



CUADERNOS DE SALUD LABORAL

2016

Salud y Trabajo
en la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

CUADERNOS DE SALUD LABORAL

2016

Salud y Trabajo
en la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



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

Edita:

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Realiza:

Subdirección General de Epidemiología.

Equipo de redacción

Unidad Técnica de Salud Laboral

María Fernanda González Gómez

Piedad Hernando Briongos

María Dolores Insausti Macarrón

Maquetación y Edición:

Luis Miguel Díaz García

Apoyo administrativo:

María Remedios Borrego González

isp.s.laboral@salud.madrid.org

Edición digital

Mayo 2017

Publicado en España – Published in Spain

PRESENTACIÓN

La salud de la población trabajadora es un requisito fundamental para el desarrollo humano, social, productivo y económico de cualquier región, existiendo una estrecha relación de la salud de las personas con el medio laboral en que se desenvuelven.

Para prevenir y promover la salud de esta población es imprescindible conocer los riesgos a los que está expuesta en el trabajo, y difundir dicho conocimiento entre los actores de la prevención.

Por ello tengo el placer de presentar estos "Cuadernos de Salud Laboral 2016". Esta publicación, de periodicidad anual, recoge 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 la Unidad Técnica de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública desarrolla en la Comunidad de Madrid –programas relacionados con la promoción de la salud de la población trabajadora, y con el seguimiento de hombres y mujeres expuestos, por su trabajo, a determinados riesgos que pueden influir sobre su estado de salud-.

Nuestro deseo es que esta publicación sea útil a quienes trabajan en el ámbito de la salud laboral, aportando una información suficientemente desagregada que permita la priorización de actuaciones preventivas de la manera más adecuada a la realidad en que se mueven, contribuyendo, con ello, a la excelencia en la calidad de la actividad preventiva en las empresas en la Comunidad de Madrid.

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA



Fdo. Juan Martínez Hernández

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	6
LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	11
1. Enfermedades profesionales, 2016: partes comunicados en la Comunidad de Madrid.....	12
2. Registro de las Comunicaciones de Sospecha de Enfermedades Profesionales.....	33
ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2015.....	55
1. Análisis de los accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid. Año 2015.....	62
2. Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos en la Comunidad de Madrid. Año 2015	79
INFORME DE SEGUIMIENTO PROGRAMA REGIONAL AMIANTO. ENERO 2017	102
VIGILANCIA DE ACCIDENTES CON RIESGO BIOLÓGICO EN CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2016.....	119
DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016. ACTUACIONES COORDINADAS CON LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	149
ANEXOS.....	165

INTRODUCCIÓN

Los *Cuadernos de Salud Laboral 2016* muestran un año más los resultados de los análisis de epidemiología laboral en la Comunidad de Madrid. Esta colección presenta los estudios epidemiológicos realizados en la Unidad Técnica de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública, con los datos disponibles sobre daños que sufren las y los trabajadores en nuestra Comunidad Autónoma, y que tienen que ver con su actividad laboral o con las condiciones en que dicha actividad se lleva a cabo.

Difundiendo estos estudios pretendemos contribuir a la mejora de la seguridad y salud de la población trabajadora, facilitando la información a profesionales que desarrollan sus funciones en el ámbito de la prevención de riesgos laborales: conocer los daños que determinados factores presentes en el trabajo pueden producir sobre la salud de las personas, permitirá adoptar las medidas preventivas más adecuadas, y por tanto proteger y promover el bienestar de la población trabajadora.

Los *Cuadernos de Salud Laboral 2016* contienen información sobre los siguientes temas:

- Enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid:
 - Enfermedades profesionales comunicadas en el año 2016. Se trata de un estudio descriptivo de los nuevos partes de enfermedad profesional registrados en el año 2016.
 - Informe sobre las comunicaciones de sospecha de Enfermedad Profesional recibidas por el Servicio de Salud Laboral. Años
- Accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid del año 2015.
 - Accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid del año 2015: estudio descriptivo de los accidentes de trabajo con baja ocurridos en Madrid en dicho año, incidiendo especialmente en aspectos profesionales, laborales, preventivos, personales y del propio accidente de las y los afectados.

- Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos en la Comunidad de Madrid, año 2015: estudio descriptivo de los accidentes de trabajo con baja producidos por sobreesfuerzos durante la jornada de trabajo en Madrid en 2015, incidiendo especialmente en aspectos profesionales, laborales, preventivos, personales y del propio accidente de las y los afectados.
- Accidentes con riesgo biológico en los servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid, año 2016. Informe que describe los accidentes con riesgo biológico ocurridos en la red sanitaria de la Comunidad de Madrid durante el año 2016, atendiendo a variables personales, profesionales, espaciales, temporales, materiales, etc.
- Programa de vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto de la Comunidad de Madrid. Informe de seguimiento de actividades y de afecciones relacionadas con este agente en dicha cohorte, a enero de 2017.
- Informe sobre la actividad en las empresas en el marco de la campaña del Día Mundial sin Tabaco, 2016.

Estos estudios muestran la información recogida de manera desagregada por sexo¹. Existe una segregación vertical y una horizontal por cuestión de género, que expone a diferentes riesgos laborales a trabajadores y trabajadoras. Las diferencias halladas en uno y otro grupo ofrecen una información sobre la realidad de la salud en el trabajo para unos y otras. Además, permite adecuar las medidas preventivas a las necesidades reales, fomentando el desarrollo de una actuación más efectiva y eficiente.

Como cada año, para la realización de estos documentos, se ha obtenido información de diversas fuentes: bases de datos anonimizados relativos a accidentes de trabajo –sistema DELT@-, bases de enfermedades profesionales –CEPROSS- y otros agregados, como el de afiliación a la Seguridad Social. Estos

¹ 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.

últimos datos han sido cedidos por instancias laborales como el 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), y datos anónimos recogidos en los servicios de prevención (datos de la campaña del Día Mundial sin Tabaco realizada el pasado año en las empresas).

Un año más tenemos que reconocer y agradecer la participación de otras instancias más allá de esta Unidad Técnica: este trabajo hubiera sido imposible sin el concurso de muchos profesionales, entre los que se encuentran los de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los centros sanitarios, que colaboraron en el estudio de los Accidentes con riesgo biológico mediante su correspondiente notificación. Del mismo modo, para el buen desarrollo *del Programa regional de seguimiento de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto*, ha sido imprescindible la colaboración de los profesionales de los servicios de neumología de los hospitales del SERMAS. No queremos olvidar el personal de la Dirección Provincial de Madrid de la Seguridad Social (CAISS colaboradores y especialmente su Unidad Médica de Valoración de Incapacidades), sin cuyo apoyo no hubiera sido posible la coordinación para el seguimiento administrativo de personas afectadas por su exposición laboral al amianto. Y para la elaboración del informe de seguimiento de dicho Programa, también ha sido de gran ayuda la contribución del Servicio de Informes de Salud y estudios y del Servicio de Sanidad Ambiental, ambos de la Dirección General de Salud Pública. Finalmente, ha sido fundamental la tarea de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas madrileñas, que realizan la vigilancia de activos con posible exposición al amianto, y a aquellos ejecutores de la campaña del Día Mundial sin Tabaco.

Con todas estas contribuciones presentamos esta edición "*Cuadernos de Salud Laboral 2016*", con el deseo de aportar información útil a personas e instancias

involucradas en la prevención de riesgos laborales. Esperamos que sea una herramienta eficaz para la definición de prioridades, la toma de decisiones, la planificación preventiva y la investigación. Todo ello con el fin último de mejorar la salud y la seguridad en el trabajo de los hombres y mujeres de esta Comunidad Autónoma.

Unidad Técnica de Salud Laboral
Abril 2017

**LAS ENFERMEDADES
PROFESIONALES EN LA
COMUNIDAD DE MADRID**

**1. Enfermedades profesionales,
2016: partes comunicados en la
Comunidad de Madrid**

Para la elaboración de este informe se han utilizado los datos referentes a los partes de enfermedad profesional –EP- comunicados en el año 2016 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 2016 con contingencia profesional cubierta y en los términos descritos, ascendieron a un total de 2.561.625 personas (1.291.612 hombres y 1.270.014 mujeres).

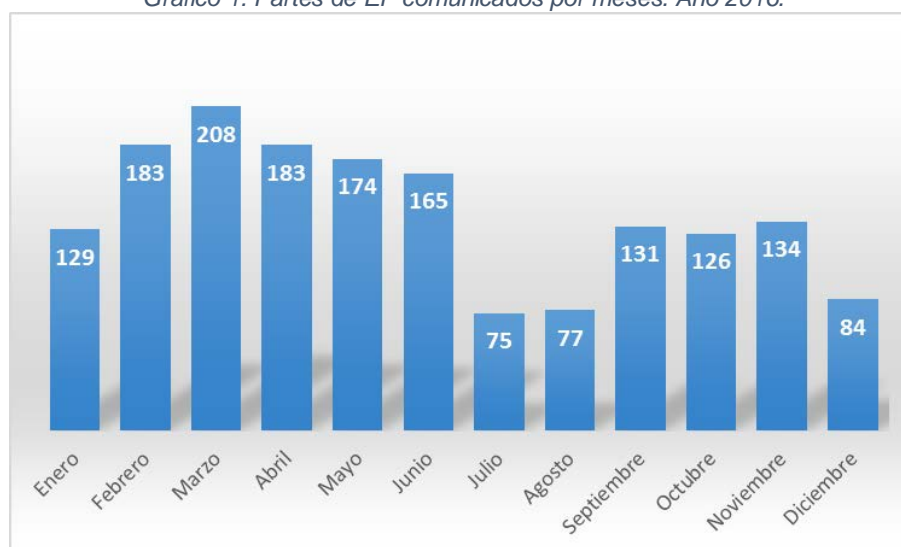
Así, al final del informe se expone una breve comparación de algunas de las variables con lo observado en el año anterior, publicado en los [Cuadernos de Salud Laboral 2015](#) ⁽²⁾, analizando específicamente aquellas en las que se ha observado diferencias considerables, bien en números absolutos, relativos, o en sus índices de incidencia (es decir, los casos producidos en relación a la población afiliada en uno y otro año).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2016, fue comunicado un total de 1.669 partes de Enfermedad Profesional (a partir de ahora EP), de los cuales 980 correspondían a mujeres (58,7%), y 689 a hombres (41,3%).

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 enero, septiembre y noviembre, sumando éstos casi el 35% del total de comunicaciones. (No coinciden con lo observado en años anteriores, fluctuando las comunicaciones de EP de unos meses a otros).

Gráfico 1. Partes de EP comunicados por meses. Año 2016.



² Disponible en la web de la Comunidad de Madrid www.madrid.org

El 91,3% de las personas que sufrieron estas enfermedades tenían nacionalidad española, el 3,2% rumana; en tercer lugar, Ecuador y Colombia, fueron los países de origen del 1,3% de las personas con parte comunicado de EP.

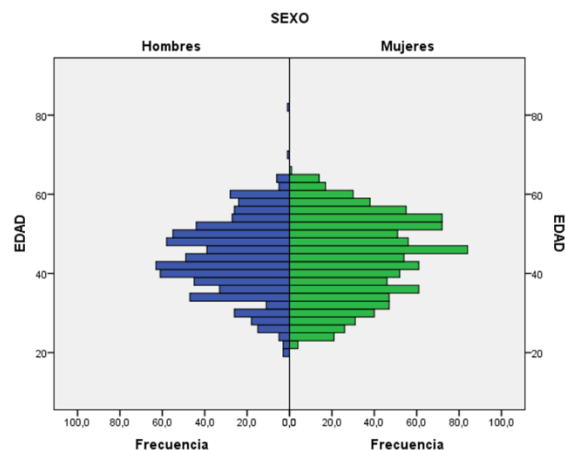
Del total de partes comunicados, el 64,3% se acompañó de baja laboral.

Edad

La media de edad observada en esta población es de 43,54 años (DE: 9,93), no observándose diferencia entre hombres y mujeres.

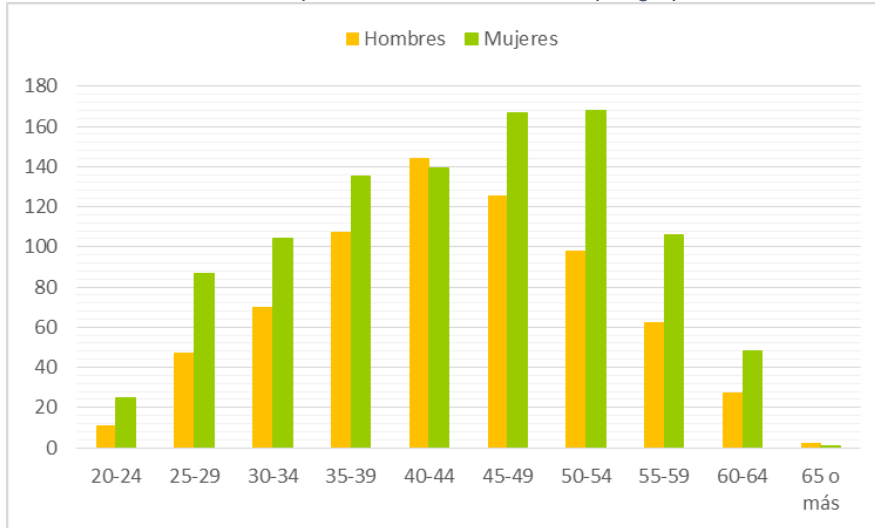
La distribución de edades por sexo, sin embargo, sí es diferente y se muestra en el gráfico 2:

Gráfico 2. Distribución de partes de EP comunicados por sexo y edad. Año 2016.



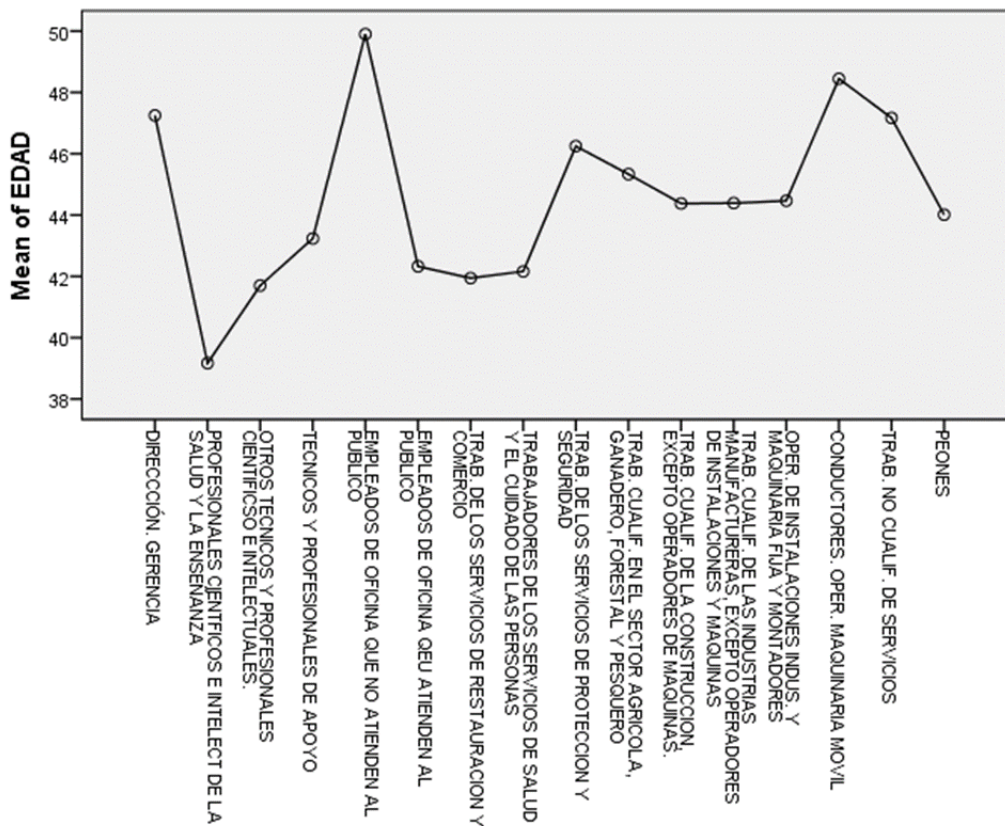
Y codificando la edad por grupos quinquenales, esta población con partes de EP queda distribuida como se muestra en el gráfico 3: el número de partes correspondientes a mujeres es mayor en todos los intervalos de edad, salvo en el intervalo de 40 a 44 años. Este comportamiento de las cifras es bastante diferente a lo observado el año anterior, en que eran más los hombres con EP entre 35 y 49 años.

Gráfico 3. Distribución de los partes de EP comunicados por grupos etarios. Año 2016



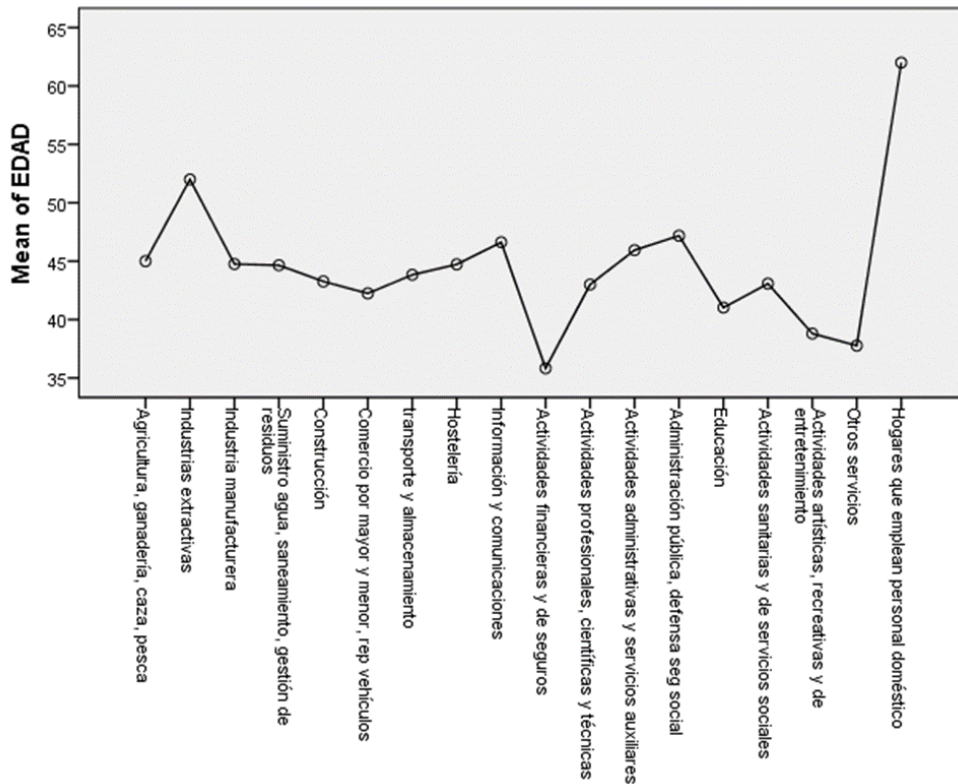
La media de edad fue diferente según la ocupación de la población afectada (gráfico 4), siendo la menor la de los trabajadores de los servicios de protección y seguridad, seguidos de profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza.

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 transporte y almacenamiento, seguida por aquella que trabajaba en administración pública, defensa y seguridad social. Este comportamiento no replica lo observado en años previos.

Gráfico 5. Media de edad según sección de actividad.



Actividad económica

El índice de incidencia de partes de EP comunicadas en la población trabajadora con contingencia profesional cubierta es de 65,15 EP comunicadas por cada 100.000 afiliados/as. Parece que se consolida la tendencia ascendente de los últimos años. (Gráfico 6).

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, considerando las EP comunicadas en cada sector en relación al número de afiliados/as en cada uno de ellos, observamos que en el sector de la industria el índice de incidencia casi triplica al hallado en el sector servicios.

Gráfico 6. Evolución anual del índice de incidencia de EP por 100.000 afiliados/as.

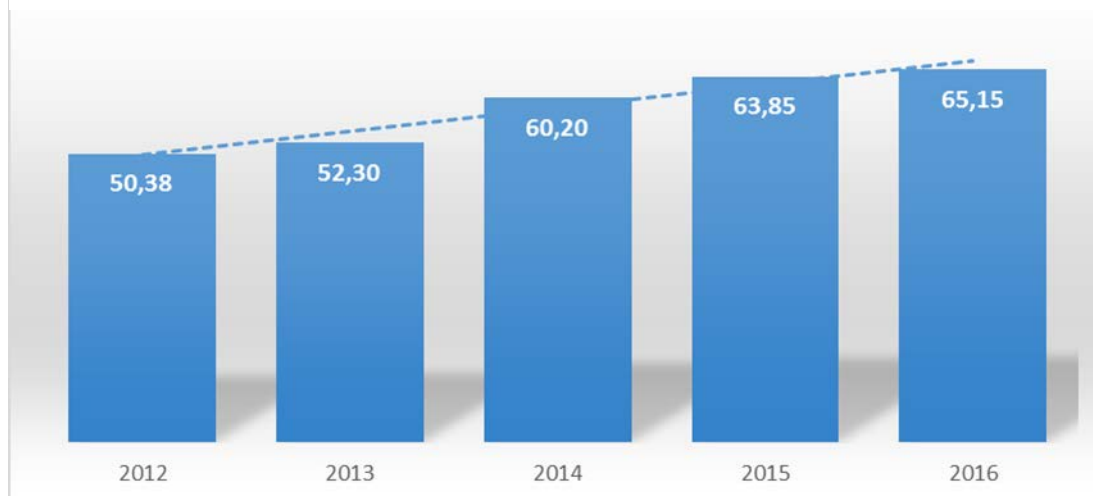


Tabla 1. EP por sector de actividad: número, % e Índice de incidencia

	Frecuencia	Porcentaje	Afiliados/as	Índice de Incidencia(*)
SC. AGRARIO	2	0,1	4.896	40,85
INDUSTRIA	265	15,9	185.638	142,75
CONSTRUCCIÓN	102	6,1	125.719	81,13
SERVICIOS	1.300	77,9	2.245.372	57,90
Total	1.669	100,0	2.561.625	65,15

(*) casos por cada 100.000 afiliados/as

Analizado los partes por sección de actividad, fueron las actividades sanitarias y de servicios sociales, y la sección de comercio al por mayor y menor y de reparación de vehículos, las actividades que más comunicaciones de EP aportaron, siendo también las sanitarias y de servicios sociales las que presentaron mayor índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as de cada actividad (tabla 2).

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

	N	%	Afiliados/as	Índice de Incidencia (*)
Actividades sanitarias y de servicios sociales	472	28,28	209.507	225,29
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	266	15,94	407.351	65,30
Industria manufacturera	243	14,56	161.991	150,01
Actividades administrativas y servicios auxiliares	177	10,61	281.745	62,82
Construcción	102	6,11	125.719	81,13
Administración pública, defensa seg social	91	5,45	115.515	78,78
Hostelería	85	5,09	169.984	50,00
Otros servicios	79	4,73	62.915	125,57
Educación	42	2,52	154.974	27,10
transporte y almacenamiento	24	1,44	134.415	17,86
Información y comunicaciones	21	1,26	186.902	11,24
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	20	1,20	14.759	135,51
Act. artísticas, recreativas y de entretenimiento	20	1,20	40.916	48,88
Actividades profesionales, científicas y técnicas	15	0,90	224.023	6,70
Actividades financieras y de seguros	6	0,36	105.110	5,71
Agricultura, ganadería, caza, pesca	2	0,12	4.896	40,85
Industrias extractivas	2	0,12	1.722	116,16
Hogares que emplean personal doméstico	2	0,12	128.275	1,56
Total	1.669	100,00	2.561.625	65,15

(*) casos por cada 100.000 afiliados/as

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. Año 2016.

	N	%	Hombres % (N=688)	Mujeres % (N=979)
Dirección. Gerencia	5	0,3	0,0	0,5
Profesionales científicos/as e intelect de la salud y enseñanza	148	8,9	4,2	12,2
Otros técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.	50	3,0	3,3	2,8
Técnicos/as y profesionales de apoyo	178	10,7	9,2	11,7
Empleados/as de oficina que no atienden al publico	18	1,1	1,6	0,7
Empleados/as de oficina que atienden al publico	59	3,5	0,3	5,8
Trab. de los servicios de restauración y comercio	211	12,7	11,8	13,3
Trabaj. de los servicios de salud y el cuidado de las personas	233	14,0	4,2	20,8
Trab. de los servicios de protección y seguridad	15	0,9	1,5	0,5
Trab. cualif. del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	25	1,5	2,5	0,8
Trab. cualif. de construcción, excepto oper. de máquinas.	78	4,7	10,8	0,4
Trab. cualif. de ind. manufactureras, no oper instal..y máquinas	216	13,0	26,3	3,6
Oper. de instalaciones indust. y maquinaria fija y montadores	78	4,7	6,1	3,7
Conductores/as. Operadores/as maquinaria móvil	30	1,8	2,8	1,1
Trab. No cualificados/as de servicios	230	13,8	7,8	18,0
Peones	93	5,6	7,7	4,1
Total	1.667	100,0	100	100,0

Enfermedades profesionales según RD 1299/2006

La distribución de EP comunicadas en el año 2016 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 (%)	Índice de incidencia (*)	Mujeres N (%)	Índice de incidencia (+)	Total N (%)	Índice de incidencia (#)
EP causadas por agentes químicos	28 (4,1)	2,17	34 (3,6)	2,76	62 (3,8)	2,46
EP causadas por agentes físicos	493 (71,1)	37,94	507 (51,7)	39,92	1000 (59,7)	38,92
EP causadas por agentes biológicos	91 (13,1)	6,97	354 (36,1)	27,87	445 (26,6)	17,33
EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	37 (5,4)	2,86	32 (3,2)	2,44	69 (4,1)	2,65
EP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	43 (6,2)	3,33	53 (5,4)	4,17	96 (5,8)	3,75
EP causadas por agentes carcinógenos	1 (0,1)	0,08	0 (0,0)	0,00	1 (0,1)	0,04
Total	693 (100)	53,34	980 (100)	77,16	1.673 (100)	65,15

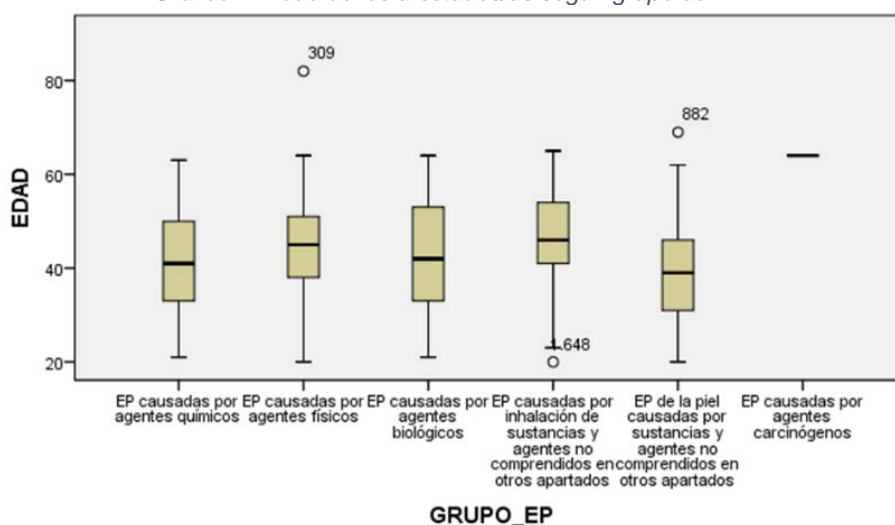
(*) Casos por cada 100.000 afiliados.

(+) Casos por cada 100.000 afiliadas.

(#) Casos por cada 100.000 personas afiliadas.

Se observaron diferencias en la distribución de edades según grupo de EP comunicada (gráfico 7):

Gráfico 7. Edad de los afectados/as según grupo de EP.



Es de destacar que en el año 2016 solo se ha comunicado un parte de EP causada por agentes carcinógenos, manteniéndose las ínfimas cifras de los últimos años.

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 (uni y bilateral) constituyen más de la cuarta parte de las EP comunicadas. Los partes de comunicación de EP por conjuntivitis este año han descendido 14 puntos porcentuales respecto al año anterior, aunque sigue siendo muy superior a lo observado los años 2014 y 2013. El número de partes de dermatitis profesionales se ha recuperado, volviendo a las cifras semejantes al año 2013.

Tabla 5. Enfermedades comunicadas en 2016 agrupadas según descriptivo.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Epicondilitis	425	25,5
Conjuntivitis	341	20,4
Síndrome del túnel carpiano	217	13,0
Dermatitis alérgica y de contacto	142	8,5
Tenosinovitis de Quervain	77	4,6
Laringitis/disfonía/afonía	74	4,4
Tbc y contacto estudio por TBC	64	3,8
Asma	34	2,0
Patología del hombro	33	2,0
Dedo en gatillo	27	1,6
Patología de las rodillas	23	1,4
Bronquitis/neumonitis varios	21	1,3
Otras patologías de la mano	14	0,8
Neumoconiosis	14	0,8
Hipoacusia	13	0,8
Gripe	13	0,8
Alergia/urticaria	7	0,4
Otras patologías del codo	6	0,4
Asbestosis	5	0,3
Cáncer bronquio / pulmón	2	0,1
Resto de patologías	117	7,0
Total	1.551	100,0

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 que se dan más en unas u otras actividades. (Tablas 6 a 10).

Tabla 6. EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios personales.

	N	%
Conjuntivitis	334	70,8
Epicondilitis	6	1,3
Dermatitis	15	3,2
TBC (estudio y control)	5	1,1
Gripe	13	2,8
Tendinitis, tenosinovitis y otras patologías	12	2,5
Síndrome del túnel carpiano	11	2,3
Fiebres hemorrágicas	3	0,6
Resto de patologías	73	15,5
Total	472	100

Tabla 7. EP notificadas en comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos.

	N	%
Epicondilitis	100	37,6
Síndrome del túnel carpiano	63	23,7
Pat. Del hombro	8	3,0
Patologías de la rodilla	5	1,9
Tenosinovitis de Quervain	27	10,2
Dermatitis	17	6,4
Dedo en gatillo	4	1,50
Asma	6	2,3
Resto de patologías	36	13,5
Total	266	100,0

Tabla 8. EP notificadas en industria manufacturera.

	N	%
Epicondilitis	97	39,9
Síndrome del túnel carpiano	42	17,3
Tenosinovitis de Quervain	10	4,1
Asma	12	4,9
Dedo en gatillo	4	1,6
Dermatitis	32	13,2
Patologías del hombro	8	3,3
Hipoacusia y alts. oído	7	2,9
Neumoconiosis	2	0,8
Cáncer pulmón	1	0,4
Resto de patologías	28	11,5
Total	243	100,0

Tabla 9. EP notificadas en actividades administrativas y de servicios auxiliares.

	N	%
Epicondilitis	72	40,7
Síndrome del túnel carpiano	20	11,3
Tenosinovitis de Quervain	7	4,0
Alteración del aparato fonador	21	11,9
Dermatitis	26	14,7
Dedo en gatillo	3	1,7
tendinitis, tenosinovitis y sinovitis	9	5,1
Resto de patologías	19	10,7
Total	177	100,0

Tabla 10. EP notificadas en construcción.

	N	%
Epicondilitis	39	38,2
Síndrome del túnel carpiano	11	10,8
Dermatitis	8	7,8
Pat del hombro	3	2,9
Pat de rodilla	12	11,8
Neumoconiosis	8	7,8
Tendinitis, tenosinovitis, sinovitis	6	5,9
Resto de patologías	15	14,7
Total	102	100,0

En las actividades sanitarias son 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.

Este año la actividad de hostelería ha notificado menos partes que la construcción, aunque mantiene la incidencia del año anterior. Por esta razón, y porque esta actividad constituye una sección de actividad muy importante en esta Comunidad Autónoma, se señala lo observado en la tabla 11. En relación con el pasado año, han aumentado mucho los partes correspondientes a epicondilitis y al síndrome del túnel carpiano.

Tabla 11. EP notificadas en hostelería.

	N	%
Epicondilitis	30	35,3
Sdme. del túnel carpiano	32	37,6
Dermatitis	6	7,1
Dedo en gatillo	3	3,5
Tendinitis, tenosinovitis y sinovitis	6	7,1
Tenosinovitis de Quervain	4	4,7
Resto de patologías	4	4,7
Total	85	100,0

PARTES ABIERTOS Y CERRADOS EN EL AÑO 2016

En 2016 fueron cerrados 1.038 partes de EP. De ellos, 943 correspondían a partes abiertos ese mismo año, y 89 abiertos en 2015, y seis correspondientes a años anteriores.

Del total de partes comunicados en 2016 (1.673, descritos en las páginas anteriores), poco más del 56,4% (943) fue cerrado en el mismo año. El 63% de estos partes correspondió a trabajadoras (es una proporción hombre/mujer semejante a la del conjunto de los partes cerrados).

Al igual que lo estudiado en 2015, no se observaron diferencias entre la edad de aquellos cuyos partes fueron abiertos y cerrados en el año 2016, y aquellos cuyos partes aún estaban abiertos al terminar el año; sin embargo, en estudios de años anteriores se había observado que, de media, eran más jóvenes las personas cuyos partes habían sido abiertos y cerrados en el mismo periodo.

Las causas de cierre de estos partes, se muestran en la tabla 12. Se observa cómo la enfermedad del 1,5% de las mujeres se cierra como propuesta de incapacidad permanente, frente al 2,6% de los hombres.

Tabla 12. Causas de cierre de los partes en hombres y mujeres, Porcentajes.

	Hombres	Mujeres	Total
Alta por curación en todos los casos y/o alta laboral	76,7	62,6	67,9
Alta con propuesta de Incapacidad permanente	2,6	1,5	1,9
Otras causas	20,5	35,5	29,9
Alta por propuesta de cambio de trabajo		0,2	0,1
Lesiones permanentes no invalidantes	0,3	0,2	0,2
Total	100	100	100

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 el grupo 1, la cuarta parte se cierran con alta por propuesta de incapacidad permanente: estamos hablando de EP producidas por agentes químicos que producirían incapacidad permanente (tabla 13).

Tabla 13. Causas de cierre en Grupos de EP comunicadas (según RD 1299/2006). N y %.

	EP por agentes químicos	EP por agentes físicos	EP por agentes biológicos	EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados	EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados	Total
Alta por curación en todos los casos y/o alta laboral	15 (62,5)	406 (83,4)	158 (45,1)	25 (73,5)	36 (75,0)	640 (67,9)
Alta con propuesta de Incapacidad permanente	6 (25,0)	0	0	7 (20,6)	5 (10,4)	18 (1,9)
Alta con propuesta de cambio de trabajo	1 (4,2)	0	0	0	0	1 (0,1)
Lesiones permanentes no invalidantes	0	2 (0,4)	0	0	0	2 (0,2)
Otras causas	2 (8,3)	79 (16,2)	192 (54,9)	2 (5,9)	7 (14,6)	264 (18,9)
Total	24 (100,0)	487 (100,0)	350 (100,0)	34 (100,0)	48 (100,0)	943 (100,0)

En la tabla 14 se muestran los porcentajes de reconocimiento de las EP notificadas y cerradas en el 2016, de las que se conoce la calificación (un total de 941 partes). Los partes notificados como EP de piel producidos por agentes no comprendidos en otros apartados fueron los que en menor proporción fueron reconocidos como EP.

Tabla 14. Calificación de la contingencia en los grupos de EP según RD 1299/2006. Porcentajes.

	Accidente trabajo (AT)	Enfermedad Común (EC)	Enfermedad Profesional (EP)	Total
EP por agentes químicos	0,0	4,2	95,8	100,0
EP por agentes físicos	6,6	3,5	89,9	100,0
EP por agentes biológicos	0,0	0,3	99,7	100,0
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados	0,0	5,9	94,1	100,0
EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados	6,3	6,3	87,5	100,0
Total	3,7	2,5	93,8	100,0

Estudiados los partes de EP al cierre y 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, cerrándose sobre todo en el grupo de EP por agentes biológicos y físicos. En industria, son mayoritariamente las enfermedades producidas por agentes físicos las que provocaron mayor comunicación y cierre de partes (tabla 15).

Tabla 15. Sectores de actividad según grupos de EP al cierre.

	SC AGRARIO		INDUSTRIA		CONSTRUCCIÓN		SERVICIOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EP por agentes químicos	0	0,0	4	3,1	4	7,1	15	2,0	23	2,4
EP por agentes físicos	1	100,0	100	78,7	46	82,1	338	44,7	485	51,6
EP por agentes biológicos	0	0,0	1	0,8	3	5,4	346	45,8	350	37,2
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros	0	0,0	13	10,2	2	3,6	19	2,5	34	3,6
EP de piel por agentes no comprendidos en otros	0	0,0	9	7,1	1	1,8	38	5,0	48	5,1
Total	1	100	127	100	56	100	756	100	940	100

La calificación de las enfermedades se distribuye de manera diferente según la actividad de la empresa: así, en la tabla 16 se muestran las 941 calificaciones conocidas según la sección de actividad económica de las empresas, expresadas en porcentajes. En algunas secciones el 100% de los partes comunicados fueron reconocidos como EP. El porcentaje mayor de partes considerados como enfermedad común se dio en la sección de actividades profesionales, científicas y técnicas (una quinta parte de las sospechas de EP), y en las actividades de transporte y almacenamiento (el 14,3%).

Tabla 16. Calificación de los partes según sección de actividad, en porcentajes.

	AT	EC	EP	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca			100,0	100
Industria manufacturera	7,0		93,0	100
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos			100,0	100
Construcción	1,8	1,8	96,4	100
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	10,3	1,7	87,9	100
Transporte y almacenamiento	8,3	16,7	75,0	100
Hostelería	7,5	7,5	85,0	100
Información y comunicaciones			100,0	100
Actividades financieras y de seguros			100,0	100
Actividades profesionales, científicas y técnicas		20,0	80,0	100
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1,2	6,0	92,9	100
Administración pública, defensa seg social	4,2	10,4	85,4	100
Educación			100,0	100
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0,8	0,8	98,4	100
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento			100,0	100
Otros servicios	7,0	4,7	88,4	100
Hogares que emplean personal doméstico			100,0	100
Total	3,6	2,6	93,8	100

BREVE COMPARATIVA. EVOLUCIÓN 2012-2016

En términos generales, y en relación a los tres años anteriores, se mantiene semejante la proporción de partes comunicados correspondientes a trabajadoras. De media, la edad de la población afectada es semejante a la observada en años anteriores, aunque la edad media de las mujeres ha aumentado en casi dos años.

Se mantiene el perfil de nacionalidad de las personas afectadas observada de los años anteriores, con peso mayoritario de la población española. Esta proporción guardaría 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 parece haberse estabilizado en los dos últimos años, tras una tendencia descendente iniciada en el año 2008*.

En términos generales, se mantienen los índices de incidencia de EP en esta comunidad autónoma para todas las actividades, especialmente en la industria manufacturera (tras el descenso observado en el año 2013) y en la población ocupada en actividades sanitarias y servicios sociales. Respecto a 2015, ha

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

aumentado muy ligeramente en algunas secciones de actividad, como administración pública, defensa y seguridad, y construcción.

En el Anexo I se muestran todas las EP comunicadas según los grupos del Real Decreto 1299/2006, desagregadas por sexo. A pesar del aumento de nódulos de las cuerdas vocales comunicadas como EP, especialmente en mujeres, (en 2016, una tasa de notificación de esta EP de 5,98 casos por 100.000 trabajadoras), en este año solo 48 nódulos de las cuerdas vocales fueron reconocidos como EP, - independientemente del año en que fueron abiertos los expedientes- (60% más que en 2015, pero solo el 80% de las reconocidas en 2013). Será necesario valorar en los años sucesivos estas oscilaciones, para conocer si se consolidará una mayor sensibilidad hacia esta afectación tan propia de actividades como educación o telecomunicación/información, actividades en el que el número de mujeres es muy superior al de hombres.

Como en los años anteriores, existen diferencias en la aparición de los grupos de EP entre hombres y mujeres ($p < 0,05$). Aquellas producidas por agentes biológicos se encontraron con mayor frecuencia en las trabajadoras, y las producidas por agentes físicos tuvieron mayor peso entre sus compañeros; para el resto de los grupos de AP no se observaron diferencias significativas.

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*: aunque se ha producido un leve descenso respecto al 2015, se mantiene el incremento observado durante los últimos años en el índice de incidencia de estas patologías, tanto en hombres como en mujeres: 212,76 mujeres afectadas por cada 100.00 trabajadoras del sector sanitario y de servicios sociales, y 175,55 en el caso de sus compañeros.

Se mantienen cifras similares a las observadas en cuanto al número de partes de EP de la piel (grupo 4) el pasado año.

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 en el 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	8	3	11
C	Halógenos	1	3	4
D	Ácidos inorgánicos	2	0	2
E	Ácidos orgánicos	1	0	1
F	Alcoholes y fenoles	1	5	6
G	Aldehídos	0	4	4
H	Alifáticos	4	2	6
I	Aminas e hidracinas	2	1	3
J	Amoniaco	1	5	6
K	Aromáticos	1	2	3
L	Cetonas	0	2	2
M	Epóxidos	5	2	7
N	Ésteres	0	1	1
O	Éteres	0	2	2
Q	Isocianatos	2	2	4
TOTAL GRUPO 1		28	34	62

GRUPO EP	AGENTE	NÚMERO				
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL		
2. Enfermedades causadas por agentes físicos						
A	Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	16	2	18		
B	Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.	5	4	9		
C	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.	20	3	23		
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.	344	283	627		
E	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas.	1	0	1		
F	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión.	95	138	233		
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.	7	1	8		
H	Compresión o descompresión atmosférica	1	0	1		
L	Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales.	1	76	77		
TOTAL GRUPO 2		490	507	997		
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)	79	350	429		
B	Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales, o por sus productos o cadáveres.	2	2	4		
C	Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci...	5	1	6		
D	Enfermedades infecciosas y parasitarias no en otros apartados: legionella, micosis, helmintiasis..	4	1	5		
TOTAL GRUPO 3		90	354	444		

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	10	1	11
C	Polvos de amianto	4	1	5
D	Otros polvos minerales	1	0	1
E	Neumoconiosis por metal duro	1	0	1
G	Neumoconiosis por polvo de aluminio	1	0	1
H	Sustancias de alto peso molecular	11	9	20
I	Sustancias de bajo peso molecular.	9	21	30
TOTAL GRUPO 4		37	32	69
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	28	40	68
B	Sustancias de bajo peso molecular por encima de los 10.000 daltons	12	11	23
C	Sustancias fotosensibilizantes exógenas	2	1	3
D	Agentes infecciosos	1	1	2
TOTAL GRUPO 5		43	53	96
6. Enfermedades causadas por agentes carcinógenos				
A	Amianto	1	0	1
TOTAL GRUPO 6		1	0	1
TOTAL GRUPOS ENFERMEDADES PROFESIONALES		689	980	1.669

2. Registro de las Comunicaciones de Sospecha de Enfermedades Profesionales

INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, en su artículo 5 especifica que *“Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, a la entidad gestora, a los efectos previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.*

Desde el año 2012, al Servicio de Salud Laboral llegan comunicaciones de las sospechas de Enfermedad Profesional (en adelante SEP) que detectan los facultativos médicos del Servicio Madrileño de Salud y de los servicios de prevención de riesgos laborales durante su actividad asistencial. Este informe se ha elaborado tras el análisis de los datos registrados.

No se trata de un sistema establecido y regulado en nuestra Comunidad Autónoma, por lo que no contamos, a fecha de hoy, con un registro exhaustivo. Así pues, en este informe presentamos los datos recogidos en nuestro Servicio hasta diciembre de 2016, a la espera de que se implemente un sistema ágil y efectivo de comunicación de estas sospechas.

El Servicio de Salud Laboral (en adelante SSL) recibe notificaciones de:

1. [Organismos públicos:](#)

- Consejería de Sanidad:

- Los facultativos médicos de los Equipos de Atención Primaria (MAP) disponen de unos formularios que son remitidos a las Inspecciones Sanitarias del área donde se ubica el centro de salud.
 - Los facultativos de Atención Especializada, de los que una gran mayoría de los casos registrados proceden de especialistas en Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención Propios de riesgos laborales Hospitalarios (SPPH) y de un Servicio de Prevención (SPMH) Mancomunado Hospitalario del SERMAS, y que comunican las SEP de los profesionales sanitarios a los que hacen la vigilancia de la salud. Ocasionalmente han comunicado otros especialistas.
 - Los facultativos de la Inspección Sanitaria, a veces han comunicado SEP que detectaron durante la realización de la actividad de inspección, y otras lo hicieron tras la recepción de comunicaciones de los MAP del SERMAS anteriormente citados, realizando una labor de asesoramiento y supervisión de las SEP cuando ha sido necesario.
 - El Servicio de Salud Laboral gestiona el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto de la Comunidad de Madrid (RETEA) y ha comunicado aquellos trabajadores que han presentado una patología consecuencia de la exposición laboral al polvo de asbesto.
- Otros organismos:
 - Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social.
 - Servicio de Alerta Rápida de Salud Pública.

2. Organismos privados:

- Los facultativos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales Ajenos que vigilan la salud de otros trabajadores de la Comunidad de Madrid.

3. Representantes legales de los trabajadores.

Otros aspectos a tener en cuenta de las SEP registradas y que es importante resaltar, es que no todas las comunicaciones que se han recibido en el SSL, una

vez revisadas tuvieron la consideración de Enfermedad Profesional. Esto se debe al diferente tipo de notificadores que han participado y a las fuentes de información que tienen cuando realizan la SEP.

Así ocurre que en las que proceden de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales tanto propios como ajenos, las SEP se realizan con el conocimiento de las tareas que realiza el trabajador enfermo y la evaluación de riesgos del puesto, lo que supone que el diagnóstico de sospecha se fundamenta en el trabajo y los riesgos a que está expuesto el trabajador, y la confirmación como EP es altamente probable.

En el caso de las SEP comunicadas desde Equipos de Atención Primaria (MAP) u otras áreas médicas, no tienen esta información propia de los Servicios de Prevención, y aunque la Inspección Sanitaria ha supervisado muchos casos, les puede faltar la valoración del riesgo laboral lo que dificulta el concluir que sea por exposición ocupacional. En otros casos la consideración de EP no se obtuvo por no considerarse que realmente hubiera existido origen laboral para la aparición de la enfermedad comunicada.

La comunicación de SEP (tal como establece el artículo 5 del RD 1299/2006) tiene que llegar: -a la entidad gestora (INSS) o -a la entidad colaboradora de la Seguridad Social (Mutua y Colaboradoras) que asuma la protección de la contingencia profesional con el objeto de que se valore y determine si la patología es o no profesional. En el caso de los SPP y SPA hasta el momento, un alto porcentaje de ellos remiten directamente las SEP a Mutuas, Colaboradoras o INSS.

Por otro lado, no hay establecido un procedimiento de comunicación en que se informe al SSL de lo concluido con cada caso una vez que INSS, Mutuas colaboradoras de la SS y otras entidades colaboradoras hayan estudiado y valorado los casos concretos que en estos años han sido notificados al Servicio de Salud Laboral (SSL) y que integran este registro. No se puede, por tanto, presentar estos datos en este informe.

EVOLUCIÓN DE LAS SEP REGISTRADAS

Se comienzan a registrar las comunicaciones de sospecha de enfermedades profesionales, recibidas en el Servicio de Salud Laboral (SSL) en el último trimestre del año 2012. El presente trabajo muestra un resumen de lo recibido desde ese momento hasta el año 2016.

Se han notificado 308 SEP a lo largo de estos años. En 2012 solo se recogen 3 comunicaciones (es cuando se inicia el registro, pero no se reciben antes del segundo semestre. En el año 2014 es cuando se comunicaron más SEP (38,3% del total de SEP registradas), tal como muestra el gráfico 8 de la evolución temporal.

Gráfico 8. Evolución temporal de las comunicaciones de Sospechas de Enfermedad Profesional

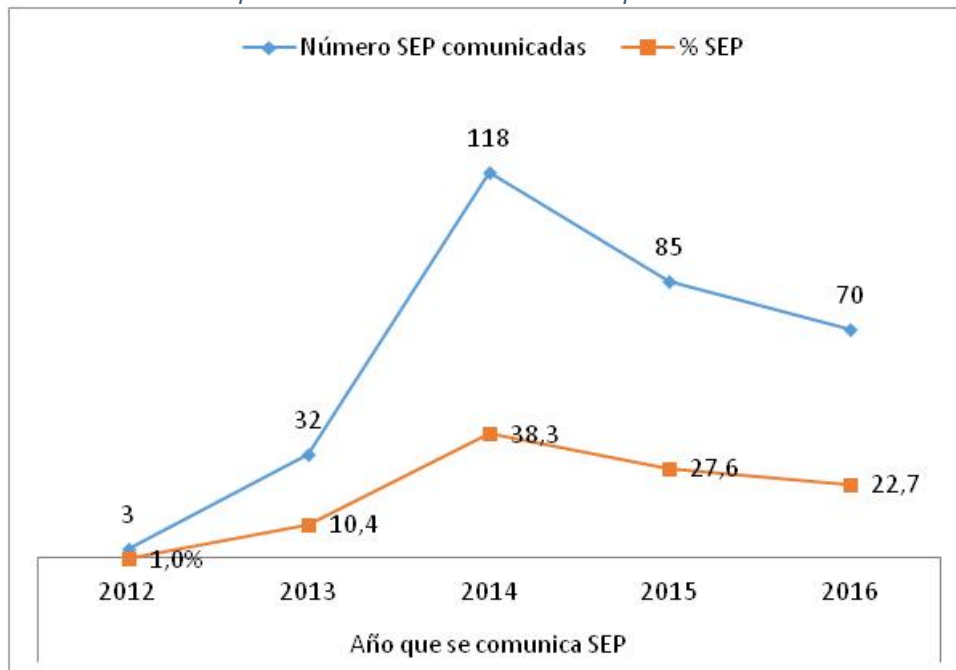
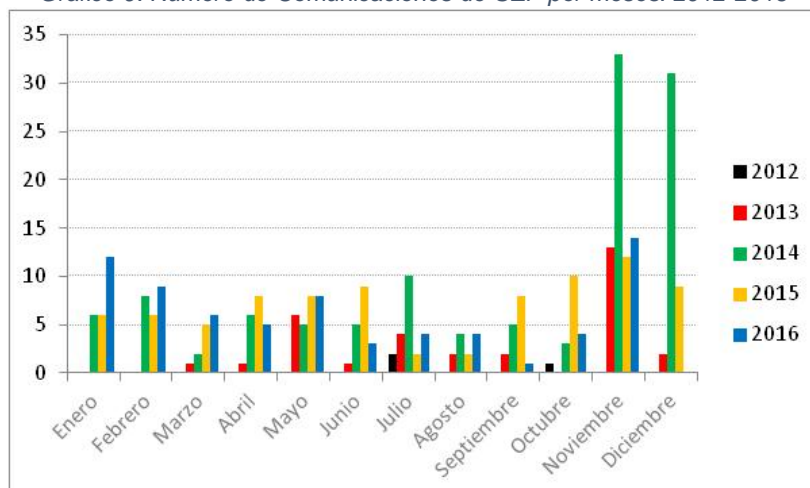


Gráfico 9. Número de Comunicaciones de SEP por meses. 2012-2016

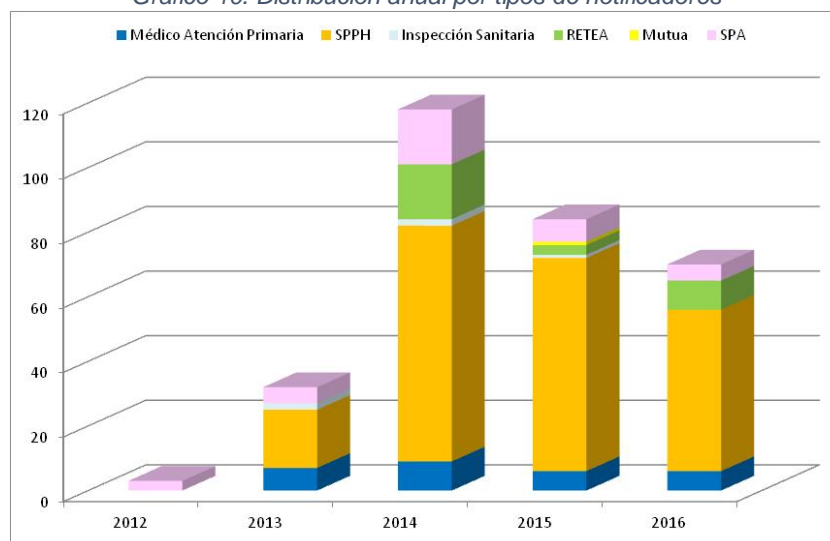


A lo largo de los años, en el mes de noviembre se han notificado más comunicaciones que en el resto de meses. Destacan los meses de noviembre y diciembre de 2014 en que se comunicaron más SEP que en el resto de años, coincidiendo con el único caso contagiado de ébola en España y el seguimiento de las personas que tuvieron contacto con él.

TIPOLOGÍAS DE LOS COMUNICADORES Y DE LOS CENTROS NOTIFICADORES

En este gráfico 10, se representan las notificaciones realizadas por cada tipo de facultativo a lo largo de los años y se observa que el mayor número es realizado por SPP.

Gráfico 10. Distribución anual por tipos de notificadores



Considerando el tipo de notificador, y empezando por los Organismos Públicos de la Comunidad de Madrid (CM), están los Médicos de Atención Primaria (en adelante MAP) que mayoritariamente remitieron el formulario a su Inspección Sanitaria de Área. Comunicaron 28 casos (9%) a lo largo de los años (tabla 17). En 5 ocasiones (1,6%), la propia Inspección Sanitaria, también remitió comunicaciones de SEP de pacientes vistos en su consulta.

Tabla 17. Evolución de las sospechas de EP según el tipo de notificador de 2012 a 2016

Notificador	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Médico Atención Primaria	0	(0,00)	7	(21,88)	9	(7,63)	6	(7,14)	6	(8,57)	28	(9,12)
SPPH(*)	0	(0,00)	18	(56,25)	73	(61,86)	66	(78,57)	50	(71,43)	207	(67,43)
Inspección Sanitaria	0	(0,00)	2	(6,25)	2	(1,69)	1	(1,19)	0	(0,00)	5	(1,63)
RETEA	0	(0,00)	0	(0,00)	17	(14,41)	3	(3,57)	9	(12,86)	29	(9,45)
Mutua	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(1,19)	0	(0,00)	1	(0,33)
SPA(**)	3	(100,00)	5	(15,63)	17	(14,41)	7	(8,33)	5	(7,14)	37	(12,05)
Total	3	(100,00)	32	(100,00)	118	(100,00)	84	(100,00)	70	(100,00)	307	(100,00)

(*) SPPH. Servicios de Prevención Hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud
 SPA. Servicios de Prevención Ajenos

Del Servicio Madrileño de Salud –SERMAS- 207 (67,43 %) SEP fueron de Servicios de Prevención Propios Hospitalarios (SPPH) y son los que más SEP han comunicado de todos los notificadores a lo largo de estos años. El año que más SEP notificaron fue el 2014, seguido del 2015. Entre esas 207 notificaciones, 1 caso fue comunicado por el SP Mancomunado Hospitalario del SERMAS y 3 casos a través de las unidades de recursos humanos respectivas. Estas comunicaciones fueron remitidas a la Unidad de gestión y control de la Incapacidad Temporal del personal de la Comunidad de Madrid (Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación) que se encarga de revisar los procesos de Incapacidad Temporal que sufren los empleados públicos de la Comunidad de Madrid. Otra particularidad de las notificaciones estudiadas es que no se recibieron comunicaciones de todos los

Hospitales públicos madrileños, solo de aquellos en los que la cobertura de la contingencia profesional es asumida directamente por el INSS.

Por tanto no se han recibido comunicaciones de SEP de otro gran grupo de SPPH de la Comunidad de Madrid, en que la contingencia profesional se estudia y tramita por Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (MuCoSS).

También, se notificaron por otros Médicos de trabajo de Servicios de Prevención Ajenos (SPA) 37 SEP (12%) en estos años, también el año que más comunicaron fue el 2014.

Del Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto de la Comunidad de Madrid (RETEA), en estos años se han comunicado 29 SEP (9,4%) de trabajadores que han trabajado expuestos al amianto, los años con mayor número de notificaciones fueron 2014 y 2016.

Una Mutua Colaboradora de la Seguridad Social informó al Servicio de Alerta Rápida de Salud Pública de la CM de más de un caso de una SEP.

Considerando la vía de entrada de las SEP al SSL, destaca la remisión desde distintos notificadores a través de la Inspección Sanitaria (tabla 18).

Tabla 18. Distribución anual de las Sospechas comunicadas desde Inspección a Salud Laboral. 2013-2016^(*)

Notificador	2013		2014		2015		2016		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Médico Atención Primaria (MAP)	6	(2,60)	5	(2,16)	4	(1,72)	6	(2,60)	21	(9,05)
Servicio Prevención Propio (SPPH)	17	(7,33)	73	(31,48)	64	(27,59)	49	(21,12)	203	(87,50)
Inspección Sanitaria	2	(0,86)	2	(0,86)	1	(0,43)	0	(0,00)	5	(2,16)
Otro - RRHH	1	(0,00)	0	(0,00)	1	(0,43)	1	(0,43)	3	(0,86)
SP Mancomunado Hospitalario	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(0,43)	0	(0,00)	1	(0,43)
Total	26	(10,78)	80	(34,48)	70	(30,17)	56	(24,14)	233	(100,00)

(*) Se ha excluido 2012 al no haber ningún caso

La Inspección sanitaria ha comunicado a SSL en total 75% de las SEP. En la tabla se muestran las 21 comunicaciones de Médicos de Atención Primaria que recibió la Inspección Sanitaria Médica y que a su vez remitió al SSL. La propia Inspección, en el desarrollo de su actividad, en 5 ocasiones (2,16%) relacionó la patología de un asegurado con posible origen laboral remitiéndolas directamente al SSL. Por otra parte, la Unidad de gestión y control de la Incapacidad Temporal del personal de la Comunidad de Madrid (también perteneciente a la Inspección Médica), remitió 203 comunicaciones procedentes de Médicos de Trabajo de Servicios de Prevención Propios, 1 de SP Mancomunado Hospitalario, y 3 del Departamento de Recursos Humanos de un hospital.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Características demográficas y laborales de los trabajadores enfermos

En la tabla 19 se muestra un resumen de la distribución de las características demográficas, se observa que casi las 2/3 partes del total de notificaciones de sospechas son de mujeres trabajadoras (65%). La Nacionalidad Española es la más frecuente 90% en ambos sexos, le siguen en frecuencia mujeres nacidas en el Continente Suramericano.

Tabla 19. Características demográficas de las trabajadoras y los trabajadores con SEP

Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
	108	(35,10)	200	(64,90)	308	(100,0)
Nacionalidad	Hombre		Mujer		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
España	102	(33,10)	174	(56,50)	276	(89,60)
Resto Europa	2	(0,60)	6	(1,95)	8	(2,60)
Sur América	2	(0,70)	16	(5,30)	18	(5,80)
Centro América	1	(0,30)	2	(0,70)	3	(1,00)
África	1	(0,30)	2	(0,70)	3	(1,00)
Edad	Media: 48 años		Mínimo: 24 años			
	Desviación Std: 14 años		Máximo 91 años			

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Menores de 24 años	0	(0,0)	2	(0,6)	2	(0,6)
25 a 29 años	7	(2,3)	19	(6,2)	26	(8,4)
30 a 34 años	5	(1,6)	25	(8,1)	30	(9,7)
35 a 39 años	9	(2,9)	38	(12,3)	47	(15,3)
40 a 44 años	11	(3,6)	22	(7,1)	33	(10,7)
45 a 49 años	15	(4,9)	12	(3,9)	27	(8,8)
50 a 54 años	9	(2,9)	36	(11,7)	45	(14,6)
55 a 59 años	20	(6,5)	22	(7,1)	42	(13,6)
60 a 64 años	8	(2,6)	20	(6,5)	28	(9,1)
65 o más años	24	(7,8)	4	(1,3)	28	(9,1)

En este estudio, al haber más comunicaciones de SEP en mujeres, son las que predominan en todos los grupos etarios excepto en los grupos de 45 a 49 años, y especialmente en el de 65 ó más años (24 trabajadores frente a 4 trabajadoras), en que la proporción de hombres es mayor que de mujeres (gráfico 11), (la mayoría de los casos de este grupo de edad avanzada son del RETEA).

Gráfico 11. Distribución porcentual de los grupos etarios por sexo de las SEP.



Características laborales de los trabajadores con SEP

En 250 trabajadores, se conocía el tiempo en el puesto de trabajo que ocupaban los afectados en el momento de la comunicación. La duración media en el puesto fue de 118 meses (Desviación Std: 127 meses) lo que indica una gran dispersión en la antigüedad de los afectados. El rango de antigüedad fue desde 1 mes hasta 540 meses.

Más de la mitad de las SEP comunicadas, afectaron a Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza (52,7%), seguidos por Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas (12,4%), Trabajadores no cualificados en servicios, excepto transportes (6,2%) y Empleados de oficina (5,8%) que representan casi otra cuarta parte de las ocupaciones implicadas y ya el resto se presentan en menores porcentajes.

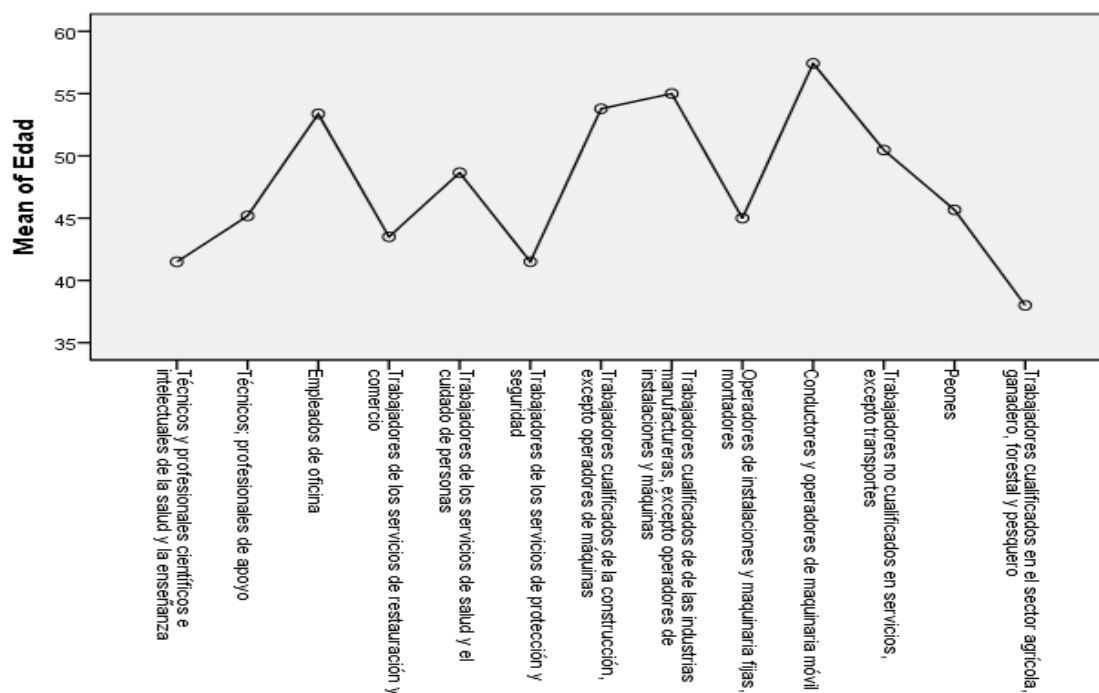
Tabla 20. Distribución de frecuencias de las profesiones CNO por sexo

Grupos CNO11	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	27 (9,8)	118 (42,9)	145 (52,7)
Técnicos; profesionales de apoyo	5 (1,8)	6 (2,2)	11 (4,0)
Empleados de oficina	0 (0,0)	16 (5,8)	16 (5,8)
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	1 (0,4)	7 (2,5)	8 (2,9)
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	3 (1,1)	31 (11,3)	34 (12,4)
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,7)
Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	14 (5,1)	0 (0,0)	14 (5,1)
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras(#)	10 (3,6)	1 (0,4)	11 (4,0)
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	5 (1,8)	1 (0,4)	6 (2,2)
Conductores y operadores de maquinaria móvil	7 (2,5)	0 (0,0)	7 (2,5)
Trabajadores no cualificados en servicios, excepto transportes	5 (1,8)	12 (4,4)	17 (6,2)
Peones	2 (0,7)	1 (0,4)	3 (1,1)
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)
Total	81 (29,5)	194 (70,5)	275 (100,0)

(*) En 33 casos es desconocida la ocupación

(#) Excepto operadores de instalaciones y máquinas

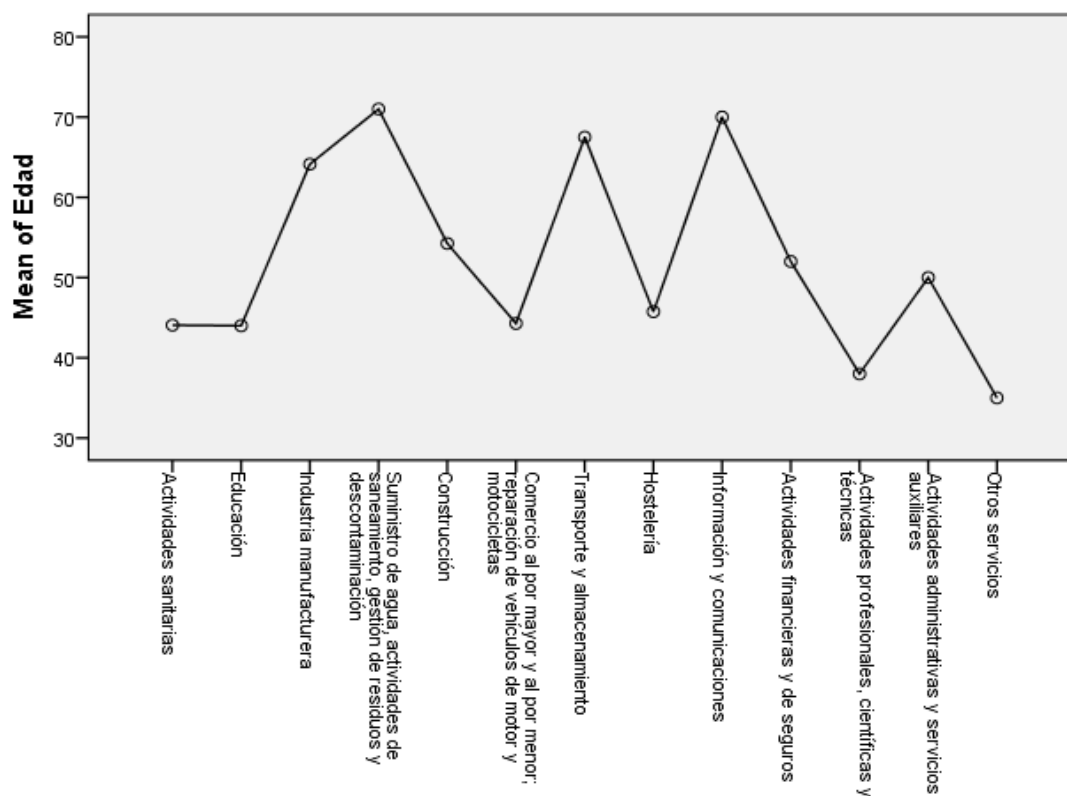
Gráfico 12. Edad media de la población afectada según ocupaciones.



Los trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero, y los técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza, presentaron las edades medias menores (gráfico 12). El grupo de los conductores y operadores de maquinaria móvil, fue el que tuvo la edad media mayor.

Al comparar las edades medias por sector de actividad, se encuentra que aparecen las edades medias más altas en las actividades relacionadas con el Suministro de agua, saneamiento, gestión de residuos y descontaminación, las de la Información y comunicaciones, las del Transporte y almacenamiento, y las de la Industria manufacturera (gráfico 13). En el sector de Otros servicios y en las Actividades profesionales, científicas y técnicas están los de menor edad media.

Gráfico 13. Edad media de la población afectada según sección de actividad



Casi un 60% de las mujeres trabajadoras afectadas pertenecían a la sección de Actividades sanitarias, en menor frecuencia le siguieron las que trabajaban en secciones de Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas (2,1%) y en Actividades administrativas y servicios auxiliares (1,7%). Aunque por orden de frecuencia la mayor proporción del total de afectados

en hombres fue el de las Actividades sanitarias (13,4%), es mucho menos frecuente que las mujeres; por el contrario, hay que destacar que en el sector de la Industria manufacturera (12,7%), seguido por el sector de la Construcción (4,1%) se contabilizan más hombres afectados que mujeres.

Tabla 21. Distribución de frecuencias según sección de actividad económica por sexo

Grupos CNAE09	Hombres		Mujeres		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Actividades sanitarias	39	(13,4)	172	(58,9)	211	(72,3)
Educación	0	(0,0)	2	(0,7)	2	(0,7)
Industria manufacturera	37	(12,7)	2	(0,7)	39	(13,4)
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	0	(0,0)	1	(0,3)	1	(0,3)
Construcción	12	(4,1)	0	(0,0)	12	(4,1)
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	1	(0,3)	6	(2,1)	7	(2,4)
Transporte y almacenamiento	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(0,7)
Hostelería	3	(1,0)	1	(0,3)	4	(1,4)
Información y comunicaciones	4	(1,4)	0	(0,0)	4	(1,4)
Actividades financieras y de seguros	0	(0,0)	1	(0,3)	1	(0,3)
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0	(0,0)	1	(0,3)	1	(0,3)
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2	(0,7)	5	(1,7)	7	(2,4)
Otros servicios	0	(0,0)	1	(0,3)	1	(0,3)
Total	100	(34,2)	192	(65,8)	292	(100,0)

(*) En 16 casos se desconoce la sección de actividad

Diagnósticos de las Sospechas de Enfermedad Profesional comunicadas.

Las enfermedades de probable origen profesional comunicadas durante los años 2013 a 2016 se han clasificado según la CIE-10. Cuando los casos de una determinada patología registrada son pocos y los diagnósticos son una variación de una denominación común, han sido agrupadas por una nomenclatura única que las engloba. Su distribución se muestra en la tabla 22.

Para empezar, las enfermedades comunicadas con más frecuencia han sido infecciosas: las Conjuntivitis han representado la mitad de todas las comunicadas (en este diagnóstico están incluidas entre otras: “agudas, víricas, de probable origen viral, otras conjuntivitis”).

En todos los procesos infecciosos se encuentran más mujeres trabajadoras afectadas que hombres: además de las Conjuntivitis -124 mujeres (M) frente a 30 hombres (H)-, se observa también en las Tuberculosis -6M/1H-, Enfermedad por Virus Ébola (EVE) -9M/2H- y Otras infecciones -15M/4H-.

Los 19 procesos que se incluyen dentro del grupo "Otras infecciones", son los siguientes: 3 Tosferina, 2 Escabiosis, 2 Virus Sincitial Respiratorio, 2 infecciones por *Streptococcus pneumoniae*, 2 Influenza Epidémica, 1 Hepatitis Aguda tipo B, 1 Varicela, 1 Neumonía, 1 Faringitis Vesicular, 1 infección por Adenovirus, 1 celulitis, 1 infección estafilocócica y 1 Legionella.

Los casos comunicados por EVE, fueron la mayoría SEP en período de observación, ya que fueron todos contactos con un caso y que no resultaron estar infectados tras el periodo de observación, excepto 1 que fue una EP.

Como en la patología infecciosa, de los 30 casos de patología osteomuscular registrados, la sufrieron más mujeres trabajadoras que hombres: 26M/4H.

En Neumoconiosis y afectación pleural se incluyen los siguientes diagnósticos: 13 Neumoconiosis (Nc) debida al asbesto y a otras fibras minerales, 6 Nc debidas a sílice, 3 Nc no especificado. Dentro de las Afecciones de la pleura se han notificado 6. A diferencia de lo encontrado en patología infecciosa y osteomuscular se observa un mayor número de hombres afectados de procesos neumoconióticos y con afectación pleural: 25H frente a 3M.

Lo mismo ocurre con las Hipoacusias (19H/0M). Asimismo los procesos cancerosos comunicados solo se han producido en hombres, tanto Mesoteliomas como Otros tumores. Se incluyen en este grupo de Otros tipos de cáncer: 5 Tumores malignos de bronquios y pulmón, 1 Tumor maligno de laringe y 1 Cáncer de vejiga. Excepto el de vejiga fueron todos trabajadores con exposición al polvo de asbesto.

Tabla 22. Enfermedades comunicadas agrupadas según el diagnóstico clínico

Enfermedad	Hombres N (%)		Mujeres N (%)		Total N (%)	
Conjuntivitis	30	(9,7)	124	(40,3)	154	(50)
Neumoconiosis y Afecç Pleural	25	(8,1)	3	(1,0)	28	(9,1)
Asma	2	(0,6)	5	(1,6)	7	(2,3)
Hipoacusia	19	(6,2)	0	(0,0)	19	(6,2)
Alteración Cuerdas Vocales	0	(0,0)	2	(0,6)	2	(0,6)
Dermatitis Alérgica	1	(0,3)	1	(0,3)	2	(0,6)
Dermatitis Contacto	2	(0,6)	4	(1,3)	6	(1,9)
Síndrome Túnel Carpiano	1	(0,3)	7	(2,3)	8	(2,6)
Patología Codo	1	(0,3)	5	(1,6)	6	(1,9)
Tenosinovitis Quervain	1	(0,3)	6	(1,9)	7	(2,3)
Lesiones de Mano-Muñeca	1	(0,3)	1	(0,3)	2	(0,6)
Sinovitis y Tenosinovitis	0	(0,0)	4	(1,3)	4	(1,3)
Lesiones Hombro y Miembro Superior	0	(0,0)	3	(1,0)	3	(1,0)
Mesotelioma	6	(1,9)	0	(0,0)	6	(1,9)
Otros Tumores	7	(2,3)	0	(0,0)	7	(2,3)
Sdme. de Disfunción Reactiva de Vías Respiratorias Superiores	0	(0,0)	2	(0,6)	2	(0,6)
Tuberculosis	1	(0,3)	6	(1,9)	7	(2,3)
Enfermedad Virus Ébola	2	(0,6)	9	(2,9)	11	(3,6)
Otras infecciones	4	(1,3)	15	(4,9)	19	(6,2)
Otros procesos	3	(1,0)	2	(0,6)	5	(1,6)
Afectación vascular	1	(0,3)	0	(0,0)	1	(0,3)
Plomo	1	(0,3)	1	(0,3)	2	(0,6)
Total (%)	108	(35,1)	200	(64,9)	308	(100)

Las Enfermedades Profesionales según el RD 1299/2006

Las SEP comunicadas durante los años 2012 a 2016, se han codificado según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006. De las 308, 8 casos no se pudieron considerar EP tras su valoración y han sido excluidas. La distribución total por cada grupo de EP y la de por sexos son mostradas en la tabla 23.

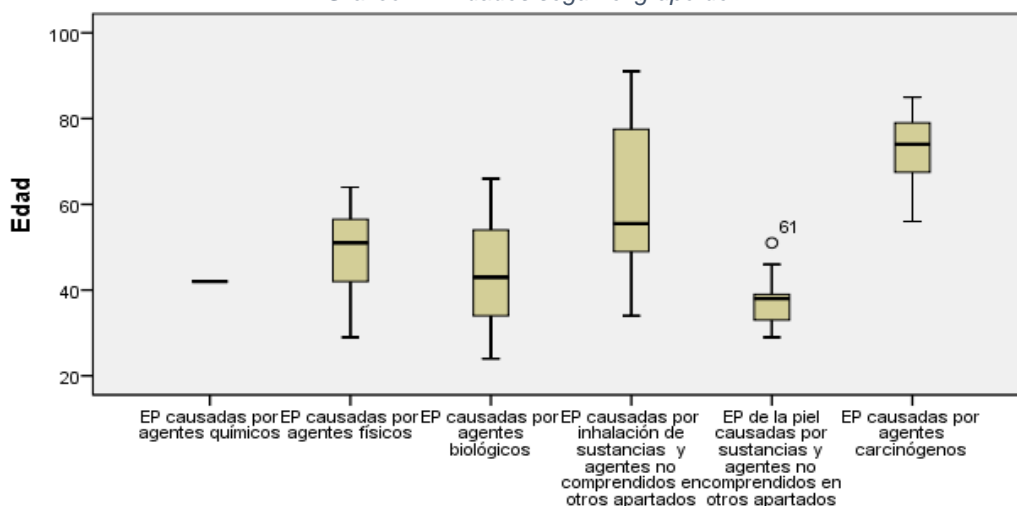
El mayor número de las SEP comunicadas se incluyen en el grupo 3 de “EP causadas por agentes biológicos” (62%), el segundo lugar lo ocupa el grupo 2 de “EP causadas por agentes físicos” (17,3%). Destaca el alto número de EP “causadas por agentes carcinógenos” (Grupo 6).

Tabla 23. Códigos de EP comunicadas según el RD 1299/2006

	Hombres N(%)	Mujeres N (%)	Total N(%)
EP causadas por agentes químicos	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)
EP causadas por agentes físicos	24 (8,0)	28 (9,3)	52 (17,3)
EP causadas por agentes biológicos	37 (12,3)	149 (49,7)	186 (62,0)
EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	28 (9,3)	12 (4,0)	40 (13,3)
EP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	2 (0,7)	7 (2,3)	9 (3,0)
EP causadas por agentes carcinógenos	12 (4,0)	0 (0,0)	12 (4,0)
Total	104 (34,7)	196 (65,3)	300 (100,0)

En el gráfico 14 se observan diferencias en la distribución de edades según los grupos de EP.

Gráfico 14. Edades según el grupo de EP.



ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS EP POR ALGUNAS SECCIONES DE ACTIVIDAD

Actividades sanitarias y de servicios sociales

Dada la amplia participación de los SPRL hospitalarios, esta sección ha sido la que más SEP ha notificado, como se ha visto previamente (tabla 21). Al analizar las 211 SEP de esta sección por las ocupaciones de CNO11, se observa que:

- Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza son 142 (67,3%), e incluyen 73 (34,6%) profesionales de enfermería (incluidas matronas), 67 (31,8%) profesionales de medicina y de odontología y estomatología, 1 (0,5%) fisioterapeuta y no incluidos en otros epígrafes anteriores 2 (1%).
- Técnicos y profesionales de apoyo son 10 (4,7%): se incluyen 5 (2,4%) técnicos de laboratorio, 4 (1,8%) de diagnóstico por imagen y 1 (0,5%) técnico protésico dental.
- Empleados de oficina: 13 (6,2%).
- Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas hubo 34 (16,1%) técnicos auxiliares de enfermería.
- Trabajadores no cualificados en servicios, excepto transportes: incluye a 11 (5,2%) celadores (ordenanzas) y 1 (0,5%) personal de limpieza.

Casi 59% de EP por agentes biológicos son en Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza.

En las tablas 24 y 25 se muestran las patologías comunicadas (por grupo RD 1299/2006 y por diagnóstico) en actividades sanitarias y de servicios sociales, según grupos de ocupación.

Tabla 24. EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios sociales.

	EP causadas por agentes físicos N (%)	EP causadas por agentes biológicos N (%)	EP causadas por inhalación (*) N (%)	EP de la piel causadas por (*) N (%)	Total N (%)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	7 (3,3)	124 (58,8)	5 (2,4)	6 (2,8)	142 (67,3)
Técnicos; profesionales de apoyo	0 (0,0)	9 (4,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	10 (4,7)
Empleados de oficina	2 (0,9)	11 (5,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (6,2)
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	0 (0,0)	31 (14,7)	2 (0,9)	1 (0,5)	34 (16,1)
Trabajadores no cualificados en servicios, excepto transportes	0 (0,0)	11 (5,2)	0 (0,0)	1 (0,5)	12 (5,7)
Total	9 (4,3)	186 (88,2)	8 (3,8)	8 (3,8)	211 (100,0)

(*)Sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados

Tabla 25. Distribución de patologías diagnosticadas en las actividades sanitarias y de servicios sociales, según grupos de ocupación.

		Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza		Técnicos; profesionales de apoyo		Empleados de oficina		Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas		Trabajadores no cualificados en servicios, excepto transportes		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Infecciosas	Conjuntivitis	103	(48,8)	6	(2,8)	11	(5,2)	23	(10,9)	11	(5,2)	154	(73,0)
	Tuberculosis	6	(2,8)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)	0	(0,0)	7	(3,3)
	Enfermedad Virus Ébola	5	(2,4)	1	(0,5)	0	(0,0)	5	(2,4)	0	(0,0)	11	(5,2)
	Otras infecciones	13	(6,2)	2	(0,9)	0	(0,0)	3	(1,4)	0	(0,0)	18	(8,5)
Osteomusculares	Síndrome Túnel Carpiano	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
	Patología Codo	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
	Sinovitis y Tenosinovitis	3	(1,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(1,4)
	Tenosinovitis Quervain	2	(0,9)	0	(0,0)	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(1,4)
	Lesiones Hombro y Miembro Superior	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
Respiratorio	Neumoconiosis y Afecc Pleural	0	(0,0)	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
	Asma	3	(1,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(1,4)
	Sd de Disfunción Reactiva de Vías Respiratorias Superiores	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(0,9)	0	(0,0)	2	(0,9)
Dermat	Dermatitis Alérgica	1	(0,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
	Dermatitis Contacto	4	(1,9)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)	5	(2,4)
Total		142	(67,3)	10	(4,7)	13	(6,2)	34	(16,1)	12	(5,7)	211	(100)

Los que más Conjuntivitis (49%) presentaron fueron Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza, así como Tuberculosis y el grupo de Otras infecciones. En este grupo de ocupación hubo el mismo número de afectados por la enfermedad por Virus Ébola (5 -2,4%-) que en los Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas que incluye a los técnicos auxiliares de enfermería.

Los otros grupos de patologías que se han comunicado con mayor frecuencia en Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza son: Sinovitis y Tenosinovitis, Asma y Dermatitis de Contacto.

Los 2 casos de Síndrome de Disfunción Reactiva de Vías Respiratorias Superiores se produjeron en técnicos auxiliares de enfermería, en relación con la limpieza de broncoscopio con ácido peracético.

Industria manufacturera

Tabla 26. Diagnósticos principales notificados en actividades Industria manufacturera.

	N	%
<i>Nc^(*) debida al asbesto y a otras fibras minerales</i>	9	23,1
<i>Nc debidas a polvo de sílice</i>	4	10,2
<i>Nc debida a otros polvos inorgánicos</i>	1	2,6
<i>Otras afecciones de la pleura (no mesoteliomas)</i>	3	7,7
Total de Neumoconiosis y afecciones de pleura	17	43,6
Asma	1	2,6
Hipoacusia	10	25,6
Dermatitis Alérgica	1	2,6
Síndrome Túnel Carpiano	1	2,6
Mesotelioma	5	12,8
Tumor maligno de bronquios o pulmón	2	5,1
Otros procesos	2	5,1
Total	39	100,0

Nc^(): Neumoconiosis*

Del total de SEP con diagnóstico de Neumoconiosis y afectación de pleura -28 casos-(tabla 22), el 61% se registraron en la industria manufacturera. Como se muestra en la tabla 26, estas patologías son las más frecuentes en esta actividad, habiéndose comunicado todas ellas desde el RETEA.

Las hipoacusias por exposición laboral al ruido han sido también frecuentes en la actividad de industria manufacturera (el 25,6% del total de SEP de esta actividad), que fueron comunicadas en su mayoría por SPA.

Existen otras secciones de actividad en las que se han producido patologías sospechosas de tener origen profesional, con pocos registros. A continuación se hace un breve descriptivo de algunas de ellas.

Construcción

Tabla 27. Diagnósticos principales notificados en la Construcción.

	N	%
Neumoconiosis y Afecç Pleural	4	33,3
Hipoacusia	4	33,3
Mesotelioma	1	8,3
Otros Tumores	1	8,3
Afectación vascular	1	8,3
Plomo	1	8,3
Total	12	100,0

Las Neumoconiosis y las hipoacusias notificadas de la Construcción procedieron de SPA. El mesotelioma fue notificado de RETEA.

Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas

Tabla 28. Diagnósticos principales notificados en Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas.

	N	%
Hipoacusia	1	14,3
Síndrome Túnel Carpiano	1	14,3
Patología Codo	1	14,3
Tenosinovitis Quervain	1	14,3
Lesiones de Mano-Muñeca	1	14,3
Total Osteomusculares	4	57,2
Asma	1	14,3
Otros procesos	1	14,3
Total	7	100,0

En el sector de comercio (tabla 28) se ve que sobre todo hay SEP del grupo 2 del listado de EP: por patología osteomuscular en 4 ocasiones y 1 hipoacusia. Fueron comunicadas por facultativos de Atención Primaria 4 de las SEP.

Actividades administrativas y servicios auxiliares

Tabla 29. Diagnósticos principales notificados en Actividades administrativas y servicios auxiliares.

	N	%
Hipoacusia	1	14,3
Patología del aparato fonador	1	14,3
Síndrome Túnel Carpiano	2	28,6
Patología Codo	1	14,3
Sinovitis y Tenosinovitis	1	14,3
Dermatitis Contacto	1	14,3
Total	7	100,0

Cinco de las siete notificaciones de SEP (71%) fueron realizadas por facultativos de SPA, las otras 2 las comunicaron MAP. Al revisar las ocupaciones de los afectados, los 4 procesos osteomusculares (S. Túnel del Carpo, patología del codo y sinovitis y tenosivitis) se produjeron en personal de limpieza, al igual que la hipoacusia se produjo en personal de limpieza (por el uso de maquinaria en el interior de un garaje). La patología del aparato fonador fue en una teleoperadora y la dermatitis de contacto fue en un vigilante de seguridad.

CONSIDERACIONES FINALES

Este informe ofrece una visión parcial de las enfermedades que pueden ser de origen profesional y han sido diagnosticadas por los facultativos. Esto es debido, tal como se exponía en la introducción, a que en la Comunidad de Madrid no existe un sistema de comunicación protocolizado y regulado. La Dirección General de Salud Pública está interesada en el desarrollo de este sistema, y en esa dirección se está encaminando la actividad del Servicio de Salud Laboral.

El registro de las comunicaciones se mantiene, a la espera de unas mejores herramientas informáticas que hagan más ágil el proceso y que, con el tiempo, permitan acceso al sistema de otros potenciales notificadores (que hasta el momento no han participado), y que se informen todos los posibles casos detectados.

AGRADECIMIENTOS

Este informe y el sistema de información que lo sustenta no hubieran sido posibles sin el esfuerzo y el interés de todos los profesionales que han notificado. A todos ellos hay que agradecerse, y nuestro deseo es que vean el fruto de estas comunicaciones de la enfermedad profesional: que sirvan para que las enfermedades profesionales sean evitadas, gracias a las medidas de prevención desarrolladas por el conocimiento de las mismas.

**ACCIDENTES DE TRABAJO
OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD
DE MADRID. AÑO 2015**

INTRODUCCIÓN

La definición de Accidente de Trabajo queda establecida en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (Artículo 156 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre), como se expresa a continuación.

Accidente de Trabajo: "Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo". Nuestra normativa amplía la calificación de Accidente de Trabajo a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes *in itinere*)³; los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales; los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa; los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo; las enfermedades, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; así como las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes.

Aunque inicialmente este derecho a la prestación se ceñía al trabajador asalariado (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

³ Los accidentes *in itinere* no forman parte de la cobertura de los trabajadores autónomos, excepto para los trabajadores autónomos económicamente dependientes que sí están cubiertos en ese caso. (Ley 53/2002, Real Decreto 1273/2003, Ley 20/2007 (Estatuto del Trabajo Autónomo) y Ley 27/2011).

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 depende económicamente por percibir de ella, al menos, el 75 por ciento de sus ingresos. Los trabajadores autónomos económicamente dependientes incorporan 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 RD 1596/2011 de 4 de noviembre, a partir del año 2012 se extendió también la acción protectora por contingencias profesionales a las empleadas/os del hogar, incluyendo por tanto, los accidentes de trabajo.

Objetivo

Los siguientes análisis pretenden abordar, desde un enfoque epidemiológico, los accidentes de trabajo con baja –AT- sufridos en el año 2015 por la población trabajadora afiliada en la Comunidad de Madrid, con objeto de conocer 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.

El primero de ellos mostrará los datos recogidos sobre todos los Accidentes de trabajo con baja producidos en nuestra Comunidad Autónoma, considerando las diferentes variables personales, laborales y del propio accidente, con el fin de presentar una “fotografía” de lo ocurrido en Madrid en el año 2015.

El segundo está dedicado específicamente al análisis de los AT producidos por sobre esfuerzos. Se trata de un tipo de accidentes con gran peso en el total de los registrados, superando un tercio del total de los AT, tanto en hombres como mujeres.

Material y método

Parte de Accidente de Trabajo y sistema Delt@

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 de la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2015, anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social previa petición formal.

El parte de accidente de trabajo con baja se debe cumplimentar obligatoriamente en aquellos accidentes de trabajo o recaídas, sufridos por trabajadores afiliados a la Seguridad Social con las contingencias profesionales cubiertas, que conlleven la ausencia del lugar de trabajo del trabajador accidentado de al menos un día, salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente, o se haya producido el fallecimiento de la víctima.

La responsabilidad de la cumplimentación del parte de accidente recae en el empresario con trabajadores por cuenta ajena. Los trabajadores por cuenta propia que tengan cubierta la contingencia por accidentes de trabajo deberán cumplimentar el parte de accidente en los accidentes sufridos por ellos mismos. La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoriamente e íntegramente a través de la aplicación Delt@.

Los datos suministrados para este estudio por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social son precisamente los registros de esta aplicación Delt@, y contienen diferentes variables relativas a la persona accidentada (sexo, edad, nacionalidad), a aspectos laborales (tipo de contrato, antigüedad, ocupación, régimen de afiliación), a la empresa contratante (actividad, organización preventiva, nº de trabajadores, etc) y al accidente en sí (tipo, lugar, momento, agente, desviación, día de la semana, fecha, hora, diagnóstico, gravedad...).

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 2015 en la Comunidad de Madrid, de 2.483.805 personas. De ellas, 79.549 eran autónomos (53.392 hombres y 26.157 mujeres), manteniéndose el número y porcentaje en relación al total de afiliación, en unas cifras similares a las del año anterior.

Se debe tener en cuenta que, a partir de Enero 2014, se produjeron cambios en la Estadística de Accidentes de Trabajo de ámbito estatal, que excluyó de la población de referencia a los afiliados a la Seguridad Social del Sistema Especial de Trabajadores Agrarios en situación de inactividad (identificados en la TGSS con el código de Régimen 0161), debido a que no cotizan a la Seguridad Social por contingencias profesionales al no estar expuestos al riesgo, y a los funcionarios afiliados al Régimen General de la Seguridad Social afectados por el Real Decreto Ley 13/2010, de 3 de diciembre (funcionarios con ingreso en la administración posterior a 1 de enero de 2011, identificados en la TGSS con los tipos de relación laboral 937 o 938), debido a que la gestión de las contingencias profesionales de este colectivo se lleva a cabo a través de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

Puesto que la TGSS facilitó, para poder comparar índices de los años 2012 y 2013 con los posteriores, los datos de afiliación de los dichos años incorporando los nuevos criterios, son éstos los datos utilizados para el análisis de la evolución temporal. Así, el punto crítico está en el año 2012 (donde se produce el cambio de criterio en los denominadores), y por tanto, la interpretación de los índices de incidencia expuestos deberá hacerse teniendo en cuenta esta anotación. (En todo caso, es de señalar que, en el año 2012, considerando los criterios antiguos y los nuevos, se observa una diferencia en los datos de solo un 0,3%).

En los gráficos 8 a 10, se observa que en el año 2015 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 15. Secciones de actividad que ocupan al 85% de la población afiliada con contingencia profesional cubierta en la Comunidad de Madrid. Año 2015.

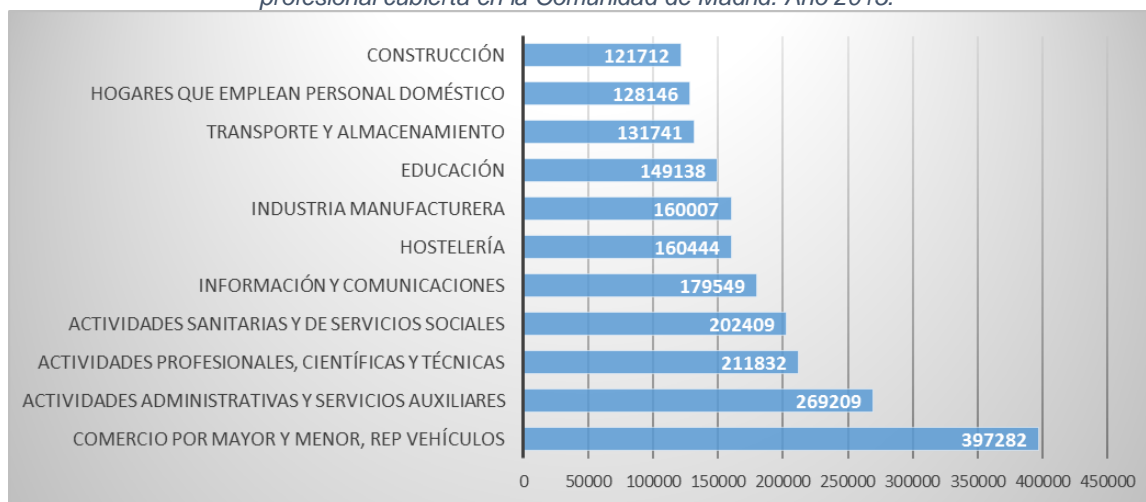


Gráfico 16. Afiliados por ramas (85% del total).



Gráfico 17. Afiliadas por ramas (85% del total).



Método

Se trata de sendos estudios descriptivos de los accidentes de trabajo con baja durante el año 2015 sufridos por trabajadores afiliados en la Comunidad de Madrid, (en el segundo se consideran solo aquellos AT producidos por sobre esfuerzos).

En el primero de ellos, se presenta además un apartado específico sobre AT en trabajadores autónomos, con una pequeña sección comparativa de lo observado en 2015 frente a años anteriores.

Se estudia estos AT, teniendo en cuenta diferentes variables que pudieran condicionar el tipo, gravedad y frecuencia de los accidentes (sector y sección de

actividad, ocupación, régimen de afiliación, etc.). Se muestra la evolución temporal de los datos, comparando lo observado con años anteriores.

Algunas variables fueron recodificadas (ocupación, actividad económica, zona del cuerpo afectada, mecanismo de producción, etc.), con el fin de agrupar casos y facilitar la comparación de variables y la posible asociación entre las mismas.

Se busca asociación entre variables cualitativas mediante la X^2 de Pearson, para la obtención de índices de incidencia se consideran las y los afiliados en cada una de las actividades y regímenes de afiliación, y para comparar las variables cuantitativas se utiliza la t de Student, el método ANOVA (análisis de varianza), o el test de Kruskal-Wallis (si se da diferencia de varianzas). Se considera como significativa una $p < 0,05$.

Ambos estudios se han llevado a cabo de forma desagregada para mujeres y hombres, con el fin de cumplir lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2007 *para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, que modifica, entre otras, la Ley General de Sanidad, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la Ley de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, y que, en su artículo 20, habla específicamente de la obligación de los poderes públicos de, entre otros, *explotar los datos de que disponen de manera que se puedan conocer las diferentes situaciones, condiciones.... de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos de actuación*.

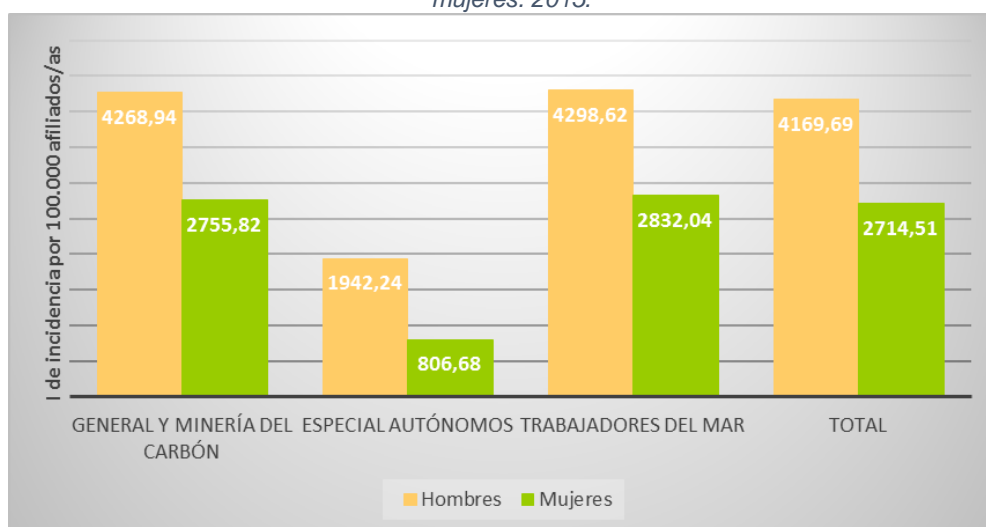
Con esta desagregación se pretende, pues, visualizar cómo se comportan los AT en hombres y mujeres, con el fin de que la información volcada en estos informes sea realmente útil en la toma de decisiones preventivas adecuadas, aspecto imprescindible para garantizar la seguridad de toda la población trabajadora en esta Comunidad Autónoma.

1. Análisis de los accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid. Año 2015.

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

Durante el año 2015 se produjeron 85.624 Accidentes de Trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en la Comunidad de Madrid (52.153 hombres y 33.471 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 18:

Gráfico 18. Incidencia de AT por regímenes de afiliación en la Comunidad de Madrid. Hombres y mujeres. 2015.

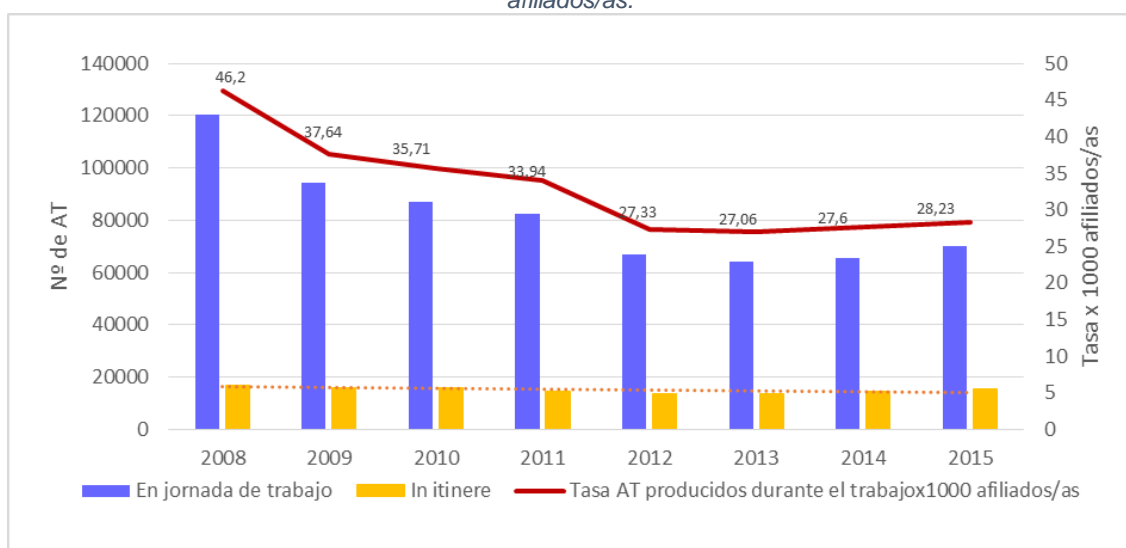


A continuación se muestran algunas de las características de los AT ocurridos en la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio (tabla 30). Del total de los Accidentes de Trabajo con baja, 45.909 hombres y 24.219 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa de incidencia fue de 28,23 AT con baja en jornada de trabajo, por cada 1.000 afiliados/as. Esta cifra es ligeramente superior a la observada el pasado año, iniciándose un leve remonte tras romperse la tendencia descendente registrada hasta el año 2012, como se muestra en el gráfico 19.

Tabla 30. Algunos descriptores de Accidentes de Trabajo –AT- con baja. Año 2015.

		HOMBRES	MUJERES
Nº de accidentes	nº	52.153	33.471
Edad media de accidentados/as (p<0,001)	años	39,99	42,54
Accidentados/as del sector privado	%	85,2	77,9
Contratos temporales	%	29,9	28,7
Accidentados/as de contrata o subcontrata	%	8,6	11,2
Accidentados/as de ETT	%	1,7	1,0
Sin evaluación de riesgos previa al accidente	%	35,7	34,9
Prevención llevada sólo por SPA	%	60,1	39,9
Accidente de tráfico	%	12,0	14,1
Accidentes leves	%	99,3	99,8
Accidentes mortales	nº	75	7
Acc. mortales en contratas y subcontratas	nº	10	0
Hospitalización	nº	1.333	483
Accidentes en centro de trabajo	%	75,3	66,7
Accidentes in itinere	%	12,0	27,6
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	

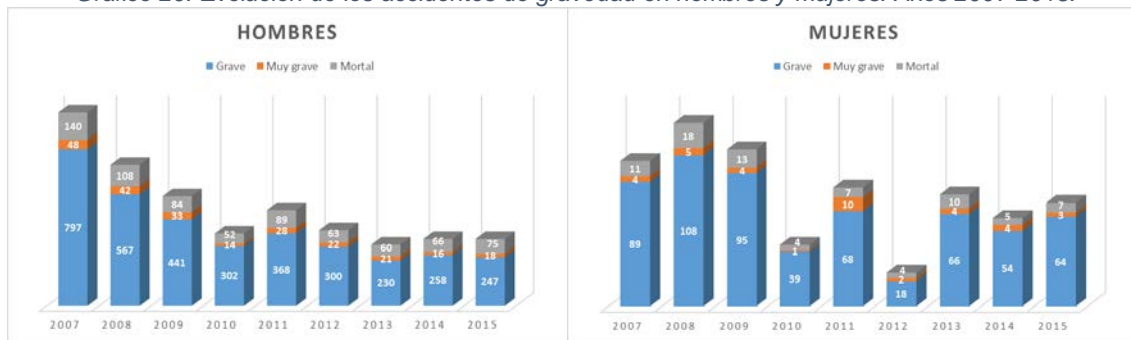
Gráfico 19. Evolución anual de AT según momento del accidente, y tasas de AT durante el trabajo x 1000 afiliados/as.



En este gráfico puede apreciarse cómo la principal variación se produce en los AT producidos en jornada de trabajo, manteniéndose a lo largo de los años muy similares las cifras de AT *in itinere*.

Los accidentes graves, muy graves y mortales han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, aunque no sigue el mismo patrón entre sus compañeras. En el gráfico 20 se muestra la evolución de estos accidentes en hombres y mujeres, observándose entre ambos grupos diferencias en el comportamiento temporal y la frecuencia de los mismos (para la lectura de estos gráficos, téngase en cuenta la diferencia de escalas usadas para cada uno de ellos).

Gráfico 20. Evolución de los accidentes de gravedad en hombres y mujeres. Años 2007-2015.



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 tabla 31. Los datos son distintos en hombres y mujeres salvo en los AT por agresiones, donde la diferencia no es significativa.

Tabla 31. Tasas de Accidentes de trabajo observadas para determinadas causas. Año 2015

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia(*)	Nº AT	Incidencia(*)
AT por accidente de tráfico	6.257	500,25	4.703	381,41
AT por "Infartos y derrames cerebrales"	74	5,92	15	1,22
AT por sobreesfuerzos físicos	20.153	1.611,25	12.333	1000,21
AT por agresiones	756	60,44	437	35,44

(*) por 100.000 afiliados/afiliadas

En todas las variables, salvo AT por agresiones, la dif H-M, con $p < 0,005$

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los siguientes factores (tabla 32 y tabla 33): si el accidente derivó en hospitalización; si el accidente produjo, como lesión, amputación traumática; si fue mortal; los accidentes graves o mortales ocurridos en jornada de trabajo; los días de baja laboral; y los años potenciales de vida productiva perdidos por muerte.

Tabla 32. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2015

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia	Nº AT	Incidencia
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.333	106,57	483	39,17
2º. AT con amputaciones traumáticas	94	7,52	12	0,97
3º. AT que resultaron en muerte	75	6,00	7	0,57
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo ^(#)	260	20,79	44	3,57

(*) por 100.000 afiliados/afiliadas

(#) excluidos in itinere

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

Tabla 33. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2015

	Nº AT	Suma	Media	p
5º. Días de baja laboral ^(*)				
Hombres	50.253	1.412.593	28,11	$p < 0,05$
Mujeres	32.378	985.891	30,45	
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos ^(#)				
Hombres	75	1.748	23,31	$p > 0,05$
Mujeres	7	167	23,86	

(*) Sin considerar los AT mortales

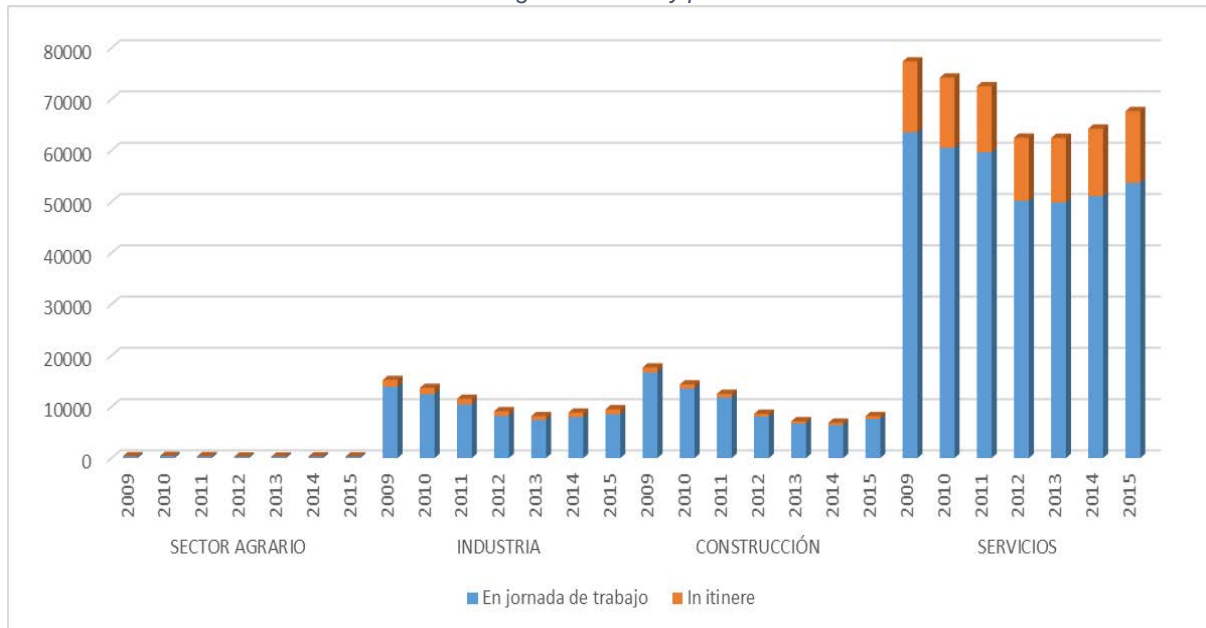
(#) Calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años.

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 2009-2015, se reflejan en el gráfico 21

Gráfico 21. Distribución de accidentes según momento y por sector de actividad. 2009-2015.



La proporción de accidentes de trabajo ocurridos en cada una de las actividades durante la jornada laboral (es decir, excluyendo los accidentes *in itinere*) queda reflejada en la tabla 4, para ambos sexos. 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 menor proporción de AT durante la jornada de trabajo, es decir, una mayor proporción de *in itinere* en ambos grupos.

Tabla 34. Porcentaje de AT ocurridos durante el trabajo por sección de actividad, en hombres y mujeres.

	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, caza, pesca	97,7%	81,5%
Industrias extractivas	89,5%	55,6%
Industria manufacturera	92,3%	76,8%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	80,4%	54,5%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	94,1%	83,8%
Construcción	94,6%	67,6%
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	88,7%	71,6%
Transporte y almacenamiento	91,0%	78,7%
Hostelería	87,3%	85,9%
Información y comunicaciones	55,4%	40,2%
Actividades financieras y de seguros	45,3%	36,4%
Actividades inmobiliarias	79,6%	55,6%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	69,7%	47,0%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	83,3%	66,4%
Administración pública, defensa seguridad social	88,6%	73,8%
Educación	76,7%	69,9%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	81,7%	77,8%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	91,4%	75,0%
Otros servicios	82,1%	66,6%
Hogares que emplean personal doméstico	90,1%	73,6%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	68,4%	68,2%
Total	88,0%	72,4%

Las actividades que acumularon el 85% de los accidentes de trabajo con baja ocurridos durante el trabajo en la población general, y por separado en hombres y mujeres, se muestran en los gráficos 22, 23 y 24:

Gráfico 22. AT en las actividades que aglutinan el 85% de los accidentes ocurridos durante el trabajo (ATJT). Año 2015.

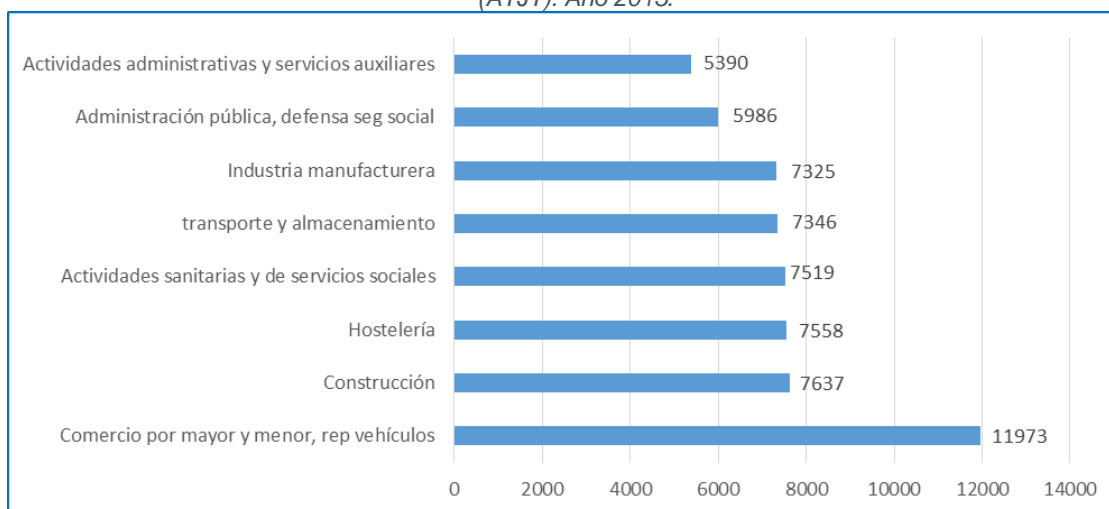


Gráfico 23. Actividades en que se producen el 85% de ATJT. Hombres.

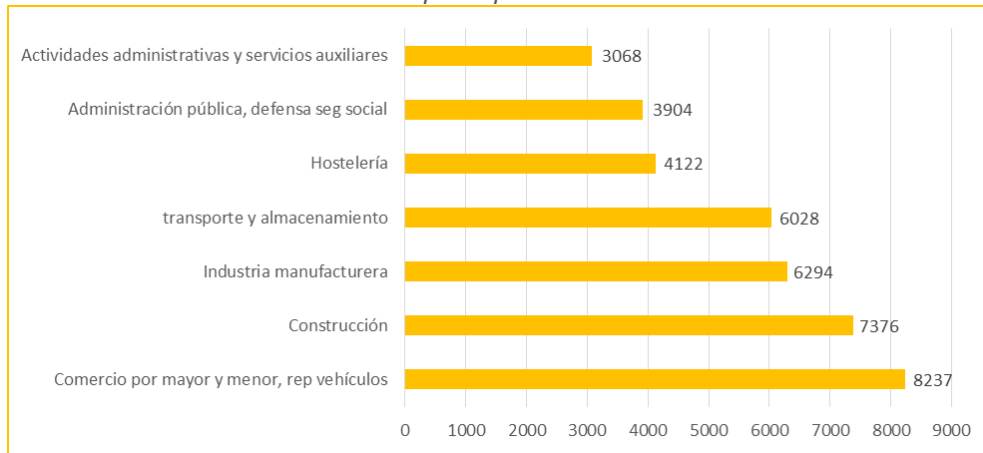
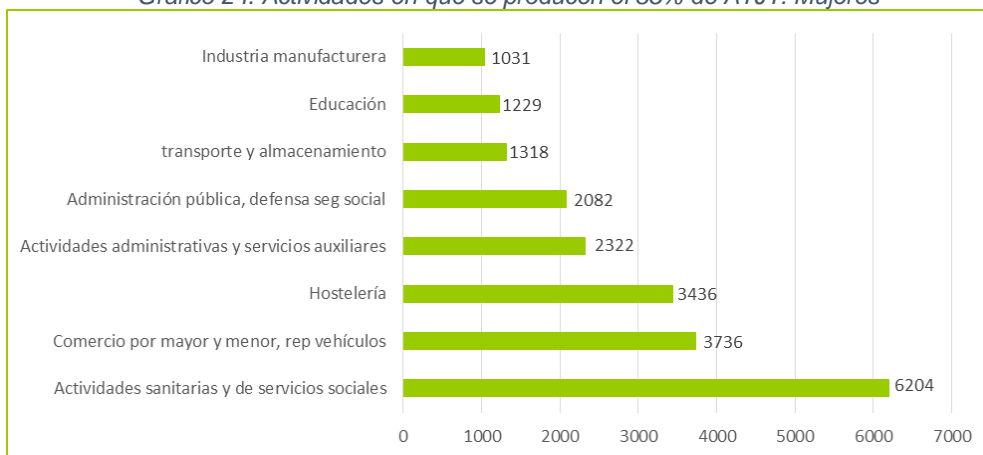


Gráfico 24. Actividades en que se producen el 85% de ATJT. Mujeres



En la Comunidad de Madrid, en el año 2015, 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 la tabla 35 (para los hombres) y tabla 36 (para las mujeres). En ellas se observan algunas formas de accidentes que aparecen en mayor proporción. El 38,6% de los AT se produjo por sobreesfuerzos (entre los hombres estos accidentes se produjeron en un mayor porcentaje en actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento; y entre las mujeres en suministro de agua, saneamiento).

Tabla 35. AT totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2015. Hombres.

	Total AT	% Sobre esfuerzo	% agresión	% ACVGM ^(*)	% Hospital	% Acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	258	32,2	6,2	0,4	3,1	2,7
Industrias extractivas	19	26,3			10,5	10,5
Industria manufacturera	6.821	39,4	0,2	0,1	2,6	6,1
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	51	29,4	2,0		3,9	15,7
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	1.062	42,7	0,6	0,1	1,7	6,1
Construcción	7.800	36,9	0,3	0,1	3,1	5,7
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	9.287	41,3	0,7	0,1	1,9	10,0
transporte y almacenamiento	6.623	44,6	2,3	0,2	2,9	14,2
Hostelería	4.723	21,5	0,7	0,1	2,4	20,9
Información y comunicaciones	1.140	30,7	0,6	0,3	6,5	35,3
Actividades financieras y de seguros	364	22,5		0,3	6,3	40,9
Actividades inmobiliarias	216	34,3	3,2		4,6	18,1
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.290	29,8	0,9	0,2	5,1	26,4
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.683	38,6	2,0	0,2	2,0	13,7
Administración pública, defensa, seguridad social	4.407	44,9	5,0	0,1	,9	11,8
Educación	619	39,6	1,0	0,2	4,2	18,4
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.610	45,7	3,7	0,4	1,8	11,0
Actividades. artísticas, recreativas y de entretenimiento	1.119	50,6	3,6	0,1	4,4	6,6
Otros servicios	770	37,4	2,1	0,1	1,9	15,1
Hogares que emplean personal doméstico	272	34,9	2,9	0,4	1,8	7,7
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	19	36,8			5,3	15,8
Total	52.153	38,6	1,4	0,1	2,6	12,0

(*) % Accidentes cardio/cerebro vasculares graves, muy graves y mortales.

Tabla 36. AT totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2015. Mujeres.

	Total AT	% Sobre esfuerzo	% agresión	% ACVGM ^(*)	% Hospital	% Acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	27	33,3			3,7	11,1
Industrias extractivas	9	33,3				
Industria manufacturera	1.343	36,7	0,6	0,1	1,7	15,3
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	33	21,2			3,0	21,2
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	173	50,3				9,8
Construcción	386	32,1	0,3		1,8	20,5
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	5.218	37,4	0,6	0,1	1,4	18,0
transporte y almacenamiento	1.674	40,3	1,9	0,1	2,7	12,0
Hostelería	4.000	30,5	0,4		0,9	7,0
Información y comunicaciones	873	18,2	0,1	0,2	5,4	38,7
Actividades financieras y de seguros	678	16,1	0,1	0,1	3,4	36,1
Actividades inmobiliarias	133	19,5			3,0	32,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.220	19,9	2,2	0,1	2,3	30,7
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.498	34,2	0,9		1,2	15,9
Administración pública, defensa seguridad social	2.822	40,0	1,2		0,6	8,8
Educación	1.757	31,4	1,3	0,1	1,3	16,2
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7.978	47,7	2,8	0,1	0,8	8,1
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	496	45,0	1,2		0,6	13,5
Otros servicios	790	34,6	0,9	0,1	2,5	15,6
Hogares que emplean personal doméstico	341	14,1	0,9		7,9	12,6
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	22	31,8				13,6
Total	33.471	36,8	1,3	,0	1,4	14,1

(*) Accidentes cardio/cerebro vasculares graves, muy graves y mortales.

Las secciones en las que se produjo una mayor proporción de AT que derivó en hospitalización fueron las industrias extractivas en los hombres, y el trabajo doméstico en las mujeres.

Para analizar los accidentes según sectores, se han utilizado los datos de afiliación en cada sector (de todos los regímenes), obteniendo las tasas por cada 100.000 afiliados/as que se reflejan en los gráficos 25 y 26, lo que permite realizar una aproximación de lo que ocurre en cada uno de ellos.

Gráfico 25. Tasas de accidentes por algunas causas, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2015.

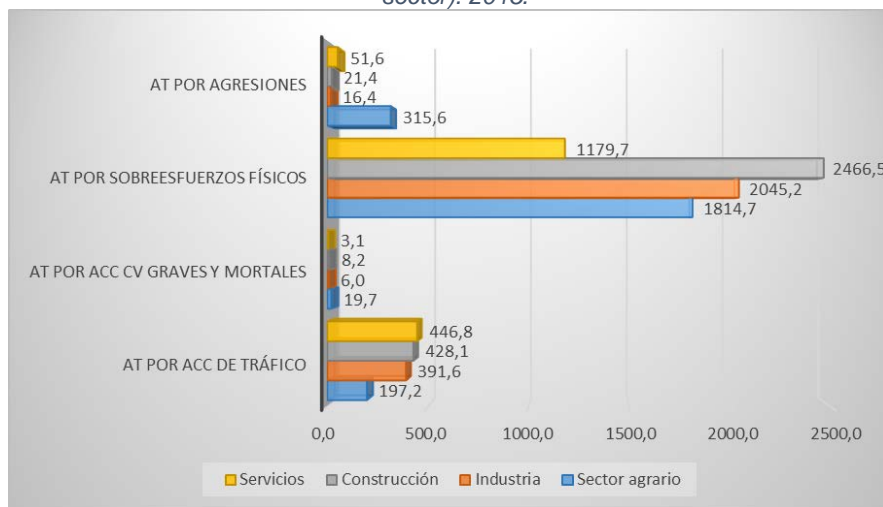
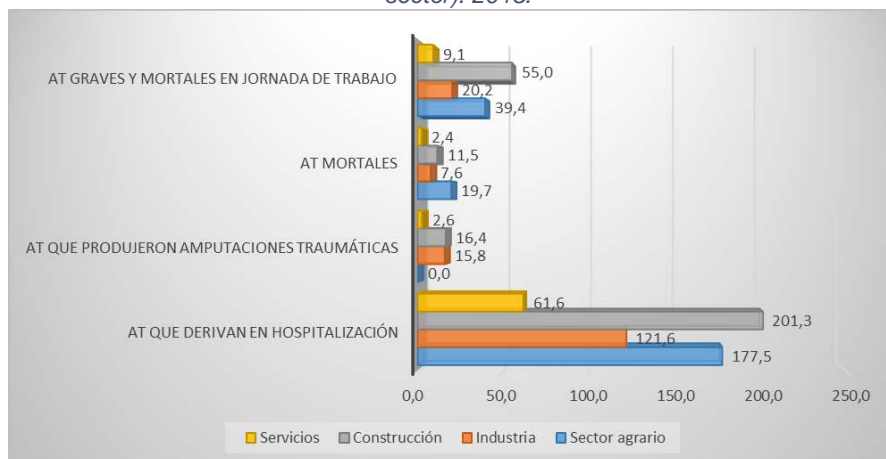


Gráfico 26 Tasas de accidentes con determinados efectos, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2015.



Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas que ocupan mayor cantidad de población, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y administración pública,

defensa y seguridad social; y entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en hostelería (tabla 37):

Tabla 37. 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 accidentes	Índice de Incidencia ^(*)	Afiliadas	Nº accidentes	Índice de Incidencia ^(#)
Comercio mayor/menor, rep. vehículos	21.0484	9.287	4.412,21	186.798	5.218	2.793,40
Act..sanitarias y de servicios sociales	43.472	1.610	3.703,58	158.938	7.978	+5.019,58
Act. administrativas y serv. auxiliares	126.598	3.683	2.909,20	142.611	3.498	2.452,83
Hogares que emplean per. doméstico	18.536	272	1.467,41	109.610	341	311,10
Act profesionales, científicas y técnicas	105.641	1.290	1.221,11	106.190	1.220	1.148,88
Educación	51.354	619	1.205,35	97.784	1.757	1.796,82
Hostelería	80.313	4.723	5.880,72	80.131	4.000	+4.991,86
Información y comunicaciones	111.453	1.140	1.022,85	68.095	873	1.282,02
Adm. pública, defensa, seguridad social	57.197	4.407	+7.704,96	59.278	2.822	4.760,61
Actividades financieras y de seguros	50.980	364	7.14,01	52.240	678	1.297,85
Industria manufacturera	114.624	6.821	5.950,74	45.383	1.343	2.959,29
Construcción	102.292	7.800	+7.625,20	19.419	386	1.987,73

(*) Por cada 100.000 afiliados

(#) Por cada 100.000 afiliadas

Accidentes mortales

Los accidentes mortales se distribuyeron también de manera diferenciada en hombres y mujeres, según actividades. De los 75 AT mortales registrados en hombres, 61 se produjeron durante la jornada de trabajo, y 14 *in itinere*. Las 7 mujeres fallecidas lo fueron por AT durante la jornada laboral.

A continuación se presentan dos tablas (tabla 38 y tabla 39) que incluyen el análisis de actividades con mayor frecuencia de AT mortales ocurridos durante el trabajo, es decir, excluyendo los *in itinere* en hombres y mujeres: 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.

Casi la cuarta parte (el 23) de los AT mortales de los hombres (tabla 38) se produjo en la *construcción*; sin embargo, considerando la afiliación en cada actividad, fue *agricultura, ganadería, caza y pesca* la sección en que se observó mayor índice de incidencia y mayor nº de AT mortales por cada 1000 AT registrados por actividad.

Tabla 38. AT mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones. Año 2015.

	N	sobre accidentes mortales	Índice de Incidencia (*)	AT mortales (#)
Construcción	14	23,0	13,69	1,90
transporte y almacenamiento	12	19,7	12,29	1,99
Industria manufacturera	11	18,0	9,60	1,75
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	8	13,1	3,80	0,97
Actividades administrativas y servicios auxiliares	6	9,8	4,74	1,96
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2	3,3	1,89	2,22
Actividades sanitarias y de servicios sociales	2	3,3	4,60	1,52
Agricultura, ganadería, caza, pesca	1	1,6	25,13	3,97
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	1	1,6	8,71	1,00
Educación	1	1,6	1,95	2,11
Activid. artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	1,6	4,52	0,98
Otros servicios	1	1,6	3,89	1,58
Hogares que emplean personal doméstico	1	1,6	5,39	4,08
Total	61	100,0	4,88	1,33

(*) Por cada 100.000 afiliados.

(#) Por cada 1.000 accidentes de trabajo en cada sección.

En el caso de las trabajadoras (tabla 39), el mayor porcentaje de AT mortales se halló en *actividades sanitarias y de servicios sociales*. Las *actividades administrativas y servicios auxiliares* constituyeron la sección con mayor índice de incidencia y también con mayor tasa de AT mortales por cada 1.000 AT ocurridos en dicha actividad.

Tabla 39. AT mortales de trabajadoras ocurridos durante el trabajo, por secciones. Año 2015.

	N	sobre accidentes mortales	Índice de Incidencia (*)	AT mortales (#)
Actividades sanitarias y de servicios sociales	2	28,6	1,26	0,32
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	1	14,3	0,54	0,27
Información y comunicaciones	1	14,3	1,47	2,85
Actividades financieras y de seguros	1	14,3	1,91	4,05
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1	14,3	0,70	0,43
Educación	1	14,3	1,02	0,81
Total	7	100,0	0,57	0,29

(*) Por cada 100.000 afiliadas.

(#) Por cada 1.000 accidentes de trabajo en cada sección.

La población trabajadora en régimen especial de autónomos

En este apartado hemos extraído los accidentes de la población autónoma con contingencia profesional cubierta del conjunto de la población accidentada, ya analizada globalmente en las páginas anteriores. Se debe tener en cuenta, a la hora de la lectura de este apartado, que no todos los trabajadores por cuenta propia tienen cubiertas las contingencias profesionales, por lo que no es posible llegar a conocer la verdadera magnitud de los AT ni de las enfermedades profesionales en este colectivo, ya que solo son notificados los accidentes de trabajo que sufre el grupo que tiene dicha contingencia cubierta.

Para el análisis consideramos a aquellos trabajadores del Régimen Especial de Autónomos y a aquellos del Régimen Especial Agrario por cuenta propia. 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. Los afiliados a la Seguridad Social del Sistema Especial de Trabajadores Agrarios en situación de inactividad, desde 2014 no son considerados para los denominadores, debido a que no cotizan en dichos periodos a la Seguridad Social por contingencias profesionales al no estar expuestos al riesgo.

La población de trabajadores/as autónomos/as con contingencia cubierta en el año 2015 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 79.549 (53.392 hombres y 26.157 mujeres). Esta cifra global de población autónoma se mantiene semejante a la observada desde el 2010, año a partir del cual se produjo un incremento de la población autónoma con contingencia profesional cubierta.

En este grupo de población se produjo un total de 1.248 accidentes de trabajo con baja (1.037 se produjeron en hombres y 211 en mujeres). La distribución de estos AT por sectores de actividad y sexo, se muestra en la tabla 40.

Tabla 40. AT en autónomos/as por sector de actividad en la CM. Año 2015

	Hombres	Mujeres
SECTOR AGRARIO	25	2
INDUSTRIA	128	6
CONSTRUCCIÓN	308	7
SERVICIOS	576	196
Total	1.037	211

Se registraron nueve accidentes graves y tres mortales, todos ellos en hombres. En las tablas 28 y 29 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 41. Incidencia de Accidentes de trabajo con causas especiales en autónomos 2015.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (*)	Nº AT	Incidencia(*)
AT por accidente de tráfico	134	250,97	31	118,52
AT por "Infartos y derrames cerebrales"	0	0,00	0	0,00
AT por sobreesfuerzos físicos	340	636,80	70	267,62
AT por agresiones	7	13,11	5	19,12

Todas, $p > 0,05$, salvo agresiones, donde $p < 0,05$.

(*) Por 100.000 afiliados o afiliadas (según caso) con contingencias profesionales cubiertas.

Tabla 42. Indicadores de la repercusión inmediata del AT en autónomos. Año 2015.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia(*)	Nº AT	Incidencia(*)
1º AT que derivaron en hospitalización	55	103,01	8	30,58
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	2	3,75	1	3,82
3º. AT que resultaron en muerte	3	5,62	0	0,00
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (#)	12	22,48	0	0,00

(*) Por 100.000 afiliados o afiliadas (según caso) con contingencias profesionales cubiertas.

(#) Excluidos los AT in itinere.

Las diferencias halladas entre hombres y mujeres para estos indicadores no son estadísticamente significativas, con la excepción de los AT producidos por agresiones.

El 0,9 de los AT de hombres y el 1,9 de los AT de mujeres se registró como "in itinere".

Las secciones en las que se ha dado mayor siniestralidad en la población autónoma fueron, en el año 2015: 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 mayor y menor, hostelería y actividades profesionales* (equivalentes al 45 de los accidentes), todas ellas actividades del sector Servicios. (tabla 43 y tabla 44)

Tabla 43. Secciones que acumulan el 85 de los AT en trabajadores autónomos. Año 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Construcción	308	29,7
Transporte y almacenamiento	191	18,4
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	154	14,9
Industria manufacturera	125	12,1
Hostelería	58	5,6
Actividades administrativas y servicios auxiliares	42	4,1
Actividades profesionales, científicas y técnicas	38	3,7

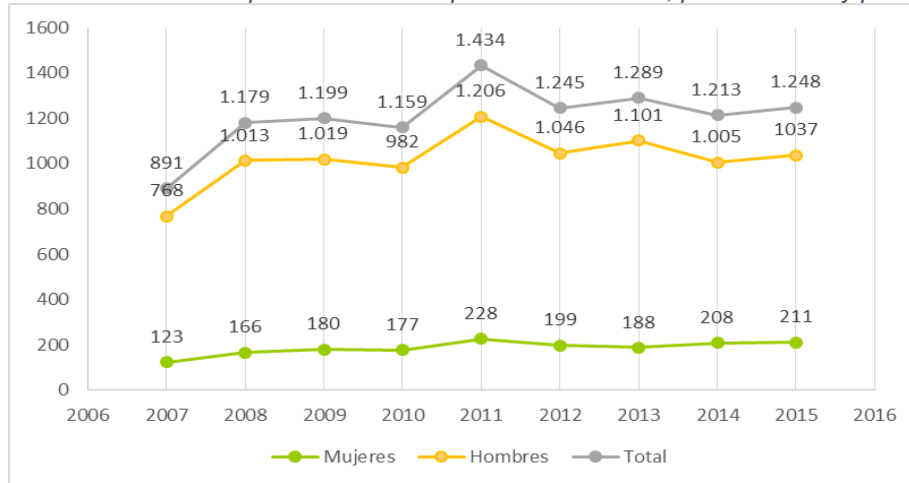
Tabla 44. Secciones que acumulan el 85 de los AT en trabajadoras autónomas 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	46	21,8
Hostelería	28	13,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	21	10,0
Otros servicios	21	10,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	19	9,0
Transporte y almacenamiento	17	8,1
Educación	17	8,1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	11	5,2

Evolución temporal de AT en los autónomos

En el gráfico 27 se muestran los AT ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2015, en números totales y desagregados por sexo.

Gráfico 27. Evolución temporal de los AT en población autónoma, población total y por sexo.



En relación al año 2014, la población autónoma sufrió un incremento en el índice de incidencia de AT por sobreesfuerzos (que aumentó el doble en las trabajadoras autónomas que en sus compañeros); por otra parte, se redujo el de AT por accidente de tráfico en ellas, mientras que en los trabajadores se observó un ligerísimo incremento (gráfico 28).

Gráfico 28. Evolución de incidencia de AT por cada 100.000 afiliados/as. 2015 frente a 2014.

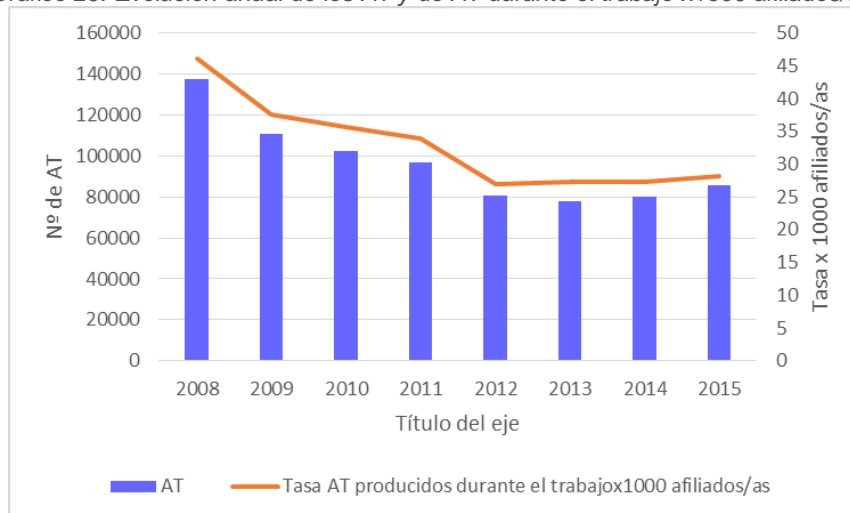


Consideraciones finales

Frente al año 2014, la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales ha crecido ligeramente. No obstante, la población autónoma afiliada con esta contingencia cubierta, se mantiene similar a años anteriores.

En números absolutos la frecuencia de AT con baja en la Comunidad de Madrid sigue una suave línea ascendente, tras el descenso importante que experimentó hasta el año 2012. Podría pensarse que esta variación es debida a la situación económica relacionada con la crisis y la menor actividad laboral, y por tanto, menor posibilidad de accidentarse; sin embargo, considerando las tasas de AT producidos en jornada de trabajo (es decir, considerando los AT respecto a los afiliados, y excluyendo aquellos accidentes ocurridos *in itinere*), se observa un comportamiento semejante en la evolución temporal (gráfico 29).

Gráfico 29. Evolución anual de los AT y de AT durante el trabajo x1000 afiliados/as.



Sería deseable que este leve ascenso iniciado en los últimos años se revirtiera, lo que estaría indicando realmente una menor siniestralidad laboral en nuestra población; para ello se debe, desde todas las instancias públicas y privadas, seguir insistiendo en las actuaciones preventivas de seguridad en el trabajo.

Madrid, 28 de octubre de 2016
Servicio de Salud Laboral

2. Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos en la Comunidad de Madrid. Año 2015

Los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos representan más de la tercera parte de los accidentes ocurridos tanto a nivel estatal como en la Comunidad de Madrid, y lo viene haciendo de manera continuada en el tiempo. Entendemos, por ello, que conocer las características de estos accidentes y de los accidentados, los factores relacionados con los mismos, y las actividades y ocupaciones en las que más se producen, contribuirá a una mayor adecuación de las políticas y actuaciones preventivas a poner en marcha, tanto desde el ámbito público como en las propias empresas interesadas.

Para realizar este estudio, fueron analizados todos los Partes Oficiales de Accidente de Trabajo (AT) con Baja producidos por sobreesfuerzos en la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2015, y a los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011, 2012, 2013 y 2014 (para analizar la secuencia temporal), anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo e Inmigración, previa petición formal.

Con objeto de comparar lo observado en Madrid con lo ocurrido en el conjunto del territorio español, se ha utilizado la información publicada con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), del documento técnico “Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos” de diferentes años, así como los datos publicados en sus anuarios por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Por otro lado, de cara a una mejor comparabilidad con lo observado en Madrid en 2009 y en 2012, se ha seguido la misma estructura del documento correspondiente a dichos años que está publicado en los correspondientes Cuadernos de Salud Laboral.

El análisis se ha llevado a cabo en varias fases: en primer lugar se presenta una breve comparativa con lo observado en los años anteriores, con el fin de mostrar las variaciones ocurridas en los últimos años. A esta introducción le sigue un descriptivo de lo observado en el año 2015 en este tipo de accidentes, en variables como: sexo, edad, antigüedad en el puesto, descripción de la lesión, actividad específica que se estaba realizando en el momento de la lesión, desviación que provocó el accidente, actividad de la empresa en la que trabajaba, ocupación, gravedad, si se había realizado una evaluación de riesgos o no, etc. Para las

variables cuantitativas (edad y antigüedad en el puesto) se comparó las medias mediante el test de Student, y se llevó a cabo un estudio de su distribución mediante el test de Kruskal-Wallis (dada la diferencia de varianzas observada), para compararlas según localización corporal de la lesión.

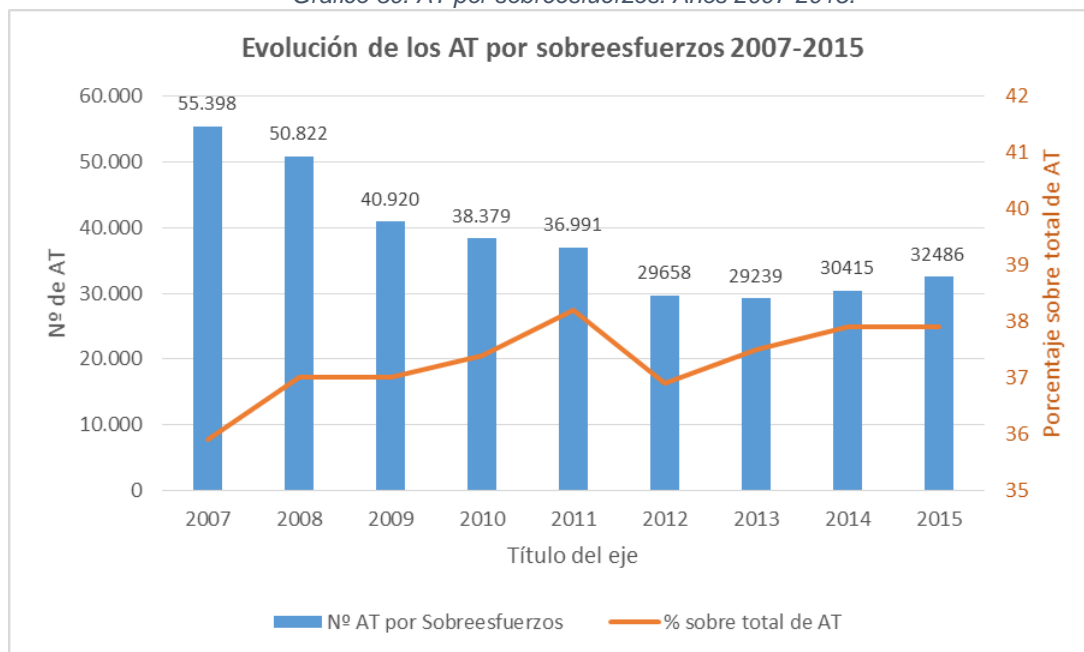
Por último se identificaron las actividades de mayor interés para su seguimiento mediante el cálculo de incidencias (tomando como denominador la población afiliada en cada una de las secciones de actividad).

Todo ello desagregándolo por sexo, para visualizar cómo la realización de sobreesfuerzos produce AT en hombres y mujeres, y así poder proponer medidas preventivas específicas para este tipo de accidentes en los distintos estratos de la población trabajadora en esta Comunidad Autónoma.

EVOLUCIÓN AÑOS 2007-2015

La evolución de los accidentes de trabajo (AT) con baja por sobreesfuerzos en la Comunidad de Madrid, como se observa en el gráfico 30, es decreciente hasta el año 2013; a partir de entonces se aprecia un ligero aumento, pero con valores muy inferiores a los registrados al principio del periodo estudiado, (al igual que el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as). El peso porcentual de este tipo de accidentes ha crecido paulatinamente, con una ligera fluctuación en 2012. Este comportamiento opuesto de número de AT y su peso porcentual, solo puede indicar que la reducción de las cifras es mayor en el resto de AT, producidos de forma diferente a los sobreesfuerzos.

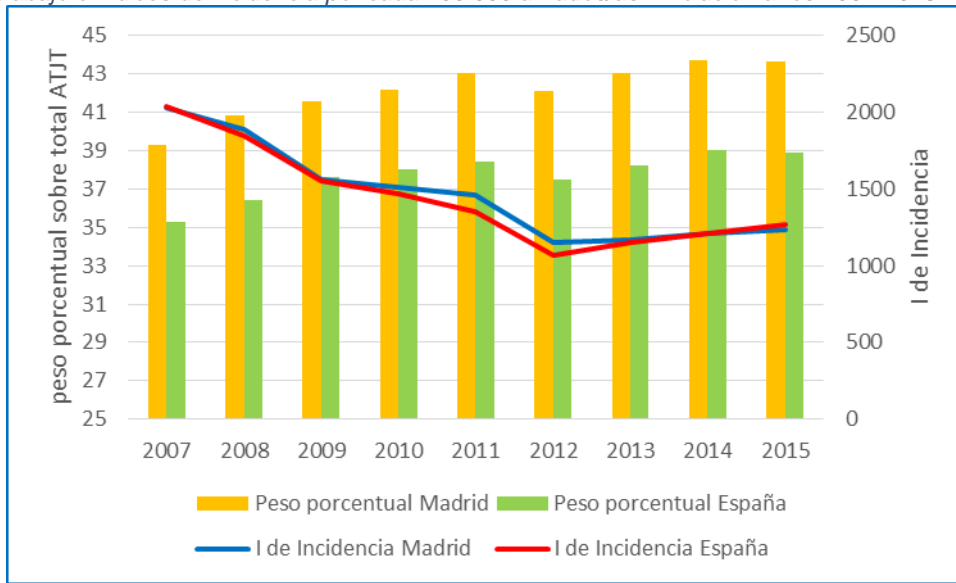
Gráfico 30. AT por sobreesfuerzos. Años 2007-2015.



Considerando sólo los accidentes de trabajo con baja ocurridos en jornada de trabajo (ATJT) a causa de sobreesfuerzos, se observa una tendencia similar: el nº de estos accidentes ha ido disminuyendo, acompañado por un crecimiento y posterior estabilización de su peso porcentual sobre los ATJT por todas las causas; el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as ha sufrido una reducción gradual importante hasta el año 2012, con un ligero incremento en los dos últimos años, al igual que ha sucedido a nivel nacional.

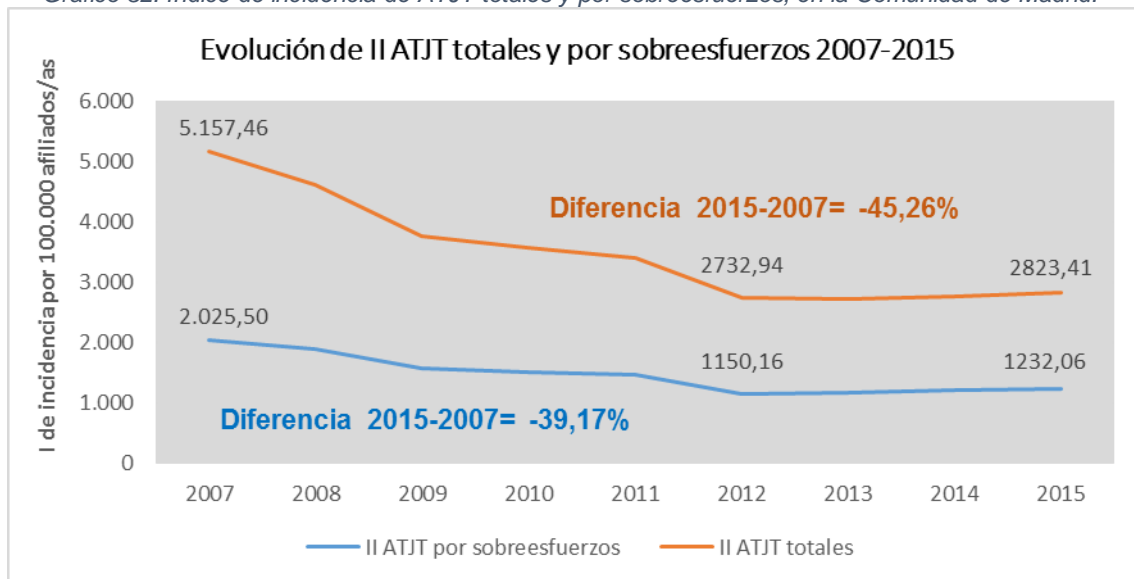
El gráfico 31 muestra la evolución del peso porcentual de los ATJT por sobreesfuerzos sobre el total de ATJT en la Comunidad de Madrid y en España. Asimismo el gráfico representa los índices de incidencia de estos accidentes: crece el peso porcentual sobre el total de accidentes (superior en Madrid), y se observa cómo los índices de incidencia de éstos por cada 100.000 afiliados/as en ambos territorios son muy semejantes, habiendo experimentado un ligero ascenso en los últimos tres años, tras un descenso en el periodo previo.

Gráfico 31. ATJT por sobreesfuerzos en Madrid y España: % sobre total de accidentes en jornada de trabajo e Índices de incidencia por cada 100.000 afiliados/as. Evolución años 2007-2015.



Por otro lado, en nuestra comunidad autónoma se observa también una tendencia a disminuir el índice de incidencia (II) de los ATJT por todas las causas, aunque este descenso es mayor que el de los producidos por sobreesfuerzos. (Gráfico 32)

Gráfico 32. Índice de incidencia de ATJT totales y por sobreesfuerzos, en la Comunidad de Madrid.



LOS ACCIDENTES DE TRABAJO POR SOBRESFUERZOS:

Análisis de lo ocurrido en el año 2015.

En 2015 fueron declarados un total de 32.486 AT con baja producidos por sobreesfuerzos, de los que 30.602 ocurrieron en la jornada de trabajo –ATJT–, es decir, no se produjeron “*in itinere*” (esto supone el 35,7 de todos los AT registrados en ese año). De ellos, el 63,5 se declararon en hombres, y el 36,5 en mujeres. Estos, los ATJT producidos por sobreesfuerzos, serán los analizados en este documento.

Prácticamente el 100 de los accidentes estudiados fue clasificado como leve (solo tres tuvieron consideración de grave, y ninguno fue mortal). En 15 accidentes se vio afectado más de un trabajador/a, no encontrándose diferencia entre lo observado en hombres y mujeres. 165 accidentados y 40 accidentadas precisaron ingreso hospitalario a consecuencia del accidente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (0,8 de hombres vs 0,4 de mujeres). Fueron más los hombres a los que no se había realizado evaluación de riesgos que las mujeres en la misma situación (32,6 vs 29,1, con $p < 0,001$).

Estos ATJT por sobreesfuerzos se produjeron en trabajadores con una media de edad de 41,22 años (DE: 10,394), mientras que en el resto de accidentes, fue significativamente inferior ($p < 0,001$): 41,02 años (DE: 11,000). La antigüedad media en el puesto de trabajo de los ATJT por sobreesfuerzos, fue de 189,48 meses (DE: 88,457 frente a la media de antigüedad de las personas que sufrieron accidentes por el resto de mecanismos: 194,71 meses (DE: 94,398) ($p < 0,001$).

En tabla 45 se exponen las medias de edad y antigüedad en el puesto en cada uno de los sectores de actividad, confirmándose en todos ellos el patrón descrito para el conjunto.

Tabla 45. Edad media y antigüedad de la población accidentada por ATJT según sector.

		Nº AT	EDAD (meses)		ANTIGÜEDAD (años)	
			Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica
TOTAL	AT por sobreesfuerzos	30.602	41,22	10,394	189,48	88,457
	Resto de AT	39.526	41,02	11,000	194,71	94,398
AGRARIO	AT por sobreesfuerzos	92	40,67	9,309	182,21	64,114
	Resto de AT	182	40,18	10,297	203,56	101,952
INDUSTRIA	AT por sobreesfuerzos	3.194	41,15	10,087	205,15	96,490
	Resto de AT	4.440	41,25	10,442	210,01	102,660
CONSTRUCCIÓN	AT por sobreesfuerzos	2.937	40,86	9,359	170,27	71,458
	Resto de AT	4.700	40,72	9,765	174,68	73,426
SERVICIOS	AT por sobreesfuerzos	24.379	41,28	10,555	188,33	87,863
	Resto de AT	30.204	41,04	11,261	193,69	94,044

Analizando estos ATJT por sobreesfuerzos ocurridos en Madrid de manera desagregada por sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de accidentados y accidentadas, al igual que ocurre con la media de antigüedad en el puesto (tabla 46). Las mujeres accidentadas por este tipo de lesión son, de media, dos años más mayores, y tienen seis meses menos de antigüedad en el puesto que los hombres afectados por sobreesfuerzos.

Tabla 46. Medias de edad y de antigüedad en el puesto en hombres y mujeres

	SEXO	N	Media	Desv. típica	Dif H-M (p)
Edad del trabajador	Hombre	19.421	40,53	10,068	p<0,001
	Mujer	11.181	42,43	10,833	
Antigüedad en meses	Hombre	6.257	195,35	89,075	p<0,001
	Mujer	3.412	178,72	86,294	

Lugar en que se produjo el accidente

Las zonas en que se produjeron estos accidentes quedan reflejadas en la tabla 47: los hombres en mayor proporción se accidentaron en zonas industriales, y las mujeres en lugares de actividad terciaria (oficinas, áreas de ocio...). El segundo lugar en importancia fueron los lugares públicos para los hombres, y los centros sanitarios para las mujeres.

Tabla 47. Lugar en que se produjo el accidente ATJT por sobre-esfuerzos.

	Hombres		Mujeres	
	N		N	
Zonas industriales	8.615	44,4	1.654	14,8
Obras, construcción, cantera, mina a cielo abierto	1.608	8,3	20	,2
Lugares agrícolas, cría de animales, piscicultura, zona forestal	567	2,9	133	1,2
Lugares de actividad terciaria, oficinas, áreas de ocio, varios	3.413	17,6	4.197	37,5
Centros sanitarios	675	3,5	3.262	29,2
Lugares públicos	3.032	15,6	861	7,7
Domicilios	685	3,5	727	6,5
Lugares de actividades deportivas	660	3,4	279	2,5
En el aire, elevados - con excepción de las obras	26	0,1	17	0,2
Subterráneos - con excepción de las obras	72	0,4	21	0,2
En el agua - con excepción de las obras	53	0,3	3	0,0
En medio hiperbárico - con excepción de las obras	1	0,0	0	0,0
Otros Tipos de lugar	14	0,1	7	0,1
Total	19.421	100,0	11.181	100,0

Tipo de trabajo realizado:

La tabla 48 muestra las tareas a las que estaban dedicadas las personas accidentadas: los hombres, en el 39,5, participaban en tareas de producción, transformación, tratamiento o almacenamiento de todo tipo; más del 50 de las mujeres, desarrollaban tareas de servicios a empresas o a personas o trabajos intelectuales.

Tabla 48. Tipo de trabajo realizado por la población que sufrió ATJT por sobreesfuerzos.

	Hombres		Mujeres	
	N		N	
Tareas de producción, transformación, tratamiento, almacenamiento	7.671	39,5	2.325	20,8
Labores de movim. de tierras, construcción, mantenimiento, demolición	1.208	6,2	21	0,2
Labores tipo agrícola, forestal, hortícola, piscícola, con animales vivos	450	2,3	116	1,0
Activid. de servicios a empresas o a personas y trabajos intelectuales	2.992	15,4	5.650	50,5
Trabajos relacionados con las tareas codificadas en 10, 20, 30 y 40	5.451	28,1	2.476	22,1
Circulación, actividades deportivas y artísticas	1.584	8,2	565	5,1
Otros Tipos de trabajo	65	0,3	28	0,3
Total	19.421	100,0	11.181	100,0

Actividad física específica:

La actividad física concreta que se estaba realizando en el momento de ocurrir el accidente, se muestra en la tabla 49. Fue la manipulación de objetos y la realización de movimientos, así como el transporte manual las actividades físicas en cuya realización se produjo el grueso de los accidentes.

Tabla 49. Actividad física específica en el momento del accidente (ATJT).

	Hombres		Mujeres	
	N		N	
Operaciones con máquinas	357	1,8	93	0,8
Trabajos con herramientas manuales	1.487	7,7	444	4,0
Conducir/estar a bordo de un medio de transporte	450	2,3	87	0,8
Manipulación de objetos	6.358	32,7	3.711	33,2
Transporte manual	4.753	24,5	2.610	23,3
Movimiento	5.816	29,9	4.031	36,1
Estar presente	191	1,0	197	1,8
Otra Actividad física	9	0,0	8	0,1
Total	19.421	100,0	11.181	100,0

Desviación:

Tanto en hombres como mujeres, los seis eventos que más AT por sobreesfuerzos produjeron fueron:

Tabla 50. Desviaciones más frecuentes que intervinieron en producción de ATJT por sobreesfuerzos.

	Hombres		Mujeres	
	N		N	
Levantar, transportar, levantarse	6.649	34,2	4.086	36,5
Movimientos no coordinados, gestos intempestivos, inoportunos	4.237	21,8	2.446	21,9
Empujar, tirar de peso	1.664	8,6	1.174	10,5
Caminar con dificultad, traspíes, tropezón sin caída, resbalón sin caída	1.387	7,1	855	7,6
Depositar una carga, un objeto, agacharse	1.364	7,0	645	5,8
Al girarse o manipular en rotación, en torsión de una carga, un objeto	1.153	5,9	488	4,4

Descripción de la lesión:

En casi el 70 de los ATJT por sobreesfuerzos se produjeron principalmente dislocaciones, esguinces y torceduras. Muy de lejos, le siguen las heridas y lesiones superficiales (alrededor del 17 en ambos grupos), y conmociones y lesiones internas (alrededor del 11,8 en ambos grupos).

Localización de la lesión:

Agregando las zonas lesionadas en grandes grupos (tabla 51), se observó que es la espalda la zona con mayor frecuencia lesionada, seguida a distancia, en los hombres, por la pierna, y en las mujeres, por el hombro. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para todas las localizaciones salvo para cabeza, tobillo y pie, y “resto de localizaciones en extremidad superior”: así, observando el peso de las zonas lesionadas en cada uno de los grupos, se aprecia que las trabajadoras se lesionan más en el cuello, hombro, brazo muñeca y mano, mientras que sus compañeros sufren más alteraciones en la espalda y en la pierna.

Tabla 51. Localización de las lesiones en ATJT por sobreesfuerzos.

	Hombres		Mujeres		Dif H-M
	N	%	N	%	P
Cabeza	29	0,1	25	0,2	>0,05
Cuello/columna cervical	767	3,9	913	8,2	<0,05
Espalda	7739	39,8	3893	34,8	<0,05
Tronco y órganos	627	3,2	290	2,6	<0,05
Hombro	1706	8,8	1274	11,4	<0,05
Brazo	1055	5,4	670	6,0	<0,05
Mano	754	3,9	663	5,9	<0,05
Muñeca	806	4,2	876	7,8	<0,05
Resto de extremidades superiores	254	1,3	154	1,4	>0,05
Pierna	3362	17,3	1108	9,9	<0,05
Tobillo y pie	1738	8,9	982	8,8	>0,05
Resto extremidades inferiores	491	3	236	2,1	p<0,05
Resto localizaciones	93	0,5	97	0,9	p<0,05
Total	19421	100,0	11181	100,0	

Asimismo se observan diferencias entre la media de edad de hombres y mujeres según la zona lesionada en todas las localizaciones (salvo en el epígrafe de cabeza)

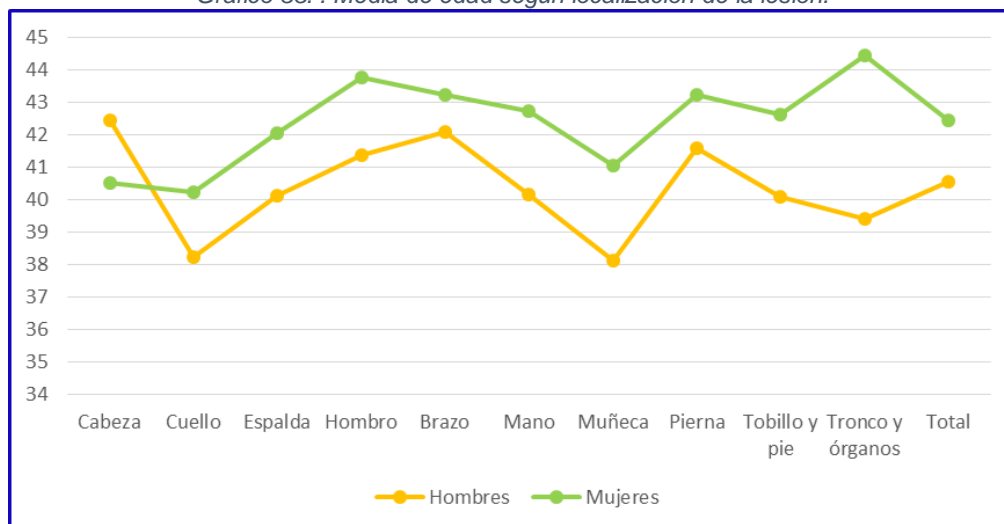
(Tabla 52). Para todas estas zonas, las mujeres que resultaron afectadas eran, de media, mayores que sus compañeros.

También encontramos, estudiando por separado unos y otras, diferencias significativas en las medias de edad según localización de la lesión, y tanto en los trabajadores como en sus compañeras (gráfico 33). Así, de media, entre los hombres, los que sufrieron lesión en brazo son los más mayores (dejando aparte la cabeza, que solo aporta 29 casos), y los que sufrieron lesión en muñeca y en cuello, los más jóvenes. Entre las mujeres, las más mayores fueron las afectadas en hombro (descartando tronco y órganos –97 casos- y “resto de localizaciones”), seguidas muy de cerca por las lesionadas en pierna y brazo y, las más jóvenes, aquellas que sufrieron daños en el cuello.

Tabla 52. Media de edad en años según localización de la lesión. Comparación hombres-mujeres.

	Hombres			Mujeres			Dif H-M p
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Cabeza	29	42,45	10,947	25	40,52	12,975	>0,05
Cuello	767	38,22	9,109	913	40,21	10,513	<0,01
Espalda	7739	40,12	9,758	3893	42,05	10,653	<0,01
Hombro	1706	41,38	10,583	1274	43,76	10,999	<0,01
Brazo	1055	42,09	9,457	670	43,20	9,979	<0,05
Mano	754	40,13	10,468	663	42,70	10,584	<0,01
Muñeca	806	38,10	10,186	876	41,04	11,021	<0,01
Pierna	3362	41,59	10,515	1108	43,23	11,063	<0,01
Tobillo y pie	1738	40,08	10,082	982	42,61	11,252	<0,01
Tronco y órganos	93	39,41	9,343	97	44,43	10,961	<0,01
Resto de localizaciones	93	39,41	9,343	97	44,43	10,961	<0,01
Total	19421	40,53	10,068	11181	42,43	10,833	<0,01

Gráfico 33. . Media de edad según localización de la lesión.



(Prueba de Kruskal-Wallis)

Medias edad Hombres: $\chi^2 = 100,230$ $p < 0,001$.Medias edad Mujeres: $\chi^2 = 72,719$ $p < 0,001$

Grupos de ocupación

Poco más de un cuarto de los hombres accidentados por sobreesfuerzos en jornada de trabajo eran trabajadores cualificados o artesanos, y otra cuarta parte estaba constituida por trabajadores no cualificados.

Entre las mujeres, el grueso de estos accidentes se dio en trabajadoras ocupadas en servicios de restauración, personales, de protección y comercio, seguidas de aquellas trabajadoras no cualificadas (incluidas servicios de cuidados de personas) (Tabla 53).

Tabla 53. ATJT por sobreesfuerzos según grandes grupos de ocupación. Año 2015.

	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Dirección de empresas y administraciones públicas	98	0,5	38	0,3
Técnicos/as y profesionales científicos e intelectuales	404	2,1	858	7,7
Técnicos/as y Profesionales de apoyo	1.034	5,3	476	4,3
Empleados/as de tipo administrativo	560	2,9	729	6,5
Trabajadores/as de servicios de restauración, personales, protección y comercio	3.879	20,0	5.239	46,9
Trabajadores/as cualificados/as del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	405	2,1	82	0,7
Artesanos/as y trab cualificados indust. manufactureras, construcción y minería(*)	4.984	25,7	238	2,1
Operadores/as de instalaciones y maquinaria, y montadores	3.145	16,2	273	2,4
Trabajadores/as no cualificados/as	4.912	25,3	3.248	29,0
Total	19.421	100,0	11.181	100,0

(*) Salvo operadores/as de instalaciones

Como era de esperar, las ocupaciones también tienen que ver con las zonas del cuerpo lesionadas en los accidentes por sobreesfuerzos. Los trabajadores con daños en espalda y en cuello son, en mayor proporción, trabajadores cualificados de industrias manufactureras, y el mayor porcentaje de afectadas en estas zonas son trabajadoras de los servicios de salud y cuidados de las personas.

Las tablas 42 y 43 muestran la distribución de zonas del cuerpo afectadas según la ocupación de los accidentados/as: las extremidades inferiores tienen más peso en los hombres que en las mujeres; es la región corporal que tiene más peso entre técnicos/as, profesionales de apoyo y empleados/as de tipo administrativo. Y en los hombres con cargos directivos también es la región más afectada por ATJT por sobreesfuerzos.

Entre los hombres, las extremidades superiores se lesionan en mayor proporción en trabajadores no cualificados, y cualificados del sector agrícola; y entre las mujeres, en operadoras de instalaciones y maquinaria, y en artesanas y trabajadoras cualificadas de la industria manufacturera.

Tabla 54. Localizaciones afectadas según sección ocupación, en porcentajes. Hombres.

