

Master en Salud Laboral

(TFM)

Análisis de los dictámenes preceptivos de
determinación de contingencia laboral en
Catalunya, 2009

Autor: Nilo G. Ditolvi Vera

Director/ra: Josefina Jardi
Fernando G. Benavides

Agosto 2011

Resumen

Introducción.- La determinación del tipo de contingencia de un trabajador tiene repercusiones sanitarias, económicas, administrativas y legales para todos los agentes implicados en dicho proceso. Los objetivos del estudio fueron: describir las características de los dictámenes, estimar la proporción de dictámenes que fueron valoradas como laborales y analizar los factores socio-demográficos y clínicos que podrían influenciarla.

Métodos.- Se revisó 3,122 dictámenes médicos preceptivos de determinación de contingencia resueltos en Cataluña durante 2009. La tasa de detección fue el cociente entre las contingencias laborales reconocidas y el total de contingencias solicitadas. La tasa fue estimada según el origen de la contingencia, sexo, edad, ocupación, clase social y regiones sanitarias. Para valorar asociaciones se utilizó el modelo multivariado de regresión de Poisson modificado.

Resultados.- La contingencia laboral detectada fue de 37% con un rango de entre el 31%(clase social I-II) hasta el 64%(región sanitaria de Girona).

Al analizar la tasa de detección por el origen de la determinación se encontró que en la atención primaria fue 17% mayor que la del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Los hombres tenían un 12% más probabilidad que las mujeres y que los <30 años tenían 31% mayor probabilidad que los >60 años. Aquellos dictámenes procedentes de Girona y el Camp de Tarragona tenían entre el 65% y 70% más probabilidad que los procedentes de Barcelona.

Conclusión.- Las contingencias laborales detectadas constituyen más de un tercio del total de solicitudes de determinación de contingencia. La probabilidad asociada de que una contingencia sea valorada como laboral aumenta si la solicitud proviene de atención primaria, en hombres menores 30 años con trabajos manuales y de regiones sanitarias como Girona o el Camp de Tarragona.

Palabras clave: salud laboral, legislación laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales.

Introducción

La determinación del tipo de contingencia de una enfermedad o lesión que afecta a un trabajador afiliado a la Seguridad Social, con el objetivo de reconocer si tiene o no un origen laboral, es una tarea difícil e importante que tiene repercusiones sanitarias, económicas, administrativas y legales para el trabajador, la empresa, el Sistema Público de Salud (SPS), el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)¹. Estas contingencias pueden ser laborales: lesión por accidente de trabajo ó enfermedad profesional, o comunes: accidente no laboral ó enfermedad común².

En la gestión y atención de las contingencias pueden intervenir el SPS por medio de su red de atención primaria y hospitalaria, el INSS como ente gestor, y las MATEPSS como entidades colaboradoras de la gestión y de la atención sanitaria³. Así, cuando una contingencia es notificada y reconocida como laboral, la atención sanitaria y la gestión económica de ella derivada queda en manos, en la mayoría de los casos, de la Mutua⁴. Sin embargo, existe la sospecha que no todas las contingencias laborales son reconocidas, estimándose en un 16%⁵, quedando como contingencias comunes atendidas por el sistema público de salud⁶ lo que según algunos estudios, de las comunidades autónomas, genera un alto coste económico para el SPS⁷.

De otro lado, el RD 1299/2006 referido a la calificación y comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales abre la posibilidad a los facultativos del Sistema Público de Salud y a los Servicios de Prevención de comunicar la sospecha de una contingencia laboral ante el organismo competente de su comunidad autónoma⁴. Así pues cuando una contingencia es considerada común, dentro del marco de una incapacidad temporal o permanente, y el médico de atención primaria o especializada tiene la sospecha de que tiene un origen laboral y/o el trabajador relaciona sus limitaciones para el trabajo con una exposición laboral pero no existe el reconocimiento de la probable contingencia laboral, ni por la empresa ni por las MATEPSS, se plantea la necesidad de una determinación de contingencia. En ambos casos, para no dejar al trabajador desasistido cuando se encuentre dentro de un episodio de incapacidad temporal o permanente, la prestación sanitaria y económica del

trabajador es cubierta como contingencia común hasta que se realice la determinación de contingencia y se reconozca como laboral o se corrobore como común. En Cataluña, dicha determinación puede tener dos vías de acceso (Figura 1): la petición que hace la persona trabajadora directamente al INSS o la que se inicia por el médico de primaria mediante Instrucción 1/2007 (Figura 2) de determinación de contingencias laborales del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)¹. En ambos casos es el ICAM quien realiza la evaluación médica y emite un dictamen médico preceptivo de la contingencia y el INSS el organismo competente que la resuelve⁸ emitiendo a tal efecto la resolución correspondiente a la que el trabajador, la empresa o las MATEPSS podrán realizar la reclamación previa contra la misma en caso de disconformidad y si es desestimada podrán reclamar en el Juzgado Social.

El objetivo primario del estudio fue describir las características de los dictámenes preceptivos de determinaciones de contingencia, y los objetivos secundarios fueron estimar la proporción de los dictámenes cuyas contingencias fueron detectadas como laborales y estudiar las variables socio-demográficas y clínicas disponibles que pueden influir en los dictámenes de determinación de contingencia.

Sujetos y Métodos

Este estudio se ha basado en la revisión de los dictámenes médicos preceptivos de determinación de contingencia emitidos por el ICAM en Cataluña durante el año 2009. Dichos dictámenes son la conclusión de la valoración médica y legal de los médicos evaluadores del ICAM, mediante visitas médicas al trabajador, que paso previo o no pueden solicitar la intervención de organismos expertos en diferentes ramas de la salud laboral que pueden ayudar a detectar el origen laboral o común de la contingencia.

