



CUADERNOS DE SALUD LABORAL

2014

Salud y trabajo
en la Comunidad de Madrid





CUADERNOS DE SALUD LABORAL 2014

Salud y Trabajo
en la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Ordenación e Inspección



**Biblioteca
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Edita:

Dirección General de Ordenación e Inspección

Coordina:

José María Cisnal Gredilla

Equipo de redacción:

María Fernanda González Gómez

Piedad Hernando Briongos

María Dolores Insausti Macarrón

Servicio de Salud Laboral

isp.s.laboral@salud.madrid.org

Diseño y maquetación:

Blanca Golvano Sacristán

Unidad de Apoyo

© Comunidad de Madrid

Edición:

Mayo 2015

PRESENTACIÓN

El estudio de los datos sobre la salud de la población trabajadora y la difusión del conocimiento generado por su análisis es, tal y como expresa la normativa vigente, responsabilidad de la administración sanitaria.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid hizo firme su compromiso con esta tarea mediante la edición de los "*Cuadernos de Salud Laboral*", publicados por vez primera en el año 2010. Este documento recoge, año tras año, los estudios epidemiológicos de los efectos del trabajo sobre la salud en la Comunidad de Madrid, así como los informes anuales de los principales programas que desde el Servicio de Salud laboral se desarrollan para la promoción de la salud de la población trabajadora, la prevención de patologías relacionadas con el trabajo, y el seguimiento de hombres y mujeres que han estado expuestos, por su trabajo, a determinados riesgos que pueden influir sobre su estado de salud.

Esta Dirección General se reafirma en su compromiso, por sexto año consecutivo, con la presente edición: *Cuadernos de Salud Laboral 2014*. Nuestra pretensión es, una vez más, la de llegar a los profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de la salud laboral para facilitar, con la información volcada en este documento, la priorización y toma de decisiones en las actuaciones de los servicios de prevención de riesgos laborales, y por tanto contribuir a la excelencia en la actividad preventiva en las empresas de esta Comunidad Autónoma.

Mariano Rigabert Antón
Director General de Ordenación e Inspección



ÍNDICE

Introducción.....	- 7 -
Enfermedades profesionales comunicadas en la Comunidad de Madrid. Año 2014	- 11 -
Partes de enfermedad profesional comunicados y cerrados. Años 2012-2014. Informe descriptivo	- 33 -
Accidentes de trabajo en la comunidad de Madrid. Año 2013	- 54 -
Accidentes de trabajo por tráfico en la Comunidad de Madrid ocurridos en el año 2012.....	- 74 -
Vigilancia de accidentes biológicos en la Comunidad de Madrid, año 2014	- 94 -
Programa de Vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid. Informe de seguimiento enero 2015	- 118 -

Introducción

Introducción

Los Cuadernos de Salud Laboral 2014 muestran, un año más, los estudios que el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza sobre la salud y el trabajo en esta región. Esta publicación tiene como objeto contribuir a la difusión del conocimiento de la epidemiología laboral entre las y los profesionales que desarrollan sus funciones en el ámbito de la salud en el medio laboral, dando a conocer los datos disponibles en relación con la salud de la población trabajadora de esta Comunidad Autónoma, los riesgos a los que ésta está expuesta, y los efectos de dichos riesgos sobre su salud.

Esta edición incluye informes sobre los siguientes temas:

- Enfermedades profesionales comunicadas en la Comunidad de Madrid en el año 2014.
- Evolución de las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid: años 2002-2014.
- Accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid del año 2013.
- Accidentes de trabajo por accidente de tráfico en la Comunidad de Madrid. Año 2012.
- Accidentes con riesgo biológico en los servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid, año 2014.
- Programa de vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto de la Comunidad de Madrid. Informe de seguimiento a enero de 2015.

Estos informes muestran la información recogida de manera desagregada por sexo. En el ámbito de la salud, y concretamente en el ámbito de la salud laboral (al igual que ocurre en todos los aspectos de la vida), lo observado en hombres y mujeres es diferente. Una información de calidad sobre la realidad de la salud en el trabajo pasa, pues, por mostrar las diferencias halladas en uno y otro grupo.

Cuestiones de sexo y género interactúan a todos los niveles de la vida de trabajadores y trabajadoras, exponiéndoles a riesgos diferentes con diferentes intensidades, con efectos distintos y repercusión desigual: es bien sabido, y así se recoge en el documento, que hombres y mujeres se emplean mayoritariamente en actividades económicas diferentes. Aún compartiendo actividad, la distribución de ocupaciones es diferente para unos y otras, e incluso teniendo la misma ocupación encontramos que desempeñan tareas diferentes. Existe una segregación vertical y una horizontal, vinculadas ambas a una cuestión de género que expone a diferentes riesgos laborales a trabajadores y trabajadoras. Además, a pesar de desarrollar las mismas tareas, la forma e intensidad de exponerse puede y suele ser diferente, y los efectos sobre la salud también lo son. Asimismo está estudiado que el tratamiento médico-rehabilitador e incluso el administrativo también puede ser distinto una vez el daño se ha producido, y la repercusión del mismo sobre la vida familiar y personal de esta población también varía según el sexo por cuestiones de género.

Así pues, diferencias individuales, aspectos de la vida privada, el sexo, el género y la situación socioeconómica de hombres y mujeres interaccionan con el ámbito en que desarrollan su trabajo. Esto es, interaccionan con las distintas condiciones laborales de unos y otras (exposición a riesgos físicos, químicos, y biológicos, exigencias en el ritmo de trabajo, violencia en el trabajo, salario, etc), con las formas de organización (jerarquía, equipos, temporalidad, dedicación horaria..), y con los sistemas de prevención de riesgos laborales de la empresa (que pueden tener o no incorporada la sensibilidad de género).

Las empresas y sus servicios de prevención deben velar por la protección de la salud de sus trabajadores/as. Para ello precisan partir de una información real y específica de condiciones, riesgos y efectos que se producen en sus plantillas. En la medida en que se disponga de la información más ajustada a la realidad, se podrán emprender actuaciones más eficientes y efectivas, y por tanto de mayor calidad. Las administraciones públicas, y en concreto la administración sanitaria, tienen una responsabilidad en cuanto al tratamiento diferenciado de los datos, la prevención de riesgos laborales de hombres y mujeres, la formación, la difusión y la investigación con perspectiva de género, responsabilidad que queda recogida en la Ley de Prevención de

Riesgos Laborales, en la Ley General de Sanidad, en la Ley General de Salud Pública y posteriores modificaciones de estas normas.

La información se ha obtenido de diversas fuentes; entre ellas hay bases de datos anonimizados relativos a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y otros agregados de afiliación a la Seguridad Social; información, ésta, cedida por instancias laborales (Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo -Comunidad de Madrid-, y la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social). Asimismo se ha contado con la información generada por fuentes primarias propias de la Consejería de Sanidad (datos relativos a los accidentes con riesgo biológico en el sector sanitario y a la vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid).

Todo este trabajo hubiera sido imposible sin el concurso de los profesionales de los servicios de neumología de los hospitales del SERMAS –para el programa regional desarrollado para el seguimiento de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto- (especialmente de los hospitales de Getafe, La Paz y 12 de Octubre, pioneros en el programa), de los servicios de prevención de riesgos laborales de los centros sanitarios -para el estudio de los accidentes con riesgo biológico-, y la coordinación con la Dirección Provincial de Madrid de la Seguridad Social (y su Unidad Médica), en lo relacionado con el seguimiento administrativo de personas afectadas por su exposición laboral al amianto.

Presentamos esta edición *Cuadernos de Salud Laboral 2014* con el fin último de contribuir a la mejora de las actuaciones de profesionales e instancias implicadas en la prevención de riesgos laborales. Pretendemos que la información contenida en estas páginas sirva de herramienta de cara a la planificación preventiva, al seguimiento de la salud de la población trabajadora, y a la labor investigadora de profesionales e instancias competentes.

Servicio de Salud Laboral

**Enfermedades profesionales
Comunicadas en la Comunidad de Madrid
Año 2014**

Enfermedades profesionales Comunicadas en la Comunidad de Madrid Año 2014

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración de este informe se han utilizado los datos referentes a los partes de enfermedad profesional –EP- comunicados en el año 2014 y, para la parte final del mismo, también de aquellos cerrados en el mismo año, en la Comunidad de Madrid, obtenidos de la base CEPROSS (de registro de enfermedades profesionales), y cedidos al Servicio de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad por el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo –IRSST- de la Consejería de Empleo, Turismo y Cultura, entidad regional con acceso a esta aplicación. La cesión de los datos se ha producido de forma anonimizada.

El sistema CEPROSS (aplicación informática para la Comunicación de Enfermedad Profesional, Seguridad Social) recoge información relacionada con enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales –EP-. Disponemos de variables relativas a las personas afectadas (sexo, edad, nacionalidad), a su perfil laboral (ocupación, actividad económica), a su enfermedad (código CIE10, descriptivo, código EP RD1299/2006), a su situación laboral (si existe baja, duración de la misma, si hay recaída, etc.) y, si ha sido cerrado el parte, el motivo del cierre y la calificación de la enfermedad.

Los denominadores para la obtención de los Índices de incidencia corresponden a la media anual de la población afiliada con cobertura de contingencia profesional en esta Comunidad Autónoma, calculada a partir de los datos mensuales facilitados directamente por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (Subdirección General de Estadística).

A partir de enero de 2014, la Subdirección General de Estadística adoptó el criterio de excluir de la población de referencia, de cara al cálculo de índices de incidencia de

contingencias profesionales, a los afiliados al Régimen Especial Agrario en sus periodos de inactividad (en los que no hay riesgo laboral), y a los afiliados de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, pues dichas contingencias son conocidas y gestionadas directamente por esas mutualidades, y no por el INSS. Los afiliados en el 2014 con contingencia profesional cubierta y en los términos descritos, ascendieron a un total de 2.402.016 personas (1.207.382 hombres y 1.194.634 mujeres).

Para comparar índices de incidencia de determinadas enfermedades con lo obtenido el pasado año, se han usado los afiliados en el año 2013 con contingencia profesional cubierta considerando los puntos señalados en el párrafo anterior, para lo cual se han utilizado los datos que la propia Subdirección General de Estadística ha proporcionado para realizar los análisis comparativos interanuales. En el año 2013 se consideraron, a estos efectos, 2.374.864 afiliados/as (1.197.005 hombres y 1.177.859 mujeres).

Así, al final del informe se expone una breve comparación de algunas de las variables con lo observado en el año anterior, publicado en los *Cuadernos de Salud Laboral 2013*^{*}, analizando específicamente aquellas en las que se ha observado diferencias considerables, bien en números absolutos, relativos, o en sus índices de incidencia (es decir, los casos producidos en relación a la población afiliada en uno y otro año).

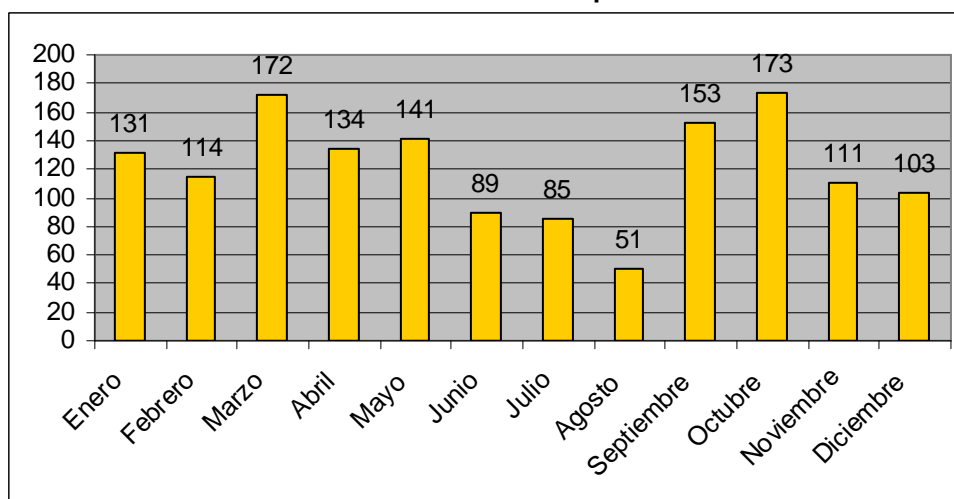
* Disponible en la web de la Comunidad de Madrid, en el portal de salud:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142611935936&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idPagina=1343068184449&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&site=ComunidadMadrid

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2014, fue comunicado un total de 1.457 partes de Enfermedad Profesional (a partir de ahora EP), de los cuales 837 correspondían a mujeres (57,4%), y 620 a hombres (42,6%).

La distribución de dichas comunicaciones a lo largo del año se refleja en el gráfico 1. Como se observa, los meses en que ha sido comunicado un mayor número de partes son octubre, marzo y septiembre, sumando éstos casi el 35% del total de comunicaciones. (No coinciden con lo observado en el año anterior, en el que se concentraron las comunicaciones en los meses de febrero, junio y julio).

Gráfico 1. Partes de EP comunicados por meses. Año 2014.



El 91,8% de las personas que sufrieron estas enfermedades tenían nacionalidad española, el 2,1% rumana, y el 1,1% marroquí. Otras nacionalidades con cierto peso fueron la peruana y la colombiana.

Del total de partes comunicados, el 64,4% se acompañó de baja laboral.

Actividad económica

La distribución por sectores se refleja en la tabla 1. El mayor peso lo tiene el sector servicios, que es también el que asume más afiliados. Sin embargo, valorando el índice de incidencia para estas nuevas EP comunicadas, éste es muy superior en industria.

El índice de incidencia de EP comunicadas en la población trabajadora con contingencia profesional cubierta es de 60,66 EP comunicadas por cada 100.000 afiliados/as, cifra ligeramente superior a lo observado en el año anterior, en que este índice fue de 52,68.

Tabla 1. EP por sector de actividad: número, % e Índice de incidencia

	Frecuencia	Porcentaje	Afiliados/as	I de Incidencia por 100000 afiliados/as
SC. AGRARIO	0	0	5241	0,00
INDUSTRIA	251	17,2	183278	136,95
CONSTRUCCIÓN	79	5,4	115422	68,44
SERVICIOS	1127	77,4	2098076	53,72
Total	1457	100,0	2402016	60,66

Analizado los partes por sección de actividad, fueron las actividades sanitarias y de servicios sociales, y la sección de comercio (mayor y menor) y de reparación de vehículos, las actividades que más comunicaciones de EP aportaron. El mayor índice de incidencia se observó en la sección de actividades sanitarias, seguida de la de suministro de agua, saneamiento, y de la industria manufacturera. (Tabla 2).

Tabla 2. EP por sección de actividad. Número, porcentaje e índice de incidencia.

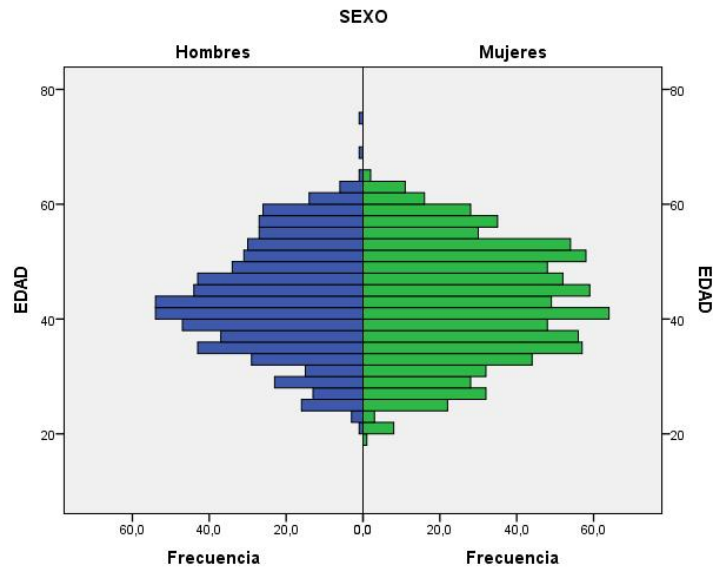
	Nº de EP	%	Afiliados/as	I de Incidencia por 100000 afiliados/as
Agricultura, ganadería, caza, pesca	0	0,0	5241	0,00
Industrias extractivas	1	0,1	1792	55,82
Industria manufacturera	226	15,5	159459	141,73
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	0	0,0	7492	0,00
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	24	1,6	14535	165,12
Construcción	79	5,4	115422	68,44
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	247	17,0	384815	64,19
transporte y almacenamiento	35	2,4	129419	27,04
Hostelería	100	6,9	151209	66,13
Información y comunicaciones	18	1,2	169486	10,62
Actividades financieras y de seguros	4	0,3	102438	3,90
Actividades inmobiliarias	0	0,0	18940	0,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	24	1,6	203328	11,80
Actividades administrativas y servicios auxiliares	142	9,7	256145	55,44
Administración pública, defensa seg social	71	4,9	118738	59,80
Educación	21	1,4	143046	14,68
Actividades sanitarias y de servicios sociales	393	27,0	194817	201,73
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	17	1,2	36772	46,23
Otros servicios	53	3,6	60673	87,35
Hogares que emplean personal doméstico	2	0,1	126119	1,59
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	0	0,0	2131	0,00
TOTAL	1457	100,0	2402016	60,66

Edad

La media de edad observada es de 43,07 años en los hombres (DE: 9,57), y de 42,50 años en las mujeres (DE: 9,93), no hallándose diferencias significativas entre los dos grupos.

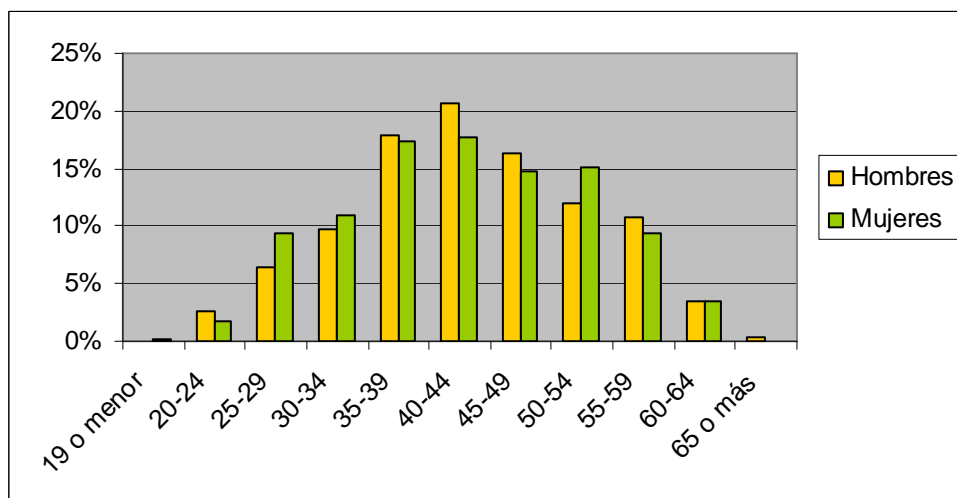
La distribución de edades por sexo se muestra en el gráfico 2:

Gráfico 2. Distribución de partes de EP comunicados por sexo y edad. Año 2014.



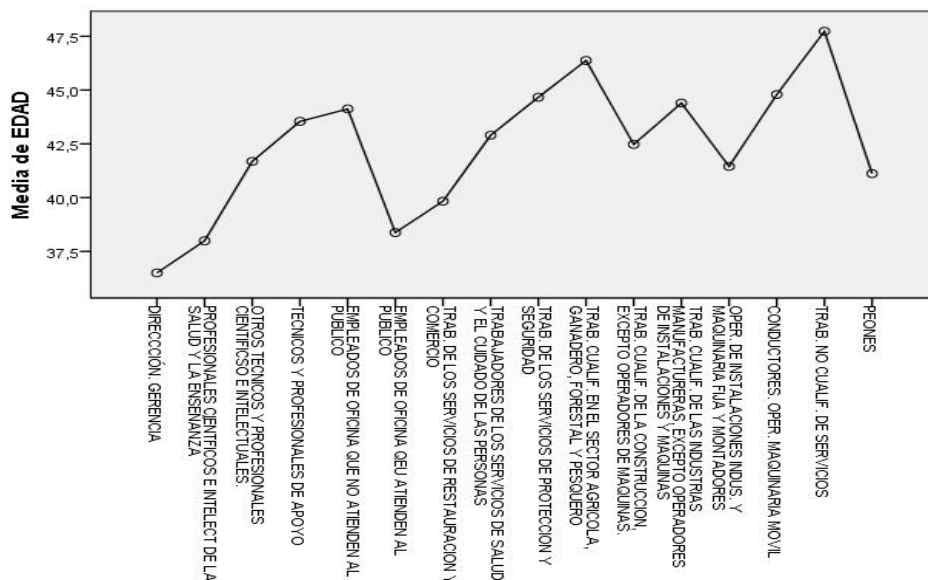
La distribución de unos y otras por grupos quinquenales de edad se muestra en el gráfico 3: en el intervalo de edad entre los 35 y los 49 años es marcadamente superior el número de partes correspondientes a hombres, al contrario de lo que sucede en el intervalos entre los 25 y 34 años, y en el quinquenio 50-54.

Gráfico 3. Distribución porcentual de los partes de EP comunicados. Año 2014



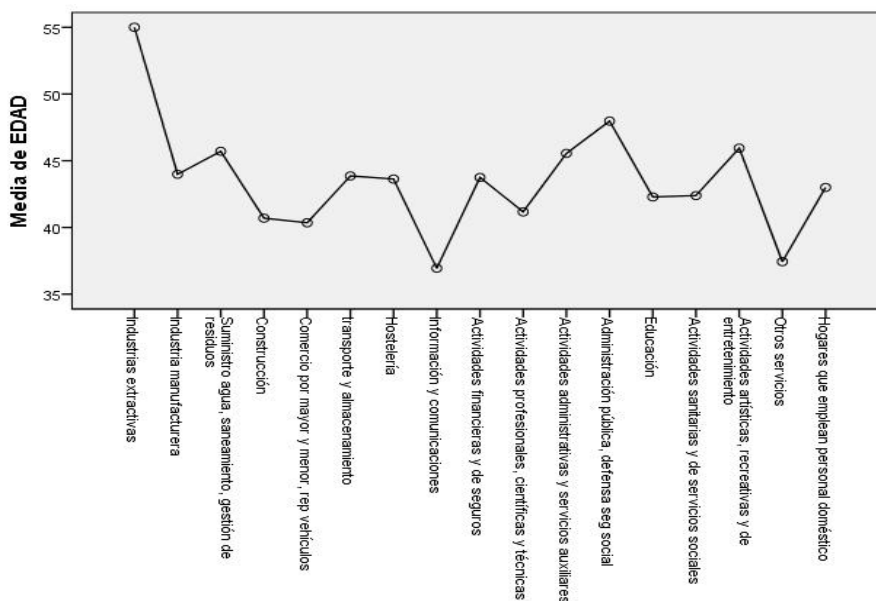
La media de edad fue diferente según la ocupación de la población afectada. (Gráfico 4), siendo la menor la de directores/as y gerentes intelectuales, seguidos de profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza.

Gráfico 4. Edad media de la población afectada según ocupaciones.



También se encontraron diferencias entre las medias de edad según la sección de actividad (Gráfico 5). La población más mayor de media, de la que se notificó EP, trabajaba en industrias extractivas, seguida por aquella que trabajaba en administración pública, defensa y seguridad social.

Gráfico 5. Media de edad según sección de actividad.



Ocupación

Teniendo en cuenta la ocupación, se observó la siguiente distribución de los partes comunicados. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de enfermedades comunicadas según ocupación.

	n	%
Dirección. Gerencia	2	,1
Profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	129	8,9
Otros técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales.	38	2,6
Técnicos/as y profesionales de apoyo	125	8,6
Empleados/as de oficina que no atienden al público	16	1,1
Empleados/as de oficina que atienden al público	32	2,2
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	187	12,8
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas	149	10,2
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad	9	,6
Trabajadores cualificados/as en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	16	1,1
Trabajadores/as cualificados/as de la construcción, excepto operadores de máquinas.	61	4,2
Trab. cualif. de industrias manufact, excepto operadores/as de instalaciones y máquinas	166	11,4
Operadores/as de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores/as	62	4,3
Conductores/as. Operadores/as de maquinaria móvil	29	2,0
Trabajadores/as no cualificados/as de servicios	174	11,9
Peones	78	5,4
Sin codificar ocupación	184	12,6
Total	1.457	100,0

Enfermedades profesionales según RD 1299/2006

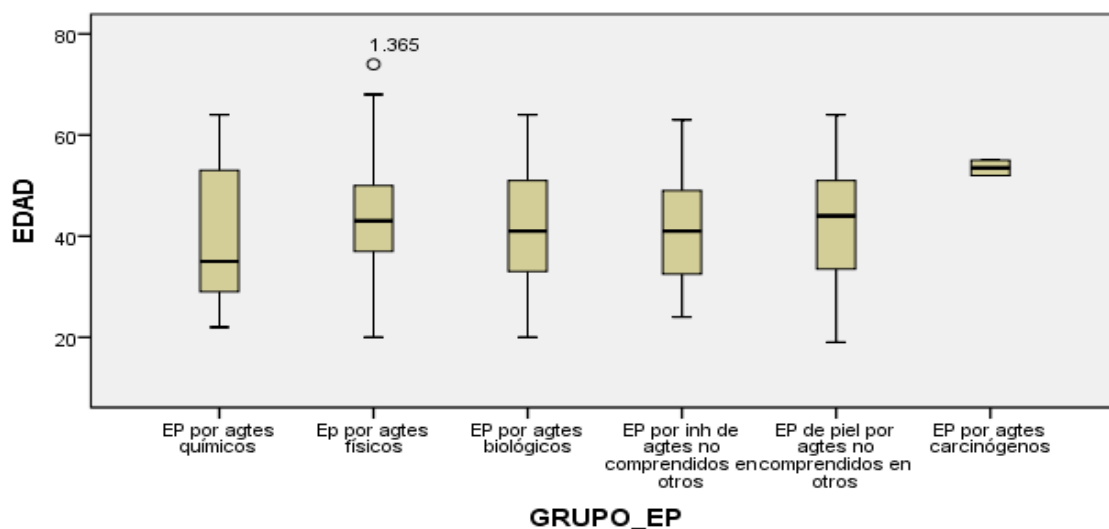
La distribución de EP comunicadas en el año 2014 según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006, se muestra en la tabla 4. El mayor número de EP comunicadas pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, siendo este grupo el que tiene también una mayor incidencia por cada 100.000 afiliados/as.

Tabla 4. EP comunicadas según el RD 1299/2006.

	Hombres N (%)	I de incid por 100000 afiliados	Mujeres N (%)	I de incid por 100000 afiliadas	Total N (%)	I de incid por 100000 afiliados/as
EP causadas por agentes químicos	22 (3,5)	1,82	16 (1,9)	1,34	38 (2,6)	1,58
EP causadas por agentes físicos	451 (72,7)	37,35	456 (54,5)	38,17	907 (62,3)	37,76
EP causadas por agentes biológicos	72 (11,6)	5,96	287 (34,3)	24,02	359 (24,6)	14,95
EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	38 (6,1)	3,15	17 (2,0)	1,42	55 (3,8)	2,29
EP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	35 (5,6)	2,90	61 (7,3)	5,11	96 (6,6)	4,00
EP causadas por agentes carcinógenos	2 (0,3)	0,17	0 (0,0)	0,00	2 (0,1)	0,08
Total	620 (100,0)	51,35	837 (100,0)	70,06	1457 (100,0)	60,66

Se observaron diferencias en la media de edad según grupo de EP comunicada (Gráfico 6):

Gráfico 6. Edad de los afectados/as según grupo de EP.



Es de destacar que la media de edad de las personas afectadas por EP causadas por agentes carcinógenos es de 53,50 años (DE: 12,12); aunque esta media ha descendido en casi ocho años respecto a la media del año anterior, y en más de 20 años respecto a lo registrado en el 2012, hay que considerar que en el año 2014 solo se registraron 2 casos frente a los 7 del 2013 y a los 12 del 2012.

El grupo más joven lo constituye el que sufre EP por agentes químicos: 39,63 (DE: 9,84), a diferencia de los observado en el año anterior, en el que el grupo de menor edad lo constituyeron los trabajadores/as con enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

Partes de EP comunicados según patologías.

La tabla 5 muestra las frecuencias de las enfermedades comunicadas agrupadas y ordenadas de mayor a menor frecuencia de comunicación, según descriptivo. Las epicondilitis constituyen más de la cuarta parte de las EP comunicadas. Los partes de comunicación de EP por conjuntivitis han ascendido de manera importante en los dos últimos años, al contrario que las dermatitis, que se han visto reducidas tanto en números absolutos como relativos desde el año 2012.

Tabla 5. Enfermedades comunicadas en 2014 agrupadas según descriptivo.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Epicondilitis	386	26,49
Conjuntivitis	281	19,29
Sdme del túnel carpiano	217	14,89
Dermatitis	125	8,58
Tenosinovitis mano	79	5,42
Afectación del aparato fonador	52	3,57
Patología del hombro	38	2,61
Dedo en gatillo	35	2,40
Asma	25	1,72
Hipoacusia	16	1,10
Neumonitis/neumoconiosis/fibrosis pulmonar	15	1,03
EP por observación	15	1,03
Tumores malignos	1	0,07
Resto de EP	172	11,81
Total	1457	100

Analizando estas enfermedades en las actividades empresariales en las que ha habido un mayor número de comunicaciones, observamos claras diferencias en cuanto al tipo de enfermedades (según descriptivo) que se dan más en unas u otras actividades. (Tablas 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5).