	Cabeza	Cuello/columna cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	Todo el cuerpo y múltiples partes	Otras partes del cuerpo	Total
Dirección de empresas y ad. públicas	1,0	3,1	28,6	4,1	12,2	50,0	1,0		100
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	0,2	4,5	32,9	2,0	18,8	41,3		0,2	100
Técnicos. Profesionales de apoyo		3,6	28,7	3,7	17,0	46,5	0,5		100
Empleados de tipo administrativo	0,2	4,8	36,6	1,4	19,5	37,0	0,5		100
Trab. de servicios de restauración, personales, protección y comercio	0,1	3,9	35,7	2,6	21,8	35,4	0,5		100
Trab. cualificados del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	0,5	2,7	39,5	4,0	25,7	27,7			100
Artesanos y trab cualif. ind. manufactureras, construcción y minería ^(*)	0,2	3,3	42,4	3,8	25,2	24,7	0,3	0,1	100
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	0,2	5,2	39,8	3,3	22,7	28,3	0,5		100
Trabajadores no cualificados	0,1	3,9	44,1	3,2	26,1	22,0	0,5		100
Total	0,1	3,9	39,8	3,2	23,6	28,8	0,5	0,0	100

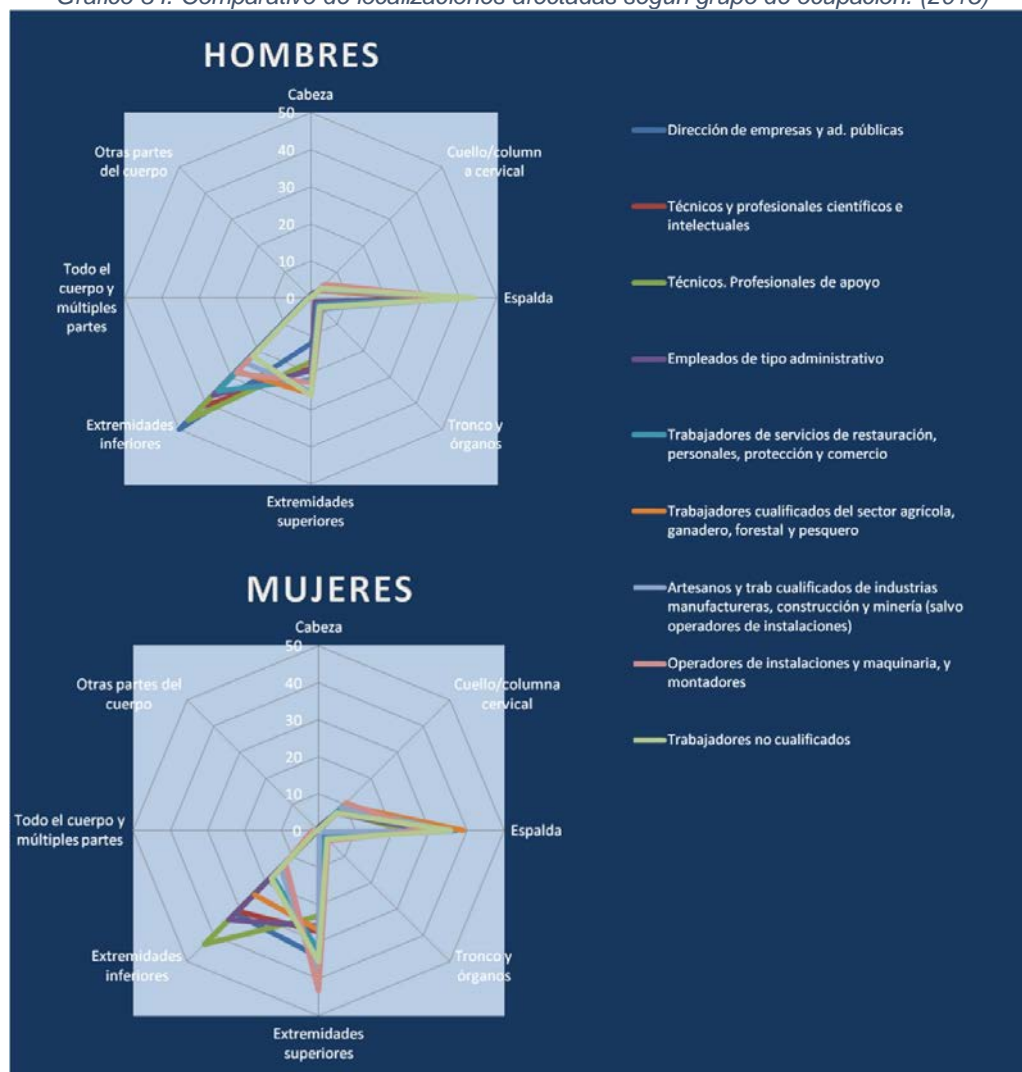
(*) Salvo operadores de instalaciones

Tabla 55. Localizaciones afectadas según grupo de ocupación, en porcentajes. Mujeres.

	Cabeza	Cuello/columna cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	Todo el cuerpo y múltiples partes	Otras partes del cuerpo	Total
Dirección de empresas y ad. públicas		7,9	23,7		34,2	31,6		2,6	100
Técnicas y profesionales científicas e intelectuales	0,1	9,2	30,0	2,2	27,3	30,9	0,2	0,1	100
Técnicas. Profesionales de apoyo	0,2	7,4	23,5	2,1	23,1	43,5	0,2		100
Empleadas de tipo administrativo	0,8	6,7	29,9	1,9	25,8	34,2	0,5	0,1	100
Trab. de servicios de restauración, personales, protección y comercio	0,2	9,0	37,1	2,5	32,7	17,5	1,1		100
Trab. cualificadas del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero		9,8	39,0		26,8	24,4			100
Arterasanas y trab cualif. ind. manufactureras, construcción y minería(*)		8,8	34,9	0,4	40,3	14,3	1,3		100
Operadoras de instalaciones y maquinaria, y montadoras		10,6	28,2	3,7	43,2	12,5	1,8		100
Trabajadoras no cualificadas	0,3	6,8	35,7	3,2	35,3	18,1	0,7	0,0	100
Total	0,2	8,2	34,8	2,6	32,5	20,8	0,8	0,0	100

(*) Salvo operadores de instalaciones

Gráfico 34. Comparativo de localizaciones afectadas según grupo de ocupación. (2015)



Actividades:

Prácticamente el 75 de los accidentes se acumularon en cinco secciones de actividad en los hombres (de los sectores servicios, construcción e industria), y en otras cinco en las mujeres (todas del sector servicios). (Tablas 56 y 57).

Esta distribución no es casual, y tiene que ver no solo con la distribución de afiliados/as en cada una de las actividades económicas, sino también con el tipo de tareas que mayoritariamente realizan unos y otras en cada una de las secciones.

Con el fin conocer más finamente cuáles fueron las actividades más afectadas por sobreesfuerzos, se calculó el índice de incidencia según sección de actividad (tabla 58), y éstas, fueron: en los hombres, el mayor índice de incidencia se observó en actividades de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, seguida de administración pública, defensa y Seguridad Social, y tras éstas, transporte y almacenamiento. En las mujeres, el mayor índice de incidencia se encontró en actividades de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, transporte y almacenamiento, y actividades sanitarias y de servicios sociales.

Tabla 56. Distribución de ATJT por sobreesfuerzos según sección de actividad. Hombres.

	Nº ATJT por sobreesfuerzos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	3.735	19,2	19,2
transporte y almacenamiento	2.864	14,7	34,0
Construcción	2.830	14,6	48,6
Industria manufacturera	2.622	13,5	62,1
Administración pública, defensa seguridad social	1.886	9,7	71,8
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1.346	6,9	78,7
Hostelería	969	5,0	83,7
Actividades sanitarias y de servicios sociales	700	3,6	87,3
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	556	2,9	90,1
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	446	2,3	92,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas	343	1,8	94,2
Información y comunicaciones	301	1,5	95,8
Otros servicios	267	1,4	97,1
Educación	224	1,2	98,3
Hogares que emplean personal doméstico	92	0,5	98,8
Agricultura, ganadería, caza, pesca	83	0,4	99,2
Actividades inmobiliarias	73	0,4	99,6
Actividades financieras y de seguros	57	0,3	99,9
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	15	0,1	99,9
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	7	0,0	100,0
Industrias extractivas	5	0,0	100,0
Total	19.421	100,0	

Tabla 57. Distribución de ATJT por sobreesfuerzos según sección de actividad. Mujeres.

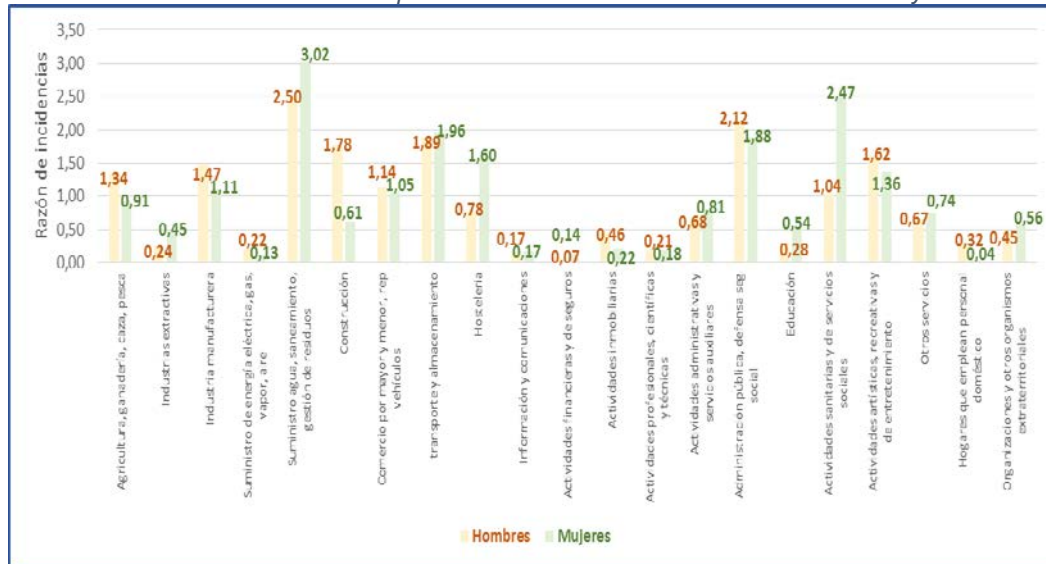
	Nº ATJT por sobreesfuerzos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Actividades sanitarias y de servicios sociales	3.563	31,9	31,9
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	1.784	16,0	47,8
Hostelería	1.161	10,4	58,2
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1.046	9,4	67,6
Administración pública, defensa seg social	1.012	9,1	76,6
transporte y almacenamiento	608	5,4	82,0
Educación	481	4,3	86,4
Industria manufacturera	457	4,1	90,4
Otros servicios	249	2,2	92,7
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	204	1,8	94,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas	171	1,5	96,0
Construcción	107	1,0	97,0
Información y comunicaciones	106	0,9	97,9
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	83	0,7	98,7
Actividades financieras y de seguros	67	0,6	99,3
Hogares que emplean personal doméstico	41	0,4	99,6
Actividades inmobiliarias	21	0,2	99,8
Agricultura, ganadería, caza, pesca	9	0,1	99,9
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	6	0,1	100,0
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	3	0,0	100,0
Industrias extractivas	2	0,0	100,0
Total	11.181	100,0	

Tabla 58. Incidencia de ATJT por sobreesfuerzos según actividad.

	Hombres			Mujeres		
	Nº ATJT sobre esfuerzos	Afiliados	II por sobre esfuerzos	Nº ATJT sobre esfuerzos	Afiliadas	II por sobre esfuerzos
Agricultura, ganadería, caza, pesca	83	3.980	2.085,6	9	1.090	825,6
Industrias extractivas	5	1.329	376,3	2	487	411,0
Industria manufacturera	2.622	11.462,4	2.287,5	457	45.383	1.007,0
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	15	4.444	337,6	3	2.575	116,5
Sumin. agua, saneamiento, gestión de residuos	446	11.480	3.885,0	83	3.035	2.734,8
Construcción	2.830	102.292	2.766,6	107	19.419	551,0
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	3.735	210.484	1.774,5	1.784	186.798	955,0
Transporte y almacenamiento	2.864	97.612	2.934,1	608	34.129	1.781,5
Hostelería	969	80.313	1.206,5	1.161	80.131	1.448,9
Información y comunicaciones	301	111.453	270,1	106	68.095	155,7
Actividades financieras y de seguros	57	50.980	111,8	67	52.240	128,3
Actividades inmobiliarias	73	10.174	717,5	21	10.551	199,0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	343	105.641	324,7	171	106.190	161,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1.346	126.598	1.063,2	1.046	142.611	733,5
Administración pública, defensa seg social	1.886	57.197	3.297,4	1.012	59.278	1.707,2
Educación	224	51.354	436,2	481	97.784	491,9
Activ. sanitarias y de servicios sociales	700	43.472	1.610,3	3.563	158.938	2.241,8
Activ. artísticas, recreativas y de entretenimiento	556	22.117	2.513,9	204	16.544	1.233,1
Otros servicios	267	25.681	1.039,7	249	36.974	673,4
Hogares que emplean personal doméstico	92	18.536	496,3	41	109.610	37,4
Organiz. y otros organismos extraterritoriales	7	1.002	698,5	6	1.181	508,2
Total	19.421	1.250.764	1.552,7	11.181	1.233.041	906,8

En el gráfico 35, hemos comparado los índices de incidencia con el índice de incidencia del total de estos ATJT por sobreesfuerzos, mediante el cálculo de la Razón de incidencias⁴, (que para el total será igual a 1): vemos cómo sobresalen las actividades de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, seguidas de actividades sanitarias y de servicios sociales (muy especialmente en mujeres).

Gráfico 35. Razón de Incidencias ATJT por sobreesfuerzos. Ramas de actividad con mayor incidencia (4)



Afectación corporal según actividad laboral:

Los ATJT por sobreesfuerzos producen daños en una zona u otra en diferentes proporciones, según la actividad económica de la empresa en la que desarrollen sus tareas los y las trabajadoras.

Entre los hombres es en la construcción, en el comercio mayor/menor y reparación de vehículos y en agricultura donde hay un mayor porcentaje de accidentes con afectación de la espalda en los ATJT por sobreesfuerzos. En las mujeres, ésta pesa más en agricultura, empleadas domésticas del hogar, y hostelería (en industrias extractivas también, pero solo hubo 2 casos) (tabla 59 y tabla 60).

4 Razón de incidencias = $\frac{\text{I de incidencia de sobreesfuerzos específico de actividad}}{\text{I de incidencia de sobreesfuerzos total de actividades}}$

Tabla 59. Localizaciones afectadas según sección de actividad, en porcentajes. Hombres.

	Cabeza	Cuello/columna cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	Todo el cuerpo y múltiples partes	Otras partes del cuerpo	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca		2,4	43,4	2,4	19,3	32,5			100
Industrias extractivas					40,0	60,0			100
Industria manufacturera	0,2	3,5	41,4	3,4	29,6	21,5	0,4	0,0	100
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire		6,7	33,3		26,7	33,3			100
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos		2,5	33,0	2,7	27,8	33,6	0,4		100
Construcción	0,2	3,3	44,8	3,7	21,2	26,4	0,5		100
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	0,1	3,8	44,8	3,6	25,1	22,3	0,3		100
Transporte y almacenamiento	0,2	5,0	41,4	3,0	22,5	27,3	0,5	0,1	100
Hostelería		3,4	41,5	2,5	23,2	29,0	0,4		100
Información y comunicaciones		5,0	36,9	2,0	17,3	37,9	1,0		100
Actividades financieras y de seguros			29,8		21,1	47,4	1,8		100
Actividades inmobiliarias	1,4		42,5	2,7	17,8	32,9	2,7		100
Actividades profesionales, científicas y técnicas		6,1	35,9	3,5	20,1	33,5	0,9		100
Actividades administrativas y servicios auxiliares	0,2	4,5	37,6	2,5	23,6	31,0	0,7		100
Administración pública, defensa seg social	0,2	4,6	28,7	3,2	20,3	42,6	0,5		100
Educación	0,4	4,5	28,6	1,3	20,1	44,6		0,4	100
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0,1	4,7	41,3	3,7	25,0	24,6	0,6		100
Activ. artísticas, recreativas y de entretenimiento		1,6	23,4	3,1	16,9	54,5	0,5		100
Otros servicios		5,2	34,8	5,6	24,3	28,8	1,1		100
Hogares que emplean personal doméstico	1,1		28,3	1,1	23,9	45,7			100
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales			42,9		14,3	42,9			100
Total	0,1	3,9	39,8	3,2	23,6	28,8	0,5	0,0	100

Tabla 60. Localizaciones afectadas según sección de actividad, en porcentajes. Mujeres.

	Cabeza	Cuello/columna cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	Todo el cuerpo y múltiples partes	Otras partes del cuerpo	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca		22,2	55,6			22,2			100
Industrias extractivas			50,0		50,0				100
Industria manufacturera		9,8	33,0	2,0	42,9	11,8	0,4		100
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire			33,3		33,3	33,3			100
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	1,2	8,4	33,7	1,2	34,9	18,1	2,4		100
Construcción	0,9	4,7	31,8	1,9	31,8	29,0			100
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	0,3	8,6	36,2	2,7	32,7	18,7	0,7		100
Transporte y almacenamiento		8,7	33,4	3,1	28,5	25,5	0,7	0,2	100
Hostelería	0,1	6,3	39,8	3,0	31,6	18,8	0,4		100
Información y comunicaciones	0,9	11,3	16,0	,9	31,1	38,7	0,9		100
Actividades financieras y de seguros	1,5	9,0	16,4	1,5	25,4	46,3			100
Actividades inmobiliarias		4,8	38,1	4,8	14,3	38,1			100
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0,6	6,4	32,2	2,3	31,0	26,9		0,6	100
Actividades administrativas y servicios auxiliares	0,4	6,9	34,1	2,2	31,5	24,5	0,5		100
Administración pública, defensa seg social		6,1	35,0	2,6	28,5	26,5	1,3	0,1	100
Educación	0,2	8,5	30,6	2,9	27,2	29,5	0,8	0,2	100
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0,2	9,6	35,8	2,5	34,9	15,9	1,2		100
Activ, artísticas, recreativas y de entretenimiento	0,5	3,4	26,0	2,9	19,1	47,5	0,5		100
Otros servicios	0,4	8,0	26,9	3,6	42,6	18,5			100
Hogares que emplean personal doméstico		2,4	41,5	4,9	29,3	22,0			100
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales			33,3			66,7			100
Total	0,2	8,2	34,8	2,6	32,5	20,8	0,8	0,0	100

Se han estudiado algunas zonas de manera desagregada por su alta frecuencia y especificidad, observándose distribuciones muy diferenciadas según actividad económica, tanto en hombres como en mujeres:

El hombro se vio afectado en mayor proporción que en el resto de trabajadores en los hombres que trabajan en actividades de comercio y reparación de vehículos (el 19,6), y de transporte y almacenamiento (el 15,9). Los empleados de comercio y reparación de vehículos y los de la industria manufacturera, son los que tienen mayor porcentaje de ATJT por sobreesfuerzos que afectan al brazo (19,3 y 18 respectivamente), a la mano (21,4 y 16,3) y a la muñeca (22,8 y 17,5).

En las mujeres, las actividades sanitarias y de servicios sociales y las de comercio (mayor/menor) y reparación de vehículos son las que presentan mayor porcentaje

de ATJT por sobre esfuerzos que producen lesión de hombro (39,4 y 14,8 respectivamente). Estos dos grupos de actividades son también las secciones en las que se presentan las lesiones en brazo (29,1 y 17,6), mano (33,5 y 15,4) y muñeca (32,9 y 17,6) en mayor proporción.

Con el fin de conocer mejor qué zonas corporales son las más afectadas según actividad, se calculó la incidencia de ATJT por sobre esfuerzos para cada una de las zonas en cada actividad (por cada 100.000 afiliados o afiliadas en cada actividad), y éste se comparó posteriormente con el índice de incidencia total de ATJT por sobre esfuerzos (razón de incidencias). Los resultados se muestran en las tablas tabla 61 y tabla 62.

Tabla 61. Razón de incidencias de ATJT por sobre esfuerzos según zona lesionada en cada sección de actividad. Hombres.

	Cabeza	Cuello/colu ma cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidade s superiores	Extremidade s inferiores	Todo el cuerpo y múltiples	Otras partes del cuerpo	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca	0,00	0,03	0,58	0,03	0,26	0,44	0,00	0,00	1,34
Industrias extractivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,15	0,00	0,00	0,24
Industria manufacturera	0,00	0,05	0,61	0,05	0,44	0,32	0,01	0,00	1,47
Suministro energía eléctrica, gas, vapor, aire	0,00	0,01	0,07	0,00	0,06	0,07	0,00	0,00	0,22
Suministro agua saneamiento gestión residuos	0,00	0,06	0,82	0,07	0,70	0,84	0,01	0,00	2,50
Construcción	0,00	0,06	0,80	0,07	0,38	0,47	0,01	0,00	1,78
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	0,00	0,04	0,51	0,04	0,29	0,26	0,00	0,00	1,14
Transporte y almacenamiento	0,00	0,10	0,78	0,06	0,42	0,52	0,01	0,00	1,89
Hostelería	0,00	0,03	0,32	0,02	0,18	0,23	0,00	0,00	0,78
Información y comunicaciones	0,00	0,01	0,06	0,00	0,03	0,07	0,00	0,00	0,17
Actividades financieras y de seguros	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02	0,03	0,00	0,00	0,07
Actividades inmobiliarias	0,01	0,00	0,20	0,01	0,08	0,15	0,01	0,00	0,46
Activ. profesionales, científicas y técnicas	0,00	0,01	0,07	0,01	0,04	0,07	0,00	0,00	0,21
Activ. administrativas y servicios auxiliares	0,00	0,03	0,26	0,02	0,16	0,21	0,00	0,00	0,68
Administración pública, defensa seg social	0,00	0,10	0,61	0,07	0,43	0,91	0,01	0,00	2,12
Educación	0,00	0,01	0,08	0,00	0,06	0,13	0,00	0,00	0,28
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0,00	0,05	0,43	0,04	0,26	0,25	0,01	0,00	1,04
Activs. artísticas, recreativas y entretenimiento	0,00	0,03	0,38	0,05	0,27	0,88	0,01	0,00	1,62
Otros servicios	0,00	0,04	0,23	0,04	0,16	0,19	0,01	0,00	0,67
Hogares que emplean personal doméstico	0,00	0,00	0,09	0,00	0,08	0,15	0,00	0,00	0,32
Organiz. y otros organismos extraterritoriales	0,00	0,00	0,19	0,00	0,06	0,19	0,00	0,00	0,45
Total	0,00	0,04	0,40	0,03	0,24	0,29	0,00	0,00	1,00

Tabla 62. Razón de incidencias de ATJT por sobreesfuerzos según zona lesionada en cada sección de actividad. Mujeres.

	Cabeza	Cuello/columna cervical	Espalda	Tronco y órganos	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	Todo el cuerpo y múltiples partes	Otras partes del cuerpo	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca	0,00	0,20	0,51	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,91
Industrias extractivas	0,00	0,00	0,23	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,45
Industria manufacturera	0,00	0,11	0,37	0,02	0,48	0,13	0,00	0,00	1,11
Suministro energía eléctrica, gas, vapor, aire	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04	0,04	0,00	0,00	0,13
Suministro agua saneamiento gestión residuos	0,04	0,25	1,02	0,04	1,05	0,55	0,07	0,00	3,02
Construcción	0,01	0,03	0,19	0,01	0,19	0,18	0,00	0,00	0,61
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	0,00	0,09	0,38	0,03	0,34	0,20	0,01	0,00	1,05
Transporte y almacenamiento	0,00	0,17	0,66	0,06	0,56	0,50	0,01	0,00	1,96
Hostelería	0,00	0,10	0,64	0,05	0,51	0,30	0,01	0,00	1,60
Información y comunicaciones	0,00	0,02	0,03	0,00	0,05	0,07	0,00	0,00	0,17
Actividades financieras y de seguros	0,00	0,01	0,02	0,00	0,04	0,07	0,00	0,00	0,14
Actividades inmobiliarias	0,00	0,01	0,08	0,01	0,03	0,08	0,00	0,00	0,22
Activ. profesionales, científicas y técnicas	0,00	0,01	0,06	0,00	0,06	0,05	0,00	0,00	0,18
Activ. administrativas y servicios auxiliares	0,00	0,06	0,28	0,02	0,25	0,20	0,00	0,00	0,81
Administración pública, defensa seg social	0,00	0,12	0,66	0,05	0,54	0,50	0,02	0,00	1,88
Educación	0,00	0,05	0,17	0,02	0,15	0,16	0,00	0,00	0,54
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0,00	0,24	0,88	0,06	0,86	0,39	0,03	0,00	2,47
Activs. artísticas, recreativas y entretenimiento	0,01	0,05	0,35	0,04	0,26	0,65	0,01	0,00	1,36
Otros servicios	0,00	0,06	0,20	0,03	0,32	0,14	0,00	0,00	0,74
Hogares que emplean personal doméstico	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,04
Organiz. y otros organismos extraterritoriales	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,37	0,00	0,00	0,56
Total	0,00	0,08	0,35	0,03	0,33	0,21	0,01	0,00	1,00

En los hombres, las actividades que muestran una razón mayor son suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, y administración pública, defensa y seguridad social. Las actividades en las que es mayor la razón de incidencia para lesiones de espalda, son suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, construcción y transporte y almacenamiento. La afectación de las extremidades inferiores es superior en actividades artísticas y recreativas y en suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos.

Para las mujeres, la razón de incidencias de lesiones en la espalda es mayor en suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, actividades sanitarias y de

servicios sociales, y transporte y almacenamiento; el hombro, brazo y mano en suministro de aguas; y la pierna en actividades artísticas y suministro de agua, saneamiento agua, saneamiento y gestión de residuos, y actividades sanitarias y de servicios sociales. Son estas dos actividades las que presentan una mayor carga de ATJT por sobreesfuerzos, con una razón de 3,02 y 2,47 respectivamente.

REFORZANDO LA PREVENCIÓN

Con el fin de identificar mejor los ámbitos en los que se debería poner especial atención en la prevención de este tipo de accidentes, proponemos considerar aquellas actividades que concentran una mayor siniestralidad de ATJT por sobreesfuerzos, tanto por el nº de accidentes, por el número de personas que ocupan, y por el índice de incidencia que presentan (tabla 63).

Tabla 63. Actividades a priorizar para la prevención de ATJT por sobreesfuerzos.

	Hombres	Mujeres
Mayor nº de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> Comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos de motor. Transporte y almacenamiento Construcción Industria manufacturera Administración pública y seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades sanitarias y de servicios sociales Comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos de motor. Hostelería Actividades administrativas y servicios auxiliares Administración pública y seguridad social
Mayor población afiliada	<ul style="list-style-type: none"> Comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos de motor. Actividades administrativas, servicios auxiliares Industria manufacturera Inform. y comunicaciones Activ. profesionales, científicas y técnicas Construcción Transporte y almacenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos de motor. Actividades sanitarias y servicios sociales. Actividades administrativas y ser auxiliares Hogares Activ. profesionales, científicas y técnicas Educación
Mayor índice de incidencia	<ul style="list-style-type: none"> Suministro de agua Administración pública Transporte y almacenamiento Construcción/Actividades artísticas Industria manufacturera 	<ul style="list-style-type: none"> Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos. Actividades sanitarias y servicios sociales. Transporte y almacenamiento Administración pública Hostelería.

Para los hombres, destacan como actividades valoradas a priorizar considerando todos los criterios: comercio y reparación de vehículos de motor, transporte y almacenamiento, construcción, e industria manufacturera. Para sus compañeras, actividades sanitarias y de servicios sociales, hostelería, comercio, suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos y actividades administrativas y servicios auxiliares.

Por otro lado, es importante recordar que la mayor parte de los ATJT por sobreesfuerzos se produjo por tener que levantar/transportar -pesos o personas-, o realizar un movimiento simultáneamente con un esfuerzo, y que fue en tareas de producción, transformación, tratamiento y almacenamiento en los hombres, y en las mujeres en actividades de servicio a personas o empresas. Las actuaciones preventivas pasarían por mejor dotación de equipos y maquinarias para reducir el peso a manipular (objetos o personas), equipos de refuerzo y protección personal, y por supuesto por la mejora de aspectos organizativos que distribuyan tareas y tiempos de trabajo y descanso. También parece interesante, una vez tomadas las medidas preventivas necesarias, la promoción de ejercicios que promuevan un mejor estado físico para las personas que tienen que afrontar este tipo de tareas, facilitando a las plantillas el acceso a estas actividades (instalaciones, horarios...).

Invitamos, a quienes trabajan en la prevención de riesgos laborales, a incorporar en sus tareas la información aquí contenida, con el fin de facilitar la toma de decisiones en el proceso de mejora e implementación de programas preventivos adecuados a los riesgos específicos existentes en cada actividad.

Unidad Técnica de Salud Laboral
Febrero 2017

**INFORME DE SEGUIMIENTO
PROGRAMA REGIONAL AMIANTO.
ENERO 2017**

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), fibrosis pleural difusa o pericárdica con restricción respiratoria o cardíaca y, desde diciembre de 2015, el cáncer de laringe (incorporado a dicha relación por el Real Decreto 1150/2015, que modifica el Real Decreto 1299/2006, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, y que hasta entonces contemplaba esta patología en el anexo II *enfermedades cuyo origen profesional se sospecha*); con la modificación, ha pasado al anexo I (Cuadro de enfermedades profesionales).

Puesto que la aparición de estas enfermedades puede producirse hasta 30 o más años después del inicio de la exposición a las fibras de amianto, en la mayoría de los nuevos casos no existe ya relación laboral con la empresa en la que estuvieron expuestos (han cambiado de empresa 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.⁵

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 estas personas.
3. Canalizar el reconocimiento de la contingencia profesional de los casos en los que se detecte patología laboral derivada de la exposición al amianto.

Este documento refleja los avances del programa en cada uno de los objetivos a enero de 2016.

⁵ Para más información sobre el Plan, consultar en ediciones anteriores de los [Cuadernos de Salud Laboral](#), en la página web de la comunidad de Madrid www.madrid.org.

OE1. RETEA

Actualmente la población de nuestro registro está distribuida de la siguiente manera (tabla 64):

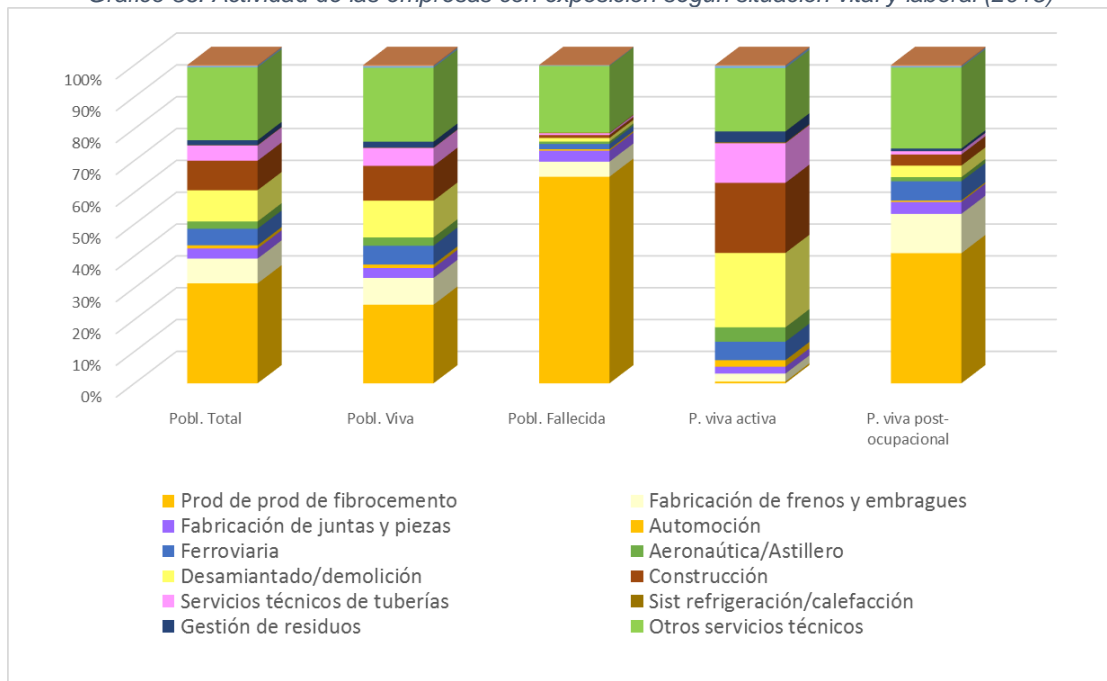
Tabla 64. Distribución de la población de la cohorte de expuestos laboralmente a amianto.

	Hombres	Mujeres	Sin consignar	Total
Personas vivas	5.180	200	4	5.384
Personas fallecidas	1.057	18	5	1.080
Total cohorte:	6.237	218	9	6.464

Entre los vivos, 3.223 están jubilados o trabajan en empresas diferentes a aquellas en las que estuvieron expuestos a amianto, y 2.161 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 36:

Gráfico 36. Actividad de las empresas con exposición según situación vital y laboral (2015)

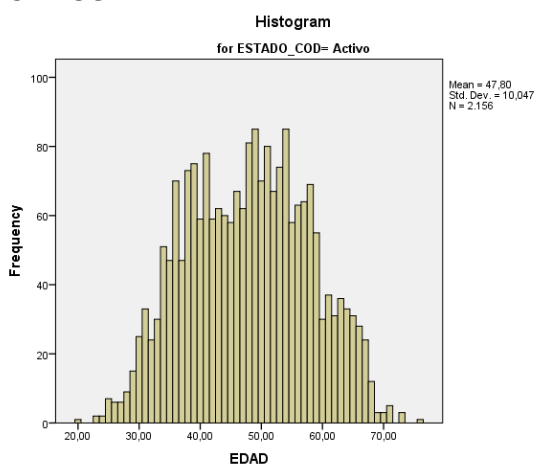


La mayor proporción de expuestos (de la cohorte en su totalidad) trabajó con amianto en empresas productoras de fibrocemento (el 31,4). La población ya fallecida se expuso mayoritariamente en este mismo tipo de industrias (el 64,8). Entre aquellos que permanecen vivos el peso porcentual de los expuestos en esta actividad se reduce al 24,7. 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 40,9 de los trabajadores post-ocupacionales tuvieron su exposición en empresas fabricantes de productos de fibrocemento, mientras que apenas superan el 0,5 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 en la que hay posible exposición al amianto ha cambiado sensiblemente y, de aquellos que aún siguen vinculados a la empresa en la que están o estuvieron expuestos, un 22,0 trabajan en empresas de construcción, y un 23,4 en empresas dedicadas a la demolición y desamiantado.

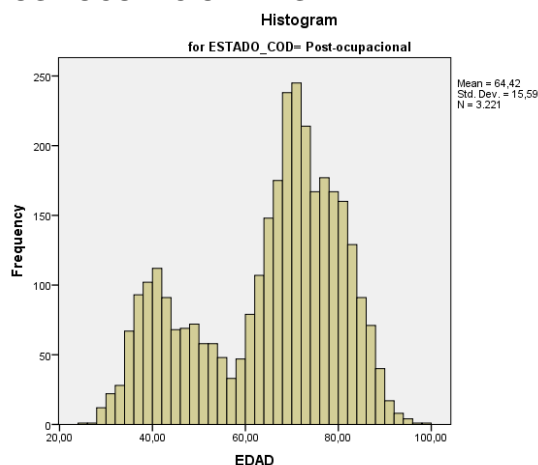
La edad media de la población viva es de 57,76 años (DE:15,89). Analizando separadamente activos y postocupacionales, la distribución de edades se comporta de manera muy diferente en ambos grupos (gráfico 37):

Gráfico 37. Distribución de edades en población activa y post-ocupacional.

ACTIVOS



POST-OCUPACIONALES



OE2. VIGILANCIA DE LA SALUD

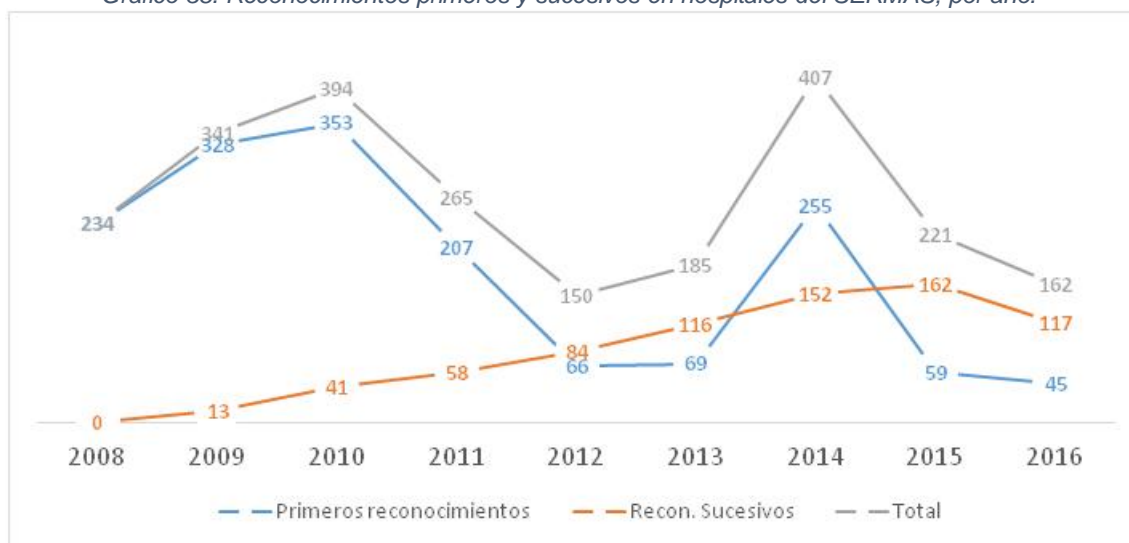
La normativa establece la realización de reconocimientos médicos periódicos específicos a las personas expuestas al amianto por su actividad laboral, tanto si mantienen la relación laboral con la empresa en la que han estado o están posiblemente expuestas, como si ya no existe vínculo laboral con la misma, bien por cambio de empresa o por jubilación. En el primer caso, cuando existe vinculación laboral con la empresa, la vigilancia de la salud corre a cargo del servicio de prevención correspondiente. En el caso de aquellos que ya no mantienen relación laboral alguna con la empresa en la que se produjo dicha exposición, es responsabilidad del sistema público de salud la realización de dichos reconocimientos específicos de vigilancia de la salud.

A continuación se presenta la información obtenida a partir de la realización de dichos seguimientos.

Datos de los servicios de neumología del SERMAS. Postocupacionales.

Desde la puesta en marcha de la actividad de vigilancia de la salud en el marco de este Programa, en junio de 2008, han sido registrados 2.175 reconocimientos realizados a 1.576 personas. A 394 personas (366 hombres y 28 mujeres) se les ha hecho más de un reconocimiento (gráfico 38).

Gráfico 38. Reconocimientos primeros y sucesivos en hospitales del SERMAS, por año.



Hasta marzo de 2014, había designadas 4 Unidades de Referencia en esta Comunidad Autónoma para la vigilancia de la salud de esta población, que estaban situadas en los Servicios de Neumología de los hospitales: H. Universitario 12 de Octubre, H. Universitario de Getafe, H. Universitario La Paz y H. Carlos III (actualmente integrado en La Paz).

Debido a la incorporación de una nueva e importante remesa de expuestos incluidos en el RETEA, y a la presión asistencial existente en los hospitales hasta entonces involucrados, se tomó la decisión de extender esta actividad preventiva a todos los hospitales de la red SERMAS.

Así, 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 la nueva remesa hubiera supuesto para 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. Inicialmente, se distribuyó la nueva remesa de post-ocupacionales según ubicación geográfica, continuando las 4 unidades de referencia con los seguimientos de los que hasta ahora ya habían visto, independientemente de sus domicilios.

A medida que avanza el programa, se pretende ir redirigiendo cada expuesto a su hospital de referencia, con el fin de mejorar la accesibilidad del Programa a estas personas.

Tras depurar los reconocimientos registrados (no contabilizando aquellas citas para valorar resultados de pruebas), en el año 2016 han sido registrados un total de 162 reconocimientos; de ellos, 45 corresponden a expuestos que fueron vistos por vez primera, y 117 a reconocimientos sucesivos. Es importante señalar que la periodicidad de los mismos depende de la edad de las personas, del tiempo de exposición, del tiempo transcurrido desde el inicio de la misma, de si existe patología y, de existir, del grado de afectación.

Los 162 reconocimientos de dicho año correspondieron a 152 hombres y 10 mujeres. En estos reconocimientos se han encontrado nuevos hallazgos relacionados con el amianto en algunos de los expuestos/as (tabla 65):

Tabla 65 Personas afectadas por lesiones o patologías relacionadas con el amianto

Hallazgos (*)	Hombres	Mujeres	Total
Asbestosis	3	0	3
Fibrosis pleural difusa con repercusión pulmonar	2	0	2
Derrame pleural benigno	1	0	1
Atelectasia redonda	1	0	1
Placas pleurales	16	1	17
Mesotelioma pleural	1	0	1
Neoplasia pulmonar	0	0	0
Neoplasia de laringe	0	0	0
Total personas con alguna afectación	19	1	20

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

En seis de los expuestos revisados este año se está haciendo seguimiento de nódulos pulmonares solitarios detectados en revisiones anteriores.