En el año 2009 hubieron 3,122 dictámenes emitidos por el ICAM, estas solicitudes de determinación de contingencias constituyen el 0,3% del total de incapacidades del 2009 (N= 1, 053,433) en Cataluña y el 1,5% del total de incapacidades estudiadas en ICAM⁸ en el mismo año.

A partir del documento oficial del dictamen preceptivo de la contingencia (ver anexos), fueron extraídos de manera anónima todos los datos disponibles e informatizados en una base de datos (Febrero-Abril del 2011). Siendo estas variables agrupadas según plan de análisis en : 1) el tipo de resultado en el dictamen emitido por el ICAM: laboral, común, no determinable y otros (incomparecencia y anulaciones); 2) el sexo; 3) la edad: menor o igual de 30 años, 31 a 44, 45 a 59 y mayor o igual de 60 años; 4) la ocupación agrupada en directivos, técnicos-profesionales intelectuales y de apoyo, administrativos, trabajadores de la restauración, protección y comercios, trabajadores de la agricultura y pesca, trabajadores de la industria, construcción y minería, operadores de maquinaria y trabajadores no cualificados según CNO – 94⁹ y según la clase social (Clase I-II y III-V)¹⁰; 5) las regiones sanitarias de Cataluña: Barcelona, Tarragona, Girona, Catalunya Central y resto de Cataluña; y 6) el origen de la solicitud de la determinación de contingencia: atención primaria e INSS.

Para valorar el resultado del dictamen se definieron la “tasa de detección”: como el cociente entre las contingencias laborales, lesión por accidente de trabajo y enfermedad profesional, reconocidas respecto al total de dictámenes de contingencias solicitadas, y la “tasa de confirmación” como el cociente entre las contingencias comunes, enfermedad común y accidente no laboral, que fueron confirmadas respecto al total de dictámenes de contingencias solicitadas. La tasa de detección (equivalente a la sensibilidad) nos informa de cuántas solicitudes analizadas por el ICAM, inicialmente todas eran por contingencia común, fueron detectadas como laborales; y la tasa de confirmación nos informa de cuántas solicitudes analizadas por el ICAM, inicialmente todas eran por contingencia común, fueron confirmadas como comunes. Las tasas de detección y confirmación también fueron estimadas según el origen de la contingencia, el sexo, la edad, la ocupación, la clase social y las regiones sanitarias.

Para valorar la posible asociación entre la variable dependiente, el resultado del dictamen, y las variables independientes: sexo, edad, origen de la contingencia ocupación-clase social y regiones sanitarias, se estimaron la razón de prevalencias (RP) crudas y ajustadas con sus intervalos de confianza al 95% a través del modelo multivariado de regresión de Poisson modificado (Log de Poisson con estimación de la varianza robusta)¹¹. Para controlar el efecto confusor en las asociaciones encontradas, respecto a la contingencia laboral y sus covariables, se realizó un ajuste de cada

asociación respecto al resto de covariables que intervinieron en el estudio. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados

De los 3,122 dictámenes preceptivos de determinación de contingencia emitidos por el ICAM en el 2009 fueron excluidos 180 dictámenes, por no estar accesibles en el momento de la extracción de los datos ⁸. Por lo cual la muestra estudiada para el objetivo primario fue de 2,942 dictámenes mientras que para los objetivos secundarios fueron de 2,426 que corresponden a los dictámenes valorados como contingencia común o laboral (Esquema 1).

Las características relevantes de los dictámenes (Tabla 1) fueron que el 32% eran accidentes laborales, el 44% fueron enfermedad común y el 51% provenían de atención primaria. El 62% correspondían a hombres, la mediana de edad fue de 44 años, el 46 % eran trabajadores de la industria manufacturera, construcción, minería y trabajadores no cualificados, y el 71 % eran de la región sanitaria de Barcelona.

La tasa de detección fue de 37% (tabla 2) con un rango de entre el 31%(clase social I-II) hasta el 64%(región sanitaria de Girona), y la tasa de confirmación fue de 45% con un rango entre el 23% (región sanitaria de Tarragona) al 54% (edad mayor o igual a 60 años). Un 18% de los dictámenes no pudieron ser considerados ni contingencias comunes ni contingencias laborales, por no disponer de los elementos de juicio necesarios para la valoración.

Al valorar las asociaciones entre la contingencia laboral y el resto de las covariables (Tabla 3) encontramos que cuando el origen de la solicitud de la determinación proviene de la atención primaria existe un 6% mayor probabilidad (RPc=1,06; IC 95%:0,97-1,15) que el dictamen sea detectado como laboral en comparación con los procedentes del INSS. Así mismo, los hombres tenían un 12% de mayor probabilidad que las mujeres (RPc=1,12; IC 95%: 1,02-1,23) y los menores de 30 años tenían un 34% mayor probabilidad que los mayores de 60 de que en el dictamen se detectara una contingencia

laboral. También aquellos dictámenes procedentes de Girona y el Camp de Tarragona tenían entre el 66% y 61% mas probabilidad de ser dictaminados como laborales que los procedentes de Barcelona. Cuando ajustamos las RP por todas las covariables empleadas en el estudio encontramos que existe un aumento de la probabilidad, estadísticamente significativo (RPa=1,17; IC 95%: 1,07-1,28), de que un dictamen sea considerado como laboral cuando la solicitud de determinación proviene de la atención primaria. Respecto a las de más asociaciones encontradas, para el tipo de contingencia laboral y el resto de las covariables, no se encuentran grandes diferencias entre las RPa y las RPa. Al analizar las asociaciones entre el tipo de contingencia común y el resto de las covariables se obtuvieron resultados complementarios y significativos para las mismas categorías descritas.

