en su conjunto, además de resultar una narración asequible y clara.

El primer capítulo (El INP 1908-1918. Entre el seguro voluntario y el obligatorio: la libertad subsidiada) fue un análisis conjunto de Santiago del Castillo y de Feliciano Montero, de la Universidad de Alcalá, y en él se parte del periodo previo del abstencionismo del Estado, se recorren los primeros pasos del intervencionismo –ley de accidentes de trabajo de 1900– para luego enmarcar y tratar más ampliamente la creación del I.N.P. y su primera década de funcionamiento.

Josefina Cuesta Bustillo, de la Universidad de Salamanca, en su capítulo (Estado y Seguros Sociales en España. El INP, 1919-1939), estudia la crisis de la Restauración y la dictadura de

Primo de Rivera, así como el impulso republicano a los derechos sociales y el doble I.N.P. que genera la guerra civil, así como la institucionalización de los primeros seguros obligatorios, como el de vejez.

Pedro González Murillo, del IES Calatalifa, de Villanueva de Odón (Madrid), en su capítulo (El franquismo social: propaganda y seguros a través del INP, 1939-1962), opina que si bien el I.N.P. desarrolló el sistema de previsión social con el fin de que el obrero y su familia pudieran sobrevivir a cualquier infortunio, el franquismo social se caracterizó por el contraste entre el discurso y las efectivas condiciones laborales a las que estuvieron sometidos los trabajadores.

M^a Esther Martínez Quinteiro, de la Universidad de Salamanca, (El INP, 1962-1977. El nacimiento de la Seguridad Social) analiza la puesta en marcha del sistema franquista de “Seguridad Social” y los desencuentros que originó entre los dirigentes franquistas que se debatían entre una visión socializante y otra tecnocrática en

auge, que salvó a las mutuas patronales de su desaparición, después de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

Finalmente, Francisco Comín, de la Universidad de Alcalá, (La protección social en la Democracia. 1977-2008), estudia el proceso de transformación iniciado con los Pactos de la Moncloa, la racionalización del sistema, la consecución de la cobertura universal y la viabilidad financiera (a partir del Pacto de Toledo), así como la consolidación del Estado del Bienestar, a la altura de los países europeos más avanzados.

En definitiva, este volumen es un merecido homenaje al Instituto Nacional de Previsión en la conmemoración de su Centenario, ya que esta institución nacida en 1908 inspirada en propuestas de José Maluquer y presidida en sus comienzos por Eduardo Dato, fue durante un amplio periodo de tiempo el instrumento fundamental de la política de protección social pública que, con toda justicia, reivindicaba –desde hacía más de un siglo– el movimiento obrero.

Alfonso Tulla



Otra foto de la exposición donde se ven campesinos recogiendo una cosecha.