Datos de los servicios de prevención. Población activa.

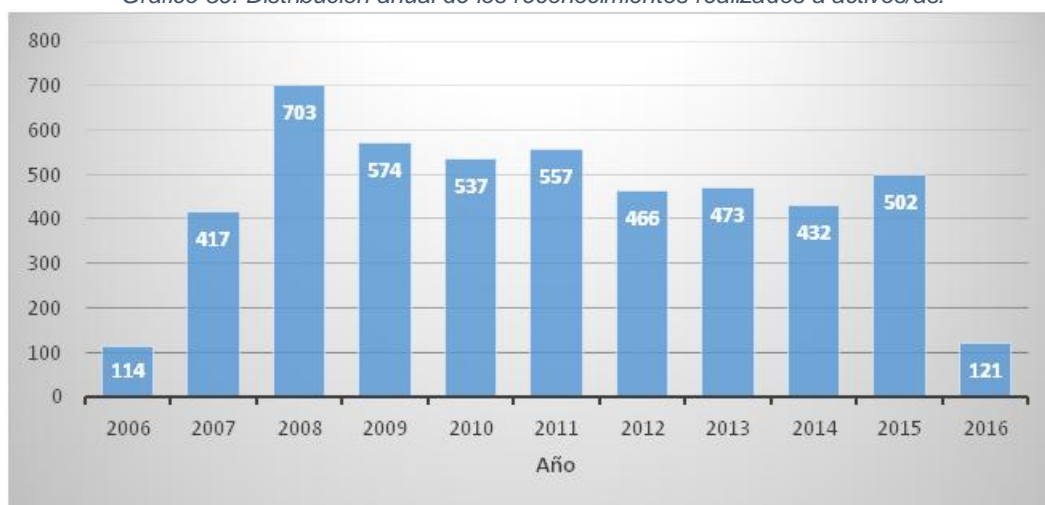
Los servicios de prevención de las empresas en las que hay o ha habido actividad con posible exposición al amianto tienen obligación de hacer la vigilancia de la salud específica a la plantilla expuesta, con la periodicidad prevista para cada caso. El RD 396/2006 dispone asimismo que éstos enviarán las fichas con los resultados de la esta vigilancia de la salud al final de cada año a la autoridad sanitaria.

Así, desde el año 2007 se han recibido en el Servicio de Salud Laboral, según lo dispuesto, un total de 4.939 fichas de vigilancia de la salud correspondientes a 2.827 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 66 corresponden a mujeres.

Durante el año 2016 se recibieron 539 fichas. El 75,1 de éstas corresponden a reconocimientos realizados en el año 2015, y el 22,4 a realizados en el 2016. El resto de fichas correspondientes a este último llegarán en las primeras semanas del 2017, como se ha constatado en años anteriores. Trece fichas correspondían a reconocimientos realizados en años anteriores que no habían sido remitidas en su momento. En las fichas registradas este año se hallaron tres casos con placas pleurales, un cáncer de pulmón y otra neoplasia no relacionada, en principio, con la exposición al amianto.

En el gráfico 39 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 39. 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 43,7 años (DE: 12,51). En el 2016, la media de edad de los reconocidos fue significativamente mayor que la observada en el conjunto del periodo -47,04 años (DE: 9,10)-.

En estas fichas se han registrado los siguientes hallazgos:

- Dos casos de asbestosis, ambos mayores de 50 años, uno de ellos trabajador de una fábrica de productos de fibrocemento, y el otro de una empresa dedicada a la instalación y mantenimiento de redes de agua.
- En un caso se notificó una fibrosis pulmonar difusa (en un trabajador de mantenimiento de la red municipal de agua), y en cuatro se había observado atelectasia redonda (tres de ellos trabajadores de fábrica de productos de fibrocemento, y uno de ellos en una empresa de construcción especializada).
- Se detectaron 13 casos con placas pleurales. Con una edad media de 57,0 (DE: 3,9). Estas personas han tenido exposición al amianto en una empresa de fabricación de productos de fibrocemento, en una empresa de mantenimiento de tuberías en redes de agua potable, en una empresa de aeronáutica, en una de fabricación de frenos y embragues, y en la gestión de residuos.
- Se detectó también 3 casos de Ca de pulmón, en trabajadores de una empresa de construcción de vehículos ferroviarios, y en otra de servicios técnicos.
- En cinco casos se derivó a la MUTUA correspondiente para completar el estudio de la enfermedad profesional.
- OTRAS NEOS: En siete casos se informó de otras neoplasias en los trabajadores.

Daños en la población total expuesta.

Recogida la información de los reconocimientos (realizados por el SERMAS y por los servicios de prevención), así como la aportada por otros servicios de neumología, por los propios expuestos y por los registros de mortalidad, analizamos la aparición de lesiones derivadas de la exposición laboral al amianto.

Considerando la cohorte total, se tiene conocimiento de las siguientes patologías relacionadas con el amianto (tabla 66):

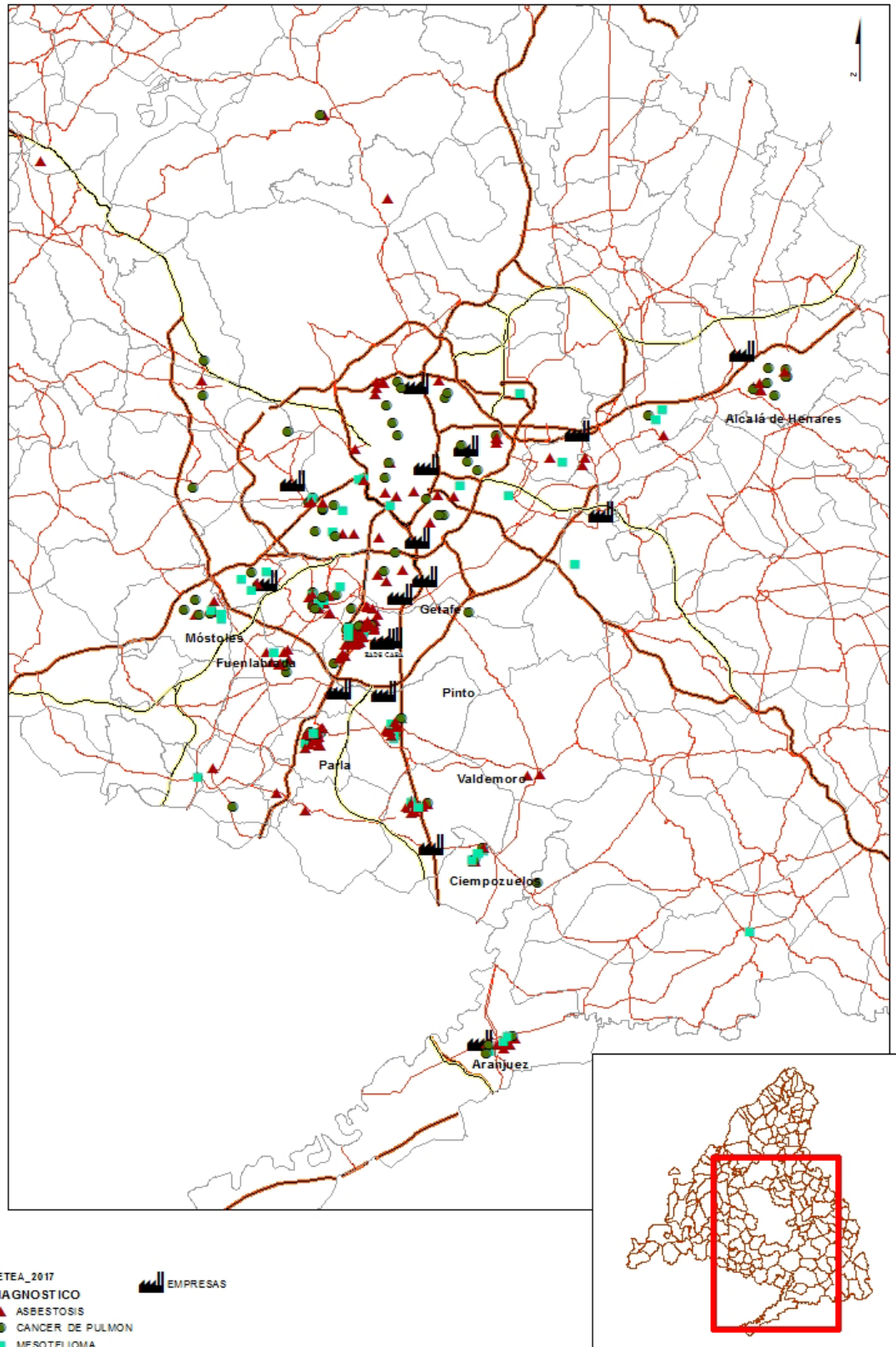
Tabla 66. *Patologías y lesiones conocidas relacionadas con amianto en la cohorte.*

	Población viva	Población fallecida	Total
Placas pleurales	291	66	357
Asbestosis	160	113	273
Fibrosis pleural difusa con repercusión funcional	22	12	34
Cáncer de pulmón	16	123	139
Mesotelioma	8	90	98
Otros cánceres de vías respiratorias altas (incluida boca)	10	15	25

Con el fin de valorar si existe relación geográfica entre las empresas en que se expusieron los trabajadores y los afectados/as, se han tomado los datos de salud actualizados a marzo de 2017 (considerando los enfermos de asbestosis, cáncer de bronquio/pulmón y mesoteliomas), y se han considerado solo las grandes empresas en las que anteriormente hubo exposición al amianto, dado el largo periodo de latencia. (Mapa 1).

En la imagen se confirma lo observado el pasado año, concentrándose empresas y afectados en la zona sur de la región. Esta coincidencia podría ser casual puesto que la exposición es laboral, sin embargo no lo es, ya que en esos años de exposición laboral masiva los empleos solían ser duraderos y las familias habitualmente tenían su vivienda cercana al centro de trabajo.

Mapa 1. Distribución geográfica de empresas con exposición antigua a amianto y afectados/as.



(Elaborado por Soto Zabalgogezcoa, M.J)

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 con sospecha de concurrencia de patologías relacionadas con el contacto o exposición a fibras de amianto en el desarrollo de su actividad laboral. Se han firmado actualizaciones y prórrogas del dicho convenio con el fin de mantener su vigencia.

En base a dicho convenio se creó un grupo de trabajo que periódicamente 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 (tabla 67 y tabla 68):

Tabla 67. Grado de invalidez

	Frecuencia
No incapacidad	40
Incapacidad total	73
Incapacidad absoluta	86
Gran invalidez	2
Total	201

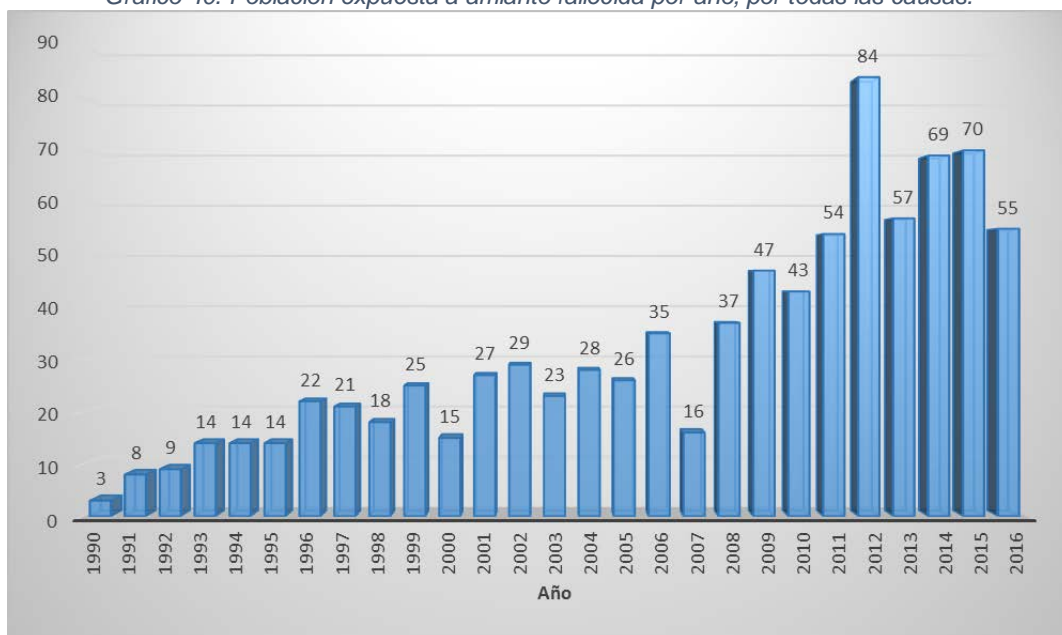
Tabla 68. Tipo de contingencia.

	Frecuencia
Ni información	2
Accidente no laboral	1
Enfermedad común	19
Accidente de trabajo	18
Enfermedad profesional	161
Total	201

Mortalidad en la cohorte.

Las muertes en nuestra cohorte se han distribuido desde 1989 según se muestra en el gráfico 40. Las cifras no son exhaustivas, pues las muertes producidas fuera de esta Comunidad Autónoma no siempre son conocidas por el Programa, dado que no constan en el registro de mortalidad de Madrid.

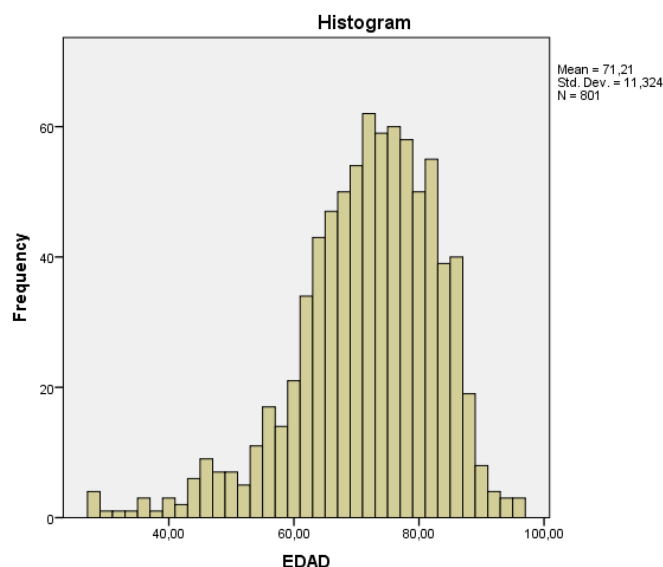
Gráfico 40. Población expuesta a amianto fallecida por año, por todas las causas.



El 97,9 de la población fallecida está constituida por hombres, y representan el 16 de los hombres expuestos. En el caso de las mujeres, las fallecidas solo llegan al 7,4 del total de su grupo en la cohorte.

La media de edad de muerte es de 71,21 años (DE:11,32) y sigue la siguiente distribución (gráfico 41):

Gráfico 41. Edad de muerte de la población fallecida.



Del total de fallecidos, se conocen las siguientes causas de muerte relacionadas con amianto (tabla 69):

Tabla 69. Causas de muerte de relacionadas con la exposición al amianto.

	N
Cáncer de Pulmón ⁽¹⁾	123
Mesotelioma ⁽¹⁾	90
Asbestosis ⁽¹⁾	38
Cáncer de vía respiratoria alta - laringe ⁽¹⁾	15
Otras patologías respiratorias ⁽²⁾	127
Resto	564
Total:	957⁽³⁾

(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 y su modificación posterior.

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

(3) 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 144 personas que ya han fallecido. Se conoce patología relacionada con amianto en 78 de ellos: 33 fallecieron con el diagnóstico de asbestosis o de fibrosis pleural difusa con repercusión funcional, y 13 fallecieron por mesotelioma (tumor relacionado directamente con la exposición al amianto).

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). En el año 2016 se realizó una redistribución de un grupo importante de expuestos localizados inicialmente y que habían sido asignados a las antiguas Unidades de Referencia de La Paz/Carlos III, quedando finalmente adscritos al H de La Paz. Así, fueron acercados los reconocimientos postocupacionales a los domicilios de un total de 629 personas, de las que más de la mitad no habían tenido este tipo de seguimiento postocupacional. En el 2017 año se prevé finalice esta redistribución con la reasignación de 150 personas más.

En la actualidad hay 25 hospitales de la red SERMAS en el Programa, de los cuales, solo uno está pendiente de iniciar su actividad de vigilancia específica para esta población.

Es de señalar que estos reconocimientos médicos suponen un esfuerzo por parte de todos los hospitales implicados, tanto en la organización y desarrollo 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.

Asimismo la comunicación de expuestos y afectados desde Atención Primaria e Inspección Médica contribuye sin lugar a dudas a completar la instauración del Programa en la región.

Es indiscutible también el papel de las empresas (mediante sus Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, con los que se mantiene una comunicación fluida para el seguimiento de la salud de los expuestos), así como el de los sindicatos,

que contribuyen en muchos casos con información documentada de exposiciones laborales al amianto.

Queremos agradecer especialmente la colaboración del Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Dirección General de Salud Pública, que realiza los cruces con los registros de mortalidad para el conocimiento de las causas de muerte de las personas de la cohorte, y del Servicio de Sanidad Ambiental de la misma Dirección General, que ha elaborado el mapa referenciando afectados y empresas.

Asimismo queremos reconocer la contribución de la persona responsable de la Dirección General de Hospitales, de los médicos evaluadores de la Unidad Médica de Evaluación de la Dirección Provincial de Madrid del INSS participantes del grupo de trabajo de coordinación con dicha institución, y de las personas responsables de los CAISS colaboradores. La coordinación y colaboración de todos ellos ha facilitado, sin duda, la ejecución y desarrollo de este Programa.

**Unidad Técnica de Salud Laboral
Madrid, enero de 2016**

**VIGILANCIA DE ACCIDENTES CON
RIESGO BIOLÓGICO EN CENTROS
SANITARIOS DE LA COMUNIDAD
DE MADRID. AÑO 2016**

INTRODUCCIÓN

El riesgo biológico por una inoculación o exposición accidental a materiales o fluidos corporales potencialmente contaminados es uno de los más frecuentes y el más específico para el personal sanitario y, aunque en menor grado, también constituye un riesgo para el personal no sanitario que trabaja en centros sanitarios (personal de limpieza, celadores etc...).

Con el fin de promover la eliminación de este riesgo biológico, la Comunidad de Madrid, a través de la *Orden 827/2005 de 11 de mayo*, introdujo de forma obligatoria los productos con dispositivos de bioseguridad para minimizar la incidencia de accidentes con riesgo biológico (AB) en el personal de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, siendo la Comunidad de Madrid pionera en España y en Europa, en la regulación de este tipo de actuaciones. Posteriormente otras han seguido esta estela y han legislado en ese mismo sentido. En el año 2013, para trasponer la *Directiva 2010/32/UE, del Consejo, de 10 de mayo, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario*, se publicó la *Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio*, que conlleva la universalización de los dispositivos de bioseguridad en todos los centros sanitarios del país.

La Orden autonómica 827/2005, estableció asimismo un sistema de Notificación de Accidentes Biológicos (NOTAB). Este Registro centralizado, gestionado por el Servicio de Salud Laboral, se inició el 1 de julio de 2006 y ha acumulado, desde entonces y hasta junio de 2017, un total de unas 31.000 notificaciones, con una media anual de aproximadamente 2.900 accidentes. Desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2017, los accidentes ocurridos en los centros se notificaron en una nueva aplicación –NTAB- creada a partir de la experiencia obtenida, con el fin de actualizar y mejorar la anterior. La necesidad de hacer mejoras en esa nueva aplicación derivó en la aplicación actual denominada NOAB, que ha sido finalmente implantada en los centros sanitarios en febrero de 2017. Este último cambio de aplicación requirió un amplio periodo de comprobación del funcionamiento tras la migración de los datos, lo que ha hecho que este año se retrase considerablemente

la posibilidad de grabación de los datos del año 2016 por los Servicios de Prevención, suponiendo un retraso en la realización de este informe anual.

La Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales de la Consejería de Sanidad facilita mensualmente los datos de personal de los centros sanitarios del SERMAS⁽⁶⁾, y este año 2016 se obtienen, por primera vez en el informe anual de la Comunidad, las tasas de accidentes por cien trabajadores del SERMAS, según las especificaciones que se van señalando en el texto. Para su cálculo se ha utilizado como denominador la media anual de los datos mensuales de 2016.

Es preciso insistir en que, así como los datos de accidentes de forma absoluta se refieren a todos los accidentes notificados, cuando se dan los datos en tasas, éstas se refieren solamente a los accidentes producidos en centros sanitarios del SERMAS.

DESCRIPCIÓN DE LOS ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2016

Información general

Se evaluaron todas las notificaciones realizadas por los Servicios de prevención (tabla 70) correspondientes a los accidentes ocurridos en el año 2016, con fecha de exposición comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 y registradas en la aplicación **NOAB**, con los datos de la base obtenidos a junio de 2017. En total se han contabilizado **3.016** notificaciones de accidentes. La tasa ha sido de **4,3** por 100 trabajadores.

⁽⁶⁾Datos disponibles en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354589537790&language=es&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPTSA_ser_vicioPrincipal&vest=1354589537790

Tabla 70. Notificaciones realizadas por los Servicios de Prevención

Servicio de prevención	nº	%
Servicio de Prevención Hospital Infanta Leonor	430	14,3
Servicio de Prevención Hospital 12 de Octubre	376	12,5
Servicio de Prevención Hospital La Paz	315	10,4
Servicio de Prevención H. Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda	256	8,5
Servicio de Prevención Hospital Clínico San Carlos	243	8,1
Servicio de Prevención Hospital Universitario de la Princesa	232	7,7
Servicio de Prevención Hospital Ramón y Cajal	231	7,7
Servicio de Prevención Hospital General Universitario Gregorio Marañón	187	6,2
Servicio de Prevención Hospital Severo Ochoa	161	5,3
Servicio de Prevención Hospital Universitario de Getafe	136	4,5
Servicio de Prevención Hospital Príncipe de Asturias	133	4,4
Servicio de Prevención Hospital de Móstoles	108	3,6
Servicio de Prevención Hospital de Fuenlabrada	101	3,3
Servicio de Prevención Fundación Hospital de Alcorcón	91	3,0
Servicio de Prevención del Grupo Hospital Madrid	15	0,5
Servicio de Prevención Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora	1	
Total	3016	100

Centros asignados a cada Servicio de Prevención, además de los propios hospitales:

1. Servicio de Prevención Hospital Infanta Leonor:
hospitales del Sureste, Infanta Sofía, del Henares, del Tajo, Infanta Cristina, Centro de transfusiones, Equipo quirúrgico nº 3 y 70 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
2. Servicio de Prevención Hospital 12 de Octubre:
70 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
3. Servicio de Prevención Hospital La Paz:
los hospitales Carlos III, Cantoblanco, La Fuenfría, H. de la Cruz Roja, y otros 57 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 3.4. Servicio de Prevención Hospital Ramón y Cajal:
31 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 4.5. Servicio de Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro – Majadahonda:
los hospitales de Guadarrama, El Escorial, y 58 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios.).
- 5.6. Servicio de Prevención Hospital Universitario de la Princesa:
hospitales de Santa Cristina, Niño Jesús, y 180 servicios asistenciales (unidades SUMMA, C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 6.7. Servicio de Prevención H.G.U. Gregorio Marañón:
asignados los trabajadores de los hospitales del instituto Oftálmico y el Instituto provincial de Rehabilitación.
- 7.8. Servicio de Prevención Hospital Clínico San Carlos:
32 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 8.9. Servicio de Prevención Hospital Severo Ochoa:
Hospital Psiquiátrico José Gemain y otros 24 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 9.10. Servicio de Prevención Hospital Universitario de Getafe:
27 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.)
- 10.11. Servicio de Prevención Hospital de Móstoles:
127 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 11.12. Servicio de Prevención Hospital Príncipe de Asturias:
34 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.).
- 12.13. Servicio de Prevención Hospital de Fuenlabrada.
- 13.14. Servicio de Prevención del Grupo Hospital Madrid:
Tiene asignados los hospitales de H. Puerta del Sur Móstoles, H. U de Madrid, H. U Madrid Montepíncipe, H. U Madrid-Torrelodones, H. U Madrid-Norte Sanchinarro, H Madrid Nuevo Belén.
- 14.15. Servicio de Prevención Fundación Hospital de Alcorcón.
- 15.16. Servicio de Prevención Hospital Psiquiátrico. Dr. R. Lafora..

Tabla 71. Mes del accidente

Mes	nº	%
enero	243	8,1
febrero	279	9,3
marzo	257	8,5
abril	281	9,3
mayo	271	9,0
junio	250	8,3
julio	231	7,7
agosto	198	6,6
septiembre	242	8,0
octubre	265	8,8
noviembre	283	9,4
diciembre	216	7,2
Total	3016	100

Tipo de Lesión: el 71,8% se trató de punciones.

Tabla 72. Tipo de lesión

Tipo de lesión	n	%
Punción	2166	71,8
Cutáneo - Mucosa	517	17,1
Corte	188	6,2
Rasguño	107	3,5
No consta	22	0,7
Otra (Mixta:percut+cut-muc)	16	0,5
Total	3016	100

Localización de la lesión: el 80,5% se produjo en las manos o dedos de los accidentados.

Tabla 73. Localización de la lesión

Localización de la lesión	n*	%
Mano/Dedo	2428	80,5
Ojos	391	13,0
Cabeza excepto ojos	99	3,3
Brazo Antebrazo Muñeca	92	3,1
Otra	50	1,7
Muslo Pierna Pie	20	0,7
Total(*)	3016	100

(*) Puede haber más de un tipo; no mutuamente excluyentes

Los **fluidos/material contaminante** implicados en los accidentes fueron, principalmente, sangre y/o derivados (incluidas soluciones diluidas con sangre visible) en un 90,5; la orina, con sangre visible, fue el fluido implicado en un 0,9%.

En el 82,3% del total de los accidentes el tipo de lesión fue percutánea, o mixta (0,4%); el 17,1% fue cutáneo-mucosa. En el 83,7% la **zona expuesta** fue piel intacta, seguida por la conjuntiva (12,5%).

Accidentes percutáneos: En el 95,7% de estos casos la localización de la punción, corte o rasguño fue en mano/dedo, siendo la zona expuesta piel intacta en un 98,1% de los accidentes y piel no intacta en el 1,0%. El grado de lesión fue principalmente una lesión superficial, que no sangra o con sangrado mínimo (45,5%) seguido de una lesión moderada (39,7%).

Accidentes Cutáneo-Mucosos: La localización más frecuente en este tipo de accidente fueron los ojos (74,2%) seguidos de la cabeza, excepto ojos, (18,1 %) y las zonas expuestas principalmente conjuntiva (71,5%) y piel intacta (15,3%). El grado de exposición cutáneo-mucosa más frecuente fue con pequeña cantidad de gotas (71,7%).

Información sobre el trabajador accidentado

La distribución de los accidentes por **sexo** es de 2.412 (8%) en mujeres, tasa de 4,4 por cien mujeres y de 604 (2%) en hombres, tasa de 3,9. La **edad** media del accidentado/a fue de $38,4 \pm 11,8$ años, con un mínimo de 18 y un máximo de 67 años. El grupo de edad de 25 a 34 años es en el que han ocurrido un mayor número de accidentes (35,2%) (gráfico 42). La edad media del accidentado en los accidentes ocurridos en el hospital es de $37,7 \pm 11,4$ años, frente a los $43,7 \pm 12,9$ producidos en el resto de los ámbitos ($p < 01$). Las tasas por 100 trabajadores por grupo de edad pueden verse en el gráfico 43

Gráfico 42. Accidentes Biológicos notificados a NOAB por grupo de edad. Año 2016

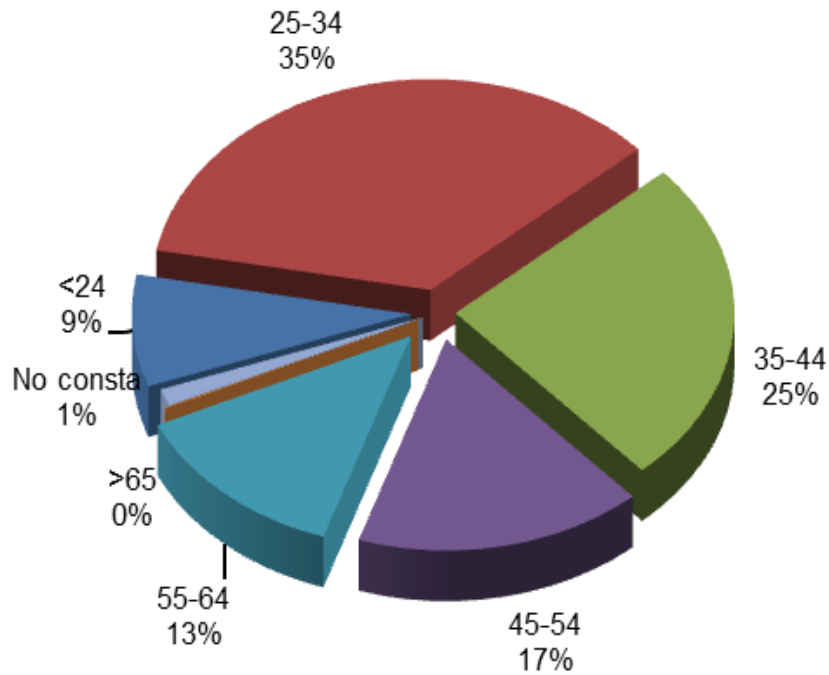
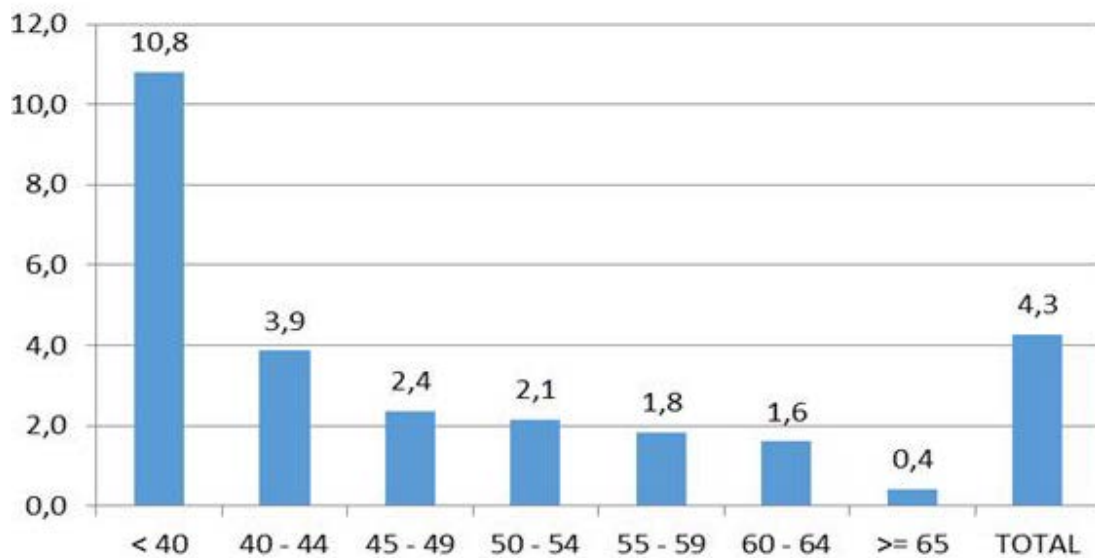


Gráfico 43. Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por edad.



La antigüedad profesional media del personal accidentado es de $14,4 \pm 11,0$ años (en mujeres es 15,0 años y en hombres es 12,0 con una diferencia significativa, $p < 0,01$); en un 18,1% no se notificó antigüedad laboral. Según el ámbito en el que se ha producido el accidente es $13,4 \pm 10,4$ años en el hospital y de $2 \pm 12,9$ en el

resto de los ámbitos, con $p < 0,01$. La antigüedad media en el **puesto de trabajo** fue de $8,2 \pm 7,8$ años, sin diferencias significativas entre sexos, ni entre el hospital y el resto de los ámbitos. No se aportó información sobre esta variable en el 39,0% de los accidentes.

En relación a la **categoría laboral**, la mayor tasa se produce en el personal facultativo 7,2 accidentes por 100 facultativos, seguido de enfermería 6,6 y de TCAE (Auxiliares de enfermería) 2,5 (gráfico 44). Si se observan las tasas por categoría profesional y grupo de edad, se comprueba que en los menores de 40 años la tasa de accidentes por cien facultativos/as (20,9) duplica a los accidentes en enfermería en ese grupo de edad. En el resto de los grupos de edad, las tasas en enfermería son mayores que en personal facultativo, excepto en el grupo de mayores de 65 años, (gráfico 45).

Gráfico 44. Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por categoría profesional.

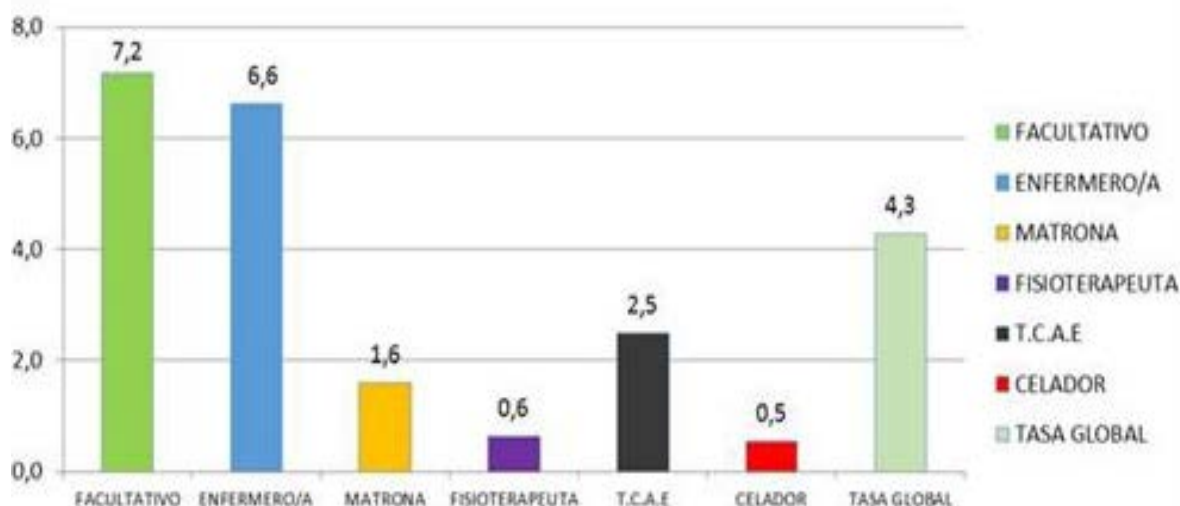
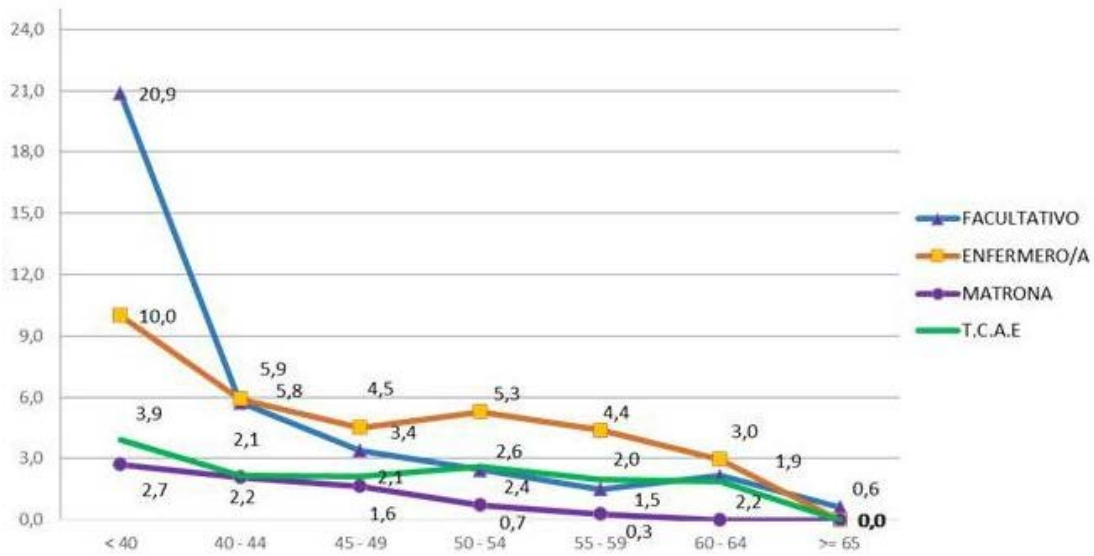
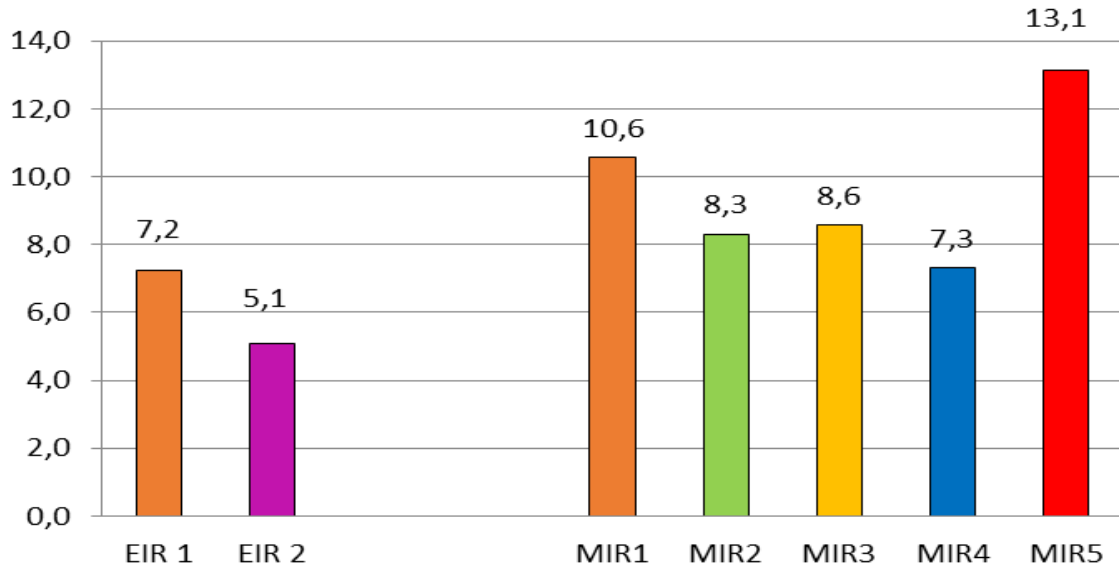


Gráfico 45 Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por categoría profesional y grupo de edad



Las tasas en personal en formación, en enfermería, son más elevadas el primer año, y en personal médico son mayores en los MIR 5. En todo caso están por encima de la media global de accidentes por cien trabajadores (gráfico 46). En porcentaje, el 39,9% de los AB ocurrió en personal de enfermería.

Gráfico 46. Tasas en personal en formación NOAB Año 2016



Según el **turno de trabajo**, destacan los accidentes en turno de Mañanas (35,2%). Respecto a la **situación laboral**, los accidentes ocurrieron principalmente entre el personal temporal y/o eventual (38,1%) y personal fijo (34,1%). (Tabla 74).

Tabla 74. Categoría profesional, turno de trabajo y situación laboral de los accidentados/as

Categoría laboral	n	%	Turno de trabajo	n	%
Enfermera/o	1204	39,9	Mañanas	1062	35,2
Médico/a	614	20,4	Mañanas/Guardias	737	24,4
Auxiliar de enfermería	309	10,2	Mañana/Noche o Tarde/Noche	333	11,0
MIR1	130	4,3	Tardes	245	8,1
Estudiante de enfermería	129	4,3	Tarde/Noche	158	5,2
MIR3	103	3,4	Rotatorio / mañana/tarde/noche	139	4,6
MIR2	100	3,3	Guardias mañanas / tardes/ Noches	72	2,4
MIR4	84	2,8	Noches	57	1,9
Médico residente - becario/a	73	2,4	Mañana/Tarde	47	1,6
Técnico especialista	53	1,8	Turno Especial de 10/12/17hrs.	33	1,1
Matrona	38	1,3	Turno Especial de 24 hrs.	31	1,0
MIR5	33	1,1	Jornada partida (mañana y tarde)	6	0,2
Celador/a	28	0,9	Otro	26	0,9
Personal de Limpieza	15	0,5	No consta	70	2,3
EIR 1	12	0,4	Total	3016	100
Estudiante de medicina	10	0,3			
Odontólogo /a	10	0,3			
EIR 2	8	0,3			
Higienista dental	7	0,2			
Fisioterapeuta	5	0,2			
Téc. en Urgencias y Emergencias	5	0,2			
Conductor / Ayudante	3	0,1			
Estudiante Matrona	3	0,1	Situación Laboral	n	%
Médico/a Becario/a	2	0,1	Temporal / Eventual	1148	38,1
Técnico alumno	2	0,1	Fijo	1027	34,1
Estudiante Auxiliar de Enfermería	1		Interino/a	247	8,2
Personal de Administración	1		Estudiante	153	5,1
Personal de Mantenimiento	1		Contrata	3	0,1
Otra	5	0,2	Otro	31	1,0
No consta	28	0,9	No consta	407	13,5
Total	3016	100	Total	3016	100

Información sobre el entorno donde ocurrió el accidente

Analizando las tasas por **ámbito** se puede comprobar que las de los accidentes en el hospital duplican las producidas en la atención primaria (gráfico 47). En cuanto a la distribución de accidentes por **ámbito de trabajo**, destaca la Atención Especializada (86,5%), con una mayor frecuencia en las especialidades Quirúrgicas (42,2%) que en las Médicas (38,0 %). 37,9 %). (Tabla 75 y tabla 76).

Gráfico 47. Accidentes biológicos. Tasas por 100 trabajadores según ámbito NOAB Año 2016

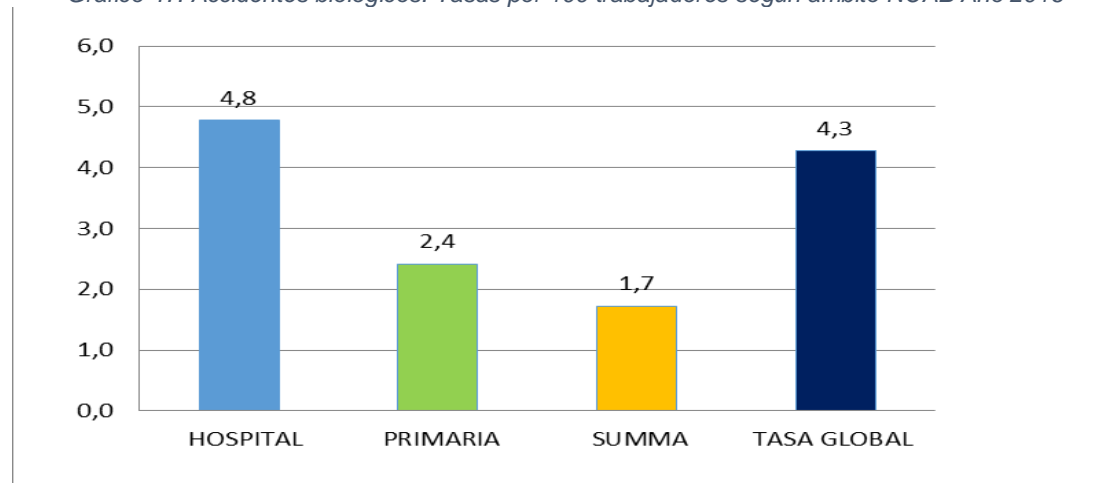


Tabla 75. Ámbito de trabajo (I)

Ámbito de Trabajo	n	%
Atención Especializada	2609	86,5
Atención Primaria	314	10,4
Urgencias Extrahospitalarias / PAC	37	1,2
Servicios Generales	8	0,3
Otra Consulta Enfermería	3	0,1
No consta	45	1,5
Total	3016	100

Tabla 76. *Ámbito de trabajo (II)*

Área de trabajo	n	%
Atención Especializada	2609	86,5
<i>Especialidades Quirúrgicas</i>	1273	42,2
<i>Especialidades Médicas</i>	1145	38,0
<i>Otro servicio/especialidad</i>	70	2,3
<i>Hospital de día</i>	28	0,9
<i>Esterilización</i>	15	0,5
<i>Laboratorio Hematología/Bioquímica</i>	15	0,5
<i>Laboratorio Microbiología</i>	4	0,1
<i>Investigación / Experimentación animal</i>	3	0,1
<i>Otros Laboratorios</i>	3	0,1
<i>Farmacia hospitalaria / Farmacología clínica</i>	1	
<i>AE sin especificar</i>	52	1,7
Atención Primaria	314	10,4
<i>Distrito Urbano</i>	277	9,2
<i>Distrito Rural</i>	33	1,1
<i>AP sin especificar</i>	4	0,1
Servicios Generales	8	0,3
<i>Limpieza</i>	4	0,1
<i>Mantenimiento</i>	3	0,1
<i>Otros Servicios Generales</i>	1	
Urgencias Extrahospitalarias / PAC	37	1,2
Otra Consulta Enfermería	3	0,1
No consta	45	1,5
Total	3016	100

Lugar del accidente: destacan sobre todo los quirófanos (38,4%) y la habitación del paciente (16,8%) (tabla 77).

Tabla 77. Lugar donde se produjo el accidente

Lugar del accidente	n	%
Quirófano	1158	38,4
Habitación del paciente	508	16,8
Boxes de exploración	215	7,1
Consultas externas	160	5,3
Control / Consulta enfermería	137	4,5
Sala de Procedimientos intervencionistas	126	4,2
Sala de Partos / Paritorio	94	3,1
UVI / UCI	90	3,0
Sala de Curas	80	2,7
Sala de Extracciones	66	2,2
Domicilio del paciente	52	1,7
Diálisis	33	1,1
Unidad de Críticos / Grandes Quemados	28	0,9
Laboratorio Hematología / Bioquímica	27	0,9
Pasillo	24	0,8
Laboratorio Anatomía Patológica	22	0,7
Banco de sangre	11	0,4
Unidad de Endoscopias	7	0,2
Sala de Autopsias	5	0,2
Servicios Generales, Instalaciones Centrales	5	0,2
Laboratorio Microbiología	4	0,1
Laboratorio Urgencias	2	0,1
Unidad Móvil / Ambulancia	2	0,1
Lavandería zona sucia	1	
Otro	142	4,7
Calle	10	0,3
No consta	7	0,2
Total	3016	100

Por Servicios destacan: Cirugía general y digestiva (8,6%), Obstetricia y Ginecología (7,5%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (7,3%), Anestesiología y Reanimación (5,2%) y Urgencias Hospitalarias (5,2%). En 45 casos (1,5%) no aparece el Servicio en el que se produjo el accidente. En las consultas de enfermería se produjo el 3,9% de los accidentes. (Tabla 78).

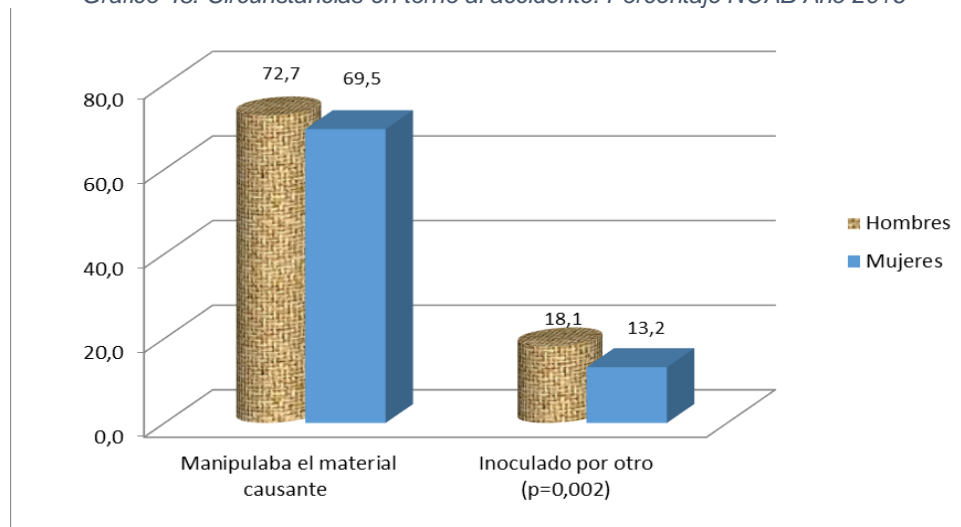
Tabla 78. Servicio donde se produjo el accidente

Servicios Atención Especializada	n	%	Servicios Atención Especializada (cont.)	n	%
Cirugía General y Digestiva	258	8,6	Medicina del Trabajo / Prev. R. Laborales	6	0,2
Obstetricia / Ginecología	225	7,5	Unidad de Endoscopias	6	0,2
Traumatología y Cirugía Ortopédica	220	7,3	Enfermedades Infecciosas	4	0,1
Anestesia / Reanimación	158	5,2	Reumatología	4	0,1
Urgencias Hospitalarias	156	5,2	Laboratorio Microbiología	4	0,1
Medicina Interna	111	3,7	Medicina Nuclear	3	0,1
Urología	95	3,1	Oncología Radioterápica	3	0,1
Oftalmología	91	3,0	Investigación / Experimentación animal	3	0,1
Medicina Intensiva	87	2,9	Otros Laboratorios	3	0,1
O.R.L.	81	2,7	Análisis clínicos	2	0,1
Pediatría general / Neonatología	73	2,4	Endocrinología / Nutrición	2	0,1
Cirugía Cardiovascular / Hemodinámica	72	2,4	Medicina Preventiva	2	0,1
Otro servicio/especialidad	70	2,3	Farmacia hosp. / Farmacología clínica	1	
Radiodiagnóstico	70	2,3	Total A. Especializada	2609	86,5
Cardiología	62	2,1			
Atención Especializada	52		Servicios Atención Primaria	n	%
Neurocirugía	51	1,7	Distrito Urbano	277	9,2
Nefrología	50	1,7	Consulta Enfermería	100	3,3
Unidad de Críticos	49	1,6	Medicina General	95	3,1
Cirugía Plástica, Estética, Reparadora	48	1,6	Odontología / Hig. dental	17	0,6
Dermatología	42	1,4	Pediatría	12	0,4
Cirugía de cavidad Oral / Maxilofacial	41	1,4	Atención domiciliaria	11	0,4
Especialidades Quirúrgicas	33	1,1	Fisioterapia	2	0,1
Anatomía Patológica	30	1,0	Otro	19	0,6
Geriatría	30	1,0	No consta	21	0,7
Neurología	30	1,0	Distrito Rural	37	1,2
Digestivo	29	1,0	Consulta Enfermería	18	0,6
Hospital de día	28	0,9	Otro	8	0,2
Oncología	26	0,9	Medicina General	2	0,1
Hematología / Hemoterapia	24	0,8	Odontología / Hig. dental	1	
Cirugía Pediátrica	21	0,7	No consta	8	0,3
Cirugía Torácica	21	0,7	Total A. primaria	314	10,4
Psiquiatría	20	0,7			
Cirugía Mayor Ambulatoria	16	0,5	Servicios Generales	n	%
Esterilización	15	0,5	Limpieza	4	0,1
Laboratorio Hematología/Bioquímica	15	0,5	Otros Servicios Generales	3	0,1
Banco de Sangre	12	0,4	Mantenimiento	1	
Neumología	12	0,4	Total S. Generales	8	0,3
Análisis Clínicos	10	0,3			
Rehabilitación	10	0,3	Otra Consulta Enfermería	3	0,1
Especialidades Médicas	8	0,3	Urgencias Extrahospitalarias / PAC	37	1,2
Neurofisiología Clínica	8	0,3	No consta	45	1,5
Alergia / Inmunología	6	0,2	Total General	3016	100

Circunstancias en torno al accidente

En el 70,2% de los accidentes, el accidentado manipulaba el objeto en el momento del accidente, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres; en el 14,2% de los casos, el accidentado fue lesionado cuando el objeto lo manejaba otro trabajador, con diferencias significativas entre hombres (18,1%) y mujeres (13,2%) (gráfico 48).

Gráfico 48. Circunstancias en torno al accidente. Porcentaje NOAB Año 2016



Analizando los accidentes producidos, seleccionando las áreas médicas y las quirúrgicas, cuando el objeto causante del accidente lo manejaba otro trabajador, se observa que la lesión ocasionada, tuvo significativamente ($p < 0,01$) un mayor peso porcentual en servicios quirúrgicos que en especialidades médicas (72,4% frente a 27,5%), destacando en los servicios de: Cirugía General y digestiva (16,5%), Obstetricia y Ginecología (14,1%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (9,7%), Urología (6,3), Cirugía Cardiovascular/Hemodinámica (5,5%), y Oftalmología (5,5%) entre otros.

Conocimiento del estado serológico de la fuente antes del accidente: En el 79,9% de los accidentes biológicos no se conocía el estado serológico de la fuente previamente a producirse el accidente. El accidentado no conocía previamente el estado de la fuente en un porcentaje idéntico (tabla 79). No se conocía el estado frente al HBsAg en un 70,2%, el estado antiVIH en un 68,6 % y el estado AntiVHC en un 66,9%.

Tabla 79. Conocimiento del estado serológico de la fuente

¿Conocimiento previo al accidente del estado serológico de la fuente?	N	%
No consta	176	5,8
No	2410	79,9
Si	430	14,3
Total	3016	100

¿El accidentado conocía estado serológico de la fuente?	N	%
No consta	176	5,8
No	2410	79,9
Si	430	14,3
Total	3016	100

Motivo de utilización del material: Los motivos más frecuentes de utilización del material causante de la lesión fueron: la sutura, la inyección IM o SC, y la intervención quirúrgica, excepto sutura. Es de reseñar que en un 15,7% se señala “otro” motivo (tabla 80).

Tabla 80. Motivo de utilización del material implicado en el accidente

Motivo de utilización del material	n	%
Sutura	558	18,5
Inyección IM ó SC	499	16,5
Otra	474	15,7
Intervención quirúrgica, excepto sutura	428	14,2
Extracción venosa	214	7,1
Obtención de otro fluido o muestra de tejido	125	4,1
Inserción de catéter EV	81	2,7
Punción EV	71	2,4
Punción dedo, talón, lóbulo oreja	70	2,3
Extracción arterial	49	1,6
Lavado de material	49	1,6
Técnicas de exploración	47	1,6
Conectar línea EV	24	0,8
Heparinización/lavado con S. fisiol. de vía	24	0,8
Lavado del paciente	9	0,3
Electrocauterización	7	0,2
No procede por tratarse de una Exposición Cutáneo Mucosa	226	7,5
No se conoce	42	1,4
No consta	19	0,6
Total	3016	100

Objeto implicado en el accidente

Objeto del accidente: los objetos corto-punzantes que causaron más accidentes fueron las agujas macizas de suturas (19,1%) y las agujas subcutáneas de pequeño calibre (13,5%), las agujas de mediano calibre (7,3%) y las Intramuscular /precargada (6,0 %). Es de reseñar que en un 9,1% se señala “otro” objeto, sobre todo en el ámbito quirúrgico. (Tabla 81)

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 (17,3%); en la Áreas Quirúrgicas de Atención Especializada los producidos con aguja maciza de sutura (37,0%); en otras Áreas de Atención Especializada con aguja hueca subcutánea (10,8%), bisturí (10,8%), y con “otro” (15,8%), en Atención Primaria con subcutánea (2%) y con aguja hueca intramuscular precargada (15,2%), con bisturí (11,0%) y con lanceta (11,0%). Analizando los accidentes donde no consta el Servicio, destacan aquellos en los que estaban implicadas agujas subcutáneas (10,6%) (tabla 82).

Accidentes producidos por objetos con dispositivos de seguridad

En 808 accidentes de los 3016 notificados, consta que estuvo implicado un objeto con dispositivo de seguridad (26,8%). Según el momento en que se ha producido el accidente, el 51,7 % de ellos se han producido “durante el procedimiento” y por tanto, cuando el objeto, aunque tenga dispositivo de seguridad, se comporta como un objeto convencional, ya que aún no se ha activado y no es operativo dicho dispositivo. El 38,0% se han producido en el momento de “después del procedimiento, antes de desechar el material”, momento que corresponde con la activación del mecanismo de seguridad, y el 9,5% “durante o después de desechar el material”, en que ya debiera estar el dispositivo de seguridad activado (tabla 83).

Los **objetos con dispositivo de seguridad** que figuran implicados fueron principalmente las agujas subcutáneas (31,8%), las agujas de mediano calibre (17,7%), las agujas intramusculares /precargadas (14,0%) y las palomillas (13,4%).

Tabla 81. Objeto implicado en el accidente

Objeto del Accidente		N	%	
Aguja Hueca	Grueso Calibre	Aguja de Grueso Calibre sin especificar	11	0,4
		Cateterismo EV	79	2,6
		Cateterismo Arterial	17	0,6
		Trócar	17	0,6
		Cateterismo Central	12	0,4
		Punción Medular	4	0,1
		Epidural	3	0,1
	Total Aguja Hueca de Grueso Calibre	143	4,7	
	Pequeño Calibre	Aguja de Pequeño Calibre sin especificar	56	1,9
		Subcutánea	407	13,5
		Intramuscular / Precargada	182	6,0
		Palomilla	125	4,1
		Intradérmica	38	1,3
		Jeringa gasometría	19	0,6
Total Aguja Hueca de Pequeño Calibre	827	27,4		
M.C.	Aguja Hueca de Mediano Calibre (Resto agujas)	220	7,3	
S.E.	Total Aguja Hueca de Calibre sin especificar	33	1,1	
Total Aguja Hueca		1.223	40,6	
Aguja Maciza	Aguja Maciza sin especificar	41	1,4	
	Sutura	577	19,1	
	Biopsia	16	0,5	
Total Aguja Maciza		634	21,0	
Otros Objetos	Astilla ósea / dental	4	0,1	
	Bisturí	260	8,6	
	Capilar	2	0,1	
	Cuchilla afeitar / rasurar	3	0,1	
	Desconocido	17	0,6	
	Electrocauterizador	6	0,2	
	Grapas	9	0,3	
	Lanceta	53	1,8	
	Pinzas	32	1,1	
	Pipeta	1		
	Sierra para huesos	3	0,1	
	Tijeras	9	0,3	
	Tubo de vacío	1		
	Vial de medicación	6	0,2	
Otro	275	9,1		
Total Otros objetos		681	22,6	
NC	No Consta	31	1,0	
NP	No Procede ^(*)	447	14,8	
Total general		3.016	10	

(*) Accidente cutáneo-mucoso

Tabla 82. Objeto implicado por ámbito de actuación

	A.E. Médicas		A.E. Quirúrgicas		A.E. Otros		Atención primaria		Servicios Generales		No consta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aguja Hueca														
Aguja Hueca sin especificar	6	0,5	7	0,6	1	1,0	4	1,3			15	8,4	33	1,1
Grueso Calibre sin especificar	7	0,6	3	0,2							1	0,6	11	0,4
Cateterismo EV	52	4,5	11	0,9	3	3,0	6	1,9			7	3,9	79	2,6
Cateterismo Arterial	16	1,4	1	0,1									17	0,6
Cateterismo Central	12	1,0											12	0,4
Trócar	10	0,9	7	0,6									17	0,6
Punción Medular	4	0,3											4	0,1
Epidural	1	0,1	2	0,2									3	0,1
Mediano Calibre (resto de agujas)	131	11,4	48	3,8	9	8,9	25	8,1			7	3,9	220	7,3
Pequeño Calibre sin especificar	16	1,4	15	1,2	3	3,0	18	5,8			4	2,2	56	1,9
Subcutánea	199	17,3	115	9,1	11	10,9	62	2	1	12,5	19	10,6	407	13,5
Intramuscular / Precargada	69	6,0	49	3,9	5	5,0	47	15,2	1	12,5	11	6,1	182	6,0
Palomilla	62	5,4	16	1,3	12	11,9	28	9,0			7	3,9	125	4,1
Intradérmica	17	1,5	17	1,3			2	0,6			2	1,1	38	1,3
Jeringa gasometría	15	1,3	2	0,2			1	0,3			1	0,6	19	0,6
Aguja Maciza														
Sutura	86	7,5	469	37,0	5	5,0	8	2,6			9	5,0	577	19,1
Aguja Maciza sin especificar	10	0,9	18	1,4	2	2,0	2	0,6			9	5,0	41	1,4
Biopsia	11	1,0	5	0,4									16	0,5
Otro	81	7,0	147	11,6	16	15,8	12	3,9	1	12,5	18	10,1	275	9,1
Bisturí	74	6,4	130	10,3	11	10,9	34	11,0	1	12,5	10	5,6	260	8,6
Lanceta	11	1,0	2	0,2			34	11,0			6	3,4	53	1,8
Pinzas	3	0,3	17	1,3	2	2,0	2	0,6	1	12,5	7	3,9	32	1,1
Desconocido	6	0,5	5	0,4	1	1,0	2	0,6	1	12,5	2	1,1	17	0,6
Grapas	1	0,1	7	0,6							1	0,6	9	0,3
Tijeras			7	0,6			1	0,3			1	0,6	9	0,3
Electrocauterizador			6	0,5									6	0,2
Vial de medicación	5	0,4							1	12,5			6	0,2
Astilla ósea / dental			2	0,2			2	0,6					4	0,1
Cuchilla afeitar / rasurar	3	0,3											3	0,1
Sierra para huesos			3	0,2									3	0,1
Capilar			1	0,1							1	0,6	2	0,1
Pipeta					1	1,0							1	
Tubo de vacío			1	0,1									1	
No Procede(*)	231	20,1	142	11,2	18	17,8	19	6,1	1	12,5	36	20,1	447	14,8
No consta	11	1,0	13	1,0	1	1,0	1	0,3			5	2,8	31	1,0
Total	1150	100	1268	100	101	100	310	100	8	100	179	100	3016	100

(*) Accidente cutáneo-mucoso

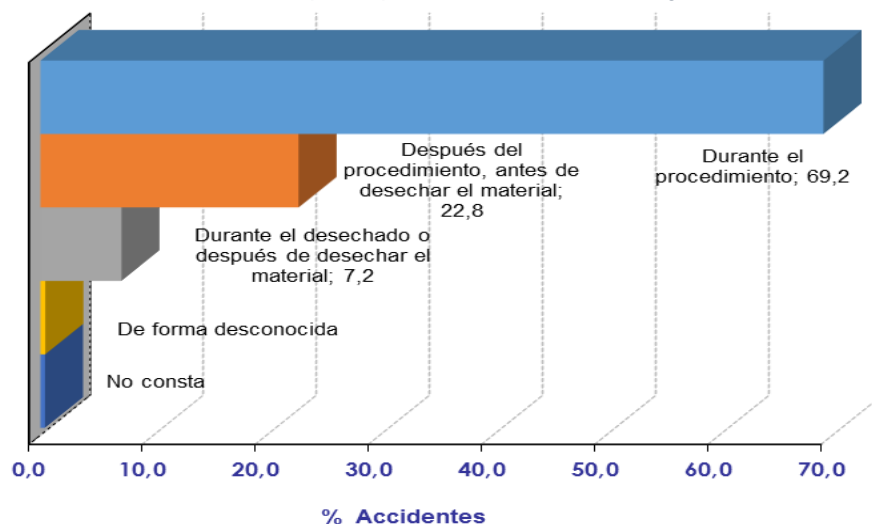
(*) Accidente. cutáneo-mucoso

Tabla 83. Objetos con dispositivo de seguridad implicados en el accidente según el momento del accidente

	NC	Después del procedimiento ^(*)		Durante el procedimiento		Durante o después de desechar el material		Total	
		N	N	%	N	%	N	%	N
Subcutánea	3	116	14,4	118	14,6	20	2,5	257	31,8
Mediano Calibre (resto de agujas)	1	71	8,8	55	6,8	16	2,0	143	17,7
Intramuscular / Precargada		58	7,2	40	5,0	15	1,9	113	14,0
Palomilla	1	58	7,2	39	4,8	10	1,2	108	13,4
Cateterismo EV		35	4,3	17	2,1	4	0,5	56	6,9
Pequeño Calibre sin especificar		10	1,2	17	2,1	5	0,6	32	4,0
Intradérmica		19	2,4	4	0,5	3	0,4	26	3,2
Aguja Hueca sin especificar		13	1,6	6	0,7			19	2,4
Jeringa gasometría		9	1,1	3	0,4	3	0,4	15	1,9
Lanceta		6	0,7	2	0,2	1	0,1	9	1,1
Aguja Maciza sin especificar		3	0,4	1	0,1			4	0,5
Bisturí		3	0,4					3	0,4
Cateterismo Arterial		3	0,4					3	0,4
Cateterismo Central		2	0,2					2	0,2
Grueso Calibre sin especificar		2	0,2					2	0,2
Sutura		1	0,1	1	0,1			2	0,2
Biopsia		2	0,2					2	0,2
Punción Medular		1	0,1					1	0,1
Trócar				1	0,1			1	0,1
Otro		1	0,1	2	0,2			3	0,4
No Procede (Acc. cutáneo-mucoso)		5	0,6					5	0,6
No consta	1			1	0,1			2	0,2
Total	4	418	51,7	307	38,0	77	9,5	808	10

Cuándo ocurrió el accidente: El 69,2% de los accidentes se produjeron durante el procedimiento y el 22,8% después del procedimiento, antes de desechar el material (gráfico 49).

Gráfico 49. Momento en el que se produce el Accidente Biológico. Año 2016



En relación a la forma en que se produjeron los accidentes durante el procedimiento destaca la manipulación del objeto corto punzante (11,8%), la sutura (9,4%) la exposición directa al paciente: salpicaduras de sangre, vómitos, etc. (9,3%) y el contacto involuntario con material contaminado (7,4%) (tabla 84). El objeto del accidente se encontraba abandonado en 53 accidentes (1,7%) (gráfico 50).

Gráfico 50. Lugares de abandono del objeto punzante (n=54). Año 2016

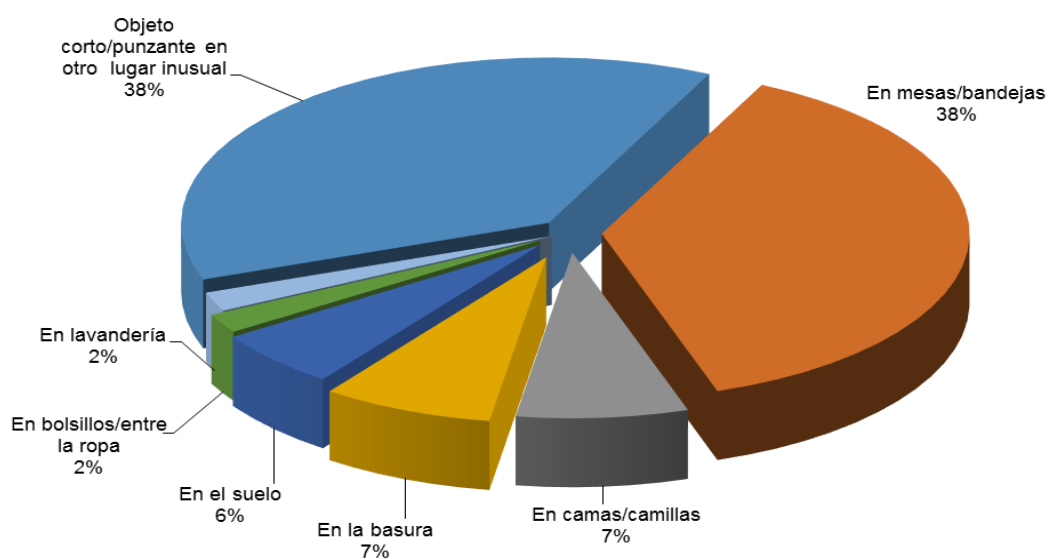


Tabla 84. Descripción del accidente según el momento en que se produjo

	Descripción del accidente	N	%
Durante el procedimiento	Mientras manipulaba el objeto corto/punzante	357	11,8
	Suturando	285	9,4
	Por exposición directa al paciente (salpicaduras de sangre, vómitos,	280	9,3
	Contacto involuntario con material contaminado	222	7,4
	Durante el procedimiento sin especificar	190	6,3
	Choque con el objeto corto/punzante	186	6,2
	Mientras retiraba el objeto corto/punzante	128	4,2
	Otra	96	3,2
	Colisión con compañero u otros	95	3,1
	Mientras insertaba el objeto corto/punzante	93	3,1
	Movimiento del paciente que desplaza o golpea el dispositivo	73	2,4
	Pasando o recibiendo el material	36	1,2
	Realizando la incisión	12	0,4
	Movimiento del paciente que desplaza o golpea el dispositivo	9	0,3
	Caída del objeto corto/punzante	8	0,3
	Abriendo un envase	6	0,2
	Palpando/explorando	6	0,2
De forma desconocida	3	0,1	
Por rotura del envase	2	0,1	
	2087	69,2	
Después del procedimiento antes de desechar el material	Cuando se iba a desechar	136	4,5
	Contacto involuntario con material contaminado	115	3,8
	Choque con el objeto corto/punzante después del procedimiento	103	3,4
	Después del procedimiento, antes de desechar el material	59	2,0
	Manipulando el material en una bandeja o puesto	45	1,5
	Reencapuchando	44	1,5
	Otro	39	1,3
	Durante la limpieza	37	1,2
	Pasando o transfiriendo el material	29	1,0
	;Cuando se iba a desechar	28	0,9
	Aguja abandonada	20	0,7
	Desensamblando el dispositivo o equipo	11	0,4
	Pasando una muestra al contenedor de muestras	9	0,3
	Caída del objeto corto/punzante después del procedimiento	7	0,2
	Procesando muestras	4	0,1
Rotura de envase	2	0,1	
	688	22,8	
Durante o después de desechar el material	Contacto involuntario con material contaminado	65	2,2
	Colocando el objeto cortopunzante en el contenedor	49	1,6
	En mesas/bandejas	20	0,7
	Objeto corto/punzante en lugar inusual	20	0,7
	Durante el desechado o después de desechar el material	18	0,6
	Mientras se manipulaba el contenido	13	0,4
	De forma desconocida	7	0,2
	Contenedor agujereado / puntas sobresaliendo	6	0,2
	Contenedor lleno, por encima de su límite de seguridad	5	0,2
	En camas/camillas	4	0,1
	En la basura	4	0,1
	En el suelo	3	0,1
	En bolsillos/entre la ropa	1	0,0
En lavandería	1	0,0	
	216	7,2	
De forma	13	0,4	
No consta	12	0,4	
Total	3016	100	

Estado serológico de la fuente

Tabla 85. Estado serológico de la fuente (Hepatitis B y D).

	VHB - HBs Ag		VHB - HBe Ag		VHB - DNA		VHB - Virus Delta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	299	9,9	705	23,4	713	23,6	703	23,6
Negativo	2257	74,8	119	3,9	33	1,1	28	,9
Positivo	43	1,4	7	0,2	4	0,1	0	
Desconocido	95	3,1	1172	38,9	1268	42,0	1286	42,6
No procede	322	10,7	1013	33,8	998	33,1	989	33,8
Total	3016	10	3016	10	3016	10	3016	10

Tabla 86. Estado serológico de la fuente (Hepatitis C y VIH).

	VHC - Ac		VHC - RNA		Anti - VIH		VIH - Ag P24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	293	9,7	698	23,1	292	9,7	551	18,3
Negativo	2411	79,9	96	3,2	2573	85,3	424	14,1
Positivo	274	9,1	45	1,5	116	3,8	21	0,7
Desconocido	32	1,1	1238	41,0	32	1,1	1079	36,8
No procede	6	,2	939	31,1	3	,1	941	31,2
Total	3016	10	3016	10	3016	10	3016	10

Serología basal de la persona accidentada

Tabla 87. Estado serológico basal del accidentado

	EstadoAntiHBs		EstadoAntiHBc		EstadoHBsAg		EstadoAntiVIH		EstadoAntiVHC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	276	9,2	454	15,1	398	13,2	340	11,3	339	11,2
Negativo	221	7,3	985	32,7	1478	49,0	2328	77,2	2314	76,7
Positivo	2197	72,8	45	1,5	13	0,4	7	0,2	19	0,6
Desconocido	139	4,6	593	19,7	511	16,9	165	5,5	173	5,7
No procede	183	6,1	939	31,1	616	20,4	176	5,8	171	5,7
Total	3016	10	3016	10	3016	10	3016	10	3016	10

No hay constancia de que se haya producido seroconversión tras los accidentes biológicos registrados en 2016 en NOAB, a ninguno de los tres virus vigilados (VHI, VHC, VHB).

Protección, riesgo y profilaxis

Tabla 88. Acción de la sangre o material biológico

	n	%
Traspasa la indumentaria	2254	74,7
Afecta a un área no protegida por ningún EPI	639	21,2
Afecta a un área que debería estar protegida por el EPI utilizado	109	3,6
No consta	14	0,5
Total	3016	100

En el 95,9 % de los casos el fluido ha traspasado la indumentaria de protección o ha afectado a un área no protegida por ningún Equipo de protección individual (EPI) (tabla 88).

En el 92,2% de los casos la sangre o fluido ha estado menos de 5 minutos en contacto con el accidentado. En cuanto a las medidas tomadas tras el accidente, en el 87,1% de los casos se señala que el accidentado actuó correctamente, en el 8,2% se señala que no lo hizo y no consta en el 4,7% de los casos; En el 71,9 % de los casos se aplicó un antiséptico, en el 62,1% se provocó el sangrado de la herida, en el 57,9% se lavó la herida con agua y jabón, y en el 28,0% se lavó con agua o suero, En 1,2% de los casos figura que no se tomó ninguna medida.

Tabla 89. Situación vacunal del accidentado

Vacunado frente al VHB	n	%
Sí	2069	68,6
No	36	1,2
En proceso	9	0,3
Desconocido	27	0,9
No consta	875	29,2
Total	3016	100

En el 68,6% se especifica que el accidentado estaba vacunado frente al VHB, de ellos el 91,8 constan como respondedores a la vacunación (tabla 89).

Factores contribuyentes

En 1394 casos (46,2%) se reseña el que han existido factores contribuyentes en el accidente. La media de factores por accidente ha sido de $3,40 \pm 3,1$ con un mínimo de 1 y un máximo de 23 factores reseñados. Los más frecuentes han sido: Apremio de tiempo ritmo de trabajo elevado (35,8%), tener que realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas (29,9%), tener que realizar muchas tareas al mismo tiempo (21,2%), existencia de otros compañeros trabajando en el mismo espacio (20,7%) y estrés (20,1%) (tabla 90).

Tabla 90. Factores que han contribuido al accidente biológico

	n	%
Apremio de tiempo ritmo de trabajo elevado	499	35,8
Tener que realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas	417	29,9
Tener que realizar muchas tareas al mismo tiempo	296	21,2
Existencia de otros compañeros trabajando en el mismo espacio	288	20,7
Estrés	280	20,1
El grado de agitación o movimiento del paciente durante la maniobra	232	16,6
Trabajar en un espacio insuficiente	221	15,9
Sueño-Cansancio	219	15,7
Falta de orden en el puesto de trabajo	197	14,1
Falta de cooperación de paciente durante la maniobra	184	13,2
El nivel de ruido en el puesto de trabajo	178	12,8
La falta de iluminación durante la maniobra	172	12,3
Tener que alcanzar objetos situados lejos de las manos	163	11,7
Falta de experiencia para la tarea realizada	156	11,2
No utilización voluntaria de protecciones o dispositivos de seguridad	150	10,8
Y/o interferencias entre distintos puestos de trabajo	118	8,5
Falta de formación en prevención de riesgos laborales	117	8,4
No disponer de prendas equipos o dispositivos seguros	116	8,3
Dificultad en la comunicación durante la maniobra	112	8,0
Trabajar en un espacio no habilitado para el procedimiento	109	7,8
Trabajar solo o aislado	94	6,7
Vibraciones en el momento de la maniobra	85	6,1
Falta de limpieza en el puesto de trabajo	75	5,4
Incumplimiento voluntario de órdenes o normas	49	3,5
Utilizar dispositivos y otro material para usos no previstos por fabricante	43	3,1
Ser zurdo o diestro para realizar la maniobra	38	2,7
Mala interpretación de alguna instrucción	31	2,2
Falta de instrucciones	24	1,7
Falta de supervisión	21	1,5
Falta de habilidad debida a problemas de salud	13	0,9
TOTAL	1394	100

Los factores contribuyentes en los que ha habido diferencias significativas por ámbito en el que se ha producido el accidente, se muestran a continuación: Los más frecuentes en los accidentes en las especialidades quirúrgicas son los relacionados con la existencia de compañeros en el espacio. En los accidentes en las especialidades médicas los más frecuentes son los relacionados con el paciente, y es de reseñar los relacionados con “Falta de formación en prevención de riesgos laborales” (52,1%) (tabla 91).

Tabla 91. Factores contribuyentes según ámbito

	no consta %	A. E. Otros %	Atenc. Primaria %	Espec. Médicas %	Espec. Quirúrg. %	Serv. Grales. %	% s/ total (*)	p
Apremio de tiempo ritmo de trabajo elevado	6,0	6,4	8,0	42,1	37,5		35,8	12
Existencia de otros compañeros trabajando en el mismo espacio	4,2	2,1	3,8	33,7	56,3		20,7	<1
El grado de agitación o movimiento del paciente durante la maniobra	5,2	1,3	12,1	62,1	19,4		16,6	<1
Falta de cooperación de paciente durante la maniobra	5,4	3,8	14,1	53,8	22,3	0,5	13,2	<1
Y o interferencias entre distintos puestos de trabajo	5,9	1,7	4,2	37,3	5	0,8	8,5	49
Falta de formación en prevención de riesgos laborales	3,4	3,4	13,7	52,1	27,4		8,4	19
Trabajar en un espacio no habilitado para el procedimiento	10,1	4,6	21,1	45,9	18,3		7,8	<1
Trabajar solo o aislado	4,3	7,4	17,0	40,4	30,9		6,7	32

(*) % sobre el total de Accidentes Biológicos con Factores Contribuyentes (n=1394)

En cuanto a los factores contribuyentes con diferencias significativas por categoría profesional, se ve que el “Apremio de tiempo ritmo de trabajo elevado” es el más frecuente en auxiliares de enfermería (32,2%), en enfermeras (43,5%), en los MIR 4 (48,7%) y en técnicos especialistas (66,7%).

La “falta de orden en el puesto de trabajo” se reseña sobre todo en los accidentes producidos en personal de la limpieza (71,4%).

El “Tener que realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas” es frecuente en los accidentes que se han producido en Residentes de enfermería (38,5%),

matronas (36,8%), enfermeros/as (30,1%), médicos/as (35,4%), y MIRes de primer a cuarto año (35,8%, 46,0%, 36,4%, 38,5% respectivamente).

La *“Existencia de otros compañeros trabajando en el mismo espacio”* es frecuente en los accidentes producidos en los Residentes (médicos y enfermeros).

En celadores, los accidentes han tenido relación sobre todo con la *“Falta de cooperación del paciente durante la maniobra”* y con *“El grado de agitación o movimiento del paciente durante la maniobra”*, en ambos casos con un 53,8%. Este segundo factor también ha tenido elevada frecuencia en los accidentes en matronas (26,3 %).

El *“sueño-cansancio”* se ha recogido como factor más frecuente en los accidentes de los estudiantes, de medicina, enfermería y matrona, (50%) y entre los médicos residentes.

La *“Falta de experiencia para la tarea realizada”* ha sido el principal factor en los accidentes de los médicos residentes de primer año (42,0 %) (tabla 92).

Tabla 92. Factores contribuyentes según categoría. Porcentajes

	Auxiliar de enfermería	Celador	EIR 1-2	Enfermería	Estudiante (*)	Matrona	Médico/a	Residente R1	Residente R2	Residente R3	Residente R4	Residente R5	Personal de
de tiempo ritmo de trabajo elevado	32,2	7,7	23,1	43,5	16,3	21,1	33,6	34,6	26,0	36,4	48,7	15,8	14,
de realizar muchas tareas al mismo tiempo	20,3	7,7	15,4	26,6	25,6	10,5	20,4	17,3	18,0	9,1	20,5	15,8	
orden en el puesto de trabajo	20,3	15,4	23,1	14,0	9,3	21,1	12,8	12,3	2	18,2	12,8	10,5	71,
de realizar la maniobra manteniendo posturas incómodas	11,9	7,7	38,5	30,1	8,1	36,8	35,4	35,8	46,0	36,4	38,5	10,5	
de otros compañeros trabajando en el mismo espacio	11,9	7,7	30,8	16,2	18,6	15,8	34,5	23,5	34,0	43,2	25,6	36,8	
cooperación del paciente durante la maniobra	11,9	53,8	23,1	16,9	16,3	15,8	8,8	11,1	6,0	4,5	12,8	5,3	
de agitación o movimiento del paciente durante la maniobra	10,5	53,8	23,1	23,0	7,0	26,3	8,4	13,6	12,0	9,1	7,7	10,5	
de ruido en el puesto de trabajo	9,8	7,7	23,1	13,8	12,8	5,3	13,3	9,9	18,0	15,9	20,5	15,8	
limpieza en el puesto de trabajo	9,8			6,0	8,1	5,3	3,1	6,2	2,0	6,8	2,6		28,
ansancio	8,4	7,7	23,1	12,3	5	21,1	14,6	29,6	26,0	36,4	35,9	21,1	
ción voluntaria de protecciones o dispositivos de seguridad	7,0		23,1	12,3	3,5	15,8	11,5	11,1	14,0	9,1	10,3	15,8	
diferencias entre distintos puestos de trabajo	6,3	15,4	7,7	8,1	2,3	15,8	11,1	3,7	1	22,7	10,3	10,5	
dispositivos y otro material para uso no previsto por el fabricante	2,8		23,1	4,3	1,2	5,3	2,2	1,2					
experiencia para la tarea realizada	2,1	7,7	23,1	5,7	1,2	15,8	4,0	42,0	12,0	13,6	12,8		
supervisión	2,1	7,7		0,5	4,7		0,9	4,9	2,0				

(*) Estudiantes de enfermería, medicina y matrona Agrupando los factores según sus características, se observa que son los más frecuentes aquellos relacionados con la carga mental y con los espacios de trabajo (tabla 93).

