

Editorial

Registrar para avanzar: algunas reflexiones sobre las lesiones por accidentes de trabajo

Consol Serra^(1,2,3), Rocío Villar^(1,2), Cristina Alvarado^(1,3)

¹CiSAL-Centro de Investigación en Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra/IMIM-Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Barcelona.

²Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut Mar. Barcelona.

³Unidad Docente de Medicina del Trabajo "Mateu Orfila" UPF. Barcelona.

Correspondencia:

Dra. Rocío Villar

Servicio de Salud Laboral

Parc de Salut Mar

Passeig Marítim, 25

08003-Barcelona

Email: rvillar@parcdesalutmar.cat

A diferencia de las enfermedades profesionales, sobre las que conocemos solamente una tercera parte en España^(1,2) (para algunas patologías como el cáncer su reconocimiento no llega al 1%⁽³⁾), las lesiones por accidente de trabajo escapan mucho menos a su registro. Ello constituye una condición necesaria, aunque no suficiente, para que su análisis sea una herramienta razonablemente buena para la vigilancia de la salud colectiva y la investigación, también evaluativa, en salud laboral. Su sistema de registro administrativo goza además de una calidad aceptable⁽⁴⁾.

Por accidente de trabajo entendemos todo suceso inhabitual, involuntario, no deseado y habitualmente evitable, que se presenta de forma brusca e inesperada como consecuencia de un riesgo no identificado, que representa

una disfunción del sistema preventivo de la organización⁽⁵⁾. Cuando este accidente se acompaña de una lesión, física o psicológica, este daño a la salud debe notificarse para poner en marcha el sistema de asistencia y reparación del mismo, y la compensación económica asociada, además de la investigación de sus causas y su posible prevención para reducir o, mejor, eliminar el riesgo. Por ello, cuando hablamos de accidentes de trabajo notificados nos referimos siempre a lesiones por accidentes de trabajo (en adelante LAT).

Estudios realizados por nuestro equipo de CiSAL con los datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística muestran que el registro de LAT en España permite la reconstrucción histórica, casi perfecta, de la frecuencia de LAT desde principios del siglo pasado, hasta ahora. En su análisis de la

tendencia secular de las LAT en España, Benavides et al. observaron como las tasas incrementaron de forma exponencial coincidiendo con el desarrollo normativo (y régimen de sanciones) y, a partir de los años 70, con la elaboración de planes y creación de estructuras para promover y modernizar la prevención, junto con la Ley de Prevención de Riesgos laborales en 1995, se observó la reducción sostenida de la mortalidad por LAT⁽⁶⁾. Este descenso se produce también en otros países de nuestro entorno, como Austria, Finlandia, Francia y Suecia, lo que sugiere mejoras significativas de las condiciones de trabajo, más allá de los cambios en los sistemas de registro y de la estructura productiva a lo largo del tiempo⁽⁷⁾. El análisis por colectivos de riesgo, muestra que los más vulnerables son los trabajadores extranjeros, especialmente las mujeres y los de mayor edad⁽⁸⁾ siendo necesario profundizar sobre los factores que determinan estas diferencias.

La información disponible de las LAT permite también evaluar la efectividad de las intervenciones, dentro y fuera del lugar de trabajo. Por ejemplo, un análisis de las LAT relacionadas con el tráfico muestra que las intervenciones normativas para mejorar la seguridad vial, como el carné por puntos y la reforma del código penal, no han tenido un impacto específico en estas lesiones, tanto en jornada como *in itinere*⁽⁹⁾. En cambio, en una investigación sobre del impacto de los Planes de Actuación Preferente (1999-2007) dirigidos a empresas con una elevada siniestralidad, sí se observó una mayor reducción de las tasas de LAT en las empresas intervenidas respecto a las empresas en las que no se aplicaron dichos planes⁽¹⁰⁾.

También a nivel de la empresa es imprescindible disponer de un sistema de registro sobre las LAT que proporcione, más allá de la que las estadísticas oficiales proporcionan, una información de calidad y adaptada a la propia empresa a partir de una investigación bien estructurada y sistematizada, que permita una descripción fiable de la situación en la empresa para orientar en la toma de decisiones e influir en la madurez y cultura

preventiva de la organización. El entorno sanitario, por sus características, puede ser un buen ejemplo. Así, un análisis reciente de la relación entre el grado de cultura preventiva y la accidentalidad laboral en 200 centros sanitarios de Estados Unidos, muestra de forma clara una correlación lineal inversa entre ambas variables, de manera que cuanto mayor es el grado de cultura de seguridad menor es la accidentalidad registrada⁽¹¹⁾.

En nuestra experiencia en el hospital observamos una mejora de la cultura preventiva que se está traduciendo en una reducción de la accidentalidad, modesta pero sostenida, y muy especialmente de la incapacidad temporal asociada, en el último quinquenio. Experiencias como la ergonomía participativa i la gestión de casos⁽¹²⁾ están siendo catalizadoras en este proceso. De hecho y por primera vez, el propio Comité de Seguridad y Salud decidió en 2018 realizar, con el apoyo del servicio de Salud Laboral, una campaña de comunicación, sensibilización e incorporación de mejoras para la prevención de las LAT, centrada en dos de los mecanismos de lesión más frecuentes: los biomecánicos por recolocación de pacientes encamados, y los biológicos por pinchazos con agujas subcutáneas y durante las suturas quirúrgicas. La evaluación de su impacto mostró al final de la campaña, respecto al año anterior, una reducción del 30% de las LAT biomecánicas, y en concreto de las producidas por sobreesfuerzo durante la manipulación de pacientes, atribuible a la implantación de sábanas deslizantes y la adquisición de camas nuevas, entre otros factores. También la violencia en el trabajo por parte de pacientes y/o acompañantes es un gran y bien reconocido reto en el entorno sanitario, que no siempre se traduce en lesión, y por tanto LAT, pero que tiene un impacto emocional nada despreciable y perjudica la relación profesional-paciente. Por este motivo, se han implementado en las últimas décadas sistemas de información con el objetivo de registrar la mayor parte de incidentes, con o sin lesión⁽¹³⁾. En nuestro hospital se declaran unas 25 LAT cada año asociadas a incidentes violentos, que claramente, en una

población laboral de casi 4.000 personas, solo son la punta del iceberg y no reflejan el fondo de la cuestión. En 2010 se adoptó, a propuesta de su Comité para la Prevención de la Violencia en el Trabajo, una política “Tolerancia cero”, entendida como un compromiso por parte de la Dirección de avanzar en medidas preventivas y mecanismos para minimizar dicho riesgo. Una de las primeras acciones fue la creación de un sistema ágil y sencillo de auto-registro de agresiones y agitaciones, gestionado por el servicio de Salud Laboral, para la comunicación de incidentes, apoyo a los profesionales afectados, investigación de causas y necesidades de intervención, y de respuesta durante las siguientes 24-48 horas, que permite tener un mayor conocimiento de la dimensión del problema. De esta manera, de 76 incidentes en su primer año (2014), se notificaron más de 400 en 2018. El abordaje de determinados casos de especial complejidad ha contribuido en gran medida a mejorar la respuesta ante este tipo de situaciones con la implicación de todos los niveles y avanzar así hacia una mayor cultura preventiva en la organización. En definitiva, invertir esfuerzos para disponer de información de calidad sobre las LAT, a nivel de la sociedad y en la misma empresa, es clave para avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo y que este sea, realmente y como la evidencia científica ya indica de forma contundente, fuente de salud y años de vida.

Referencias

1. García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Aten Primaria*. 2008; 40:439-45.
2. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med*. 2005; 47:176-80.
3. Kogevinas M, Castaño-Vinyals G, Rodríguez Suárez MM, Tardón A, Serra C. Estimación de la incidencia y mortalidad por cáncer laboral en España, 2002. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2008; 11:180-7.
4. Benavides FG, Serra c. Evaluación de la calidad del sistema de información sobre lesiones por accidentes de trabajo en España. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6:26-30.
5. Garrido JA, Ruiz-Frutos C. Notificación, investigación y registro de accidentes de trabajo. En: Ruiz Frutos C, Delclòs J, García AM, Benavides FG. *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, 2006.
6. Benavides FG, López-Ruiz M, Castejón E. Tendencia secular de las lesiones por accidentes de trabajo en España, 1904-2005. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2008;11:141-7.
7. Benavides FG, Benach J, Martínez JM, González S. Description of fatal occupational injury rates in five selected European Union countries: Austria, Finland, France, Spain and Sweden. *Safety Science*. 2005;43:497-502.
8. Ahonen EQ, Benavides FG. Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:424-426.
9. López-Ruiz M, Martínez JM, Pérez K, Novoa AM, Tobías A, Benavides FG. Impact of road safety interventions on traffic-related occupational injuries in Spain, 2004-2010. *Accident Analysis and Prevention*. 2014;66:114-119.
10. López-Ruiz M, Martínez JM, Gil JM, Boix P, García AM, Rodrigo F, Moreno A, Benavides FG. Evaluation of the effectiveness of occupational injury prevention programs at the company level. *Safety Science*. 2013;51:250-256.
11. Cook JM, Slade MD, Cantley LF, Sakr CJ. Evaluation of safety climate and employee injury rates in healthcare. *Occup Environ Med*. 2016;73:595-9.
12. Serra C, Soler-Font M, Garcia AM, Peña P, Vargas-Prada S, Ramada JM. Prevention and management of musculoskeletal pain in nursing staff by a multifaceted intervention in the workplace: design of a cluster randomized controlled trial with effectiveness, process and economic evaluation (INTEVAL_Spain). *BMC Public Health*. 2019;19:348.
13. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010; 13: 135-140.