Discusión

Este estudio muestra por primera vez, hasta donde sabemos, que algo más de la tercera parte de las solicitudes de dictámenes preceptivos de contingencia, inicialmente calificado como común, es evaluado por el ICAM como laboral. Ahora bien, este porcentaje corresponde, en números absolutos, a 1,094 dictámenes valorados como laborales de 1, 055,433 episodios de baja laboral por contingencia común notificados al ICAM en 2009⁸ (Esquema 2). Aunque, se podría argüir que puede haber un número importante de casos que no solicitan la determinación de la contingencia bien porque no sospeche el médico ni el trabajador, o por falta de información. Estudios recientes, realizados en nuestro medio, muestran que las enfermedades de posible origen laboral atendidas en el sistema público de salud podría alcanzar el 14% de la incapacidad laboral por contingencia común¹² y que la auto percepción de la salud en el 22% de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración, en una muestra de 794 casos, eran relacionadas por los trabajadores con su trabajo¹³.

Este estudio también revela que los dictámenes preceptivos de determinaciones de contingencias que se solicitaron desde atención primaria tuvieron más probabilidad de ser reconocidos como laboral que las pedidas desde el INSS. La explicación de esta diferencia, que aumenta y es estadísticamente significativa cuando esta ajustada por el

resto de las covariables, no es fácil. Un primera hipótesis explicativa pudiera ser que el ICAM realiza formación ad hoc en los centros de atención primaria respecto a la instrucción 1/2007 del ICAM, recomendando que ante la sospecha y de forma previa, consulten a organismos especializados en salud laboral como las Unidades de Salud Laboral, los Centros de Seguridad y Condiciones del Trabajo, y la Inspección de Trabajo. Esto nos podría sugerir que aquellas solicitudes que llegan al ICAM por la vía de la atención primaria, tengan mayores indicios y estén mejor documentadas en cuanto a su probable origen laboral, lo que ayudaría a la compleja tarea del ICAM de valorar la contingencia como laboral. Esto es coherente con los estudios sobre las redes de vigilancia de enfermedades relacionadas con el trabajo en Reino Unido, que sugiere que los facultativos entrenados en medicina del trabajo contribuyan de manera importante en el diagnóstico de contingencias laborales ¹⁴⁻¹⁵. En todo caso, algo que habrá que confirmar en futuros estudios.

La probabilidad aumenta también en hombres menores de 30 años, lo que puede estar explicado por el hecho de que el 84% de las contingencias laborales son accidentes de trabajo las cuales se dan sobretodo en trabajadores jóvenes de tipo manual¹⁶. Además en las diferencias por ocupación, que quedan remarcadas cuando son agrupadas por clase social, donde se observa un cierto gradiente: mayor tasa de detección según va descendiendo la clase social, pueden insinuar que la alta demanda física de las ocupaciones manuales, especialmente las no cualificadas, tiene lógicamente más probabilidad de haber contribuido a generar la enfermedad o lesión que justifica la incapacidad. De confirmarse esta hipótesis, podríamos sugerir que las solicitudes procedentes de trabajadores manuales deben ser valoradas con más atención, especialmente si proceden de atención primaria, dado que podrían tener una mayor probabilidad (debido a un probable efecto sinérgico entre clase social III-IV y atención primaria) de ser de origen laboral. Esto podría ser explicado porque estas clases sociales podrían tener como primera referencia el SPS, a través del medico de atención primaria, para la atención de sus dolencias de salud.

Del mismo modo, en este estudio observamos que la probabilidad de detectar incapacidades de origen laboral también aumenta en ámbitos sanitarios como Girona o Tarragona, lo que podría estar asociado a la variabilidad de la práctica médica en los facultativos de atención primaria al momento de sospechar una contingencia laboral. La

variabilidad de la práctica médica es un fenómeno que afecta la duración de los episodios entre las diversas regiones sanitarias¹⁷, por lo que debe ser estudiado con mayor profundidad. Entre los factores que habría que tener en cuenta a la hora de explicar la variabilidad estarían la falta de tiempo, recursos, comunicación con los diversos agentes implicados y la falta de formación de los médicos de familia en medicina del trabajo¹⁸⁻¹⁹.

Entre las limitaciones de este estudio hemos de señalar que los resultados obtenidos no son comparables ni se pueden extrapolar a otras Comunidades Autónomas. Primero porque, como hemos señalado, no existe otro estudio similar, y segundo porque el proceso de determinación de contingencia en Cataluña, mediante la Instrucción 1/2007 del ICAM, no existe en el resto de Comunidades Autónomas. Hay que recordar que el ICAM cumple en Cataluña una misión que en el resto de CCAA se reparte entre el INSS y el SPS. Otra limitación que consideramos importante es el no haber contado con el diagnóstico médico, que sospechamos tiene una influencia significativa en la determinación de la contingencia. Además, tampoco tuvimos la variable tipo de incapacidad sea temporal o permanente, por lo que no pudimos establecer ni cuantificar cuantos de los dictámenes preceptivos de contingencia laboral correspondían a uno u otro caso. Sin embargo, no creemos que la determinación del dictamen en laboral o común este influenciado por esta variable ya que su estudio y finalización es independiente de la extinción o resolución de la IT o la IP. En todo caso, entre las solicitudes de dictamen, la gran mayoría corresponden a incapacidad temporal.

Igualmente, entre las limitaciones hemos de señalar que no conocemos la última etapa de este proceso, ya que es el INSS quien resuelve finalmente si la contingencia laboral es reconocida como tal o no. En cuyo caso pasaría a ser atendida por una Mutua y retribuida por la misma, realizándose “un ajuste” respecto a quien había pagado hasta entonces la baja laboral por contingencia común, que deberá obtener este importe y la Mutua pagar todo el proceso, y toda la asistencia sanitaria que haya requerido el proceso actual y en caso de recaídas o futuras lesiones incapacitantes. Un dato que sería oportuno conocer mediante el seguimiento de estos casos, aunque la experiencia indica que en la mayoría de las ocasiones el INSS atiende la propuesta por del ICAM.

Por otra parte, su principal fortaleza es que se ha realizado sobre casi la totalidad de las solicitudes de determinación de contingencia evaluados en un año completo, lo que nos hace sospechar que no tiene porque haber diferencias en lo ocurrido si hubiéramos estudiado un año diferente.

Este primer estudio de este proceso, en resumen, pone de manifiesto su complejidad al necesitar de la de interacción entre la atención primaria, el INSS y el ICAM. Registrar el diagnóstico médico que da lugar al proceso y conocer el resultado final de la determinación puede ayudar a mejorar este importante, y sensible, asunto de diferenciar entre el origen laboral o no de una patología que sufre un trabajador afiliado a la seguridad social. El análisis periódico del proceso de determinación de contingencia sería de gran utilidad para incrementar aún más la transparencia del proceso y confianza de los usuarios en el mismo.

Bibliografía

1. Generalitat Catalunya Departament de Salut. Institut Catalá d'Avaluacions Mèdiques (sitio en Internet). Instrucció 01/2007. Valoración de contingencias profesionales. Disponible en:
http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3333/icam_instruc01_2007.pdf
accedido el 15/06/2011.
2. Real Decreto legislativo 1/1994, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Pub. BOE N° 154, 20658-708 (Jun. 29, 1994). Disponible en:
<http://www.istas.net/risctox/abreenlace.asp?idenlace=2238> accedido el 15/07/2011.
3. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de la Seguridad Social. Madrid: Fundación alternativas; 2006.
4. 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. Disponible en:
http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-22169,
accedido 15/07/2011.
5. Benavides F, Castejon J, Gimeno D, Certification of Occupational Diseases as common Diseases in a Primary Health Care Setting. American Journal Industrial Medicine 2005; 47:176–80.
6. Orriols R, Costa R, Albanell M, Alberti C, et all. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. Occup. Environ. Med. 2006; 63; 255-60.
7. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. La carga de enfermedad atribuible al trabajo y su coste sanitario en el País Vasco. Disponible en
http://www.osalan.euskadi.net/s94-osa9999/es/contenidos/noticia/mapa_enfermedad_profesional/es_enfermed/adjuntos/La%20carga%20de%20enfermedad%20atribuible%20al%20trabajo.pdf accedido el 25/06/2011.
8. Institut Catalá de Salut. Institut Catalá d'Avaluacions Mèdiques. Memoria de Organización y Gestión 2009. Barcelona. Disponible en
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3398/icammemo09.pdf> accedido el 15/07/2011.

9. Instituto Nacional de Estadística. España. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fno94%2F&file=inebase> accedido el 15/07/2011.
10. Grupo de trabajo de la Sociedad española de Epidemiología y de la Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta e medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000; 25:132-51.
11. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003 Oct 20; 3:21.
12. Benavides FG, Declòs J., Serra C., et al. Identificación y selección de enfermedad de posible origen laboral atendida por el sistema público de salud. *Aten Primaria*. 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.09.019
13. Sampere Valero, Maite. Influencia de la autopercepción del problema de salud, la capacidad para trabajar y la autoeficacia en la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común. Trabajo final de master. Disponible en http://www.upf.edu/cisal/_pdf/TFM_Maite_Sampere.pdf accedido el 24/06/2011
14. Cherry N.M., McDonald J.C. The incidence of work-related disease reported by occupational physicians, 1996- 2001. *Occup. Med*. 2002; 52: 407-411.
15. Hussey L., Turner S., Thorley K., et al Work- related ill health in general practice, as reported to a UK- wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract*. 2008; 58: 637- 40.
16. Benavides FG, Declòs J., Benach J., Serra C. Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 553- 565.
17. Torá I., Martínez JM., Declòs J., et al. Duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Catalunya. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 61-69.
18. Harber P., Merz Brenda. Time and Knowledge Barriers to Recognizing Occupational Disease. *J Occup Environment Med* 2001; 43: 285-8.
19. Elms J., O'Hara R., Pickvance, et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occup Med*. 2005; 55: 523-7.

Tabla 1. Características generales de los dictámenes preceptivos de las determinaciones de contingencias en Cataluña 2009 (ICAM).

| | n | % |
|---|-------------|------------|
| <i>Tipo de dictamen</i> | | |
| Contingencia Laboral | | |
| Lesión por accidente de trabajo | 928 | 31,6 |
| Enfermedad Profesional | 166 | 5,6 |
| Contingencia Común | | |
| Accidente no laboral | 36 | 1,2 |
| Enfermedad común | 1296 | 44,1 |
| Otros | | |
| No determinable | 223 | 7,6 |
| Anulación, incomparecencia | 293 | 9,9 |
| <i>Variables del dictamen</i> | | |
| Origen de la solicitud | | |
| INSS | 1448 | 49,2 |
| Atención primaria (instrucción 1/2007) | 1494 | 50,8 |
| Sexo | | |
| Mujer | 1126 | 38,3 |
| Hombre | 1816 | 61,7 |
| Edad (años) | | |
| ≤ 30 | 385 | 13,1 |
| 31 - 44 | 1170 | 39,8 |
| 45 - 59 | 1210 | 41,1 |
| ≥ 60 | 175 | 5,9 |
| Desconocida | 2 | 0,1 |
| Ocupación CNO-94 | | |
| Dirección empresas/administraciones públicas | 19 | 0,6 |
| Técnicos-profesionales científicos/intelectuales | 29 | 1,1 |
| Técnicos/profesionales de apoyo | 84 | 2,9 |
| Empleados administrativos | 116 | 3,9 |
| Restauración/servicios/protección/comerciales | 515 | 17,5 |
| Trabajador cualificado: agricultura/pesca | 41 | 1,4 |
| Artesano/trabajador cualificado: manufactura/construcción/minería | 691 | 23,5 |
| Operador: instalaciones/maquinaria/montadores | 575 | 19,5 |
| Trabajadores no cualificados | 645 | 21,9 |
| Desconocido | 227 | 7,7 |
| Regiones Sanitarias | | |
| Barcelona | 2094 | 71,2 |
| Camp de Tarragona | 256 | 8,7 |
| Girona | 241 | 8,2 |
| Catalunya Central | 227 | 7,7 |
| Lleida | 70 | 2,4 |
| Terres de l'Ebre | 44 | 1,5 |
| Alt Pirineu i Aran | 10 | 0,3 |
| Total | 2942 | 100 |

Tabla 2.- Estimación y distribución de las tasas de confirmación y detección según variables socio-demográficas y clínicas en los dictámenes preceptivos de determinación contingencia en Cataluña 2009 (ICAM).

| | Contingencia Común | | | Contingencia Laboral | |
|---|--------------------|-------|------------------------|----------------------|---------------------|
| | N_t | n_1 | Tasa de confirmación % | n_2 | Tasa de detección % |
| Origen de la solicitud | | | | | |
| INSS | 1448 | 677 | 46,8 | 529 | 36,5 |
| Atención primaria | 1494 | 655 | 43,8 | 565 | 37,8 |
| Sexo | | | | | |
| Mujer | 1126 | 535 | 47,5 | 388 | 34,5 |
| Hombre | 1816 | 797 | 43,9 | 706 | 38,9 |
| Edad | | | | | |
| mayor o igual de 60 años | 175 | 95 | 54,3 | 58 | 33,1 |
| 45-59 años | 1210 | 589 | 48,7 | 445 | 36,8 |
| 31-44 años | 1170 | 507 | 43,3 | 445 | 38 |
| menor o igual a 30 años | 385 | 140 | 36,4 | 145 | 37,7 |
| Clase social | | | | | |
| I-II | 132 | 56 | 42,4 | 41 | 31,1 |
| III | 672 | 336 | 50 | 242 | 36 |
| IV- V | 1911 | 890 | 46,6 | 785 | 41,1 |
| Regiones Sanitarias | | | | | |
| Barcelona | 2094 | 1036 | 49,5 | 700 | 33,4 |
| Camp de Tarragona | 256 | 59 | 23 | 110 | 43 |
| Girona | 241 | 77 | 32 | 155 | 64,3 |
| Catalunya Central | 227 | 108 | 47,6 | 81 | 35,7 |
| Lleida, Terres de l'Ebre y Alt Pirineu i Aran | 124 | 52 | 41,9 | 48 | 38,7 |
| Total | 2942 * | 1332 | 45,3 | 1094 | 37,2 |

Tasa de confirmación: n_1 / N_t

Tasa de detección: n_2 / N_t

*Para las estimaciones de las tasas de confirmación y de detección se excluyeron 516 dictámenes (18% del total) que no fueron valorados ni como contingencias comunes ni como contingencias laborales.

Tabla 3.- Análisis de los factores socio demográficos y clínicos asociados con el tipo de dictamen preceptivo de determinación de contingencia en Cataluña 2009 (ICAM).

| | Común | | | | Laboral | | | |
|--|-------|-------------|----------|-------------|---------|-------------|----------|-------------|
| | Crudo | | Ajustado | | Crudo | | Ajustado | |
| | RPc | IC 95% | RPa | IC 95% | RPc | IC 95% | RPa | IC 95% |
| Origen de la contingencia | | | | | | | | |
| INSS | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| Atención primaria | 0,98 | 0,94 - 1,01 | 0,93 | 0,90 - 0,97 | 1,06 | 0,97 - 1,15 | 1,17 | 1,07 - 1,28 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Mujer | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| Hombre | 0,95 | 0,92 - 0,99 | 0,95 | 0,92 - 0,99 | 1,12 | 1,02 - 1,23 | 1,12 | 1,02 - 1,23 |
| Edad (años) | | | | | | | | |
| ≥ 60 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| 45-59 | 0,95 | 0,89 - 1,03 | 0,95 | 0,88 - 1,02 | 1,14 | 0,92 - 1,41 | 1,15 | 0,93 - 1,42 |
| 31-44 | 0,92 | 0,85 - 0,99 | 0,92 | 0,85 - 0,99 | 1,23 | 1,00 - 1,53 | 1,23 | 1,00 - 1,52 |
| ≤ 30 | 0,88 | 0,81 - 0,97 | 0,89 | 0,82 - 0,98 | 1,34 | 1,06 - 1,69 | 1,31 | 1,04 - 1,65 |
| Ocupación- Clase Social | | | | | | | | |
| Clase I-II | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| Clase III- V | 0,92 | 0,79 - 1,07 | 0,95 | 0,82 - 1,10 | 1,24 | 0,77 - 1,99 | 1,14 | 0,72 - 1,80 |
| Regiones Sanitarias | | | | | | | | |
| Barcelona | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| Camp de Tarragona | 0,77 | 0,71 - 0,84 | 0,77 | 0,70 - 0,84 | 1,61 | 1,43 - 1,83 | 1,65 | 1,45 - 1,89 |
| Girona | 0,76 | 0,70 - 0,82 | 0,75 | 0,69 - 0,81 | 1,66 | 1,49 - 1,84 | 1,70 | 1,53 - 1,90 |
| Catalunya Central | 0,98 | 0,91 - 1,05 | 0,99 | 0,92 - 1,06 | 1,06 | 0,89 - 1,27 | 1,03 | 0,86 - 1,22 |
| Lleida, Terres del'Ebre y Alt Pirineu i Aran | 0,93 | 0,84 - 1,03 | 0,94 | 0,85 - 1,04 | 1,19 | 0,96 - 1,47 | 1,16 | 0,93 - 1,44 |

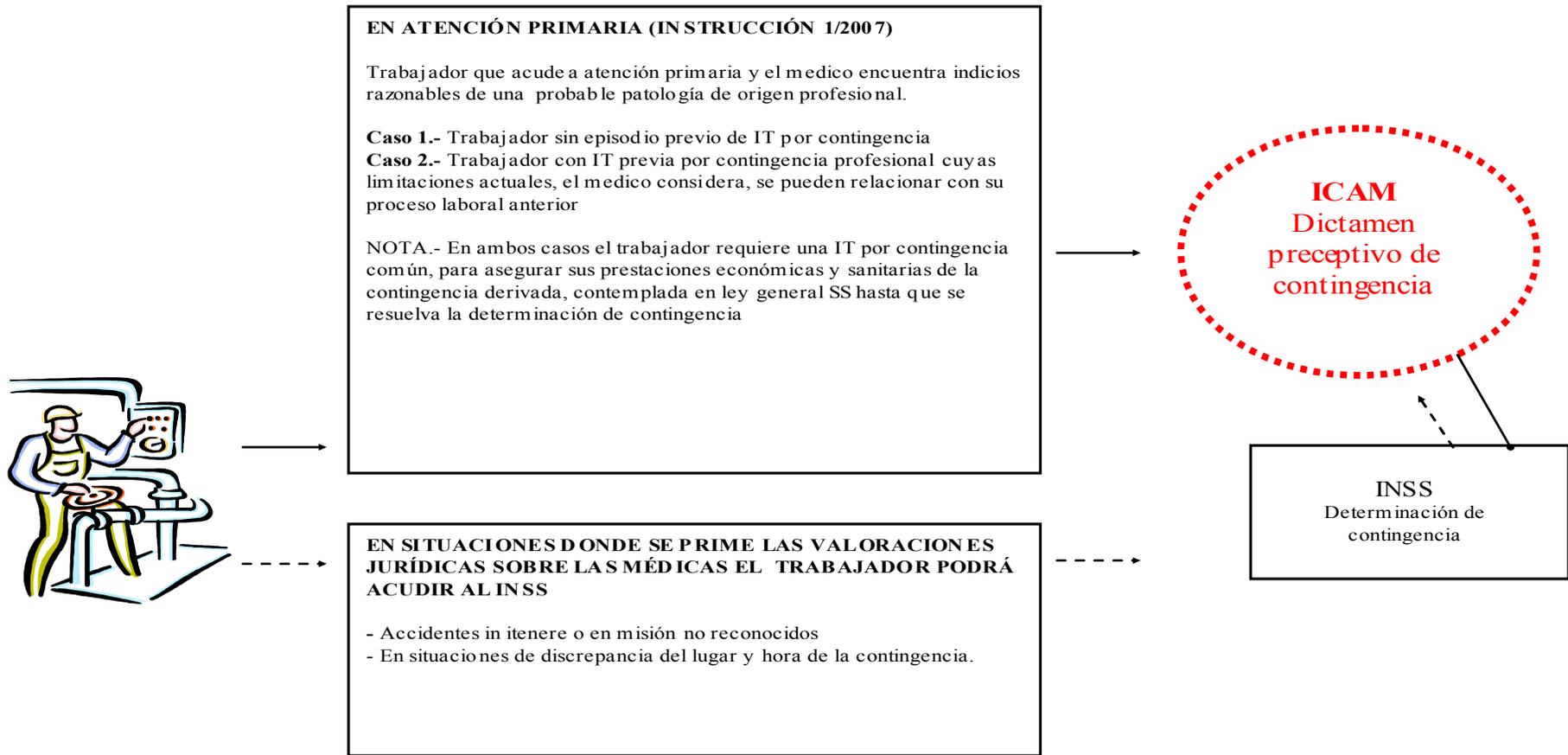
RP= Razon de prevalencias; RPa= Razon de prevalencias ajustadas por el resto de variables independientes

IC= Intervalo de confinaza

*Para las estimaciones de RP se excluyeron 516 dictámenes (18% del total) que no fueron valorados ni como contingencias comunes ni como contingencias laborales

Figuras

Figura 1.- Vías de las solicitudes determinación de contingencias



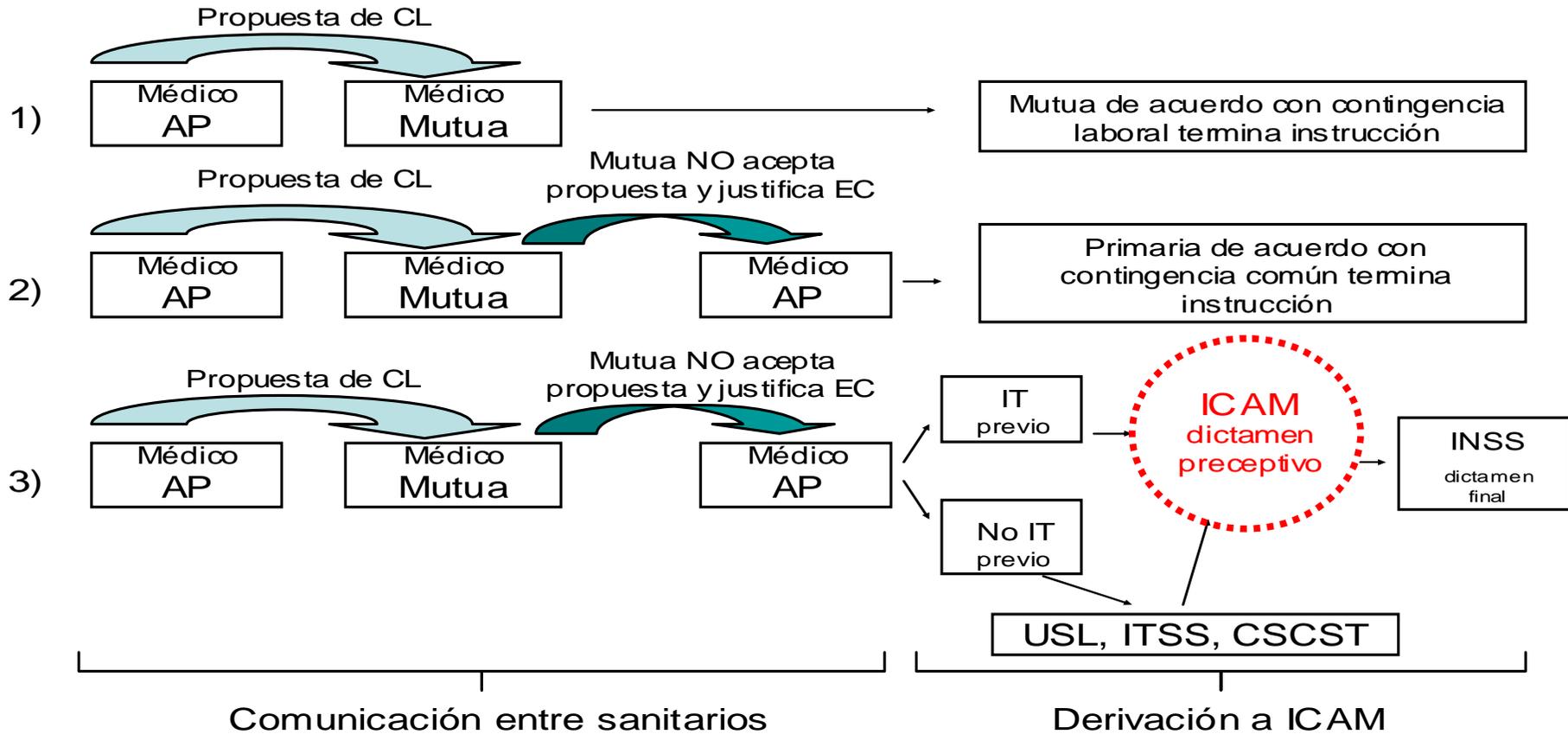
Vías de resolución de los dictámenes preceptivos de determinación de contingencia

————> Trabajador - Atención primaria- ICAM

- - - -> Trabajador - INSS- ICAM

ICAM- INSS dictamen definitivo de la contingencia.

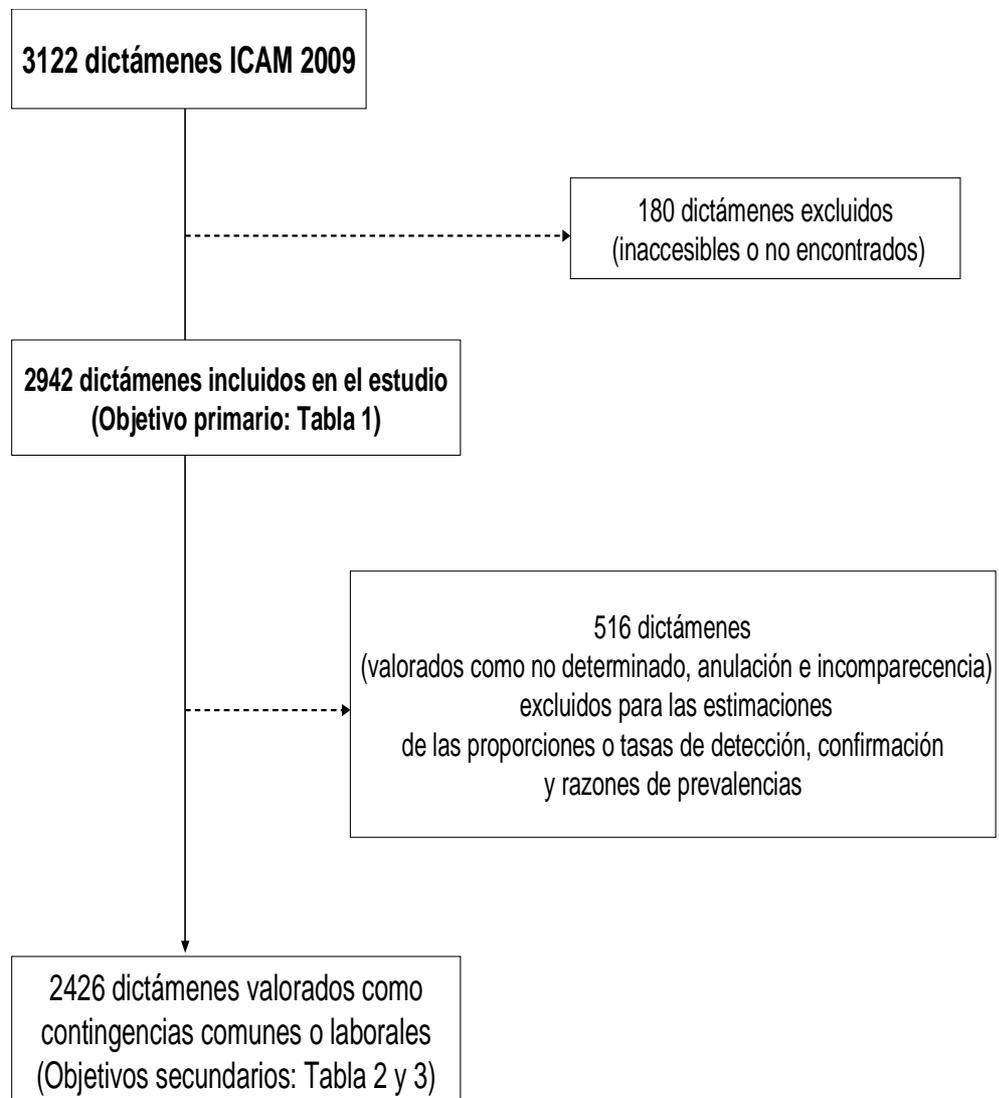
Figura 2.- Determinación de contingencia mediante la instrucción ICAM 1/2007



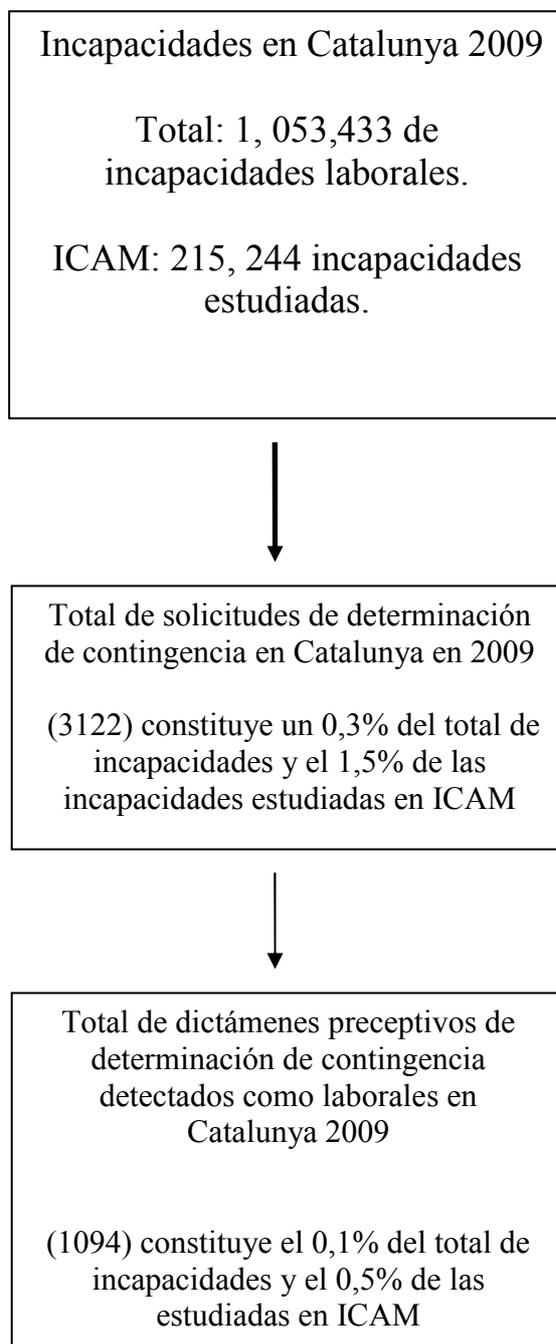
ICAM: Instituto Catalán de evaluaciones medicas/ AP: Atención primaria de la salud / CL: contingencia laboral/ EC: enfermedad común/ INSS: Instituto nacional de la seguridad social/ USL: unidad de salud laboral/ ITSS: Inspectores de trabajo/ CSCST: Centro de seguridad y condiciones de trabajo/ IT: Incapacidad temporal

Esquemas

Esquema 1.- Diagrama de la selección de la muestra del estudio de los dictámenes preceptivos de la contingencia, 2009



Esquema 2.- Dictámenes preceptivos de contingencia laboral en base al total de incapacidades en Catalunya y las estudiadas por el ICAM durante el 2009.



ANEXO

Dictamen preceptivo de determinación de contingencia de ICAM



Generalitat de Catalunya
Institut Català
d'Avaluacions Mèdiques

Dictamen mèdic

Cognoms i nom

DNI

Domicili

Localitat i CP

Professió

Data de naixement

Contingència determinant

Malaltia comuna

Accident de treball

Lesió congènita o anterior a la vida laboral

Accident no laboral

Malaltia professional

No determinable

Cognoms i nom del metge

Núm. de col·legiat

Signatura del metge avaluador

Lloc i data