Tabla 6.1 EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios sociales

	N	%
Conjuntivitis	286	72,8
Epicondilitis	17	4,3
Dermatitis de contacto	10	2,5
Tuberculosis (en estudio y confirm.)	13	3,3
Tendinitis, tenosinovitis	13	3,3
Otras enfermedades infecciosas	26	6,6
Dedo en gatillo	5	1,3
Resto de EP	23	5,9
Total	393	100,0

Tabla 6.2 EP notificadas en comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos.

	N	%
Epicondilitis	85	34,413
Síndrome del túnel carpiano	75	30,364
Tenosinovitis mano	21	8,502
Dermatitis	20	8,0972
Patología del hombro	6	2,4291
Dedo en gatillo	5	2,0243
Resto de EP	35	14,17
Total	247	100

Tabla 6.3. EP notificadas en industria manufacturera.

	N	%
Epicondilitis	86	38,1
Síndrome del túnel carpiano	27	11,9
Tenosinovitis de Quervain	10	4,4
Asma	8	3,5
Dermatitis	21	9,3
Neumoconiosis	6	2,7
Hipacusia	12	5,3
Dedo en gatillo	8	3,5
Resto de EP	48	21,2
Total	226	100,0

Tabla 6.4. EP notificadas en actividades administrativas y servicios auxiliares.

	N	%
Epicondilitis	57	40,1
Sdme. del túnel carpiano	26	18,3
Alteraciones del aparato fonador	14	9,9
Dermatitis de contacto	13	9,2
Tenosinovitis de Quervain	5	3,5
Dedo en gatillo	4	2,8
Resto de EP	23	16,2
Total	142	100,0

Tabla 6.5. EP notificadas en hostelería.

	N	%
Epicondilitis	31	31
Sdme del túnel carpiano	30	30
Tenosinovitis de Quervain	13	13
Dermatitis	13	13
Dedo en gatillo	4	4
Resto de EP	9	9
Total	100	100

Son, en las actividades sanitarias, las enfermedades infecciosas las que más peso tienen, seguidas de epicondilitis y dermatitis. En el resto de actividades con mayor notificación de EP, son las epicondilitis y el síndrome del túnel carpiano las patologías más frecuentes.

Puesto que en el análisis realizado el año anterior la actividad de construcción había tenido interés, y ya se habían observado cambios respecto a periodos previos, mostramos también lo observado para dicha actividad en la tabla 6.6:

Tabla 6.6. EP notificadas (descriptivo) en construcción.

	N	%
Epidondilitis	29	36,7
Síndrome del túnel carpiano	13	16,5
Dermatitis	11	13,9
Patología de la rodilla	8	10,1
Tenosinovitis y sinovitis	2	2,5
Pat neumológicas por exposición a asbesto	2	2,5
Resto de EP	14	17,7
Total	79	100

En esta actividad las dermatitis han repuntado (en los dos años anteriores se había observado un descenso, tanto en números absolutos como en porcentajes),

manteniéndose cifras semejantes en las notificaciones de epicondilitis y síndrome del túnel carpiano.

PARTES ABIERTOS Y CERRADOS EN EL AÑO 2014

En 2014 fueron cerrados 906 partes de EP. De ellos, 806 correspondían a partes abiertos ese mismo año, y el resto a los años 2013 (64 partes), 2012 (2 partes), 2011 (32 partes) y 2010 (un parte).

Del total de partes comunicados en 2014 (1.457, descritos en las páginas anteriores), poco más del 55% (806) fue cerrado en el mismo año. El 61,3% de estos partes correspondió a trabajadoras (la misma proporción hombre/mujer que en el conjunto de los partes cerrados).

La media de edad de la población con parte de EP abierto y cerrado en 2014 fue menor que la de aquella cuyos partes fueron comunicados en 2014 pero no fueron cerrados en dicho año: 41,89 años (DE:10,31) versus 43,79(DE:8,98) ($p < 0,001$).

Las causas de cierre de estos partes, se muestran en la tabla 7. Se observa cómo la enfermedad del 35% de las mujeres se cierra como una lesión permanente no invalidante frente al 23,1% de los hombres.

Tabla 7. Causas de cierre de los partes en hombres y mujeres, Porcentajes.

	Hombres	Mujeres	Total
Alta por curación y/o alta laboral	72,8	63,0	66,7
Alta por propuesta de IP	3,5	1,6	2,4
Fallecimiento	0,3	0,0	0,1
Lesión Permanente no Invalidante	23,1	35,0	30,4
Sin baja laboral	,3	0,0	0,1
Otras causas	0,0	0,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Estudiando las causas de cierre según los grupos de EP establecidos en el RD 1299/2006, encontramos que en todos ellos se da el alta por curación o mejoría con mayor frecuencia, sin embargo, en los grupos 2 (EP por agentes físicos), 3 (EP por agentes biológicos) y 4 (EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados), tiene cierta relevancia el cierre por Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI). (Tabla 8).

Tabla 8. Causas de cierre en Grupos de EP según RD 1299/2006.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Total
Alta por curación	17 (85,0)	322 (79,7)	149 (48,7)	15 (53,6)	34 (73,9)	1 (50,0)	538 (66,7)
Alta por propuesta de IP	2 (10,0)	2 (0,5)	1 (0,3)	6 (21,4)	8 (17,4)	0 (0,0)	19 (2,4)
Fallecimiento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (0,1)
LPNI	1 (5,0)	78 (19,3)	155 (50,7)	7 (25,0)	4 (8,7)	0 (0,0)	245 (30,4)
Sin baja laboral	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)
Otras causas	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
Total	20 (100,0)	404 (100,0)	306 (100,0)	28 (100,0)	46 (100,0)	2 (100,0)	806 (100,0)

En la tabla 9 se muestra cómo fueron calificadas las EP notificadas y cerradas en el 2014. Los partes notificados como EP producidos por agentes químicos fueron los que en menor proporción fueron reconocidos como EP, quedando un 15% de ellos calificados como accidente de trabajo. El grupo inicialmente comunicado como EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados fue el que obtuvo un mayor porcentaje de calificaciones como Enfermedad Común (el 7,1%).

Tabla 9. Calificación de la contingencia en los grupos de EP según RD 1299/2006.

	Accidente trabajo	Enfermedad común	Enfermedad Profesional	Total
EP por agentes químicos	15,0	0,0	85,0	100,0
EP por agentes físicos	5,4	4,2	90,3	100,0
EP por agentes biológicos	0,0	2,9	97,1	100,0
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados	3,6	7,1	89,3	100,0
EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados	6,5	6,5	87,0	100,0
EP por agentes carcinógenos	0,0	0,0	100,0	100,0
Total	3,6	3,8	92,6	100,0

Estudiados estos partes considerando los sectores de actividad en que trabajaban las personas afectadas, encontramos que, como era de esperar, y siguiendo la distribución de la población trabajadora en esta Comunidad Autónoma, es en el sector servicios donde se acumulan más partes, comunicándose sobre todo EP por agentes biológicos y físicos. En industria y en construcción, son las enfermedades producidas por agentes físicos las que mayoritariamente provocan la comunicación de partes (tabla 10).

Tabla 10. Sectores de actividad según grupos de EP comunicadas.

	INDUSTRIA		CONSTRUCCIÓN		SERVICIOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
EP por agentes químicos	4	3,7	3	7,7	16	2,4	23	2,9
EP por agentes físicos	85	79,4	29	74,4	288	43,6	402	49,9
EP por agentes biológicos	2	1,9	2	5,1	302	45,8	306	38,0
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros	6	5,6	2	5,1	20	3,0	28	3,5
EP de piel por agentes no comprendidos en otros	9	8,4	3	7,7	33	5,0	45	5,6
EP por agentes carcinógenos	1	0,9	0	0,0	1	0,2	2	0,2
Total	107	100	39	100	660	100	806	100

En la tabla 11 se muestran las calificaciones de los partes según la sección de actividad económica de las empresas. El 100% de los partes comunicados correspondientes a industrias extractivas, transporte, y educación, entre otras, fueron reconocidos como EP. El porcentaje mayor de partes considerados como enfermedad común se dio en la sección de actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento (12,5%).

Tabla 11. Calificación de los partes según sección de actividad, en porcentajes.

	AT	EC	EP	Total
Industrias extractivas			100,0	100,0
Industria manufacturera	4,3	5,4	90,3	100,0
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	15,4	7,7	76,9	100,0
Construcción	7,7	2,6	89,7	100,0
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	4,2	4,2	91,5	100,0
Transporte y almacenamiento			100,0	100,0
Hostelería	4,5	4,5	90,9	100,0
Información y comunicaciones			100,0	100,0
Actividades financieras y de seguros			100,0	100,0
Actividades profesionales, científicas y técnicas			100,0	100,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	9,4	6,3	84,4	100,0
Administración pública, defensa seg social	5,3	7,9	86,8	100,0
Educación			100,0	100,0
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1,0	2,9	96,2	100,0
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento		12,5	87,5	100,0
Otros servicios	6,7		93,3	100,0
Total	3,6	3,8	92,6	100,0

BREVE COMPARATIVA. EVOLUCIÓN 2012-2014

En términos generales, y en relación a los dos años anteriores, se ha reducido la proporción de partes comunicados correspondientes a trabajadoras tras el incremento observado en el 2013 (57,4% frente al 60,8% del pasado año). No se observaron diferencias de edad con el año anterior, ni en hombres ni en mujeres ($p > 0,05$ para ambos grupos).

Parece consolidarse el cambio en el perfil de la nacionalidad observado el año anterior respecto al 2012, observándose un claro ascenso del peso de la población española, que ha pasado a ser del 69,2% de los casos en dicho año, al 91,8 en el año 2014. Estas variaciones guardarían relación con los cambios que se han dado en la población afiliada en general: el nº de extranjeros afiliados a la seguridad social en nuestra Comunidad Autónoma sigue una línea descendente desde el año 2008*.

Ha aumentado el índice de incidencia de EP en la industria manufacturera, tras el descenso observado en el año 2013. Asimismo ha aumentado el peso de los partes comunicados de EP de la población ocupada en servicios de hostelería y comercio, en ambos casos siguiendo la misma tendencia del año anterior.

En el Anexo I se muestran todas las EP comunicadas según los grupos del Real Decreto 1299/2006, desagregadas por sexo. Se mantiene el incremento observado en el año 2013 en la notificación de nódulos de las cuerdas vocales, especialmente en mujeres, con una tasa de notificación de esta EP de 4,02 casos por 100.000 trabajadoras. Sin embargo, considerando todos los partes cerrados en el año 2014 (independientemente del año en que fueron abiertos), hubo 33 mujeres a las que se reconoció su afectación de las cuerdas vocales

como EP (la mitad de las reconocidas en 2013). Así pues, lo que el pasado año nos hacía pensar en una mayor sensibilidad hacia esta afectación tan propia de actividades como educación o información, actividades en el que el número de mujeres es muy

* <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/index.htm>

superior al de hombres, parece haber sido un evento único y pasajero.

En términos generales, se observa que existen diferencias en la aparición de los siguientes grupos de EP entre hombres y mujeres ($p < 0,05$): aquellas producidas por agentes biológicos se observan con mayor frecuencia en las trabajadoras, y tanto aquellas producidas por agentes físicos como por inhalación de sustancias no incluidas en otros apartados tienen mayor peso entre sus compañeros.

En cuanto a las EP del Grupo 3A, por *enfermedades infecciosas en las personas que se ocupan de prevención, asistencia médica y actividades con probado riesgo de infección*: se ha visto incrementado el índice de incidencia de estas patologías desde el año anterior, tanto en hombres como en mujeres: 183,65 mujeres afectadas por cada 100.00 trabajadoras del sector sanitario, y 150,69 en el caso de sus compañeros, frente a los índices observados en 2013: 136,65 en las mujeres y 119,54 en los hombres.

Se mantienen, en 2014, cifras similares a las observadas en cuanto al número de partes de EP de la piel (grupo 4) el pasado año: 96 en 2014 y 98 en 2013.

En el 2014 solo fueron notificadas vía CEPROSS cinco EP por exposición laboral al amianto, de las cuales 3 han sido ya calificadas y cerradas: 2 como EP y una como enfermedad común. Se debe anotar que estas EP no incluyen aquellas patologías laborales reconocidas en la población que estuvo expuesta anteriormente al amianto y que actualmente no trabaja, puesto que el CEPROSS solo recoge las notificaciones y cierres de población en activo.

Las contingencias conocidas hasta la fecha en el marco del Programa de Vigilancia de la Salud de la población trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid, incluyendo trabajadores inactivos, quedan recogidas en el informe referente al mismo en el último apartado de estos Cuadernos de Salud Laboral.

ANEXO I
PARTES COMUNICADOS
ENFERMEDADES PROFESIONALES POR GRUPOS
SEGÚN RD 1299/2006

GRUPO EP	AGENTE	NÚMERO		
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos				
A	METALES	1	3	4
C	HALÓGENOS	2	0	2
D	ÁCIDOS INORGÁNICOS	1	1	2
E	ÁCIDOS ORGÁNICOS	3	0	3
F	ALCOHOLES Y FENOLES	2	2	4
G	ALDEHIDOS	1	2	3
H	ALIFÁTICOS	2	0	2
I	AMINAS E HIDRACINAS	1	0	1
J	AMONÍACO	0	1	1
K	AROMÁTICOS	0	1	1
L	CETONAS	0	5	5
M	EPÓXIDOS	5	0	5
N	ÉSTERES	1	0	1
O	ÉTERES	1	1	2
Q	ISOCIANATOS	1	0	1
S	ORGANOCLORADOS Y ORGANOFOSFORADOS	1	0	1
TOTAL GRUPO 1		22	16	38

GRUPO EP	AGENTE	NÚMERO		
		Hombres	Mujeres	Total
2. Enfermedades causadas por agentes físicos				
A	Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	14	2	16
B	Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.	8	6	14
C	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.	13	1	14
D	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares o tendinosas.	322	257	579
E	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas.	2	0	2
F	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión.	82	142	224
G	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas.	4	0	4
L	Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales.	6	48	54
TOTAL GRUPO 2		451	456	907
3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.				
A	Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (excluidos microorganismos grupo 1 (RD 664/1997)	63	281	344
B	Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales, o por sus productos o cadáveres.	4	5	9
C	Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci...	5	1	6
TOTAL GRUPO 3		72	287	359

GRUPO EP	AGENTE	NÚMERO		
		Hombres	Mujeres	Total
4. Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados				
A	Polvo de sílice libre	5	0	5
C	Polvos de amianto	4	0	4
G	Neumoconiosis por polvo de aluminio	1	0	1
H	Sustancias de alto peso molecular	19	6	25
I	Sustancias de bajo peso molecular.	9	11	20
TOTAL GRUPO 4		38	17	55
5. Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados				
A	Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 10.000 daltons	23	40	63
B	Sustancias de bajo peso molecular por encima de los 10.000 daltons	12	17	29
C	Sustancias fotosensibilizantes exógenas	0	2	2
D	Agentes infecciosos	0	2	2
TOTAL GRUPO 5		35	61	96
6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos				
A	Amianto	1	0	1
J	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	1	0	1
TOTAL GRUPO 6		2	0	2
TOTAL GRUPOS ENFERMEDADES PROFESIONALES		620	837	1.457

**Partes de enfermedad profesional
Comunicados y cerrados
Años 2012-2014
Informe descriptivo**

Partes de enfermedad profesional comunicados y cerrados Años 2012-2014 Informe descriptivo

Con el fin de conocer cómo fueron reconocidas las EP comunicadas (si se reconocieron como enfermedad profesional –EP-, como accidentes de trabajo –AT-, como enfermedad común –EC-), analizamos aquellos partes comunicados en el sistema CEPROSS en los años 2012, 2013 y 2014 y que a 31 de diciembre de 2014 ya habían sido cerrados y calificados.

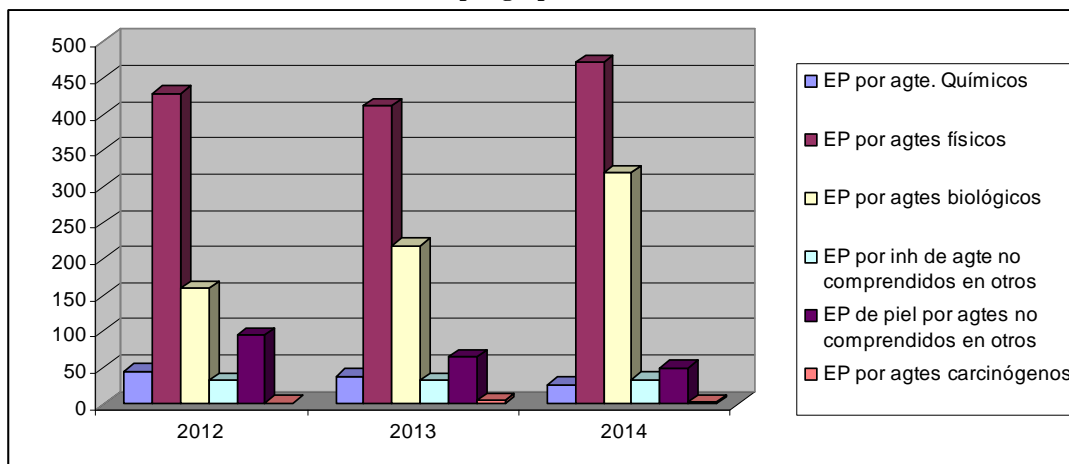
Los partes estudiados ascendieron a un total de 2.440. En la tabla 1 se muestra la distribución temporal de dichos partes comunicados, correspondientes a hombres y mujeres:

Tabla 1. Partes de EP cerrados comunicados en el periodo 2012-2014.

Año de comunicación	Hombres	Mujeres	Total
2012	308	455	763
2013	267	504	771
2014	351	555	906
Total	926	1514	2440

Las enfermedades comunicadas en dichos partes se distribuyeron, según los grupos de EP del Anexo I del Real Decreto 1299/2006, de la siguiente manera (gráfico 1):

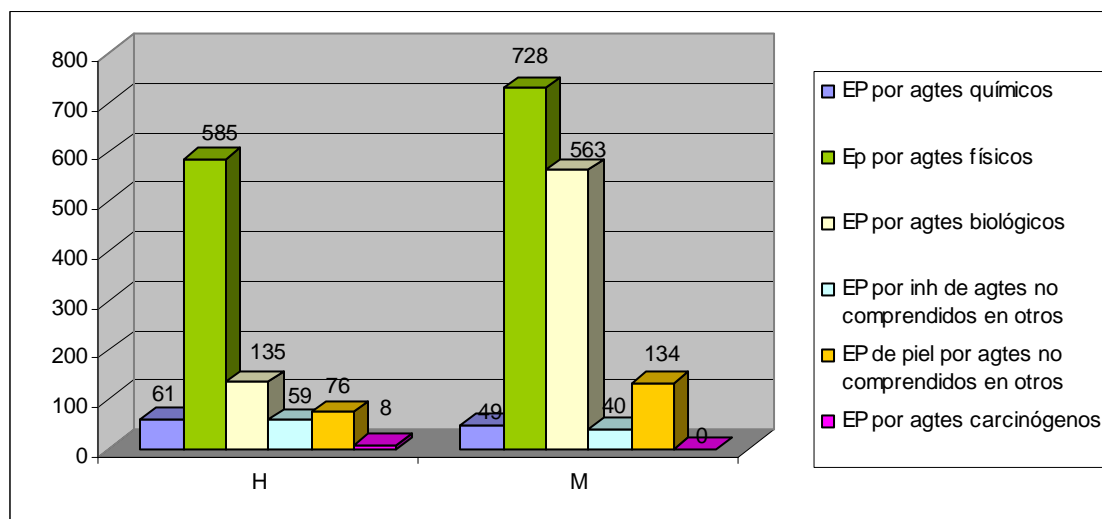
Gráfico 1. Frecuencia de EP por grupos de EP RD 1299/2006. Años 2012-2014.



En este gráfico se muestra cómo las EP por agentes físicos son las más frecuentes, y cómo se han ido reduciendo los partes correspondientes a EP producidas por agentes químicos y a EP de piel producidas por agentes no comprendidos en otros apartados, mientras que se han visto duplicados los partes de EP producidas por agentes biológicos (de 160 en 2012 a 319 en 2014). En este grupo, son las enfermedades producidas en el desarrollo de actividades asistenciales o preventivas las que concentran la mayor parte de las mismas (664 partes de los 698 partes correspondientes al grupo 3).

En la siguiente figura (gráfico 2), se observa la diferente distribución de las EP en mujeres y hombres. En ambos grupos las patologías más frecuentes son las producidas por agentes físicos y agentes biológicos. En los trabajadores, las EP por agentes químicos y por agentes inhalados no comprendidos en otros apartados, son más frecuentes que entre las trabajadoras. Las EP por agentes biológicos comunicadas en éstas, cuadriplican lo observado en sus compañeros.

Gráfico 2. Frecuencia de EP comunicadas por grupos RD 1299/2006, por sexo.



A continuación se muestra las EP por grupo y letra que constituyen el 97% de los partes (Tabla 2). Observamos cómo las patologías por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, tejidos peritendinosos e inserciones musculares son las más frecuentes (constituyen un tercio de las notificaciones), seguidas de las EP por agentes biológicos por actividades sanitarias (poco más de la cuarta parte del total) y, más de

lejos, las parálisis nerviosas por presión por posturas forzadas y movimientos repetitivos.

Tabla 2. Descriptivo de los partes de EP (grupo y letra) más frecuentes.

EP descriptivo por grupo y letra.	N	%	% acumulado
Fatiga e inflamación de vainas tendinosas, tejidos peritendinosos, inserciones musculares o tendinosos	812	33,3	33,3
Agtes. biológicos por actividades asistenciales o preventivas	664	27,2	60,5
Posturas forzadas y mov. repetitivos: parálisis nerviosa por presión	332	13,6	74,1
En piel por sustancias de bajo peso molecular	149	6,1	80,2
Nódulos de cuerdas vocales por esfuerzo sostenido	86	3,5	83,7
Susts. de alto peso molecular (animal, vegetal y enzimática)	56	2,3	86,0
E piel por agentes de alto peso molecular (>1000 daltons)	56	2,3	88,3
Susts. bajo peso molecular (metales y sales, polvo madera, químicos)	37	1,5	89,8
EP osteoarticulares o angioneuróticas por vibraciones mecánicas	31	1,3	91,1
Post forzadas, mov repetitivos: enf bolsas serosas por presión, celulitis	28	1,1	92,3
Metales	16	,7	92,9
Agtes infecciosos de zonas endémicas	16	,7	93,6
Alcoholes y fenoles	15	,6	94,2
Infecciones o parasitosis por animales, sus productos o cadáveres	15	,6	94,8
Epóxidos	12	,5	95,3
Hipoacusia	12	,5	95,8
Fisuras o roturas menisco por arrancamiento y compresión	12	,5	96,3
Cetonas	11	,5	96,7
Aldehídos	10	,4	97,1

La actividad económica de las empresas en las que trabajaban las personas afectadas, se describe en la tabla 3. Fueron las actividades sanitarias y de servicios sociales, seguidas de comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos, y la industria manufacturera, las secciones que acumularon mayor número de partes de EP.

Las industrias extractivas y los hogares que emplean personal doméstico fueron las secciones con menor comunicación de enfermedades profesionales.

Tabla 3. Partes de EP cerrados y comunicados según sección de actividad. Años 2012-2014.

	N	%	% acumulado
Actividades sanitarias y de servicios sociales	715	31,8	31,8
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	348	15,5	47,3
Industria manufacturera	323	14,4	61,7
Actividades administrativas y servicios auxiliares	184	8,2	69,9
Hostelería	138	6,1	76,1
Construcción	134	6,0	82,0
Otros servicios	105	4,7	86,7
Administración pública, defensa seg social	95	4,2	91,0
transporte y almacenamiento	50	2,2	93,2
Actividades profesionales, científicas y técnicas	34	1,5	94,7
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	31	1,4	96,1
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	30	1,3	97,4
Educación	25	1,1	98,5
Información y comunicaciones	23	1,0	99,6
Actividades financieras y de seguros	5	,2	99,8
Agricultura, ganadería, caza, pesca	2	,1	99,9
Hogares que emplean personal doméstico	2	,1	100,0
Industrias extractivas	1	,0	100,0
Total	2245	100,0	

Por ocupación, quienes con mayor frecuencia notificaron EP, fueron las y los trabajadores de los servicios de restauración y comercio, profesionales de apoyo y las y los trabajadores no cualificados de servicios. Asimismo tuvieron un peso importante los trabajadores cualificados de industrias manufactureras. (Tabla 4).

Tabla 4. EP comunicados y cerrados años 2012-2014, por ocupación.

	N	%	% acumulado
Trab. de los servicios de restauración y comercio	319	14,2	15,3
Técnicos/as y profesionales de apoyo	291	13,0	29,3
Trab. no cualificados/as de servicios	283	12,6	42,9
Trab. cualificados/as de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y maquinas	234	10,4	54,1
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas	202	9,0	63,8
Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza	181	8,1	72,5
Peones	131	5,8	78,7
Trab. cualificados/as de la construcción, excepto operadores de maquinas.	104	4,6	83,7
Operadores/as de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores	82	3,7	87,7
Otros técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.	75	3,3	91,3
Empleados/as de oficina que atienden al público	68	3,0	94,5
Conductores/as Operadores/as maquinaria móvil	38	1,7	96,4
Empleados/as de oficina que no atienden al publico	35	1,6	98,0
Trab. Cualificados/as en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	32	1,4	99,6
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad	5	,2	99,8
Dirección. Gerencia	4	,2	100,0
Sin registrar ocupación	161	7,2	
Total	2084	100,0	

En todos estos partes comunicados y cerrados, se observó que se dieron diferencias en cuanto al reconocimiento de la enfermedad como profesional, según el sexo del trabajador, siendo reconocidas como tales el 96,5% de las enfermedades comunicadas que afectaban a hombres, y el 94,2% de las que afectaban a mujeres ($p=0,003$).

A continuación se realizará una descripción de las variables laborales de los partes con las patologías más frecuentemente comunicadas:

1. Fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, tejidos peritendinosos e inserciones musculares
2. EP por agentes biológicos por actividades asistenciales o preventivas
3. Síndrome del túnel carpiano

1. Fatiga e inflamación de vainas tendinosas, tejidos peritendinosos, inserciones musculares o tendinosas.

Un total de 812 partes fueron comunicados en este grupo de EP. De ellos, 409 correspondieron a mujeres (el 50,4%), y 403 a hombres (el 49,6%).

La actividad económica de las empresas en las trabajaban estas personas se distribuye, en frecuencia descendente, como se muestra en la tabla 5. Es la industria manufacturera donde más EP de este grupo se producen.

Tabla 5. Fatiga e inflamación de vainas, tejido peritendinoso, inserciones, etc, por actividad.

	N	%	% acumulado
Industria manufacturera	191	23,5	23,5
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	182	22,4	45,9
Actividades administrativas y servicios auxiliares	107	13,2	59,1
Hostelería	69	8,5	67,6
Construcción	59	7,3	74,9
Actividades sanitarias y de servicios sociales	41	5,0	79,9
Administración pública, defensa seg social	40	4,9	84,9
transporte y almacenamiento	37	4,6	89,4
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	24	3,0	92,4
Otros servicios	20	2,5	94,8
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	12	1,5	96,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	11	1,4	97,7
Educación	10	1,2	98,9
Información y comunicaciones	6	,7	99,6
Agricultura, ganadería, caza, pesca	2	,2	99,9
Hogares que emplean personal doméstico	1	,1	100,0
Total	812	100,0	

En cuanto a las ocupaciones que se relacionan más con este grupo de patologías, son las no cualificadas de servicios y las de restauración y comercio las que agrupan casi el 40% de los partes de EP. Les sigue el grupo de personal no cualificado de industria manufacturera. (Tabla 6).

Tabla 6. Fatiga e inflamación de vainas, tejido peritendinoso, inserciones, etc, por ocupación.

	N	%	% acumulado
Trab. no cualificados/as de servicios	149	18,3	19,8
Trab. de los servicios de restauración y comercio	139	17,1	38,2
Trab. cualificados/as de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y maquinas	130	16,0	55,5
Peones	84	10,3	66,7
Trab. Cualificados/as de construcción, excepto operadores de maquinas	53	6,5	73,7
Oper. de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores/as	44	5,4	79,5
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas	32	3,9	83,8
Técnicos/as y profesionales de apoyo	25	3,1	87,1
Conductores/as. Operadores/as de maquinaria móvil	23	2,8	90,2
Trab. cualificados/as del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	22	2,7	93,1
Otros técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales.	19	2,3	95,6
Empleados/as de oficina que no atienden al público	11	1,4	97,1
Empleados/as de oficina que atienden al público	10	1,2	98,4
Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza	9	1,1	99,6
Trab. de los servicios de protección y seguridad	2	,2	99,9
Dirección. Gerencia	1	,1	100,0
Total	753	92,7	
Sistema	59	7,3	
Total	812		

Del total de estas enfermedades, 734 partes (el 90,4% del total) fueron calificados finalmente como enfermedad profesional, 55 como AT (6,8%) y 23 (2,8%) como enfermedad común.

La causa de cierre de estos partes, se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Causa de cierre de patologías del grupo según RD 1299/2006

	N	%
Alta por curación y/o alta laboral	662	81,5
Lesión Permanente No Invalidante	137	16,9
Sin baja laboral	6	,7
Alta por propuesta de IP	3	,4
Alta por propuesta de cambio de trabajo	3	,4
Otras causas	1	,1
Total	812	100,0

De este grupo, las patologías más frecuentes fueron las epicondilitis: 524 partes tenían en el descriptivo "epicondilitis" (constituyen el 64,5%). Esta patología se dio más en hombres (el 57,4%) que en mujeres (42,6%).

Los partes por epicondilitis se cerraron en un 15,6% como lesión permanente no invalidante. (Tabla 8).

Tabla 8. Causa de cierre de los partes de EP por epicondilitis.

	Frecuencia	%
Alta por curación y/o alta laboral	435	83,0
LPNI	82	15,6
Sin baja laboral	4	,8
Alta por propuesta cambio de trabajo	2	,4
Otras causas	1	,2
Total	524	100,0

El 92% de estos procesos de epicondilitis fue calificado finalmente como EP, y el 5,9% como AT. Hubo un 2,1% que fue considerado enfermedad común. La calificación, por sexo, se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Calificación de las epicondilitis en hombres y mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
Accidente de trabajo	21	10	31
Enfermedad común	5	6	11
Enfermedad profesional	275	207	482
Total	301	223	524

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la calificación de los procesos de epicondilitis como EP en uno y otro sexo. Tampoco se evidenció que hubiese diferencias en esta calificación según nacionalidad de la persona afectada.

La edad de los afectados por epicondilitis fue, de media, superior a la de aquellos afectados por otras patologías. Sin embargo, no se objetivó diferencia en cuanto a la duración de las bajas, el número de recaídas ni la duración de bajas acumuladas.

La actividad de las empresas en las que trabajaban estas personas fue, en mayor proporción, la de comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos, y la industria manufacturera, ocupando, entre ambas secciones, al 45,8% del total de las personas que presentaron epicondilitis. (Tabla 10). Esta distribución es diferente según el sexo de quienes presentaron esta patología. (Tabla 11): los hombres de la industria manufacturera se afectaron más, y fue en el comercio en que se afectaron más sus compañeras.

Tabla 10. Distribución de partes de EP por epicondilitis por sección de actividad.

	Hombres	Mujeres	N	%	% acumulado
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	61	64	125	23,9	23,9
Industria manufacturera	79	36	115	21,9	45,8
Actividades administrativas y servicios auxiliares	30	35	65	12,4	58,2
Construcción	47	2	49	9,4	67,6
Hostelería	13	31	44	8,4	76,0
transporte y almacenamiento	30	1	31	5,9	81,9
Administración pública, defensa seg social	11	12	23	4,4	86,3
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	11	10	21	4,0	90,3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	4	15	19	3,6	93,9
Otros servicios	1	8	9	1,7	95,6
Actividades profesionales, científicas y técnicas	4	3	7	1,3	96,9
Información y comunicaciones	3	2	5	1,0	97,9
Educación	1	3	4	,8	98,7
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	4	0	4	,8	99,4
Agricultura, ganadería, caza, pesca	1	1	2	,4	99,8
Hogares que emplean personal doméstico	1	0	1	,2	100,0
Total	301	223	524	100,0	

2. Enfermedades por agentes biológicos por actividades asistenciales o preventivas

Tras la afectación de las vainas tendinosas y de los tejidos y zonas de inserción muscular, el segundo grupo de enfermedades con más partes comunicados fue el de las enfermedades producidas por agentes biológicos por actividades asistenciales o preventivas. De las personas afectadas por este grupo de patologías, 552 fueron mujeres (el 83, 1% del total), y 112 hombres (16,9%).

Las causas de cierre de estos procesos se muestran en la tabla 11. Casi el 60% fue cerrado como lesión permanente no invalidante, y solo el 41,9% se cerró por curación y/o alta laboral.

Tabla 11. Causas de cierre de EP por agentes biológicos por act asistenciales/ preventivas.

	N	%
LPNI	384	57,8
Alta por curación y/o alta laboral	278	41,9
Alta por prouesta de IP	1	,2
Otras causas	1	,2
Total	664	100,0

El 98,6% fue calificado como EP; el resto fue considerado enfermedad común.

De las 664 enfermedades por agentes biológicos adquiridas en actividades asistenciales o preventivas, 569 (el 85,7%) fueron conjuntivitis.

La media de edad de las personas con conjuntivitis (43,34 años, DE: 12,03), es superior a la de las personas enfermas por otras patologías producidas por agentes biológicos (42,28) ($p= 0,035$). Según el sexo de las personas afectadas por conjuntivitis, se encontraron diferencias en la media de edad (39,94, DE: 11,37 en hombres y 43,97, DE:12,05 en mujeres).

Las actividades en las que se adquirieron estas conjuntivitis quedan reflejadas en la tabla 12, siendo muy semejante la distribución de estos casos por actividad económica de la empresa, para hombres y mujeres:

Tabla 12. Distribución de conjuntivitis por sección de actividad. Porcentajes.

	Hombres	Mujeres	Total
Administración pública, defensa seg social	2,3%	2,3%	2,3%
Educación		,2%	,2%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	97,7%	97,5%	97,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

La distribución porcentual de estos casos, por ocupaciones, se muestra en la tabla 13. Son los hombres profesionales científicos e intelectuales los trabajadores más afectados, y entre las mujeres, las técnicas y profesionales de apoyo.

Tabla 13. Distribución de EP por conjuntivitis según ocupación. Porcentajes.

	Hombres	Mujeres	Total
Dirección. Gerencia		,2%	,2%
Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza	44,2%	19,6%	23,4%
Otros técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales.	3,5%	5,7%	5,3%
Técnicos/as y profesionales de apoyo	27,9%	33,1%	32,3%
Empleados/as de oficina que no atienden al público		1,7%	1,4%
Empleados/as de oficina que atienden al público	1,2%	1,7%	1,6%
Trab. de los servicios de restauración y comercio	2,3%	8,8%	7,8%
Trabaj. de los servicios de salud y cuidado de personas	9,3%	21,1%	19,3%
Trab. cualif. en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero		,2%	,2%
Trab. cualif. de las industrias manufactureras, excepto operadores/as de instalaciones y máquinas		,2%	,2%
Trab. No cualificados/as de servicios	11,6%	7,8%	8,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En estas conjuntivitis, la causa de cierre se muestra en la tabla 14. Un alto porcentaje quedó calificado como Lesión permanente no invalidante.

Tabla 14: Causas de cierre de los procesos de EP por conjuntivitis.

	Hombres	Mujeres	Total
Alta por curación y/o alta laboral	35	193	228
Alta por propuesta de IP	0	1	1
LPNI	53	286	339
Otras causas	0	1	1
Total	88	481	569

Con excepción de un caso, todos los procesos de conjuntivitis fueron calificados como EP.

No se hallaron diferencias en la duración de las bajas, las recaídas o los días acumulados de baja, entre hombres y mujeres.

3. Síndrome del túnel carpiano

De las patologías del grupo 2 (EP producidas por agentes físicos), 338 estaban descritas como Síndrome del túnel carpiano. Esta patología constituye el 13,9% de las EP comunicadas y cerradas en el periodo, con una distribución semejante en los tres años estudiados. Del total, 224 partes correspondieron a mujeres (el 66,3%), duplicando prácticamente a los hombres con esta afectación (114, el 33,7%).

No se observó diferencia de edad entre hombres y mujeres, con una media, en el conjunto de afectados, de 42,85 (DE: 8,81).

La distribución por sección de actividad se muestra en la tabla 15. Es el comercio (mayor y menor) seguido de la industria manufacturera las actividades en las que con mayor frecuencia se comunican más EP por este síndrome.

Tabla 15. Distribución de EP por Síndrome del túnel carpiano por sección de actividad.

	N	%
Industria manufacturera	62	18,3
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	3	,9
Construcción	22	6,5
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	101	29,9
Transporte y almacenamiento	9	2,7
Hostelería	39	11,5
Actividades financieras y de seguros	2	,6
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2	,6
Actividades administrativas y servicios auxiliares	45	13,3
Administración pública, defensa seguridad social	19	5,6
Educación	2	,6
Actividades sanitarias y de servicios sociales	11	3,3
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	3	,9
Otros servicios	17	5,0
Hogares que emplean personal doméstico	1	,3
Total	338	100,0

En la tabla 16, se muestra la distribución de los afectados por esta patología según su ocupación, observándose una mayor frecuencia entre los y las trabajadoras de los servicios de restauración y comercio, seguidos por trabajadores/as no cualificados de servicios.

Tabla 16. Distribución de EP debida a Síndrome del túnel carpiano según ocupación.

	N	%
Dirección. Gerencia	1	,3
Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza	3	,9
Otros técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales.	1	,3
Técnicos/as y profesionales de apoyo	10	3,0
Empleados/as de oficina que no atienden al público	16	4,7
Empleados/as de oficina que atienden al público	8	2,4
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	79	23,4
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas	11	3,3
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad	2	,6
Trab. cualificados/as del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	5	1,5
Trab. cualificados/as de la construcción, excepto operadores de máquinas.	16	4,7
Trab. cualif. de industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	43	12,7
Operadores/as de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores/as	17	5,0
Conductores/as. Operadores/as maquinaria móvil	11	3,3
Trabajadores/as no cualificados/as de servicios	62	18,3
Peones	23	6,8
Sin consignar	30	8,9
Total	338	100,0

Casi el 50% tuvo una recaída, y el 8% tuvo al menos dos recaídas por esta patología.

La causa de cierre de estos síndromes se muestra en la tabla 17, siendo solo 3 los casos en los que se dio alta por propuesta de incapacidad permanente.

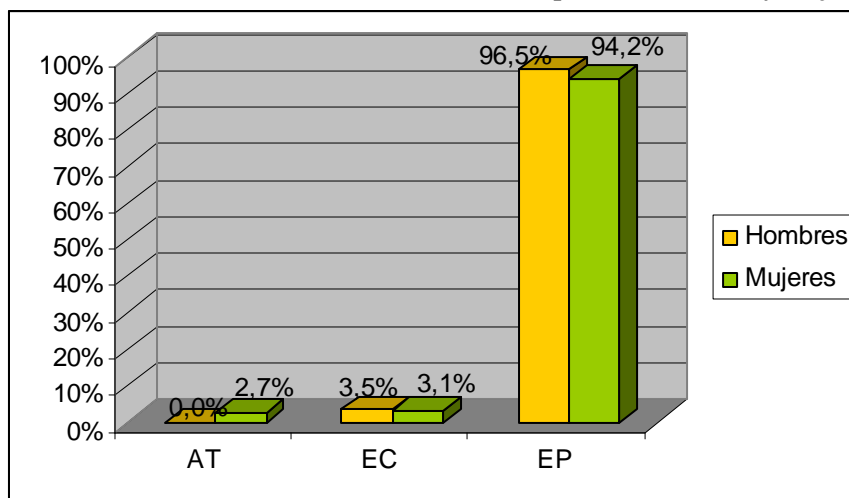
Tabla 17. Causa de cierre de los síndromes de túnel carpiano. Años 2012-2014.

	N	%
Alta por curación y/o alta laboral	291	86,1
Lesión Permanente No Invalidante	39	11,5
Sin baja laboral	5	1,5
Alta por propuesta de Incapacidad Permanente	3	,9
Total	338	100,0

En general, el 95% de los síndromes del túnel carpiano son calificados como EP, frente al resto de las patologías, en las que es el 91,5% el porcentaje reconocido como tal ($p < 0,05$).

La calificación de estos procesos por síndrome del túnel carpiano en hombres y mujeres, se muestra en el gráfico 3.

Gráfico 3. Calificación del síndrome del túnel carpiano en hombres y mujeres.



No se observaron diferencias significativas entre el reconocimiento de la EP ni por sexo ni por nacionalidad.

Según su ocupación, observamos en la tabla 18 que en algunas de las ocupaciones, algunos casos no han sido considerados EP.

Tabla 18. Calificación de los Síndromes del túnel carpiano según ocupación. Porcentajes.

	AT	EC	EP	Total
Dirección. Gerencia			100,0%	100,0%
Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza			100,0%	100,0%
Otros técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales.			100,0%	100,0%
Técnicos/as y profesionales de apoyo			100,0%	100,0%
Empleados/as de oficina que no atienden al público			100,0%	100,0%
Empleados/as de oficina que atienden al público		12,5%	87,5%	100,0%
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	3,8%	5,1%	91,1%	100,0%
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas		9,1%	90,9%	100,0%
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad		50,0%	50,0%	100,0%
Trab. cualificados/as del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero			100,0%	100,0%
Trab. cualificados/as de la construcción, excepto operadores de máquinas.			100,0%	100,0%
Trab. cualif. de industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas			100,0%	100,0%
Operadores/as de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores/as		11,8%	88,2%	100,0%
Conductores/as. Operadores/as maquinaria móvil	9,1%		90,9%	100,0%
Trabajadores/as no cualificados/as de servicios		3,2%	96,8%	100,0%
Peones	8,7%		91,3%	100,0%
Total	1,9%	3,6%	94,5%	100,0%

CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

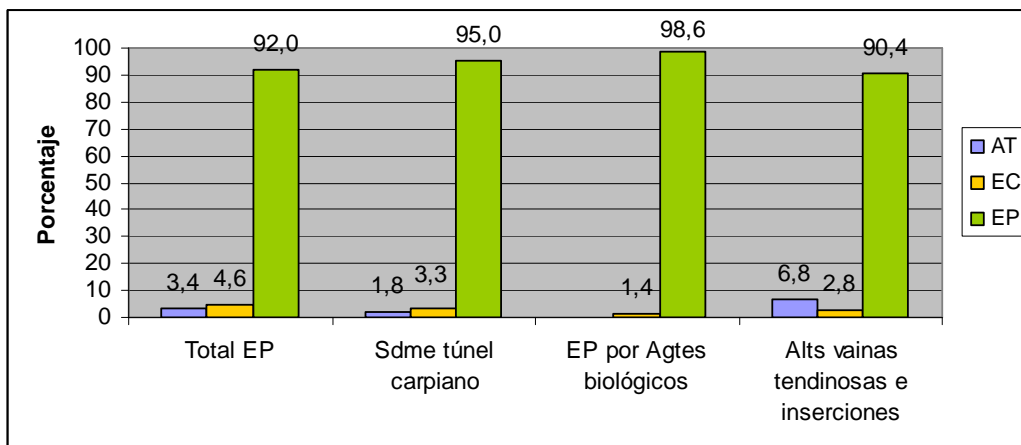
Cuando se comunica un parte de enfermedad profesional, existe una sospecha clara de que efectivamente dicha enfermedad se ha producido por la exposición a determinado agente en la realización del trabajo. No obstante, no siempre se concluye con una resolución de calificación acorde a la sospecha inicial. Otras posibles calificaciones son, como ya se ha visto a lo largo del documento, Accidente de Trabajo y Enfermedad Común, (o Accidente no Laboral –esta opción no ha sido encontrada en los registros analizados-).

Es comprensible que exista cierto decalaje entre el número de sospechas y las calificaciones finales de EP, pero, en la medida en que éste sea mayor, estará mostrando mayores disconformidades entre el criterio de quienes comunican la EP y quienes resuelven su calificación. Estas diferencias pueden significar un exceso de sospechas (y por lo tanto una aplicación de criterios demasiado flexible o un desconocimiento de los mismos), o bien un menor reconocimiento de verdaderas EP (y por lo tanto una aplicación más restrictiva que la norma, o una menor investigación de los riesgos reales a los que está expuesto cada trabajador/a afectado/a).

Puesto que este informe se ha centrado en aquellas patologías que han provocado un mayor número de comunicaciones de EP, a continuación se ha procedido a comparar en qué medida éstas han sido calificadas como tales, y si se observan diferencias entre la calificación de estas enfermedades entre hombres y mujeres.

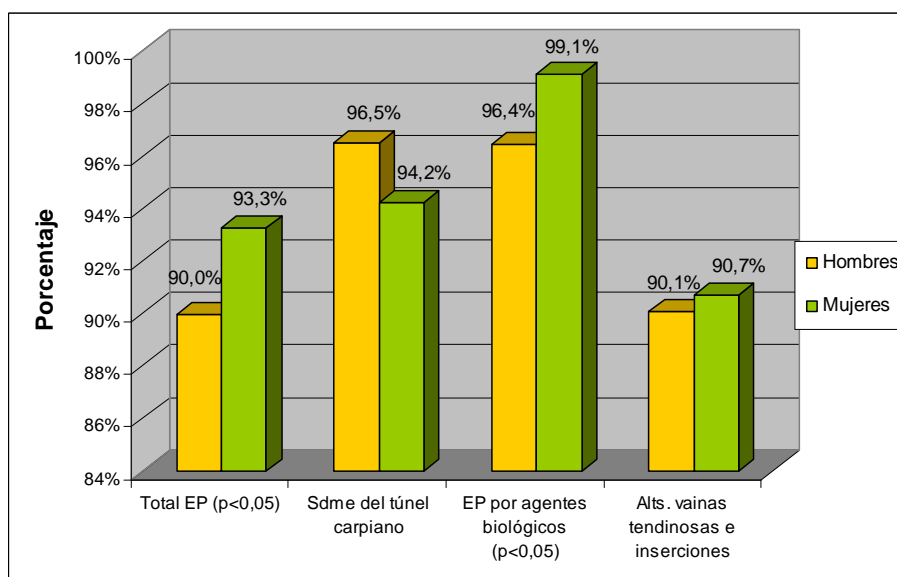
En conjunto, y para cada una de los grupos de patologías revisados en este informe, encontramos que, de todos los partes de EP comunicados, el grupo que en menos proporción es calificado como EP es el de las fatigas de vainas tendinosas (casi un 10% de los partes que comunicaban este tipo de EP no es calificado como tal), y que el grupo que en mayor proporción tiene dicha calificación es el de las enfermedades producidas por agentes biológicos en actividades asistenciales y preventivas (el 98,6%). (Gráfico 4).

Gráfico 4. Calificación para patologías más frecuentemente comunicadas como EP.



El gráfico 5 muestra las diferencias entre hombres y mujeres en la calificación como enfermedad profesional de las patologías comunicadas: analizando el total de los partes comunicados y cerrados entre los años 2012 y 2014, se observaron diferencias entre ambos sexos, siendo el 93,3% de los partes de las trabajadoras reconocidos como EP, frente al 90% de los partes correspondientes a trabajadores. Estudiando estas diferencias en cada uno de los grupos de EP más frecuentes, revisados en este documento, únicamente observamos dicha diferencia en las EP producidas por agentes biológicos en actividades asistenciales y preventivas ($p < 0,05$).

Gráfico 5. Calificación como EP en las patologías más frecuentemente comunicadas, por sexo.



Con el fin de valorar si efectivamente existen diferencias en la calificación asociadas al sexo, se analizó dicha calificación según ocupaciones: diferentes ocupaciones, y por lo tanto, diferentes tareas, están asociadas a diferentes riesgos. Teniendo en cuenta que existe una segregación horizontal y vertical de los puestos, se trata de verificar si las diferencias observadas en la calificación entre hombres y mujeres tienen relación con los puestos que unos y otras ocupan mayoritariamente (es decir, con los roles de género) o, por el contrario, el simple hecho de ser hombre o mujer condiciona la calificación final del proceso (es decir, si existe sesgo de género).

Para conocer esta cuestión, se procedió a realizar una regresión logística binaria (tabla 19) Los resultados mostraron que, tras ajustar por ocupación, el ser hombre o mujer no se asoció a una mayor probabilidad de que sea reconocida la EP como tal, salvo en el caso de las enfermedades por agentes biológicos, en que el hecho de ser mujer estaría asociado a una mayor probabilidad de que su enfermedad fuese calificada como profesional.

Tabla 19. Asociación sexo=mujer y calificación de EP, ajustado por ocupación. OR e IC al 95%.

Variables dependientes: calificación de EP para las distintas patologías.	Variable independiente: ser mujer		
	OR	IC (95%)	p
1: EP del total de partes comunicados	0,843	(80,604-1,178)	0,318
2: EP por alteración de vainas tendinosas..	1,018	(0,617-1,681)	0,943
3: EP por agentes biológicos	6,180	(1,555-24,559)	0,010
4: EP por síndrome del túnel carpiano	,949	(0,472-1,908)	0,883

(*) Para cada una de las variables dependientes se ha ajustado por las ocupaciones que han aportado más partes[↗].

[↗] Se indica OR para aquellas en las que se ha encontrado $p < 0,05$.

1: Total partes EP:

Trab. de los servicios de restauración y comercio $p=0,011$ OR=2,035 (1,178-3,515)

Técnicos/as y profesionales de apoyo $p=0,000$ OR= 8,640 (3,081-24,230)

Trab. no cualificados/as de servicios

Trab. cualificados/as de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas

Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas

Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza

Peones

Trab. cualificados/as de la construcción, excepto operadores de máquinas.

2: EP por fatiga de vainas tendinosas, inserciones, tejidos peritendinosos...

Trab. no cualificados/as de servicios

Trab. de los servicios de restauración y comercio $p=0,024$ OR= 3,017 (1,159-7,851)

Trab. cualificados/as de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas

3: EP por agentes biológicos en actividades asistenciales o preventivas:

Profesionales científicos/as e intelectuales de la salud y la enseñanza

Técnicos/as y profesionales de apoyo

Trabaj. de los servicios de salud y cuidado de personas

4: Síndrome del túnel carpiano:

Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio $p=0,027$ OR=9,872 (1,300-74,941)

Trab. cualif. de industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas

Trabajadores/as no cualificados/as de servicios

ÍNDICES DE INCIDENCIA

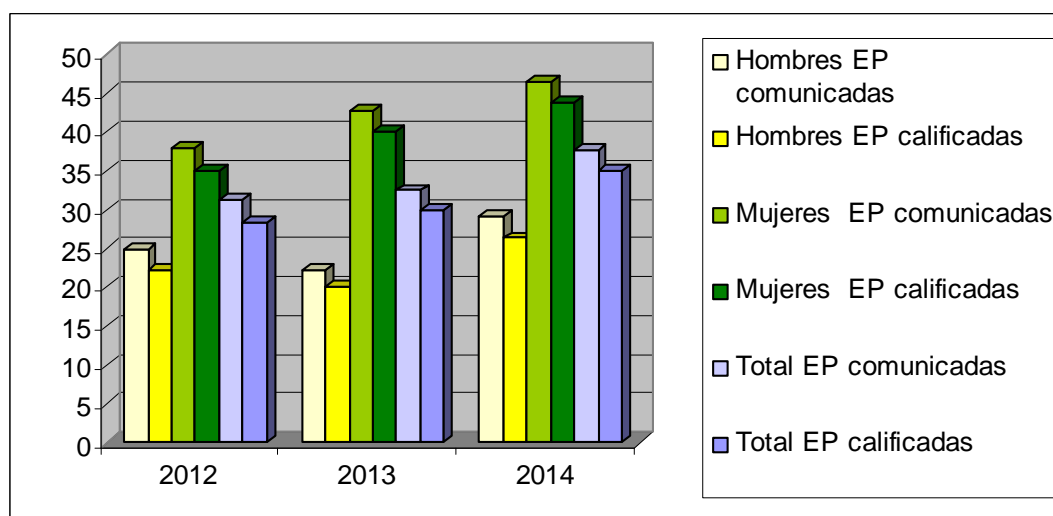
Para concluir, y con el fin de observar la evolución real del reconocimiento de las EP en este periodo teniendo en cuenta la población a riesgo, se comparó el índice de incidencia de las EP comunicadas y de las calificadas por cada 100.000 trabajadores/as, para cada año, y también desagregándolo por sexo.

Los denominadores, para realizar dicha comparación, se han obtenido de los datos cedidos por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social; puesto que desde enero de 2014 se incorporó un nuevo criterio para la consideración de afiliados con cobertura de contingencia profesional (que tiene en cuenta la temporalidad y la especial afiliación de algunos profesionales), para los años

2012 y 2013 se consideraron los denominadores adaptados a dicho criterio, también facilitados a este efecto por dicha Subdirección General.

Los resultados se muestran en el gráfico 6. Se produjo, año tras año, un incremento del índice de incidencia de las EP en la población trabajadora global, tanto en las EP comunicadas como en las calificadas como tales. Esta tendencia la marcó especialmente la evolución de los índices de incidencia entre las trabajadoras. Entre sus compañeros, sin embargo, los índices fluctuaron.

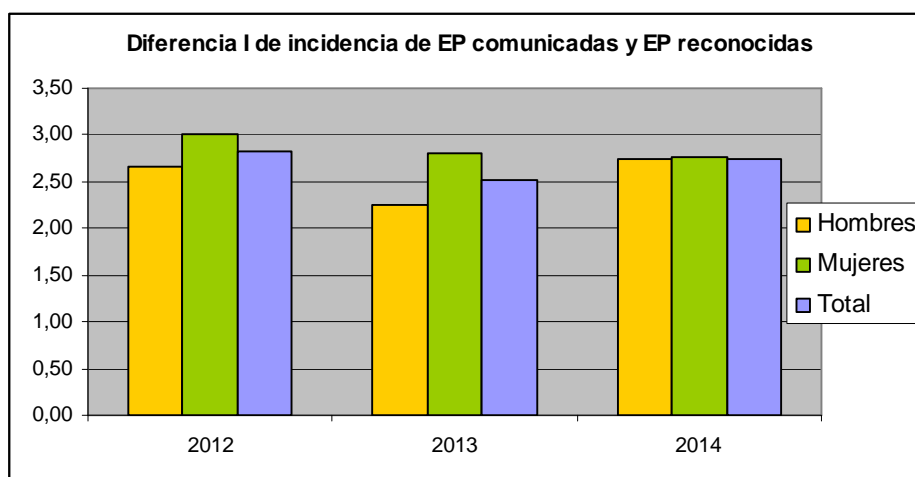
Gráfico 6. Índices de incidencia de EP comunicadas y reconocidas por sexo y año



Tanto a nivel global como en mujeres y hombres por separado, el índice de incidencia de las EP reconocidas fue menor que el de las comunicadas, tal y como se había observado en números absolutos. La diferencia entre ambos índices de incidencia sufrió una variación anual decreciente en las mujeres, aunque en los hombres, y en la población global, fluctuó (Gráfico 7).

En el año 2014 estas diferencias son muy parecidas en ambos grupos: la brecha entre las EP comunicadas y las finalmente reconocidas no es diferente en uno y otro sexo, lo que nos hace concluir en la misma línea de lo observado en el epígrafe anterior en relación a la no asociación entre el sexo y el reconocimiento de EP.

Gráfico 7. Diferencia entre la incidencia de EP comunicadas y reconocidas, por sexo y año



CONCLUSIONES

En el periodo estudiado (2012-2014) se comunicaron y fueron cerradas un total de 2.440 EP. El 62,05% correspondían a mujeres.

El grupo de EP (según RD 1299/2006) más frecuentemente notificado fue el de enfermedades producidas por agentes físicos, seguido del de aquellas producidas por agentes biológicos, grupo con una clara tendencia ascendente en este periodo.

Entre las EP por agentes físicos, las más frecuentes son la fatiga e inflamación de vainas tendinosas, inserciones musculares o tendinosas y las parálisis nerviosas por presión por posturas forzadas o movimientos repetitivos.

Las secciones de actividad en las que más EP se han comunicado son: actividades sanitarias y de servicios sociales, comercio al mayor y menor y reparación de vehículos, y la industria manufacturera.

Las ocupaciones que han aportado más partes son: trabajadores/as de servicios de restauración y comercio, técnicos/as y profesionales de apoyo, trabajadores/as no cualificados de servicios y trabajadores/as cualificados de industrias manufactureras.

El 92% de todas las EP comunicadas fue calificado al cierre como EP, y un 3,4% como AT. Aunque inicialmente se observó asociación entre el sexo femenino y la calificación

de EP, al ajustar por ocupaciones esta asociación desapareció: cuestiones de género y sexo se interrelacionan en el mundo laboral, y la diferente distribución de ocupaciones en hombres y mujeres, entre otros, conllevaría diferentes exposiciones en unos y otras y, por tanto, también diferente afectación. Las diferencias observadas se relacionan más con el trabajo que unos y otras desempeñan que con la condición de ser hombre o mujer.

En el año 2014 las diferencias entre el índice de incidencia de EP comunicadas y el de EP reconocidas es inferior al observado en el año 2012. Con el fin de asentar conclusiones y de observar mejor la tendencia que en periodos más amplios pudieran haber ocurrido, este tipo de estudios debería hacerse con un número mayor de partes, asumiendo un periodo superior de tiempo.

**Accidentes de trabajo
en la comunidad de Madrid
Año 2013**

Accidentes de trabajo en la comunidad de Madrid Año 2013

INTRODUCCIÓN

Para conocer la pérdida de salud derivada de los accidentes de trabajo, fueron analizados todos los Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (AT) de la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2013, anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social previa petición formal.

DEFINICIONES PREVIAS

La definición de Accidente de Trabajo queda establecida en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio).

Accidente de Trabajo: "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión del trabajo que ejecute por cuenta ajena". Nuestra normativa amplía la calificación de Accidente de Trabajo a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes in itinere), los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales o tareas encomendadas por el empresario, o algunas enfermedades padecidas con anterioridad al accidente que se agraven como consecuencia del mismo.

Aunque de la definición anterior se deduce que este derecho a la prestación se ciñe al trabajador asalariado que trabaja para otros (trabajador por cuenta ajena), en el año 2003, mediante el Real Decreto 1273/2003, fue ampliada la cobertura de las contingencias profesionales a trabajadores por cuenta propia o autónomos, de forma que estos trabajadores pueden, desde entonces, mejorar voluntariamente el ámbito de la acción protectora que les dispensa dicho régimen, incorporando la correspondiente a las contingencias profesionales.

Posteriormente, La Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo establece la figura del trabajador económicamente dependiente que es aquel que realiza una actividad económica o profesional de forma habitual, para una persona física o jurídica de la que dependen económicamente por percibir de ella, al menos, el 75 por ciento de sus ingresos. Los trabajadores autónomos económicamente dependientes deberán incorporar obligatoriamente, dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, la cobertura de la incapacidad temporal y de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

Por último, según lo dispuesto en el RD1596/2011 de 4 de noviembre, a partir del año 2012 se extendió también la acción protectora por contingencias profesionales a las empleadas/os del hogar. Esto incluye, lógicamente, los accidentes de trabajo.

OBJETIVO

Este análisis pretende abordar los AT desde un enfoque epidemiológico, para mejorar el conocimiento de las situaciones en que se producen los accidentes y de las condiciones laborales de los y las accidentados, con el fin de facilitar la adecuación de las actividades de planificación preventiva desde distintas instancias.

POBLACIÓN DE REFERENCIA

Para elaborar este informe, se ha considerado como población de referencia a la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social con cobertura de contingencia profesional. Ésta fue, de media, durante el año 2013 en la Comunidad de Madrid, de 2.381.413 personas. De ellas, 80.940 eran autónomos (54.069 hombres y 26.871 mujeres), manteniéndose el número y porcentaje en relación al total de afiliación, en unas cifras similares a las del año anterior.

En los gráficos 1, 1.1 y 1.2 se observa que esta población trabajó predominantemente en numerosas actividades del sector Servicios y en Construcción (que ocupa mayoritariamente población masculina).

En dichos gráficos se representan las secciones de actividad que acumulan el 85% de la población trabajadora.

Gráfico 1. Secciones de actividad que ocupan al 85% de la población afiliada con contingencia profesional cubierta en la Comunidad de Madrid. Año 2013.

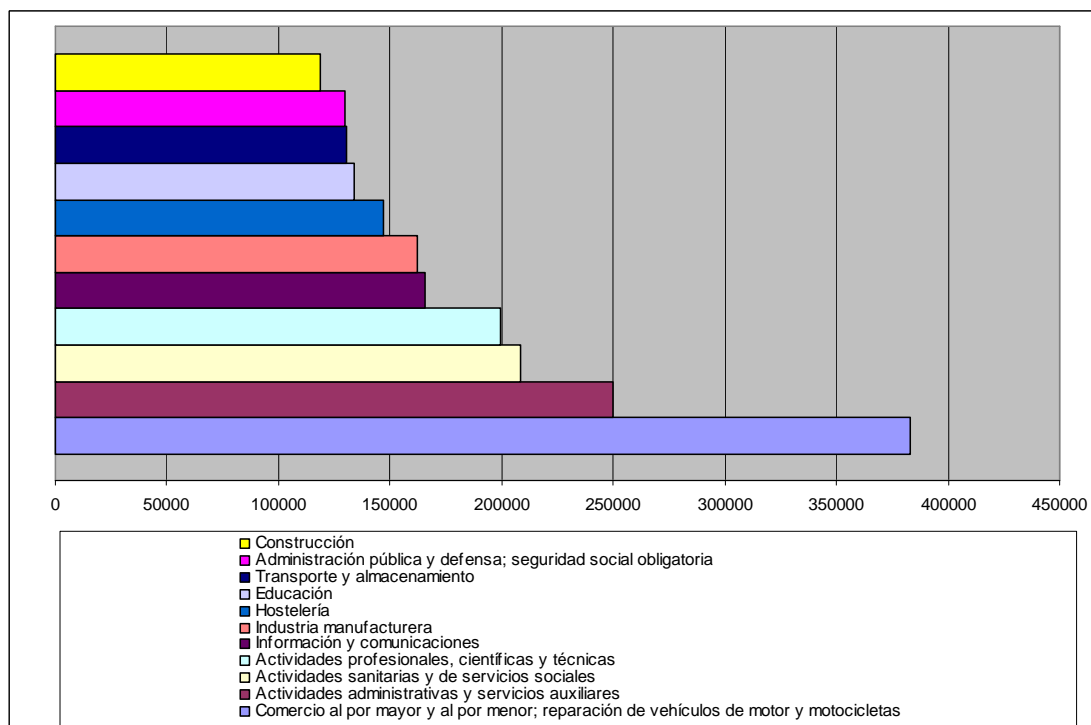
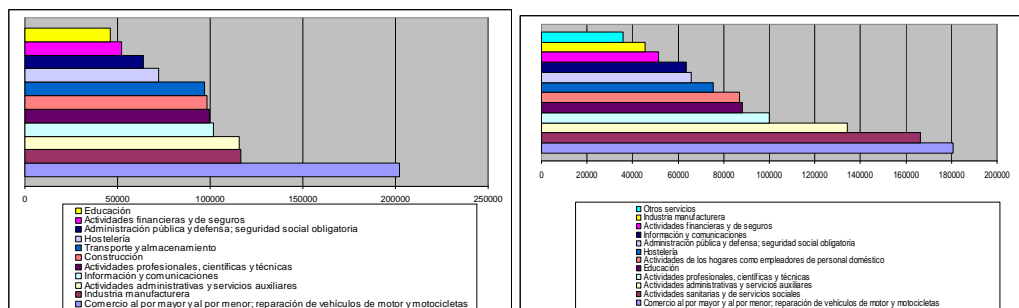


Gráfico 1.1 Afiliados por ramas (85% del total). Gráfico 1.2 Afiliadas por ramas (85% del total).

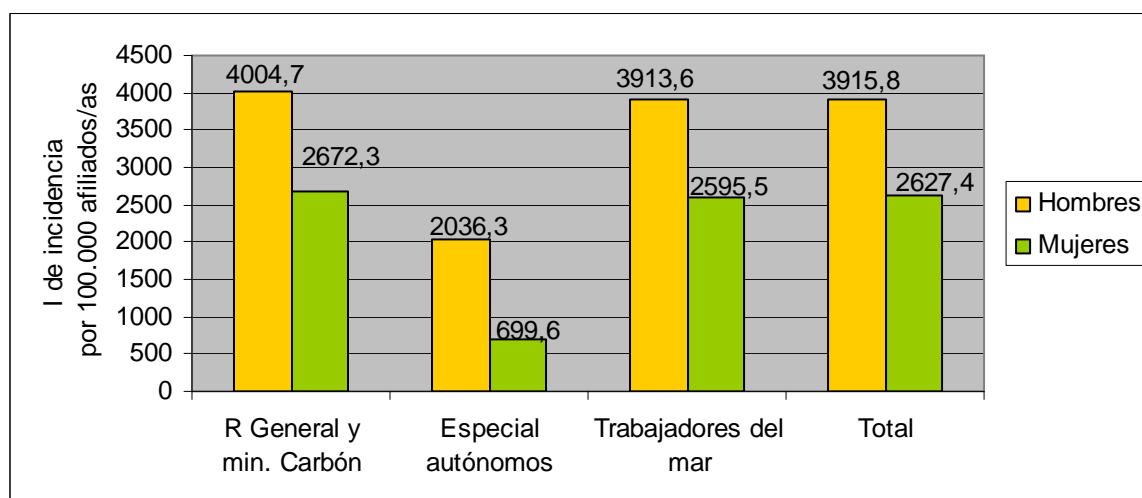


LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID OCURRIDOS DURANTE EL AÑO 2013

Población que sufrió un accidente de trabajo y que derivó en baja laboral:

Durante el año 2013 se produjeron 78.044 Accidentes de Trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en la Comunidad de Madrid (47.032 hombres y 31.012 mujeres), que son los que analizaremos en este estudio. El índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as en cada uno de los regímenes de afiliación, en hombres y mujeres, se muestra en el gráfico 2:

Gráfico 2. I de incidencia de AT por regímenes de afiliación en la Comunidad de Madrid. Hombres y mujeres. 2013.



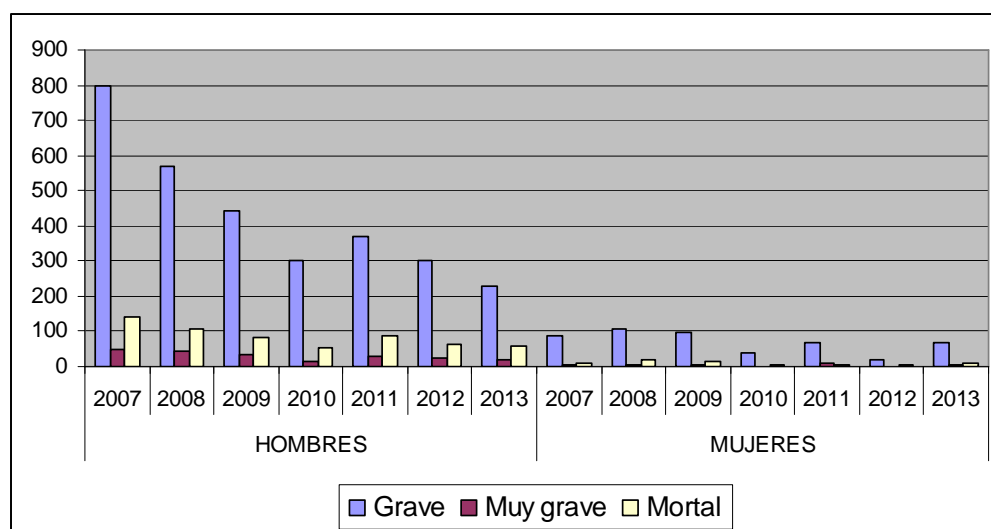
A continuación se muestran algunas de las características de los AT ocurridos en la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio (tabla 1). Del total de los Accidentes de Trabajo con baja, 41.673 hombres y 22.586 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa de incidencia fue de 26.98 AT con baja en jornada de trabajo, por cada 1.000 afiliados. La tendencia decreciente observada desde el año 2010 (en que se registró una tasa de 35.71), parece haberse detenido, quedándose, en el 2013, en cifras semejantes al año anterior.

Tabla 1. Algunos descriptores de Accidentes de Trabajo –AT- con baja. Año 2013.

	HOMBRES	MUJERES
Nº de accidentes	47.032	31.012
Edad media de accidentados/as	39,81	42,27
Accidentados/as del sector privado (%)	81,6	77,6
Contratos temporales (%)	25,3	24,5
Accidentados/as de contrata o subcontrata (%)	7,7	9,3
Accidentados/as de ETT (%)	1,0	0,8
Sin evaluación de riesgos previa al accidente (%)	36,3	33,9
Prevención llevada sólo por SPA (%)	57,7	38,9
Accidente de tráfico	11,4	13,5
Accidentes leves (%)	99,3	99,7
Accidentes mortales (Nº)	60	10
Acc. mortales en contratas y subcontratas (Nº)	8	2
Hospitalización (Nº)	1.258	475
Accidentes en centro de trabajo (%)	77,8	67,8
Accidentes in itinere (%)	11,4	27,2
Lugar del accidente	zonas industriales, lugares públicos, lugares de actividad terciaria y obras de construcción	lugares públicos, actividad terciaria, centros sanitarios y zonas industriales
Actividad específica en el momento del AT	Movimiento y manipulación de objetos	
Mecanismo de accidente	Sobre esfuerzos, aplastamientos y choques	
Diagnóstico de la lesión	dislocaciones, esguinces y torceduras, seguido de lesiones superficiales	

Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, aunque no sigue el mismo patrón entre sus compañeras, encontrándose unos repuntes en los accidentes graves en los años 2011 y 2013.

Gráfico 3. Evolución del número de AT de gravedad en hombres y mujeres. Años 2007-2013.



Además de las características anteriores, se estudió específicamente una serie de accidentes en los que, bien por la forma de producirse, bien por sus efectos para la salud, merecen, a nuestro juicio, un análisis más detallado, y se vienen estudiando año tras año. Entre éstos destacan algunos cuyas causas tienen un "perfil especial": los accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales; los sobreesfuerzos, y las agresiones. Los resultados se muestran en la tabla 2. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas.

Tabla 2. Tasas de Accidentes de trabajo observadas para determinadas causas. Año 2013

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)
AT por accidente de tráfico	5.383	448,18	4.196	355,49
AT por Infartos y derrames cerebrales G, MG y M	90	7,49	18	1,52
AT por sobreesfuerzos físicos	18.003	1.498,91	11.236	951,93
AT por agresiones	806	67,11	416	35,24

(En todas las variables, dif H-M, con $p < 0,005$)

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los siguientes factores (tabla 3): si el accidente derivó en hospitalización; si el accidente produjo, como lesión, amputación traumática; los accidentes graves o mortales ocurridos en jornada de trabajo; el número de jornadas no trabajadas debido al AT; y la mortalidad y años potenciales de vida productiva perdidos.

Tabla 3. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2013

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.258	104,74	475	40,24
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	71	5,91	6	0,51
3º. AT que resultaron en muerte	60	5,00	10	0,85
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	246	20,48	40	3,39

(En todas las variables, dif H-M, con $p < 0,001$)

	Nº AT	Suma	Media	p Dif H-M
5º. Jornadas no trabajadas por AT ¹				
Hombres	2768	477247	172,42	P<0,05
Mujeres	1733	290440	167,59	
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos²				
Hombres	60	1424	23,73	P>0,05
Mujeres	10	295	29,50	

(1) calculadas con exclusión de AT mortales.

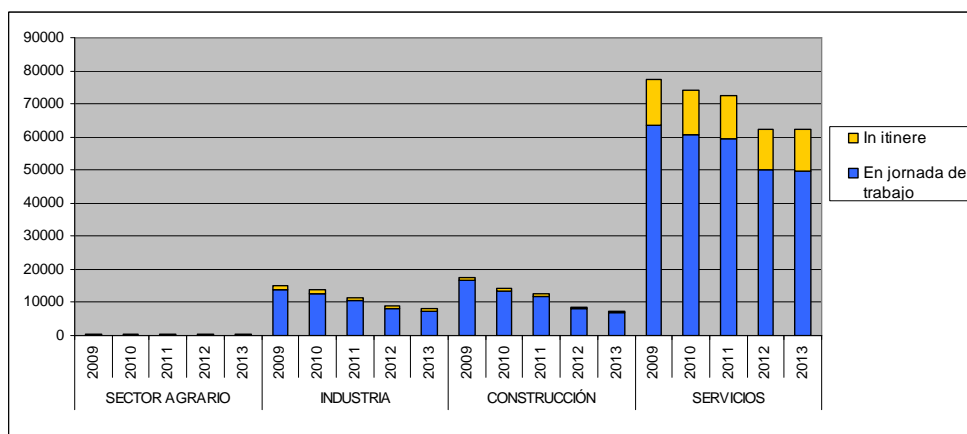
(2) calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años.

Sectores y secciones de actividad

A continuación se analizan los AT según la actividad que desarrolla la empresa en que trabajaba la persona accidentada.

La distribución de los accidentes según sector y momento en el que tuvieron lugar, a lo largo de los años 2009-2013, se reflejan en el gráfico 4:

Gráfico 4. Distribución de accidentes según momento y por sector de actividad. Años 2009-2013.



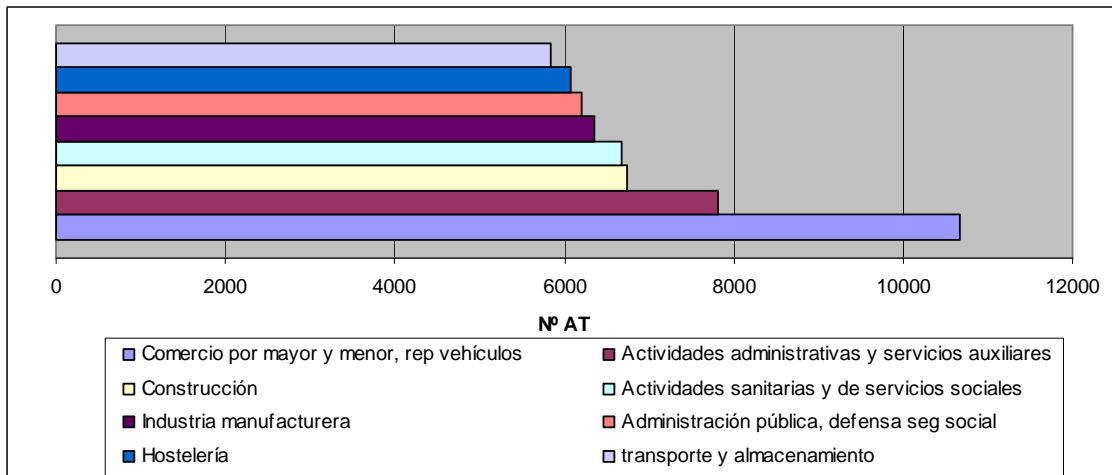
La proporción de accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral (es decir, excluyendo los accidentes *in itinere*) en cada una de las actividades, queda reflejada en la tabla 4. Los accidentes *in itinere*, en términos generales, suponen un porcentaje mayor entre las trabajadoras que entre sus compañeros. Respecto a las actividades, son las financieras y de seguros aquellas en las que se registró una mayor proporción de estos AT *in itinere* en hombres, y las de suministro de energía, gas, etc, en las mujeres.

Tabla 4. Porcentajes de accidentes ocurridos durante el trabajo por sección de actividad.

	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, caza, pesca	97,6%	84,4%
Industrias extractivas	95,2%	50,0%
Industria manufacturera	92,9%	79,3%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	74,4%	13,6%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	94,7%	88,9%
Construcción	94,9%	67,9%
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	89,4%	72,3%
transporte y almacenamiento	91,0%	76,4%
Hostelería	87,5%	86,2%
Información y comunicaciones	57,0%	37,9%
Actividades financieras y de seguros	41,9%	30,0%
Actividades inmobiliarias	83,9%	59,6%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	68,9%	47,5%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	85,5%	71,7%
Administración pública, defensa seg social	90,3%	70,9%
Educación	73,6%	69,6%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	80,1%	77,0%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	91,8%	81,0%
Otros servicios	83,2%	71,3%
Hogares que emplean personal doméstico	88,4%	73,7%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	62,5%	72,7%
Total actividades	88,6%	72,8%

Las actividades que acumularon el 85% de los accidentes de trabajo con baja ocurridos durante el trabajo y registrados en la población general, se muestran en los gráficos 5, 5.1 y 5.2:

Gráfico 5. AT en las actividades que aglutinan el 85% de los Accidentes de Trabajo ocurridos durante el trabajo. Año 2013.



En números absolutos los AT han disminuido en relación a los años anteriores. La distribución de actividades que desarrolla la empresa en que trabajaban las personas accidentadas es semejante a la observada entonces, e igualmente es diferente en hombres y mujeres.

Gráfico 5.1. Actividades en que se producen el 85% de AT. Hombres.

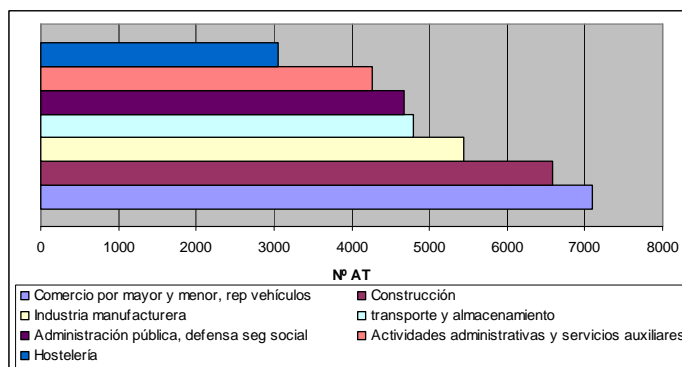
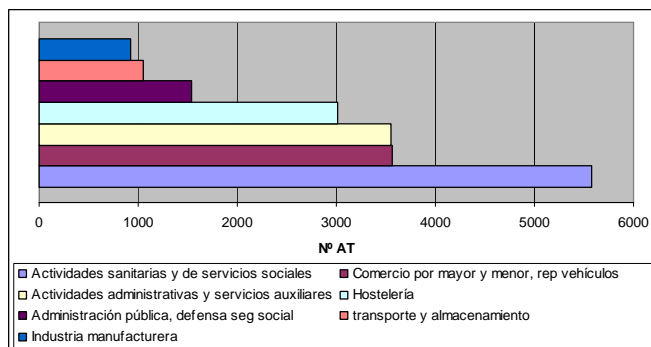


Gráfico 5.2. Actividades en que se producen el 85% de AT. Mujeres



En la Comunidad de Madrid, en el año 2013, las actividades con un mayor número de AT (tanto en jornada de trabajo como *in itinere*), y que paralelamente aglutinaron más indicadores negativos se muestran en las tablas 5.1 (para los hombres) y 5.2 (para las mujeres). En ellas se observan algunas formas de accidentes, que aparecen en mayor proporción: entre los hombres los accidentes por sobreesfuerzos se producen en un mayor porcentaje en actividades inmobiliarias y hogares que emplean personal; y entre las mujeres es en administración pública y defensa y actividades inmobiliarias donde más se da este tipo de accidentes. Esta distribución es ligeramente diferente a la observada el año anterior, en que las actividades en las que más AT por sobreesfuerzos se produjeron fueron las artísticas y de entretenimiento, las actividades sanitarias y las de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos para ambos sexos.

Tabla 5.1. Accidentes totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2013. Hombres.

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% agresión	% Acc CV grav o mort	% Hospitaliz	% acc tráfico
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	7.942	27,8%	3,2%		2,8%	2,8%
Construcción	6.943	28,6%				4,8%
Industria manufacturera	5.861	39,5%	,2%	,1%	2,4%	5,5%
transporte y almacenamiento	5.259	17,9%			7,7%	30,8%
Administración pública, defensa seg social	5.165	44,5%	1,1%		2,0%	5,3%
Act. administrativas y servicios auxiliares	4.990	37,4%	,4%	,2%	2,8%	5,4%
Hostelería	3.491	41,2%	,7%	,2%	2,2%	10,0%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.365	43,8%	1,3%	,4%	3,0%	16,6%
Act. profesionales, científicas y técnicas	1.159	20,7%	,8%	,1%	2,5%	17,9%
Act. artísticas, recreativas y de entretenimiento	983	26,5%	,6%	,3%	9,1%	34,9%
Información y comunicaciones	939	18,6%		1,3%	10,2%	49,6%
Sum. agua, saneamiento, gestión de residuos	871	35,7%			4,8%	15,5%
Otros servicios	625	27,7%	1,0%	,6%	5,2%	26,4%
Educación	503	36,1%	4,4%	,2%	2,6%	11,3%
Agricultura, ganadería, caza, pesca	248	43,8%	4,9%	,1%	1,0%	11,2%
Actividades financieras y de seguros	236	35,8%	1,6%		2,4%	20,3%
Hogares que emplean personal doméstico	216	44,8%	2,7%	,3%	1,9%	11,2%
Actividades inmobiliarias	168	49,4%	4,8%	,1%	5,0%	5,9%
Sumin. de energía eléctrica, gas, vapor, aire	39	39,8%	1,4%	,2%	1,9%	12,6%
Industrias extractivas	21	25,0%	,9%		10,6%	8,3%
Orgs. y otros organismos extraterritoriales	8	50,0%	12,5%			25,0%
Total	47.032	38,3%	1,7%	,2%	2,7%	11,4%

Tabla 5.2. Accidentes totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2013. Mujeres.

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% Agresion	%Acc CVgrav o mort	% Hospital	% Acc tráfico
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7.249	37,5%			3,1%	15,6%
Act. administrativas y servicios auxiliares	4.945	50,0%				50,0%
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	4.932	38,4%	,2%		1,6%	12,7%
Hostelería	3.494	13,6%			9,1%	31,8%
Administración pública, defensa seguridad social	2.179	47,6%	1,0%		1,4%	10,1%
transporte y almacenamiento	1.379	30,1%	1,0%	,5%	4,3%	25,4%
Educación	1.232	38,2%	,7%	,0%	1,6%	16,7%
Industria manufacturera	1.156	40,2%	1,5%	,1%	2,3%	14,8%
Act. profesionales, científicas y técnicas	1.091	29,3%	,8%	,0%	,9%	6,3%
Información y comunicaciones	754	19,1%	,8%		3,8%	36,1%
Otros servicios	707	11,3%	,2%	,2%	2,3%	41,9%
Actividades financieras y de seguros	513	18,0%		1,1%	7,9%	29,2%
Act. artísticas, recreativas y de entretenimiento	432	25,8%	1,6%	,1%	2,8%	31,8%
Hogares que emplean personal doméstico	376	35,3%	1,4%	,1%	1,1%	11,8%
Construcción	209	33,5%	1,4%	,0%	,9%	10,1%
Sum. agua, saneamiento, gestión de residuos	208	30,3%	1,8%	,2%	1,7%	17,5%
Actividades inmobiliarias	89	45,6%	2,3%	,0%	1,0%	8,8%
Agricultura, ganadería, caza, pesca	32	44,7%	1,2%		1,2%	12,0%
Sumin. de energía eléctrica, gas, vapor, aire	22	34,5%	,8%	,1%	2,0%	14,7%
Org. y otros organismos extraterritoriales	11	15,7%	,8%	,3%	9,0%	11,4%
Industrias extractivas	2	9,1%				18,2%
Total	31.012	36,2%	1,3%	,1%	1,5%	13,5%

Para analizar los accidentes según sectores, se han utilizado los datos de afiliación por sectores (de todos los regímenes), obteniendo las tasas por cada 100.000 afiliados/as que se reflejan en el gráfico 6, lo que permite realizar una aproximación de lo que ocurre en cada uno de ellos.

Gráfico 6a. Tasas de accidentes por algunas causas, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2013.

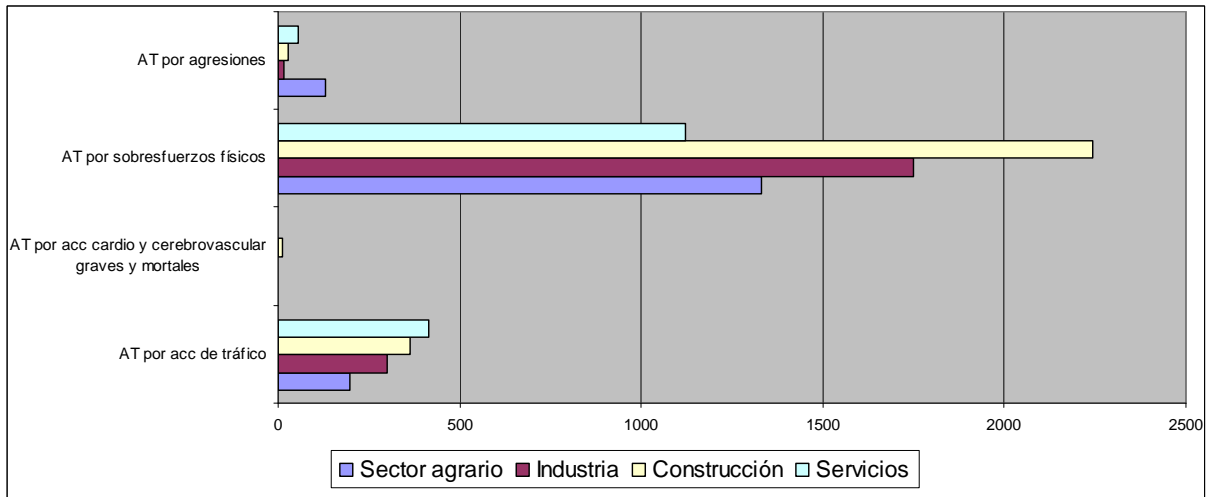
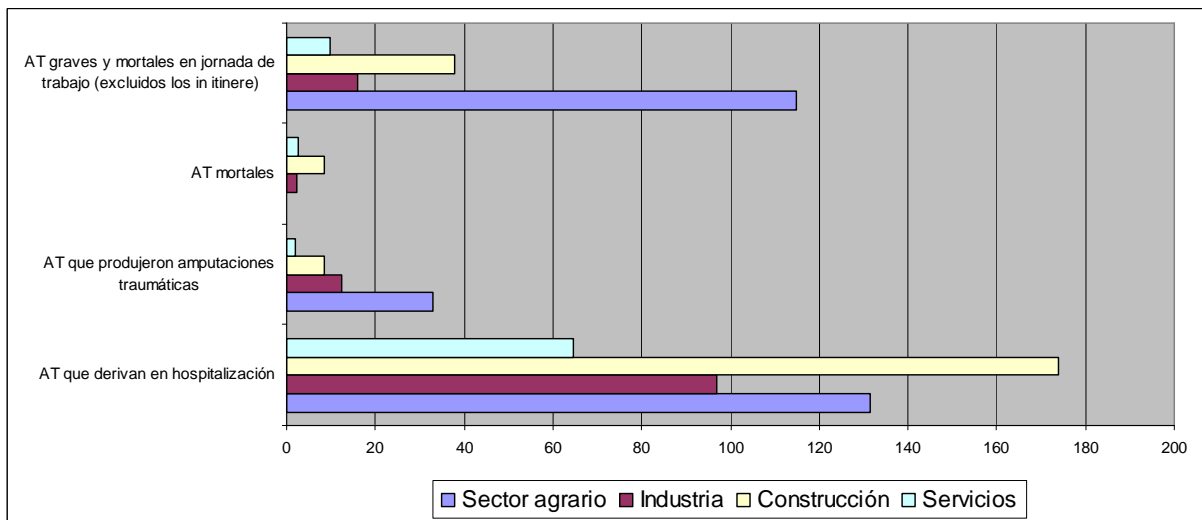


Gráfico 6b. Tasas de accidentes con determinados efectos, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2013.



Agrupando las secciones de actividad, y **considerando aquellas con mayor población ocupada**, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y en la industria manufacturera y, entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en actividades administrativas y servicios auxiliares (tabla 6):

Tabla 6. Índices de incidencia de AT en actividades que ocupan más población (por cada 100.000 afiliados/as con cobertura de contingencias profesionales en cada sección).

	HOMBRES			MUJERES		
	Afiliados	Nº acc	I Incidencia (por 100.000 af)	Afiliadas	Nº acc	I Incidencia (por 100.000 af)
Comercio mayor y menor; rep vehículos motor	202.318	7942	3.925,50	180.567	4932	2.731,40
Industria manufacturera	116.315	5861	5.038,92	45.601	1156	2.535,01
Activid. administrativas y servicios auxiliares	115.587	4990	4.317,11	134.120	4945	3.687,01
Información y comunicaciones	101.890	939	921,58	63.579	754	1.185,93
Activid. profesionales, científicas y técnicas	99.524	1159	1.164,55	100.139	1091	1.089,49
Construcción	98.459	6943	7.051,67	19.979	209	1.046,09
Transporte y almacenamiento	96.784	5259	5.433,77	33.727	1379	4.088,77
Hostelería	71.968	3491	4.850,74	75.323	3494	4.638,72
Admin. pública y defensa; SS obligatoria	63.815	5165	8.093,71	65.806	2179	3.311,25
Educación	45.955	503	1.094,55	88.099	1232	1.398,43
Actividades sanitarias y de servicios sociales	41.927	1365	3.255,70	166.283	7249	4.359,42
Act. hogares empleadores de per. doméstico	17.597	216	1.227,49	86.862	376	432,87

Accidentes mortales

Los accidentes mortales se distribuyeron también de manera diferenciada en hombres y mujeres, según actividades. A continuación se presentan dos tablas (tabla 7.1 y 7.2) que incluyen el análisis de actividades con mayor frecuencia de AT mortales ocurridos durante el trabajo, es decir, excluyendo los *in itinere*: el peso de los AT mortales de cada sección sobre el total de AT mortales, el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados de cada sección, y el peso de AT mortales por cada 1000 AT ocurridos durante el trabajo en cada sección.

Tabla 7.1. AT mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones . Año 2013.

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Transporte y almacenamiento	12	24	12,40	2,51
Construcción	10	20	10,16	1,52
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	6	12	2,97	0,85
Actividades administrativas y servicios auxiliares	5	10	4,33	1,17
Actividades profesionales, científicas y técnicas	4	8	4,02	5,01
Actividades sanitarias y de servicios sociales	3	6	7,16	2,74
Industria manufacturera	2	4	1,72	0,37
Información y comunicaciones	2	4	1,96	3,74
Actividades financieras y de seguros	2	4	3,83	20,20
Administración pública, defensa seg social	2	4	3,13	0,43
Hostelería	1	2	1,39	0,33
Actividades inmobiliarias	1	2	11,67	7,09
Total	50	100	4,16	1,20

Tabla 7.2. AT mortales de trabajadoras ocurridos durante el trabajo, por secciones. Año 2013.

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	1	25	0,55	0,28
transporte y almacenamiento	1	25	2,97	0,95
Hostelería	1	25	1,33	0,33
Educación	1	25	1,14	1,17
Total	4	100	0,34	0,18

La población trabajadora en régimen especial de autónomos

Puesto que no todos los trabajadores por cuenta propia tienen cubiertas las contingencias profesionales, no es posible conocer la verdadera magnitud de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales en este colectivo, ya que sólo son notificados los accidentes que sufre este grupo con contingencia cubierta. Precisamente por esta falta de información es necesario continuar en la mejora del conocimiento de los accidentes acaecidos en este grupo. En este apartado hemos extraído los accidentes de la población autónoma con contingencia profesional cubierta del conjunto de la población accidentada, analizada globalmente en las páginas anteriores.

Para el análisis consideramos a aquellos trabajadores del Régimen Especial de Autónomos y a aquellos del Régimen Especial Agrario por cuenta propia. Aunque en la notificación de accidentes han sido registrados de manera diferenciada como tales, en los datos de afiliación, desde enero de 2008, ambos grupos integran el Régimen Especial de Autónomos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18/2007 de 4 de julio.

La población de trabajadores/as autónomos/as con contingencia cubierta en el año 2013 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 80.940 (54.069 hombres y 26.871 mujeres), cifra que supone alrededor del 33,2% del total de población trabajadora en dicho régimen, observándose una tendencia creciente en esta proporción en los últimos tres años.

En este grupo de población se produjo un total de 1.289 accidentes de trabajo con baja (1.101 se produjeron en hombres y 188 en mujeres). La distribución de estos AT por sectores de actividad y sexo, se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. AT en autónomos/as por sector de actividad en la CM.

	Año 2013	
	Hombres	Mujeres
SECTOR AGRARIO	20	1
INDUSTRIA	109	9
CONSTRUCCIÓN	371	6
SERVICIOS	601	172
Total	1.101	188

Se registraron nueve accidentes graves, dos muy graves y dos mortales (estos últimos, en hombres).

En las tablas 9 y 10 se presenta el análisis de los accidentes por causas o efectos especiales, llamando la atención la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos, al igual que en años anteriores.

Tabla 9. Incidencia de Accidentes de trabajo con causas especiales en autónomos. Año 2013.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
AT por accidente de tráfico	145	268,18	15	55,82
AT por Infartos y derrames cerebrales ⁽¹⁾	4	7,40	0	0,00
AT por sobreesfuerzos físicos	350	647,32	52	193,52
AT por agresiones	13	24,04	1	3,72

(*) Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

⁽¹⁾ Graves, muy graves y mortales.

Tabla 10. Indicadores de la repercusión inmediata del AT en autónomos. Año 2013.

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
1º AT que derivaron en hospitalización	46	85,08	6	22,33
2º. AT que prod amputaciones traumáticas	1	1,85	0	0,00
3º. AT que resultaron en muerte	2	3,70	0	0,00
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo ⁽¹⁾	12	22,19	1	3,72

(*) Afiliados con contingencias profesionales cubiertas. ⁽¹⁾ Excluidos los AT *in itinere*.

Las diferencias halladas entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas, salvo para la producción de accidentes de tráfico, donde la diferente incidencia no parecer ser debida al azar. Se mantiene una tendencia descendente de los AT graves y mortales en jornada de trabajo desde el año 2010.

Entre los hombres, el 0,6% de los AT se produjeron "in itinere", y en las mujeres no se registró ningún AT fuera del tiempo de trabajo.

Las secciones en las que se ha dado mayor siniestralidad en la población autónoma fueron, en el año 2013 (tablas 11.1 y 11.2): entre los hombres autónomos, la construcción y el transporte y almacenamiento, sumando entre ambas secciones casi el 50% de todos los accidentes; en sus compañeras, el comercio al por menor y hostelería (equivalentes al 41,5% de los accidentes), ambas del sector Servicios.

Tabla 11.1. Secciones que acumulan el 85% de los AT en trabajadores autónomos. Año 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Construcción	371	33,7
transporte y almacenamiento	166	15,1
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	165	15,0
Industria manufacturera	106	9,6
Actividades administrativas y servicios auxiliares	64	5,8
Hostelería	60	5,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas	42	3,8

Tabla 11.2. Secciones que acumulan el 85% de los AT en trabajadoras autónomas. Año 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	48	25,5
Hostelería	30	16,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	20	10,6
Actividades profesionales, científicas y técnicas	18	9,6
Otros servicios	15	8,0
transporte y almacenamiento	11	5,9
Actividades sanitarias y de servicios sociales	9	4,8
Industria manufacturera	8	4,3
Educación	8	4,3

Evolución temporal de AT en los autónomos

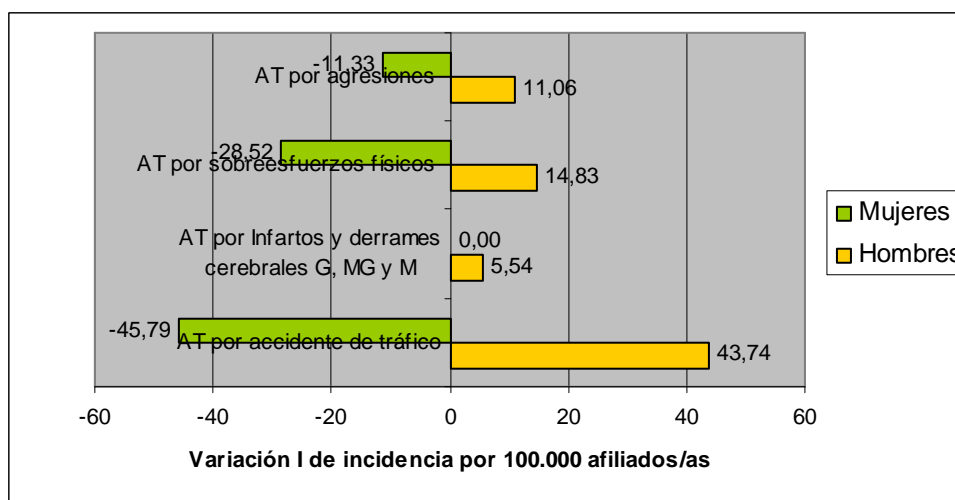
En el caso de la población autónoma, la población afiliada con cobertura de contingencias profesionales en el año 2013 apenas creció con respecto al 2012, siendo un 29,3% superior a la afiliada en este régimen en el año 2010. En la tabla 12 se muestran los AT ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2013.

Tabla 12. Evolución de los AT en población trabajadora autónoma.

	Hombres	Mujeres	Total
Año 2007	768	123	891
Año 2008	1.013	166	1.179
Año 2009	1.019	180	1.199
Año 2010	982	177	1.159
Año 2011	1.206	228	1.434
Año 2012	1.046	199	1.245
Año 2013	1.101	188	1.289

En relación al año 2012, los trabajadores autónomos sufrieron un aumento en el índice de incidencia de determinados tipos de AT, mientras que entre sus compañeras dichos índices se vieron reducidos (Gráfico 7).

Gráfico 7. Diferencias de incidencia de AT por cada 100.000 afiliados/as: año 2013 en relación al 2012.



CONCLUSIONES

Frente al año 2012, la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales se ha visto ligeramente reducida. No obstante aumentó discretamente la población autónoma con esta contingencia cubierta, en la misma línea de lo observado en los años anteriores.

Ha descendido en números absolutos el número de AT con baja en la Comunidad de Madrid, aunque en términos globales la tasa de AT producidos en jornada de trabajo (es decir, excluyendo los ocurridos *in itinere*) es similar a la observada el año anterior, viéndose frenada la tendencia descendente que venía observándose en los últimos años.

En general, es reseñable una ligera reducción de los accidentes mortales en jornada de trabajo respecto al año anterior, hecho especialmente remarcable en la industria manufacturera (dos AT mortales), que en 2012 había registrado 11 fallecidos.

Madrid, enero de 2015
Servicio de Salud Laboral

**Accidentes de trabajo por tráfico en la
Comunidad de Madrid
Año 2012**

Accidentes de trabajo por tráfico en la Comunidad de Madrid Año 2012

INTRODUCCIÓN

Según los datos publicados por organismos nacionales e internacionales (salvando las diferencias entre los distintos sistemas de registro de estos accidentes), un número considerable de los accidentes de trabajo con baja se producen por accidentes de tráfico, bien durante la jornada de trabajo (desplazamientos en misión o por necesidades de la propia actividad), bien en el trayecto de la vivienda al lugar de trabajo y viceversa (los llamados accidentes *in itinere*), y son los accidentes de tráfico la primera causa de muerte en accidente de trabajo.¹⁻⁴

En este sentido, en Europa, la Agencia Europea para la Seguridad en el Trabajo, y el Consejo Europeo de Seguridad en el Transporte entre otros, han puesto en marcha diferentes estrategias para la reducción de este tipo de accidentes que tanta repercusión tiene sobre las personas accidentadas y los propios sistemas de seguridad social, no solo desde el punto de vista de la salud, sino también desde una perspectiva laboral, social y económica^{4,5}. Estas iniciativas tienen como objetivo la reducción de estos accidentes mediante la promoción de prácticas seguras en la carretera, dirigida a empresas y trabajadores, remarcando la importancia de la interacción entre la seguridad laboral y la vial.

Estudiar en nuestra región los mecanismos de producción de estos accidentes, así como los factores socio-laborales que puedan relacionarse con los mismos es necesario para, una vez conocida la situación real de la cuestión, facilitar el diseño y propuesta de estrategias y medidas que puedan reducir este tipo de accidentes que menoscaban la salud de la población trabajadora madrileña.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Para conocer la pérdida de salud derivada de la actividad laboral por accidentes de trabajo, fueron analizados todos los Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (a partir de ahora AT) de la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2012, anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social previa petición formal. En el año 2012, en la Comunidad Autónoma de Madrid se registraron un total de 80.479 AT correspondientes a trabajadores afiliados en la esta comunidad autónoma (49.817 hombres y 30.662 mujeres). De ellos, 9.376 fueron accidentes de tráfico. Son éstos los que serán estudiados en este documento.

Como población de referencia se ha considerado la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social con cobertura de contingencia profesional. Ésta fue, de media, durante el año 2012 en la Comunidad de Madrid, de 2.447.676 personas (51% hombres y 49% mujeres).

Se trata de un análisis descriptivo de los accidentes de trabajo con baja por tráfico registrados en la Comunidad de Madrid, en el año 2012.

RESULTADOS

En Madrid, en el año 2012, se registraron un total de 80.479 AT, de los cuales aquellos producidos por accidente de tráfico (a partir de ahora ALT –accidente laboral de tráfico-) constituyeron el 11,7%. En el 56,6% de estos ALT el accidentado fue un hombre, y en el 43,4% una mujer.

Del total de accidentes de trabajo con resultado de muerte (69), el 30,4% se produjo por accidente de tráfico.

En la tabla 1 se muestran un descriptivo general de los ALT registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2012.

El 72,1% (6.762) de estos ALT se produjo al ir o al volver del trabajo (ALT in itinere). El resto de los ALT, 2.614, tuvieron lugar en desplazamientos en la jornada de trabajo (ALTJT). El 52,5% de los ALT in itinere fue protagonizado por mujeres, y el 80,1% de los ALTJT estuvo protagonizado por hombres. ($p < 0,001$).

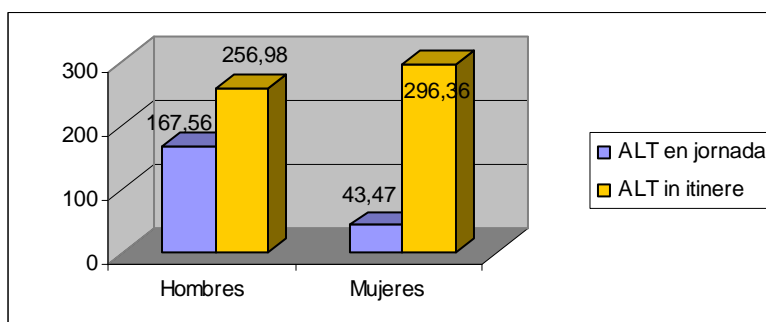
La edad media de personas accidentadas fue de 36,09 (DE: 9,68), no observándose diferencias entre hombres y mujeres. Tampoco se hallaron diferencias entre la media de edad según el momento en que se produjo el accidente. Sin embargo, estudiando de forma desagregada la edad de hombres y mujeres, observamos que las mujeres accidentadas in itinere fueron más jóvenes que aquellas que tuvieron el accidente en un desplazamiento en su trabajo (35,99 años vs 37,06, $p < 0,05$). Esta diferencia no se observó en los varones.

TABLA 1. Descriptivo Accidentes de Trabajo con baja por accidentes de tráfico. Año 2012. CM.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	P
AT producido por accidente de tráfico (ATT)	9376	5303 (56,6%)	4073 (43,4%)	p<0,001
<i>Momento de ocurrencia del accidente</i>	N (%)	% sobre H	% sobre M	
ATT en jornada de trabajo (ATTJT)	2614 (27,9)	39,50	12,80	p<0,001
ATT in itinere	6762 (72,1)	60,50	87,20	
<i>Edad</i>	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
Edad media trabajador/a accidentado/a	36,09 (9,68)	36,07 (9,652)	36,13 (9,724)	p>0,05
<i>I de Incidencia por 100.000 trabajadores/as</i>	Nº ALT por 100.000 Afiliados/as	Nº ALT por 100.000 afiliados	Nº ALT por 100.000 afiliadas	
II ATT	383,1	424,5	339,8	
II ATTJT	106,8	167,6	43,5	
II ATT in itinere	276,3	257	296,4	
<i>Gravedad de la lesión</i>	N	% sobre H	% sobre M	
Leve	9229	97,8	99,3	p<0,001
Grave	114	1,7	0,6	
Muy grave	12	0,2	0,1	
Mortal	21	0,4	0	
<i>Parte del cuerpo lesionada</i>	N	% sobre H	% sobre M	
Cabeza	202	2,6	1,5	p<0,001
Cuello/columna cervical	4082	32,3	58,2	
Espalda	1149	11,7	12,9	
Tronco y órganos	279	3,7	2	
Extremidades superiores	844	12,1	4,9	
Extremidades inferiores	1166	16,7	6,9	
Todo el cuerpo y múltiples partes	1608	20,3	13,1	
Otras partes del cuerpo	46	0,6	0,3	
<i>Otros efectos del accidente</i>	N	% sobre H	% sobre M	
Hay afectación de más de un/a trabajador/a	485	5,1	5,3	p>0,05
Ha sido necesaria hospitalización	484	6,6	3,2	p<0,001
<i>Régimen de afiliación</i>	N	% sobre H	% sobre M	
Régimen General de la SS y minería del carbón	9220	97,6	99,3	p<0,001
Régimen especial de trabajadores autónomos	148	2,3	0,7	
Régimen especial agrario (c ajena)	1	0	0	
Régimen especial trabajadores de la mar	7	0,1	0	
<i>Contratación</i>	N	% sobre H	% sobre M	
El/la trabajador/a pertenecía a una contrata/subcontrata	155	1,5	1,8	p>0,05
<i>Tipo de contrato</i>	N (%)	% sobre H	% sobre M	
Indefinido	6799 (72,5)	73,4	71,4	p<0,001
Temporal	2423 (25,8)	24,3	27,8	
Otros	154 (1,7)	2,3	0,8	
<i>Sector actividad</i>	N	% sobre H	% sobre M	
Agrario	12	0,1	0,1	p<0,001
Industria	650	8,1	5,4	
Construcción	471	7,4	1,9	
Servicios	8243	84,3	92,6	

El índice de incidencia de ALT por cada 100.000 afiliados fue un 20% superior que el observado por cada 100.000 afiliadas. Sin embargo, al calcular la incidencia en ambos grupos según se produjesen los accidentes en la jornada de trabajo o in itinere, resultó ser 13,3% superior el valor del índice de incidencia de ALT in itinere en las mujeres. (Gráfico 1).

Gráfico 1. I de Incidencia de ALT según momento de ocurrencia del accidente, en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, año 2012.



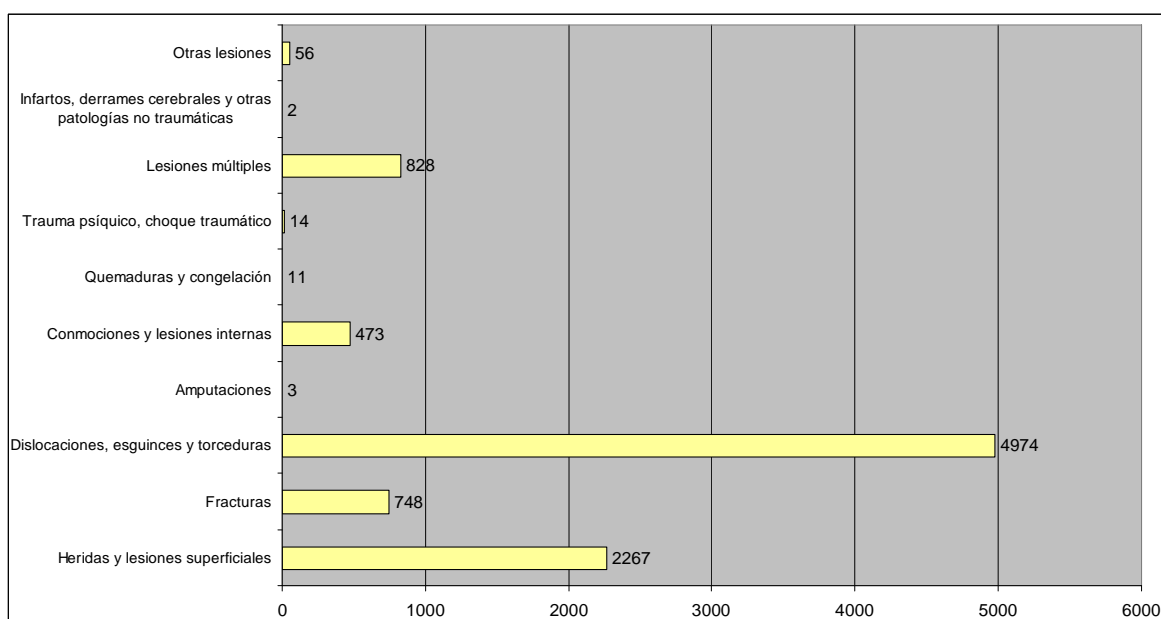
El 98,4% de todos los ALT fue de carácter leve, habiéndose registrado 21 muertes por este tipo de accidentes. El 2,3% de los accidentes en hombres fue grave, muy grave o mortal, frente al 0,7% de las mujeres ($p < 0,001$). El II de los ALT agrupados por gravedad fue, para todos los grados, menor en los ALT producidos durante la jornada laboral que en aquellos que ocurrieron in itinere (tabla 2). El 5,2% de los accidentes conllevó hospitalización, habiendo sido necesario hospitalizar casi al doble de hombres que de mujeres.

Tabla 2. Índices de incidencia de ALT por gravedad según momento del accidente.

	Nº ALT total	II ALT total	Nº ALTJT	I Incid ALTJT	Nº ALT in itinere	I Incid ALT In itinere
Leve	9229	377,1	2575	105,2	6654	271,8
Grave	114	4,7	25	1,0	89	3,6
Muy grave	12	0,5	5	0,2	7	0,3
Mortal	21	0,9	9	0,4	12	0,5
Total	9376	383,1	2614	106,8	6762	276,3

La parte del cuerpo con mayor frecuencia afectada en estos accidentes fue el cuello/columna cervical tanto en hombres (32,3%) como en mujeres (58,2%), seguido de todo el cuerpo y múltiples partes (hombres: 20,3% y 13,1% en las mujeres). Tres casos conllevaron amputación, y 14 produjeron un trauma psíquico, grave o muy grave. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tipos de lesiones producidas por los ATT.



El 5,2% de los ALT afectó a más de un trabajador.

Temporalidad

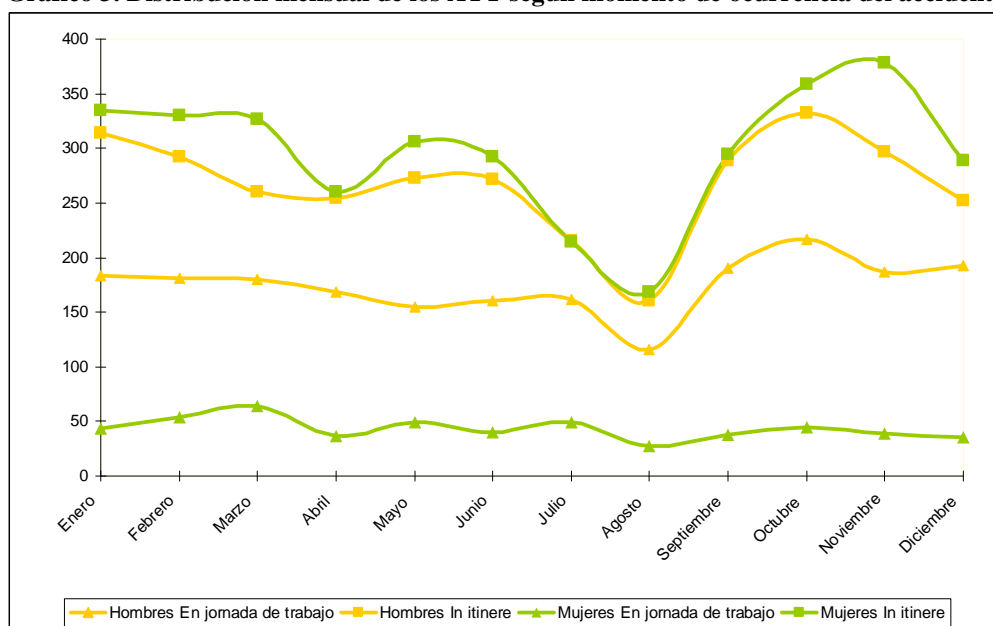
La mayor parte de los accidentes se produjo de martes a sábado con semejante distribución en estos días, siendo los lunes los días más libres de ALT (solo el 4,0%), no observándose diferencias en esta tendencia entre trabajadores y trabajadoras. La razón entre ALT in itinere y ALT en jornada de trabajo estuvo en una media de 2,4, con una mínima el lunes y máxima el sábado (Tabla 3). Sin embargo, analizando el momento del accidente de forma desagregada en hombres y mujeres, se observa que la razón ALT in itinere/ALTJT es, en las mujeres, además de muy superior a la general, mayor los domingos, a la inversa de lo que ocurre a sus compañeros.

Tabla 3. Distribución semanal de los ALT según momento del accidente.

	Hombres			Mujeres			Total			
	ALTJT	In itinere	ALTIT /ALTJT	ALTJT	In itinere	ALTIT /ALTJT	ALTJT	In itinere	Total	ALTIT/ ALTJT
Lunes	140	113	0,8	14	112	8,0	154	225	379	1,5
Martes	374	614	1,6	89	663	7,4	463	1277	1740	2,8
Miércoles	345	545	1,6	102	621	6,1	447	1166	1613	2,6
Jueves	379	584	1,5	105	653	6,2	484	1237	1721	2,6
Viernes	352	586	1,7	116	653	5,6	468	1239	1707	2,6
Sábado	335	595	1,8	79	676	8,6	414	1271	1685	3,1
Domingo	168	173	1,0	16	174	10,9	184	347	531	1,9
Total	2093	3210	1,5	521	3552	6,8	2614	6762	9376	2,6

La distribución de los ALT a lo largo del año se muestra en el gráfico 3. Los accidentes in itinere tienen una caída importante coincidiendo con los periodos vacacionales (julio agosto y diciembre), sin que esta caída sea tan marcada en los ALT en jornada de trabajo.

Gráfico 3. Distribución mensual de los ATT según momento de ocurrencia del accidente.



Días de baja: Con una media global de 31, 47 días de baja, se observó diferencia entre la media de días que estuvieron incapacitados hombres y mujeres (36 días vs 29,46, $p < 0,001$).

VARIABLES LABORALES

El 98,3% de los accidentes corresponden a trabajadores inscritos en el Régimen General de la SS. (Tabla 4). El mayor índice de incidencia de ALTJT se observó en el grupo de afiliación al Régimen Especial de Autónomos.

Tabla 4. Índice de ALT por regímenes de afiliación según momento del accidente.

	N	II ALT in itinere	II ATL JT	I In. ALTJT / I In. ALT
R GENERAL DE LA SS	9220	285,56	105,07	0,37
R ESPECIAL DE TRAB AUTÓNOMOS	148	18,64	165,25	8,87
R ESPECIAL AGRARIO (c AJENA)	1	30,31	0,00	0,00
R ESPECIAL TRAB DEL MAR	7	166,22	27,70	0,17
Total	9376	276,26	106,80	0,39

Un 4,8% de los accidentados trabajaban para una contrata, y el 1,1% a una ETT.

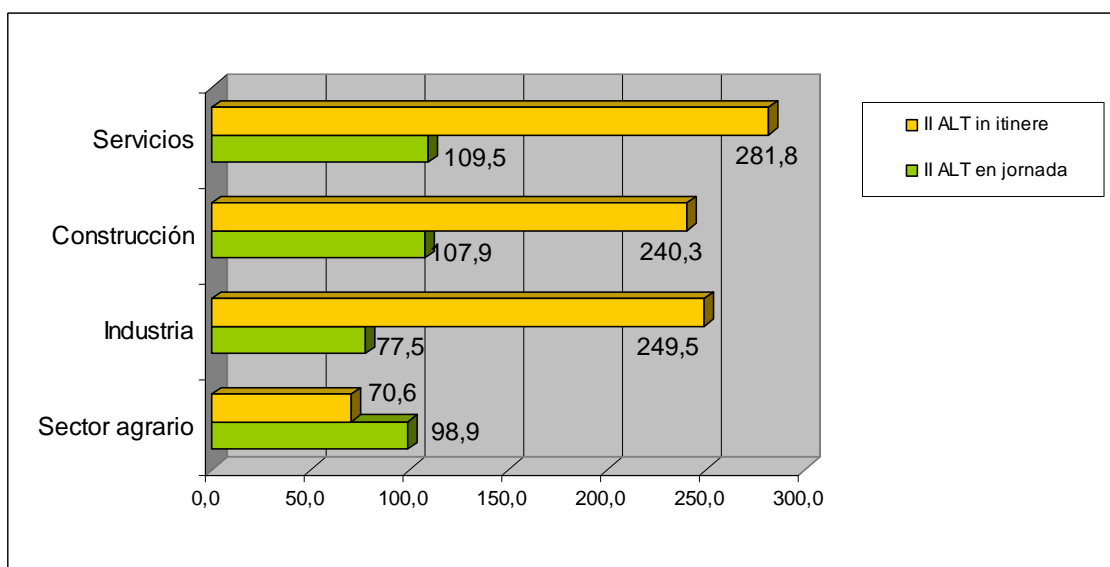
La distribución de los accidentes por tipo de contrato y sector de actividad en hombres y mujeres queda reflejada en la tabla 1. El 92,6% de las mujeres accidentadas trabajaban en el sector servicios, frente al 84,3% de los hombres.

El índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as en cada sector de actividad para ambos grupos y para cada uno de ellos se muestra en la tabla 5. También se ha calculado el índice de incidencia de estos accidentes según el momento en que se produjeron (Gráfico 4).

Tabla 5. Índice de incidencia de ALT por 100.000 afiliados/as en cada sector de actividad. Hombres y mujeres.

	Índice de incidencia ALT		
	Hombres	Mujeres	Total
Sector agrario	109,68	372,48	169,46
Industria	299,59	399,47	327,01
Construcción	345,57	362,07	348,23
Servicios	453,64	336,44	391,30

Gráfico 4. Índice de incidencia de ALT por 100.000 afiliados/as en cada sector de actividad, según momento del accidente.



En la tabla 6 se muestran los datos de ALT en cada sección de actividad, según el momento en que se produjo el accidente de tráfico. En términos globales, el mayor número de ALT se produjo en la sección de *comercio y reparación de vehículos*, aunque la actividad en la que se observó un mayor índice de incidencia de estos accidentes por 100.000 afiliados/as, fue la de *transporte y almacenamiento*.

Observando las cifras de los ALT en la jornada de trabajo, fue esta misma actividad, *transporte y almacenamiento*, la que acumuló más accidentes de tráfico, tanto en términos absolutos como por cada 100.000 afiliados/as en la misma. El mayor número de ALT in itinere se encontró en la sección de *comercio al por mayor, al por menor y reparación de vehículos*, aunque el mayor índice de incidencia se observó en la sección de *actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento*.

Tabla 6. Distribución e índice de incidencia de los ATT por 100.000 afiliados/as en cada sección de actividad: ATTJT, ATT in itinere y ATT total.

	ATT JT			ATT IN ITINERE			ATT TOTAL		
	N	%	I Incid	N	%	I Incid	N	%	I Incid
Agricultura, ganadería, caza, pesca	7	0,3	98,9	5	0,1	70,6	12	0,1	169,5
Industrias extractivas	0	0,0	0,0	4	0,1	212,2	4	0,0	212,2
Industria manufacturera	116	4,4	67,3	435	6,4	252,2	551	5,9	319,5
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	5	0,2	66,2	16	0,2	211,9	21	0,2	278,1
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	33	1,3	195,5	41	0,6	242,9	74	0,8	438,3
Construcción	146	5,6	107,9	325	4,8	240,3	471	5,0	348,2
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	336	12,9	83,9	1305	19,3	325,7	1641	17,5	409,6
transporte y almacenamiento	691	26,4	532,8	436	6,4	336,2	1127	12,0	869,0
Hostelería	361	13,8	238,6	477	7,1	315,3	838	8,9	554,0
Información y comunicaciones	79	3,0	46,6	585	8,7	344,8	664	7,1	391,4
Actividades financieras y de seguros	27	1,0	25,6	291	4,3	275,8	318	3,4	301,4
Actividades inmobiliarias	16	0,6	93,3	22	0,3	128,3	38	0,4	221,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas	105	4,0	52,1	540	8,0	267,8	645	6,9	319,9
Actividades administrativas y servicios auxiliares	162	6,2	63,0	753	11,1	292,7	915	9,8	355,7
Administración pública, defensa seg social	359	13,7	265,1	371	5,5	273,9	730	7,8	539,0
Educación	40	1,5	29,4	229	3,4	168,2	269	2,9	197,6
Actividades sanitarias y de servicios sociales	65	2,5	26,4	609	9,0	247,8	674	7,2	274,2
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	16	0,6	45,2	140	2,1	395,8	156	1,7	441,0
Otros servicios	45	1,7	72,6	153	2,3	247,0	198	2,1	319,6
Hogares que emplean personal doméstico	5	0,2	8,7	23	0,3	40,2	28	0,3	48,9
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	0	0,0	0,0	2	0,0	109,6	2	0,0	109,6
Total	2614	100,0	106,8	6762	100,0	276,3	9376	100,0	383,1

Calculando los índices de incidencia de los ALT en cada ocupación, encontramos que, entre los hombres, el mayor índice de incidencia se obtuvo en los *trabajadores de restauración, comercio, protección, servicios personales..*, seguidos muy de cerca por *operadores de maquinaria y conductores*. Tuvieron un mayor índice de incidencia las *empleadas contables y administrativas*, seguidas de aquellas *trabajadoras de restauración, comercio, servicios personales..* (Tabla 7).

Tabla 7. Índice de incidencia de ALT en cada ocupación. Hombres y mujeres.

	N ALT	I de Incidencia ⁽¹⁾	II ALT Hombres ⁽²⁾	II ALT Mujeres ⁽³⁾
Dirección y gerencia	146	6,0	7,4	4,5
Trab científicos/as e intelectuales	1061	43,3	35,9	51,1
Técnicos/as profesionales de apoyo	941	38,4	43,2	33,5
Empleados/as contables y administrativos/as	1943	79,4	52,4	107,5
Trab de restauración, comercio, protección, personales	2376	97,1	97,3	96,9
trab cualificados agric, ganadero, forestal, pesq	38	1,6	2,0	1,1
artesanos/as, trab cualificados industria, construcción	638	26,1	46,5	4,8
Operadores/as maquinaria, conductores	1291	52,7	96,1	7,6
Trabajadores/as no cualificados/as	942	38,5	43,8	33,0
Total	9376	383,1	424,5	339,8

⁽¹⁾ Por cada 100.000 personas afiliadas

⁽²⁾ Por cada 100.000 afiliados

⁽³⁾ Por cada 100.000 afiliadas

Considerando ocupación y momento del accidente se observó que, durante la jornada de trabajo, fueron los hombres *operadores de maquinaria y conductores* los que tuvieron un índice de incidencia más alto, e in itinere, el mayor índice de incidencia se encontró en las trabajadoras *empleadas contables y administrativas* (tabla 8).

Tabla 8. Índice de incidencia de ATT por ocupaciones según momento del accidente y sexo.

	I de Incid ATTJT			I de Incid ATT IN ITINERE		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Dirección y gerencia	2,3	1,2	1,8	5,0	3,3	4,2
Trab científicos/as e intelectuales	5,5	5,8	5,6	30,4	45,3	37,7
Técnicos/as profesionales de apoyo	11,3	5,8	8,6	31,9	27,7	29,9
Empleados/as contables y administrativos/as	14,2	12,2	13,2	38,2	95,4	66,2
Trab de restauración, comercio, protección, personales	36,3	10,3	23,5	61,0	86,6	73,5
trab cualificados agric, ganadero, forestal, pesq	0,5	0,1	0,3	1,5	1,0	1,3
artesanos/as, trab cualificados industria, construcción	12,0	0,3	6,3	34,5	4,5	19,8
Operadores/as maquinaria, conductores	69,8	3,9	37,5	26,3	3,7	15,2
Trabajadores/as no cualificados/as	15,7	4,1	10,0	28,1	28,9	28,5
Total	167,6	43,5	106,8	257,0	296,4	276,3

⁽⁴⁾ I de I Total: por cada 100.000 personas afiliadas

⁽⁵⁾ I de Incidencia hombres: Por cada 100.000 afiliados

⁽⁶⁾ I de Incidencia mujeres: Por cada 100.000 afiliadas

Analizando con más detalle las ocupaciones con mayor índice de incidencia de ALT durante la jornada de trabajo, observamos cómo en algunas de las ocupaciones específicas se concentraron los accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo: así, los *conductores profesionales de vehículos* tuvieron un mayor índice de incidencia, seguidos de *policías y trabajadores/as de servicios de seguridad*, y de *vendedores en*

tiendas y almacenes (se muestran los valores en la tabla 9). Las mujeres tuvieron mayor índice de incidencia de estos ALTJT entre las vendedoras.

Tabla 9. Ocupaciones con mayor siniestralidad por ALTJT. Índices de incidencia.

	N ALT	I de Incidencia	II ALT Hombres	II ALT Mujeres
Vendedores en tiendas y almacenes y otros	118	4,82	5,52	4,09
Policía, protección y seguridad	315	12,87	22,82	2,50
Conductores autos, buses, taxis, camiones, motos	852	34,81	64,77	3,59

En cuanto a la organización preventiva, no se observaron grandes diferencias entre el tipo de organización preventiva de los ALT y los AT no producidos por tráfico.

DISCUSIÓN

Los ALT registrados en Madrid constituyeron el 11,7% del total de AT en el año 2012, de forma similar a lo observado en todo el país en el mismo periodo (11,1%)¹. También es semejante la proporción de los ALT que ocurrieron in itinere (72,1% en Madrid, 72,5% a nivel nacional). El índice de incidencia de ALT in itinere por cada 100.000 afiliados/as casi triplica al de aquellos que ocurrieron durante la jornada de trabajo.

En el 56,6% de los accidentes el accidentado fue un hombre y en el 43,4% una mujer. Alrededor del 80% de los ALT ocurridos en jornada de trabajo fue protagonizado por hombres, frente al 50% de los ALT in itinere. Estos porcentajes fueron muy similares a los observados en España. Asimismo los índices de incidencia observados en esta región para ambos tipos de accidentes en hombres y mujeres, fueron semejantes a los obtenidos en todo el país siendo, frente a lo observado a nivel nacional, ligeramente superior la cifra para los ALT in itinere en las trabajadoras madrileñas y la correspondiente a los ALT en jornada de trabajo para sus compañeros.

Sin embargo se encontraron algunos aspectos diferentes entre nuestra región y el conjunto de las CCAA: así, en Madrid la proporción de los AT in itinere por accidente de tráfico es inferior a lo hallado a nivel nacional (49,1% frente al 60,6%): porcentualmente se registraron más accidentes in itinere no tráfico que en el conjunto del país. Estas diferencias podrían estar relacionadas con la ordenación uniprovincial

de Madrid, la geografía, la red de comunicaciones, la diferente actividad empresarial por regiones, la concentración de los centros de trabajo, y un mayor acceso al trabajo mediante la red de transporte público, etc.

La población trabajadora madrileña accidentada por ALT en el año 2012 fue más joven que la de la población accidentada por este mismo tipo de accidentes en todo el país ($p < 0,001$). Tanto en el conjunto del Estado como en la Comunidad de Madrid, la población accidentada por ALT fue más joven que aquella cuyo accidente no fue de tráfico (4,5 años menor en Madrid, 3,7 años menor en España).

El grupo etario en el que se produjo la mayor proporción de ALT fue entre los 25 y 40 años (en España, entre los 30 y 40 años).

En nuestro estudio, del total de accidentes de trabajo con resultado de muerte, el 30,4% se produjo por accidente de tráfico. De estos ALT mortales, el 21,7% se produjo en el trayecto entre el domicilio y el centro de trabajo. Los datos recogidos en Bélgica y Canadá se acercan a los nuestros (de los muertos por AT, el 40% y el 31% respectivamente fueron por accidente de tráfico). Por el contrario, en Finlandia, esta proporción supera el 50%. En Francia, los ALT mortales constituyeron en 2012 el 43,81% de las muertes por AT, y de éstos, el 70,2% se produjo in itinere⁶⁻⁸; en el último decenio se ha observado una disminución del nº de ALT mortales (in itinere y en la jornada de trabajo), manteniéndose –con ciertas fluctuaciones– las cifras totales de los AT mortales, y viéndose así reducido, por tanto, el porcentaje de los trabajadores muertos por tráfico sobre el total de muertes laborales (58,81% en 2004, 48,64% en 2008 y 43,81% en 2012)^{3,6-10}. Esta tendencia puede tener que ver con una estrategia emprendida en el país vecino para reducir la siniestralidad laboral por accidente de tráfico, pues, coincidiendo con su puesta en marcha, comenzó el descenso de las muertes por tráfico en la población trabajadora. Parece, pues, que este tipo de iniciativas dirigidas a la formación, información y concienciación de empresas y plantillas en cuanto a medidas de seguridad de los propios vehículos, de los conductores y de la organización del trabajo^{4,5,6,10,11}, ha comenzado a dar sus frutos. En nuestro país, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo – INSHT- tiene, en su página web, un portal específico de transportista autónomo¹², y ya existen guías y recomendaciones editadas por algunas Mutuas en coordinación con la

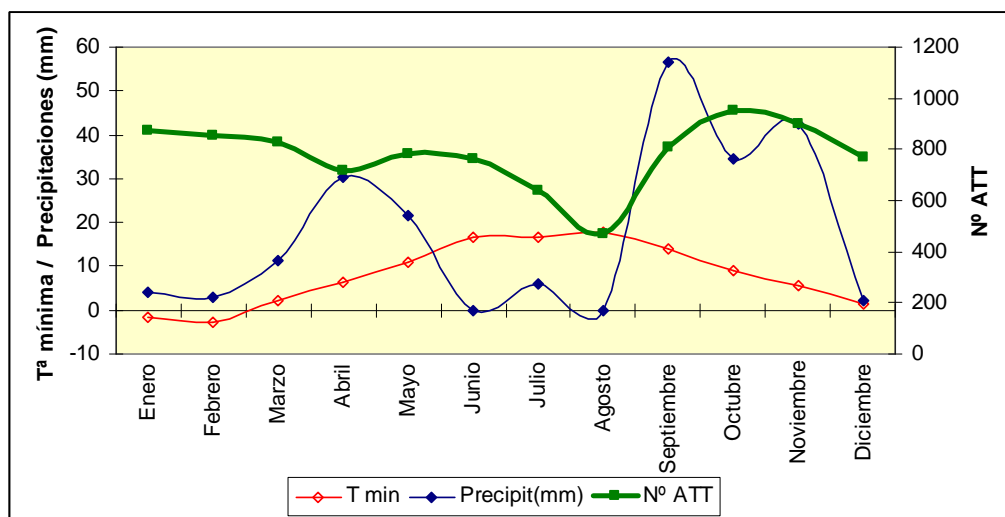
Dirección General de Tráfico, para la elaboración de planes de movilidad y seguridad vial en las empresas¹³ y para la prevención de los accidentes laborales de tráfico. También, en nuestra comunidad autónoma, el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo ha publicado, en el marco del III Plan Director de Prevención de Riesgos laborales de la Comunidad de Madrid, y en coordinación con organizaciones sindicales y empresariales, una guía para la prevención de los ALT¹⁴, dirigida tanto a conductores/as como a sus empresas y servicios de prevención. Y en el marco del IV Plan Director está contemplada la planificación de actuaciones concretas para la prevención de ALT. Estas iniciativas son importantes y valiosas pero, para conseguir reducir las cifras de ALT sería interesante reforzarlas y profundizar más en las estrategias de difusión y seguimiento de la promoción de la seguridad vial en la misma línea que otros países de nuestro entorno.

En la cuarta parte de los ALT de esta región el contrato era de carácter temporal, frente a lo observado en España, donde éstos constituyeron 1/3 de los ATT.¹

A diferencia de lo registrado en el conjunto de las CCAA, donde los días con mayor siniestralidad por ALT son de lunes a viernes, en Madrid se recogió un mayor número de martes a sábado¹. Por otro lado, los ALT in itinere llegan a triplicar a los ALTJT los días sábado, mientras que los lunes la razón entre ambos tipos es de 1,5. Estas cifras en principio no serían explicables por aspectos relacionados con los roles extralaborales de los y las trabajadoras tales como el traslado de hijos en edad escolar (pues en ese caso coincidiría una mayor siniestralidad con los días lectivos), sino por otros factores externos de circulación o por una menor concentración o cansancio creciente a lo largo de la semana. Por otro lado, al observar los datos en hombres y mujeres de forma separada, se encontró que los ALT in itinere en éstas llegan a ser hasta 11 veces los ALTJT los domingos, y hasta 8 veces los lunes, independientemente de los valores absolutos (en dichos días se reducen, al igual que ocurre con sus compañeros). Este dato podría tener relación con menos mujeres trabajando en domingo en actividades que conlleven traslados en jornada de trabajo, o bien con una menor concentración al volante o un mayor cansancio en esos días, en relación con la asunción de roles de género y la doble jornada, asociada a la presencia en el hogar de toda la familia durante el fin de semana.

Observando la siniestralidad por ALT a lo largo del año encontramos, al igual que ocurre a nivel nacional, una franca disminución los meses de abril, julio, agosto y diciembre, debida no tanto a una reducción global de ALT (pues los ALTJT disminuyen, pero muy ligeramente) sino sobre todo a una reducción drástica de los ALT in itinere en estos periodos vacacionales; esto hace pensar en una relación directa entre los ALT in itinere y el calendario del curso escolar, lo que iría en el sentido contrario a lo discutido sobre la distribución semanal de los accidentes. Además, esta reducción es mucho más intensa en las mujeres, lo que podría ser un signo más de la influencia de los roles de género en la siniestralidad laboral, teniendo en cuenta que uno de los nuevos roles de las mujeres trabajadoras es el de ser "chófer" de sus hijos para su desplazamiento al y del centro escolar, como ya se considera en informes institucionales.¹⁵ También la climatología podría tener influencia en esta distribución mensual, pues fue más adversa en los meses con mayor siniestralidad*: Tª mínimas más bajas y/o mayores precipitaciones (se observa en el gráfico 5 que, aunque en diciembre hay Tªs mínimas bajas, hay descenso de las precipitaciones, lo que podría justificar también un mínimo decremento de los ALT):

Gráfico 5. Distribución anual de Tª mínima, precipitaciones y Nº ATT.



En términos generales, durante la jornada de trabajo, como era de esperar, el mayor índice de incidencia se obtuvo en las actividades de *transporte y almacenamiento*, en

* Información extraída de la página web: www.tutiempo.net, que ofrece los datos climatológicos por meses y años. (Datos de Madrid reportados por la estación meteorológica 82210 (LEMD)).

hombres *conductores* (en esta actividad el número de afiliados triplica al de sus compañeras).

La población afiliada al régimen especial de autónomos tiene unos índices de incidencia de ALT in itinere y ALTJT muy parecidos ($ALTJT / ALT \text{ in itinere} = 0,9$), frente a lo observado en el resto de los regímenes. Esto podría tener relación con las actividades con mayor afiliación para este régimen (*comercio al por mayor y menor, transporte, hostelería*), que exigen desplazamientos en la jornada de trabajo.

En cuanto a la organización preventiva, no se observaron grandes diferencias entre el tipo de organización preventiva de los ALT y los AT no producidos por tráfico, por lo que parece que este aspecto no está influyendo en los datos de este tipo de siniestralidad.

CONCLUSIONES

El 11,7% de los AT fueron accidentes de tráfico. El 56% de los ALT fue protagonizado por hombres. El 0,4% de los ALT fue muy grave o mortal. Casi 1/3 de los AT mortales se produjo por accidentes de tráfico.

El 72,1% de los ALT se produjo in itinere. El 87,2% de las mujeres y el 60,5% de los hombres que sufrieron ALT lo hicieron en el trayecto entre su domicilio y su centro de trabajo.

El 98,3% de las personas accidentadas estaba afiliado al Régimen General de la SS. 87,9% de los ALT correspondieron a actividades del sector servicios.

En jornada de trabajo, fueron los conductores profesionales, y policías y trabajadores de cuerpos de seguridad los que tuvieron un mayor índice de incidencia por 100.000 afiliados. In itinere, la mayor incidencia se observó en empleadas contables y administrativas. Aspectos de género condicionan esta distribución diferencial en los ALT.

Con ligeras diferencias en algunos indicadores, los patrones observados en esta comunidad autónoma son similares a los hallados a nivel nacional.

A la vista de los buenos resultados observados en otros países de nuestro entorno en la reducción de este tipo de siniestralidad mediante estrategias específicas, sería interesante, en nuestra comunidad autónoma, intensificar, apoyar y difundir las iniciativas puestas en marcha con ese objetivo por organismos autonómicos y nacionales.

Madrid, diciembre 2014
Servicio de Salud Laboral

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Orden Rivera, MV; Zimmermann Verdejo, M. *Accidentes laborales de tráfico 2012*. Dpto de investigación e información. INSHT. Nov 2013. Disponible el 26/08/2014 en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/>
2. ILO.ORG. International Labour Organization. (Internet).Genève, Switzerland. 1996-2014 ILO. Acceso el 28/06/2014. Disponible en: <http://www.ilo.org>
3. CNAMTS. *Rapport de gestion 2012*. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Direction des risques professionnelles. 2013. Disponible el 26/08/2014 en:
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_gestion_2012.pdf
4. Proyecto PRAISE. Prevención de lesiones y accidentes de tráfico para la seguridad de los empleados. European Transport Safety Council.
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/projects/praise.pdf
5. Europa.eu. European Road Safety Observatory. Projects. European Commission Road Safety (Internet) geneve. Actualizada el 03/06/2014. Acceso el 26/08/2014. Disponible en: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/index_en.htm
6. Eurostat. European statistics on accidents at work (ESAW). Europe register of accidents & diseases. Disponible el 26/08/2014 en:
https://osha.europa.eu/en/topics/osm/reports/european_system_004.stm
7. Eurogip. Statistical review of occupational injuries France (Data 2008). EUROGIP. Thematic note. Ref. Eurogip-48/E. France, 2010. Disponible el 26/08/2014 en:
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_Fr08_48EN.pdf
8. Eurogip. Statistical review of occupational injuries France, 2012. EUROGIP. Thematic note. Ref. Eurogip-90/E. Diciembre 2013. Disponible el 26/08/2014 en:
<http://www.eurogip.fr/en/publications-d-eurogip/3597-statistical-occupational-injuries-france-2012-data>
9. Eurogip. Statistical review of occupational injuries Germany 2009- 2012. EUROGIP. Thematic note. Ref Eurogip-93/E. Disponible el 26/08/2014 en:
http://www.eurogip.fr/images/documents/3671/Eurogip_Point_Stat_All0912_93EN.pdf
10. Bidasca, L; Townsend, E. *Seguridad vial laboral: una inversión rentable*. European Transport Safety Council. Mayo 2014. Disponible el 26/08/2014 en:
http://etsc.eu/wp-content/uploads/business_case_spanish_version_final.pdf

11. Proyecto PRAISE. *Adecuación de la seguridad vial: de la evaluación del riesgo a la prevención*. Consejo Superior de Seguridad en el Transporte –ETSC-. Accesible en http://etsc.eu/wp-content/uploads/PRAISE_Informe_2.pdf
12. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo- INSHT. (Internet). Madrid. Portal Temático del Transportista Autónomo. Disponible el 26/08/2014 en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.442341062e4846ded98285f8280311a0/?vgnextoid=da3d930160e89210VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=854e6062b6763110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
13. FREMAP. *Guía para la prevención del accidente laboral de tráfico*. FREMAP. Majadahonda, 2012. Disponible el 28/08/2014 en: <http://www.fremap.es/SiteCollectionDocuments/BuenasPracticasPrevencion/Libros/LIB.012.pdf>
14. Servicio Formación e Información IRSST; RACE. *Guía para la prevención de los accidentes de tráfico con relación laboral*. Consejería de Empleo, Turismo y Cultura. Comunidad de Madrid. Madrid, 2012. Disponible el 26/08/2014 en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354183053141&idConsejeria=1142697631805&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228581&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pg=1142694099650&pv=1354183053141&sm=1109266101003
15. Schneider, E. *New risks and trends in the safety and health of women at work*. European risk observatory. European Agency for Safety and Health at work. Luxembourg 2014. Disponible 26/08/2014 en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/>

**Vigilancia de accidentes biológicos en la
Comunidad de Madrid
Año 2014**

Vigilancia de accidentes biológicos en la Comunidad de Madrid Año 2014

INFORMACIÓN GENERAL

Se evaluaron todas las notificaciones realizadas por los Servicios de prevención (Tabla 1) correspondientes a los accidentes ocurridos en el año 2014, con fecha de exposición comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, y que habían sido registradas en el sistema **NOTAB** desde el 1 de enero hasta el 26 de septiembre y en la nueva aplicación **NTAB** desde el 26 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2014, con los datos de la base obtenidos a 5 de mayo de 2015. En total se han contabilizado **2.904** notificaciones.

Tabla 1. Notificaciones realizadas por los Servicios de Prevención

Servicio de prevención	nº	%
Serv. de Prevención Hospital Infanta Leonor	436	15
Serv. de Prevención Hospital 12 de Octubre	353	12,2
Serv. de Prevención Hospital La Paz	286	9,8
Serv. de Prevención Hospital Ramón y Cajal	238	8,2
Serv. de Prevención Hospital Clínico San Carlos	238	8,2
Serv. de Prevención Hospital Universitario de la Princesa	211	7,3
Serv. de Prevención H.G.U. Gregorio Marañón	204	7
Serv. de Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda	192	6,6
Serv. de Prevención Hospital Severo Ochoa	168	5,8
Serv. de Prevención Hospital Universitario de Getafe	142	4,9
Serv. de Prevención Hospital de Fuenlabrada	135	4,6
Serv. de Prevención Hospital de Móstoles	129	4,4
Serv. de Prevención Hospital Príncipe de Asturias	103	3,5
Serv. de Prevención Fundación Hospital de Alcorcón	52	1,8
Serv. de Prevención del Grupo Hospital Madrid	12	0,4
Serv. de Prevención Hospital Psq. Dr. R. Lafora	5	0,2
Total	2904	100,0

Tabla 2. Mes del accidente

Mes	nº	%
enero	237	8,2
febrero	233	8,0
marzo	269	9,3
abril	248	8,5
mayo	241	8,3
junio	238	8,2
julio	258	8,9
agosto	204	7,0
septiembre	223	7,7
octubre	294	10,1
noviembre	239	8,2
diciembre	220	7,6
Total	2904	100,0

Tipo de Lesión: el 71,7% se trató de punciones.

Tabla 3. Tipo de Lesión

Tipo de lesión	n	%
Punción	2082	71,7
Cutáneo - Mucosa	506	17,4
Corte	176	6,1
Rasguño	113	3,9
Otra	22	,8
No consta	5	,2
Total	2904	100,0

Localización de la lesión: el 80,9% se produjeron en las manos o dedos de los accidentados.

Tabla 4. Localización de la lesión

Localización de la lesión	n	%
Mano / Dedo	2348	80,9
Ojos	374	12,9
Brazo / Antebrazo/Muñeca	69	2,4
Cabeza (excepto ojos)	59	2,0
Muslo / Pierna / Pie	34	1,2
Otra	17	,6
No consta	3	,1
Total	2904	100,0

Los **fluidos/material contaminante** implicados en los accidentes fueron, principalmente, sangre y/o derivados (incluidas soluciones diluidas con sangre visible) en un 91,7%; la orina, con sangre visible, fue el fluido implicado en un 0,7%.

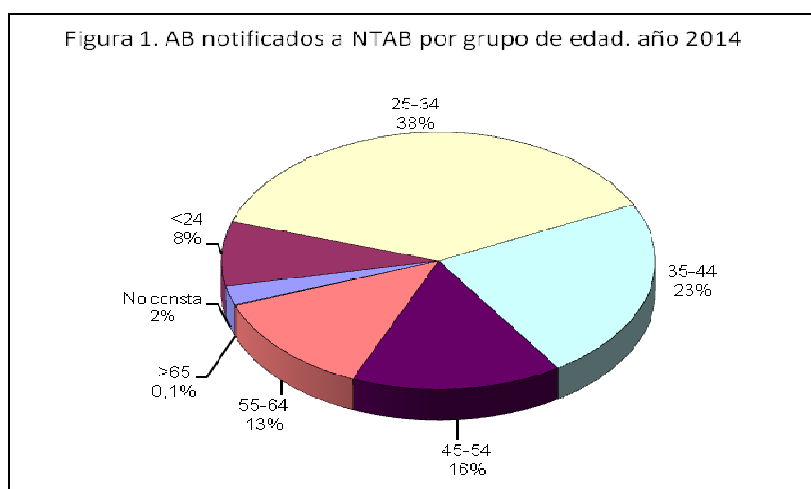
En un 83,6% de los accidentes, la **zona expuesta** fue piel intacta, seguida por la conjuntiva (12,5%).

Accidentes percutáneos: En el 95,9% de los casos la localización de la punción ocurrió en mano/dedo, siendo la zona expuesta piel intacta en un 99,4% de los accidentes y piel no intacta en el 0,5%. El grado de lesión fue moderado principalmente (46,4%), seguido de lesión superficial, que no sangra o con sangrado mínimo (41,5%).

Accidentes Cutáneo-Mucosos: La localización más frecuente fueron los ojos (72,1%) seguidos de la mano/dedo (11,9 %) y la zona expuesta principalmente conjuntiva (70,6%) y piel intacta (11,3%). El grado de exposición cutáneo-mucosa más frecuente fue con pequeña cantidad de gotas (70,4%).

INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJADOR ACCIDENTADO

La distribución de los accidentes por **sexo** es de 2.284 (78,7%) en mujeres y de 586 en hombres; en un 1,2% no figura el sexo del trabajador. La **edad** media del accidentado/a fue de $38,04 \pm 11,6$ años, siendo el grupo de edad de 25 a 34 años en el que han ocurrido un mayor número de accidentes (37,8%) (Figura 1).



La **antigüedad profesional** media del personal accidentado es de $13,3 \pm 10,2$ años (en un 24,5% no se notificó la antigüedad laboral), y la antigüedad media en el **puesto de trabajo** fue de $7,4 \pm 7,1$ años (no se aportó información sobre esta variable en el 44,6% de los accidentes).

En relación a la **categoría laboral**, en el 41,3% de los AB ocurrieron en personal de enfermería. Según el **turno de trabajo**, destacan los accidentes en turno de Mañanas (36,2%). Respecto a la **situación laboral**, los accidentes ocurrieron principalmente entre el personal temporal/eventual (39,8%) y personal fijo (31,2%). (Tabla 5).

Tabla 5. Categoría profesional, turno de trabajo y situación laboral de los accidentados/as

Categoría laboral	n	%
Auxiliar de enfermería	266	9,2
Celador/a	26	,9
Conductor / Ayudante	7	,2
EIR 1	4	,1
EIR 2	2	,1
Enfermera/o	1198	41,3
Estudiante Auxiliar de Enfermería	7	,2
Estudiante de enfermería	134	4,6
Estudiante de medicina	24	,8
Estudiante Matrona	6	,2
Farmacéutico/a/FIR	3	,1
Fisioterapeuta	3	,1
Higienista dental	3	,1
Matrona	19	,7
Medico residente - becario/a	40	1,4
Médico/a	592	20,4
MIR1	117	4,0
MIR2	114	3,9
MIR3	103	3,5
MIR4	85	2,9
MIR5	32	1,1
Odontólogo /a	5	,2
Otra	24	,8
Personal de Administración	1	,0
Personal de Limpieza	8	,3
Psicólogo clínico/PIR	1	,0
Técnico alumno	3	,1
Técnico especialista	52	1,8
no consta	25	,9
Total	2904	100

Turno de trabajo	n	%
Guardias mañanas / tardes/ Noches	18	,6
Jornada partida (mañana y tarde)	2	,1
Mañana/Noche o Tarde/Noche	269	9,3
Mañana/Tarde	42	1,4
Mañanas	1051	36,2
Mañanas/Guardias	744	25,6
Noches	98	3,4
Otro	15	,5
Rotatorio / mañana/tarde/noche	47	1,6
Tarde/Noche	212	7,3
Tardes	319	11,0
Turno Especial de 10/12/17hrs.	28	1,0
Turno Especial de 24 hrs.	22	,8
no consta	37	1,3
Total	2904	100

Situación Laboral	n	%
Contrata	7	,2
Estudiante	171	5,9
Fijo	907	31,2
Interino/a	438	15,1
Otro	58	2,0
Temporal / Eventual	1156	39,8
Voluntario/a	4	,1
no consta	163	5,6
Total	2904	100

INFORMACIÓN SOBRE EL ENTORNO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Analizando la distribución de accidentes por **ámbito de trabajo**, destaca la Atención Especializada (87,3%), con una mayor frecuencia en las especialidades Quirúrgicas (40,8%) que en las Médicas (36,9 %). (Tabla 6 y 7).

Tabla 6. Ámbito de trabajo

Ámbito de Trabajo	n	%
Atención Especializada (AE)	2534	87,3
Atención Primaria	274	9,4
Urgencias Extrahospitalarias / PAC	34	1,2
Servicios Generales(SG)	20	0,7
Otra Consulta Enfermería	5	0,2
No Consta	37	1,3
Total	2904	100,0

Tabla 7. Área de trabajo

Area de trabajo	n	%
AE: Especialidades Quirúrgicas	1186	40,8
AE: Especialidades Médicas	1070	36,9
AE: Urgencias hospitalarias	31	1,1
AE: Unidad de Críticos	19	,7
AE: Hospital de día	16	,6
AE: Radiodiagnóstico	14	,5
AE: Esterilización	9	,3
AE: Unidad de Endoscopias	8	,3
AE: Anatomía Patológica	6	,2
AE: Laboratorio Hematología/Bioquímica	5	,2
AE: Otros Laboratorios	5	,2
AE: Farmacia hosp. / Farmacología clínica	3	,1
AE: Fisioterapia	2	,1
AE: Laboratorio Microbiología	2	,1
AE: Investigación / Experimentación animal	1	,0
AE: Otro servicio/especialidad	141	4,8
Atención primaria Distrito Urbano	242	8,3
Atención primaria Distrito Rural	32	1,1
Otra consulta de enfermería	5	,2
SG: Otros Servicios Generales	14	,5
SG: Limpieza	6	,2
Urgencias Extrahospitalarias/PAC	34	1,1
Otros/No consta	53	1,8
Total	2904	100

Por Servicios de atención especializada destacan: Cirugía general y digestiva (9,5%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (7,3%), Obstetricia y Ginecología (6,2%), Medicina Interna (5,7%), Urgencias Hospitalarias (4,7%) y Anestesiología y Reanimación (4,6%). En 345 casos (10,7%) no aparece el Servicio en el que se produjo el accidente, bien debido a que son áreas que no están incluidas en las especialidades

médico-quirúrgicas (Esterilización: 9, Hospital de día: 16, Farmacia: 3, Investigación/experimentación animal: 2, laboratorios: 12, Otro servicio/especialidad: 141, Fisioterapia: 2, Radiodiagnóstico: 14, Unidad de críticos: 19, Endoscopias: 8, o bien a que sólo se ha señalado el genérico de especialidad médica o quirúrgica. En 31 casos se produjo el accidente en la Urgencias hospitalarias, y en 32 casos, se produjo en la Urgencias Extrahospitalarias/PAC). (Tabla 8)

Tabla 8. Servicio donde se produjo el accidente

Servicios Atención Especializada			Servicios Atención Especializada (cont.)		
	n	%		n	%
Cirugía General y Digestiva	277	9,5	Cirugía Mayor Ambulatoria	14	0,5
Traumatología y Cirugía Ortopédica	213	7,3	Cirugía Pediátrica	14	0,5
Obstetricia / Ginecología	181	6,2	Neumología	12	0,4
Medicina Interna	165	5,7	Microbiología / Parasitología	7	0,2
Urgencias Hospitalarias	137	4,7	Enfermedades Infecciosas	6	0,2
Anestesia / Reanimación	135	4,6	Alergia / Inmunología	5	0,2
Medicina Intensiva	93	3,2	Reumatología	5	0,2
Oftalmología	78	2,7	Banco de Sangre	4	0,1
Urología	77	2,7	Endocrinología / Nutrición	4	0,1
Cirugía Cardiovascular / Hemodinámica	74	2,5	Medicina Nuclear	2	0,1
O.R.L.	74	2,5	Neurofisiología Clínica	2	0,1
Cardiología	64	2,2	Medicina del Trabajo / Prev. R. Laborales	1	0,0
Dermatología	61	2,1	No consta/Otros	345	10,7
Cirugía Plástica, Estética, Reparadora	59	2,0	Total A. Especializada	2534	87,3
Pediatría general / Neonatología	52	1,8			
Neurocirugía	49	1,7	Servicios Atención Primaria	n	%
Nefrología	47	1,6	Consulta Enfermería	130	4,4
Radiodiagnóstico	45	1,5	Medicina General	93	3,2
Oncología	44	1,5	Odontología / Hig. dental	15	0,5
Cirugía de cavidad Oral / Maxilofacial	33	1,1	Pediatría	8	0,3
Anatomía Patológica	32	1,1	Atención domiciliaria	7	0,2
Hematología / Hemoterapia	28	1,0	Otro	17	0,6
Neurología	25	0,9	No consta	4	0,1
Digestivo	22	0,8	Total A. primaria	274	9,6
Análisis Clínicos	17	0,6	Otra Consulta Enfermería	5	0,2
Psiquiatría	17	0,6	n	%	
Cirugía Torácica	16	0,6	Servicios Generales	20	0,7
Geriatría	16	0,6	Urgencias Extrahospitalarias / PAC	34	1,1
Rehabilitación	16	0,6	No consta	37	1,3
			Total	2904	100

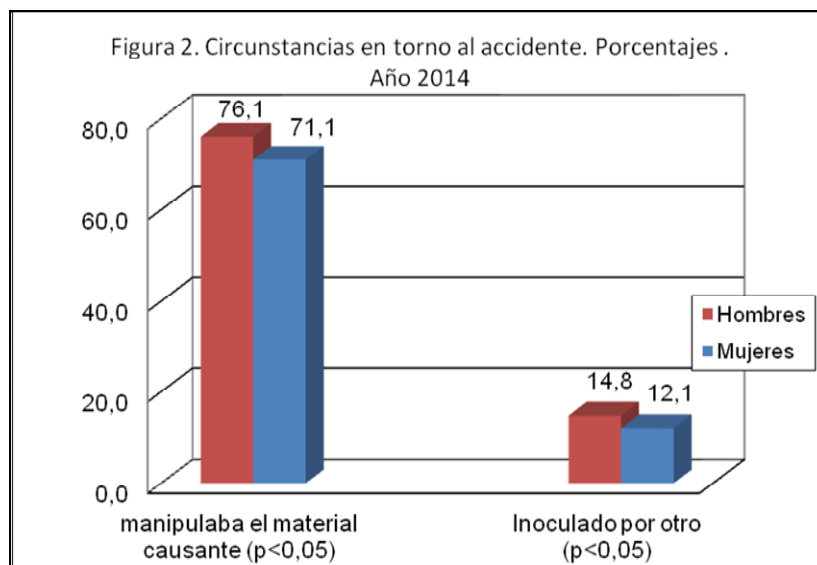
Lugar del accidente: destacan los quirófanos (37,0%) y la habitación del paciente (18,1%).

Tabla 9. Lugar donde se produjo el accidente

Lugar del accidente	n	%
Quirófano	1074	37,0
Habitación del paciente	527	18,1
Boxes de exploración	216	7,4
Consultas externas	148	5,1
Control / Consulta enfermería	144	5,0
Sala de Procedimientos intervencionistas	105	3,6
Sala de Curas	82	2,8
Sala de Extracciones	82	2,8
Sala de Partos / Partitorio	67	2,3
UVI / UCI	65	2,2
Domicilio del paciente	52	1,8
Diálisis	35	1,2
Unidad de Críticos / Grandes Quemados	33	1,1
Pasillo	31	1,1
Laboratorio Hematología / Bioquímica	27	,9
Laboratorio Anatomía Patológica	18	,6
Unidad de Endoscopias	13	,4
Sala de Autopsias	12	,4
Laboratorio Microbiología	9	,3
Banco de sangre	6	,2
Servicios Generales, Instalaciones Centrales	6	,2
Cocina	5	,2
Calle	4	,1
Laboratorio Urgencias	3	,1
Otro	138	4,8
no consta	2	,1
Total	2904	100

CIRCUNSTANCIAS EN TORNO AL ACCIDENTE

En el 72,2% de los accidentes, el accidentado manipulaba el objeto en el momento del accidente; en el 12,6% de los casos, el accidentado fue lesionado cuando el objeto lo manejaba otro trabajador, con diferencias significativas entre hombres y mujeres. (Figura 2).



Analizando los accidentes producidos cuando el objeto lo manejaba otro trabajador, se observa que la lesión ocasionada, tuvo significativamente ($p < 0,05$) un mayor peso porcentual en servicios quirúrgicos que en especialidades médicas (19,9% frente a 8,4%), destacando en los servicios de: Cirugía General y digestiva (15,8%), Obstetricia y Ginecología (10,9%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (10,7%), Oftalmología (4,4%) y Urología (4,1%), entre otros.

Conocimiento del estado serológico de la fuente antes del accidente: En el 80,5% de los accidentes biológicos no se conocía el estado serológico de la fuente. El accidentado no conocía el estado en el 81,8%.

Tabla 10. Conocimiento de la serología de la fuente

¿Conocimiento previo del estado serológico de la fuente?	n	%
No consta	185	6,4
NO	2339	80,5
Si	380	13,1
Total	2904	100,0

¿El accidentado conocía el estado serológico de la fuente?	n	%
No consta	230	7,9
No	2375	81,8
Si	299	10,3
Total	2904	100,0

Motivo de utilización del material: Los motivos más frecuentes de utilización del material causante de la lesión fueron: la intervención quirúrgica, la inyección IM o SC, y la sutura. (Tabla 11).

Tabla 11. Motivo de utilización del material implicado en el accidente

Motivo de utilización del material	n	%
Intervención quirúrgica	558	19,2
Inyección IM ó SC	505	17,4
Sutura	355	12,2
Extracción venosa	227	7,8
Obtención de fluido o muestra de tejido	113	3,9
Inserción de catéter EV	80	2,8
Técnicas de exploración	62	2,1
Punción dedo, talón, lóbulo oreja	61	2,1
Punción EV	57	2,0
Lavado de material	51	1,8
Conectar línea EV	31	1,1
Extracción arterial	31	1,1
Heparinización/lavado con S. fisiol. de vía	19	,7
Lavado del paciente	16	,6
Electrocauterización	11	,4
No se conoce	60	2,1
No consta	9	,3
Otra	476	16,4
No procede por tratarse de Exp. Cutáneo Mucosa	182	6,3
Total	2904	100,0

Objeto del accidente: los objetos corto-punzantes que causaron más accidentes fueron las agujas macizas de suturas (16,2%) y las agujas subcutáneas de pequeño calibre (15,4%). (Tabla 12).

Objeto del accidente según ámbito de trabajo: observando la distribución de los accidentes destacan en las Áreas Médicas de Atención Especializada los producidos con agujas huecas subcutáneas (23,8%); en la Áreas Quirúrgicas de Atención Especializada los producidos por aguja maciza de sutura (31,6%); en otras Áreas de Atención Especializada la aguja hueca de mediano calibre (15,2%), en Atención Primaria la aguja hueca intramuscular precargada (19,0) y la hueca subcutánea (18,6%) y en Servicios Generales la aguja hueca de mediano calibre (15,0%) y la subcutánea (15,0%). Analizando los accidentes donde no consta el Servicio implicado en el accidente, destacan aquellos en los que estaban implicados agujas subcutáneas (11,7%) y suturas (9,1%). (Tabla 13).

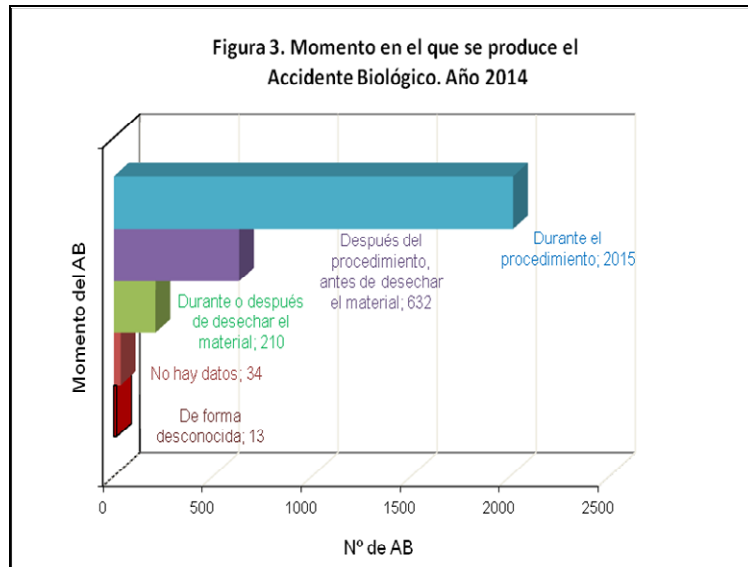
Tabla 12. Objeto implicado en el accidente

Objeto del accidente	n	%
Aguja Hueca		
> Grueso Calibre	123	4,3
Cateterismo Arterial	9	0,3
Cateterismo Central	10	0,3
Cateterismo EV	74	2,5
Epidural	4	0,1
Punción Medular	2	0,1
Trocar	20	0,7
Aguja Hueca		
> Mediano Calibre (resto de agujas)	270	9,3
Aguja Hueca		
> Pequeño Calibre	870	30,0
Intradérmica	54	1,9
Intramuscular / Precargada	180	6,2
Jeringa gasometría	14	0,5
Palomilla	144	5,0
Subcutánea	448	15,4
Total Aguja Hueca	1285	44,2
Aguja Maciza	485	16,7
> Biopsia	6	0,2
> Sutura	469	16,2
Astilla ósea / dental	4	0,1
Bisturí	248	8,5
Cuchilla afeitar / rasurar	6	0,2
Electrocauterizador	7	0,2
Fresa	4	0,1
Grapas	15	0,5
Lanceta	52	1,8
Pinzas	27	0,9
Sierra para huesos	3	0,1
Tijeras	17	0,6
Tubo de ensayo	1	0,0
Tubo de vacío	2	0,1
Vial de medicación	1	0,0
Otro	273	9,4
Desconocido	16	0,6
No Consta	7	0,2
No Procede (Acc. cutáneo-mucoso)	451	15,5
Total	2904	100

Tabla 13. Objeto implicado por ámbito de actuación

	Especialidades Médicas		Especialidades Quirúrgicas		Especialidades Otros		Atención Primaria		Servicios Generales		No Consta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aguja Hueca	10	1,0	6	0,5	1	0,6	1	0,4	0	0,0	6	2,6	24	0,8
Grueso Calibre	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
* Catete a terial	6	0,6	1	0,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4	9	0,3
* Cateter Central	5	0,5	2	0,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,9	10	0,3
* Cateter EV	39	3,8	12	1,0	6	3,8	9	3,3	0	0,0	8	3,5	74	2,5
* Epidural	3	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
* Punc Medular	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,1
* Trócar	10	1,0	6	0,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0	3	1,3	20	0,7
Aguja Hueca Mediano Calibre (resto agujas)	119	11,5	81	6,8	24	15,2	27	9,9	3	15,0	16	7,0	270	9,3
Aguja Hueca Pequeño Calibre	8	0,8	6	0,5	2	1,3	3	1,1	0	0,0	11	4,8	30	1,0
* Intradérmica	23	2,2	15	1,3	4	2,5	8	2,9	1	5,0	3	1,3	54	1,9
* IM/Precargada	61	5,9	40	3,4	11	7,0	52	19,0	1	5,0	15	6,5	180	6,2
* Jer gasometría	10	1,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	14	0,5
* Palomilla	77	7,4	18	1,5	15	9,5	20	7,3	1	5,0	13	5,7	144	5,0
* Subcutánea	247	23,8	103	8,7	17	10,8	51	18,6	3	15,0	27	11,7	448	15,4
Aguja Maciza	0	0,0	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,3	10	0,3
* Biopsia	2	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	6	0,2
* Sutura	57	5,5	375	31,6	10	6,3	5	1,8	1	5,0	21	9,1	469	16,2
Astilla ósea /dental	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	4	0,1
Bisturí	59	5,7	135	11,4	14	8,9	26	9,5	1	5,0	13	5,7	248	8,5
Cuchilla rasurar	3	0,3	1	0,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4	6	0,2
Electrocauterizador	0	0,0	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,2
Fresa	1	0,1	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Grapas	2	0,2	12	1,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	0,5
Lanceta	11	1,1	4	0,3	2	1,3	31	11,3	2	10,0	2	0,9	52	1,8
Pinzas	1	0,1	22	1,9	1	0,6	1	0,4	1	5,0	1	0,4	27	0,9
Sierra para huesos	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Tijeras	1	0,1	12	1,0	1	0,6	1	0,4	0	0,0	2	0,9	17	0,6
Tubo de ensayo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,0
Tubo de vacío	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Vial medicación	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Otro	77	7,4	140	11,8	19	12,0	16	5,8	3	15,0	18	7,8	273	9,4
No Procede (acC-M)	191	18,4	155	13,1	25	15,8	22	8,0	2	10,0	56	24,3	451	15,5
Desconocido	7	0,7	6	0,5	0	0,0	1	0,4	1	5,0	1	0,4	16	0,6
No consta	2	0,2	3	0,3	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4	7	0,2
TOTAL	1036	100,0	1186	100,0	158	100,0	274	100,0	20	100,0	230	100,0	2904	100,0

Cuándo ocurrió el accidente: El 69,4% de los accidentes se produjeron durante el procedimiento y el 21,0% después del procedimiento, antes de desechar el material.



En relación a la forma en que se produjeron los accidentes durante el procedimiento destaca la manipulación del objeto corto punzante (14,0%), el contacto involuntario con material contaminado (11,5%) y la exposición directa al paciente: salpicaduras de sangre, vómitos, etc. (9,4%). (Tabla 14).

El objeto del accidente se encontraba en lugar inusual en 57 accidentes (2,0%).Figura 4.

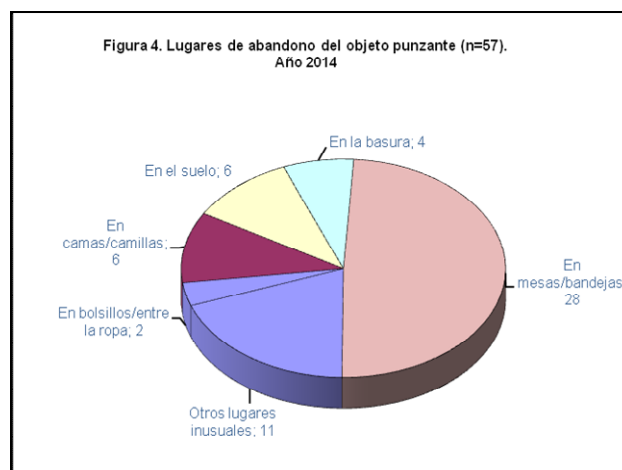


Tabla 14. Descripción del accidente según el momento en que se produjo

	Descripción del accidente	n	%
Durante el procedimiento	Mientras manipulaba el objeto corto/punzante	407	14,0
	Contacto involuntario con material contaminado	334	11,5
	Por exposición directa al paciente (salpicaduras de sangre, vómitos, etc.)	273	9,4
	Suturando	197	6,8
	Choque con el objeto corto/punzante	167	5,8
	Mientras retiraba el objeto corto/punzante	139	4,8
	Colisión con compañero u otros	96	3,3
	Mientras insertaba el objeto corto/punzante	67	2,3
	Movimiento del paciente que desplaza o golpea el dispositivo	64	2,2
	Pasando o recibiendo el material	38	1,3
	Realizando la incisión	12	0,4
	Caída del objeto corto/punzante	8	0,3
	Palpando/explorando	5	0,2
	Por rotura del envase	3	0,1
	Durante el procedimiento	67	2,3
	Otra	126	4,3
	De forma desconocida	12	0,4
	2015	69,4	
Después del procedimiento, antes de desechar el material	Cuando se iba a desechar	140	4,8
	Choque con el objeto corto/punzante después del procedimiento	109	3,8
	Contacto involuntario con material contaminado	96	3,3
	Reencapuchando	66	2,3
	Manipulando el material en una bandeja o puesto	35	1,2
	Durante la limpieza	32	1,1
	Aguja abandonada	17	0,6
	Desensamblando el dispositivo o equipo	16	0,6
	Pasando o transfiriendo el material	13	0,4
	Caída del objeto corto/punzante después del procedimiento	11	0,4
	Pasando una muestra al contenedor de muestras	7	0,2
	Procesando muestras	4	0,1
	Al abrir el envase	1	0,0
	Caída de la capucha después de reencapuchar	1	0,0
	Otro	59	2,0
	De forma desconocida	22	0,8
	Después del procedimiento, antes de desechar el material	3	0,1
	632	21,8	
Durante o después de desechar el material	Contacto involuntario con material contaminado	69	2,4
	Colocando el objeto cortopunzante en el contenedor	48	1,7
	Objeto corto/punzante en lugar inusual	57	2,0
	Contenedor agujereado / puntas sobresaliendo	12	0,4
	Contenedor lleno, por encima de su límite de seguridad	10	0,3
	Mientras se manipulaba el contenedor	6	0,2
	Durante o después de desechar el material	2	0,1
	De forma desconocida	6	0,2
		210	7,3
	No consta	34	1,2
De forma desconocida	11	0,4	
Total	2904	100	

LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR MATERIAL DE SEGURIDAD

En 844 accidentes, de los 2904 notificados, estuvo implicado un objeto con dispositivo de seguridad.

Los **objetos con dispositivo de seguridad** implicados en los accidentes fueron principalmente las agujas subcutáneas (33,8%), las agujas de mediano calibre (19,2%), las agujas intramusculares /precargadas (13,9%) y las palomillas (13,2%).

Tabla 15. Objetos con dispositivo de seguridad implicados en los accidentes.

Objeto con dispositivo de seguridad	n	%
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Subcutánea	285	33,8
Aguja Hueca>Mediano Calibre (resto de agujas)	162	19,2
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Intramuscular / Precargada	117	13,9
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Palomilla	111	13,2
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo EV	55	6,5
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Intradérmica	33	3,9
Aguja Hueca>Pequeño Calibre	17	2,0
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Jeringa gasometría	13	1,5
Aguja Hueca	11	1,3
Lanceta	8	,9
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo Arterial	3	,4
Aguja Maciza>Sutura	3	,4
Bisturí	3	,4
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo Central	2	,2
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Trócar	2	,2
Aguja Maciza>Biopsia	2	,2
Aguja Hueca>Grueso Calibre	1	,1
Otro	7	,8
No Procede (Acc. cutáneo-mucoso)	7	,8
No Consta	2	,2
Total	844	100

ESTADO SEROLÓGICO DE LA FUENTE

Tabla 16a. Estado serológico de la fuente (Hepatitis B).

	VHB - HBs Ag		VHB - HBe Ag		VHB - DNA		VHB - Virus Delta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	259	8,9	259	8,9	259	8,9	259	8,9
Desconocido	426	14,7	2049	70,6	2099	72,3	2117	72,9
Negativo	2100	72,3	187	6,4	121	4,2	98	3,4
No procede	77	2,7	397	13,7	422	14,5	429	14,8
Positivo	42	1,4	12	0,4	3	0,1	1	0,0
Total	2904	100	2904	100	2904	100	2904	100

Tabla 16b. Estado serológico de la fuente (Hepatitis D, C y VIH).

	VHC - Ac		VHC - RNA		VIH - Anti - VIH		VIH - Antígeno P24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	259	8,9	259	8,9	259	8,9	259	8,9
Desconocido	37	1,3	2042	70,3	30	1,0	2032	70,0
Negativo	2337	80,5	140	4,8	2506	86,3	168	5,8
No procede	3	0,1	406	14,0	3	0,1	431	14,8
Positivo	268	9,2	57	2,0	106	3,7	14	0,5
Total	2904	100	2904	100	2904	100	2904	100

SEROLOGÍA BASAL DEL ACCIDENTADO

Tabla 17. Estado serológico basal del accidentado

	Estado HBsAg		Estado AntiHbc		Estado AntiVIH		Estado VHC		Estado AntiHBs	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	105	3,6	105	3,6	105	3,6	105	3,6	105	3,6
Desconocido	1210	41,7	1451	50,0	375	12,9	371	12,8	450	15,5
Negativo	1373	47,3	900	31,0	2376	81,8	2375	81,8	263	9,1
No procede	199	6,9	370	12,7	45	1,5	43	1,5	51	1,8
Positivo	17	,6	78	2,7	3	,1	10	,3	2035	70,1
Total	2904	100	2904	100	2904	100	2904	100	2904	100

FACTORES CONTRIBUYENTES EN EL ACCIDENTE

Debido al cambio a la nueva aplicación NTAB no está disponible aún la extracción de los datos relacionados con aquellos factores que han podido contribuir en la producción del accidente, para su análisis.

Se presenta por ello solo los correspondientes al informe del primer semestre del año 2014.

El análisis de los factores contribuyentes (FC) enriquece mucho el conocimiento de los mecanismos etiológicos de estas incidencias, y sobre ellos se puede implantar o diseñar medidas preventivas.

De los 1440 accidentes notificados en el primer semestre del año 2014, en 719 se ha considerado que existía al menos un factor contribuyente en la producción del accidente (49,2%).

Los factores más frecuentemente implicados, sobre el total de los accidentes, fueron: apremio de tiempo/ritmo de trabajo elevado (23,2%), realizar la maniobra con posturas incómodas: (20,1%), realizar muchas tareas al mismo tiempo (16,6%), el nivel de ruido en el puesto de trabajo (15,2%), el estrés (14,0%) y estar trabajando con otros compañeros en el mismo espacio (12,6%).

Tabla 18. Factores contribuyentes en el accidente biológico

Factores que han contribuido en el accidente biológico	n	% (N 1440)
Apremio de tiempo/ritmo de trabajo elevado	334	23,2
Realizar la maniobra con posturas incómodas	289	20,1
Realizar muchas tareas al mismo tiempo	239	16,6
El nivel de ruido en el puesto de trabajo	219	15,2
El estrés	202	14,0
Existir compañeros de trabajo en el mismo espacio	182	12,6
Trabajar en un espacio insuficiente	173	12,0
Movimiento del paciente durante la maniobra	163	11,3
El cansancio	155	10,8
Tener que alcanzar objetos situados lejos	136	9,4
Falta de orden en el puesto de trabajo	133	9,2
La falta de iluminación durante la maniobra	126	8,8
Falta de cooperación del paciente	119	8,3
Interferencias entre puestos de trabajo	99	6,9
Vibraciones en el momento de la maniobra	98	6,8
No disponer de prendas/dispositivos seguros	95	6,6
Dificultad en la comunicación en la maniobra	92	6,4
Falta de formación en prevención de riesgos laborales	90	6,3
El sueño	84	5,8
Lugar no habilitado para el procedimiento	78	5,4
Falta de experiencia para la tarea realizada	75	5,2
El trabajar solo o aislado	71	4,9
No uso voluntario de dispositivos de seguridad críticos	69	4,8
Falta de limpieza en el puesto de trabajo	55	3,8
Incumplimiento voluntario de órdenes o normas	35	2,4
La mala interpretación de alguna instrucción	30	2,1
Uso de material no previsto por el fabricante	29	2,0
La falta de instrucciones	28	1,9
Falta de habilidad por problemas agudos de salud	27	1,9
La falta de supervisión	27	1,9
Ser zurdo o diestro para realizar la maniobra	25	1,7

Según el **ámbito sanitario** destacan, con diferencias significativas entre ellos, los siguientes factores contribuyentes: apremio de tiempo/ ritmo de trabajo elevado en *Especialidades Médicas*; existir compañeros trabajando en el mismo espacio en las *Especialidades Quirúrgicas*; trabajar en un espacio insuficiente en *Servicios Generales*; movimiento del paciente durante la maniobra en *Atención Primaria* y en *Especialidades Médicas*; la falta de iluminación durante la maniobra en *Servicios Generales*; no

disponer de prendas/dispositivos seguros en *Atención Primaria y en Especialidades Médicas*; falta de formación en prevención de riesgos laborales en *Atención Primaria y en Otra Asistencia Especializada*; lugar no habilitado para el procedimiento y trabajar sólo o aislado en *Servicios Generales*; no uso voluntario de dispositivos de seguridad críticos en *Otra Asistencia Especializada*.

Tabla 19. Factores contribuyentes según el ámbito de asistencia

	A. Especializada Otros	A. Primaria	Esp. Médicas	Esp. Quirúrgicas	Serv. Generales	No consta Servicio	Total (n=719)	P
Apremio de tiempo/ ritmo de trabajo elevado	42,9%	32,1%	54,6%	42,3%	44,4%	42,1%	46,5%	0,013
Existir compañeros trabajando en el mismo espacio	11,9%	11,3%	19,7%	34,6%	11,1%	31,6%	25,3%	<0,001
Trabajar en un espacio insuficiente	26,2%	9,4%	29,6%	19,9%	33,3%	42,1%	24,1%	0,003
Movimiento del paciente durante la maniobra	23,8%	28,3%	27,8%	16,0%	22,2%	36,8%	22,7%	0,009
La falta de iluminación durante la maniobra	9,5%	5,7%	22,2%	15,7%	44,4%	15,8%	17,5%	0,005
No disponer de prendas/dispositivos seguros	9,5%	17,0%	17,3%	10,6%	0,0%	0,0%	13,2%	0,045
Falta de formación en prevención de riesgos laborales.	21,4%	22,6%	15,5%	7,4%	11,1%	5,3%	12,5%	0,002
Lugar no habilitado para el procedimiento	9,5%	13,2%	14,1%	6,4%	22,2%	26,3%	10,8%	0,008
El trabajar solo o aislado	14,3%	17,0%	11,6%	5,4%	55,6%	5,3%	9,9%	<0,001
No uso voluntario de dispositivos de seguridad críticos	23,8%	7,5%	10,9%	7,1%	11,1%	5,3%	9,6%	0,020

Factores Contribuyentes agrupados¹ por momento en el que ocurre el accidente

Cuando se agrupan los factores según sus características se puede observar que el mayor porcentaje se debe a los factores ligados a los espacios de trabajo (20,9%), seguidos de los debidos a la carga mental (18,3%). Los menos frecuentes son los relacionados con el accidentado (5,4%) (Tabla 20).

Tabla 20. Factores contribuyentes agrupados por características

Factores agrupados	n	% (1440)
Espacios de trabajo	301	20,9
Carga Mental	264	18,3
Organización del trabajo	243	16,9
Factores ambientales	226	15,7
Formación e información	150	10,4
Factores ligados al paciente	150	10,4
Factores ligados al accidentado	78	5,4
No consta	28	1,9

Si se analiza el peso de cada grupo de FC en cada momento en que ha ocurrido el accidente los factores relacionados con la carga mental tienen un mayor peso que el resto de los factores en el momento de "después del procedimiento, antes de desechar el material". Los factores relacionados con el lugar y con la formación e información tienen un mayor peso porcentual que el resto en el momento de "desechar el

1

Factores ligados al accidentado:

Incumplimiento voluntario de órdenes o normas
Falta de habilidad debida a problemas de salud
No utilización voluntaria de protecciones o dispositivos de seguridad críticos
Ser zurdo o diestro para realizar la maniobra

Carga mental

Estrés
Sueño/cansancio
Apremio de tiempo / ritmo de trabajo elevado

Espacios de trabajo

Falta de limpieza en el puesto de trabajo
Falta de orden en el puesto de trabajo
Tener que alcanzar objetos situados lejos de las manos
Tener que realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas
Trabajar en un espacio insuficiente
Trabajar en un espacio no habilitado para el procedimiento

Factores ligados al paciente

Dificultad en la comunicación durante la maniobra
El grado de agitación o movimiento del paciente durante la maniobra
Falta de cooperación del paciente durante la maniobra

Factores Ambientales

El nivel de ruido en el puesto de trabajo
La falta de iluminación durante la maniobra
Vibraciones en el momento de la maniobra

Formación e información

Falta de experiencia para la tarea realizada
Falta de formación en prevención de riesgos laborales
Falta de instrucciones mala interpretación de alguna instrucción
No disponer de prendas, equipos o dispositivos seguros
Utilizar dispositivos y otro material para usos no previstos por el fabricante

Organización del trabajo

Falta de supervisión
Tener que realizar muchas tareas al mismo tiempo
Trabajar solo o aislado
Otros compañeros trabajando en mismo espacio
Interferencias entre puestos

material". (Tablas 21a, 21b y 21c)

Tabla 21a. Accidentes durante el procedimiento según grupo de factores de riesgo

DURANTE EL PROCEDIMIENTO (69,3%)	Resto de los grupos de FC	Sí, ese grupo de FC	p
Factores relacionados con el accidentado	70,7%	64,1%	0,229
Factores relacionados con el lugar	70,5%	71,4%	0,790
Factores relacionados con el paciente	70,2%	75,3%	0,215
Factores relacionados con el ambiente	70,9%	68,1%	0,450
Factores relacionados con formación/información	69,4%	70,0%	0,890
Factores relacionados con la organización	70,8%	71,2%	0,922
Factores relacionados con la carga mental	71,7%	67,0%	0,179

Tabla 21b. Accidentes después del procedimiento antes de desechar el material según grupo de factores de riesgo

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO (21,0%)	Resto de los grupos de FC	Sí, ese grupo de FC	p
Factores relacionados con el accidentado	21,8%	26,9%	0,302
Factores relacionados con el lugar	22,0%	18,9%	0,306
Factores relacionados con el paciente	22,0%	20,0%	0,594
Factores relacionados con el ambiente	21,0%	23,5%	0,451
Factores relacionados con formación/información	23,4%	19,3%	0,292
Factores relacionados con la organización	21,4%	21,4%	0,993
Factores relacionados con la carga mental	20,0%	26,5%	0,040

Tabla 21c. Accidentes después del procedimiento desechando el material según grupo de factores de riesgo

DESECHANDO EL MATERIAL (7,5%)	Resto de los grupos de FC	Sí, ese grupo de FC	p
Factores relacionados con el accidentado	4,8%	5,1%	0,899
Factores relacionados con el lugar	3,7%	9,0%	0,002
Factores relacionados con el paciente	4,7%	4,0%	0,722
Factores relacionados con el ambiente	4,7%	8,0%	0,079
Factores relacionados con formación/información	4,5%	8,7%	0,041
Factores relacionados con la organización	4,4%	6,6%	0,211
Factores relacionados con la carga mental	4,7%	5,7%	0,560

En el 2,6% de los casos se ha señalado que el accidente estaba relacionado con un objeto cortopunzante abandonado, sin que existan diferencias significativas en el peso porcentual de cada grupo de factores de riesgo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La información recogida en este documento se ha extraído del Registro de Accidentes Biológicos de la Comunidad de Madrid (aplicación NOTAB hasta el 26 de septiembre de 2014 y aplicación NTAB hasta 31 de diciembre de 2014) en la que han participado como notificadores los Servicios de Prevención de riesgos de ámbito sanitario de 17 centros hospitalarios.

Agradecimiento

Al colectivo de notificadores, que con su esfuerzo diario hace posible la realización de estos estudios, que tienen como principal objetivo aportar la información necesaria para mejorar la prevención y disminuir la siniestralidad de los trabajadores del ámbito sanitario.

Madrid, 14 de mayo de 2015
Servicio de Salud Laboral

**Programa de Vigilancia de la salud de la
población trabajadora expuesta a amianto
en la Comunidad de Madrid
Informe de seguimiento
enero 2015**

**Programa de Vigilancia de la salud de la población
trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid
Informe de seguimiento
enero 2015**

INTRODUCCIÓN

Amianto o asbesto son dos términos utilizados indistintamente para nombrar una serie de silicatos que presentan formas fibrosas. Por sus propiedades de resistencia al calor, al fuego y a la degradación química o biológica, este material ha sido utilizado en gran variedad de industrias durante el siglo pasado. (El periodo de máxima utilización en nuestro país es el comprendido entre los años 1960 y 1984).

Las fibras, por sus dimensiones, son aspiradas pudiendo producir graves efectos sobre la salud en las personas expuestas. Por ello es muy extensa la normativa nacional e internacional que se ha articulado al respecto. En España, la prohibición de fabricación y comercialización de la última variedad de amianto, el crisotilo, fue fijada para el 14 de junio de 2002.

Las principales patologías derivadas de su exposición están clasificadas como ENFERMEDADES PROFESIONALES cuando ocurren en personas con historia de exposición laboral a amianto: fibrosis pulmonar difusa y progresiva –asbestosis-, cáncer de pulmón, mesotelioma maligno (pleural o peritoneal), y fibrosis pleural difusa o pericárdica con restricción respiratoria o cardíaca. Puesto que su aparición puede producirse hasta 30 o más años después de la exposición a estas fibras, muchos de los casos nuevos no tienen ya relación laboral con la empresa en la que estuvieron expuestos, o se encuentran en situación de jubilación. La avanzada edad en muchos de los casos, el mal estado de salud de los mismos, y la dificultad que suelen tener estas personas para gestionar procedimientos con la administración, suele dificultar el reconocimiento de su enfermedad como contingencia profesional.

Atendiendo a lo anterior, y a lo encomendado en la legislación vigente, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas diseñaron y consensuaron con los actores sociales (organizaciones empresariales y sindicales), un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos a este material carcinógeno (aprobado por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 2003). A partir de entonces en la Comunidad de Madrid se dieron los primeros pasos para poner en marcha un plan regional que diera ejecución a lo pactado.²

RESUMEN DEL PROGRAMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Objetivo general:

Garantizar la el seguimiento de la Salud de la población trabajadora que ha estado expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid, en cumplimiento de lo consensuado en el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos a Amianto, y de la normativa vigente.

Para ello, se definieron tres objetivos específicos:

1. Diseñar y mantener de forma actualizada el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto en la Comunidad de Madrid (RETEA).
2. Elaborar y poner en marcha un protocolo de gestión para la vigilancia de la salud de la población que ha estado expuesta a fibras de amianto en el medio laboral en la Comunidad de Madrid, que permita realizar el seguimiento de la salud de los y las trabajadoras susceptibles de reconocimiento médico preventivo post-ocupacional.
3. Canalizar el reconocimiento de la contingencia profesional de los casos en los que se detecte patología laboral derivada de la exposición a amianto.

² Para más información sobre el Plan, consultar en ediciones anteriores de cuadernos de salud laboral, o entrar en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142333144523&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289987040

Este documento refleja los avances del programa en cada uno de los objetivos.

OE1. RETEA

En enero de 2015 la población de nuestro registro está distribuida de la siguiente manera (Tabla 1):

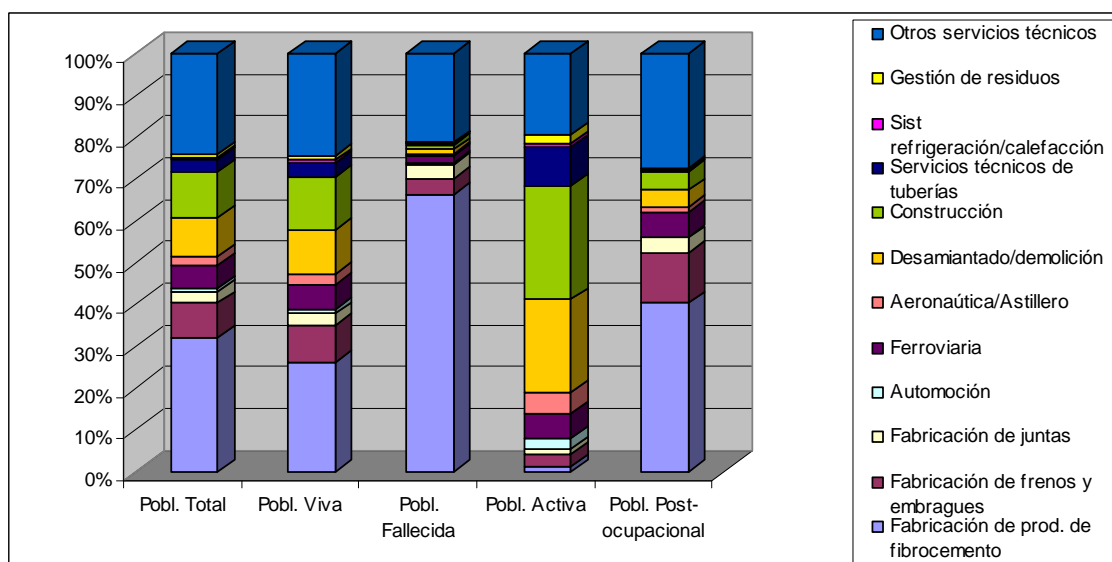
Tabla 1. Distribución de la población de la cohorte de expuestos laboralmente a amianto.

RETEA	Hombres	Mujeres	Sin consignar	Total
Personas vivas	5.175	198	3	5.376
Personas fallecidas	927	12	5	944
Total cohorte:	6.102	210	8	6.320

Entre los vivos, 3.436 están jubilados o trabajan en empresas diferentes a aquellas en las que estuvieron expuestos a amianto, y 1940 siguen vinculados laboralmente a las mismas.

La distribución de la actividad de las empresas en las que estas personas (vivas y muertas) estuvieron o están expuestas a amianto, se muestra en el gráfico 1:

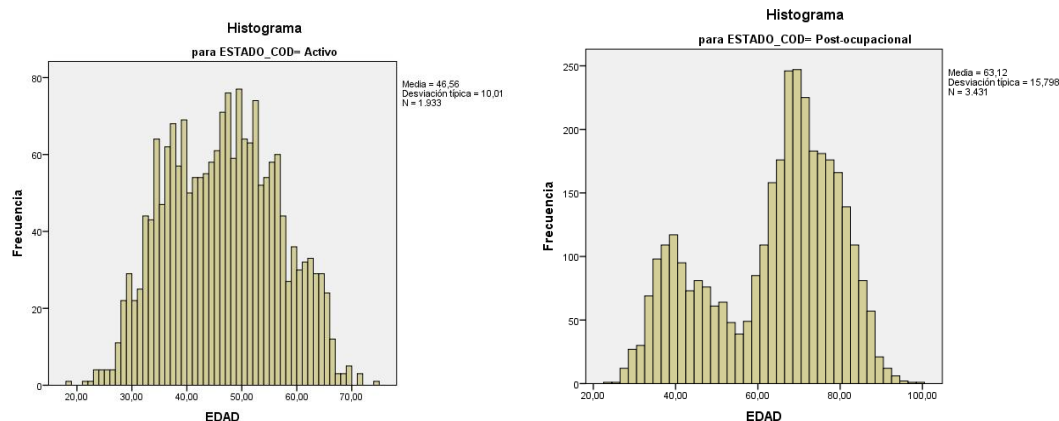
Gráfico 1 Actividad de las empresas con exposición según situación vital y laboral (%)



La mayor proporción de expuestos (de la cohorte en su totalidad) trabajó con amianto en empresas productoras de fibrocemento (el 32,3%). La población ya fallecida se expuso mayoritariamente (66,3%) en este mismo tipo de industrias. Entre aquellos que permanecen vivos el peso porcentual de los expuestos en esta actividad se reduce al 26,2%. Y en este mismo grupo, analizando por separado la actividad de los que aún mantienen vinculación con las empresas dónde ocurrió la exposición (llamados en la cohorte "Activos"), y la de los que ya no trabajan en ellas (llamados en la cohorte "Post-ocupacionales"), observamos diferencias importantes: el 40,3% de los trabajadores post-ocupacionales tuvieron su exposición en empresas fabricantes de productos de fibrocemento mientras que apenas superan el 1% de los que aún siguen en activo, los expuestos en dicha actividad. Una vez prohibido su uso y fabricación, y debido al paso de los años, (motivo por el cual se han retirado ya muchos trabajadores), el perfil de la actividad ha cambiado sensiblemente y, de aquellos que aún siguen vinculados a la empresa en la que están o estuvieron expuestos, un 27,4% trabajan en empresas de construcción, y un 22,2% en empresas dedicadas a la demolición.

La edad media de la población viva es de 57,15 años (DE:16,09). Analizando separadamente activos y postocupacionales, la distribución de edades se comporta de manera muy diferente en ambos grupos (Gráfico 2):

Gráfico 2. Distribución de edades en población activa y post-ocupacional.



OE2. VIGILANCIA DE LA SALUD

Es responsabilidad del sistema público de salud la realización de reconocimientos específicos de vigilancia de la salud a las personas que estuvieron expuestas, por su trabajo, a las fibras de amianto, y que ya no mantienen relación laboral alguna con la empresa en la que se produjo dicha exposición. Por otro lado, la vigilancia de la salud de aquellas que permanecen vinculadas a la empresa, está a cargo del servicio de prevención correspondiente. A continuación se presenta la información obtenida a partir de la realización de dichos seguimientos.

Datos de las unidades de referencia

Desde la puesta en marcha de la vigilancia de la salud en el marco de este Programa, en junio de 2008, han sido registrados 1.995 reconocimientos realizados a 1.524 personas. A 333 personas (307 hombres y 26 mujeres) se les ha hecho más de un reconocimiento.

En el año 2014 se incorporaron a la actividad de vigilancia de la salud de los expuestos sin actual vinculación con la empresa (los llamados post-ocupacionales en el RETEA) todos los hospitales del SERMAS, con el fin de redistribuir la carga de trabajo que esta actividad conllevaba a las 4 unidades de referencia. Los servicios de neumología incorporados en este año iniciaron su actividad escalonadamente (según organización y agenda) desde el mes de marzo.

En este año, desde todos los servicios de neumología participantes, se registró un total de 416 reconocimientos (395 hombres y 21 mujeres). En estos reconocimientos se han encontrado hallazgos relacionados con el amianto en algunos de los expuestos/as (tabla 3):

Tabla 3. Personas afectadas por lesiones o patologías relacionadas con el amianto

Hallazgos (*)	Hombres	Mujeres	Total
Asbestosis	15	1	16
Fibrosis pleural difusa con repercusión pulmonar	7	1	8
Atelectasia redonda	5	0	5
Placas pleurales	66	9	75
Mesotelioma pleural	1	0	1
Neoplasia pulmonar	2	0	2
Neoplasia de laringe	1	0	1
Total personas con alguna afectación	81	9	90

(*) No son excluyentes, pudiendo darse el caso de que en una persona se haya encontrado más de un hallazgo.

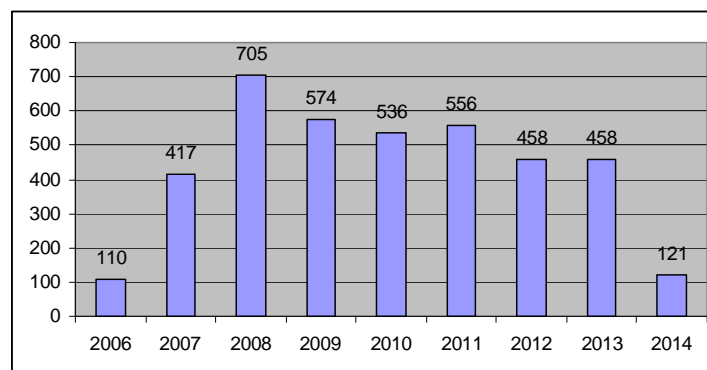
En un total de 2 personas se han detectado, además, lesiones radiográficas de nódulos pulmonares solitarios, que están en seguimiento.

Datos de la población activa.

Desde el año 2007 se han recibido en el Servicio de Salud Laboral, según lo dispuesto en el RD 396/2006, un total de 3.987 fichas de vigilancia de la salud correspondientes a 2.319 trabajadores con exposición laboral a amianto, remitidas desde los servicios de prevención de las empresas en que se ha producido dicha exposición. De ellas, sólo 48 corresponden a mujeres (36 mujeres en activo).

Durante el año 2014 se recibieron 463 fichas. El 73,7% corresponden a reconocimientos realizados en el año 2013, y el 26,3% a realizados en el 2014. El resto de fichas correspondientes a este último llegarán en las primeras semanas del 2015, como se ha constatado en años anteriores.

En el gráfico 3 se muestra la distribución de los reconocimientos realizados por años desde el 2006, año en que se publicó el RD 396/2006, que obligaba a los servicios médicos a cargo de la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a este agente a notificar el resultado de dichos reconocimientos a la autoridad sanitaria autonómica.

Gráfico 3. Distribución anual de los reconocimientos realizados a activos/as.

La media de edad de estas personas en el momento en que se les realizó el reconocimiento médico fue de 43,42 años (DE: 0,18).

En estas fichas se han registrado los siguientes hallazgos:

- 1 caso de asbestosis de 56 años.
- 13 casos de placas pleurales. Con una edad media de 57,0 (DE: 3,9). De estos, 7 trabajaban en una empresa de fabricación de productos de fibrocemento, donde ya no existe exposición alguna al amianto.
- Se detectó también un Cáncer de pulmón, en un hombre de 54 años, trabajador de una empresa de construcción de vehículos ferroviarios.
- En dos casos se inició el procedimiento para el reconocimiento de contingencia profesional.

Daños en la población total expuesta.

De la cohorte total, se tiene conocimiento de las siguientes patologías relacionadas con el amianto (Tabla 4):

Tabla 4. Patologías y lesiones conocidas relacionadas con amianto en la cohorte.

	Población viva	Población fallecida	Total
Placas pleurales	269	44	313
Asbestosis	176	78	254
Fibrosis pleural difusa con repercusión funcional	22	9	31
Cáncer de pulmón	12	113	125
Mesotelioma	9	72	81
Otros cánceres de vías resp. altas (incluida boca)	8	14	22

OE3. ENFERMEDAD PROFESIONAL

El 18 de junio de 2009 se firmó un convenio entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Instituto Nacional de Seguridad Social, *para la realización de actuaciones conjuntas en relación con los trabajadores afectados de patologías derivadas de la utilización laboral del amianto*. Se firmó este acuerdo con el objeto de promover aquellas actividades de coordinación que permitan a ambas partes realizar el seguimiento y la valoración de la afectación funcional y etiológica de aquellas personas en contacto con fibras de amianto en el desarrollo de su actividad laboral con sospecha de concurrencia de patologías relacionadas con dicho contacto o exposición.

En base a dicho convenio se creó un grupo de trabajo que trimestralmente se reúne para el estudio y transmisión de información para facilitar dicho proceso.

Como resultado de los reconocimientos realizados en las unidades de referencia, varias personas han solicitado el reconocimiento de su patología como enfermedad profesional. En todo caso, a fecha de hoy, se tiene conocimiento de las siguientes resoluciones que afectan a las personas de nuestra cohorte, independientemente de cómo se haya llegado al diagnóstico (tablas 5 y 6):

Tabla 5. Resolución de contingencia.

	Frecuencia
No información	2
Accidente no laboral	1
Enfermedad común	11
Accidente de trabajo	18
Enfermedad profesional	132
Total	164

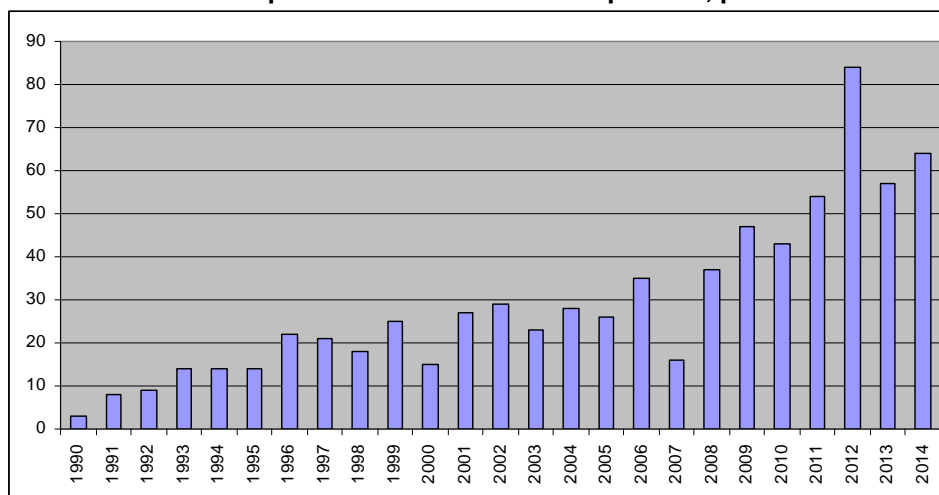
Tabla 6. Grado de invalidez

	Frecuencia
No incapacidad	36
Incapacidad total	61
Incapacidad absoluta	65
Gran invalidez	2
Total	164

ANÁLISIS DE MORTALIDAD

Las muertes en nuestra cohorte se han distribuido según se muestra en el gráfico 4 desde 1989. (El último cruce para detección de fallecidos se realizó en septiembre de 2014, y se han ido incorporando óbitos que llegaban de otras fuentes, sin ser por ello, las cifras globales, exhaustivas).

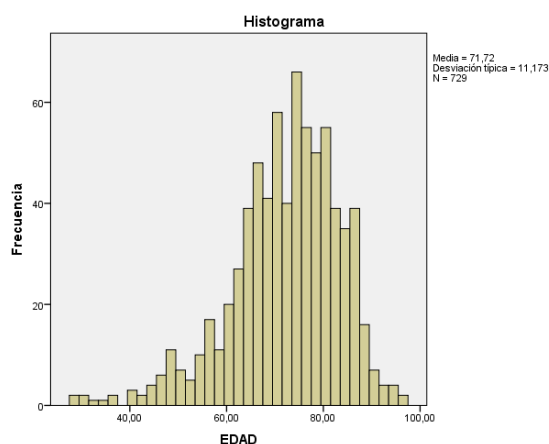
Gráfico 4. Población expuesta a amianto fallecida por año, por todas las causas.



El 98,2% de la población fallecida está constituida por hombres, y representan el 15,2% de los hombres expuestos. En el caso de las mujeres, las fallecidas solo llegan al 5,7% del total de su grupo en la cohorte.

La media de edad de muerte es de 71,73 años (DE:11,17) y sigue la siguiente distribución (Gráfico 5):

Gráfico 5. Edad de muerte de la población fallecida.



Del total de fallecidos, se conocen las siguientes causas de muerte relacionadas con amianto (Tabla 7):

Tabla 7. Causas de muerte de relacionadas con la exposición a amianto.

CAUSA DE MUERTE	Nº
CA. PULMON ⁽¹⁾	113
MESOTELIOMA ⁽¹⁾	72
ASBESTOSIS ⁽¹⁾	32
CA VIA RESPIRATORIA ALTA - LARINGE ⁽²⁾	14
OTRAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS ⁽³⁾	97
RESTO	482
Total:	810^(*)

⁽¹⁾ Incluido en el anexo 1 del RD 12/1999 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.

⁽²⁾ Incluido en el anexo 2 del RD 12/1999 (C601-CA de laringe).

⁽³⁾ Podrían ser enfermedades con relación a la exposición a amianto no consignadas adecuadamente.

(*) Cifra de los que se conoce causa de muerte.

Entre las personas que han sido vistas en alguna ocasión en las Unidades de Referencia, hay 97 personas que han fallecido. Se conoce patología relacionada con amianto en 52 de ellos: once fallecieron con el diagnóstico de asbestosis o de fibrosis pleural difusa con repercusión funcional, 10 fallecieron por mesotelioma y 6 por neoplasia pulmonar (tres de ellos tenían también diagnosticada una asbestosis).

RECONOCIMIENTO

Este informe se ha podido realizar gracias a la participación de los y las profesionales de los Servicios de Neumología de los Hospitales del SERMAS, con especial reconocimiento a la tarea mantenida de las antiguas unidades de referencia (servicios de neumología de los hospitales de Getafe, La Paz –y Hospital Carlos III, actualmente integrado en La Paz-, y 12 de Octubre). La reciente incorporación de 21 nuevos centros al Programa para la realización de los reconocimientos de los post-ocupacionales, ha supuesto un esfuerzo por parte de todos los hospitales implicados, tanto en la organización de las consultas como en la coordinación con otros centros y con los usuarios, y en la notificación de los resultados obtenidos; y es de resaltar la colaboración que en todo momento han tenido con este Servicio de Salud Laboral para la ejecución y seguimiento del Programa.

Queremos reconocer, asimismo, la contribución de la persona responsable de la Dirección General de Hospitales y la coordinación de la Unidad Médica de Evaluación de la Dirección Provincial de Madrid del INSS, que han facilitado el desarrollo del mismo.

Servicio de Salud Laboral
Madrid, enero de 2015

CUADERNOS DE SALUD LABORAL 2014