Tabla 93. Presencia de factores contribuyentes agrupados

	n	% sobre accidentes con FC (n=1394)	% sobre total accidentes (n=2998)
Carga mental	653	46,8	21,8
Espacios de trabajo	639	45,8	21,3
Organización del trabajo	567	40,6	18,9
Formación e información	360	25,8	12,0
Factores ligados al paciente	323	23,2	10,8
Factores ambientales	303	21,7	10,1
Factores ligados al accidentado	225	16,1	7,5

Agrupación de Factores Contribuyentes

Factores ligados al accidentado

- o Estrés
- o Incumplimiento voluntario de ordenes o normas
- o Falta de habilidad debida a problemas de salud
- o No utilización voluntaria de protecciones o dispositivos de seguridad críticos
- o Ser zurdo o diestro para realizar la maniobra
- o Sueño / Cansancio

Espacios de trabajo

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

Factores ligados al paciente

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

Factores ambientales

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

Formación e información

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

Organización del trabajo

- o Apremio de tiempo / ritmo de trabajo elevado
- o Falta de supervisión
- o Tener que realizar muchas tareas al mismo tiempo
- o Trabajar solo o aislado
- o Otros compañeros trabajando en mismo espacio y/o interferencias entre puestos

Analizando el peso de cada grupo de factores contribuyentes, por el momento en el que se ha producido el accidente se observa que los factores que contribuyen al accidente “durante el procedimiento” son aquellos relacionados con la organización del trabajo y la carga mental. Los factores ligados al paciente tienen este año menos impacto en relación con el momento de ocurrencia del accidente (tabla 94).

Tabla 94. Factores contribuyentes según momento

Durante el procedimiento			
	Resto de grupos	FC de ese grupo	p
Factores en relación con Organización del trabajo	53,4	59,4	0,027
Factores en relación con Carga mental	53,6	58,3	0,082
Factores en relación con Formación información	55,6	56,4	0,798
Factores ambientales	55,8	56,0	0,953
Factores en relación con Espacios de trabajo	56,5	55,0	0,583
Factores ligados al paciente	56,5	55,0	0,005
Factores ligados al accidentado	56,9	50,2	0,065
Después del procedimiento, antes de desechar			

	Resto de grupos	FC de ese	p
Factores ligados al accidentado	24,0	26,2	0,467
Factores en relación con Formación información	23,8	25,8	0,437
Factores ambientales	24,2	24,8	0,813
Factores en relación con Espacios de trabajo	24,6	24,0	0,787
Factores en relación con Carga mental	25,2	23,3	0,412
Factores en relación con Organización del trabajo	27,1	20,3	0,004
Factores ligados al paciente	26,7	16,4	0,000

Durante o después de desechar			
	Resto de grupos	FC de ese grupo	p
Factores ligados al accidentado	5,7	8,0	0,193
Factores en relación con Espacios de trabajo	5,0	7,4	0,069
Factores ambientales	6,1	6,0	0,910
Factores en relación con Carga mental	6,5	5,5	0,423
Factores en relación con Organización del trabajo	6,5	5,5	0,423
Factores en relación con Formación información	6,5	4,7	0,196
Factores ligados al paciente	7,3	2,2	0,001

FUENTES DE INFORMACIÓN

La información recogida en este documento se ha extraído del Registro de Accidentes Biológicos de la Comunidad de Madrid (aplicación NOAB) el 6 de junio de 2017 y en ella han participado como notificadores 16 Servicios de Prevención de riesgos laborales de ámbito sanitario.

AGRADECIMIENTO

Al colectivo notificador, 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 del personal (los trabajadores) del ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Autónoma.

Madrid a 21 de junio de 2017
Unidad Técnica de Salud Laboral

**DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016.
ACTUACIONES COORDINADAS
CON LOS SERVICIOS DE
PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES**

INTRODUCCIÓN

El día 31 de mayo se celebra el Día Mundial Sin Tabaco, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El tabaquismo la segunda causa mundial de muerte después de la hipertensión arterial. El consumo de tabaco supone, pues, un riesgo importante para la salud de las personas fumadoras, y también para las que inhalan el humo de forma involuntaria (fumadoras pasivas).

En la Comunidad de Madrid se programó, con motivo de esta jornada, una actividad específica para sensibilizar sobre los riesgos, prevenir el consumo y promover la deshabituación de la población fumadora. Esta campaña se programó para ser desarrollada principalmente en centros sanitarios (SERMAS y centros municipales), ayuntamientos, centros docentes públicos, mancomunidades de servicios sociales, centros de atención a jóvenes, centros de atención a drogodependientes, etc. Dada la participación de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresa en la campaña del año 2015, se consideró de nuevo la extensión de la campaña al ámbito laboral, quedando la coordinación entre la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud del SERMAS y las empresas, en manos del Servicio de Salud Laboral.

Este Servicio dirigió una invitación abierta a más de 200 Médicos del Trabajo, derivada de la cual 25 servicios de prevención manifestaron su interés en participar activamente en la campaña. Finalmente, fueron 17 los que llevaron a cabo la actuación en el marco de la campaña, informando otros que esta actividad la tenían ya incorporada en sus actividades cotidianas, muchos de ellos a partir de la campaña del año anterior.

ACTIVIDADES DE LA CAMPAÑA:

La actividad principal de la campaña, centrada en promover la deshabituación de la población fumadora, estaba diseñada fundamentalmente para detectar el grado de dependencia del tabaco y la actitud hacia el abandono del hábito tabáquico, y

según ambas cuestiones, actuar de una u otra manera, mediante la entrega de documentación, apoyo y seguimiento.

Para ello se utilizaron el test de Fagerström modificado ([Anexo I](#)), que mide el grado de dependencia mediante seis preguntas autocontestadas, y el estudio de la fase en el proceso de abandono del tabaco, según Prochaska y Diclemente ([Anexo II](#)). Según el resultado de ambas herramientas, se entregaría material específico a cada persona. Los resultados fueron remitidos desde los Servicios de Prevención de modo anonimizado ([Anexo III](#)).

Este material editado se hizo llegar a las empresas en papel y también en formato pdf, para que pudieran divulgarlo en sus intranets y red de mails corporativos.

Dicho material ha consistido en:

<u>Carteles:</u>	Prohibido fumar Diez buenas razones para dejar de fumar, ¿cuál es la tuya? ⁽⁷⁾
<u>Folletos:</u>	¿Vivir sin tabaco? Tú puedes conseguirlo ⁽⁷⁾
<u>Marcapáginas:</u>	10 buenas razones para dejar de fumar ¿cuál es la tuya?
<u>Volantinas:</u>	Test de Fagerström
<u>Carpetas:</u>	Carpetas de recomendaciones y consejos para ayudar a dejar de fumar, según el resultados de las herramientas comentadas. Formato digital.

En total fueron distribuidos:

- 200 carteles “Prohibido fumar”
- 810 carteles “Diez buenas razones para dejar de fumar...”
- 8.050 folletos “¿Vivir sin tabaco?, Tú puedes conseguirlo”
- 4.000 marcapáginas “10 buenas razones para dejar de fumar...”
- 5.820 volantinas Test de Fagerström
- 1.880 carpetas “Recomendaciones y consejos...”-CD-.

A pesar de que la campaña estaba diseñada para una jornada (Día Mundial sin Tabaco), y a la vista del buen resultado obtenido el año anterior, los servicios de

⁷ Modelo en [Anexo IV](#)

prevención participantes la programaron, mayoritariamente, en varios días (entre 7 y 15 días), teniendo en cuenta la propia agenda, la actividad de las empresas, la estructura y la infraestructura de las mismas, su organización, calendario, etc.

PARTICIPACIÓN:

Los servicios de prevención de riesgos laborales

En la ejecución de la campaña del DMST 2016 han participado un total de 17 servicios de prevención de riesgos laborales: 14 SP propios (SPP) y 3 ajenos (SPA). Tres de ellos realizaron su actividad colocando mesas informativas y facilitando el material a sus plantillas, pero no tomaron los registros del Test de Fragerström ni de Prochaska y Di Clemente. Las actividades se han llevado a cabo en 24 centros de trabajo. Los 17 SSPP atienden a alrededor de 26.700 trabajadores/as.

Durante la campaña, se recogió un total de 980 registros DE 13 SSPP, habiéndose notificado problemas por parte de dos SSPP por cuestiones informáticas. Los SSPP que han aportado más registros son dos SPA y un SPP (correspondiente al sector público).

Tabla 95. Distribución tests aplicados según Servicio de Prevención.

	SP 1	SP 2	SP 3	SP 4	SP 5	SP 6	SP 7	SP 8	SP 9	SP 10	SP 11	SP 12	SP 13	Total
N	33	81	11	9	145	22	26	9	11	446	18	145	24	980
%	3,45	8,47	1,15	0,94	15,2	2,3	2,72	0,94	1,15	46,7	1,88	15,2	2,4	100

Las personas

El 49,8 de las personas participantes fueron mujeres, y el 47,7 hombres. Hubo 25 registros en los que no se recogió el sexo.

La media de edad fue de 40,73 años (DE: 10,55), no observándose diferencia entre hombres y mujeres.

REGISTROS

Hábito

La distribución entre fumadores y no fumadores, por sexo, se expresa en la siguiente tabla, recogiendo datos de un total de 528 fumadores/as:

Tabla 96. Hábito tabáquico en hombres y mujeres participantes.

	Mujeres	Hombres	S/C	Total
Fumador/a	255	271	25	551
No fumador/a	196	157		353
Ex fumador/a	37	39		75
Total	488	467	25	980

No se observó diferencias en la media de edad de fumadores y no fumadores ni, dentro de cada uno de esos grupos, entre hombres y mujeres.

Grado de dependencia

En cuanto al nivel de dependencia, se registró lo siguiente, según el Test de Fragerström:

Tabla 97. Grado de dependencia en respondedores/as al test de Fragerström.

	Mujeres	Hombres	S/C	Total
Baja	137	129	3	269
Media	70	84	13	167
Alta	32	26	9	67
Subtotal	239	239	25	503
No se hace el test	16	32		48
Total	255	271	25	551

Actitud ante el hábito de fumar

La actitud frente a la posibilidad de abandono del hábito tabáquico queda reflejada, entre quienes contestaron, y por sexo, según las fases de Prochaska y Di Clemente en la siguiente tabla:

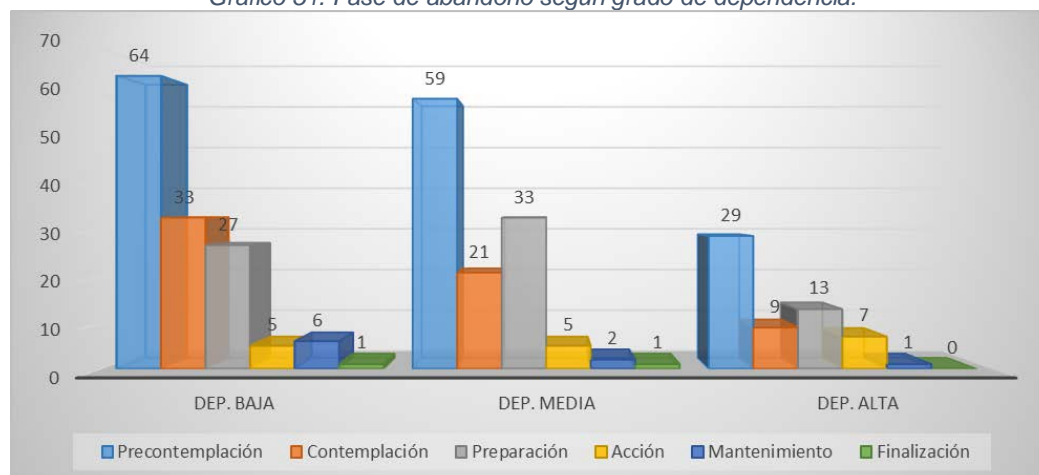
Tabla 98. Fase de abandono. Hombres y mujeres.

	Mujeres	Hombres	S/C	Total
Precontemplación	97	94	7	198
Contemplación	44	35	7	86
Preparación	38	45	4	87
Acción	13	13	2	28
Mantenimiento	16	15	1	32
Finalización	5	3	1	9
Total	213	205	22	440

Grado de dependencia y actitud frente el hábito

Según el grado de dependencia, los encuestados se distribuyeron como se muestra en el gráfico siguiente, en cuanto a la actitud frente al abandono del hábito tabáquico:

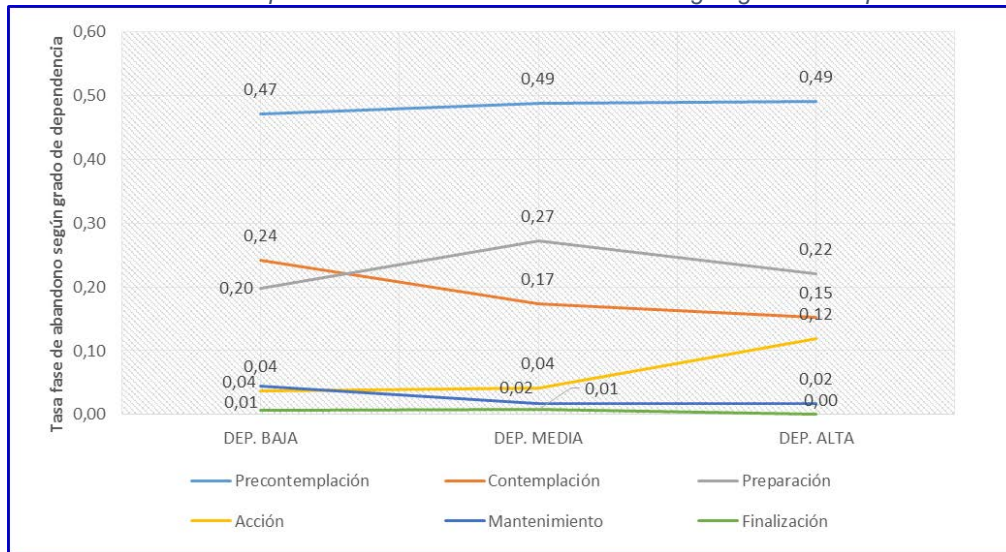
Gráfico 51. Fase de abandono según grado de dependencia.



Los participantes con dependencia alta apenas superan el 13, y de ellos casi el 12 ya estaba en el momento de abandono del hábito, y más del 37 están valorando claramente dejar de fumar (fases de contemplación y preparación).

Sin embargo, observando las tasas de personas en cada fase según grado de dependencia, vemos que las tasas mayores son las de pre-contemplación, que a su vez se dan precisamente entre quienes sería deseable que estuviesen dando pasos claros hacia el abandono del tabaco (dependencia media y alta). La tasa de contemplación es menor en el grupo de dependencia alta.

Gráfico 52. Tasas de personas en cada fase de abandono según grado de dependencia.



Se repite lo observado el pasado año por lo que nos parece interesante, pues, incidir en la necesidad de emprender actuaciones específicas muy dirigidas a este grupo, con el fin de desplazarles hacia actitudes más cercanas a la fase de acción, incluyendo, por supuesto, el consiguiente seguimiento posterior.

Cooximetría:

Solo se registraron 43 mediciones en dos servicios de prevención, dado que la gran mayoría de los SSPP no contaban con cooxímetro.

ACTIVIDADES

La actuación de la campaña se ha llevado de manera diferente según las características de los SSPP participantes y de las empresas en las que ésta se ha desarrollado: se han puesto mesas informativas en punto de acceso clave para el personal de las empresas, se han colocado afiches en diferentes puntos estratégicos, se ha colocado información en la intranet, en algunas empresas se ha elaborado material ad hoc (ejemplo en [Anexo V](#)), envíos de e-mail a las plantillas, inclusión de la campaña en boletines semanales de la empresa, comunicación directa (telefónica o vía electrónica) con los fumadores conocidos por el servicio médico para poner en su conocimiento la campaña, que se ha desarrollado también en las consultas y los reconocimientos médicos, etc.

Son varios los SSPP que han realizado toda la campaña por medios telemáticos, razón por la que no han registrado los resultados de los test, siendo las personas participantes quienes han obtenido sus propios resultados y han accedido a la información disponible o se han acercado a las consultas médicas.

En algunos casos se han organizado actividades especiales como excursiones, o, en el caso de empresas sanitarias, se ha actuado conjuntamente con los servicios de neumología.

Estas líneas de trabajo han sido desarrolladas de manera exclusiva o simultáneamente, según informan los servicios de prevención.

En alguna empresa ya existía un programa de apoyo a la deshabituación previa a esta actividad, con lo que la Jornada ha sido incorporada para recordar la importancia del abandono del hábito tabáquico. Varios SSPP ya habían incorporado esta actividad a sus tareas cotidianas, tras la campaña de año anterior.

Debe quedar claro que el principal interés de la campaña no es la obtención del registro, puesto que los registros son parciales, sino el impacto sobre la población fumadora. Los datos resultantes de esta actividad mantenida, recogidos en cada servicio de prevención serán, pues, los que verdaderamente informen sobre el éxito de esta campaña y sus ulteriores actuaciones.

Recientemente la responsable médica de un Servicio de Prevención Propio ha informado que, a dos años de la primera Campaña desarrollada en coordinación con la D.G. de Salud Pública, el 40,7 de sus fumadores han dejado de fumar, y de los que aún fuman, el 43 ha reducido su consumo. Obviamente estos resultados pueden mejorarse (ya que el objetivo final es que se abandone totalmente el tabaquismo), pero indican claramente que una actuación puntual como punto de partida para un seguimiento continuado puede tener un impacto muy positivo sobre la salud de la población de las empresas. A la vista de los resultados, se puede inferir que este tipo de actividades se deberían repetir, continuar y complementar con otras que tengan objetivos semejantes.

RECONOCIMIENTOS

A los y las responsables de los Servicios de Prevención, que han considerado interesante incorporarse a la campaña del Día Mundial Sin Tabaco, y con ello han apoyado el trabajo preventivo de sus profesionales sanitarios, contribuyendo así a la mejora de la salud de sus trabajadores/as.

A todos los profesionales que han participado en el desarrollo de la campaña en sus respectivos Servicios de Prevención en cualquiera de sus fases, sin cuya colaboración y coordinación la ejecución de la misma hubiera sido imposible.

A quienes han remitido los resultados de la campaña en su ámbito a este Servicio de Salud Laboral permitiendo, con ello, evaluar, conocer y reconocer la actividad desarrollada en el ámbito laboral en la Comunidad de Madrid.

**Unidad Técnica de Salud Laboral
Septiembre 2016.**

ANEXO 1**(para entregar a fumadores)****TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO**

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Puntuación

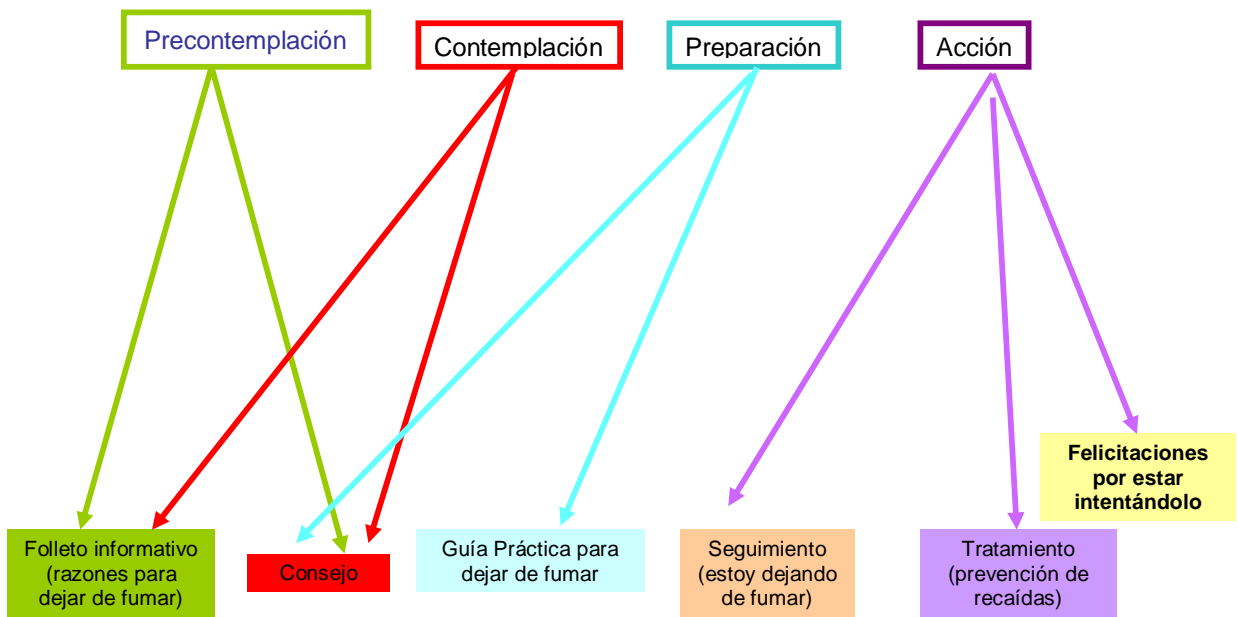
Menor de 4 dependencia baja

Entre 4 y 6, dependencia media. Igual o mayor de 7 dependencia alta. Añadir resultado de la cooximetría si se realizó

ANEXO 2



Actuaciones según fases de Prochaska



ANEXO 3



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

(evaluación a realizar por el centro de salud y enviar a ASP de área)

Comunidad de Madrid

-Resultados del Test de FAGERSTRÖM de dependencia nicotina
-Fase de proceso abandono tabaquismo según PROCHASKA Y DICLEMENTE
- Resultado cooximetría fumadores

CENTRO SANITARIO:.....

EDAD	SEXO	FUMA	NO FUMA	Ex FUMADOR	Valoración de dependencia física a la nicotina. (Fagerström)			Fase proceso abandono (Prochaska y Diclemente)					Cooximetría		
					Baja 0-3 puntos	Mediana 4-6 puntos	Alta 7 y mas puntos	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	antenimiento	Finalización	Resultado cooximetría em cifras	

Observaciones:



ANEXO 4

ALGUNOS MATERIALES DISTRIBUIDOS



¿vivir sin tabaco?

tú puedes conseguirlo

Si te planteas seriamente dejar de fumar, es una buena idea acudir a tu centro de salud a informarte. Estos consejos pueden ayudarte:

1. Prepárate para dejar de fumar:

Haz una lista con los motivos para dejar de fumar y elige los cinco más importantes para ti.

Piensa en las situaciones de tu vida diaria que asocias al consumo de cigarrillos y anótalas. Luego busca conductas alternativas para realizar en el primer día que hayas dejado de fumar.

Intenta fumar más espaciadamente y sólo la mitad del cigarrillo.



2. Elige un día para dejarlo:

Procura que sea un día en el que puedas dedicar tu tiempo y tu esfuerzo a no fumar ni un solo cigarrillo. Procura que no coincida con días de tensiones o cambios que alteren tu estado de ánimo.

Una vez fijado el día, no lo cambies bajo ningún pretexto.

Avisa a tus familiares, amigos y conocidos de tu intención de abandonar el tabaco y de la fecha elegida. Su ayuda y comprensión serán importantes para el éxito.

Deshazte de todos los cigarrillos que te queden el día anterior a la fecha elegida y retira ceniceros, mecheros, cerillas y demás utensilios relacionados con el tabaco.

El día D, comienza el día con una buena ducha. No tomes café y sustitúyelo por fruta. Procura que la comida y la cena sean ligeras y poco condimentadas, y lávate los dientes nada más comer. Bebe mucha agua a lo largo del día, evita el alcohol y las bebidas excitantes.

3. Mantente sin fumar:

Las ganas de fumar no durarán eternamente. Serán muy fuertes al principio, pero al cabo de seis semanas habrán disminuido significativamente.

Cuando sientas un fuerte deseo de fumar:

- > Bebe un vaso de agua.
- > Mira tu reloj y cuenta el tiempo: en medio minuto habrá descendido el deseo intenso.
- > Haz algún ejercicio de relajación o respiración profunda.
- > Sobre todo, no te engañes pensando que sólo serán un par de caladas y luego ya controlarás. Será este cigarrillo el que te controle a ti.

Si es posible, pasa más tiempo al aire libre y haz algo de ejercicio físico: paseo, natación, bicicleta,...

Evita las comidas copiosas y las bebidas alcohólicas o los excitantes como el café.

Bebe mucha agua o zumos. Consume abundante fruta fresca.

Procura evitar, en la medida de lo posible, los ambientes cargados de humo.

Si has recurrido a un tratamiento farmacológico para ayudarte a dejar de fumar, sigue las indicaciones de tu médico en cuanto a la forma de tomarlo o de colocarte los parches de nicotina, y no dudes en consultarle cualquier duda al respecto.

**La decisión es tuya
y puedes conseguirlo.
Entre todos podemos ayudarte.**





**10 buenas razones
para dejar de fumar**

RAZONES

¿Cuál es la tuya?

1. **Vivirás** más tiempo y con mejor calidad de vida.
2. **El humo** de tus cigarrillos no perjudicará la salud de tus hijos/as, tus familiares y de todas las personas que te rodean.
3. **Recuperarás** tu capacidad de hacer ejercicio físico, gracias a una mejor oxigenación.
4. **Sufrirás** menos catarros y resfriados, no tendrás irritación de garganta y nariz.
5. **Tendrás** un importante ahorro de dinero.
6. **Mejorará** de forma espectacular el aspecto de tu piel y tus dientes y desaparecerá el mal aliento.
7. **Tu ropa, tu casa, tu coche,** dejarán de oler como un cenicero.
8. **Recuperarás** el gusto por la comida y el olfato.
9. **Evitarás** conflictos y situaciones desagradables, ya que nadie te abroncará por fumar en su presencia.
10. **Podrás** ir a cualquier parte con tranquilidad a disfrutar del aire limpio. Cada vez hay más lugares en los que no se permite fumar.

ANEXO 5

Ejemplo de elaboración de material propio por SPRL

¡GANA VIDA!
SIN TABACO

31 de Mayo
Día Mundial sin
Tabaco.

El Servicio de Prevención de Riesgos
Laborales puede ayudarte.

Este 31 de Mayo te esperamos para el inicio de la
carrera en las charlas informativas que daremos desde
las 8.30h hasta las 17,30h cada 90 minutos
Centro de Actividades Ambulatorias
Planta 6ª, Bloque C. Tel. 61030

 [DejadefumarSPRLH12o](#)  [@DejaDefumarSPRLH12o](#)

 **Hospital Universitario**
12 de Octubre

**¿Te animas a comenzar la
carrera de la vida
Sin tabaco?**



ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. EP por sector de actividad: número, % e Índice de incidencia.....	18
Tabla 2. EP por sección de actividad. Número, porcentaje e índice de incidencia.....	19
Tabla 3. Distribución de enfermedades comunicadas según ocupación. Año 2016.....	19
Tabla 4. EP comunicadas según el RD 1299/2006.....	20
Tabla 5. Enfermedades comunicadas en 2016 agrupadas según descriptivo.....	21
Tabla 6. EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios personales.....	22
Tabla 7. EP notificadas en comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos.....	22
Tabla 8. EP notificadas en industria manufacturera.....	22
Tabla 9. EP notificadas en actividades administrativas y de servicios auxiliares.....	23
Tabla 10. EP notificadas en construcción.....	23
Tabla 11. EP notificadas en hostelería.....	24
Tabla 12. Causas de cierre de los partes en hombres y mujeres, Porcentajes.....	25
Tabla 13. Causas de cierre en Grupos de EP comunicadas (según RD 1299/2006). N y %.....	25
Tabla 14. Calificación de la contingencia en los grupos de EP según RD 1299/2006. Porcentajes.....	26
Tabla 15. Sectores de actividad según grupos de EP al cierre.....	26
Tabla 16. Calificación de los partes según sección de actividad, en porcentajes.....	27
Tabla 17. Evolución de las sospechas de EP según el tipo de notificador de 2012 a 2016.....	39
Tabla 18. Distribución anual de las Sospechas comunicadas desde Inspección a Salud Laboral. 2013-2016(*)..	40
Tabla 19. Características demográficas de las trabajadoras y los trabajadores con SEP.....	41
Tabla 20. Distribución de frecuencias de las profesiones CNO por sexo.....	43
Tabla 21. Distribución de frecuencias según sección de actividad económica por sexo.....	45
Tabla 22. Enfermedades comunicadas agrupadas según el diagnóstico clínico.....	47
Tabla 23. Códigos de EP comunicadas según el RD 1299/2006.....	48
Tabla 24. EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios sociales.....	49
Tabla 25. Distribución de patologías diagnosticadas en las actividades sanitarias y de servicios sociales, según grupos de ocupación.....	50
Tabla 26. Diagnósticos principales notificados en actividades Industria manufacturera.....	51
Tabla 27. Diagnósticos principales notificados en la Construcción.....	52
Tabla 28. Diagnósticos principales notificados en Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas.....	52
Tabla 29. Diagnósticos principales notificados en Actividades administrativas y servicios auxiliares.....	53
Tabla 30. Algunos descriptores de Accidentes de Trabajo –AT- con baja. Año 2015.....	64
Tabla 31. Tasas de Accidentes de trabajo observadas para determinadas causas. Año 2015.....	66
Tabla 32. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2015.....	66
Tabla 33. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2015.....	66
Tabla 34. Porcentaje de AT ocurridos durante el trabajo por sección de actividad, en hombres y mujeres.....	68
Tabla 35. AT totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2015. Hombres.....	70
Tabla 36. AT totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2015. Mujeres.....	70
Tabla 37. 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).....	72
Tabla 38. AT mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones. Año 2015.....	73
Tabla 39. AT mortales de trabajadoras ocurridos durante el trabajo, por secciones. Año 2015.....	73
Tabla 40. AT en autónomos/as por sector de actividad en la CM. Año 2015.....	75
Tabla 41. Incidencia de Accidentes de trabajo con causas especiales en autónomos 2015.....	75
Tabla 42. Indicadores de la repercusión inmediata del AT en autónomos. Año 2015.....	75
Tabla 43. Secciones que acumulan el 85 de los AT en trabajadores autónomos. Año 2015.....	76
Tabla 44. Secciones que acumulan el 85 de los AT en trabajadoras autónomas 2015.....	76
Tabla 45. Edad media y antigüedad de la población accidentada por ATJT según sector.....	85
Tabla 46. Medias de edad y de antigüedad en el puesto en hombres y mujeres.....	85
Tabla 47. Lugar en que se produjo el accidente ATJT por sobre-esfuerzos.....	86
Tabla 48. Tipo de trabajo realizado por la población que sufrió ATJT por sobreesfuerzos.....	86
Tabla 49. Actividad física específica en el momento del accidente (ATJT).....	87

Tabla 50. Desviaciones más frecuentes que intervinieron en producción de ATJT por sobreesfuerzos.....	87
Tabla 51. Localización de las lesiones en ATJT por sobreesfuerzos.....	88
Tabla 52. Media de edad en años según localización de la lesión. Comparación hombres-mujeres.	89
Tabla 53. ATJT por sobreesfuerzos según grandes grupos de ocupación. Año 2015.....	90
Tabla 54. Localizaciones afectadas según sección ocupación, en porcentajes. Hombres.	91
Tabla 55. Localizaciones afectadas según grupo de ocupación, en porcentajes. Mujeres.	92
Tabla 56. Distribución de ATJT por sobreesfuerzos según sección de actividad. Hombres.	93
Tabla 57. Distribución de ATJT por sobreesfuerzos según sección de actividad. Mujeres.	94
Tabla 58. Incidencia de ATJT por sobreesfuerzos según actividad.....	94
Tabla 59. Localizaciones afectadas según sección de actividad, en porcentajes. Hombres.....	96
Tabla 60. Localizaciones afectadas según sección de actividad, en porcentajes. Mujeres.	97
Tabla 61. Razón de incidencias de ATJT por sobreesfuerzos según zona lesionada en cada sección de actividad. Hombres.	98
Tabla 62. Razón de incidencias de ATJT por sobreesfuerzos según zona lesionada en cada sección de actividad. Mujeres.	99
Tabla 63. Actividades a priorizar para la prevención de ATJT por sobreesfuerzos.	100
Tabla 64. Distribución de la población de la cohorte de expuestos laboralmente a amianto.....	105
Tabla 65. Personas afectadas por lesiones o patologías relacionadas con el amianto.....	109
Tabla 66. Patologías y lesiones conocidas relacionadas con amianto en la cohorte.....	112
Tabla 67. Grado de invalidez.....	114
Tabla 68. Tipo de contingencia.	115
Tabla 69. Causas de muerte de relacionadas con la exposición al amianto.	116
Tabla 70. Notificaciones realizadas por los Servicios de Prevención.....	122
Tabla 71. Mes del accidente.....	123
Tabla 72. Tipo de lesión.....	123
Tabla 73. Localización de la lesión.....	123
Tabla 74. Categoría profesional, turno de trabajo y situación laboral de los accidentados/as.....	128
Tabla 75. Ámbito de trabajo (I).....	129
Tabla 76. Ámbito de trabajo (II).....	130
Tabla 77. Lugar donde se produjo el accidente.....	131
Tabla 78. Servicio donde se produjo el accidente.....	132
Tabla 79. Conocimiento del estado serológico de la fuente.....	134
Tabla 80. Motivo de utilización del material implicado en el accidente.....	134
Tabla 81. Objeto implicado en el accidente.....	136
Tabla 82. Objeto implicado por ámbito de actuación.....	137
Tabla 83. Objetos con dispositivo de seguridad implicados en el accidente según el momento del accidente...	138
Tabla 84. Descripción del accidente según el momento en que se produjo.....	140
Tabla 85. Estado serológico de la fuente (Hepatitis B y D).	141
Tabla 86. Estado serológico de la fuente (Hepatitis C y VIH).....	141
Tabla 87. Estado serológico basal del accidentado.....	141
Tabla 88. Acción de la sangre o material biológico.....	142
Tabla 89. Situación vacunal del accidentado.....	142
Tabla 90. Factores que han contribuido al accidente biológico.....	143
Tabla 91. Factores contribuyentes según ámbito.....	144
Tabla 92. Factores contribuyentes según categoría. Porcentajes.....	146
Tabla 93. Presencia de factores contribuyentes agrupados.....	146
Tabla 94. Factores contribuyentes según momento.....	147
Tabla 95. Distribución tests aplicados según Servicio de Prevención.....	152
Tabla 96. Hábito tabáquico en hombres y mujeres participantes.	153
Tabla 97. Grado de dependencia en respondedores/as al test de Fragerström.....	153
Tabla 98. Fase de abandono. Hombres y mujeres.....	154

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Partes de EP comunicados por meses. Año 2016.....	14
Gráfico 2. Distribución de partes de EP comunicados por sexo y edad. Año 2016.....	15
Gráfico 3. Distribución de los partes de EP comunicados por grupos etarios. Año 2016.....	16
Gráfico 4. Edad media de la población afectada según ocupaciones.....	16
Gráfico 5. Media de edad según sección de actividad.....	17
Gráfico 6. Evolución anual del índice de incidencia de EP por 100.000 afiliados/as.....	18
Gráfico 7. Edad de los afectados/as según grupo de EP.....	20
Gráfico 8. Evolución temporal de las comunicaciones de Sospechas de Enfermedad Profesional.....	37
Gráfico 9. Número de Comunicaciones de SEP por meses. 2012-2016.....	38
Gráfico 10. Distribución anual por tipos de notificadores.....	38
Gráfico 11. Distribución porcentual de los grupos etarios por sexo de las SEP.....	42
Gráfico 12. Edad media de la población afectada según ocupaciones.....	43
Gráfico 13. Edad media de la población afectada según sección de actividad.....	44
Gráfico 14. Edades según el grupo de EP.....	48
Gráfico 15. Secciones de actividad que ocupan al 85% de la población afiliada con contingencia profesional cubierta en la Comunidad de Madrid. Año 2015.....	60
Gráfico 16. Afiliados por ramas (85% del total).....	60
Gráfico 17. Afiliadas por ramas (85% del total).....	60
Gráfico 18. Incidencia de AT por regímenes de afiliación en la Comunidad de Madrid. Hombres y mujeres. 2015.....	63
Gráfico 19. Evolución anual de AT según momento del accidente, y tasas de AT durante el trabajo x 1000 afiliados/as.....	64
Gráfico 20. Evolución de los accidentes de gravedad en hombres y mujeres. Años 2007-2015.....	65
Gráfico 21. Distribución de accidentes según momento y por sector de actividad. 2009-2015.....	67
Gráfico 22. AT en las actividades que aglutinan el 85% de los accidentes ocurridos durante el trabajo (ATJT). Año 2015.....	68
Gráfico 23. Actividades en que se producen el 85% de ATJT. Hombres.....	69
Gráfico 24. Actividades en que se producen el 85% de ATJT. Mujeres.....	69
Gráfico 25. Tasas de accidentes por algunas causas, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2015.....	71
Gráfico 26. Tasas de accidentes con determinados efectos, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2015.....	71
Gráfico 27. Evolución temporal de los AT en población autónoma, población total y por sexo.....	77
Gráfico 28. Evolución de incidencia de AT por cada 100.000 afiliados/as. 2015 frente a 2014.....	77
Gráfico 29. Evolución anual de los AT y de AT durante el trabajo x1000 afiliados/as.....	78
Gráfico 30. AT por sobreesfuerzos. Años 2007-2015.....	82
Gráfico 31. ATJT por sobreesfuerzos en Madrid y España: % sobre total de accidentes en jornada de trabajo e Índices de incidencia por cada 100.000 afiliados/as. Evolución años 2007-2015.....	83
Gráfico 32. Índice de incidencia de ATJT totales y por sobreesfuerzos, en la Comunidad de Madrid.....	83
Gráfico 33. . Media de edad según localización de la lesión.....	90
Gráfico 34. Comparativo de localizaciones afectadas según grupo de ocupación. (2015).....	92
Gráfico 35. Razón de Incidencias ATJT por sobreesfuerzos. Ramas de actividad con mayor incidencia (4).....	95
Gráfico 36. Actividad de las empresas con exposición según situación vital y laboral (2015).....	105
Gráfico 37. Distribución de edades en población activa y post-ocupacional.....	106
Gráfico 38. Reconocimientos primeros y sucesivos en hospitales del SERMAS, por año.....	107
Gráfico 39. Distribución anual de los reconocimientos realizados a activos/as.....	110
Gráfico 40. Población expuesta a amianto fallecida por año, por todas las causas.....	115
Gráfico 41. Edad de muerte de la población fallecida.....	116
Gráfico 42. Accidentes Biológicos notificados a NOAB por grupo de edad. Año 2016.....	125
Gráfico 43. Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por edad.....	125
Gráfico 44. Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por categoría profesional.....	126
Gráfico 45. Accidentes biológicos (año 2016). Tasas por categoría profesional y grupo de edad.....	127

Gráfico 46. Tasas en personal en formación NOAB Año 2016	127
Gráfico 47. Accidentes biológicos. Tasas por 100 trabajadores según ámbito NOAB Año 2016	129
Gráfico 48. Circunstancias en torno al accidente. Porcentaje NOAB Año 2016	133
Gráfico 49. Momento en el que se produce el Accidente Biológico. Año 2016.....	139
Gráfico 50. Lugares de abandono del objeto punzante (n=54). Año 2016	139
Gráfico 51. Fase de abandono según grado de dependencia.....	154
Gráfico 52. Tasas de personas en cada fase de abandono según grado de dependencia.....	155



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD