



CUADERNOS DE SALUD LABORAL

2015

Salud y Trabajo
en la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

CUADERNOS DE SALUD LABORAL

2015

Salud y Trabajo
en la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
Subdirección General de Sanidad Ambiental

**Edita:**

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

Realiza:

Subdirección General de sanidad ambiental.

Equipo de redacción**Servicio de Salud Laboral**

José María Cisnal Gredilla

María Fernanda González Gómez

Piedad Hernando Briongos

María Dolores Insausti Macarrón

Manuel Martínez Vidal

Servicio de Salud Laboral

isp.s.laboral@salud.madrid.org

Edición digital

Mayo 2016

Publicado en España – Published in Spain

PRESENTACIÓN.

Tengo la oportunidad de presentar una nueva edición de los Cuadernos de Salud Laboral, que cumplen el séptimo año de su publicación.

Han sido elaborados por el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública, a partir de los datos suministrados tanto por programas desarrollados por el propio Servicio, como por otros organismos relacionados con los trabajadores madrileños (empresas y administración central y autonómica).

Un trabajo exhaustivo que ha dado como resultado la obtención de una valiosa información sobre muchas patologías relacionadas con el trabajo, así como de los factores que pueden afectar a la salud de los trabajadores. Además de ser un buen medio de difusión de las actividades impulsadas desde la Consejería de Sanidad, a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que buscan promover una vida saludable en el mundo laboral.

Es mi deseo que la lectura y reflexión de este documento sea de utilidad para todos los agentes implicados en la Prevención de Riesgos Laborales. Un instrumento que nos ayudará a detectar las necesidades en la prevención de los riesgos en el trabajo y, como consecuencia, a planificar actividades específicas en aquellas áreas susceptibles de mejora.

Por último, y no por ello menos importante, quiero agradecer la colaboración de todas las instituciones y organismos -de ámbito comunitario y nacional-, que han facilitado los datos y a todos los que han hecho posible este trabajo.

Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez
Directora General de Salud Pública

ÍNDICE.

Introducción	<u>6</u>
Enfermedades Profesionales en la Comunidad de Madrid: tres estudios sobre enfermedad y trabajo	<u>12</u>
• Enfermedades profesionales comunicadas en la Comunidad de Madrid en 2105.	<u>16</u>
• Las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid: años 2007-2015.	<u>40</u>
• Estudio de los partes registrados de EP en la Comunidad de Madrid. 2008-2013.	<u>54</u>
Accidentes de trabajo ocurridos en la Comunidad de Madrid. Año 2014.	<u>76</u>
Vigilancia de accidentes con riesgo biológico en la Comunidad de Madrid, 2015	<u>99</u>
Programa de vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid. Informe de seguimiento.	<u>119</u>
Servicios de Prevención Ajenos: Estudio de situación desde su creación hasta la actualidad.	<u>136</u>
Informe Campaña Día Mundial Sin Tabaco 2015: Actividad en las empresas.	<u>149</u>
Algunos aspectos para la prevención de la exposición al amianto en empresas de fontanería, calefacción y refrigeración	<u>164</u>

INTRODUCCIÓN.

Como en ediciones anteriores, los *Cuadernos de Salud Laboral 2015* presentan los resultados de los estudios realizados por el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública. Su objetivo es dar a conocer el estado de salud de la población trabajadora, así como las actividades y ocupaciones expuestas a mayores riesgos. En el documento se analizan las condiciones laborales específicas de algunos de estos grupos de nuestra región y los efectos que pudieran tener sobre su bienestar y salud.

Como está establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales¹, corresponde a las administraciones públicas sanitarias, entre otros, la implantación de sistemas de información y la realización de estudios epidemiológicos para identificar y prevenir las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores.

A su vez, la Ley General de Salud Pública² establece las competencias relacionadas con la salud laboral y, entre ellas, la de «desarrollo de sistemas de información sanitaria, de indicadores (...)», siempre con el objeto de «conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y el entorno».

En el ámbito autonómico, se reconoce expresamente como competencia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de patologías producidas o agravadas por las condiciones de trabajo.³

La normativa autonómica establece, además, entre las competencias de la D.G. de Salud Pública, la de «mejorar el conocimiento de los problemas de salud y

¹ Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y post modificaciones. Art. 10-

² Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública. Art. 32 y 33.

³ Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Art. 17.

de exposición a riesgos de la población trabajadora y proporcionar información de carácter sanitario con el fin de promover la salud en el ámbito laboral de la Comunidad de Madrid». ⁴

Entre las funciones que desarrolla el Servicio de Salud Laboral, está la de realizar y difundir estos estudios epidemiológicos, necesarios para avanzar en la mejora de la seguridad y salud de la población trabajadora. El objeto de esta publicación es, precisamente, divulgar los conocimientos obtenidos entre las y los profesionales que desarrollan sus funciones en este ámbito particular.

Cuadernos de Salud Laboral 2015 muestra los resultados de los análisis de epidemiología laboral. En ellos se incorpora, además, el informe sobre las actividades de la Campaña del Día Mundial sin Tabaco, llevadas a cabo en empresas madrileñas con la coordinación del Servicio. Cabe destacar que también se presenta un documento-resumen sobre la prevención de la exposición al amianto en empresas de fontanería, calefacción y refrigeración. En este documento, que se difundió *on-line* entre los Servicios de Prevención Ajenos que prestan sus servicios a estas empresas (en su mayoría de pequeño tamaño), se unifica y actualiza la información disponible sobre este tema.

Los Cuadernos de salud laboral 2015 contienen información sobre los siguientes temas:

- Enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid. Tres estudios sobre enfermedad y trabajo:
 - Enfermedades profesionales comunicadas en el año 2015. Se trata de un estudio descriptivo de los nuevos partes de enfermedad profesional registrados en el año 2015.
 - Las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid: años 2007-2015. Estudio agregado de lo ocurrido con las enfermedades

⁴ Decreto 195/2015 de 4 de agosto, de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad. Art. 13

profesionales en el periodo de tiempo señalado, y comparación evolutiva.

- Estudio de los partes de Enfermedades Profesionales. Años 2008-2013. Informe sobre la distribución de enfermedades profesionales según diferentes variables laborales, y breve análisis de discordancias entre las comunicadas y las reconocidas por el sistema de SS.
- Accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid del año 2014. 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 en las y los afectados.
- Accidentes con riesgo biológico en los servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid, año 2015. Informe que describe los accidentes con riesgo biológico ocurridos en la red sanitaria de la Comunidad de Madrid durante el año 2015, 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 2016.
- Evolución histórica de los servicios de prevención ajenos en la Comunidad de Madrid: estudio descriptivo de la presencia de los SPA en el mundo laboral desde 1996 a la actualidad.
- Informe sobre la actividad en las empresas en el marco de la campaña del Día Mundial sin Tabaco, 2015.

- Algunos apuntes para la prevención de exposición al amianto en empresas de fontanería, calefacción y refrigeración de la comunidad de Madrid.

Estos estudios muestran la información recogida de manera desagregada por sexo⁵. Existe una segregación vertical y una horizontal, vinculadas ambas a una cuestión de género que expone a diferentes riesgos laborales a trabajadores y trabajadoras.

Las diferencias halladas en uno y otro grupo nos ofrece una información de calidad sobre la realidad de la salud en el trabajo. Además, permite adecuar las medidas preventivas a las necesidades reales, fomentando el desarrollo de una actuación más efectiva y eficiente.

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 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. Para el análisis de la evolución de los servicios de prevención ajenos se ha utilizado la información volcada en el *SERPA*, aplicación informática para el registro nacional de estos servicios de prevención, que gestiona el 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

⁵ 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.

anónimos recogidos en los servicios de prevención (datos de la campaña del Día Mundial sin Tabaco realizada el pasado año en las empresas).

Este trabajo hubiera sido imposible sin el concurso de muchos profesionales, entre los que se encuentran los de los servicios de neumología de los hospitales del SERMAS, que facilitaron su apoyo para el programa regional de seguimiento de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto. Del mismo modo, los profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales de los centros sanitarios colaboraron en el estudio de los accidentes con riesgo biológico. No nos queremos olvidar del 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. La ayuda del Servicio de Informes de Salud y estudios y del Servicio de Sanidad Ambiental, ambos de la Dirección General de Salud Pública, ha sido imprescindible para la elaboración del informe de seguimiento del programa de amianto. Y, finalmente, ha sido fundamental la tarea de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas madrileñas, ejecutores de la campaña del Día Mundial sin Tabaco.

Presentamos esta edición *Cuadernos de Salud Laboral 2015* con el deseo de aportar información útil a personas e instancias involucradas en la prevención de riesgos laborales. Esperamos que sea una herramienta eficaz tanto en la definición de prioridades, como en la toma de decisiones, la planificación preventiva y la investigación. Todo ello con el objetivo de mejorar la salud y la seguridad en el trabajo de los hombres y mujeres de esta Comunidad Autónoma.

Servicio de Salud Laboral

Abril 2016

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Tres estudios sobre enfermedad y trabajo:

- 1.** Enfermedades profesionales comunicadas en la Comunidad de Madrid en 2105.
- 2.** Las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid: años 2007-2015.
- 3.** Estudio de los partes registrados de EP en la Comunidad de Madrid. 2008-2013.

Según la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, «en el mundo, cada día, mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo –más de 2,3 millones de muertes por año-. El coste de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4 por ciento del Producto Interior Bruto global de cada año»

En España, desde el año 2010 al 2014, han tenido lugar 2.657.466 accidentes de trabajo con baja, y se han registrado un total de 84.816 enfermedades profesionales. La Dirección General de Salud Pública, a través del Servicio de Salud Laboral de la Subdirección General de Sanidad Ambiental, describe y analiza anualmente lo ocurrido en la Comunidad de Madrid, estudiando los datos recogidos en los registros oficiales nacionales creados para recoger estas contingencias.

A continuación se presentan tres estudios sobre enfermedad y trabajo, donde se analizan, desde diferentes puntos de vista, las enfermedades profesionales registradas en esta Comunidad Autónoma:

- 1.- Enfermedades profesionales comunicadas en el año 2015 en la Comunidad de Madrid.
- 2.- Las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid: años 2007-2015. Estudio agregado y evolutivo.
- 3.- Estudio de los partes de EP en la Comunidad de Madrid. Años 2008-2013.

La información para la elaboración de todos ellos ha sido obtenida de la base CEPROSS (de registro de enfermedades profesionales), cuyos registros han sido 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.

Las enfermedades profesionales están recogidas en 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 Anexo I. En esta norma se especifica además, en su disposición adicional primera, que la transmisión del parte se realizará por medios electrónicos. A partir de la entrada en vigor de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea un fichero de datos personales. La cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad se realiza por vía electrónica mediante la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social). La responsabilidad de su gestión recae en la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (ESS). Desde esta aplicación se realiza el tratamiento informático de los partes, remitiéndose posteriormente la información a las Comunidades Autónomas.

Así pues, el sistema CEPROSS recoge información relacionada con enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales –EP- (Anexo I del Real Decreto 1299/2006). Esta información se recoge por medio del parte electrónico de enfermedad profesional, que elabora o tramita la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales del trabajador. Para ello, los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales (EP) de sus trabajadores.

La información recogida en estas partes incluye variables relativas a las personas afectadas (sexo, edad, nacionalidad); a su perfil laboral (ocupación, actividad económica); a aspectos preventivos; 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.); además del motivo del cierre (si este ha ocurrido) 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).

1. Enfermedades profesionales comunicadas en el año 2015 en la Comunidad de Madrid.

Introducción.

Para la elaboración de este informe sobre Enfermedades Profesionales –EP– comunicadas en el año 2015, se han estudiado los partes de EP comunicados, mes a mes, durante dicho año. Para la parte final del estudio, se han tomado los datos sobre los partes abiertos y cerrados en este año.

Como se ha mencionado en la parte introductoria de estos informes sobre EP en Madrid, la población de referencia, de cara al cálculo de índices de incidencia, es la población afiliada con cobertura de contingencia profesional. Se excluyen aquellos que no la tienen (autónomos que optan por no tener esta cobertura), puesto que no notifican enfermedades profesionales, ya que no son subsidiarios de prestación alguna por la misma.

Hay que señalar que, desde 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 2015 con contingencia profesional cubierta y en los términos descritos, ascendieron a un total de 2.483.805 personas (1.250.764 hombres y 1.233.041 mujeres).

Al final del informe se expone una breve comparación de algunas de las variables con lo observado en el año 2014, publicado en los *Cuadernos de Salud Laboral 2014*^{*}. En el estudio comparativo se analiza específicamente aquellas variables en las que se ha observado diferencias considerables, bien en

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

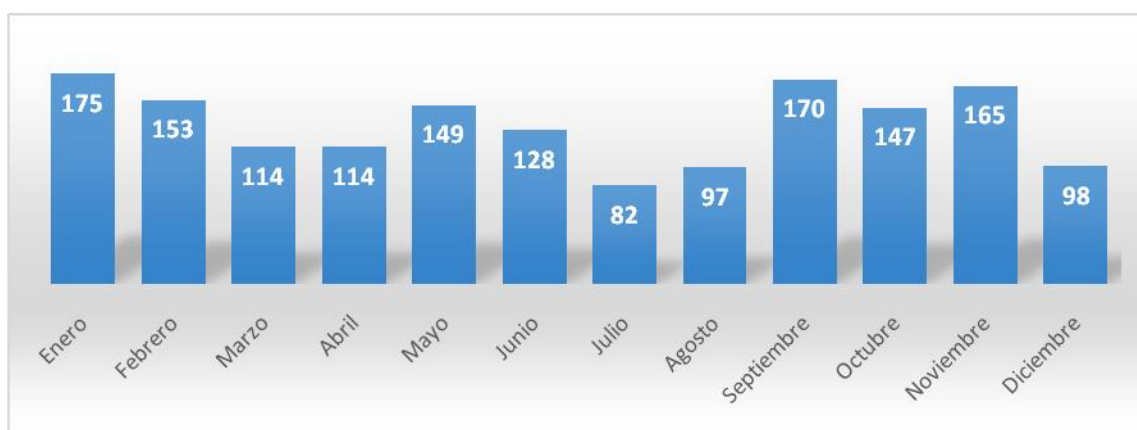
números absolutos, relativos, o en sus índices de incidencia (es decir, los casos producidos en relación a la población afiliada en uno y otro año).

Análisis Descriptivo.

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2015, fue comunicado un total de 1.592 partes de Enfermedad Profesional (a partir de ahora EP), de los cuales 952 correspondían a mujeres (59,8%), y 640 a hombres (40,2%).

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 a otros meses).

Gráfico 1. Partes de EP comunicados por meses. Año 2015.



El 92,1% de las personas que sufrieron estas enfermedades tenían nacionalidad española, el 2,1% rumana; en tercer lugar, con igual contribución, Marruecos y Perú fueron los países de origen del 1,8% de las personas con parte de EP.

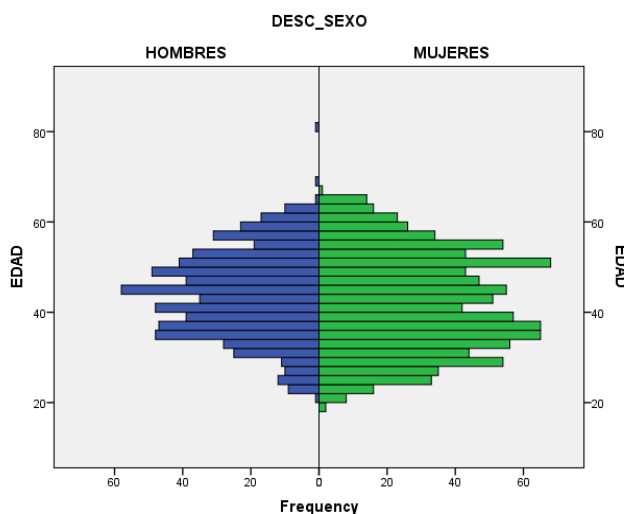
Del total de partes comunicados, el 64,3% se acompañó de baja laboral.

Edad .

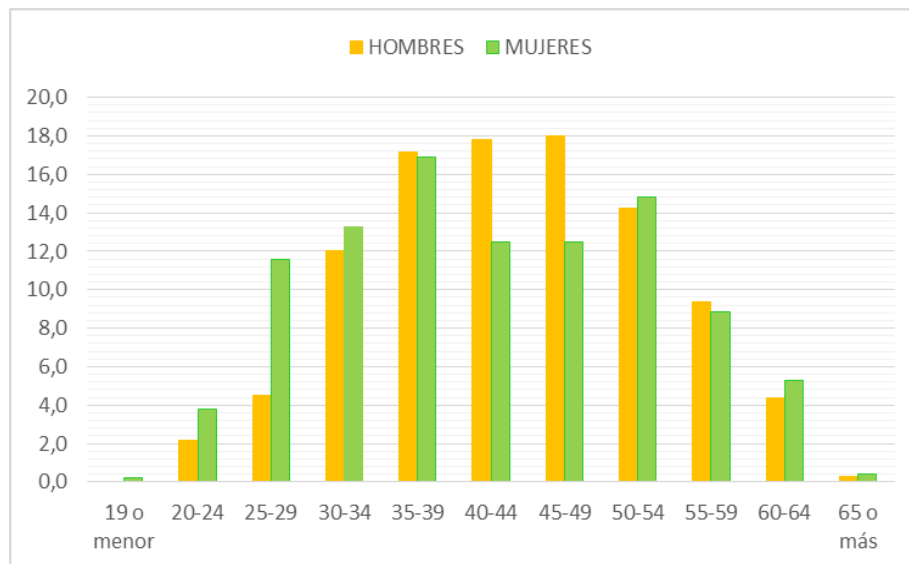
La media de edad observada es de 43,51 años en los hombres (DE: 9,67), y de 41,86 años en las mujeres (DE: 10,93) ($p=0,01$).

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

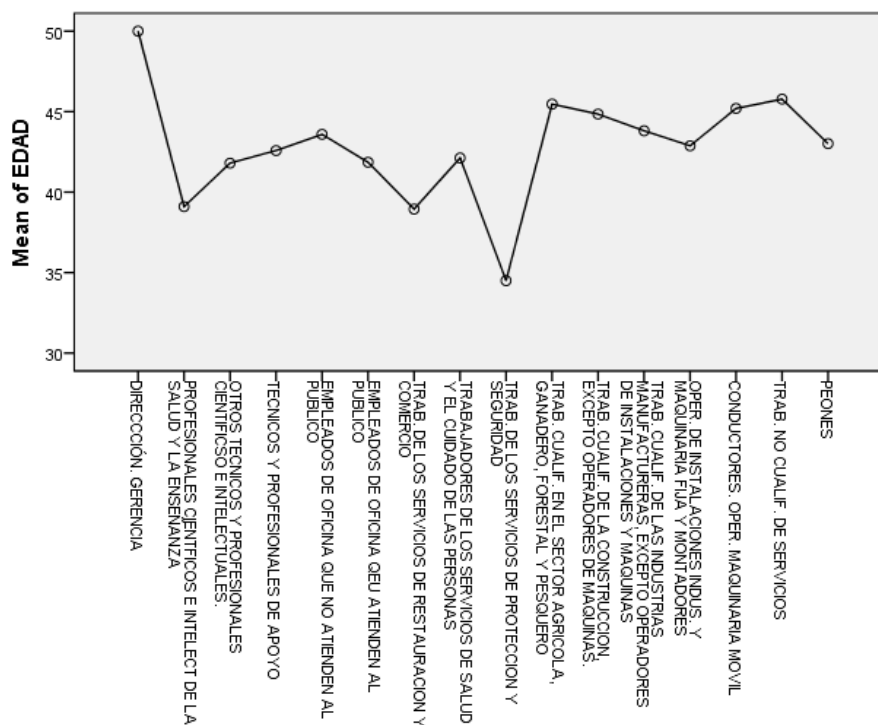
Gráfico 2. Distribución de partes de EP comunicados por sexo y edad. Año 2015.



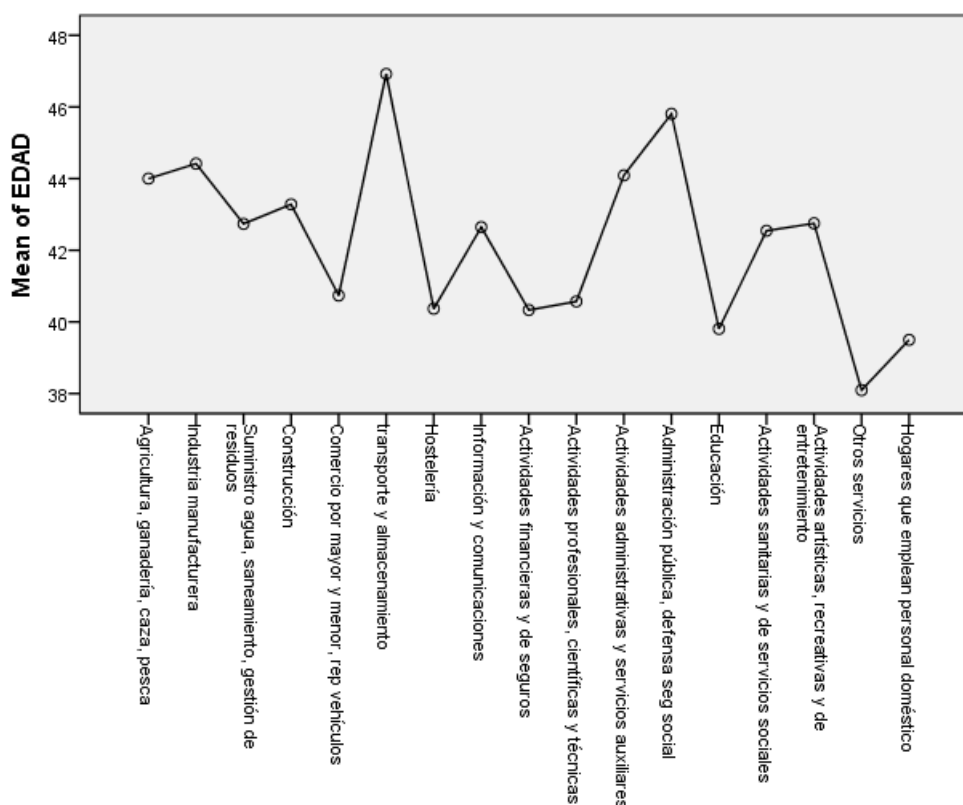
La distribución de unos y otras por grupos quinquenales de edad se muestra en el gráfico 3. Se pone en evidencia que en el intervalo de edad entre los 35 y los 49 años es marcadamente superior el número de partes correspondientes a hombres, al contrario de lo que sucede en el intervalos entre los 25 y 34 años, y en el quinquenio 50-54. Este comportamiento de las cifras es semejante a lo observado el año anterior.

Gráfico 3. Distribución porcentual de los partes de EP comunicados por grupos etarios. Año 2015

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. Las medias de edad según ocupación y actividad siguen patrones diferentes a lo observado el año anterior.

Gráfico 5. Media de edad según sección de actividad.

Actividad económica

La distribución por sectores se refleja en la tabla1. 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.

El índice de incidencia de EP comunicadas en la población trabajadora con contingencia profesional cubierta es de 64,05 EP comunicadas por cada 100.000 afiliados/as, cifra ligeramente superior a lo observado en años anteriores, en que este índice fue de 60,66 en 2014 y de 52,68 en 2013.

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

	Frecuencia	Porcentaje	Afiliados/as	I de Incidencia por 100000 afiliados/as
SC. AGRARIO	2	,1	5070	39,45
INDUSTRIA	271	17,0	183356	147,80
CONSTRUCCIÓN	78	4,9	121712	64,09
SERVICIOS	1240	77,9	2173668	57,05
Total	1591	100,0	2483805	64,05

Analizado los partes por sección de actividad, fueron las actividades sanitarias y de servicios sociales, y la sección de industria manufacturera, las actividades que más comunicaciones de EP aportaron, y también 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.

	Nº de EP	%	Afiliados/as	I de Incidencia por 100000 afiliados/as
Actividades sanitarias y de servicios sociales	510	32,0	202409	251,97
Industria manufacturera	252	15,8	160007	157,49
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	241	15,1	397282	60,66
Actividades administrativas y servicios auxiliares	144	9,0	269209	53,49
Otros servicios	93	5,8	62656	148,43
Hostelería	84	5,3	160444	52,35
Construcción	78	4,9	121712	64,09
Administración pública, defensa seg social	62	3,9	116475	53,23
Educación	26	1,6	149138	17,43
Transporte y almacenamiento	25	1,6	131741	18,98
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	19	1,2	14515	130,90
Información y comunicaciones	17	1,1	179549	9,47
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	16	1,0	38661	41,38
Actividades profesionales, científicas y técnicas	14	,9	211832	6,61
Actividades financieras y de seguros	6	,4	103220	5,81
Agricultura, ganadería, caza, pesca	2	,1	5070	39,45
Hogares que emplean personal doméstico	2	,1	128146	1,56
TOTAL	1591	99,9	2483805	64,05

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 2015.

	n	%	Hombres % (N=569)	Mujeres % (N=886)
Dirección. Gerencia	1	0,1	0,0	0,1
Profesionales científicos/as e intelect de la salud y enseñanza	201	13,8	8,1	17,5
Otros técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.	15	1,0	1,2	0,9
Técnicos/as y profesionales de apoyo	172	11,8	10,2	12,9
Empleados/as de oficina que no atienden al publico	17	1,2	1,2	1,1
Empleados/as de oficina que atienden al publico	42	2,9	0,4	4,5
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	161	11,1	9,5	12,1
Trabaj. de los servicios de salud y el cuidado de las personas	215	14,8	3,2	22,2
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad	4	0,3	0,4	0,2
Trab. cualif. del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	15	1,0	1,9	0,5
Trab. cualif. de construcción, excepto operador de máquinas.	58	4,0	9,8	0,2
Trab. cualif. de industrias manufactureras, no operadores/as de instalaciones y máquinas	194	13,3	27,4	4,3
Oper. de instalaciones indust. y maquinaria fija y montadores	64	4,4	6,9	2,8
Conductores/as, Operadores/as maquinaria móvil	15	1,0	2,1	0,3
Trabajadores/as no cualificados/as de servicios	188	12,9	9,0	15,5
Peones	93	6,4	8,8	4,9
Total	1455	100	100	100

Enfermedades profesionales según RD 1299/2006

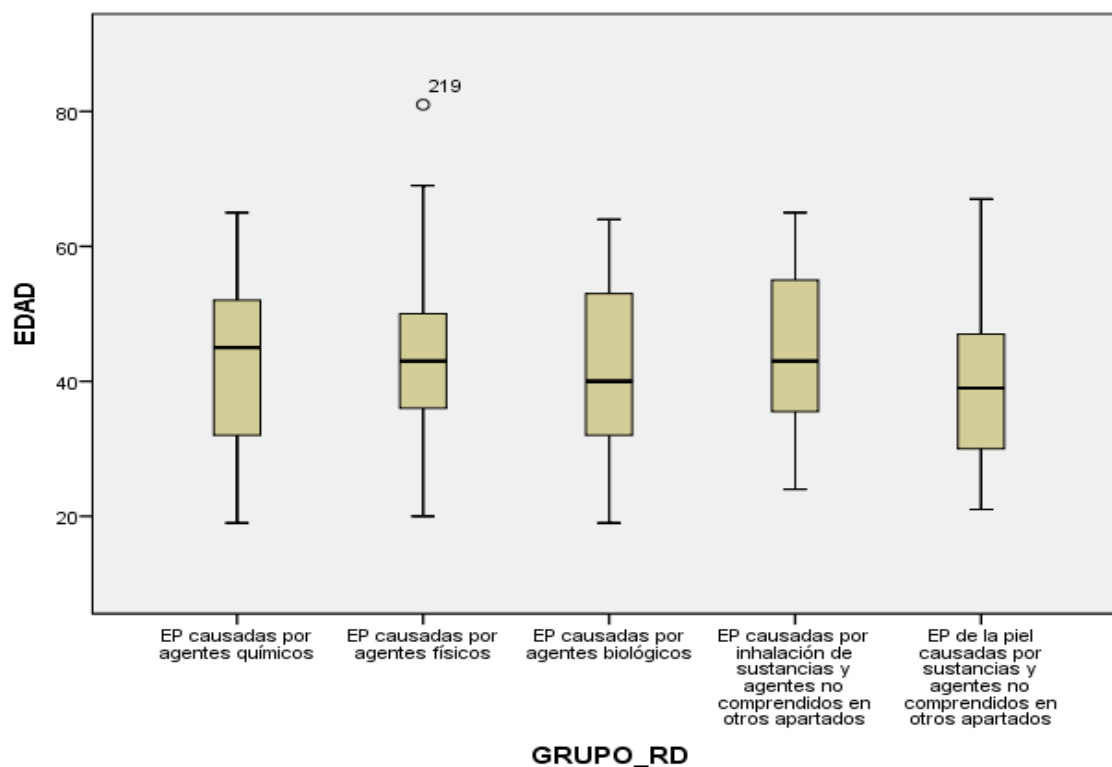
La distribución de EP comunicadas en el año 2015 según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006, se muestra en la tabla 4. El mayor número de EP comunicadas pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, siendo este grupo el que tiene también una mayor incidencia por cada 100.000 afiliados/as (35,71). Las EP por agentes biológicos tuvieron también un alto índice de incidencia entre las mujeres (31,87 partes por cada 100.000 afiliadas).

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

	Hombres N (%)	I de incid por 100000 afiliados	Mujeres N (%)	I de incid por 100000 afiliadas	Total N (%)	I de incid por 100000 afiliados/as
EP causadas por agentes químicos	39 (6,1)	3,12	30 (3,2)	2,43	69 (4,3)	2,78
EP causadas por agentes físicos	447 (69,8)	35,74	440 (46,2)	35,68	887 (55,7)	35,71
EP causadas por agentes biológicos	84 (13,1)	6,72	393 (41,3)	31,87	477 (30,0)	19,20
EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	41 (6,4)	3,28	34 (3,6)	2,76	75 (4,7)	3,02
EP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	29 (4,5)	2,32	55 (5,8)	4,46	84 (5,3)	3,38
Total	640 (100)	51,17	952 (100)	77,21	1592 (100)	64,10

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

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



Es de destacar que en el año 2015 no se ha comunicado ningún parte de EP causada por agentes carcinógenos, en la línea de descenso de comunicación de este tipo de patologías, que han pasado de 12, 7 y 2 casos comunicados en los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente, a ninguno en el 2015.

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 conjuntivitis (todos los tipos) constituyen más de la cuarta parte de las EP comunicadas. Los partes de comunicación de EP por conjuntivitis han ascendido de manera muy importante en los dos últimos años, al contrario que las dermatitis, que se han visto reducidas tanto en números absolutos como relativos desde el año 2012.

Tabla 5. Enfermedades comunicadas en 2015 agrupadas según descriptivo.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Conjuntivitis	401	25,2
Epicondilitis (lateral / medial)	373	23,4
Síndrome del túnel carpiano	184	11,6
Dermatitis	111	7,0
Tenosinovitis de Quervain	86	5,4
Alteraciones del aparato fonador	45	2,8
Dedo en gatillo	24	1,5
Hipoacusia	23	1,4
Neumonitis	10	0,6
Asma	49	3,1
Patología de la rodilla	16	1,0
Patología del hombro	24	1,5
Tumores	2	0,1
Resto EP	244	15,3
Total	1592	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 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5).

Tabla 6.1 EP notificadas en actividades sanitarias y de servicios personales.

	N	%
Conjuntivitis	392	76,9
Epicondilitis	6	1,2
Dermatitis	20	3,9
TBC (estudio y control)	28	5,5
Influenza	17	3,3
Tendinitis,tenosinovitis y sinovitis	15	2,9
Resto de EP	32	6,3
Total	510	100,0

Tabla 6.2. EP notificadas en industria manufacturera.

	N	%
Epicondilitis	84	33,3
Síndrome del túnel carpiano	31	12,3
Tenosinovitis de Quervain)	13	5,2
Asma	18	7,1
Dermatitis	34	13,5
Neumoconiosis	8	3,2
Hipoacusia	17	6,7
Dedo en gatillo	9	3,6
Patología del hombro	5	2,0
Resto de EP	33	13,1
Total	252	100,0

Tabla 6.3 EP notificadas en comercio (mayor y menor) y reparación de vehículos.

	N	%
Epicondilitis	104	43,2
Síndrome del túnel carpiano	61	25,3
Tenosinovitis mano (Incluido Quervain)	20	8,3
Dermatitis	9	3,7
Pat del hombro	8	3,3
Dedo en gatillo	4	1,7
Asma	6	2,5
Resto de EP	35,0	14,5
Total	241,0	100,0

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

	N	%
Epicondilitis	46	31,9
Síndrome del túnel carpiano	26	18,1
Alteraciones del aparato fonador	15	10,4
Dermatitis	12	8,3
Tenosinovitis de Quervain	12	8,3
Dedo en gatillo	4	2,8
Tendinitis, tenosinovitis y sinovitis	10	6,9
Asma	4	2,8
Resto EP	15	10,4
Total	144	100,0

Tabla 6.5. EP notificadas en hostelería.

	N	%
Epicondilitis	19	22,6
Síndrome del túnel carpiano	22	26,2
Tenosinovitis de Quervain	18	21,4
Dermatitis	6	7,1
Asma	7	8,3
Resto de EP	12,0	14,3
Total	84,0	100,0

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

Puesto que en el análisis realizado el año anterior la actividad de construcción fue analizada, había tenido interés, y ya se habían observado cambios respecto a periodos previos, mostramos también lo observado para dicha actividad en la tabla 6.6. Los datos se mantienen prácticamente iguales a los del año 2014, salvo en el caso de las dermatitis, que se han visto reducidas a la mitad (11 en 2014), volviendo a las cifras de años anteriores.

Tabla 6.6. EP notificadas en construcción.

	N	%
Epicondilitis	30	38,5
Síndrome del túnel carpiano	9	11,5
Dermatitis	5	6,4
Patología de la rodilla	10	12,8
Tendinitis, tenosinovitis y sinovitis	10	12,8
Resto EP	14	17,9
Total	78	100,0

Partes abiertos y cerrados en el 2015.

En 2015 fueron cerrados 1.050 partes de EP. De ellos, 906 correspondían a partes abiertos ese mismo año, y el resto a los años 2014(109 partes), 2013 (5 partes), 2012 (24 partes), 2011 (5 partes), y un parte abierto en 2009.

Del total de partes comunicados en 2015 (1.592, descritos en las páginas anteriores), poco más del 56% (906) fue cerrado en el mismo año. El 65,2% de estos partes correspondió a trabajadoras (es una proporción hombre/mujer semejante a la del conjunto de los partes cerrados).

No se observaron diferencias entre la edad de aquellos cuyos partes fueron abiertos y cerrados en el año 2015, y aquellos cuyos partes aún estaban abiertos al terminar el año. (Al estudiar esto en los partes del año 2014, 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 7. Se observa cómo la enfermedad del 38,4% de las mujeres se cierra como una lesión permanente no invalidante frente al 27,9% de los hombres.

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

	Hombres	Mujeres	Total
Alta por curación y/o alta laboral	67,9	60,4	63,0
Alta por propuesta de IP	3,8	,8	1,9
Otras causas	27,9	38,4	34,8
Lesión permanente no invalidante	0,0	,3	,2
Sin baja laboral	,3	0,0	,1
Total	100,0	100,0	100,0

Estudiando las causas de cierre según los grupos de EP establecidos en el RD 1299/2006, encontramos que en todos ellos se da el alta por curación o mejoría con mayor frecuencia, sin embargo, en el grupo 4, más de la cuarta parte se cierran con alta por propuesta de incapacidad permanente. Es importante recordar que en este grupo están todas las EP por inhalación de agentes no incluidas en otros apartados (Tabla 8).

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

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Alta por curación y/o alta laboral	30 (78,99)	299 (76,9)	189 (47,4)	13 (38,2)	40 (87,0)	571 (63,0)
Alta por propuesta de IP	4 (10,5)	2 (0,5)	0 (0,0)	10 (29,4)	1 (2,2)	17 (1,9)
Otras causas	4 (10,5)	85 (21,9)	210 (52,6)	11 (32,4)	5 (10,9)	315 (34,8)
Lesión permanente no invalidante	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
Sin baja laboral	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)
Total	38 (100)	389 (100)	399 (100)	34 (100)	46 (100)	906 (100)

En la tabla 9 se muestra cómo fueron calificadas las EP notificadas y cerradas en el 2015. 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, quedando casi el 12% de ellos calificados como enfermedad común. Esto no coincide con lo observado el año anterior, en que fueron las EP por agentes químicos aquellas que tuvieron una menor proporción de EP reconocidas como tales, siendo el resto consideradas como AT. (En ambos casos, contingencia profesional).

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

	%			
	Accidente trabajo	Enfermedad común	Enfermedad Profesional	Total
EP por agentes químicos		2,4	97,6	100,0
EP por agentes físicos	4,7	2,4	92,9	100,0
EP por agentes biológicos		,9	99,1	100,0
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados	5,6	2,8	91,7	100,0
EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados	5,9	11,8	82,4	100,0
Total	2,7	2,3	95,0	100,0

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

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

	SC									
	AGRARIO		INDUSTRIA		CONSTRUCCIÓN		SERVICIOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EP por agentes químicos	0	0,0	10	8,3	5	13,9	23	3,1	38	4,2
EP por agentes físicos	1	50,0	86	71,1	28	77,8	274	36,7	389	42,9
EP por agentes biológicos	1	50,0	2	1,7	2	5,6	394	52,7	399	44,0
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros	0	0,0	11	9,1	1	2,8	22	2,9	34	3,8
EP de piel por agentes no comprendidos en otros	0	0,0	12	9,9	0	0,0	34	4,6	46	5,1
Total	2	100,0	121	100,0	36	100,0	747	100,0	906	100,0

En la tabla 11 se muestran las calificaciones de los partes según la sección de actividad económica de las empresas. 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 11. Calificación de los partes según sección de actividad, en porcentajes.

	AT	EC	EP	Total
Agricultura, ganadería, caza, pesca			100,0	100,0
Industria manufacturera	3,8	,9	95,3	100,0
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	6,7	6,7	86,7	100,0
Construcción	5,6		94,4	100,0
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	4,2	2,5%	93,3	100,0
Transporte y almacenamiento		14,3	85,7	100,0
Hostelería	11,1	3,7	85,2	100,0
Información y comunicaciones			100,0	100,0
Actividades financieras y de seguros			100,0	100,0
Actividades profesionales, científicas y técnicas		20,0	80,0	100,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2,8	6,9	90,3	100,0
Administración pública, defensa seg social	3,3	6,7	90,0	100,0
Educación			100,0	100,0
Actividades sanitarias y de servicios sociales	,5	,7	98,8	100,0
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento		11,1	88,9	100,0
Otros servicios	4,3	6,5	89,1	100,0
Hogares que emplean personal doméstico			100,0	100,0
Total	2,4	2,4	95,1	100,0

Breve comparativa. Evolución 2013-2014.

En términos generales, y en relación a los dos años anteriores, se ha incrementado muy ligeramente la proporción de partes comunicados correspondientes a trabajadoras, volviendo a las cifras de años anteriores. De media, la edad de la población afectada es semejante a la observada en los años previos (42,52 años DE= 10,466). A diferencia de lo que venía ocurriendo, en el 2015 sí se encontraron diferencias en la media de edad entre hombres y mujeres ($p=0,01$).

Se consolida el perfil de la nacionalidad de los dos años anteriores, respecto al 2012, observándose un claro ascenso del peso de la población española, que ha pasado a ser del 69,2% de los casos en dicho año, al 92,1 en el año 2015. Estas variaciones guardarían relación con los cambios que se han dado en la población afiliada en general: el nº de extranjeros afiliados a la seguridad social en nuestra Comunidad Autónoma sigue una línea descendente desde el año 2008*.

Continúa creciendo el índice de incidencia de EP en la industria manufacturera, tras el descenso observado en el año 2013. Asimismo ha aumentado el peso de los partes comunicados de EP de la población ocupada en actividades sanitarias y servicios sociales, viéndose un descenso en la los índices de incidencia de EP en actividades de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos, y en hostelería.

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 2015, una tasa de notificación de esta EP de 3,24 casos por 100.000 trabajadoras), al observar el nº de partes calificados finalmente como EP en el 2015, (independientemente del año en que fueron abiertos), solo llegó a 30 (la

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

mitad de las reconocidas en 2013). Así pues, se repite lo observado el pasado año, haciendo dudar de que exista una mayor sensibilidad hacia esta afectación tan propia de actividades como educación o información (algo que podría haberse deducido de las cifras recogidas en 2013), actividades en el que el número de mujeres es muy superior al de hombres, y confirmándose, al parecer, que lo ocurrido en el año 2013 se trató de un evento único y pasajero.

En términos generales, se observa que 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 el resto de grupos tuvo mayor peso entre sus compañeros, salvo el de las enfermedades de la piel producidas por agentes no incluidos en otros apartados, en las que 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*: se mantiene el incremento observado el pasado año -en relación a los dos anteriores- en el índice de incidencia de estas patologías, tanto en hombres como en mujeres: 247,27 mujeres afectadas por cada 100.00 trabajadoras del sector sanitario y de servicios sociales, y 193,23 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		NÚMERO		
EP	AGENTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos				
A	METALES	9	6	15
C	HALÓGENOS	2	0	2
D	AC INORGÁNICOS	0	1	1
E	AC ORGÁNICOS	1	2	3
F	ALCOHOLES Y FENOLES	4	3	7
G	ALDEHÍDOS	5	4	9
H	ALIFÁTICOS	6	2	8
I	AMINAS E HIDRACINAS	0	2	2
K	AROMÁTICOS	3	0	3
L	CETONAS	1	3	4
M	EPÓXIDOS	3	5	8
N	ÉSTERES	2	1	3
O	ÉTERES	1	0	1
P	GLICOLES	1	0	1
S	ORGANOCOLORADOS Y ORGANOFOSFORADOS	0	1	1
T	ÓXIDOS	1	0	1
TOTAL GRUPO 1		39	30	69

GRUPO EP	AGENTE	NÚMERO		
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2. Enfermedades causadas por agentes físicos				
A	Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	25	3	28
B	Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.	12	2	14
C	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.	15	0	15
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.	324	267	591
E	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas.	0	3	3
F	Enfermedades provocadas por posturas forzadas o movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión.	59	125	184
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.	5	0	5
L	Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales.	7	40	47
TOTAL GRUPO 2		447	440	887
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)	78	388	466
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...	4	2	6
D	Enfermedades infecciosas y parasitarias no en otros apartados: legionella, micosis, helmintiasis..	0	1	1
TOTAL GRUPO 3		84	393	477

GRUPO EP AGENTE		NÚMERO		
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<i>4. Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados</i>				
A	Polvo de sílice libre	6	0	6
C	Polvos de amianto	3	0	3
G	Neumoconiosis por polvo de aluminio	1	0	1
H	Sustancias de alto peso molecular	28	17	45
I	Sustancias de bajo peso molecular.	3	17	20
TOTAL GRUPO 4		41	34	75
<i>5. Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados</i>				
A	Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 10.000 daltons	23	43	66
B	Sustancias de bajo peso molecular por encima de los 10.000 daltons	5	8	13
C	Sustancias fotosensibilizantes exógenas	1	2	3
D	Agentes infecciosos	0	2	2
TOTAL GRUPO 5		29	55	84
TOTAL GRUPOS ENFERMEDADES PROFESIONALES		640	952	1.592

**2. Las enfermedades profesionales
en la Comunidad de Madrid.
Estudio evolutivo y agregado.
Años 2007-2015.**

Como se ha explicado en la introducción previa a los tres estudios sobre las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid, el sistema CEPROSS recoge datos identificativos del trabajador, de su situación laboral, de la empresa, datos médicos y datos de cierre del proceso. Con este sistema de notificación es posible identificar procesos de enfermedad profesional y no solo una mera enumeración de los partes, ya que a la finalización del proceso se debe clasificar el parte abierto como Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo o Enfermedad Común. Por tanto, es posible comprobar si una sospecha de EP ha sido reconocida como tal, o bien si el proceso concluye como accidente de trabajo o enfermedad común. Esto permitirá obtener conclusiones que reflejen la realidad de los procesos de enfermedad profesional.

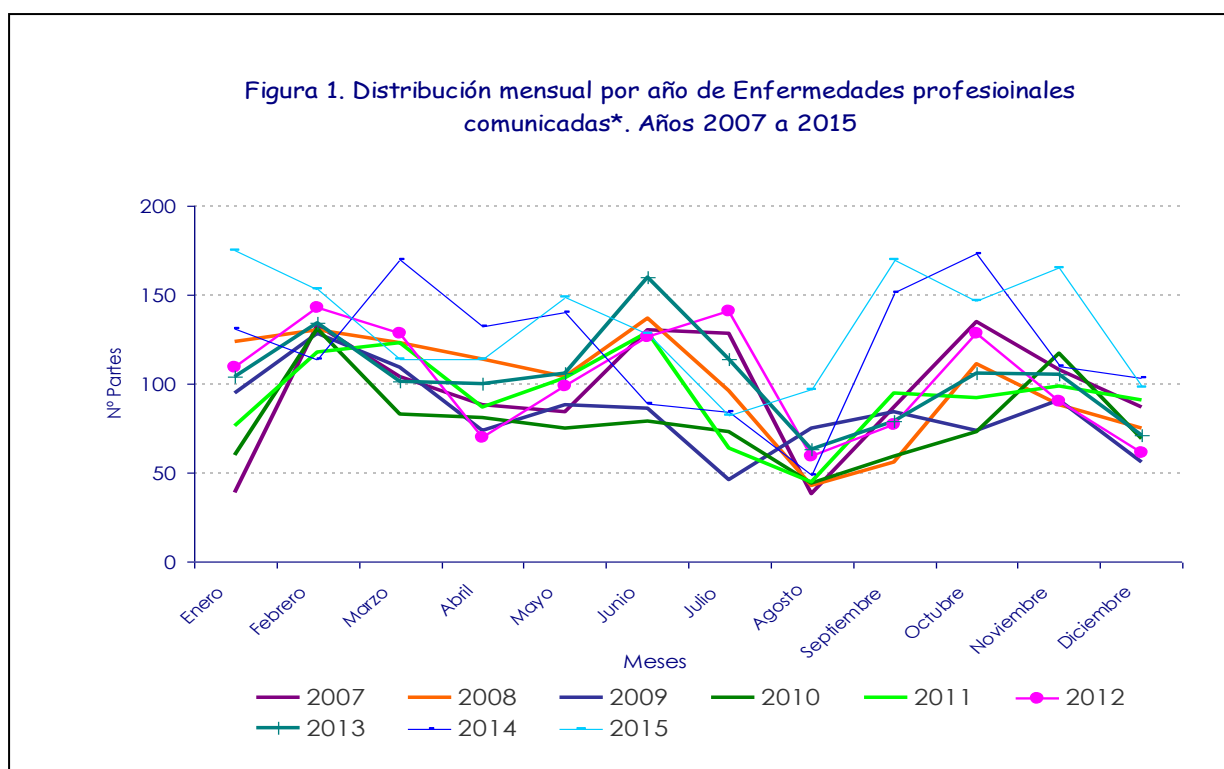
En la Comunidad de Madrid, el acceso a la aplicación CEPROSS se realiza desde el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Consejería de Empleo, Turismo y Cultura) quien, de forma periódica, facilita información con datos agrupados al Servicio de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad. En concreto, se dispone de información de los partes de enfermedad profesional comunicados⁶ desde el inicio del sistema (año 2007) hasta el 31 de diciembre de 2015, y de los partes de enfermedad profesional cerrados⁷ y ocurridos entre los años 2007 a 2015, si bien de los cerrados en 2015 no se dispone de la información de algunas de las variables del sistema (concretamente: diagnóstico de enfermedad profesional al cierre).

⁶ Un parte comunicado es un expediente de enfermedad profesional que ha sido tramitado por la entidad gestora o colaboradora que asume la cobertura de contingencias profesionales con arreglo a la normativa vigente y ha supuesto la existencia de una visita del trabajador a un facultativo que diagnostica una enfermedad profesional catalogada en el cuadro de enfermedades profesionales recogido en el RD 1299/2006.

⁷ Si cuando se realiza la comunicación existe baja laboral por incapacidad temporal el parte permanece en estado abierto y pasa a la situación de cerrado en el momento en que finalice la incapacidad temporal. Los partes se pueden cerrar por distintas causas: alta por curación y/o alta laboral, alta con propuesta de incapacidad permanente, alta con propuesta de cambio de trabajo, fallecimiento, lesiones permanentes no invalidantes, sin baja laboral, otras causas. Se incluyen, asimismo, las situaciones de calificación del parte como accidente de trabajo o enfermedad común aun cuando el trabajador continúe de baja médica laboral.

A continuación se presentan los datos referentes a los partes de Enfermedad Profesional comunicados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, para finalizar con la información disponible de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos en el periodo 2007-2015.

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, se han notificado al sistema CEPROSS 10.946 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid.

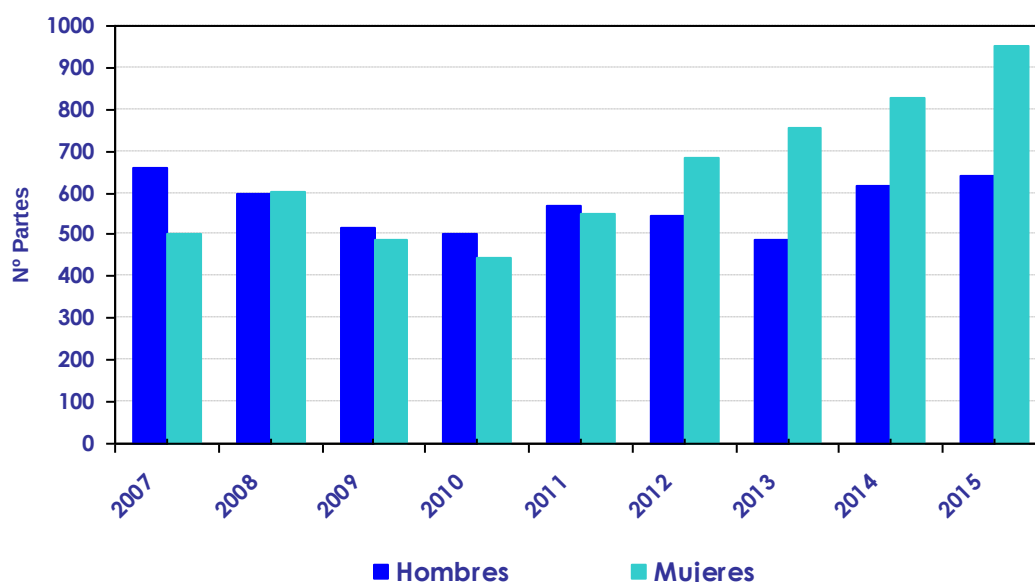


Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

En la figura 1, se observa que las distintas series anuales se comportan de forma similar en los distintos trimestres del año y llama la atención que en todas las series se produce una disminución de casos en el tercer trimestre correspondiente a los meses del periodo vacacional de verano. Respecto a la distribución por sexo y año de notificación (figura 2), hasta 2011 la frecuencia en el periodo era de un 52,4% en hombres, sin embargo en los cuatro últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el

porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 53%, y si se consideran sólo esos cuatro últimos años es del 58,4%.

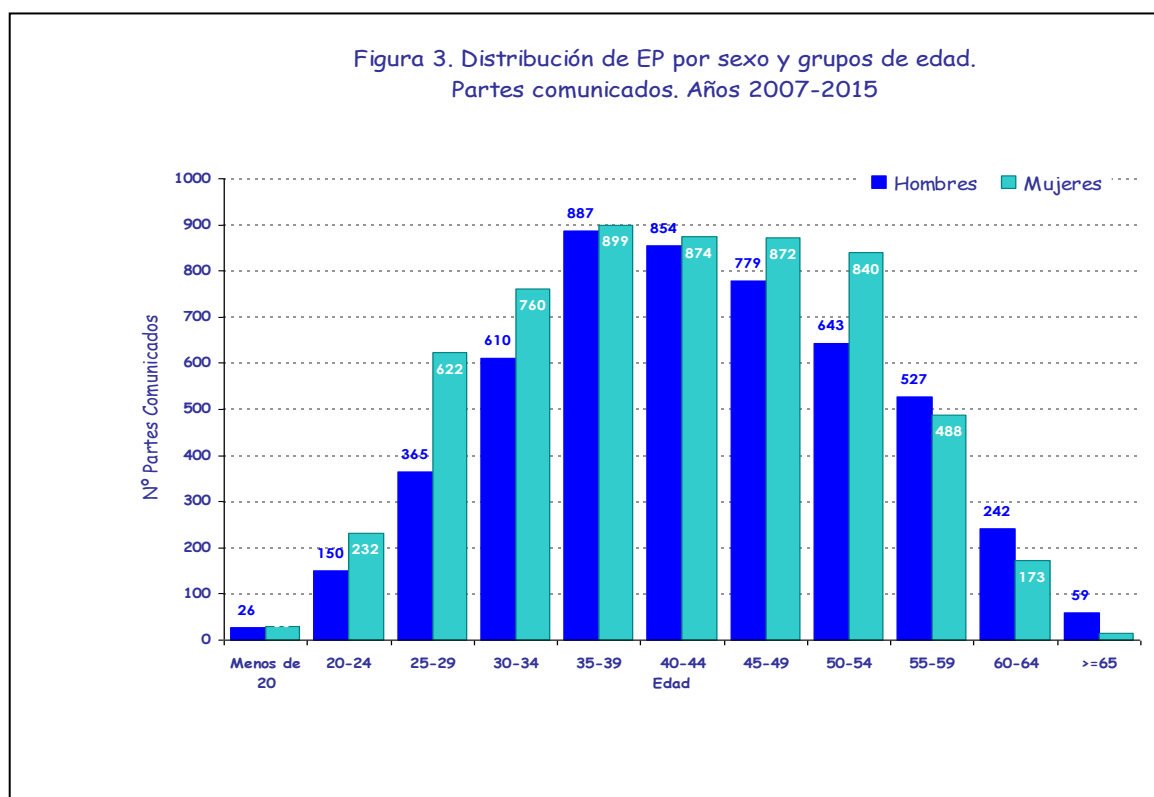
Figura 2. Distribución por sexo y año de Enfermedades Profesionales comunicadas*. Años 2007 a 2015



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

Por grupos de edad y sexo (Figura 3), se observa que es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, excepto en el grupo de partir de los 55 años en que son más frecuentes en hombres.

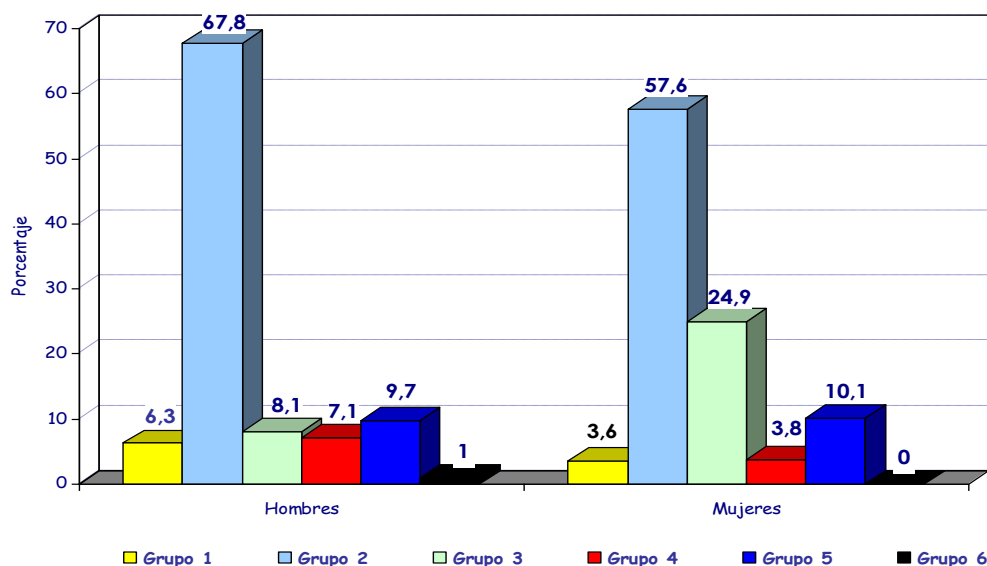
Entre las edades de 30 a 59 años de edad en los hombres, y de 25 a 54 en las mujeres, se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando en ambos casos más del 83% de los mismos para el periodo de estudio: 83,6% y 83,9% respectivamente).



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

Respecto a los Grupos de Enfermedad, tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las EP causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados (figura 4); entre las mujeres también destaca el porcentaje de partes de EP causados por agentes biológicos.

Figura 4. Distribución porcentual de EP por grupos de enfermedad y sexo.
Partes comunicados. Años 2007 - 2015



Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

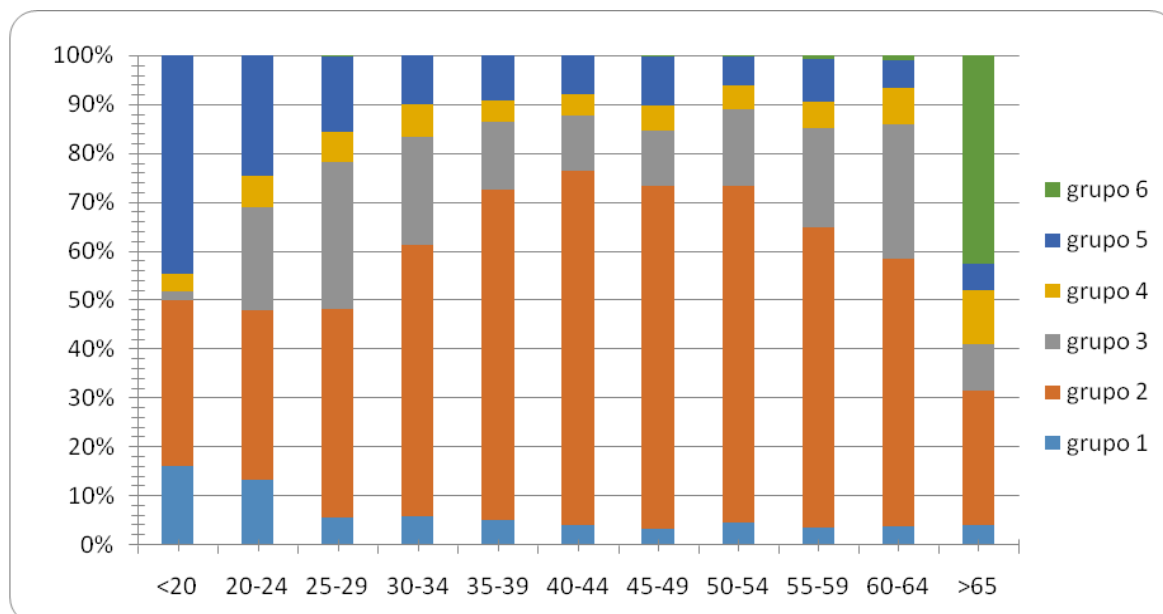
Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

Por grupos de edad (figura 5), se observa que los distintos grupos de enfermedades afectan a todas las edades; las causadas por agentes físicos (grupo 2) son las más frecuentes en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de los más jóvenes, menores de 20 años, en que las más frecuentes son las enfermedades profesionales causadas por enfermedades de la piel (grupo 5), y en el grupo de los mayores de 65 años, en el que las más frecuentes son las causadas por agentes carcinogénicos (grupo 6).

Figura 5. Distribución de enfermedades Profesionales por grupos de
Enfermedad y Edad
Partes comunicados. Años 2007-2015



Analizando cada uno de los grupos de enfermedad según el agente y las enfermedades profesionales producidas (tabla 1), destacan en el grupo 2 de enfermedades producidas por agentes físicos, aquellas provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos, -específicamente las enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas; y las parálisis de los nervios debidos a la presión. En el grupo 3 de enfermedades producidas por agentes biológicos, destacan las 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 riesgo de infección. También destacan en el grupo 5 de enfermedades de la piel, aquellas producidas por sustancias de bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad.

Tabla 1. Partes comunicados de EP distribuidos por grupo de enfermedad y agente. 2007-2015.

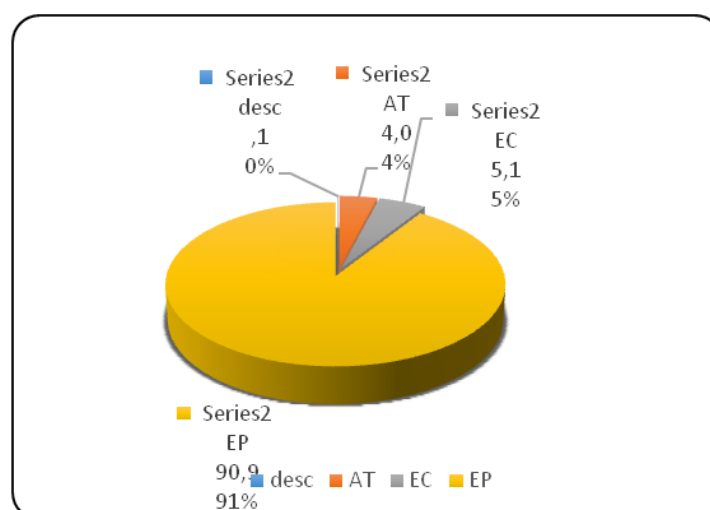
Tabla 1. Partes comunicados de Enfermedades Profesionales distribuidos por grupo de enfermedad y agente. Años 2007-2015	Frecuencia (n=10.946)	Porcentaje
1. EP causada por agentes químicos	536	4,9
A. Metales	95	
E. Ácidos orgánicos	34	
F. Alcoholes y fenoles	56	
G. Aldehídos	37	
H. Alifáticos	39	
K. Aromáticos	28	
L. Cetonas	38	
M. Epóxidos	54	
Resto	155	
2. EP causada por agentes físicos. Total	6830	64,2
A. Hipoacusia o sordera provocada por ruido	502	
B. Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas.	117	
C. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enf. bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas	167	
D. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enf. por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.	4094	
F. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos: parálisis de los nervios debidos a la presión.	1574	
L. Nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	315	
Resto	61	
3. EP causadas por agentes biológicos. Total	1860	17
A. Enf. Infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado riesgo de infección	1754	
B. Enf. Infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos o cadáveres.	58	
Resto	48	
4. EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Total	586	5,4
H. Sustancias de alto peso molecular (origen vegetal, animal, microorganismos y sust. enzimáticas)	286	
I. Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de madera, prod. farmacéuticos, sust. químico-plásticas, etc.)	202	
Resto	98	
5. EP. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados. Total	1083	9,9
A. Sust. bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad	792	
B. Sust. alto peso molecular por encima de 1000 daltons en cualquier actividad	242	
Resto	49	
6. EP causadas por agentes carcinógenos	51	0,5

Enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid, años 2007 – 2015. Partes cerrados

De los partes generados en la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, a continuación se analiza la información de los partes cerrados a esa fecha ($n=10.227$) y que representan el 93,4% de los partes comunicados en el periodo 2007-2015. La distribución de los partes cerrados para cada año es la siguiente: 1.161 (100%) del año 2007, 1.201 (100%) del año 2008, 1005 (100%) del año 2009, 944 del año 2010 (100%), 1.122 (100%) del año 2011, 1229 del año 2012 (99,8%), 1.231 (99,0%) del año 2013, 1.428 del año 2014 (98,8%) y 906 (56,9%) del año 2015. El 53,0% de los partes cerrados corresponden a mujeres.

De los 10.227 partes comunicados y cerrados, el 90,9% se han clasificado como Enfermedad Profesional y los restantes como Accidente de Trabajo (4,0%), Enfermedad Común (5,1%), siendo desconocido este dato en un 0,1% (figura 6).

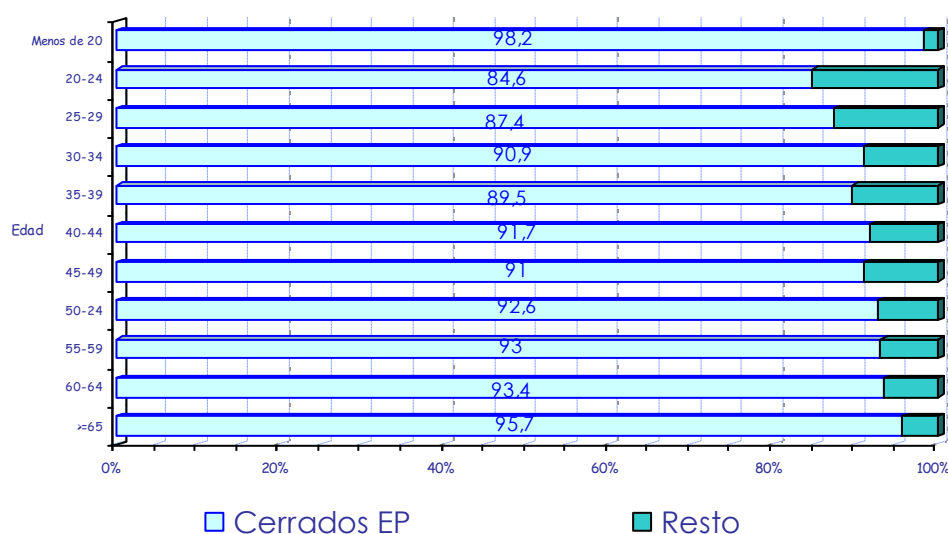
Figura 6. Clasificación final de las Ep comunicadas. Años 2007-2015



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

En la figura 7 aparece representado, por grupos de edad, el porcentaje de los partes cerrados en el periodo de tiempo del estudio y aquellos que finalmente se han clasificado como enfermedad profesional frente al resto, no observándose diferencias importantes en los diferentes grupos de edad; entre los 20 y 29 años un 14% de los partes cerrados no se han clasificado como enfermedad profesional.

Figura 7. Clasificación definitiva de los partes cerrados como Enfermedad Profesional según grupos de edad. Años 2007-2015



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

En la tabla 2 y en la figura 8, aparecen representadas las patologías más frecuentes clasificadas al cierre como enfermedad profesional ocurridas entre el año 2007 y el 2013 en ambos sexos. En general, son los trastornos osteomusculares, especialmente las lesiones de codo, y las dermatitis las patologías más frecuentes en los trabajadores de ambos sexos.

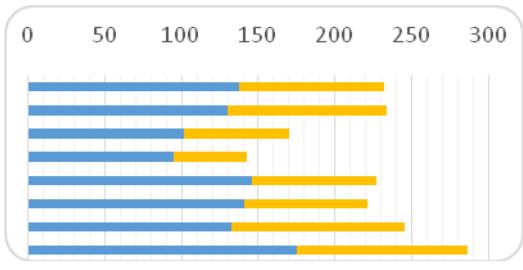
Entre los trabajadores destacan la patología del codo, las dermatitis y la hipoacusia, y entre las trabajadoras son más frecuentes la patología del codo, el síndrome del túnel carpiano y lesiones de la mano/muñeca y las conjuntivitis.

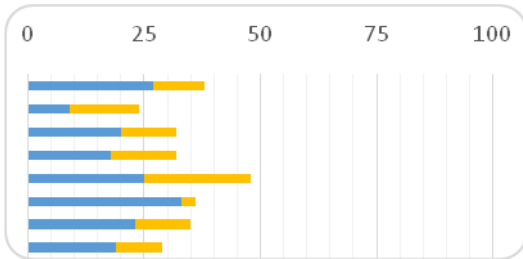
En la figura 9 se observa que la causa más frecuente de cierre del parte de las enfermedades profesionales entre los años desde 2007 a 2015 ha sido el alta por curación y/o alta laboral, lo que ocurre en el 45,8 % de los casos (44,1% en hombres y 49,3% en mujeres); en segundo lugar se encuentran el cierre por otras causas (8,5%), y en tercer lugar el cierre es sin baja laboral (22,1%).

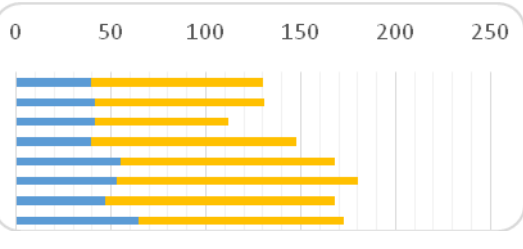
Tabla 2. Enfermedades Profesionales notificadas y cerradas según sexo, patología y año en la Comunidad de Madrid. Años 2007-2014

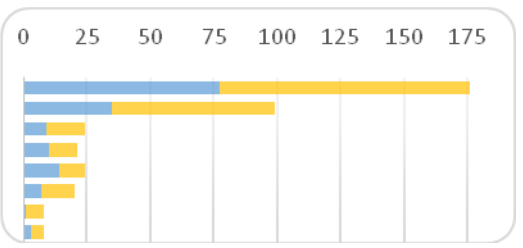
		H	M	
ASMA	2007	16	9	
	2008	18	26	
	2009	25	10	
	2010	14	6	
	2011	18	15	
	2012	16	14	
	2013	16	11	
	2014	13	5	
CONJUNTIVITIS	2007	3	9	
	2008	10	37	
	2009	4	46	
	2010	9	35	
	2011	9	29	
	2012	20	124	
	2013	29	155	
	2014	42	219	
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	2007	28	16	
	2008	24	15	
	2009	7	4	
	2010	11	4	
	2011	5	1	
	2012	4	6	
	2013	0	0	
	2014	2	8	
DERMATITIS DE CONTACTO	2007	4	6	
	2008	17	17	
	2009	19	23	
	2010	28	26	
	2011	15	33	
	2012	24	34	
	2013	21	15	
	2014	20	16	
DERMATITIS NO ESPECIFICADA	2007	28	16	
	2008	24	15	
	2009	7	4	
	2010	11	4	
	2011	5	1	
	2012	4	6	
	2013	0	0	
	2014	2	8	
HIPOACUSIAS	2007	124	1	
	2008	68	1	
	2009	65	1	
	2010	85	2	
	2011	38	1	
	2012	21	0	
	2013	22	0	
	2014	13	2	

Tabla 2. Enfermedades Profesionales notificadas y cerradas según sexo, patología y año en la Comunidad de Madrid. Años 2007-2014 (Cont.)

EPICONDILITIS LATERAL		H	M	
	2007	138	94	
	2008	130	104	
	2009	102	68	
	2010	95	48	
	2011	146	81	
	2012	141	80	
	2013	133	112	
	2014	175	111	

EPICONDILITIS MEDIAL		H	M	
	2007	27	11	
	2008	9	15	
	2009	20	12	
	2010	18	14	
	2011	25	23	
	2012	33	3	
	2013	23	12	
	2014	19	10	

SINDROME DEL TUNEL CARPIANO		H	M	
	2007	40	90	
	2008	42	89	
	2009	42	70	
	2010	40	108	
	2011	55	113	
	2012	53	127	
	2013	47	121	
	2014	65	108	

SINOVITIS /TENDOSINOVITIS MANO/ MUÑECA		H	M	
	2007	77	99	
	2008	35	64	
	2009	9	15	
	2010	10	11	
	2011	14	10	
	2012	7	13	
	2013	1	7	
	2014	3	5	

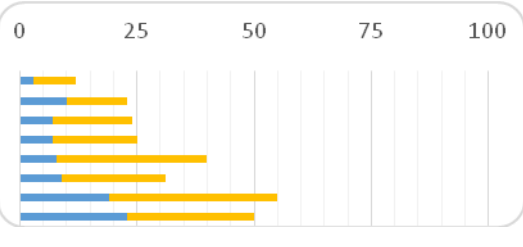
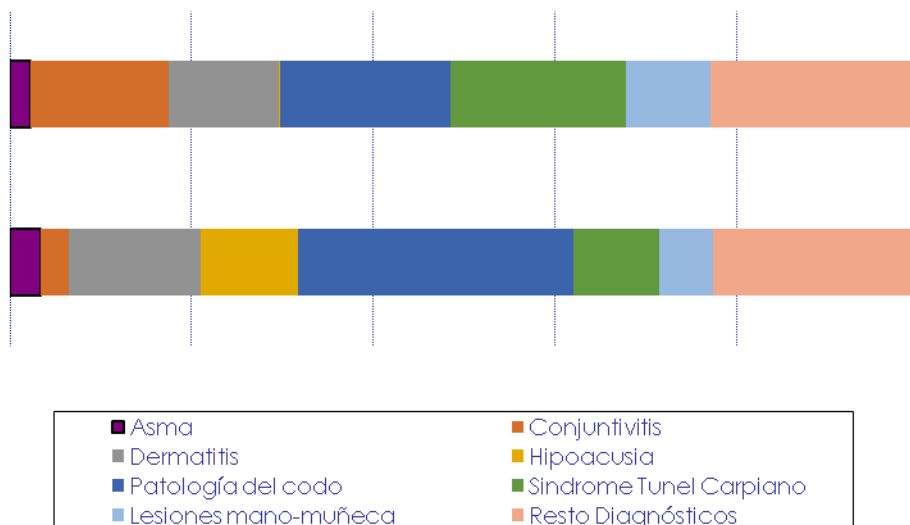
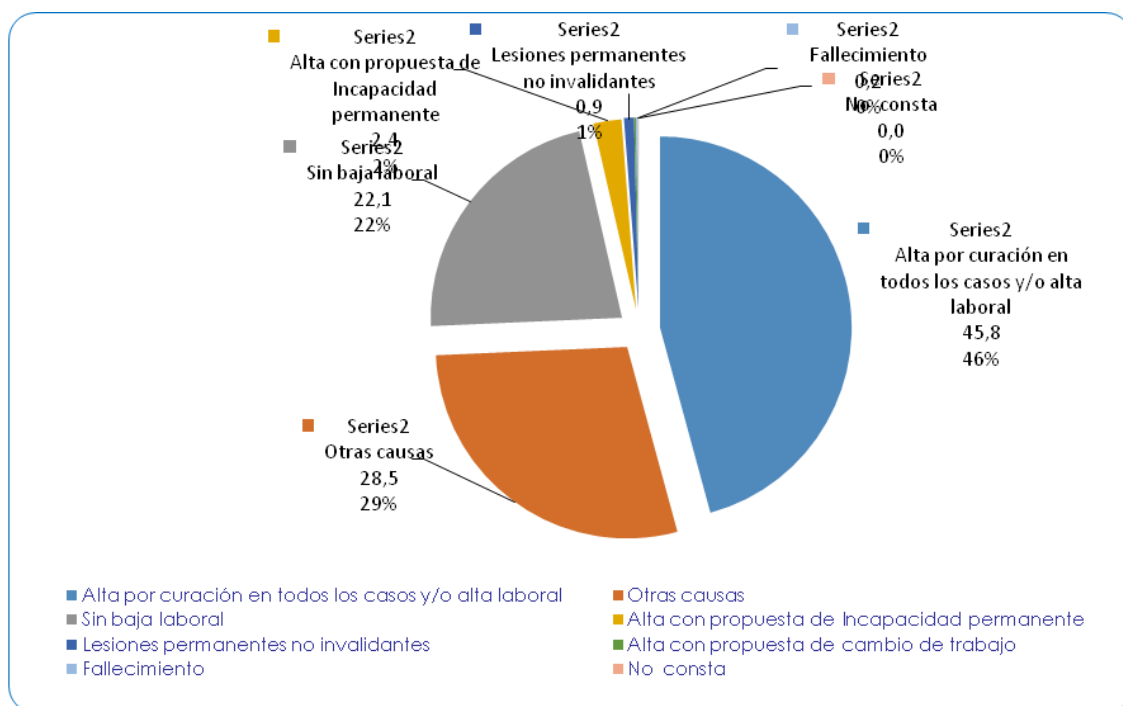
TENOSINOVITIS DE QUERVAIN		H	M	
	2007	3	9	
	2008	10	13	
	2009	7	17	
	2010	7	18	
	2011	8	32	
	2012	9	22	
	2013	19	36	
	2014	23	27	

Figura 8. Distribución Porcentual de las EP más frecuentes según CIE10 y sexo. Años 2007-2014



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid.

Figura 9. Distribución porcentual de la causa de cierre. 2007-2015



Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad- Comunidad de Madrid

3. Estudio de los partes de EP 2008-2013.

Análisis de variables laborales, profesionales y administrativas de las enfermedades profesionales sufridas por trabajadores y trabajadoras en la Comunidad de Madrid.

Años 2008-2013

Introducción.

Para la elaboración de este informe se ha contado con los datos referentes a los partes de enfermedad profesional –EP- registrados en el periodo 2008-2013 en la Comunidad de Madrid, en la base CEPROSS (de registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social), 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.

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).

Aspectos generales

Del total de partes comunicados entre los años 2008 y 2013, el 52,6% corresponden a trabajadoras, y el 47,4% a trabajadores. La distribución de los partes de Enfermedad Profesional (EP) registrados en el CEPROSS por año, para hombres y mujeres, se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Año de inicio del expediente, por sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
2008	583	557	1140
2009	472	454	926
2010	514	481	995
2011	579	568	1147
2012	507	657	1164
2013	490	774	1264
Total	3145 (47,4%)	3491 (52,6%)	6636 (100%)

Situación laboral:

La situación de alta que tenían las y los trabajadores afectados, se muestra en la tabla 2. El 53,5% de las situaciones de alta correspondieron a mujeres, mientras que casi el 60% de las personas en situación de baja fueron hombres.

Tabla 2. Situación laboral en el momento de la comunicación del parte de EP.

	Hombres	H %	Mujeres	M %	Total	T %
Alta	2939	46,5%	3378	53,5%	6317	100
Asimilada	16	66,7%	8	33,3%	24	100
Baja	114	59,1%	79	40,9%	193	100
Desempleo	34	69,4%	15	30,6%	49	100
Pensionista	42	79,2%	11	20,8%	53	100
Total	3145	47,4%	3491	52,6%	6636	100

Tipo de contrato: El 68,4% del total de partes comunicados correspondía a trabajadores/as con contrato indefinido. De ellos, el 87,2% era a tiempo completo, y el 12,8% a tiempo parcial.

El 22,3% de los afectados/as tenían contratos temporales (de los que el 81% correspondían a contratos de tiempo completo, y el 19%, a tiempo parcial).

Edad:

La edad media en que se comunicaron las EP fue de 42,39 años: los hombres fueron de media 1,65 años más mayores que sus compañeras (43,26 versus 41,61; $p < 0,001$).

Variables profesionales:

La actividad de las empresas en las que desarrollaba su tarea la población afectada se muestra en la tabla 3. Son la industria manufacturera, las actividades sanitarias y de servicios sociales, y el comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos, las secciones que acumularon más partes en este periodo.

Tabla 3. Partes de EP comunicados según sección de actividad.

	n	%	% acumulado
Industria manufacturera	1626	24,5	24,5
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1148	17,3	41,9
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	961	14,5	56,4
Construcción	583	8,8	65,2
Actividades administrativas y servicios auxiliares	540	8,1	73,3
Hostelería	365	5,5	78,8
Otros servicios	326	4,9	83,7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	289	4,4	88,1
Administración pública, defensa seg social	209	3,1	91,3
transporte y almacenamiento	145	2,2	93,5
Educación	131	2,0	95,4
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	81	1,2	96,6
Información y comunicaciones	79	1,2	97,8
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	70	1,1	98,9
Actividades financieras y de seguros	25	,4	99,3
Agricultura, ganadería, caza, pesca	22	,3	99,6
Industrias extractivas	10	,2	99,8
Actividades inmobiliarias	8	,1	99,9
Hogares que emplean personal doméstico	6	,1	100,0
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	2	,0	100,0
Total	6626	99,8	

El tipo de actividad que realizaban las y los afectados se refleja en la tabla 4. En el 33,7% de los partes esta variable no ha sido consignada.

Tabla 4. Actividad laboral de afectados/as con EP

	H	M	Total
Labores agrícolas, forestales piscícolas	63	57	131
Construcción	228	9	237
Montaje, desmontaje	394	80	474
Actividades intelectuales y de servicios a empresas o personas	94	274	368
Producción y almacenamiento	815	423	1238
Circulación	25	1	26
Gestión de residuos	57	291	348
Servicios, atención sanitaria, asistencia a personas	146	738	884
Otros trabajos	64	105	169
Actividades comerciales	150	332	482
Actividades deportivas	7	5	12
S/C	1075	1192	2267
Total	3118	3507	6636

La ocupación de estos trabajadores se muestra en la tabla 5. Son, por un lado, el personal de servicios de restauración y comercio (principalmente mujeres) y, por otro, el personal cualificado de industrias manufactureras (principalmente hombres) los grupos que aportan más comunicaciones de EP.

Tabla 5. Ocupación en hombres y mujeres con comunicación de EP.

	Hombres	Mujeres	Total
Dirección. Gerencia	12	9	21
Profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	70	157	227
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	55	107	162
Técnicos y profesionales de apoyo	189	532	721
Empleados de oficina que no atienden al público	45	96	141
Empleados de oficina que atienden al público	26	194	220
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	291	854	1145
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de las personas	45	216	261
Trabajadores/as de los servicios de protección y seguridad	5	6	11
Trab. cualificados/as en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	73	51	124
Trab. Cualificados/as de construcción, excepto operadores de máquinas	489	50	539
Trab. cualif. de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	914	228	1142
Operador instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores	191	105	296
Conductores/as. Operadores/as de maquinaria móvil	251	114	365
Trabajadores/as no cualificados/as de servicios	153	616	769
Peones	257	135	392
Total	3066	3470	6536

Aspectos preventivos.

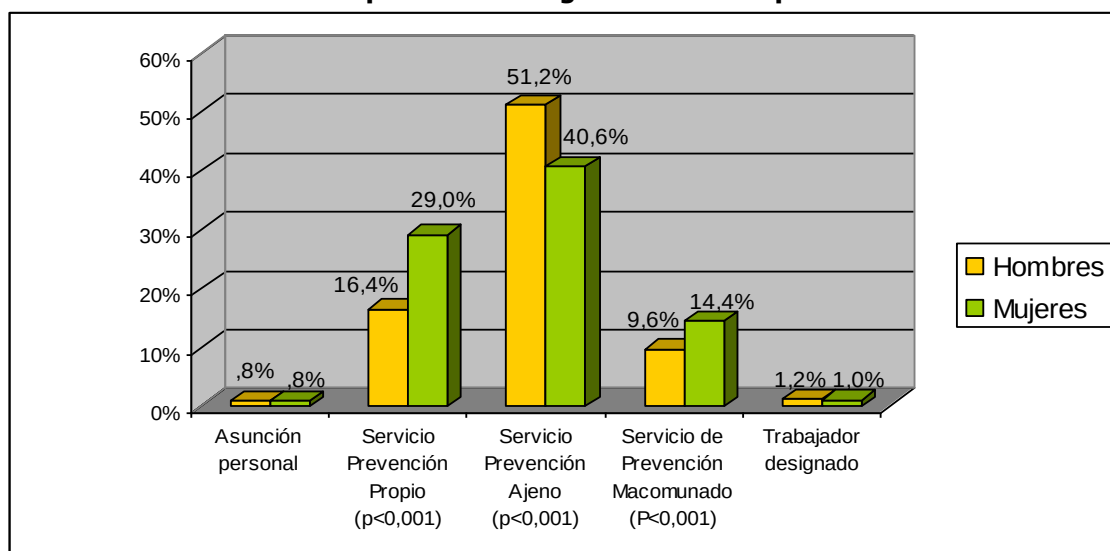
La prevención del 45,6% de las EP comunicadas estaba a cargo de un Servicio de Prevención ajeno, y el 35,2% dependía de una servicio de prevención propio o mancomunado. (Tabla 6).

Tabla 6. Modalidad preventiva recogida en los partes de EP.

	N	%
Asunción personal	53	0,8
Servicio de prevención propio	1.531	23,1
Servicio de prevención ajeno	3.028	45,6
Trabajador designado	73	1,1
SPM	805	12,1
No información	1.146	17,3
Total	6.636	100,0

La distribución de la modalidad preventiva por sexo de los y las afectadas, se refleja en el gráfico 1.

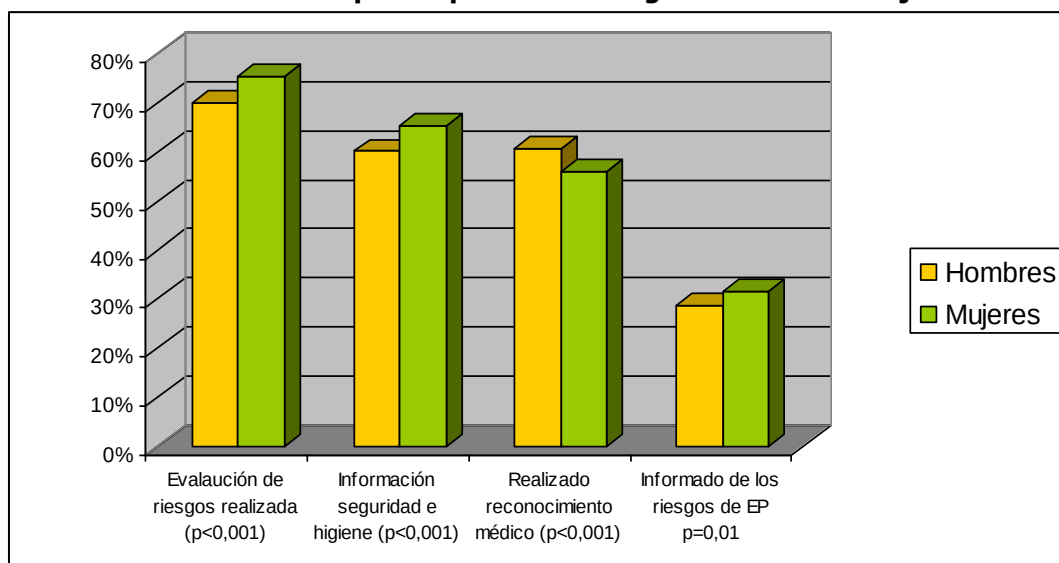
Gráfico 1. Modalidades preventivas según sexo de las personas afectadas. %



Otros aspectos preventivos se muestran en el gráfico 2. Según la información recogida en los partes, en el 72,8% de todos los casos sí se había realizado evaluación de riesgos del puesto de trabajo. Las mujeres han estado en mayor proporción informadas sobre los riesgos, y en mayor proporción se les ha

evaluado su puesto de trabajo, frente a los hombres. Sin embargo, según los datos, se les ha realizado en menor proporción reconocimiento médico preventivo.

Gráfico 2. Aspectos preventivos según sexo. Porcentajes.



Enfermedades comunicadas.

En el gráfico 3 y tabla 7 se muestra el grupo de EP consignado en la comunicación del parte, según RD 1299/2006. El grupo que tiene mayor peso es el correspondiente a EP producidas por agentes físicos, seguido en las mujeres por el grupo de EP producidas por agentes biológicos, y en los hombres por el grupo de EP de piel producidos por agentes no comprendidos en otros apartados.

Gráfico 3. Distribución de partes según grupos de EP (RD 1299/2006), por sexo.

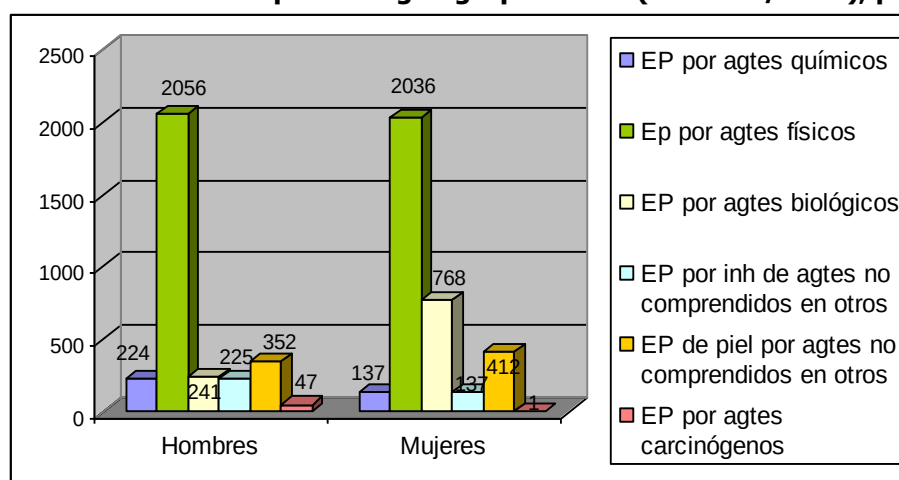


Tabla 7. Distribución de partes según grupos de EP (RD 1299/2006), por sexo. %

	Hombres	Mujeres	Total
EP por agentes químicos	7,1%	3,9%	5,4%
Ep por agentes físicos	65,4%	58,3%	61,7%
EP por agentes biológicos	7,7%	22,0%	15,2%
EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros aptdos.	7,2%	3,9%	5,5%
EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados	11,2%	11,8%	11,5%
EP por agentes carcinógenos	1,5%	0,0%	0,7%
Total	100%	100%	100%

De los 6.636 partes comunicados en este periodo, 43 requirieron asistencia hospitalaria, siendo el 94% atendido de manera ambulatoria. En 349 casos no está recogida esta variable. La media de días de baja por estas enfermedades fue de 29,8 días, observándose diferencias entre hombres y mujeres (27,6 en hombres frente a 31,7 en mujeres, $p < 0,001$), y la duración acumulada, fue, de media, 49,1 días, siendo superior en las mujeres (54,3) frente a los hombres (43,24) ($p < 0,001$).

El 69% de las personas afectadas no tuvo ninguna recaída, el 22,1% tuvo una recaída, el 4,9% dos recaídas, y el resto más de dos.

Descripción de las enfermedades comunicadas.

Según el descriptivo de las enfermedades (RD 1299/2006), las patologías más frecuentemente comunicadas fueron las del grupo de fatiga e inflamación de bainas tendinosas, tejidos peritendinosos, inserciones musculares, etc, (constituyendo el 36% del total), seguido de las enfermedades de piel por sustancias de bajo peso molecular, y muy de cerca por el grupo de enfermedades de parálisis nerviosa por presión, producidas por posturas forzadas y movimientos repetitivos. (Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivo por grupo y letra (RD 1299/2006) de las EP más frecuentes, años 2008-2013.

	N	%	% acumulado
Fat e inf bainas tendinosas, tej peritendinosos, inserciones musc o tend	367	36,0	36,0
En piel por sustancias de bajo peso molecular	112	11,0	47,0
Post forzadas y movimientos repetitivos: parálisis nerviosa por presión	111	10,9	57,9
Biológicos por actividades asistenciales o preventivas	75	7,4	65,3
Hipoacusia	60	5,9	71,1
E piel por agentes alto peso molecular (>1000 daltons)	33	3,2	74,4
Amianto	33	3,2	77,6
Sust. de bajo peso molecular (metales y sales, polvo madera, químicos)	30	2,9	80,6
Sust. de alto peso molecular (animal, vegetal y enzimática)	26	2,6	83,1
Post forzadas, mov repetitivos, enf b. serosas por presión, celulitis	19	1,9	85,0
Nódulos cuerdas vocales por esfuerzo sostenido	17	1,7	86,7
Metales	15	1,5	88,1
EP osteoarticular o angioneurótica por vibraciones mecánicas	13	1,3	89,4
Otros polvos minerales	13	1,3	90,7
Epóxidos	11	1,1	91,8
Alifáticos	9	,9	92,6
Infecciones o parasitosis por animales, sus productos o cadáveres	9	,9	93,5
Ácidos orgánicos	7	,7	94,2
Polvos de amianto	7	,7	94,9
Alcoholes y fenoles	6	,6	95,5
Aromáticos	5	,5	96,0
Ésteres	5	,5	96,5

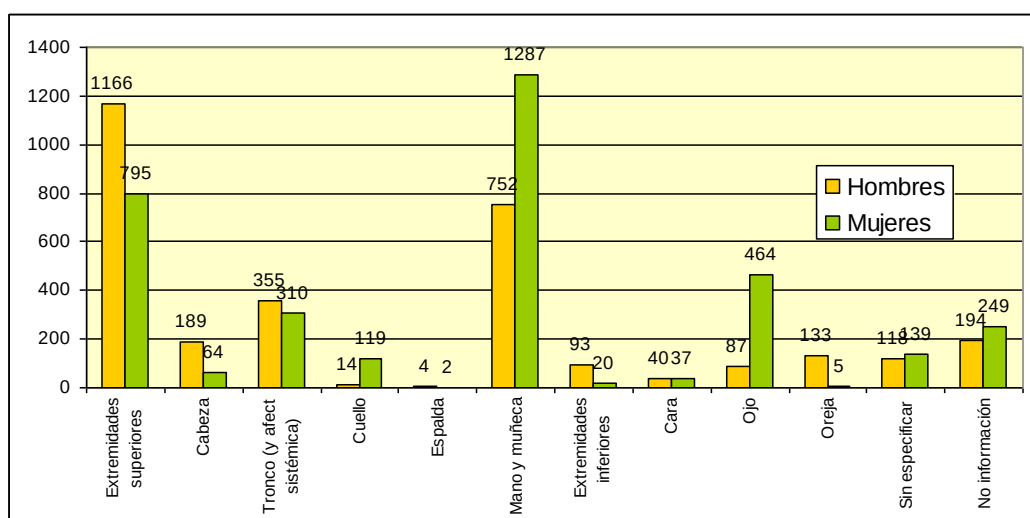
Analizando los descriptivos de los partes según CIE10, y agrupándolos por patologías, se ha podido observar la distribución reflejada en la tabla 9. Las más frecuentes son las epicondilitis, seguidas de dermatitis, y síndromes del túnel carpiano.

Las zonas afectadas, se muestran en la gráfico 4, donde se observa que la mano y la muñeca, y las extremidades superiores (excepto mano y muñeca) son las más afectadas, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 9. Partes comunicados EP. Descriptivos CIE 10 en hombres y mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
Afecciones respiratorias por inhalación de agentes	31	25	56
Alteraciones del aparato fonador	17	160	177
Asma	104	88	192
Neumoconiosis	51	0	51
Dermatitis	494	478	972
Epicondilitis	913	602	1506
Conjuntivitis	83	474	557
Síndrome del túnel carpiano	258	587	845
Tuberculosis	11	43	54
Cáncer pulmón	3	0	3
Mesotelioma	5	0	3
Tendinitis y tenosinovitis miembro superior	123	235	358
Hipoacusias	190	5	195
Otros tumores	8	0	7
Infecciosas y/o parasitarias	49	113	162
Asbestosis	39	0	39
Artrosis/ patologías articulares	115	111	211
Otros	651	579	1248
Total	3145	3491	6636

Gráfico 4. Partes del cuerpo afectadas por sexo.



Enfermedades profesionales según ocupación:

El grupo de EP que aparece con mayor frecuencia en todas las ocupaciones es el de aquellas producidas por agentes físicos (grupo 2), salvo en el caso de los profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza, en técnicos y profesionales de apoyo y en los trabajadores de los servicios de salud y cuidado de las personas, en las que tiene un importante peso las EP producidas por agentes biológicos (grupo 3). (Tabla 10).

Tabla 10. Grupo de EP según ocupación. Porcentajes.

	GRUPO EP RD 1299/2006 (*)						Total
	1	2	3	4	5	6	
Dirección. Gerencia	4,8%	61,9%	4,8%	4,8%	23,8%		100,0%
Profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	1,8%	37,4%	50,7%	2,6%	7,5%		100,0%
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	2,5%	56,2%	34,0%	1,9%	5,6%		100,0%
Técnicos y profesionales de apoyo	3,2%	30,7%	54,4%	4,6%	7,2%		100,0%
Empleados de oficina que no atienden al público	1,4%	78,7%	12,1%	4,3%	3,5%		100,0%
Empleados de oficina que atienden al público	1,8%	81,4%	6,4%		10,5%		100,0%
Trab. de los servicios de restauración y comercio	4,5%	62,4%	13,9%	4,2%	14,9%	,2%	100,0%
Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de las personas	8,4%	34,9%	34,1%	5,0%	17,2%	,4%	100,0%
Trab. de los servicios de protección y seguridad	9,1%	54,5%	18,2%		9,1%	9,1%	100,0%
Trab. cualif. en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	4,8%	70,2%	8,1%	6,5%	9,7%	,8%	100,0%
Trab. cualif. de la construcción, excepto operadores de máquinas.	8,0%	71,2%	1,5%	6,9%	11,7%	,7%	100,0%
Trab. cualif. de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	5,6%	72,3%	2,8%	9,7%	9,2%	,4%	100,0%
Oper. de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores	11,8%	65,2%	2,4%	8,1%	12,5%		100,0%
Conductores. Operadores de maquinaria móvil	6,3%	66,0%	9,3%	6,0%	12,1%	,3%	100,0%
Trab. no cualificados de servicios	5,1%	69,1%	8,5%	4,0%	13,3%	,1%	100,0%
Peones	8,4%	68,4%	2,0%	3,8%	16,8%	,5%	100,0%
Total	5,4%	61,8%	15,4%	5,5%	11,6%	,3%	100,0%

(*) Grupos EP RD 1299/2006:

Grupo 1: EP producidas por agentes químicos

Grupo 2: EP producidas por agentes físicos

Grupo 3: EP producidas por agentes biológicos

Grupo 4: EP por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados

Grupo 5: EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados

Grupo 6: EP por agentes cancerígenos

Enfermedades profesionales al cierre del proceso.

En el momento de la recogida de la información, había 49 procesos sin cerrar, de los que 40 correspondían a trabajadoras. La tabla 11 muestra la distribución de las causas de cierre de todos los partes recogidos en el periodo estudiado. Entre los procesos cerrados, 166 (2,52%) fueron propuestos como incapacidad permanente, y 78 (1,2%) quedaron como lesiones permanentes no invalidantes.

Tabla 11. Causa de cierre

	Hombres	Mujeres	Total
No cerrados	9	40	49
Alta con propuesta de cambio de trabajo	9	4	13
Alta con propuesta de Incapacidad permanente	112	54	166
Alta por curación en todos los casos y/o alta laboral	1236	1540	2776
Fallecimiento	16	0	16
Lesiones permanentes no invalidantes	68	10	78
Otras causas	785	1059	1844
Sin baja laboral	910	784	1694
Total	3145	3491	6636

Observando el año de comunicación y el año de cierre de estos procesos, (tabla 12), se aprecia que en los años más recientes se cierran más partes en el mismo año en que se producen, siendo progresivo el incremento de estos cierres.

Tabla 12. Partes cerrados por año de cierre, según año de apertura. Porcentajes.

Año de apertura	Año de cierre								Total	Total Cerrados (N)	Sin Cerrar (N)	Total (N)
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014				
2008	,3%	64,1%	27,2%	6,6%	,8%	,7%	,4%		100,0%	1139	1	1140
2009			73,5%	20,1%	2,5%	2,3%	1,2%	,4%	100,0%	925	1	926
2010				74,2%	17,4%	3,8%	3,8%	,8%	100,0%	995	0	995
2011					75,6%	18,3%	2,0%	4,0%	100,0%	1141	6	1147
2012						85,6%	12,2%	2,2%	100,0%	1139	25	1164
2013							84,1%	15,9%	100,0%	1248	16	1264
Total	,0%	11,1%	15,0%	15,2%	16,2%	19,0%	19,2%	4,3%	100,0%	6587	49	6636

Al cierre de estos partes, 5.909 de las 6.636 EP comunicadas (lo que constituye el 89,04%) fueron consideradas como tales enfermedades profesionales. (Tabla 13)

Tabla 13. Contingencia al cierre de los partes.

	Hombres	Mujeres	Total
	9	40	49
Accidente de trabajo -AT	147	143	290
Enfermedad común -EC	182	206	388
Enfermedad profesional -EP	2807	3102	5909
Total	3145	3491	6636

Las patologías que no fueron cerradas finalmente como EP están distribuidas en los grupos del RD1299/2006 como se muestra en la tabla 14.

Observando las diferencias que se produjeron entre los partes comunicados como EP y los cerrados efectivamente como EP, el grupo 2 (el de enfermedades producidas por agentes físicos) constituyó el grueso de las EP denegadas (el 46,5% del total), seguida por el grupo de partes incluidos en el grupo de enfermedades causadas por agentes biológicos. Las EP del grupo 2 constituyen el 61,7% de los partes comunicados, y el 63,5% de los reconocidos como EP; esta proporción, pues, no se conserva entre los discordantes, donde incrementan su proporción las EP de piel por agentes no comprendidos en otros apartados y las EP por agentes biológicos.

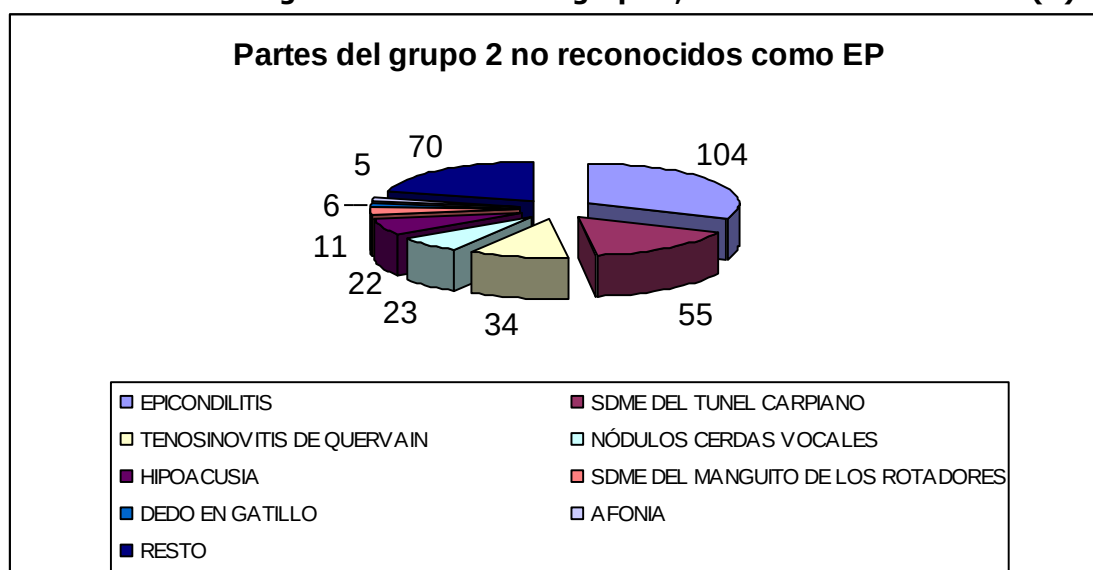
Tabla 14. Partes de EP por grupos según RD 1299/2006: comunicados, EP finales y discordantes.

	% de EP comunicados	% de EP finales	Partes discordantes			
			H	M	Total	%
EP por agtes químicos	5,4	5,1	29	28	57	7,8
EP por agtes físicos	61,7	63,5	159	179	338	46,5
EP por agtes biológicos	15,2	14,6	59	86	145	19,9
EP por inh de agtes no comprendidos en otros	5,5	5,3	26	21	47	6,5
EP de piel por agtes no comprendidos en otros	11,5	10,6	63	75	138	19,0
EP por agtes carcinógenos	0,7	0,8	2	0	2	0,3
Total (quedaron sin consignar)	100,0	100,0	338	389	727	100,0

Discordancias en EP producidas por agentes físicos.

Entre los partes que no concluyeron como EP del grupo 2, destacan las epicondilitis (31,5% de este grupo de rechazados), los síndromes del túnel carpiano (16,7%), las tenosinovitis de Quervain (10,3%), los nódulos de las cuerdas vocales (7%) y las hipoacusias (6,7%), constituyendo, entre las cinco patologías mencionadas casi las tres cuartas partes del grupo.

Gráfico 5. Patologías comunicadas del grupo 2, no reconocidas como EP. (N)



La distribución de estas enfermedades comunicadas como del grupo 2 y finalmente no consideradas como tales en hombres y mujeres se muestra en la tabla 15.

En los hombres, más del 40% de las enfermedades por agentes físicos no reconocidas finalmente como EP fueron epicondilitis, y en mujeres el 24,2%, y, en éstas, más de la quinta parte fueron síndromes del túnel carpiano.

Observando la distribución por sexo en cada una de las patologías comunicadas y no consideradas EP en este grupo de enfermedades por agentes físicos, encontramos que, salvo en epicondilitis, hipoacusia y síndrome del manguito de

los rotadores, en el resto de las patologías fue superior el porcentaje de mujeres frente al de hombres (ver tabla 15).

Más del 91% de las afectaciones de las cuerdas vocales rechazadas corresponde a trabajadoras; y en las tenosinovitis de Quervain y los síndromes del túnel carpiano, las mujeres superan el 70% y el 67% de estos partes respectivamente. (Las proporciones en la distribución por sexo de estas EP no reconocidas son parecidas a las observadas en la comunicación de estas enfermedades en trabajadores y trabajadoras).

Tabla 15. Patologías del grupo 2 no reconocidas como EP.

	N			%			% sobre partes rechazados Grupo 2 en Hombres	% sobre partes rechazados Grupo 2 en Mujeres
	H	M	T	H	M	T		
Epicondilitis	61	43	104	58,7	41,3	100	40,1	24,2
Sdme del túnel carpiano	18	37	55	32,7	67,3	100	11,8	20,8
Tenosinovitis de Quervain	10	24	34	29,4	70,6	100	6,6	13,5
Nódulos cerdas vocales	2	21	23	8,7	91,3	100	1,3	11,8
Hipoacusia	19	3	22	86,4	13,6	100	12,5	1,7
Sdme del manguito rotadores	6	5	11	54,5	45,5	100	3,9	2,8
Dedo en gatillo	2	4	6	33,3	66,7	100	1,3	2,2
Afonía	2	3	5	40,0	60,0	100	1,3	1,7
Resto patologías	32	38	70	45,7	54,3	100	21,1	21,3
Total	152	178	330	46,1	53,9	100	100	100

Estudio de discordancia

1. Epicondilitis.

104 epicondilitis no fueron reconocidas, al cierre del proceso, como enfermedad profesional. Las cifras se muestran en la tabla 16. En este grupo de patologías, el 61,5% de los partes fueron cerrados como accidente de trabajo. El 58,6% de los partes no reconocidos como EP correspondieron a hombres.

Tabla 16. Epicondilitis no reconocidas al cierre como EP

		AT	EC	Total
Hombres	4	42	15	61
Mujeres	6	22	15	43
Total	10	64	30	104

Se estudió las ocupaciones de las y los trabajadores de estos partes, puesto que las tareas están directamente relacionadas con la ocupación (tabla 17), y se

encontró que el grupo de ocupaciones que acumulaba más epicondilitis no reconocidas como EP fue el de trabajadores no cualificados de servicios, seguidos de trabajadores de industrias manufactureras y de trabajadores de servicios de restauración y comercio. En este mismo orden están los partes reconocidos como AT y como EC. Se observa que entre los peones y los conductores y operarios de maquinaria móvil ha habido una proporción alta de consideración de AT, en relación al resto de las ocupaciones.

Tabla 17. Contingencia reconocidas en las Epicondilitis no EP, según grupo de ocupación.

		AT	EC	Total
Profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	0	1	0	1
Técnicos/as y profesionales de apoyo	0	2	1	3
Empleados/as de oficina que no atienden al público	0	3	3	6
Empleados/as de oficina que atienden al público	0	2	1	3
Trabajadores/as de los servicios de restauración y comercio	2	7	5	14
Trabajadores/as de los servicios de salud y el cuidado de las personas	1	4	0	5
Trab. cualificados del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	0	2	0	2
Trab. cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas.	1	4	1	6
Trab. cualif de industrias manufactureras, excepto op. instal. y máquinas	1	8	7	16
Oper. de instalaciones industriales y maquinaria fija y montadores	0	5	0	5
Conductores/as. Operadores/as maquinaria móvil	2	5	1	8
Trabajadores/as no cualificados de servicios	2	12	8	22
Peones	1	8	2	11
S/C		1	1	2
Total	12	63	29	104

Entre las consideradas EC, encontramos que los trabajadores no cualificados de servicios y los peones, tienen una distribución semejante en hombres y mujeres, hecho que no ocurre en el global de partes, en que el primer grupo de ocupación las mujeres son cuatro veces más que los hombres, y en el segundo grupo los trabajadores casi duplican a sus compañeras.

2. Síndrome del Túnel carpiano.

Revisados los 55 casos comunicados como síndrome del túnel carpiano, hemos encontrado que aún hay abiertos 6 de ellos. Uno ha sido cerrado como EP, 15 han sido reconocidos como AT (de éstos, tres han sido cerrados con los diagnósticos de tenosinovitis, entesopatía y epicondilitis). Del resto, considerados enfermedad común, la mayoría es personal vendedor en tiendas y almacenes, reponedor o con tareas administrativas, aunque llama la atención el caso de tres peluqueras jóvenes con diagnóstico final de STC en las que parecería no han sido tenidas en cuenta las tareas diarias propias de su ocupación (que incluyen movimientos repetitivos continuados de muñeca con flexo-extensión forzada de la misma).

3. Tenosinovitis de Quervain.

34 tenosinovitis no fueron reconocidas, al cierre del proceso, como enfermedad profesional. En este grupo de patologías, el 55,9% de los partes fueron cerrados como accidente de trabajo. El 29,4% de los partes no reconocidos como EP correspondieron a hombres.

Tabla 18. Tenosinovitis no reconocidas al cierre como EP:

	S/C	AT	EC	Total
Hombres	0	3	7	10
Mujeres	1	16	7	24
Total	1	19	14	34

Estudiadas las ocupaciones de las y los trabajadores de estos partes, se encontró que el grupo de ocupaciones que acumulaba más tenosinovitis de Quervain no reconocidas como EP fue el de trabajadores cualificados de industrias manufactureras (8), seguidos de trabajadores no cualificados de servicios (5). Entre estos últimos todos han sido reconocidos como AT.

4. Nódulos cuerdas vocales.

Estudiados uno por uno los 23 partes por nódulos de cuerdas vocales no reconocidos como EP, encontramos que 4 de ellos aún no han sido cerrados, que uno lo ha sido con posterioridad a la recepción de los registros, y ha sido reconocido como EP, que 3 han tenido consideración de AT, y que el resto han sido considerados enfermedad común. De estos, llama la atención que nueve eran trabajadoras de atención al público de empresas de centros de llamadas, bancos on-line, telecomunicaciones, es decir, teleoperadoras. También hay dos recepcionistas/telefonistas, y tres trabajadoras y dos trabajadores de educación (infantil, secundaria, universidad, artes escénicas).

Estudio de las EP producidas por agentes carcinógenos.

Se ha procedido a analizar con más detenimiento los partes correspondientes a EP cerradas como del grupo 6, dado la reducida cantidad del mismo y que muchos de los cánceres registrados son del grupo 6A, es decir, producidos por exposición a amianto. Esta sustancia, ampliamente utilizada, ha dejado tras de sí muchos afectados por exposición laboral a la misma, y existe en la Comunidad de Madrid un programa específico para su seguimiento.

Encontramos que de las 46 EP de este grupo, 39 correspondían a afectaciones relacionadas con la exposición a fibras de amianto, y según el código del RD 1299/2006, 5 se trataban de cáncer de bronquio y pulmón y 34 eran mesoteliomas. En la tabla 19 se presentan los partes clasificados al cierre como del grupo 6, correspondientes a enfermedades profesionales por agentes cancerígenos. En verde están señalados los que corresponden a mesoteliomas, y en gris cánceres de bronquio y pulmón relacionados con la exposición a fibras de amianto.

Tabla 19. EP producidas por agentes cancerígenos.

Grupo 6.	N
6A01 Cáncer bronquio y pulmón por amianto	5
6A03 Mesotelioma por amianto	34
6B01 Ca Por aminas aromáticas	1
6I02 Ca por cromo VI y SUS compuestos	2
6K01 Ca por níquel y compuestos del níquel	2
6L01 Ca por polvo de madera dura	1
6O01 Ca por aminas	1
Total	46

Según el cuadro anterior, el descriptivo de los 34 casos del grupo 6A03 debería ser mesotelioma, mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, o mesotelioma de otras localizaciones; sin embargo encontramos que de esos 34 casos solo 4 están consignados como mesoteliomas (tabla 20). Por otro lado, entre los clasificados como cáncer de bronquios y pulmón por exposición a amianto, se encuentra un melanoma maligno de piel. Aparecen en verde los que han sido consignados como 6A01, y en gris aquellos consignados como 6A03.

Tabla 20. EP del Grupo 6. Descriptivo CIE 10.

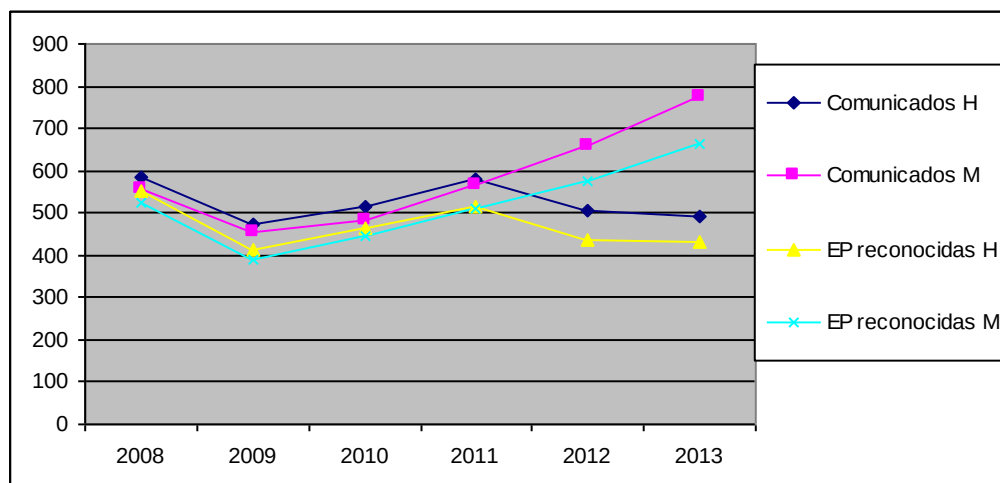
Descriptivo CIE 10 de los casos incluidos en el grupo 6	N
Asbestosis pulmonar	14
Carcinoma in situ de la vejiga	2
Carcinoma in situ del bronquio y del pulmón	1
Historia personal de tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón	1
Melanoma maligno de piel, sitio no especificado	1
Mesotelioma de la pleura	2
Mesotelioma de otros sitios especificados	1
Neumoconiosis debida al asbesto y a otras fibras minerales	15
Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	1
Tuberculosis respiratoria primaria, confirmada bacteriológica e histológicamente	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros órganos respiratorios y del oído medio	1
Tumor maligno de la fosa nasal	3
Tumor maligno de la pleura	1
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	1
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	1
Total	46

El resto de los consignados como mesoteliomas según el código del RD 1299/2006 son asbestosis pulmonar (14), neumoconiosis debida al asbesto (15), otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis (1). Al investigar caso por caso, encontramos que 10 de los afectados tuvieron efectivamente mesotelioma, confirmando así un fenómeno doble de discordancia entre la transcripción del CIE 10 y la clasificación del la EP (grupo), y la transcripción CIE10 y la patología real, encontrándose clasificados como mesoteliomas patologías que no lo son y viceversa. Hay asbestosis consideradas como mesoteliomas, cáncer de bronquio o pulmón considerados como mesoteliomas, mesoteliomas considerados como asbestosis, etc.

Análisis de incidencias

En números absolutos, ha aumentado el número de partes comunicados en las trabajadoras, y también el número de EP reconocidas en este grupo (gráfico 6). Entre sus compañeros, el proceso ha sido inverso, observándose una reducción tras un pequeño repunte en el año 2011. Para ambos grupos se produjo un descenso en el año 2009, tras el cual se recuperó el número de partes comunicados.

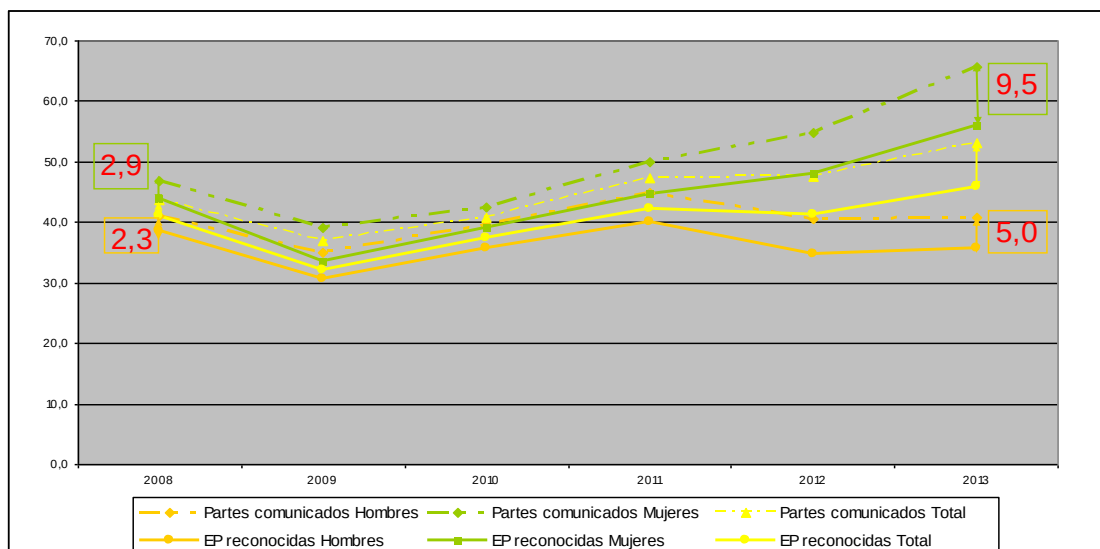
Gráfico 6. Partes de EP comunicados y reconocidos como tales en hombres y mujeres. Evolución años 2008-2013.



Analizando la incidencia de partes por cada 100.000 afiliados/as cada año, es decir, teniendo en cuenta cuánta población ha habido a riesgo, y no solo los números absolutos, observamos una evolución parecida a lo largo del periodo. En el gráfico 7 se refleja también cómo la diferencia entre el índice de incidencia de partes comunicados y partes cerrados como EP, ha variado a lo largo del periodo, y lo ha hecho de manera diferenciada en hombres y mujeres; así, mientras que en éstas la diferencia entre EP al cierre y a la apertura en 2013 es más de tres veces superior a lo observado en 2008, en sus

compañeros esta diferencia es solo el doble de lo recogido en el primer año estudiado.

Gráfico 7. Evolución de índices de incidencia de partes comunicados y cerrados como EP por cada 100.000 afiliados/as.



En los aspectos de salud laboral, como en otros de la salud, se observa, una vez más, que las mujeres enferman más mientras que los hombres se accidentan con mayor frecuencia (tal y como se refleja en los informes periódicos de siniestralidad laboral publicados tanto en el ámbito nacional como en el autonómico).

Más allá de los números absolutos, el análisis de los índices de incidencia, (es decir, nº de partes comunicados o cerrados por cada 100.000 afiliados/as con contingencia profesional cubierta) permite concluir que, aunque se ha producido un incremento en la comunicación y reconocimiento de EP, éste, tanto en hombres como en mujeres (aunque más en éstas), no ha sido paralelo entre las EP comunicadas y las reconocidas como tales, sino al contrario, creciendo las diferencias entre ambos conceptos a lo largo del periodo estudiado.

ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2014

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*)⁸; 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

⁸ 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 a trabajadores por cuenta propia o autónomos, de forma que estos trabajadores pueden, desde entonces, mejorar voluntariamente el ámbito de la acción protectora que les dispensa dicho régimen, incorporando la correspondiente a las contingencias profesionales. Posteriormente, La Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo establece la figura del trabajador económicamente dependiente, que es aquel que realiza una actividad económica o profesional de forma habitual para una persona física o jurídica de la que 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.

Este análisis pretende abordar, desde un enfoque epidemiológico, los accidentes de trabajo con baja –AT- sufridos en el año 2014 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.

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 2014, 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 del aplicativo Delt@.

Los datos suministrados para este estudio por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social son precisamente los registros de este aplicativo 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 2014 en la Comunidad de Madrid, de 2.402.016 personas. De ellas, 80.952 eran autónomos (54.195 hombres y 26.757 mujeres), manteniéndose el número y porcentaje en relación al total de afiliación, en unas cifras similares a las del año anterior.

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

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

Gráfico 1. Secciones de actividad que ocupan al 85% de la población afiliada con contingencia profesional cubierta en la Comunidad de Madrid. Año 2014.

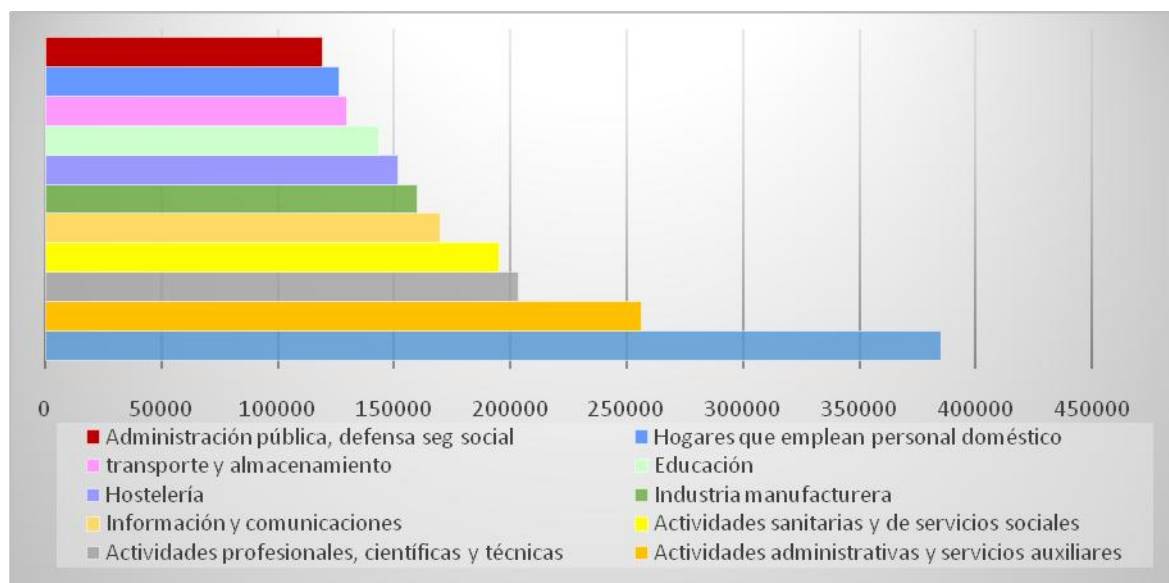
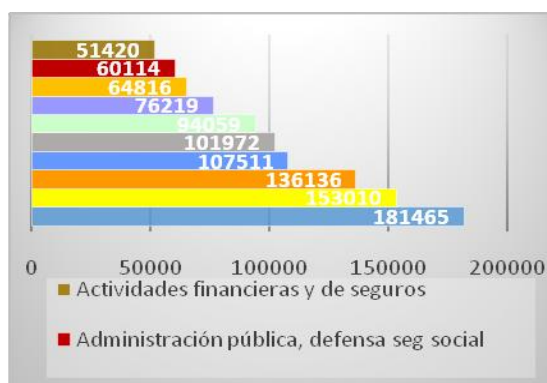


Gráfico 1.1 Afiliados por ramas (85% del total).



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



Método.

Se trata de un estudio descriptivo de los accidentes de trabajo con baja durante el año 2014 sufridos por trabajadores afiliados en la Comunidad de Madrid.

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), todo ello desagregándolo

por sexo, para visualizar cómo se comportan los AT en hombres y mujeres, con el fin de que la información volcada en este informe sea realmente útil en la toma de decisiones preventivas adecuadas, necesarias para garantizar la seguridad de toda la población trabajadora en esta Comunidad Autónoma.

Se presenta un apartado específico sobre AT en trabajadores autónomos, con una pequeña sección comparativa de lo observado en 2014 frente a años anteriores.

Los accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid año 2014.

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

Durante el año 2014 se produjeron 80.252 Accidentes de Trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en la Comunidad de Madrid (48.079 hombres y 32.173 mujeres), que son los que analizaremos en este estudio. El índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as en cada uno de los regímenes de afiliación, en hombres y mujeres, se muestra en el gráfico 2:

Gráfico 2. I de incidencia de AT por regímenes de afiliación en la Comunidad de Madrid. Hombres y mujeres. 2014.



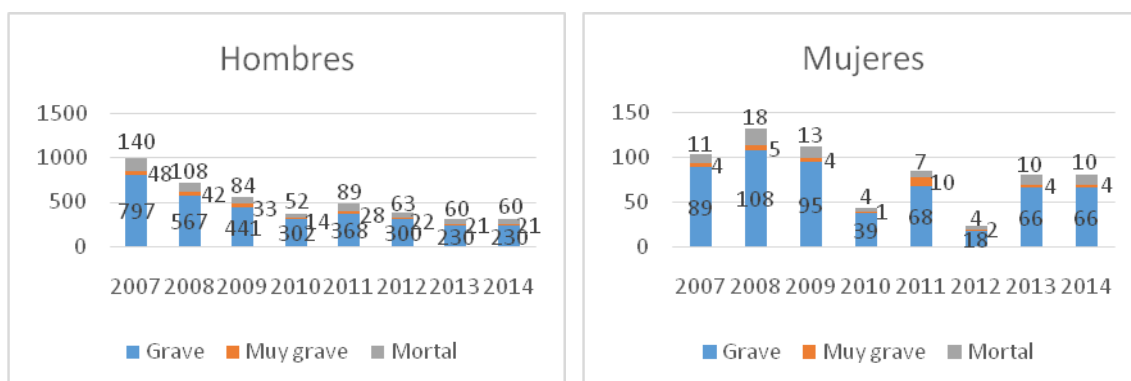
A continuación se muestran algunas de las características de los AT ocurridos en la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio (tabla 1). Del total de los Accidentes de Trabajo con baja, 42.322 hombres y 23.410 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa de incidencia fue de 27,37 AT con baja en jornada de trabajo, por cada 1.000 afiliados. Se mantienen cifras semejantes a las observadas en los dos años anteriores, habiendo desaparecido la tendencia decreciente observada desde el año 2010 (en que se registró una tasa de

35,71).

Tabla 1. Algunos descriptores de Accidentes de Trabajo –AT- con baja. Año 2014.

	HOMBRES	MUJERES
Nº de accidentes	48.079	32.173
Edad media de accidentados/as	39,95	42,63
Accidentados/as del sector privado (%)	83,1	77,4
Contratos temporales (%)	26,6	26,1
Accidentados/as de contrata o subcontrata (%)	8,2	10,9
Accidentados/as de ETT (%)	1,2	0,9
Sin evaluación de riesgos previa al accidente (%)	36,4	34,4
Prevención llevada sólo por SPA (%)	57,9	38,9
Accidente de tráfico	11,4	13,7
Accidentes leves (%)	99,3	99,8
Accidentes mortales (Nº)	66	5
Acc. mortales en contrata y subcontratas (Nº)	10	0
Hospitalización (Nº)	1.185	423
Accidentes en centro de trabajo (%)	76,5	67,5
Accidentes in itinere (%)	12,0	27,2
Lugar del accidente	zonas industriales, lugares públicos, lugares de actividad terciaria y obras de construcción	lugares públicos, actividad terciaria, centros sanitarios y zonas industriales
Actividad específica en el momento del AT	Movimiento y manipulación de objetos	
Mecanismo de accidente	Sobre esfuerzos, aplastamientos y choques	
Diagnóstico de la lesión	dislocaciones, esguinces y torceduras, seguido de lesiones superficiales	

Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, aunque no sigue el mismo patrón entre sus compañeras. En el gráfico 3 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 (nótese la diferencia de escalas usadas para cada uno de ellos).

Gráfico 3. Evolución de los accidentes de gravedad en hombres y mujeres. Años 2007-2013

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

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

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)
AT por accidente de tráfico	5.505	455,95	4.393	367,73
AT por " Infartos y derrames cerebrales	78	6,46	7	0,59
AT por sobreesfuerzos físicos	18.615	1.541,77	11.800	987,75
AT por agresiones	789	65,35	421	35,24

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

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los siguientes factores (tablas 3y 3 bis): 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; el número de jornadas no trabajadas debido al AT; y la mortalidad y años potenciales de vida productiva perdidos.

Tabla 3. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2014

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.185	98,15	423	35,41
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	78	6,46	11	0,92
3º. AT que resultaron en muerte	66	5,47	5	0,42
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	253	20,95	31	2,59

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

Tabla 3 bis. Indicadores de la repercusión del AT. Año 2014

	Nº AT	Suma	Media	p Dif H-M
5º. Jornadas no trabajadas por AT ¹				
Hombres	2.258	463.096	171,74	P>0,05
Mujeres	1.131	286.488	171,50	
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos ²				
Hombres	66	1.459	22,11	P>0,05
Mujeres	5	143	28,60	

(1) calculadas con exclusión de AT mortales.

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

Sectores y secciones de actividad.

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

La distribución de los accidentes según sector y momento en el que tuvieron lugar, a lo largo de los años 2009-2014, se reflejan en el gráfico 4:

Gráfico 4. Distribución de accidentes según momento y por sector de actividad. 2009-2014.



La proporción de accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral (es decir, excluyendo los accidentes *in itinere*) en cada una de las actividades,

queda reflejada en la tabla 4 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 mayor proporción de estos AT *in itinere* en hombres, y las de suministro de energía, gas, etc, en las mujeres.

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

	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, caza, pesca	95,8%	82,4%
Industrias extractivas	97,1%	66,7%
Industria manufacturera	92,6%	75,7%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	88,9%	57,7%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	94,8%	83,2%
Construcción	94,8%	53,2%
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	89,1%	72,1%
transporte y almacenamiento	90,1%	79,8%
Hostelería	86,7%	86,0%
Información y comunicaciones	53,2%	36,9%
Actividades financieras y de seguros	42,0%	34,8%
Actividades inmobiliarias	85,0%	60,3%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	67,7%	45,9%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	83,7%	67,8%
Administración pública, defensa seguridad social	89,1%	73,4%
Educación	79,3%	71,5%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	80,6%	78,7%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	91,8%	78,5%
Otros servicios	85,6%	66,8%
Hogares que emplean personal doméstico	89,3%	73,5%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	72,0%	42,1%
Total	88,0%	72,8%

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

5. AT en las actividades que aglutinan el 85% de los Accidentes de Trabajo ocurridos durante el trabajo. Año 2014.



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

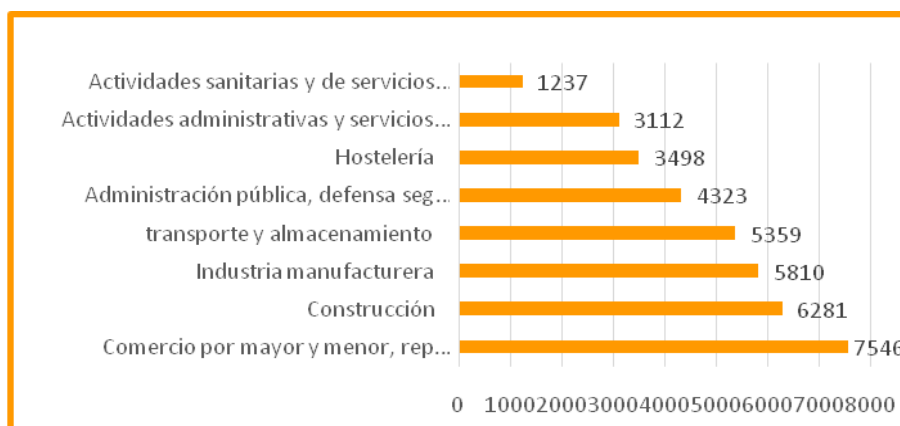
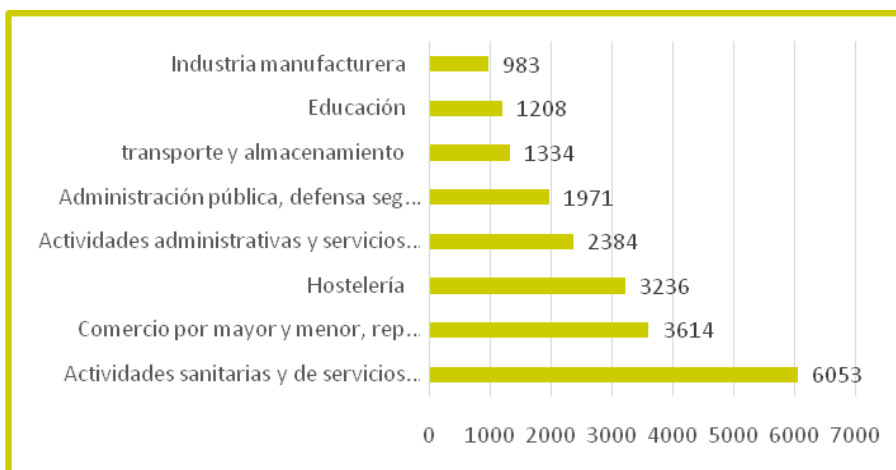


Gráfico 5.2. Actividades en que se producen el 85% de AT. Mujeres



En la Comunidad de Madrid, en el año 2014, las actividades con un mayor número de AT (tanto en jornada de trabajo como *in itinere*), y que paralelamente aglutinaron más indicadores negativos se muestran en las tablas 5.1 (para los hombres) y 5.2 (para las mujeres). En ellas se observan algunas formas de accidentes, que aparecen en mayor proporción: casi el 39% 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 industrias extractivas).

Tabla 5.1. Accidentes totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2014. Hombres.

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% agresión	% Acc CV grav o mort	% Hospitaliz	% acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	263	30,8%	3,8%	1,1%	1,9%	4,6%
Industrias extractivas	35	25,7%	2,9%		2,9%	2,9%
Industria manufacturera	6.276	39,1%	,3%	,7%	2,1%	5,9%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	63	28,6%			1,6%	14,3%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	944	45,8%	,8%	,6%	2,0%	5,4%
Construcción	6.623	36,6%	,4%	,8%	2,6%	5,7%
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	8.466	41,7%	,9%	,4%	2,4%	9,5%
transporte y almacenamiento	5.947	43,3%	2,2%	,9%	2,4%	14,7%
Hostelería	4.035	22,8%	1,0%	,6%	2,3%	18,0%
Información y comunicaciones	1.059	24,2%	,4%	1,2%	8,3%	39,7%
Actividades financieras y de seguros	319	21,3%	,9%	2,5%	7,2%	45,1%
Actividades inmobiliarias	226	30,1%	2,7%		4,9%	17,7%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.042	28,4%	,4%	1,6%	6,1%	27,2%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.717	36,9%	2,6%	,4%	1,8%	13,5%
Administración pública, defensa seg social	4.854	46,3%	5,3%	,5%	,7%	9,1%
Educación	610	38,9%	1,0%	1,5%	3,4%	16,6%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.534	45,1%	3,0%	,8%	1,9%	11,1%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1.082	50,8%	4,4%	1,0%	4,3%	5,9%
Otros servicios	706	41,8%	1,6%	,6%	2,7%	12,6%
Hogares que emplean personal doméstico	253	32,0%	1,2%	1,6%	4,3%	7,5%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	25	20,0%			4,0%	20,0%
Total	48.079	38,7%	1,6%	,7%	2,5%	11,4%

Tabla 5.2. Accidentes totales, peso de algunas características, por actividad. Año 2014.
Mujeres.

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% Agresion	%Acc CVgrav o mort	% Hospital	% Acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	34	32,4%				11,8%
Industrias extractivas	15	53,3%				26,7%
Industria manufacturera	1.298	36,5%	,6%	,2%	1,3%	16,4%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	26	23,1%				19,2%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	196	48,5%	,5%		1,5%	11,2%
Construcción	250	22,0%	,8%	,8%	2,8%	29,6%
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	5.015	38,2%	,6%	,1%	1,5%	16,4%
transporte y almacenamiento	1.672	41,9%	2,5%	,2%	1,0%	14,5%
Hostelería	3.761	29,1%	,2%	,1%	1,2%	6,7%
Información y comunicaciones	781	17,3%	,3%	,1%	4,5%	40,2%
Actividades financieras y de seguros	656	17,2%	,5%	,3%	2,0%	31,9%
Actividades inmobiliarias	121	27,3%	,8%	,8%	2,5%	21,5%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.145	20,7%	1,0%	,9%	2,2%	30,8%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.514	35,7%	1,2%	,1%	1,0%	14,1%
Administración pública, defensa seg social	2.684	37,0%	1,3%	,2%	,6%	9,1%
Educación	1.689	31,3%	1,6%	,4%	1,2%	14,7%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7.688	46,7%	2,5%	,1%	,9%	8,1%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	483	48,9%	1,7%		,8%	12,6%
Otros servicios	756	34,8%	,9%	,1%	2,0%	17,3%
Hogares que emplean personal doméstico	370	13,5%	1,4%	1,1%	6,8%	11,9%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	19	31,6%				21,1%
Total	32.173	36,7%	1,3%	,2%	1,3%	13,7%

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

Gráfico 6a. Tasas de accidentes por algunas causas, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2014.

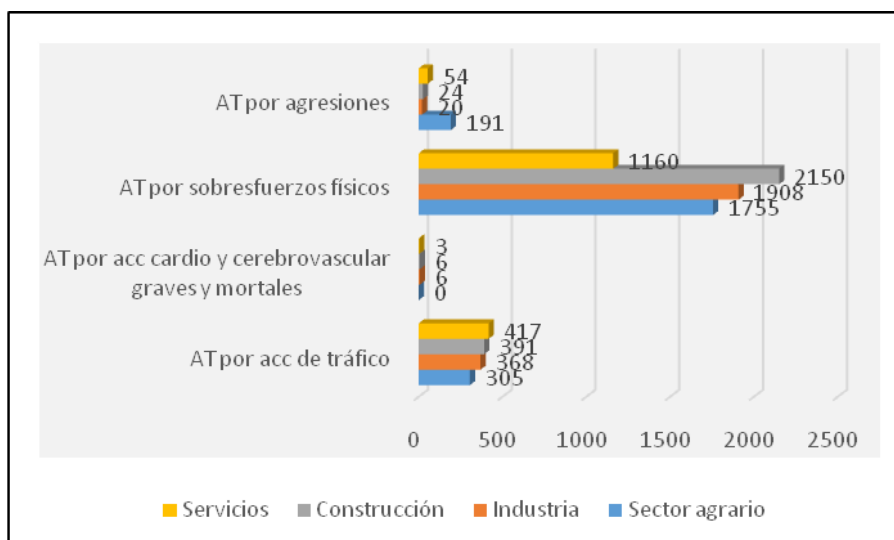
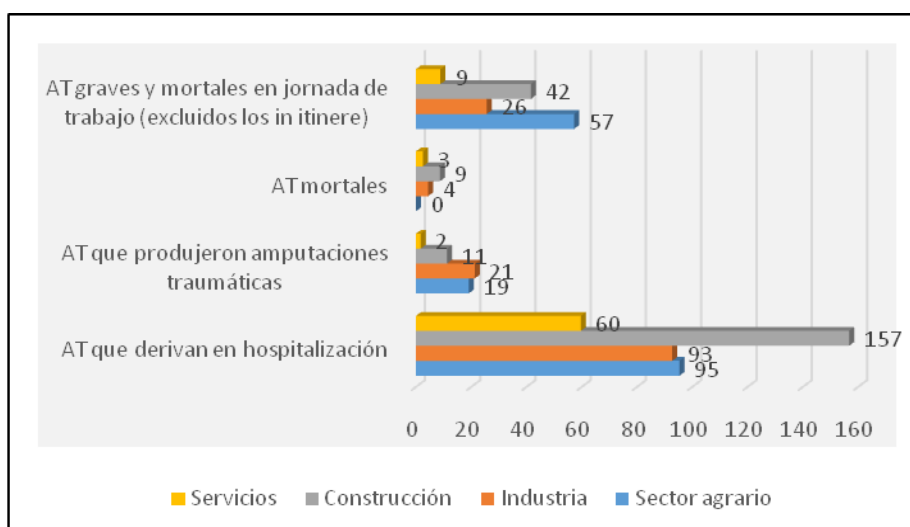


Gráfico 6b. Tasas de accidentes con determinados efectos, por sectores (por 100.000 afiliados/as de cada sector). 2014.



Agrupando las secciones de actividad, y **considerando aquellas con mayor población ocupada**, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y en transporte y almacenamiento y, entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos (tabla 6):

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

	HOMBRES			MUJERES		
	Afiliados	Nº acc	I Incidencia (por 100.000 af)	Afiliadas	Nº acc	I Incidencia (por 100.000 af)
Comercio por mayor menor, rep vehículos	203.350	8.466	4.163,26	181.465	5.015	2.763,62
Activ. administrativas y servicios auxiliares	120.009	3.717	3.097,27	136.136	3.514	2.581,24
Industria manufacturera	114.342	6.276	5.488,79	45.117	1.298	2.876,96
Información y comunicaciones	104.670	1.059	1.011,75	64.816	781	1.204,95
Activ. profesionales, científicas y técnicas	101.356	1.042	1.028,06	101.972	1.145	1.122,86
Construcción	96.294	6.623	6.877,89	19.128	250	1.306,98
Transporte y almacenamiento	96.011	5.947	6.194,11	33.409	1.672	5.004,64
Hostelería	74.990	4.035	5.380,70	76.219	3.761	4.934,47
Administración pública, defensa seg social	58.624	4.854	8.279,85	60.114	2.684	4.464,85
Actividades financieras y de seguros	51.019	319	625,26	51.420	656	1.275,77
Educación	48.987	610	1.245,23	94.059	1.689	1.795,68
Activ. sanitarias y de servicios sociales	41.807	1.534	3.669,23	153.010	7.688	5.024,51
Hogares que emplean personal doméstico	18.608	253	1.359,67	107.511	370	344,15

Accidentes mortales.

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

Tabla 7.1. AT mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones . Año 2014.

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Transporte y almacenamiento	10	22,22	10,42	1,87
Construcción	8	17,78	8,31	1,27
Industria manufacturera	5	11,11	4,37	0,86
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	5	11,11	2,46	0,66
Actividades profesionales, científicas y técnicas	4	8,89	3,95	5,67
Actividades sanitarias y de servicios sociales	3	6,67	7,18	2,43
Hostelería	2	4,44	2,67	0,57
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2	4,44	1,67	0,64
Administración pública, defensa seg social	2	4,44	3,41	0,46
Suminist. agua, saneamiento, gestión de residuos	1	2,22	8,79	1,12
Activid. artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	2,22	4,80	1,01
Otros servicios	1	2,22	4,05	1,66
Hogares que emplean personal doméstico	1	2,22	5,37	4,42
Total	45	100	3,73	1,06

Tabla 7.2. AT mortales de trabajadoras ocurridos durante el trabajo, por secciones. Año 2014.

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Transporte y almacenamiento	1	33,33	2,99	0,75
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1	33,33	0,98	1,90
Educación	1	33,33	1,06	0,83
Total	3	100,00	0,25	0,13

La población trabajadora en régimen especial de autónomos.

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

Para el análisis consideramos a aquellos trabajadores del Régimen Especial de Autónomos y a aquellos del Régimen Especial Agrario por cuenta propia. 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 2014 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 80.952 (54.195 hombres y 26.757 mujeres, cifra que supone alrededor del 33,05% del total de población trabajadora en dicho régimen). Esta cifra apenas creció con respecto al 2013, manteniéndose una diferencia positiva en afiliación respecto al año 2010 del 29,3%.

En este grupo de población se produjo un total de 1.213 accidentes de trabajo con baja (1.005 se produjeron en hombres y 208 en mujeres). La distribución de estos AT por sectores de actividad y sexo, se muestra en la tabla 8.

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

	Año 2014	
	Hombres	Mujeres
SECTOR AGRARIO	16	1
INDUSTRIA	120	8
CONSTRUCCIÓN	315	6
SERVICIOS	554	193
Total	1.005	208

Se registraron ocho accidentes graves, uno muy grave y uno mortal (en un hombre).

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

Tabla 9. Incidencia de Accidentes de trabajo con causas especiales en autónomos 2014.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
AT por accidente de tráfico	134	247,26	36	134,54
AT por " Infartos y derrames cerebrales	1	1,85	0	0,00
AT por sobreesfuerzos físicos	334	616,29	60	224,24
AT por agresiones	7	12,92	4	14,95

(*) Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

Tabla 10. Indicadores de la repercusión inmediata del AT en autónomos. Año 2014.

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
1º AT que derivaron en hospitalización	36	66,43	6	22,42
2º. AT que prod amputaciones traumáticas	6	11,07	1	3,74
3º. AT que resultaron en muerte	1	1,85	0	0,00
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo ⁽¹⁾	10	18,45	0	0,00

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

Las diferencias halladas entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas.

El 1,1% de los AT de hombres y el 1,0% de los AT de mujeres se produjo "in itinere".

Las secciones en las que se ha dado mayor siniestralidad en la población autónoma fueron, en el año 2014 (tablas 11.1 y 11.2): entre los hombres autónomos, la construcción y el transporte y almacenamiento, sumando entre ambas secciones casi el 50% de todos los accidentes; en sus compañeras, el comercio al por menor, hostelería y otros servicios (equivalentes al 47,1% de los accidentes), todas ellas actividades del sector Servicios.

Tabla 11.1. Secciones que acumulan el 85% de los AT en trabajadores autónomos. Año 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Construcción	315	31,3
Transporte y almacenamiento	185	18,4
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	140	13,9
Industria manufacturera	119	11,8
Hostelería	61	6,1
Actividades administrativas y servicios auxiliares	48	4,8

Tabla 11.2. Secciones que acumulan el 85% de los AT en trabajadoras autónomas 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	47	22,6
Hostelería	26	12,5
Otros servicios	25	12,0
Educación	20	9,6
Activ. administrativas y servicios auxiliares	18	8,7
Activ. profesionales, científicas y técnicas	15	7,2
Actividades sanitarias y de servicios sociales	12	5,8
transporte y almacenamiento	11	5,3
Act artísticas, recreativas y de entretenimiento	8	3,8

Evolución temporal de AT en los autónomos.

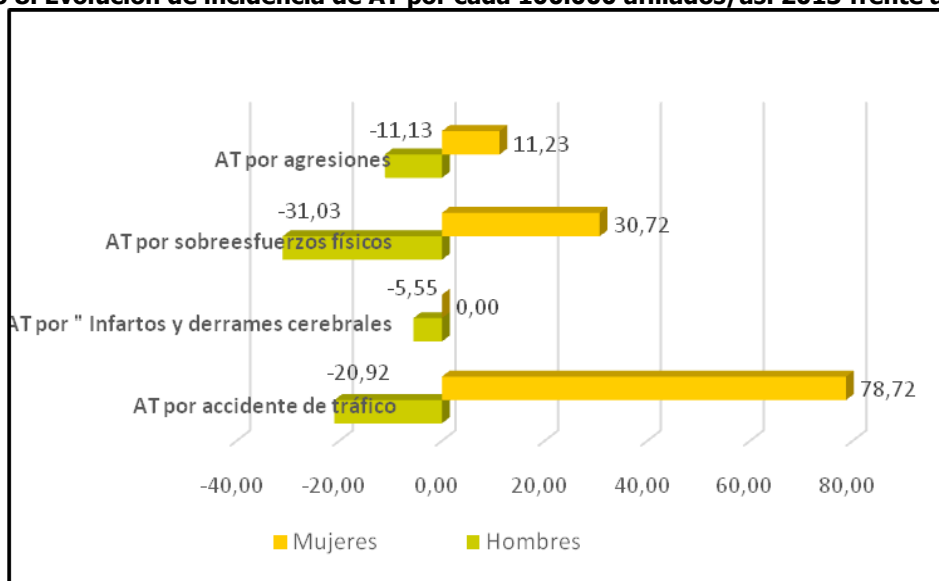
En la tabla 12 se muestran los AT ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2014.

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

	Hombres	Mujeres	Total
Año 2007	768	123	891
Año 2008	1.013	166	1.179
Año 2009	1.019	180	1.199
Año 2010	982	177	1.159
Año 2011	1.206	228	1.434
Año 2012	1.046	199	1.245
Año 2013	1.101	188	1.289
Año 2014	1.005	208	1.213

En relación al año 2013, los trabajadores autónomos sufrieron un aumento en el índice de incidencia de determinados tipos de AT, mientras que entre sus compañeras dichos índices se vieron reducidos (Gráfico 8): ha aumentado especialmente el índice de incidencia de AT por accidente de tráfico en los hombres, y se ha visto reducido ligeramente, entre otros, el de AT por sobreesfuerzos en las mujeres autónomas.

Gráfico 8. Evolución de incidencia de AT por cada 100.000 afiliados/as. 2013 frente a 2012.



Consideraciones finales.

Frente al año 2013, la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales ha crecido ligeramente. No obstante, la población autónoma afiliada con esta contingencia cubierta, es semejante a la del año anterior.

En números absolutos ha aumentado ligeramente la frecuencia de AT con baja en la Comunidad de Madrid, quedando la tasa de AT producidos en jornada de trabajo (es decir, excluyendo los ocurridos *in itinere*) en una cifra similar a la observada el año anterior: parece quedar estabilizada la tasa, dando fin, por ahora, a la tendencia descendente que venía observándose en los últimos años.

Madrid, 21 de enero de 2016

Servicio de Salud Laboral

**VIGILANCIA DE ACCIDENTES
CON RIESGO BIOLÓGICO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2015**

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 y procedimientos 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 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 el abril de 2016, un total de unas 28.400 notificaciones, con una media anual de aproximadamente 2.900 accidentes. A partir de septiembre de 2014 los accidentes ocurridos en los centros, se recogen en una nueva aplicación –NTAB- creada a partir de la experiencia obtenida, con el fin de actualizar y mejorar la anterior, e implantándose en los centros de nuestra Comunidad el 1 de diciembre de 2014. Este informe de 2015, es el primero que incorpora los datos registrados íntegramente en esta nueva aplicación. Tras este periodo de funcionamiento de NTAB se detectan necesidades no cubiertas por la nueva aplicación, y por tanto de esa necesidad surgen algunas de las modificaciones que van a realizarse en NTAB este año 2016 y de las que se va dando cumplida cuenta a los usuarios de la misma.

Información general.

Se evaluaron todas las notificaciones realizadas por los Servicios de prevención (Tabla 1) correspondientes a los accidentes ocurridos en el año 2015, con fecha de exposición comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 y registradas en la aplicación **NTAB**, con los datos de la base obtenidos a 13 de abril de 2016. En total se han contabilizado **3.192** notificaciones.

Tabla 1. Notificaciones realizadas por los Servicios de Prevención

Servicio de prevención	nº	%
Serv. de Prevención Hospital Infanta Leonor	445	13,9
Serv. de Prevención Hospital 12 de Octubre	385	12,1
Serv. de Prevención Hospital La Paz	368	11,5
Serv. de Prevención Hospital Ramón y Cajal	263	8,2
Serv. de Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda	254	8,0
Serv. de Prevención Hospital Universitario de la Princesa)	249	7,8
Serv. de Prevención H.G.U. Gregorio Marañón	248	7,8
Serv. de Prevención Hospital Clínico San Carlos	239	7,5
Serv. de Prevención Hospital Severo Ochoa	154	4,8
Serv. de Prevención Hospital Universitario de Getafe	148	4,6
Serv. de Prevención Hospital de Móstoles	128	4,0
Serv. de Prevención Hospital Príncipe de Asturias	121	3,8
Serv. de Prevención Hospital de Fuenlabrada	106	3,3
Serv. de Prevención del Grupo Hospital Madrid	46	1,4
Serv. de Prevención Fundación Hospital de Alcorcón	35	1,1
Serv. de Prevención Hospital Psq. Dr. R. Lafora	3	,1
Total	3192	100

Centros asignados a cada Serv. de Prevención, además de los propios hospitales: Serv. 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.). Serv. de Prevención Hospital 12 de Octubre: 70 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. 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.). Serv. de Prevención Hospital Ramón y Cajal: 31 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital Universitario Puerta de Hierro – Majadahonda: los hospitales de Guadarrama, El Escorial, y 58 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. 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.). Serv. de Prevención H.G.U. Gregorio Marañón: asignados los trabajadores de los hospitales del instituto Oftálmico y el Instituto provincial de Rehabilitación. Serv. de Prevención Hospital Clínico San Carlos: 32 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital Severo Ochoa: Hospital Psiquiátrico José Gemain y otros 24 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital Universitario de Getafe: 27 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital de Móstoles: 127 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital Príncipe de Asturias: 34 centros asistenciales (C.S., CEP, US Mental, consultorios, etc.). Serv. de Prevención Hospital de Fuenlabrada. Serv. de Prevención del Grupo Hospital Madrid: Tiene asignados los hospitales de H. Puerta del Sur Móstoles, H. U de Madrid, H. U Madrid Montepríncipe, H. U Madrid-Torrelodones, H. U Madrid-Norte Sanchinarro, H Madrid Nuevo Belén. Serv. de Prevención Fundación Hospital de Alcorcón. Serv. de Prevención Hospital Psiquiátrico. Dr. R. Lafora..

Tabla 2. Mes del accidente

Mes	nº	%
Enero	265	8,3
Febrero	305	9,6
Marzo	265	8,3
Abril	275	8,6
Mayo	261	8,2
Junio	273	8,6
Julio	274	8,6
Agosto	213	6,7
septiembre	250	7,8
Octubre	295	9,2
noviembre	286	9,0
Diciembre	230	7,2
Total	3192	100

Tipo de Lesión: el 72,7% se trató de punciones.

Tabla 3. Tipo de Lesión

Tipo de lesión	n	%
Punción	2322	72,7
Cutáneo - Mucosa	538	16,9
Corte	176	5,5
Rasguño	115	3,6
No consta	28	,9
Otra (Mixta:percut+cut-muc)	13	,4
Total	3192	100

Localización de la lesión: el 81,2% se produjeron en las manos o dedos de los accidentados.

Tabla 4. Localización de la lesión

Localización de la lesión	n	%
Mano / Dedo	2591	81,2
Ojos	391	12,2
Brazo / Antebrazo/Muñeca	87	2,7
Muslo / Pierna / Pie	42	1,3
Cabeza (excepto ojos)	41	1,3
Otra	26	,8
No consta	14	,4
Total	3192	100

Los **fluidos/material contaminante** implicados en los accidentes fueron, principalmente, sangre y/o derivados (incluidas soluciones diluidas con sangre visible) en un 91,4; la orina, con sangre visible, fue el fluido implicado en un 0,5%.

En el 81,9% del total de los accidentes el tipo de lesión fue percutánea, o mixta (0,4%); el 16,9% fueron cutáneo-mucosos. En el 83,6% la **zona expuesta** fue piel intacta, seguida por la conjuntiva (12,5%).

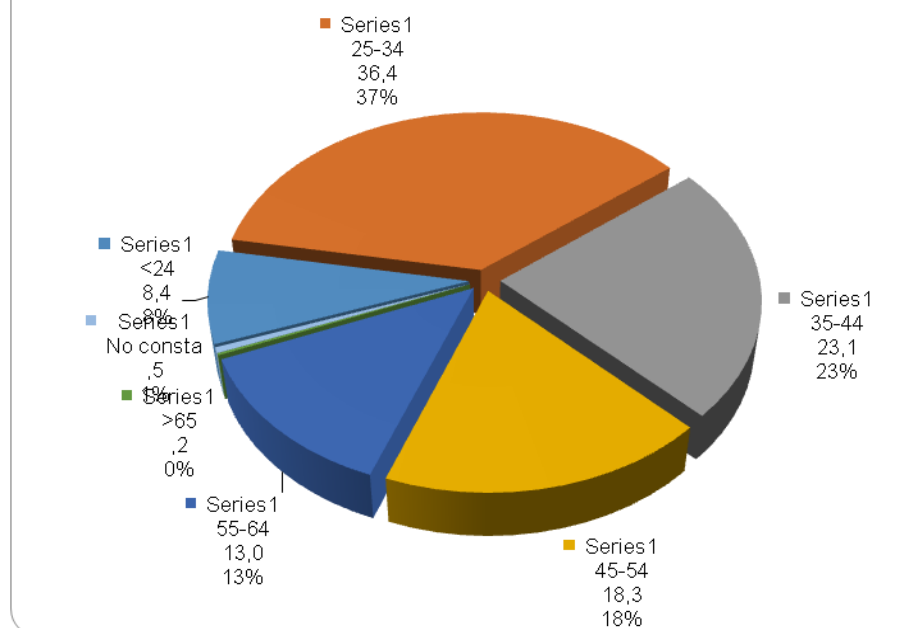
Accidentes percutáneos: En el 95,1% de estos casos la localización de la punción, corte o rasguño fue en mano/dedo, siendo la zona expuesta piel intacta en un 97,9% de los accidentes y piel no intacta en el 1,4%. El grado de lesión fue principalmente una lesión superficial, que no sangra o con sangrado mínimo (47,9%) seguido de una lesión moderada (38,5%).

Accidentes Cutáneo-Mucosos: La localización más frecuente en este tipo de accidente fueron los ojos (72,3%) seguidos de la mano/dedo (13,2 %) y la zona expuesta principalmente conjuntiva (70,8%) y piel no intacta (11,0%). El grado de exposición cutáneo-mucosa más frecuente fue con pequeña cantidad de gotas (72,1%).

Información sobre el trabajador accidentado.

La distribución de los accidentes por **sexo** es de 2.538 (79,5%) en mujeres y de 648 (20,3%) en hombres; en un 0,2% no figura el sexo del trabajador. La **edad** media del accidentado/a fue de $38,5 \pm 11,9$ años, siendo el grupo de edad de 25 a 34 años en el que han ocurrido un mayor número de accidentes (36,4%) (Figura 1). La edad media del accidentado en los accidentes ocurridos en el hospital es de $37,69 \pm 11,6$ años, frente a los $45,25 \pm 12,2$ producidos en el resto de los ámbitos ($p < 0,001$).

Figura 1. AB notificados a NTAB por grupo de edad. año 2015



La **antigüedad profesional** media del personal accidentado es de $14,2 \pm 10,8$ años (en mujeres es $14,64$ años y en hombres es $12,32$ con una diferencia significativa, $p < 0,001$); en un $27,6\%$ no se notificó la 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 $20,4 \pm 12,5$ en el resto de los ámbitos, con $p < 0,001$. La antigüedad media en el **puesto de trabajo** fue de $8,2 \pm 7,7$ años, sin diferencias significativas entre sexos. Según el ámbito fue de $8,0 \pm 7,5$ años en el hospital, frente a $10,2 \pm 8,8$ años en el resto de los ámbitos ($p = 0,001$). No se aportó información sobre esta variable en el $46,3\%$ de los accidentes.

En relación a la **categoría laboral**, en el $40,4\%$ de los AB ocurrieron en personal de enfermería. Según el **turno de trabajo**, destacan los accidentes en turno de Mañanas ($37,0\%$). Respecto a la **situación laboral**, los accidentes ocurrieron principalmente entre el personal temporal/eventual ($37,0\%$) y personal fijo ($33,0\%$). (Tabla 5).

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

Categoría laboral	n	%
Enfermera/o	1290	40,4
Médico/a	608	19,0
Auxiliar de enfermería	320	10,0
Estudiante de enfermería	138	4,3
MIR1	133	4,2
MIR2	120	3,8
MIR3	109	3,4
MIR4	106	3,3
Técnico especialista	65	2,0
Matrona	44	1,4
Medico residente - becario/a	40	1,3
Celador/a	31	1,0
MIR5	28	0,9
EIR 1	17	0,5
Personal de Limpieza	14	0,4
Estudiante de medicina	12	0,4
Odontólogo /a	11	0,3
EIR 2	10	0,3
Farmacéutico/a/FIR	4	0,1
Higienista dental	4	0,1
Técnico alumno	4	0,1
Tecnico en Urgencias y Emergencias	4	0,1
Conductor / Ayudante	2	0,1
Estudiante Matrona	2	0,1
Fisioterapeuta	2	0,1
Estudiante Auxiliar de Enfermería	1	0,0
Personal de Administración	1	0,0
Personal de Lavandería	1	0,0
Personal de Mantenimiento	1	0,0
Otra	14	0,4
No consta	56	1,8
Total	3192	100

Turno de trabajo	n	%
Mañanas	1180	37,0
Mañanas/Guardias	831	26,0
Tardes	293	9,2
Mañana/Noche o Tarde/Noche	290	9,1
Tarde/Noche	193	6,0
Rotatorio / mañana/tarde/noche	80	2,5
Noches	78	2,4
Mañana/Tarde	51	1,6
Turno Especial de 10/12/17hrs. Guardias mañanas / tardes/noches	42	1,3
Turno Especial de 24 hrs. Jornada partida (mañana y tarde)	22	0,7
Otro	5	0,2
No consta	6	0,2
No consta	99	3,1
Total	3192	100

Situación Laboral	n	%
Temporal / Eventual	1182	37,0
Fijo	1053	33,0
Interino/a	248	7,8
Estudiante	175	5,5
Contrata	4	0,1
Voluntario/a	1	0,0
Otro	27	0,8
No consta	502	15,7
Total	3192	100

Información sobre el entorno donde ocurrió el accidente.

Analizando la distribución de accidentes por **ámbito de trabajo**, destaca la Atención Especializada (85,7%), con una mayor frecuencia en las especialidades Quirúrgicas (39,6%) que en las Médicas (33,7 %). (Tablas 6 y 7).

Tabla 6. Ámbito de trabajo

Ámbito de Trabajo	n	%
Atención Especializada	2736	85,7
Atención Primaria	298	9,3
Urgencias Extrahospitalarias / PAC	34	1,1
Servicios Generales	18	,6
Otra Consulta Enfermería	13	,4
No consta	93	2,9
Total	3192	100

Tabla 7. Área de trabajo

Area de trabajo	n	%
AE: Especialidades Quirúrgicas	1263	39,6
AE: Especialidades Médicas	1077	33,7
AE: Urgencias hospitalarias	128	4,0
AE: Otro servicio/especialidad	73	2,3
AE: Unidad de Críticos	53	1,7
AE: Radiodiagnóstico	37	1,2
AE: Laboratorio Hematología/Bioquímica	19	,6
AE: Esterilización	18	,6
AE: Hospital de día	16	,5
AE: Otros Laboratorios	15	,5
AE: Laboratorio Microbiología	10	,3
AE: Unidad de Endoscopias	7	,2
AE: Medicina Preventiva	1	,0
AE: Prevención de Riesgos Laborales	1	,0
Atención primaria Distrito Urbano	277	8,7
Atención primaria Distrito Rural	12	,4
SG: Limpieza	7	,2
SG: Mantenimiento	1	,0
SG: Otros Servicios Generales	10	,3
Urgencias Extrahospitalarias/PAC	1	,0
Resto/ No consta en este nivel	166	5,2
Total	3192	100

Lugar del accidente: destacan sobre todo los quirófanos (36,0%) y la habitación del paciente (18,0%) (Tabla 8).

Tabla 8. Lugar donde se produjo el accidente

Lugar del accidente	n	%
Quirófano	1148	36,0
Habitación del paciente	573	18,0
Boxes de exploración	274	8,6
Consultas externas	153	4,8
Control / Consulta enfermería	132	4,1
UVI / UCI	104	3,3
Sala de Curas	98	3,1
Sala de Procedimientos intervencionistas	98	3,1
Sala de Partos / Paritorio	93	2,9
Sala de Extracciones	92	2,9
Diálisis	55	1,7
Domicilio del paciente	55	1,7
Laboratorio Hematología / Bioquímica	31	1,0
Laboratorio Anatomía Patológica	22	,7
Banco de sangre	19	,6
Pasillo	16	,5
Unidad de Críticos / Grandes Quemados	15	,5
Laboratorio Microbiología	10	,3
Servicios Generales, Instalaciones Centrales	10	,3
Unidad de Endoscopias	9	,3
Sala de Autopsias	6	,2
Laboratorio Urgencias	3	,1
Cocina	2	,1
Lavandería zona sucia	1	,0
Unidad Móvil / Ambulancia	1	,0
Calle	4	,1
Otro	159	5,0
No consta	9	,3
Total	3192	100

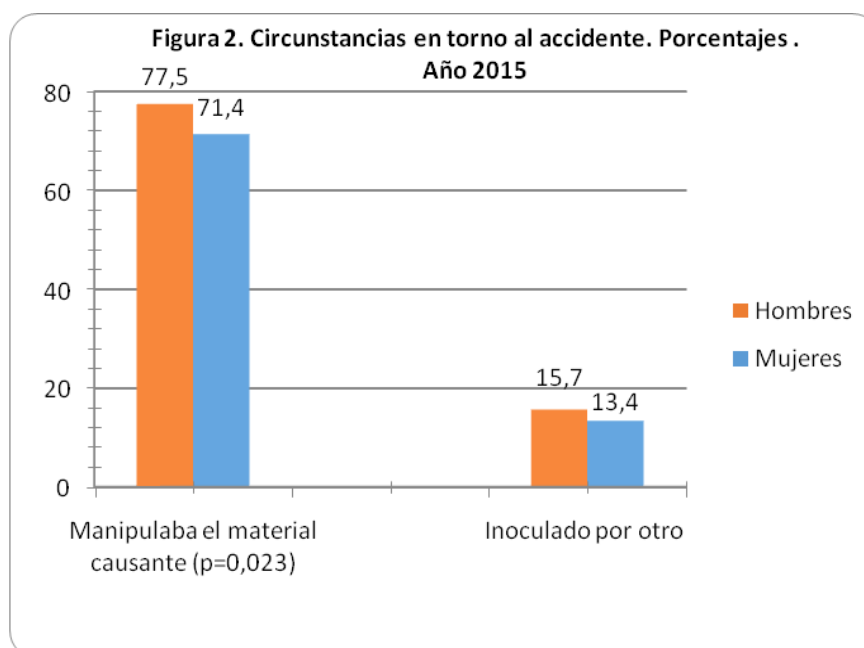
Por Servicios destacan: Cirugía general y digestiva (8,5%), Obstetricia y Ginecología (6,9%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (6,9%), Urgencias Hospitalarias (6,0%), Anestesiología y Reanimación (5,5%), y Medicina Interna (4,7%). En 93 casos (2,9%) no aparece el Servicio en el que se produjo el accidente. En las consultas de enfermería se produjeron el 3,6% de los accidentes. (Tabla 9).

Tabla 9. Servicio donde se produjo el accidente

Servicios Atención Especializada	n	%	Servicios Atención Especializada (cont.)	n	%
Cirugía General y Digestiva	272	8,5	Rehabilitación	8	,3
Obstetricia / Ginecología	221	6,9	Atención Especializada no especificada	18	,6
Traumatología y Cirugía Ortopédica	220	6,9	Cirugía Pediátrica	16	,5
Urgencias hospitalarias	191	6,0	Hospital de día	16	,5
Anestesia / Reanimación	175	5,5	Banco de Sangre	15	,5
Medicina Interna	151	4,7	Otros Laboratorios	15	,5
O.R.L.	98	3,1	Especialidades Médicas no especificadas	7	,2
Medicina Intensiva	88	2,8	Alergia / Inmunología	7	,2
Pediatría general / Neonatología	73	2,3	Reumatología	7	,2
Oftalmología	73	2,3	Unidad de Endoscopias	7	,2
AE Otro servicio/especialidad	73	2,3	Endocrinología / Nutrición	5	,2
Urología	72	2,3	Enfermedades Infecciosas	4	,1
Cirugía Cardiovascular/ Hemodinámica	70	2,2	Medicina Nuclear	3	,1
Radiodiagnóstico	66	2,1	Medicina del Trabajo / Prev. R. Laborales	2	,1
Dermatología	62	1,9	Medicina Preventiva / Salud Pública	2	,1
Cardiología	59	1,8	Total A. Especializada	2736	86
Nefrología	57	1,8			
Cirugía de cavidad Oral / Maxilofacial	56	1,8	Servicios Atención Primaria	n	%
Unidad de Críticos	53	1,7	Consulta Enfermería	102	3,2
Cirugía Plástica, Estética, Reparadora	52	1,6	Medicina General	98	3,1
Especialidades Quirúrgicas	50	1,6	Distrito Urbano	50	1,6
Neurocirugía	39	1,2	Odontología / Hig. dental	15	,5
Anatomía Patológica	38	1,2	Pediatría	11	,3
A Digestivo	29	,9	Atención Primaria no especificada	8	,3
Geriatría	29	,9	Atención domiciliaria	7	,2
Oncología	27	,8	Distrito Rural	4	,1
Hematología / Hemoterapia	26	,8	Fisioterapia	2	,1
Neumología	25	,8	Atención a la mujer	1	,0
Cirugía Torácica	20	,6	Total A. primaria	298	9,3
Laboratorio Hematología/Bioquímica	19	,6			
Esterilización	18	,6	Otra Consulta Enfermería	13	,4
Neurología	25	,8	Servicios Generales	n	%
Neurofisiología Clínica	12	,4	Otros Servicios Generales	10	,3
Oncología Radioterápica	12	,4	Limpieza	7	,2
Psiquiatría	12	,4	Mantenimiento	1	,0
Cirugía Mayor Ambulatoria	11	,3	Total S.generales	18	0,6
Análisis clínicos	11	,3	Urgencias Extrahospitalarias / PAC	35	1,1
Laboratorio Microbiología	10	,3	No consta	93	2,9
Oftalmología	9	,3	Total	3192	100

Circunstancias en torno al accidente.

En el 72,6% de los accidentes, el accidentado manipulaba el objeto en el momento del accidente, con diferencias significativas entre hombres y mujeres; en el 13,9% de los casos, el accidentado fue lesionado cuando el objeto lo manejaba otro trabajador. (Figura 2).



Analizando los accidentes producidos, seleccionando las áreas médicas y las quirúrgicas, cuando el objeto lo manejaba otro trabajador, se observa que la lesión ocasionada, tuvo significativamente ($p < 0,001$) un mayor peso porcentual en servicios quirúrgicos que en especialidades médicas (74,4% frente a 25,6%), destacando en los servicios de: Cirugía General y digestiva (19,4%), Obstetricia y Ginecología (16,7%), Traumatología y Cirugía Ortopédica (11,9%), ORL (4,9%) y Oftalmología (4,9%), entre otros.

Conocimiento del estado serológico de la fuente antes del accidente: En el 78,4% de los accidentes biológicos no se conocía el estado serológico de la fuente previamente a producirse el accidente. El accidentado no conocía el estado en el 76,2%, en este último es mayor el porcentaje de "No consta" (11,2% frente al 6,9% del anterior) (Tabla 10).

Tabla 10. Conocimiento de la serología de la fuente

¿Conocimiento previo al accidente del estado serológico de la fuente	N	%
No consta	221	6,9
No	2502	78,4
Si	469	14,7
Total	3192	100

¿El accidentado conocía estado serológico de la fuente?	N	%
No consta	359	11,2
No	2432	76,2
Si	401	12,6
Total	3192	100

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

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

Motivo de utilización del material	n	%
Intervención quirúrgica, excepto sutura	583	18,3
Inyección IM ó SC	529	16,6
Sutura	433	13,6
Extracción venosa	258	8,1
Obtención de otro fluido o muestra de tejido	148	4,6
Inserción de catéter EV	86	2,7
Punción EV	77	2,4
Punción dedo, talón, lóbulo oreja	67	2,1
Extracción arterial	58	1,8
Conectar línea EV	53	1,7
Técnicas de exploración	43	1,3
Lavado de material	41	1,3
Heparinización / lavado con S. fisiológico. de vía	25	,8
Lavado del paciente	12	,4
Electrocauterización	10	,3
Otra	481	15,1
No se conoce	69	2,2
No consta	21	,7
No procede por tratarse de una Exposición Cutáneo Mucosa	198	6,2
Total	3192	100

Objeto implicado en el accidente.

Objeto del accidente: los objetos corto-punzantes que causaron más accidentes fueron las agujas macizas de suturas (17,6%) y las agujas subcutáneas de pequeño calibre (13,8%), las agujas de mediano calibre (8,1%) y el bisturí (7,9%). (Tabla 12).

Objeto del accidente según ámbito de trabajo: observando la distribución de los accidentes destacan en las Áreas Médicas de Atención Especializada los producidos con agujas huecas subcutáneas (21,0%); en la Áreas Quirúrgicas de Atención Especializada los producidos con aguja maciza de sutura (35,0%); en otras Áreas de Atención Especializada con aguja hueca de mediano calibre (18,0%), en Atención Primaria con aguja hueca intramuscular precargada (16,3), con hueca subcutánea (11,4%) y con lanceta (11,4%); en Servicios Generales se han producido con aguja subcutánea (27,8%). Analizando los accidentes donde no consta el Servicio implicado en el accidente, destacan aquellos en los que estaban implicados agujas de mediano calibre (11,6%) y subcutáneas (10,3%). (Tabla 13).

Accidentes producidos por objetos con dispositivos de seguridad.

En 978 accidentes, de los 3192 notificados, estuvo implicado según el Registro un objeto con dispositivo de seguridad (30,6%).

Los **objetos con dispositivo de seguridad** implicados en esos accidentes fueron principalmente las agujas subcutáneas (30,2%), las agujas de mediano calibre (18,0%), las agujas intramusculares /precargadas (13,8%) y las palomillas (12,4%) (Tabla 14).

Tabla 12. Objeto implicado en el accidente

Objeto del Accidente	N	%
Aguja Hueca		
> Grueso Calibre , sin especificar	11	,3
Cateterismo Arterial	15	,5
Cateterismo Central	19	,6
Cateterismo EV	92	2,9
Epidural	7	,2
Punción Medular	6	,2
Trocar	19	,6
Aguja Hueca , sin especificar	38	1,2
> Mediano Calibre (resto de agujas)	258	8,1
> Pequeño Calibre sin especificar	108	3,4
Intradérmica	52	1,6
Intramuscular / Precargada	196	6,1
Jeringa gasometría	30	,9
Palomilla	148	4,6
Subcutánea	439	13,8
Total Aguja Hueca	1438	45,1
Aguja Maciza , sin especificar	30	0,9
> Biopsia	11	0,3
> Sutura	561	17,6
Total Aguja Maciza	602	18,9
Astilla ósea / dental	6	,2
Bisturí	251	7,9
Capilar	5	,2
Cuchilla afeitar / rasurar	5	,2
Desconocido	19	,6
Electrocauterizador	9	,3
Fresa	2	,1
Grapas	12	,4
Lanceta	46	1,4
Pinzas	29	,9
Sierra para huesos	3	,1
Tijeras	10	,3
Tubo de ensayo	3	,1
Tubo de vacío	1	,0
Vial de medicación	3	,1
Otro	251	7,9
No consta	10	,3
No Procede (Acc. cutáneo-mucoso)	487	15,3
Total	3192	100

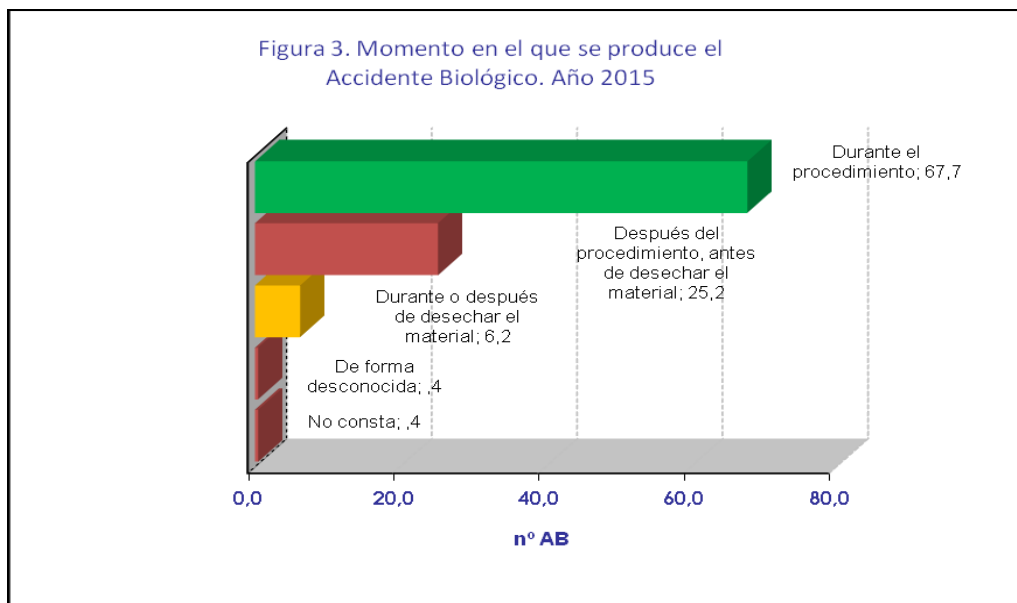
Tabla 13. Objeto implicado por ámbito de actuación

	A. Especializada Médicas		A. Especializada Quirúrgicas		A. Especializada Otros		Atención Primaria		Servicios Generales		No consta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aguja Hueca sin especificar	13	1,2	13	1,0	1	1,1	1	0,3	0	0,0	10	2,2	38	1,2
Grueso Calibre sin especificar	6	0,6	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	11	0,3
> Cateterismo Arterial	9	0,8	1	0,1	2	2,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7	15	0,5
> Cateterismo Central	14	1,3	2	0,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	0,4	19	0,6
> Cateterismo EV	38	3,5	22	1,7	4	4,5	6	2,1	0	0,0	22	4,8	92	2,9
> Epidural	5	0,5	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,2
> Punción Medular	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	6	0,2
> Trócar	10	0,9	9	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,6
Mediano Calibre (resto de agujas)	111	10,3	45	3,6	16	18,0	31	10,7	2	11,1	53	11,6	258	8,1
Pequeño Calibre sin especificar	51	4,7	15	1,2	10	11,2	12	4,2	0	0,0	20	4,4	108	3,4
> Intradérmica	22	2,0	12	1,0	2	2,2	4	1,4	1	5,6	11	2,4	52	1,6
> Intramuscular / Precargada	60	5,6	47	3,7	3	3,4	47	16,3	0	0,0	39	8,6	196	6,1
> Jeringa gasometría	9	0,8	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,5	30	0,9
> Palomilla	59	5,5	21	1,7	5	5,6	27	9,3	0	0,0	36	7,9	148	4,6
> Subcutánea	226	21,0	109	8,6	10	11,2	42	14,5	5	27,8	47	10,3	439	13,8
Aguja Maciza sin especificar	3	0,3	24	1,9	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,2	30	0,9
> Biopsia	6	0,6	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	11	0,3
> Sutura	80	7,4	442	35,0	6	6,7	7	2,4	1	5,6	25	5,5	561	17,6
Astilla ósea / dental	0	0,0	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,2
Bisturí	61	5,7	133	10,5	6	6,7	31	10,7	1	5,6	19	4,2	251	7,86
Capilar	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	5	0,2
Cuchilla afeitar / rasurar	4	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	5	0,2
Desconocido	4	0,4	6	0,5	0	0,0	2	0,7	3	16,7	4	0,9	19	0,6
Electrocauterizador	3	0,3	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	9	0,3
Fresa	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Grapas	3	0,3	9	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,4
Lanceta	6	0,6	2	0,2	0	0,0	33	11,4	0	0,0	5	1,1	46	1,4
Pinzas	2	0,2	17	1,3	2	2,2	1	0,3	0	0,0	7	1,5	29	0,9
Sierra para huesos	0	0,0	1	0,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,1
Tijeras	2	0,2	5	0,4	0	0,0	0	0,0	1	5,6	2	0,4	10	0,3
Tubo de ensayo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7	3	0,1
Tubo de vacío	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Vial de medicación	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	0,2	3	0,1
Otro	71	6,6	135	10,7	3	3,4	18	6,2	1	5,6	23	5,0	251	7,9
No consta	7	0,6	1	0,1	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,2	10	0,3
No Procede (Acc. cutáneo-mucoso)	184	17,1	164	13,0	17	19,1	24	8,3	2	11,1	96	21,1	487	15,3
Total	1077	100	1263	100	89	100	289	100	18	100	456	100	3192	100

Tabla 14. Objetos con dispositivo de seguridad implicados en los accidentes.

Objeto del Accidente por Dispositivo de Seguridad	Si	%	Total	%
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Subcutánea	295	30,2	439	67,2
Aguja Hueca>Mediano Calibre (resto de agujas)	176	18,0	258	68,2
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Intramuscular / Precargada	135	13,8	196	68,9
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Palomilla	121	12,4	148	81,8
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo EV	70	7,2	92	76,1
Aguja Hueca>Pequeño Calibre sin especificar	70	7,2	108	64,8
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Intradérmica	32	3,3	52	61,5
Aguja Hueca>Pequeño Calibre>Jeringa gasometría	24	2,5	30	80,0
Aguja Hueca sin especificar	16	1,6	38	42,1
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo Arterial	8	0,8	15	53,3
Lanceta	5	0,5	46	10,9
Aguja Maciza>Sutura	4	0,4	561	0,7
Aguja Hueca>Grueso Calibre sin especificar	3	0,3	11	27,3
Bisturí	3	0,3	251	1,2
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Cateterismo Central	2	0,2	19	10,5
Aguja Hueca>Grueso Calibre>Epidural	1	0,1	7	14,3
Aguja Maciza>Biopsia	1	0,1	11	9,1
Capilar	1	0,1	5	20,0
Electrocauterizador	1	0,1	9	11,1
Otro	5	0,5	251	2,0
No Procede (Accidente cutáneo-mucoso)	3	0,3	487	0,6
No consta	2	0,2	10	20,0
Total	978	100	3192	30,6

Cuándo ocurrió el accidente: El 67,7% de los accidentes se produjeron durante el procedimiento y el 25,2% después del procedimiento, antes de desechar el material.



En relación a la forma en que se produjeron los accidentes durante el procedimiento destaca la manipulación del objeto corto punzante (11,3%), la exposición directa al paciente: salpicaduras de sangre, vómitos, etc. (9,1%) y el contacto involuntario con material contaminado (8,1%) (Tabla 15). El objeto del accidente se encontraba en lugar inusual en 38 accidentes (1,2%). Figura 4.

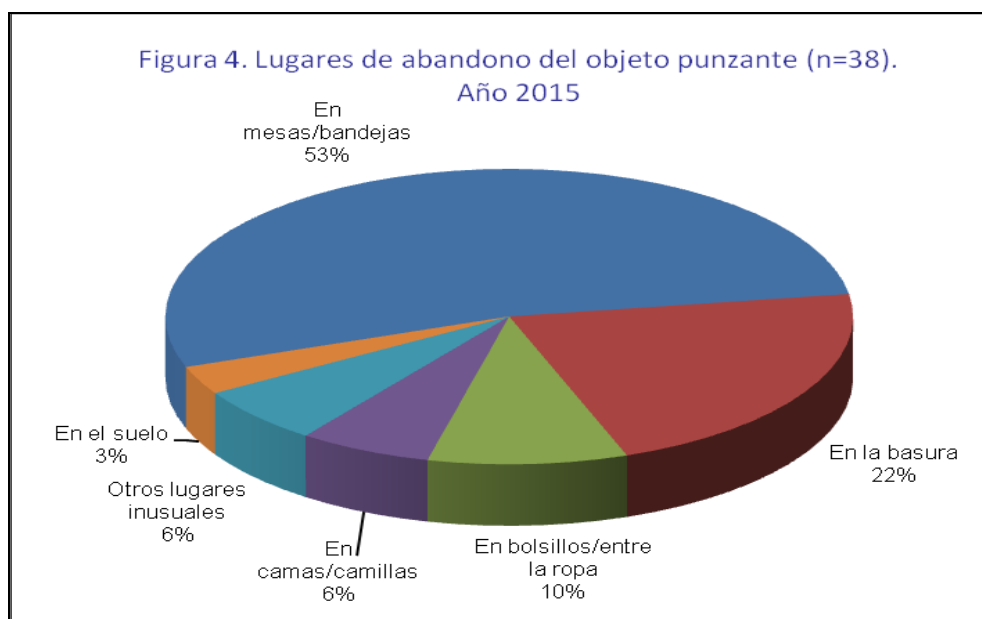


Tabla 15. Descripción del accidente según el momento en que se produjo

	Descripción del accidente	N	%
Durante el procedimiento	Mientras manipulaba el objeto corto/punzante	361	11,3
	Por exposición directa al paciente (salpicaduras de sangre,	290	9,1
	Contacto involuntario con material contaminado	258	8,1
	Choque con el objeto corto/punzante	241	7,6
	Suturando	224	7,0
	Mientras retiraba el objeto corto/punzante	137	4,3
	Mientras insertaba el objeto corto/punzante	94	2,9
	Movimiento del paciente que desplaza o golpea el dispositivo	93	2,9
	Colisión con compañero u otros	85	2,7
	Pasando o recibiendo el material	35	1,1
	Realizando la incisión	16	0,5
	Caída del objeto corto/punzante	10	0,3
	Palpando/explorando	7	0,2
	Abriendo un envase	5	0,2
	Por rotura del envase	1	0,0
	Otra	97	3,0
	Durante el procedimiento sin especificar	202	6,3
	De forma desconocida	6	,2
		2162	68
Después del procedimiento antes de desechar el material	Cuando se iba a desechar	163	5,1
	Choque con el objeto corto/punzante después del	145	4,5
	Contacto involuntario con material contaminado	130	4,1
	Reencapuchando	62	1,9
	Manipulando el material en una bandeja o puesto	55	1,7
	Durante la limpieza	44	1,4
	Pasando o transfiriendo el material	26	0,8
	Desensamblando el dispositivo o equipo	17	0,5
	Aguja abandonada	16	0,5
	Pasando una muestra al contenedor de muestras	14	0,4
	Caída del objeto corto/punzante después del procedimiento	13	0,4
	Procesando muestras	8	0,3
	Caída de la capucha después de reencapuchar	2	0,1
	Rotura de envase	2	0,1
	Otro	46	1,4
	Antes de desechar el material sin especificar	58	1,8
	De forma desconocida	2	0,1
		803	25
Durante o después de desechar el material	Contacto involuntario con material contaminado	72	2,3
	Colocando el objeto cortopunzante en el contenedor	41	1,3
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>En mesas/bandejas	17	0,5
	Mientras se manipulaba el contenedor	16	0,5
	Objeto corto/punzante en lugar inusual	15	0,5
	Contenedor lleno, por encima de su límite de seguridad	8	0,3
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>En la basura	7	0,2
	Contenedor agujereado / puntas sobresaliendo	6	0,2
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>En bolsillos/entre la	3	0,1
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>En camas/camillas	2	0,1
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>Otros lugares	2	0,1
	Objeto corto/punzante en lugar inusual>En el suelo	1	0,0
	Durante o después de desechar el material sin especificar	6	0,2
	De forma desconocida	2	0,1
		198	6
De forma desconocida		14	,4
No consta		15	,5
Total		3192	100

Estado serológico de la fuente.

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

	VHB - HBs Ag		VHB - HBe Ag		VHB - DNA		VHB - Virus Delta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	304	9,5	304	9,5	304	9,5	304	9,5
Desconocido	116	3,6	1364	42,7	1503	47,1	1524	47,7
Negativo	2356	73,8	195	6,1	99	3,1	81	2,5
No procede	352	11,0	1319	41,3	1280	40,1	1282	40,2
Positivo	64	2,0	10	0,3	6	0,2	1	0,0
Total	3192	100	3192	100	3192	100	3192	100

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

	VHC - Ac		VHC - RNA		VIH - Anti - VIH		VIH - Antígeno P24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	304	9,5	304	9,5	304	9,5	304	9,5
Desconocido	37	1,2	1504	47,1	32	1,0	1332	41,7
Negativo	2538	79,5	108	3,4	2733	85,6	406	12,7
No procede	4	0,1	1205	37,8	4	0,1	1136	35,6
Positivo	309	9,7	71	2,2	119	3,7	14	0,4
Total	3192	100	3192	100	3192	100	3192	100

SEROLOGÍA BASAL DEL ACCIDENTADO

Tabla 17. Estado serológico basal del accidentado

	Estado HBsAg		Estado AntiHbc		Estado AntiVIH		Estado VHC		Estado AntiHBs	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	433	13,6	433	13,6	433	13,6	433	13,6	433	13,6
Desconocido	588	18,4	634	19,9	166	5,2	179	5,6	143	4,5
Negativo	1571	49,2	1112	34,8	2450	76,8	2428	76,1	288	9,0
No procede	586	18,4	983	30,8	140	4,4	131	4,1	181	5,7
Positivo	14	,4	30	,9	3	,1	21	,7	2147	67,3
Total	3192	100	3192	100	3192	100	3192	100	3192	100

No hay constancia de que se haya producido seroconversión tras los accidentes biológicos registrados en 2015 en NTAB a ninguno de los tres virus vigilados (VHI, VHC, VHB).

Fuentes de información.

La información recogida en este documento se ha extraído del Registro de Accidentes Biológicos de la Comunidad de Madrid (aplicación NTAB) el 13 de abril de 2016 y en ella han participado como notificadores 16 Servicios de Prevención de riesgos de ámbito sanitario hospitalario.

Agradecimiento.

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

En Madrid a 22 de abril de 2015
Servicio de Salud Laboral

**PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE
LA POBLACIÓN TRABAJADORA EXPUESTA A
AMIANTO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Informe de seguimiento.

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, pueden ser 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 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 de muchos de los afectados, 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.⁹

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).

⁹ Para más información sobre el Plan, consultar en ediciones anteriores de cuadernos de salud laboral, o entrar en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142333144523&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289987040

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 a amianto.

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

OE1. RETEA

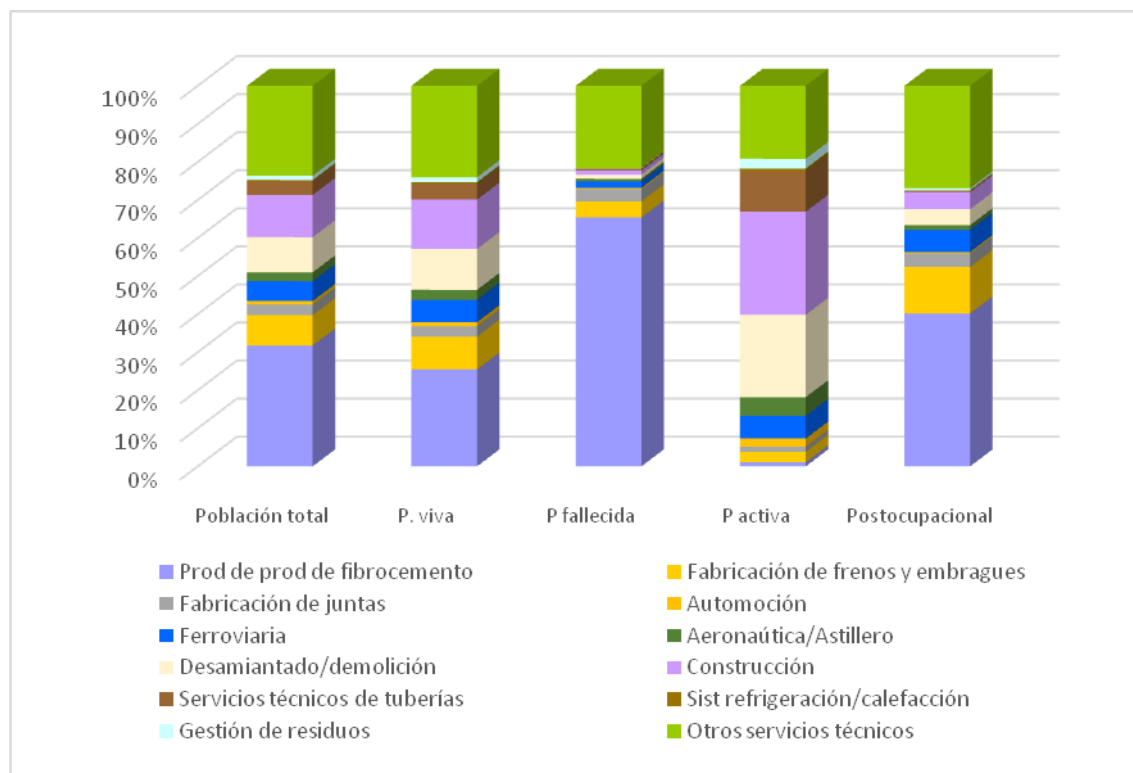
Actualmente la población de nuestro registro está distribuida de la siguiente manera (Tabla 1):

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

RETEA	Hombres	Mujeres	Sin consignar	Total
Personas vivas	5.214	200	4	5.418
Personas fallecidas	994	16	5	1.015
Total cohorte:	6.208	216	9	6.433

Entre los vivos, 3.381 están jubilados o trabajan en empresas diferentes a aquellas en las que estuvieron expuestos a amianto, y 2.037 siguen vinculados laboralmente a las mismas.

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

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

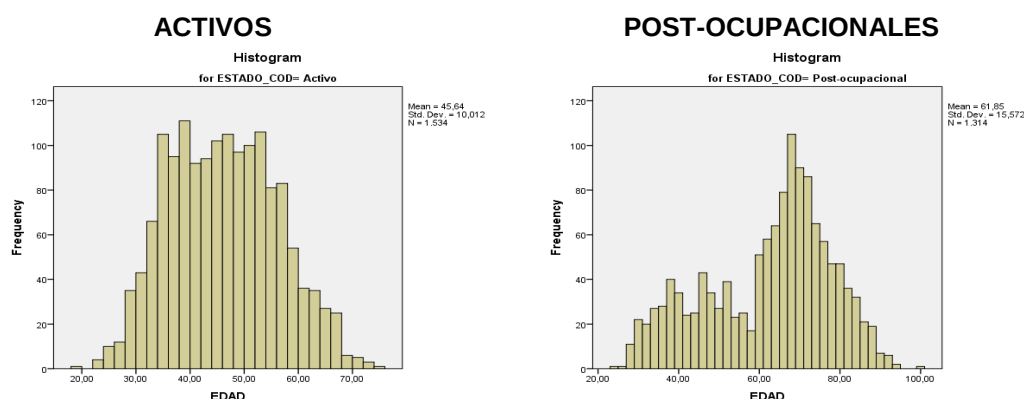
La mayor proporción de expuestos (de la cohorte en su totalidad) trabajó con amianto en empresas productoras de fibrocemento (el 31,7%). La población ya fallecida se expuso mayoritariamente en este mismo tipo de industrias (el 65,4%). Entre aquellos que permanecen vivos el peso porcentual de los expuestos en esta actividad se reduce al 25,5%. 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 40,2% de los trabajadores post-ocupacionales tuvieron su exposición en empresas fabricantes de productos de fibrocemento, mientras que apenas superan el 1% de los que aún siguen en activo los expuestos en dicha actividad.

Una vez prohibido su uso y fabricación, y debido al paso de los años, (motivo por el cual se han retirado ya muchos trabajadores), el perfil de la actividad 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 27,1% trabajan en empresas de construcción, y un 21,6% en empresas dedicadas a la demolición.

La edad media de la población viva es de 53,12 años (DE:15,20). Analizando separadamente activos y postocupacionales, la distribución de edades se comporta de manera muy diferente en ambos grupos (Gráfico 2):

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



OE2. Vigilancia de la Salud

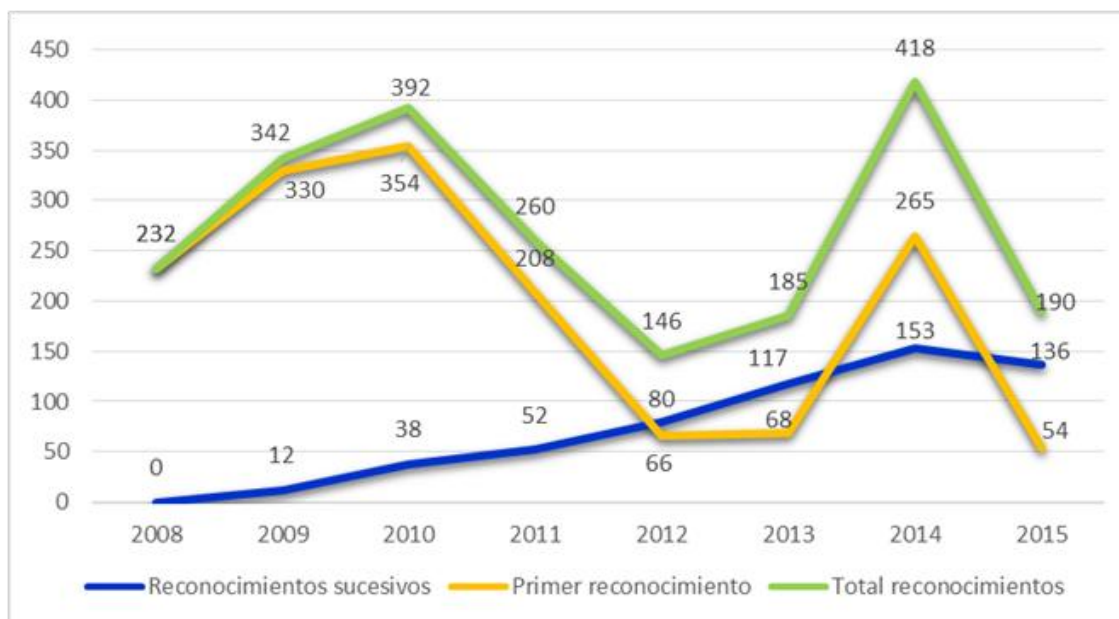
La normativa establece la realización de reconocimientos médicos periódicos específicos a las personas expuestas al amianto por su actividad laboral, tanto si mantienen la relación laboral con la empresa en la que han estado o están posiblemente expuestas, como si ya no existe vínculo laboral con la 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 en el Servicio Madrileño de Salud 2.175 reconocimientos realizados a 1.576 personas. A 394 personas (366 hombres y 28 mujeres) se les ha hecho más de un reconocimiento. En el gráfico 3 se muestra la evolución anual de estos reconocimientos.

Gráfico 3. 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.

En el año 2014 hubo más de 400 reconocimientos, dado que se comenzaba con un nuevo grupo de expuestos. Durante el año 2015 se han registrado menos del 50% de dicha cifra, puesto que muchos son 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.

Durante el año 2015, se registró un total de 189 reconocimientos (175 hombres y 14 mujeres) procedentes de los servicios de neumología del SERMAS. En estos reconocimientos se han encontrado hallazgos relacionados con el amianto en algunos de los expuestos/as (tabla 3):

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

Hallazgos (*)	Hombres	Mujeres	Total
Asbestosis	5	0	5
Fibrosis pleural difusa con repercusión pulmonar	1	0	1
Atelectasia redonda	5	0	5
Placas pleurales	24	5	29
Mesotelioma pleural	0	0	0
Neoplasia pulmonar	2	0	2
Neoplasia de laringe	2	0	2
Total personas con alguna afectación	27	5	32

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

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

Datos de los servicios de prevención. Población activa.

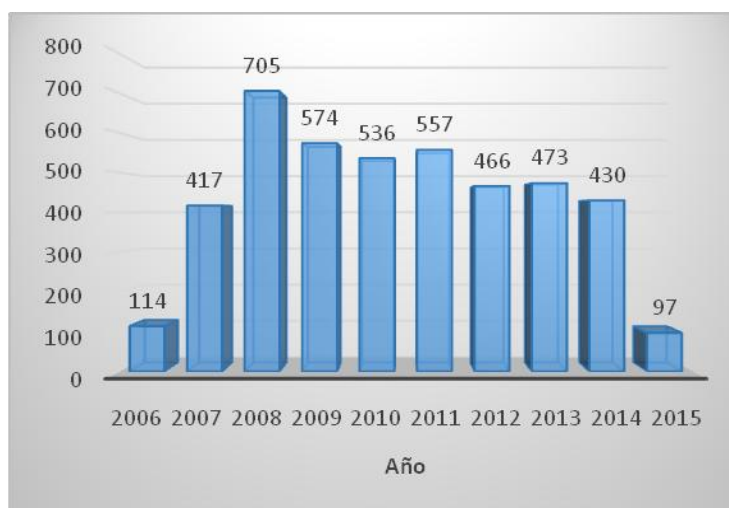
Los servicios de prevención de las empresas en las que hay o ha habido actividad con posible exposición al amianto tienen obligación de hacer la vigilancia de la salud específica a la plantilla expuesta, con la periodicidad prevista para cada caso. El RD 396/2006 dispone asimismo que éstos enviarán las 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 4.407 fichas de vigilancia de la salud correspondientes a 2.534 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 56 corresponden a mujeres.

Durante el año 2015 se recibieron 414 fichas. El 74,6% corresponden a reconocimientos realizados en el año 2014, y el 22,7% a realizados en el 2015. El resto de fichas correspondientes a este último llegarán en las primeras semanas del 2016; como se ha constatado en años anteriores, el envío de fichas, en muchos casos, se retrasa del último trimestre al primero del año siguiente. Once fichas correspondían a reconocimientos realizados en años anteriores que no habían sido remitidas en su momento.

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

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



La media de edad de estas personas en el momento en que se les realizó el reconocimiento médico fue de 43,72 años (DE: 10,93).

En estas fichas se han registrado los siguientes hallazgos:

- Dos casos de asbestosis, ambos mayores de 50 años, uno trabajador de una fábrica de productos de fibrocemento, y el otro de una empresa dedicada a la instalación y mantenimiento de redes de agua.
- 13 casos de 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 dos casos se inició el procedimiento para el reconocimiento de contingencia profesional.
- Otras neoplasias: 1

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.

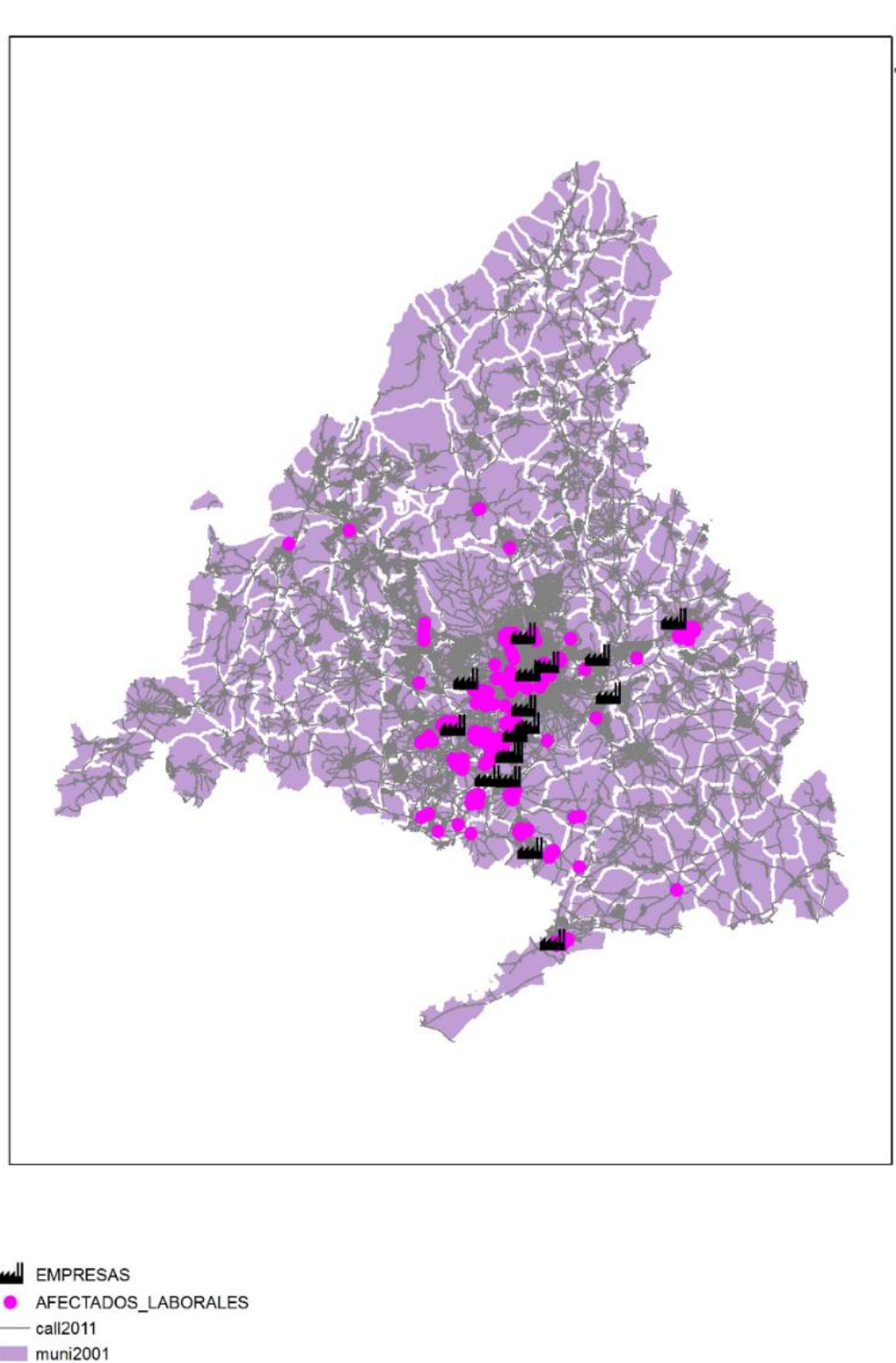
Considerando la cohorte total, se tiene conocimiento de las siguientes patologías relacionadas con el amianto (Tabla 4):

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

	Población viva	Población fallecida	Total
Placas pleurales	283	55	338
Asbestosis	173	97	270
Fibrosis pleural difusa con repercusión funcional	22	10	32
Cáncer de pulmón	16	119	135
Mesotelioma	8	83	91
Otros cánceres de vías resp. altas (incluida boca)	9	14	23

Para elaborar un mapa que mostrase la relación geográfica entre las empresas en que se expusieron los trabajadores y los afectados/as, y puesto que la afectación por amianto tiene un amplio periodo de latencia, se eligieron solo las grandes empresas en las que anteriormente hubo exposición al amianto, elaborado con los datos con que se contaba en marzo de 2015, y considerando solo los enfermos de asbestosis, cáncer broncopulmonar y mesotelioma. Se observa la concentración de empresas y afectados en la zona sur de la región. Dado que se habla de exposición laboral, no tendría que darse necesariamente esta semejanza en la distribución geográfica; sin embargo, en los años en que esta exposición se produjo masivamente, época en que la red de comunicaciones no era tan densa como en la actualidad y que el empleo era a largo plazo, lo más habitual era que los trabajadores vivieran cerca de la empresa que les contrataba.

Mapa1. Distribución geográfica de empresas con exposición antigua a amianto y afectados/as.



(Elaborado por Soto Zabalgoeazcoa, 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 (tablas 5 y 6):

Tabla 5. Grado de invalidez

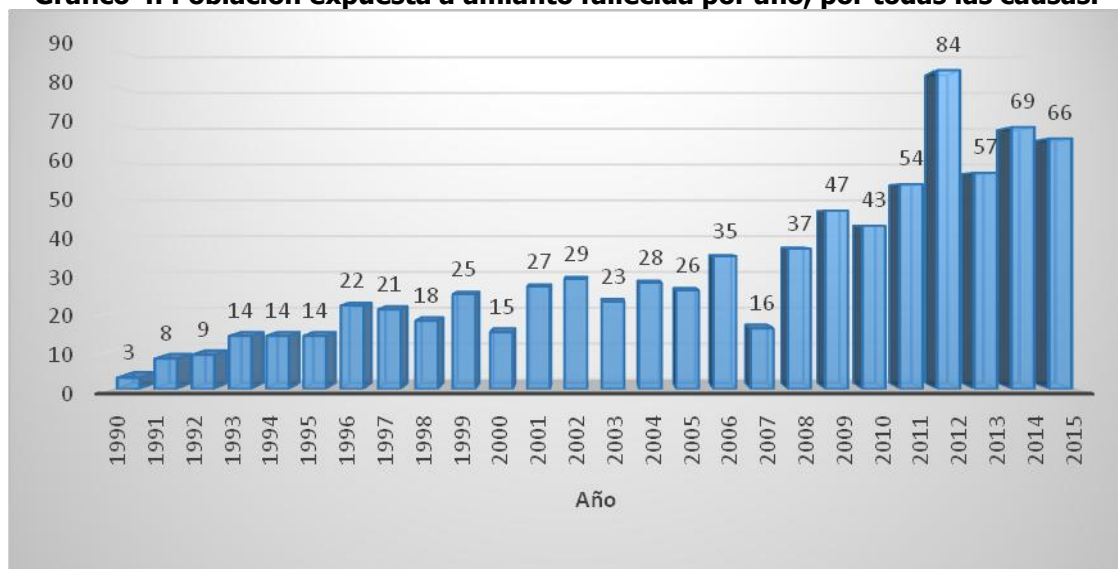
	Frecuencia
No incapacidad	40
Incapacidad total	66
Incapacidad absoluta	75
Gran invalidez	2
Total	183

Tabla 6. Tipo de contingencia.

	Frecuencia
Ni información	2
Accidente no laboral	1
Enfermedad común	18
Accidente de trabajo	18
Enfermedad profesional	144
Total	183

Mortalidad en la cohorte.

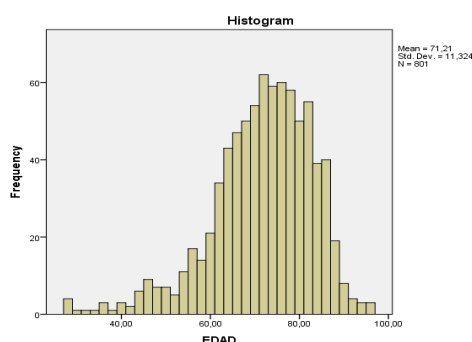
Las muertes en nuestra cohorte se han distribuido según se muestra en el gráfico 4 desde 1989. Las cifras no son exhaustivas, pues las muertes producidas fuera de esta Comunidad Autónoma no siempre son conocidas por el Programa, dado que no están en el registro de mortalidad de Madrid.

Gráfico 4. 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 5):

Gráfico 5. Edad de muerte de la población fallecida.



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

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

CAUSA DE MUERTE	Nº
CA. PULMON ⁽¹⁾	119
MESOTELIOMA ⁽¹⁾	83
ASBESTOSIS ⁽¹⁾	35
CA VIA RESPIRATORIA ALTA - LARINGE ⁽¹⁾	14
OTRAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS ⁽²⁾	120
RESTO	530
Total:	901^(*)

⁽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 a amianto no consignadas adecuadamente.

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

Entre las personas que han sido vistas en alguna ocasión en las Unidades de Referencia, hay 120 personas que ya han fallecido. Se conoce patología relacionada con amianto en 61 de ellos: 27 fallecieron con el diagnóstico de asbestosis o de fibrosis pleural difusa con repercusión funcional, 15 fallecieron por mesotelioma y 9 por neoplasia pulmonar (tres de ellos tenían también diagnosticada una asbestosis).

Reconocimiento

Este informe se ha podido realizar gracias a la participación de los y las profesionales de los Servicios de Neumología de los Hospitales del SERMAS, con especial reconocimiento a la tarea mantenida de las antiguas unidades de referencia (servicios de neumología de los hospitales de Getafe, La Paz –y Hospital Carlos III, actualmente integrado en La Paz-, y 12 de Octubre). La reciente incorporación en el año 2014 de 21 nuevos centros al Programa para la realización de los reconocimientos de los post-ocupacionales, y en el 2015 de uno nuevo, ha supuesto un esfuerzo por parte de todos los hospitales implicados, tanto en la organización de las consultas como en la coordinación con otros centros y con los usuarios, y en la notificación de los resultados obtenidos; y es de resaltar la colaboración que en todo momento han tenido con este Servicio de Salud Laboral para la ejecución y seguimiento del Programa.

También queremos agradecer 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 de afectados (pag. 93).

Queremos reconocer, asimismo, la contribución de la persona responsable de la Dirección General de Hospitales y 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 a las personas responsables de los CAISS colaboradores. La colaboración de todos ellos ha facilitado la ejecución y desarrollo de este Programa.

Servicio de Salud Laboral
Madrid, enero de 2016

SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS.

**Estudio de situación
desde su creación hasta la actualidad.**

Introducción.

El art. 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre) define los Servicios de Prevención como el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y sus representantes, y a los órganos de representación especializados.

En la misma Ley y en su art. 5, especifica que los servicios de prevención deberán ser acreditados por la autoridad laboral, siendo ésta única y válida en todo el territorio nacional.

En otro sentido, en base al RD 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención -y sus posteriores modificaciones-, y en referencia a los registros de entidades especializadas, se crea el SERPA, aplicación informática desarrollada, gestionada y mantenida por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social que sirve como soporte de la base de datos general de servicios de prevención, y que recoge los datos obrantes en los registros de las Comunidades Autónomas.

En esta aplicación SERPA solo se registran los servicios de prevención ajenos (SPA), los cuales son dados de alta -una vez acreditados- por la autoridad laboral que los acreditó, siendo los mismos SPA los que deben consignar la información que proporciona el registro.

El presente documento pretende dibujar de forma breve y concisa la situación de los SPA a nivel nacional, con especial atención a la Comunidad de Madrid.

Los datos que se exponen son extraídos del mencionado registro SERPA, no pudiendo hacer referencia en muchas ocasiones a la Comunidad Catalana pues no se encuentra registrada la información que los propios SPA deben consignar.

Servicios de prevención.

Situación general.

El comienzo de la andadura de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) se produce en el mismo momento en que entra en vigor la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (1997), siendo en este mismo año, en el mes de septiembre, cuando se produce la primera acreditación de un SPA en la Comunidad Autónoma de Baleares, habiendo supuesto, desde ese mismo instante hasta agosto de 2015 (última inscripción que consta en el SERPA), la acreditación de 859 SPA en todo el territorio nacional.

En el momento actual, existen 454 SPA activos, lo que supone que 405 han sido dados de baja, es decir el 47,15 % de los SPA acreditados desde el inicio de su creación (1997) han cerrado en el momento actual.

La situación o estado actual de cada uno de ellos respecto a su año de acreditación es la siguiente.

Tabla 1. Situación de los SPA en España, a diciembre de 2015

Año de acreditación	Situación actual			Total SPA	% Activos actualmente
	Activo	Baja	Suspendido		
1997	4	2		6	66,67
1998	30	18		48	62,50
1999	25	15		40	62,50
2000	40	31		71	56,34
2001	20	26		46	43,48
2002	22	17	1	40	55,00
2003	30	31	1	62	48,39
2004	27	28		55	49,09
2005	15	26	1	42	35,71
2006	17	24		41	41,46
2007	14	16		30	46,67
2008	9	17		26	34,62
2009	15	16		31	48,39
2010	120	116	3	239	50,21
2011	10	6		16	62,50
2012	6	3	2	11	54,55
2013	18	1		19	94,74
2014	21	3		24	87,50
2015	11	1		12	91,67
Total general	454	397	8	859	52,85

Estas cifras, indican que solo el 52,85% de los SPA que solicitaron en su día la acreditación permanecen en estado activo a día de hoy. Incluso si despreciamos los tres últimos años, en que lógicamente la cifra de activos debe ser mayor, (91,30% activos), vemos que exclusivamente el 50,2% sobreviven al paso de los años, siendo curioso que a los tres primeros años (1997, 1998 y 1999) corresponde el mayor porcentaje de supervivencia -63,89%-, mientras que el resto de los años se encuentra en el 48,18%; es decir, como norma general podemos concluir que el 50% de los SPA acreditados en España se han dado de baja o han perdido su actividad en un momento determinado (con una media de actividad de 6,5 años), correspondiendo la mayor vigencia a los más antiguos, como se aprecia en el cuadro siguiente.

Tabla 2. Tiempo de actividad de los SPA en España, según año de acreditación.

Año acreditación	%	Nº de años de actividad		
		Vida media	Máximo	Mínimo
1997	33,33	15,5	17	14
1998	37,50	14	16	12
1999	37,50	13,27	16	11
2000	43,66	12,29	15	5
2001	56,52	11,35	14	8
2002	42,50	10,59	12	8
2003	50,00	9,06	11	7
2004	50,91	8,25	11	5
2005	61,90	6,73	9	3
2006	58,54	5,92	9	3
2007	53,33	5,13	8	3
2008	65,38	4,18	6	3
2009	51,61	2,62	4	1
2010	48,54	1,95	5	0
2011	37,50	1,67	4	0
2012	27,27	1,33	2	0
2013	5,26	1	1	
2014	12,50	0,33	1	
2015	8,33	0	0	

A la vista de estos resultados podríamos decir que hasta el año 2005 el comportamiento del mercado de trabajo de los Servicios de Prevención es relativamente normal, pero a partir de ese momento y de manera más llamativa, coincidiendo con el principio y consolidación de la crisis económica padecida en España (año 2008), la dificultad de supervivencia de los Servicios de Prevención corre paralela a la propia economía empresarial, llegando en ciertos casos a que determinados servicios a partir del 2010 no lleguen incluso al año de actividad.

Situación de los SPA por comunidades autónomas

Distribuidos por Comunidades Autónomas, la situación actual es la siguiente:

Tabla 3. Situación actual de los SPA en España, por Comunidades Autónomas.

Comunidad autónoma	Activos	Baja	Total SPA	% Activos	% Baja
ANDALUCÍA	82	99	181	45,30	54,70
ARAGÓN	10	4	14	71,43	28,57
ASTURIAS	17	17	34	50,00	50,00
BALEARES	15	6	21	71,43	28,57
CANARIAS	11	10	21	52,38	47,62
CANTABRIA	6	9	15	40,00	60,00
CASTILLA LA MANCHA	20	34	54	37,04	62,96
CASTILLA LEÓN	26	28	54	48,15	51,85
CATALUÑA	86	30	116	74,14	25,86
CEUTA	1	0	1	100,00	0,00
MELILLA	1	0	1	100,00	0,00
MADRID	49	35	84	60,49	39,51
VALENCIA	39	75	114	34,21	65,79
EXTREMADURA	13	15	28	46,43	53,57
GALICIA	19	22	41	46,34	53,66
LA RIOJA	2	0	2	100,00	0,00
MURCIA	20	12	32	62,50	37,50
NAVARRA	5	0	5	100,00	0,00
PAÍS VASCO	32	1	33	96,97	3,03
TOTAL	454	397	851	53,35	46,65

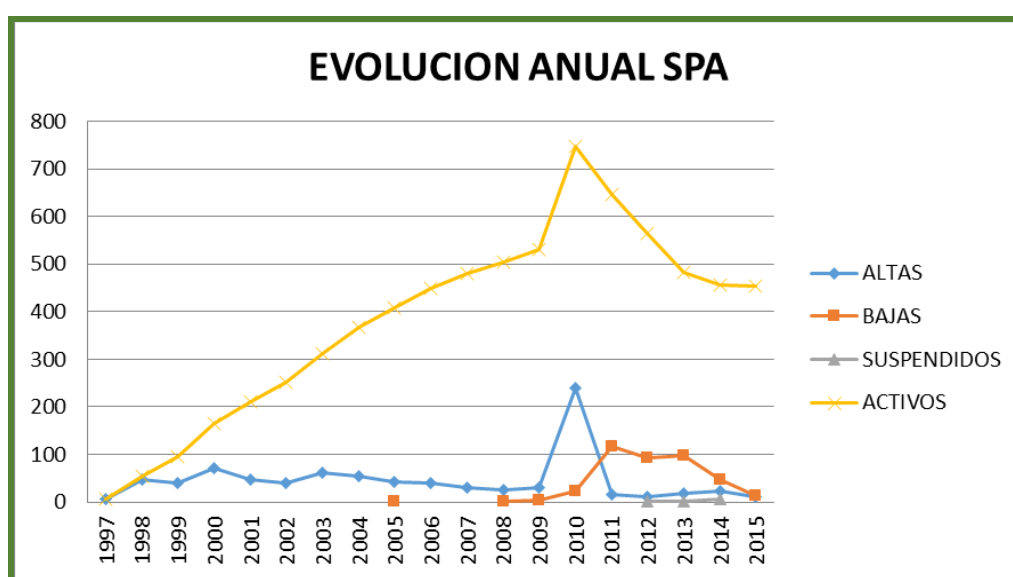
Debemos también especificar que el primer cierre de un Servicio de Prevención se produjo en la Comunidad Valenciana en el año 2005. Hasta el año 2011 se produjeron solo 29 bajas, por lo que hasta entonces el número de SPA activos que prestaban servicio al unísono fue de 748, como se aprecia en la tabla 4 y figura 1. En ambas se observa un aumento de las bajas tras la publicación del Real Decreto 337/2010 que modificó el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997), y que obligaba explícitamente a los SPA a contar con las cuatro especialidades preventivas, dando un plazo de hasta dos años a

aquellos que no contasen con la Medicina del Trabajo para incorporar dicha especialidad, a discreción de las autoridades competentes.

Tabla 4. Años de Alta, Baja y Suspensión de actividad según año de acreditación.

Año de acreditación	Altas	Bajas	Suspendidos	Activos
1997	6			6
1998	48			54
1999	40			94
2000	71			165
2001	46			211
2002	40			251
2003	62			313
2004	55			368
2005	42	1		409
2006	41			450
2007	30			480
2008	26	1		505
2009	31	4		532
2010	239	23		748
2011	16	117		647
2012	11	93	1	564
2013	19	98	2	483
2014	24	46	5	456
2015	12	14		454
Total general	859	397	8	454

Gráfico 1. Evolución de SPA en activo, altas, bajas, y suspensión de actividad.



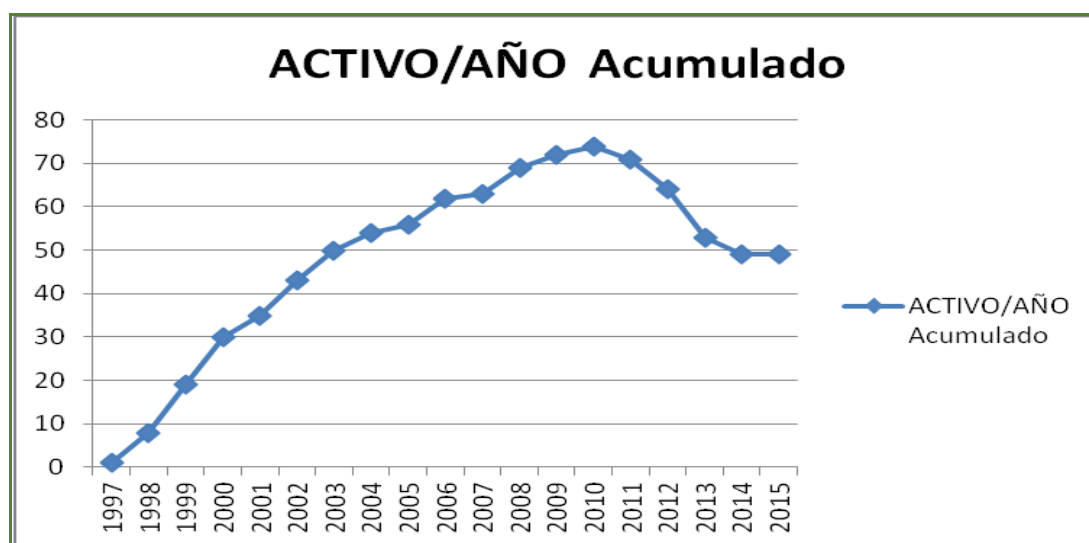
Los SPA en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, a día de hoy, existen 49 SPA activos y 35 dados de baja, lo que supone encontrarnos por encima de la media nacional, ya que los SPA activos representan el 60,49 % respecto a todos los acreditados en esta Comunidad.

El primer SPA que se da de baja en Madrid lo hace en el año 2010, razón por la que hasta esa fecha existió un crecimiento acumulativo de los SPA activos, llegando ese mismo año a 74, cifra que ha ido descendiendo progresivamente en estos últimos años hasta los actuales 49, como se aprecia en la tabla 5 y figura 2:

Tabla 5. Evolución de los activos acumulados por año acreditación en Madrid.

Año	Altas	Causan Baja	Activos/año acumulado	Permanecen activos actualmente	
				Sí	No
1997	1		1	1	
1998	7		8	4	3
1999	11		19	6	5
2000	11		30	8	3
2001	5		35	2	3
2002	8		43	5	3
2003	7		50	3	4
2004	4		54	2	2
2005	2		56	1	1
2006	6		62	4	2
2007	1		63		1
2008	6		69	3	3
2009	3		72	2	1
2010	4	2	74	3	1
2011	3	6	71	1	2
2012	1	8	64		1
2013	1	12	53	1	
2014	1	5	49	1	
2015	2	2	49	2	
TOTAL	84	35	49	49	35

Figura2. Evolución temporal de los activos en Madrid .

Personal que presta servicio en los SPA. Madrid

Las plantillas de los SPA deben cubrir todas las especialidades de la prevención. En la Comunidad de Madrid el número total de trabajadores que prestan servicio en ellos es de 6.257, distribuidos por niveles y categorías en los siguientes:

Tabla 6. Personal sanitario y no sanitario ocupado en los SPA que actúan en Madrid.

Cualificación	N
Diplomados/as universitarios/as en Enfermería del Trabajo o de Empresa	930
Médicos/as especialistas en Medicina del Trabajo o de Empresa	907
Otros diplomados/as universitarios sin titulación en Enfermería del Trabajo	344
Otros licenciados/as en medicina sin titulación en Medicina del Trabajo	332
Técnicos/as Superiores	65
Personal nivel intermedio	377
Personal nivel básico	2.522
Administrativos/as	413
Otros	367
TOTAL	6.257

Conciertos o empresas a las que prestan servicio

Como premisa a este punto debemos exponer una serie de pinceladas a la situación empresarial en España para poder establecer una correcta situación de la actividad de los SPA en el entramado empresarial.

Lo primero que debemos tener en cuenta es que en España, y según los datos obtenidos en el DIRCE (Directorio Central de Empresas elaborado por el Instituto Nacional de Estadística) a fecha 31 de julio de 2015, existen 3,19 millones de empresas, con un crecimiento del 2,2 % durante el año 2014. Que el 15 % de empresas activas tienen 20 o más años y que el 19,7% tienen menos de dos años.

También es importante para este breve estudio, clasificar las empresas por el número de trabajadores o asalariados con el que cuenta cada una de ellas. En la tabla 7, se muestra la distribución tanto en el conjunto del país como en la Comunidad de Madrid.

Tabla 7. Empresas en el año 2015 según nº de trabajadores. España y C. de Madrid

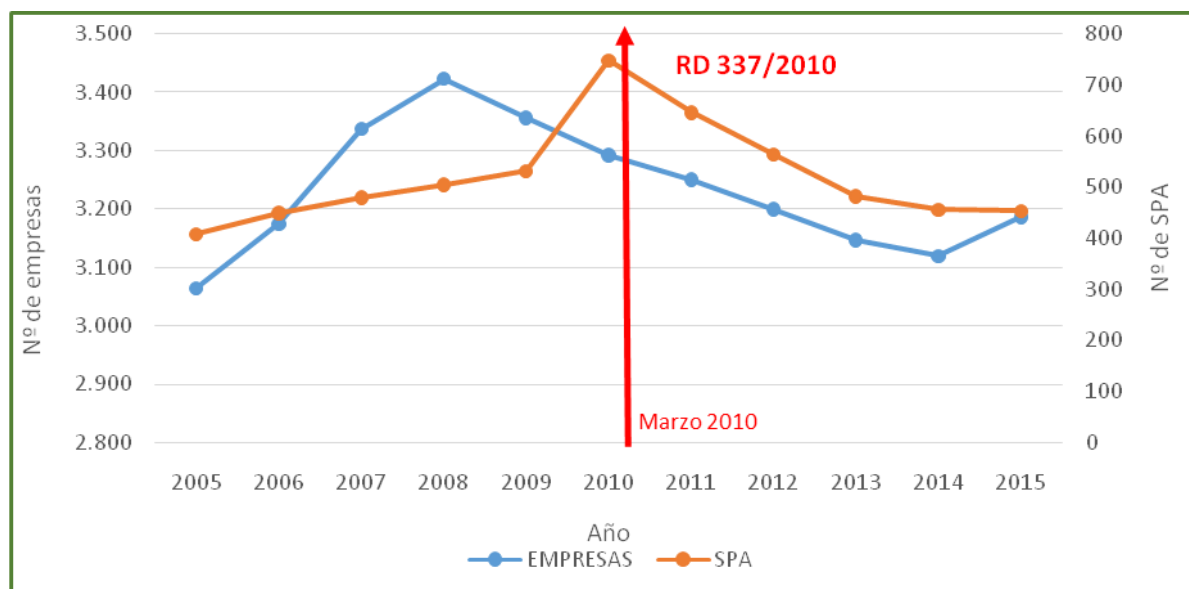
Tamaño de plantilla	España	Madrid
Sin asalariados	1.754.002	299.870
De 1 a 2 asalariados	899.802	128.483
De 3 a 5 asalariados	287.430	39.431
De 6 a 9 asalariados	112.527	17.104
De 10 a 19 asalariados	71.518	11.852
De 20 a 49	39.101	6.549
De 50 a 99	11.503	2.340
De 100 a 199	5.928	1.356
De 200 a 499	3.340	945
De 500 a 999	937	335
De 1000 a 4999	683	284
Más de 5000	107	63
TOTAL	3.186.878	508.612

Considerando la información volcada en la tabla anterior, observamos que las empresas que cuentan con asalariados en la Comunidad de Madrid son 208.742 de las cuales, si ignoramos las empresas de más de 500 trabajadores –por suponer que todas ellas cuentan con un Servicio de Prevención Propio, tal y como está legislado- y aquellas con una plantilla menor de 2 asalariados -por suponer, igualmente, que adquieren otro sistema de prevención diferente al SPA-, obtenemos un número de 79.577 empresas que pueden contar con un sistema de prevención por medio de un SPA. Esta cifra se aproxima mucho a lo registrado en el SERPA, cuyos datos indican que en la Comunidad de Madrid los SPA que prestan servicio a las empresas madrileñas lo hacen en 82.154 empresas. Hay que señalar que aquellas empresas que gestionan la prevención de riesgos laborales mediante un servicio de prevención propio –o mancomunado-, no están obligadas a contar con las 4 especialidades preventivas, razón por la que contratan a SPA las que no tienen asumidas. Esto explicaría la diferencia encontrada entre los datos del censo de empresas y lo recogido en el SERPA.

Si por otro lado llevamos a un diagrama la evolución temporal del número de empresas censadas y el número de SPA activos en Madrid, éste muestra una tendencia ascendente de ambas pero, a partir del año 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis, comienza a descender el número de empresas. Simultáneamente se observa que la curva de los SPA crece de manera abrupta hasta el final del 2010, tras lo cual se inicia un descenso importante que se verá frenado en el 2013. Estos cambios parecen guardar relación con la crisis económica y una mayor cantidad de despidos en todo tipo de actividades, quedando sin trabajo, entre otros, profesionales que se habrían reciclado y embarcado en la creación de nuevos servicios de prevención ajenos (años 2009-2010). Es a partir del año 2010 cuando el nº de SPA comienza a caer, coincidiendo con la publicación del RD 337/2010, que exige las cuatro especialidades a todos los SPA (hasta entonces existía la posibilidad de

acreditarse como SPA sin contar con la especialidad de Medicina del Trabajo), y que dibujó un escenario aún más difícil para estos emprendedores (que ya tenían que lidiar con los efectos que la crisis económica dejó en la prevención de riesgos laborales en las empresas).

Figura 3. Evolución temporal de empresas y de empresas atendidas por SPA en Madrid.



Distribución geográfica de la actividad de los SPA.

En último lugar exponemos la cobertura que ejercen los SPA en cada comunidad autónoma, diferenciando su ámbito de actuación principal y su ámbito secundario.

Dejando aparte las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, es La Rioja la comunidad autónoma con menos empresas asumidas por SPA acreditados en la misma región.

Los SPA acreditados en la Comunidad de Madrid son los que actúan sobre más empresas de otras zonas geográficas, especialmente Andalucía, Cataluña y la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Tabla 8. Nº de empresas en las que actúan los SPA en las diferentes CCAA, según comunidad autónoma que concedió la acreditación.

Comunidad Autónoma que ha acreditado	Comunidad Autónoma en la que desarrollan actividad																			
	ANDAL	ARAG	ASTUR	BAL	CAN	CANT	CAST LA MANC	CAST Y LEON	CAT	CEU	MEL	MAD	VAL	EXT	GAL	RIO	MUR	NAV	PVAS	TOTAL
Andalucía	61.605	63	0	6	2	0	204	5	41	1	0	478	22	22	10	1	141	1	6	62.608
Aragón	4.868	14.933	279	85	266	194	988	1.186	2.440	0	266	1.037	2.598	125	973	694	796	766	219	32.713
Asturias	1	0	7.561	1	0	2	1	10	9	0	0	34	2	1	121	0	0	0	5	7.748
Baleares	15	1	1	16.979	1.890	0	5	3	51	0	1	55	15	0	2	0	9	0	4	19.031
Canarias	22	0	0	4	12.524	0	1	0	273	0	0	6	14	0	1	0	0	0	1	12.846
Cantabria	5	2	27	0	1	2.963	10	1.481	925	0	0	336	3	1.008	12	3	0	3	20	6.799
C. La mancha	1.607	295	207	614	55	14	22.604	408	715	11	2	2.581	4.251	38	217	8	158	168	62	34.015
C. León	10	3	22	0	3	115	225	13.466	12	0	0	1.763	14	3	1.265	6	6	5	162	17.080
Cataluña	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ceuta	10	0	0	0	0	0	0	0	1	444	0	0	1	0	0	0	2	0	0	458
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	30.531	4.591	4.051	3.162	15.779	2.871	15.880	16.450	20.301	217	300	64.631	13.968	6.481	10.321	2.467	5.512	2.313	7.590	227.416
Valencia	1.167	189	1.357	111	142	244	1.060	297	7.530	0	0	4.007	51.897	11	946	2	5.226	115	1.244	75.545
Extremadura	24.275	7	114	26	4.356	2	1.079	245	115	2	2	4.359	5.080	8.239	4	4	72	8	39	48.028
Galicia	126	0	815	2	3	4	65	1.274	230	0	0	2.320	18	0	38.274	1	782	3	8	43.925
La rioja	126	106	0	0	2	4	2	407	8	0	0	12	2	0	2	1.552	0	369	1.137	3.729
Murcia	64	0	0	0	0	0	14	0	7	0	0	52	560	0	0	0	16.974	0	1	17.672
Navarra	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	9	0	2.243	15	2.281
País vasco	46	3	16	0	0	575	146	55	18	0	0	476	7	0	6	161	0	493	3.747	5.749
TOTAL	124.481	20.197	14.450	20.990	35.023	6.988	42.284	35.287	32.676	675	571	82.154	78.452	15.928	52.154	4.908	29.678	6.487	14.260	617.643

INFORME.

Campaña Día Mundial Sin Tabaco 2015.

Actividad en las empresas.

Introducción.

El día 31 de mayo se celebra el Día Mundial Sin Tabaco, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son bien conocidos los riesgos que el consumo de tabaco suponen para la salud de las personas fumadoras y fumadoras pasivas, siendo el tabaquismo la segunda causa mundial de muerte después de la hipertensión arterial.

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.

Dado que la población trabajadora, que por sus propias características de edad y estado de salud no suele frecuentar estos centros, y sin embargo sí está entre los grupos de riesgo, se planteó, desde la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud del SERMAS, la posibilidad de que pudiese extenderse la campaña al ámbito laboral. Para ello propuso e invitó a la coordinación y participación del Servicio de Salud Laboral -de la SD. General de Sanidad Ambiental- y a los servicios de prevención de riesgos laborales (propios y ajenos) de las empresas madrileñas.

El Servicio de Salud Laboral dirigió una invitación abierta a más de 200 Médicos del Trabajo, derivada de la cual 45 servicios de prevención manifestaron su interés en participar activamente en la campaña.

Tras enviar a los SSPP interesados vía mail la documentación y la propuesta de actuaciones para la Campaña, con el fin de que conociesen la estrategia de actuación en la misma, se convocó a una reunión informativa en las dependencias de la SD de Prevención y Promoción de la Salud. En dicha reunión se informó sobre la situación actual del tabaquismo a nivel mundial, en España y en esta Comunidad Autónoma, así como las estrategias de lucha contra el mismo, y los resultados de la misma.

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. Según el resultado de ambas herramientas, se entregaría material específico a cada persona. Este material se hizo llegar a las empresas como material editado, y también en formato pdf para que pudieran divulgarlo en sus intranets y red de mails corporativos.

Dicho material ha consistido en:

Carteles: *Prohibido fumar*

Diez buenas razones para dejar de fumar, ¿cuál es la tuya?

Folleto: *¿Vivir sin tabaco? Tú puedes conseguirlo*

Marcapáginas: *10 buenas razones para dejar de fumar ¿cuál es la tuya?*

Volantinas: *Test de Fagerström*

Carpetas: *Carpetas de recomendaciones y consejos para ayudar a dejar de fumar*, según el resultados de las herramientas comentadas.

Dado el número de servicios de prevención que manifestaron su interés en colaborar y coordinar la campaña con esta administración sanitaria, y el limitado número de ejemplares en almacén, se hizo una distribución ajustada y proporcional al número de trabajadores/as que cada servicio de prevención comunicó que esperaba atender. En total fueron distribuidos:

520 carteles "Prohibido fumar"

520 carteles "Diez buenas razones para dejar de fumar..."

4.500 folletos "¿Vivir sin tabaco?, ..."

2.120 marcapáginas "10 buenas razones para dejar.."

6.500 volantinas con el test de Fagerström

1.500 "Carpetas de recomendaciones y consejos..."

A pesar de que la campaña estaba diseñada para una jornada (Día Mundial sin Tabaco), los servicios de 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..

Servicios de prevención.

Finalmente participaron 44 Servicios de Prevención, de los que 27 pudieron aplicar y recoger los resultados de los test aplicados, y el resto ha incorporado la actuación en sus actividades cotidianas o la ha realizado exclusivamente on-line, no pudiendo recuperar los datos resultantes de la aplicación de los tests, y a la fecha de la elaboración de este informe no han podido entregar la información al Servicio de Salud Laboral, recopilador de estos registros, y autor de este documento.

Estos 27 servicios de prevención, en su conjunto, llevan la prevención de riesgos laborales de más de 100.000 personas en esta Comunidad Autónoma.

En total, participaron activamente en la campaña 1.995 personas. De ellas, más del 80% han sido vistas por solo 8 servicios de prevención, tres propios correspondientes a tres grandes empresas privadas, cuatro propios de entidades públicas, y un servicio de prevención ajeno.

Las 1.995 personas corresponden a centros de la Comunidad de Madrid, aunque nos ha llegado información de varios de estos servicios de prevención que, aprovechando la calidad del material, el interés de la actividad, y su presencia en otras regiones, han puesto en marcha simultáneamente la actividad en otros territorios. (En todo caso, el material editado entregado por la SD de Prevención y Promoción de la Salud, ha sido utilizado exclusivamente en esta Comunidad Autónoma, según han informado).

Resultados. Los Datos.

Población participante.

Del total de trabajadores/as participantes -1.995-, 973 fueron mujeres (48,8%) y 1.016 hombres (50,9%); en 6 casos no fue registrado el sexo.

La media de edad observada fue diferente para ambos sexos, siendo ellos más mayores: 45,61 (DE: 11,34) años en hombres versus 43,15 (DE: 11,12) en mujeres ($p < 0,001$).

Los datos recogidos en los test volcaron que 1.083 personas de las que participaron eran fumadoras en el momento de la actividad: de ellas, el 53,3% lo constituyeron hombres. (Tabla 1). El 20,1% de encuestas correspondieron a exfumadores/as.

Tabla 1. Distribución de la población según hábito y sexo.

	H	M	S/C	T
Fuma	577	503	3	1083
No fuma	178	333		511
Exfumador/a	218	180	3	401
Total	973	1016	6	1995

No se observó diferencia significativa entre la media de edad de quienes fumaban y la del resto de encuestados/as.

La diferencia de edad observada entre ambos sexos para la población total encuestada desaparece al estudiar este aspecto en el grupo fumador (media de edad: 44,45 (DE: 10,336)). Sin embargo, dicha diferencia se mantiene entre los no fumadores y también entre quienes abandonaron el hábito de fumar (tabla 2):

Tabla 2. Medias de edad en hombres y mujeres según hábito

		Media	DE	p
Fumadores/as	Hombres	44,59	10,352	>0,05
	Mujeres	44,28	10,277	
No fumadores/as	Hombres	42,92	12,270	<0,05
	Mujeres	39,99	12,380	
Exfumadores/as	Hombres	50,74	11,480	<0,001
	Mujeres	45,83	9,514	

Test de Fagerström.

En respuesta al test de de FAGERSTRÖM (anexo 1), que consta de 6 preguntas autodeclaradas, se conformó la clasificación del grado de dependencia tabáquica entre los fumadores, clasificación que se muestra en la tabla 3. Más del 11% de quienes respondieron estas cuestiones resultó tener una dependencia alta del tabaco.

Tabla 3. Grado de dependencia del tabaco

	H	M	S/C	Total
Baja	299	267	3	569
Media	199	180		379
Alta	71	49		120
Total test Fagerström	569	496	3	1068
No realizado Fagerström	8	7	0	15
Total fumadores	577	503	3	1083

Fases de Prochaska.

Población fumadora.

Según el grado de dependencia y las fases del proceso de abandono del tabaco descritas por PROCHASKA (anexo 2), quedó así distribuida la población fumadora participante que había contestado al Test de Fagerström (tabla 4):

Tabla 4. Fases de abandono tabáquico según grado de dependencia.

	Dependencia baja	Dependencia media	Dependencia alta	Total
Pre contemplación	274 (55,1%)	169 (34,0%)	54 (10,1%)	497 (100%)
Contemplación	154 (52,0%)	107 (36,2%)	35 (11,8%)	296 (100%)
Preparación	91 (50,8%)	68 (38,0%)	20 (11,2%)	179 (100%)
Acción	6 (75,0%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Mantenimiento	0	0	0	0
Finalización	0 (0,0%)	1 (100 %)	0 (0%)	1 (100%)
No realizado Prochaska	44	33	10	87
Total fumadores*	569	379	120	1068

(*) Total fumadores a los que se les había realizado el test de Fagerström

El grueso de las encuestas que habían respondido el test de Fagerström quedó en fase de precontemplación (497), es decir, habían contestado que no tenían pensado dejar de fumar en los próximos seis meses. De ellos, poco más de la mitad (el 55,1%) tenía un grado bajo de dependencia del tabaco, y la tercera parte (34%) tenía una dependencia media al mismo.

Casi 300 participantes quedaron en fase de contemplación, es decir, que piensan dejar de fumar en los próximos 6 meses o que lo ha intentado durante más de 24 horas en el último año, pero no piensa abandonar el hábito en el próximo mes. De ellos, más de la mitad tenía un grado de dependencia bajo, y el 36,2%, un grado medio.

179 participantes quedaron en fase de preparación: sí se plantean dejar de fumar en el próximo mes. La mitad tenía un grado bajo de dependencia del tabaco.

Solo 8 personas estaban en fase de acción, habían dejado de fumar hace menos de seis meses, habiéndose ellos mismos reconocido como fumadores, no como exfumadores, por el corto periodo transcurrido.

Población ex fumadora.

Considerando lo observado únicamente en la población ex fumadora que participó en las encuestas (tabla 5), encontramos que solo el 30,2% recibiría alguna actuación en la campaña (acción, mantenimiento o finalización), entendiendo que el resto son exfumadores/as permanentes. En las mujeres encuestadas, esta proporción es mayor (77,2%) que entre sus compañeros (63,8%) ($p < 0,001$).

Tabla 5. Actuación en población exfumadora según fase Prochaska y Diclemente.

	Acción	Mantenimiento	Finalización	Total exfumador/a	% de actuación
Hombres	21	45	13	218	36,2
Mujeres	7	27	7	180	22,8
N/I				3	
Total	28	72	20	401	29,9

Cooximetría.

Solo se midió la cooximetría en 171 personas, dado que únicamente 5 de los servicios de prevención contaban con cooxímetro (4 Servicios de prevención propios y un servicio de prevención ajeno). De ellos 47 tenían niveles superiores a 10 ppm de CO en el aire espirado (fumadores), y 28 tenían su nivel entre 6 y 10 ppm (fumadores esporádicos).

Estos resultados no son, pues, valorables de cara a conocer los datos de la campaña, dado el pequeño número de pruebas realizadas. Aún así, encontramos:

1. Del total, 29 se habían autodefinido como no fumadores, y su cooximetría fue acorde a dicha clasificación.
2. De los 98 que se autoconsideraban fumadores, 23 tenían una cooximetría semejante a los no fumadores (< 6 ppm de CO).
3. Todos los que dijeron ser exfumadores (44), presentaron, efectivamente, valores propios de una persona que no fuma.

4. De los 98 fumadores analizados con cooxímetro, 39 tenían una dependencia al tabaco de grado bajo (test Fagerström), y de este subgrupo, solo 15 resultaron con valores propios de fumadores, distribuyéndose el resto (más del 60%) entre valores de fumadores ocasionales y de no fumadores en igual proporción.

5. Considerando los fumadores con grados de dependencia media y alta (59), apenas algo más de la mitad (32) obtuvieron unas cifras cooximétricas propias de fumadores. Aún así, la proporción de fumadores ocasionales según cooximetría fue importante en ambos grupos (fumadores con dependencia media y alta).

Actividades realizadas.

De los 45 Servicios de Prevención participantes inicialmente, solo uno comunicó que, por razones de organización y cambios, no pudo llevar a cabo la actividad prevista.

Las actividades de la campaña han sido desarrolladas de manera diferente en cada empresa, según población, estructura, infraestructura, recursos disponibles, etc. 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.

Así, han informado de las siguientes estrategias: colocación de mesas informativas con atención a quienes se acercaban, colocación de carteles en puertas de acceso de interés, avisos específicos en la intranet para informar y sensibilizar (incluyendo, en algunos casos la elaboración de slogans propios creados *ad hoc*), 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 y la oferta relacionada desde el servicio de prevención, actuaciones en los reconocimientos médicos, seguimiento

específico para deshabituación, oferta de tratamiento farmacológico y de apoyo integral durante el abandono, etc.

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

Son muchos los servicios de prevención que han informado de su voluntad de continuar con las actividades de la campaña más allá de la misma, incorporándolas al quehacer cotidiano del Servicio, en el seguimiento de la salud de sus trabajadores/as.

A la fecha de elaboración de este informe, once servicios de prevención no han comunicado los resultados, por dificultades para la recogida de los test de los distintos puntos en los que se han aplicado, según informan o, en alguno de los casos, por haber tenido que postergar parte de la actividad al otoño, por cuestiones de agenda.

El contar con los registros resultantes de aplicar los test es importante de cara a conocer mejor los hábitos de la población con las que se trabaja en el mundo laboral. Asimismo esta información permite conocer cómo se ha llevado a cabo la actividad, las dificultades en su desarrollo, las oportunidades para realizarla, y el alcance directo de la misma. Sin embargo, no se debe olvidar que el objetivo principal es que el número de fumadores se vea minimizado, efecto que será mucho mayor si la actividad se prolonga en el tiempo. 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.

Reconocimientos.

A la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud del SERMAS, coordinadora de toda la campaña a nivel autonómico, que facilitó información y materiales para la realización de la campaña en las empresas.

A los y las responsables de los Servicios de Prevención, que han considerado interesante incorporarse a la campaña del Día Mundial del 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.

Servicio de Salud Laboral
Julio 2015.

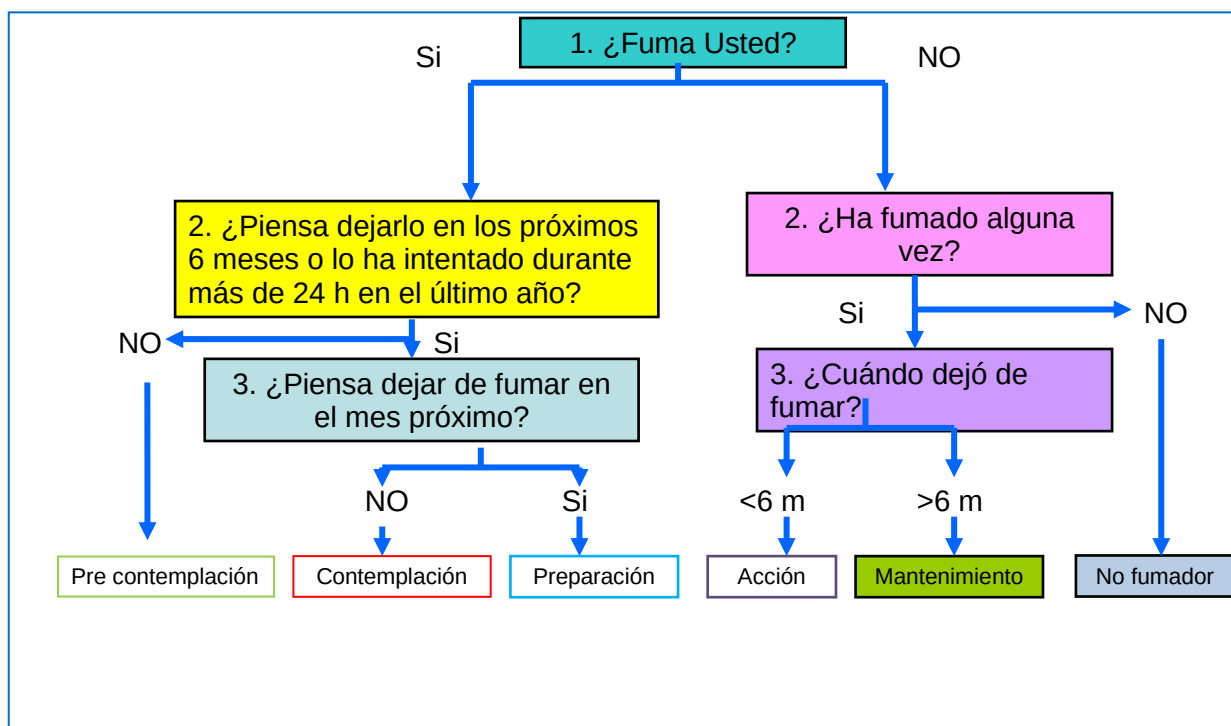
Anexo 1 (para entregar a fumadores)

TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

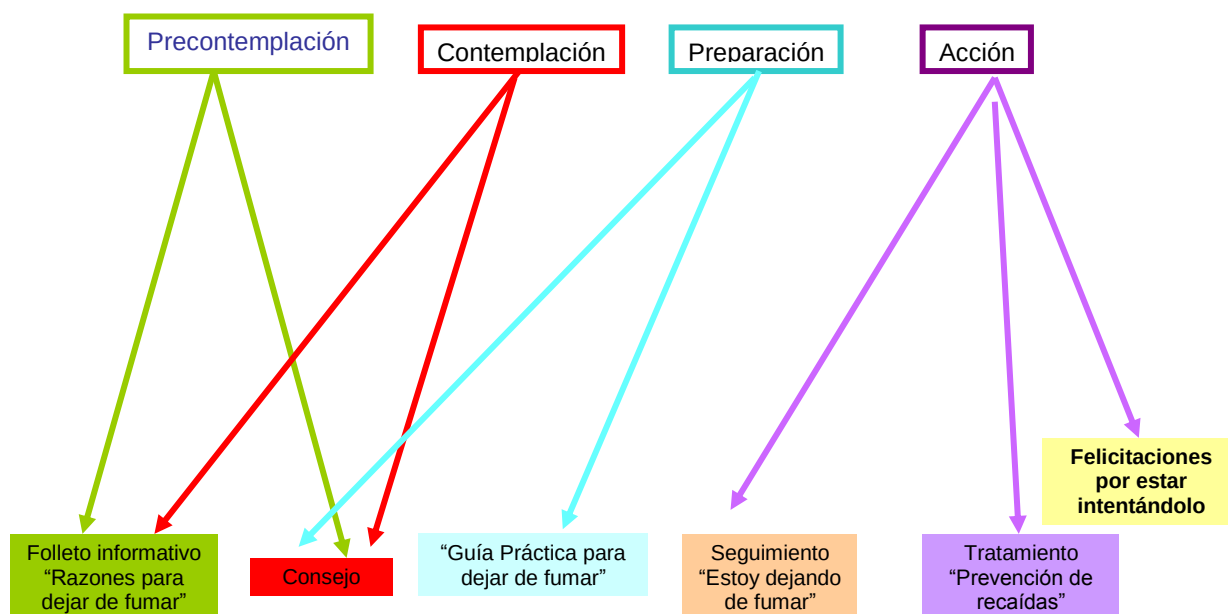
Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	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 (evaluación a realizar por el centro de salud y enviar a ASP de área)

-Resultados del Test de de FAGERSTRÖM de dependencia nicotina														
-Fase de proceso abandono tabaquismo según PROCHASKA Y DICLEMENTE														
- Resultado cooximetria fumadores														
CENTRO SANITARIO:.....														
EDAD	SEXO	FUMA	NO FUMA	Ex FUMADOR	Valoración de dependencia física a la nicotina. (Fagerström)			Fase proceso abandono (Prochaska y Diclemente)						Cooximetria
					Baja 0-3 puntos	Mediana 4-6 puntos	Alta 7 y mas puntos	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento	Finalización	Resultado cooximetria en cifras

Observaciones:

**ALGUNOS ASPECTOS PARA LA
PREVENCIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL
AMIANTO
EN EMPRESAS DE FONTANERÍA,
CALEFACCIÓN Y REFRIGERACIÓN.**

Antecedentes.

Son bien conocidos los efectos nocivos de las fibras de amianto sobre la salud de las personas. Éstos aparecen en muchos casos hasta 20-30 años después de la exposición a este material. Por ello es imprescindible conocer si existe o puede existir riesgo de dicha exposición para tomar las medidas preventivas correspondientes. Y en el ámbito laboral, es obligación de las empresas garantizar la prevención de riesgos laborales, de los servicios de prevención desarrollarla adecuadamente, y de las administraciones competentes el promoverla y velar para que ésta sea posible.*

La fabricación y comercialización de productos que contengan amianto está prohibida en España desde diciembre de 2001 (fecha límite junio 2002); sin embargo, debido a sus propiedades aislantes, ignífugas y de alta resistencia química y biológica, su utilización fue muy extendida hasta dicha prohibición, y por tanto aún está presente en construcciones e instalaciones de todo tipo, tanto de titularidad pública como privada: hoy en día podemos encontrar amianto en determinadas estructuras de edificios –techados, paredes aislantes-, instalaciones de agua, de calefacción y refrigeración, maquinaria, etc...

Los elementos de construcción que contienen amianto más comúnmente son tuberías de desagües, depósitos de agua, cubiertas y tabiques pluviales (en estas presentaciones hay poco riesgo de exposición si el material está en buen estado y la manipulación se lleva a cabo de manera adecuada) También se encuentra amianto en aislamientos térmicos generales, en falsos techos, y en instalaciones de calefacción y refrigeración, aplicaciones que conllevan mayor riesgo de exposición.

* Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y posteriores modificaciones, arts. 5, 7, 10, 15, 16, 17.

Debido a esta ubicuidad de materiales que contienen fibras de amianto, existe un amplio grupo de actividades en que los trabajadores pueden tener que realizar tareas en las que existe riesgo de exposición a fibras de amianto, aunque su actividad específica no sea la de desguace o desamiantado, y es muy frecuente que cuando se enfrentan a dicha exposición ni siquiera sepan que ésta se va a producir. Esta exposición puede ser, según el caso, esporádica o no, pero muy habitualmente se produce sin información adecuada ni suficiente sobre los riesgos que conlleva la manipulación de estos materiales y, por tanto, sin las debidas medidas de prevención. Entre estas actividades están la de fontanería, mantenimiento e instalación de sistemas de refrigeración y calefacción.

Datos en Madrid.

En Madrid, según censo a enero de 2015, hay un total de 8.371 trabajadores que desarrollan sus funciones en 1.583 empresas de fontanería, calefacción y aire acondicionado (CNAE 4322), distribuidos en 106 municipios. La ciudad de Madrid acoge a 695 empresas con esta actividad (el 43,9% del total), seguida de localidades como Alcorcón, Fuenlabrada, Leganés, Getafe y otros...

En nuestra Comunidad Autónoma, el 90% de las empresas con esta actividad cuentan con menos de 12 trabajadores, y el 97% menos de 25, es decir, que por el tamaño de la plantilla y el tipo de actividad, se deduce que estamos ante un grupo de empresas cuya prevención de riesgos laborales estará mayoritariamente a cargo de servicios de prevención ajenos –SPA-.

En el marco del *Programa de vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a amianto en la Comunidad de Madrid* se creó y se mantiene el Registro de Trabajadores/as expuestos/as a Amianto –RETEA- En él hay registrados un total de 256 trabajadores que desarrollan actividades de fontanería, mantenimiento o renovación de instalaciones de calefacción o

refrigeración. Esta cifra supone un 4,1% del total del registro. De estos 256 trabajadores, el 18,4% presenta alguna lesión relacionada con su exposición al amianto. Del resto de los registrados, la proporción de afectados es de un 10,5%.

Puesto que el porcentaje de afectados en esta actividad es casi el doble del observado en el resto de actividades, y que aparentemente no existe una razón que lleve a pensar en una mayor peligrosidad en esta actividad que en otras que también conllevan o hallan conllevado exposición, podría deducirse que lo que ocurre es un infra registro de expuestos en estas actividades. Parecería, pues, que existe una percepción baja del riesgo de exposición, razón por la que no son considerados estos trabajadores como personas expuestas, y por lo tanto quedan excluidos de los correspondientes registros.

Normativa vigente: obligaciones y exenciones

Precisamente por la baja percepción del riesgo que se mencionaba, es muy frecuente que muchas empresas no asuman como de riesgo actividades en las que existe exposición al amianto, no conozcan que existe una normativa específica para ello, y no estén dadas de alta en el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto –RERA- como, en principio, exige el *RD 396/2006, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgos de exposición a amianto*. Este RD establece una serie de **obligaciones** a las empresas entre las que se incluye la inscripción en el RERA, la elaboración de planes de trabajo previos al desarrollo de los mismos, y la formación, información y participación de los trabajadores.

Por otro lado, no obstante, esta norma enumera una serie de **excepciones** en su ámbito de aplicación, liberando a determinadas empresas de la obligatoriedad de la elaboración de planes de trabajo, de la vigilancia específica de la salud de los trabajadores, de la inscripción en el RERA, y de archivo de

datos y documentos específicos (obligaciones éstas recogidas en los artículos 11, 16, 17 y 18 del RD 396/2006). Estas empresas exoneradas son aquellas en las que la posible exposición se dé de manera *esporádica, que la intensidad de dicha exposición sea baja, y que los resultados de la evaluación indiquen claramente que no se sobrepasará el valor límite de exposición al amianto en el área de la zona de trabajo (...) cuando se trabaje:*

- *en actividades cortas y discontinuas de mantenimientos durante las cuales solo se trabaje con materiales no friables,*
- *en la retirada sin deterioro de materiales no friables,*
- *en la encapsulación y sellado de materiales en buen estado que contengan amianto, siempre que estas operaciones no impliquen riesgo de liberación de fibras , y*
- *en la vigilancia y control del aire y en la toma de muestras para detectar la presencia de amianto en un material contaminado.*

Así pues, algunas de las empresas que se dedican al mantenimiento y sustitución de materiales que en un momento dado pueden contener amianto y que no están dadas de alta en el RERA, estarían exentas de registrarse, dado el carácter esporádico y el bajo grado de exposición. Aun así, sí estarían obligadas a evaluar el riesgo de exposición al amianto y tener previstos los procedimientos de trabajo y medidas preventivas, la formación de los trabajadores, etc..., tal y como indica la Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición al amianto, editada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Independientemente de la obligación de las empresas de registrarse en el RERA, en el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto de la Comunidad de Madrid –RETEA-, se encuentran no solo trabajadores de empresas inscritas en dicho registro, sino también otros que, no siendo la manipulación del amianto una actividad propia de la empresa en la que trabajan, es bien conocida su exposición al mismo en la realización de alguna de sus tareas cotidianas, (tales

como mantenimiento de instalaciones, reparación de maquinaria o equipos, entre otros). En esta situación nos encontramos, como era de esperar, con personal de empresas de fontanería, y de mantenimiento y renovación de instalaciones de calefacción y refrigeración, al que nos estamos refiriendo en este escrito.

En cualquier caso, y a la vista de los datos, y de la aparente dificultad para conocer y reconocer la existencia del riesgo de exposición por parte de los implicados, si queremos reducir el riesgo de exposición al amianto entre los trabajadores de fontanería, de sistemas de calefacción y de refrigeración en la Comunidad de Madrid, es imprescindible hacer hincapié en la difusión, entre los responsables estas empresas y sus plantillas, de la información sobre el amianto, los materiales que lo contienen, las técnicas preventivas para la manipulación de éstos, y los posibles efectos de una exposición a sus fibras sin la debida precaución.

Información técnica disponible.

Existe una serie de prácticas preventivas bien definidas para estos trabajos esporádicos con bajo riesgo de exposición, para los que es imprescindible la formación y adiestramiento de los trabajadores. Entre otras instancias, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo tiene publicadas y disponibles en su página web varias notas técnicas de prevención (NTP) sobre materiales con amianto en viviendas y otros edificios, y aspectos prácticos de la formación de los trabajadores.

A continuación se presentan diferentes documentos cuyo contenido consideramos de especial interés para la actividad preventiva en las actividades de fontanería, instalación y mantenimiento de sistemas de calefacción y refrigeración.

1. Guía para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición al amianto. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2008.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20Exposici%C3%B3n%20al%20Amianto.pdf>
2. GUÍAQUIM. Situaciones de exposición a agentes químicos. Documento elaborado por el INSHT en colaboración con las Comunidades Autónomas.
http://stp.insht.es:86/stp/sites/default/files/basequim_016_0.pdf
3. Guía de Buenas prácticas preventivas en las operaciones de corte de tuberías de fibrocemento. Elaborado por la Empresa Provincial de Aguas de Córdoba, S.A. (EMPROACSA). Editado por la Junta de Andalucía. Año 2009.
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_1925_guia_fibrocm ento_redes_agua.pdf
4. Listado empresas RERA Madrid:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DRERA+PARA+MANDAR+A+LA+WEB_17_02_2015.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352866340070&ssbinary=true
5. Materiales con amianto en viviendas: Guía Práctica (I). NTP 1006. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2014.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/996a1007/ntp-1006%20w.pdf>
6. Materiales con amianto en viviendas: Guía Práctica (II). NTP 1007. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2014.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/996a1007/ntp-1007%20w.pdf>
7. Materiales con amianto: pavimento de amianto-vinilo. NTP 1009. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2014.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/1008a1019/ntp-1009.pdf>
8. Trabajos con amianto: formación de los trabajadores. NTP 1021. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2014.
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/1008a1019/NTP-1021w.pdf>

9. Trabajos en presencia de amianto. Editado por la Comunidad de Madrid, y elaborado por el IRSST y por AECOM en el marco del III Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid, 2007-2011. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM010761.pdf>
10. Gestión preventiva en Comunidades de vecinos. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Comunidad de Madrid. Editado por el Colegio Oficial de Aparejadores, Arquitectos Técnicos e Ingenieros de la Edificación de Madrid. Año 2012. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM019118.pdf>
11. Comunidades de propietarios. Contratación de obras de construcción. Folleto. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo - Comunidad de Madrid, CEIM, CCOO Madrid y UGT Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013488.pdf>
12. Comunidades de propietarios y prevención de riesgos laborales. Folleto. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo - Comunidad de Madrid, CEIM, CCOO Madrid y UGT Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007977.pdf>

Este documento fue difundido entre los profesionales sanitarios y los Servicios de Prevención Ajenos por correo electrónico en octubre de 2015.

Como en ediciones anteriores, los *Cuadernos de Salud Laboral 2015* presentan los resultados de los estudios realizados por el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública. Su objetivo es dar a conocer el estado de salud de la población trabajadora, así como las actividades y ocupaciones expuestas a mayores riesgos. En el documento se analizan las condiciones laborales específicas de algunos de estos grupos de nuestra región y los efectos que pudieran tener sobre su bienestar y salud.

Además se muestran los resultados de los análisis de epidemiología laboral, el informe sobre las actividades de la Campaña del Día Mundial sin Tabaco, un documento-resumen sobre la prevención de la exposición al amianto en empresas de fontanería, calefacción y refrigeración y el documento sobre los Servicios de Prevención Ajenos.



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD