

**ANEXO I**  
**DESCRIPTIVO DE VARIABLES**

Índice

1. Ámbito de Estudio	1
2. Periodo de estudio	2
3. Total accidentes valores absolutos e Índice de incidencia accidentes totales	2
4. Accidentes Atención Primaria/Atención Especializada valores absolutos y tasas en función de los trabajadores expuestos. Reducción/Incremento accidentalidad	3
5. Accidente Biológico/Accidente General	6
6. Variables:	8
6.1. Sexo	8
6.2 Edad	9
6.3 Hora del día	10
6.4 Hora de trabajo	11
6.5 Forma de contacto	12
6.6 Parte del cuerpo lesionada	19
6.7 Descripción de la lesión	20
6.8 Lugar del Accidente	22
6.9 Accidente de tráfico	28
6.10 Baja laboral	31
6.11 Relación Laboral	34
6.12 Tarea Habitual	38
6.13 Servicio	39
6.14 Día de la Semana	41
6.15 Fecha del accidente	42
6.16 Categoría Profesional	43
7. Accidentes Biológicos	45
8. Agresiones	63

## 1. **Ámbito del estudio:**

La plantilla que forma el Departamento de Salud la dividiremos en dos grupos:

- Hospital Universitario y Politécnico La Fe y Centro de Especialidades y
- Centros de Atención Primaria

### **Centros de Atención Primaria y Consultorios Auxiliares.**

<b>CATEGORIA PROFESIONAL</b>	<b>TRABAJADORES</b>
PERSONAL ADMINISTRATIVO	74
ASISTENTE/TRABAJADOR SOCIAL	9
AUX ENFERMERIA	39
CELADOR	33
ENFERMERA/O	126
FACULTATIVOS	177
FISIOTERAPEUTA	5
HIGIENISTA DENTAL	2
MATRONA	13
PERSONAL SANITARIO EN FORMACIÓN	19
ODONTÓLOGO	1
PSICOLOGO	1
<b>TOTAL</b>	<b>499</b>

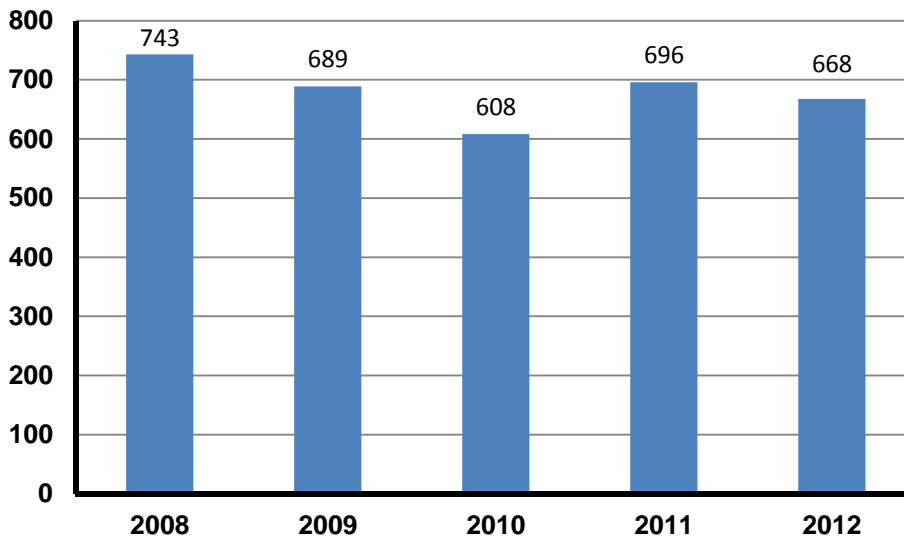
### **Hospital Universitario y Politécnico La Fe y Centro de Especialidades**

<b>CATEGORIA PROFESIONAL</b>	<b>Nº TABAJADORES</b>
EQUIPO DIRECTIVO	17
FACULTATIVOS	970
ENFERMERAS/OS	2035
AUXILIARES DE ENFERMERIA	1420
CELADORES	362
TÉCNICOS ESPECIALISTAS	180
OTRO PERSONAL SANITARIO	49
PERSONAL ADMINISTRATIVO	533
OTRO PERSONAL NO SANITARIO	303
PERSONAL SANITARIO EN FORMACIÓN	432
<b>TOTAL</b>	<b>6301</b>

**2. Periodo de estudio:** Años 2008 a 2012

**3. Total accidentes valores absolutos e Índice de incidencia accidentes totales**

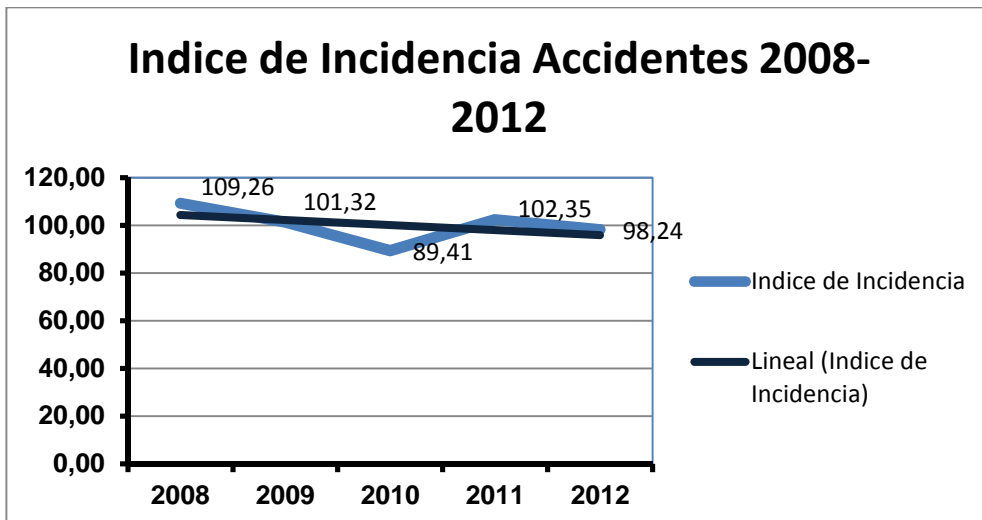
### Accidentes 2008-2012



El número de accidentes de trabajo y su aumento o disminución están relacionados directamente tanto con las condiciones de trabajo como con el número de trabajadores afectados por dichas condiciones.

Por ello el índice de incidencia se considera la representación más adecuada de la siniestralidad laboral, ya que representa el número de accidentes que se producen en un periodo determinado por cada 1.000 trabajadores afiliados con las contingencias de accidente de trabajo cubiertas.

Por lo cual el Índice de incidencia de cada año representado en la siguiente gráfica son los siguientes:



Se observa en la gráfica anterior que aunque se han producidos fluctuaciones a lo largo de los 5 años la línea de tendencia nos indica una disminución.

#### **4. Accidentes Atención Primaria/Atención Especializada valores absolutos y tasas en función de los trabajadores expuestos. Reducción/Incremento accidentalidad**

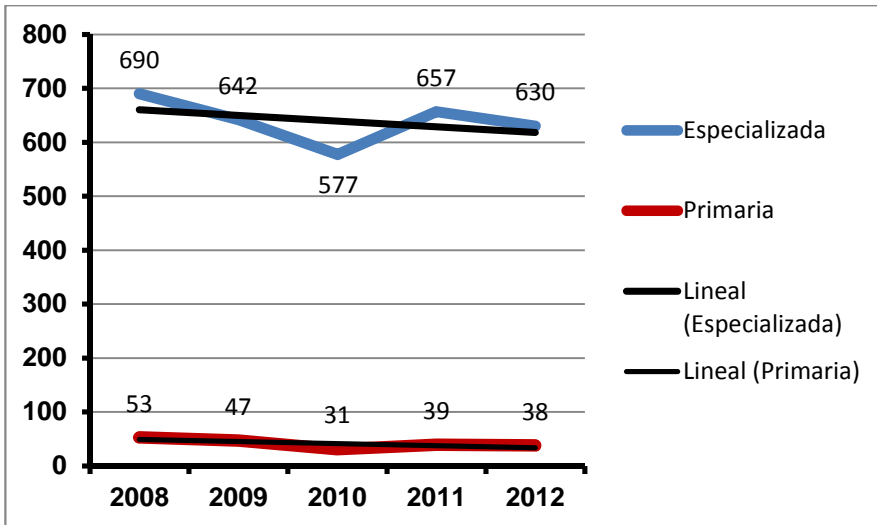
Una vez tenemos una composición de lugar global, vemos la tendencia de la accidentalidad pero hacemos la distinción entre Atención Especializada y Atención Primaria tal y como aparece plasmado en el organigrama de la Consellería de Sanidad. Esta misma división está configurada en todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

Bajo la figura del Gerente de cada Departamento está la Dirección de Atención Especializada y la Dirección de Atención Primaria al mismo nivel.

Podemos decir que hablamos de una asistencia sanitaria primaria y una asistencia sanitaria secundaria, ambas se complementan, con el objetivo de organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente.

En la gráfica siguiente se puede ver los accidentes referidos a los años de estudio separados en estas dos clasificaciones.

#### **TOTAL ACCIDENTES ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA**

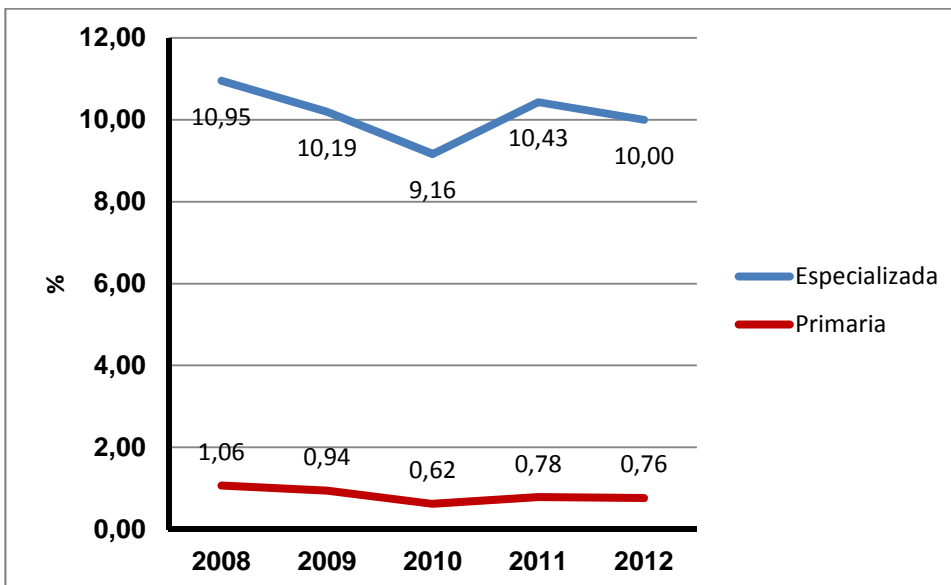


Se observa al igual que en la gráfica anterior, que pese a las fluctuaciones, la tendencia es a la disminución de la accidentalidad tanto en la Asistencia Especializada como en Atención Primaria; pero con sólo estos datos no podemos decir en cuál de las dos la tasa de accidente es más elevada.

Al calcular la tasa en función del nº de trabajadores podremos compararlas.

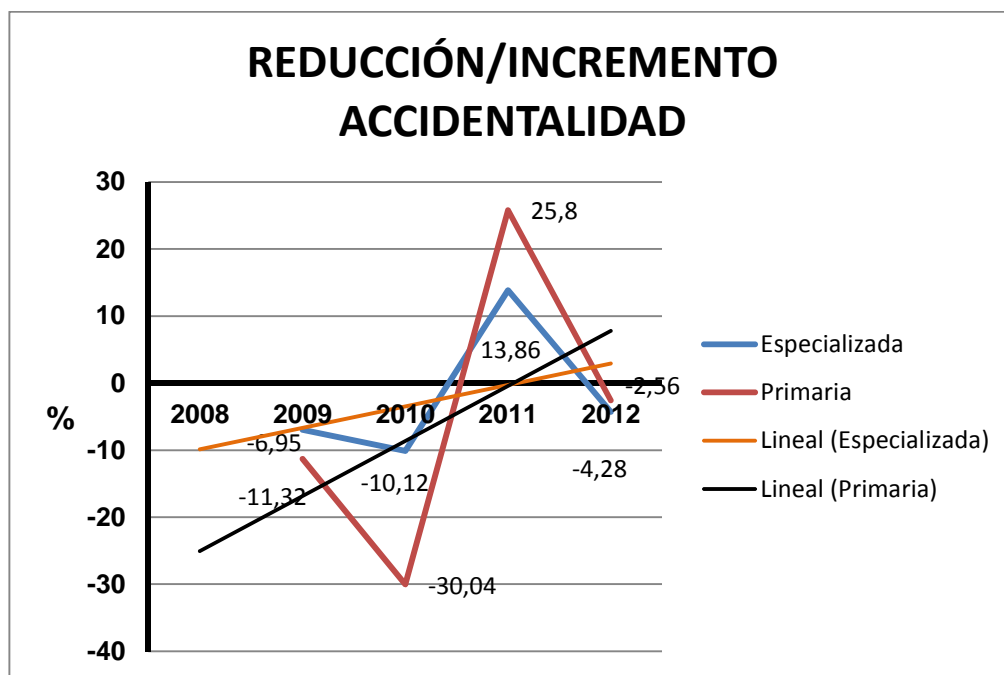
Así pues,

#### TASA ACCIDENTES ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA



Vemos que la representación gráfica de los porcentajes en relación al número de trabajadores de Atención Primaria y Atención Especializada mantiene la misma forma que en la representación de los valores absolutos.

En cuanto a la reducción de la accidentalidad y su incremento en los diferentes años estudiados con respecto a los valores absolutos y la división en la clasificación reflejado en el gráfico siguiente.



En esta representación podemos observar lo llamativo del descenso del número de accidentes en Atención Primaria en el año 2009 y el incremento en el año 2010 pues diríamos que son casi simétricos.

Sin embargo, en Atención Especializada, la disminución en el año 2009 es muy poco pronunciada y el incremento del 2010 es considerable pero no tanto como en Atención Primaria.

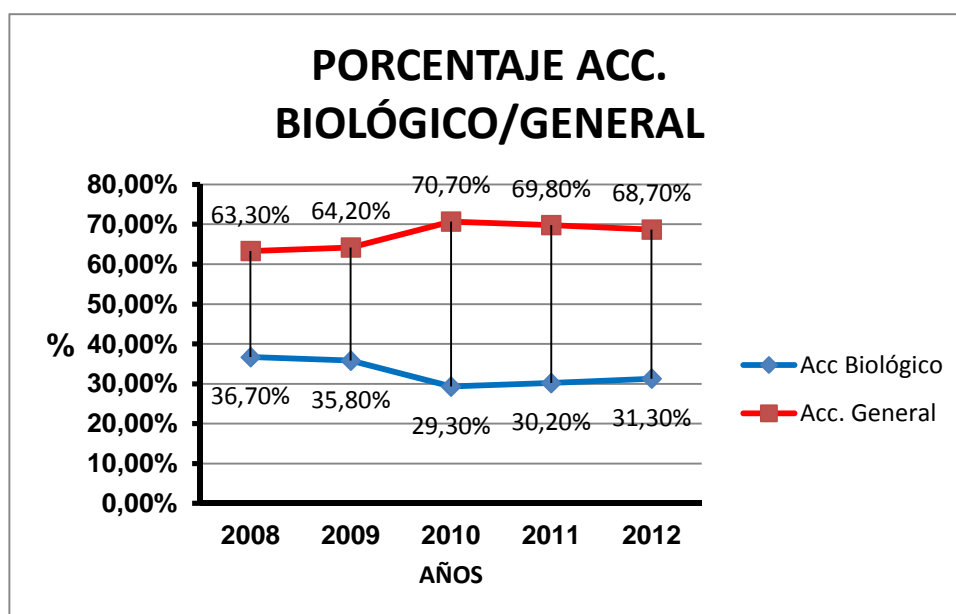
Con el trazado de las líneas de tendencia podemos observarlo con claridad pues su inclinación nos indica lo pronunciado de sus variaciones en el caso de Atención Primaria y

una menor inclinación para Atención Especializada pues no son tan pronunciadas sus variaciones.

## 5. Accidente biológico/Accidente General

Después de esta primera clasificación debido a la estructura organizativa sanitaria, podemos establecer una segunda ya relacionada concretamente con la tipología del accidente y que nos permite distinguir 3 grupos importantes: Accidentes Biológicos, Generales y Agresiones.

Una primera foto en global de los accidentes biológicos y generales será la siguiente:



A primera vista llama la atención que las de tendencia son divergentes en el caso de los accidentes biológicos es descendentes y por el contrario en los generales es ascendente.

Definimos estos tres grupos como:

- 🚩 **Accidentes biológicos:** Este desglose de tipo de accidente es importante sobre todo en el ámbito que estamos analizando, porque vemos que los accidentes biológicos en el sector sanitario y sobre todo en la actividad asistencial representan un número importante.

“Consideramos exposición o **accidente biológico**, el contacto con sangre, fluidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico) u otros líquidos mezclados con sangre, a través

de inoculación percutánea, herida abierta, piel erosionada o mucosas (salpicadura), durante el desarrollo de la actividad laboral.”

✚ **Accidentes generales:** todos los no incluidos en el apartado anterior (choques, golpes, aplastamiento, atrapamientos, etc....).

✚ **Agresiones:** Accidente en el que un trabajador es objeto de una acción violenta intencionada por parte de un usuario/cliente, mediante el uso de la fuerza física o de la palabra, con la finalidad de causar un daño físico y/o psicológico.

Si la Agresión no produce lesión física ni psicológica al trabajador hablaremos de **incidente**.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en su Nota Técnica de Prevención 489 “Violencia en el lugar de trabajo” clasifica esta en 4 tipos.

Cuando hablamos de Agresión nos referimos a Violencia Tipo II: En estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor,...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, conductores autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados). Como ejemplo decir que si se agreden tanto física como verbalmente dos compañeros no se registraría como agresión, pero si como accidente general si hubieran lesiones.

La Subsecretaria de la Consellería de Sanidad aprueba a fecha 31 de mayo de 2010 el Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat” previa consulta a la Comisión Sectorial de Seguridad y Salud Laboral de la Conselleria de Sanidad, en fecha de 31 de mayo de 2010.

## 6. VARIABLES:

Los accidentes se codifican en base a la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre de registro y notificación de los accidentes de trabajo tal y como indica el Ministerio de

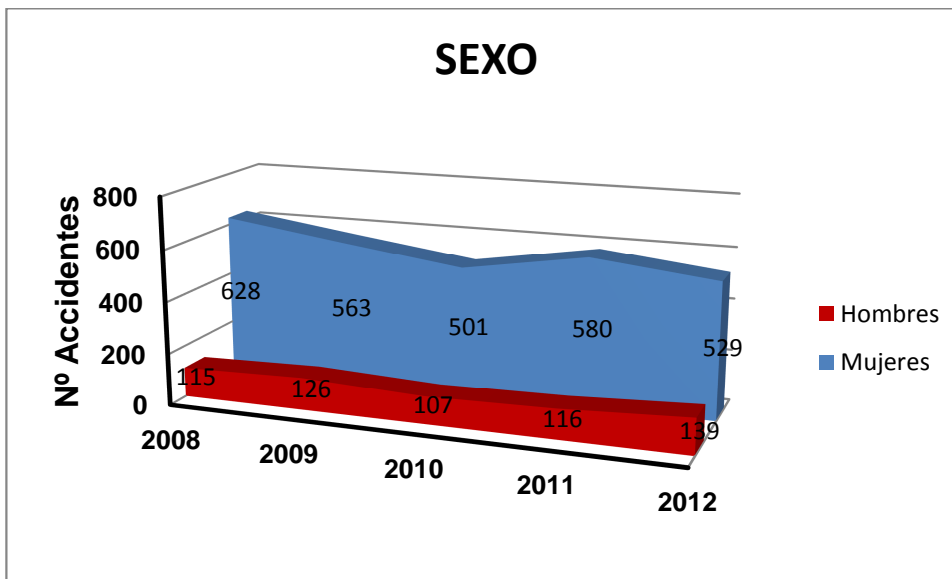


Trabajo y Asuntos Sociales, por cada uno de los que se producen se registran todas y cada una de las variables siguientes:

### 6.1 Sexo:

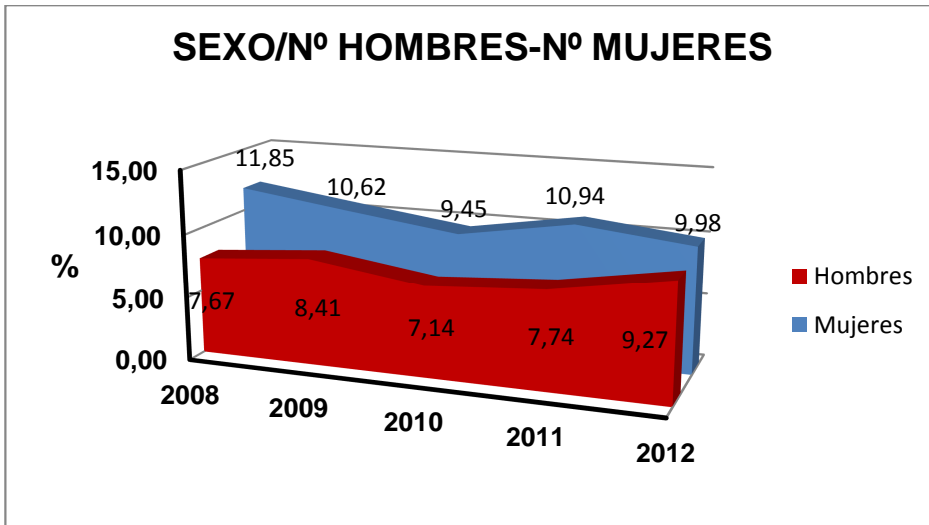
En cuanto a la distribución de los trabajadores por sexo en el Departamento hay 5301 mujeres y 1499 hombres.

A la vista de los datos del siguiente gráfico sería lógico pensar que se accidentan más las mujeres que los hombres, pero son valores absolutos y no se refleja que el número de mujeres es mucho más elevado que el de hombres.



A la vista del gráfico aunque pueda parecer que las mujeres se accidentan más que los hombres, con estos datos no podemos concluirlo, ya que el número de trabajadoras es mucho más elevado que el de trabajadores.

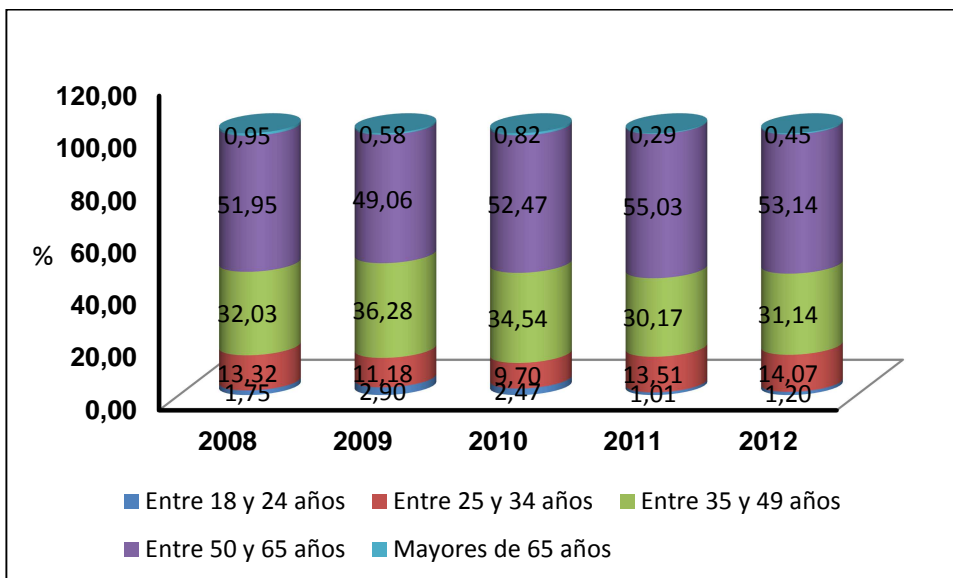
Si calculamos el porcentaje de accidentalidad en hombres en función de los trabajadores hombres y lo mismo en el caso de las mujeres sí que podemos concluir que las mujeres se accidentan más que los hombres tal y como aparece representado en el gráfico siguiente.



Comentar también que la tendencia en el caso de las mujeres es a la baja, sin embargo en el caso de los hombres es ascendente.

## 6.2 Edad:

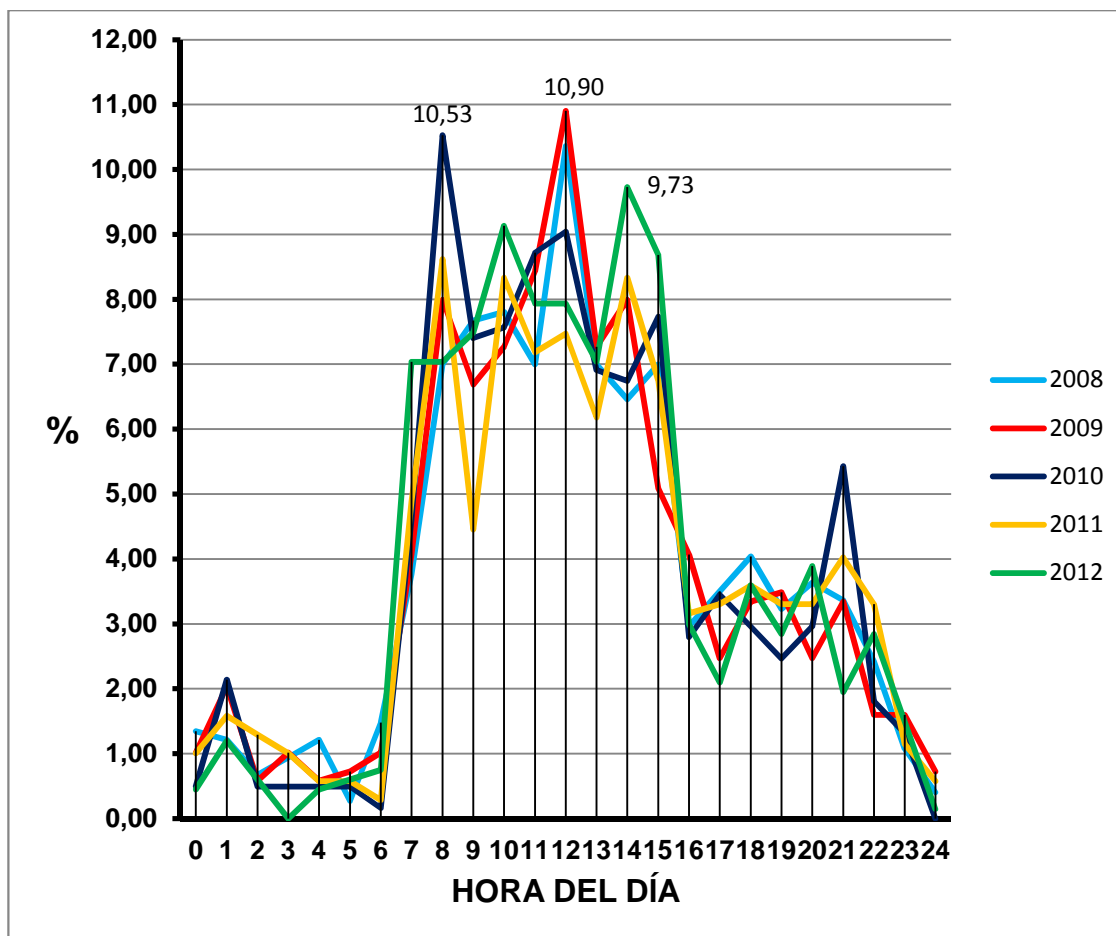
En el caso de esta variable no dispongo de los datos correspondientes a cuantos trabajadores hay por cada rango de edad, por lo que a la vista de los porcentajes representados en la gráfica podemos decir que el mayor porcentaje de accidentalidad se produce entre los 50 y 65 años, lo que no quiere decir que sea el intervalo con mayor índice de accidentes.



En esta variable la tendencia es descendente en los rangos de edad entre 18 y 24 años, entre 35 y 49 años y mayores de 65 años. Sin embargo, es ascendente entre los 25 y 34 años y entre los 50 y 65 años.

### 6.3 Hora del día

#### PORCENTAJE HORA DEL DIA



La actividad sanitaria funciona los 365 días del año y las 24 horas del día, por lo que los accidentes como está representado en la gráfica XXX se observa que el intervalo entre las 07:00h y las 15:00h es dónde más accidentes se producen, representan en el 2008 un 60,30%, en el 2009 el 65,70%, en el 2010 el 69,24%, en el 2011 el 62,21% y en el 2012 el 72,01%.

Pero dentro de este intervalo se pueden concretar las horas donde más accidentes se han registrado y así pues:

- En el año 2008 a las 12:00h con un 10,36% y a las 10:00h con un 7,81%.
- En el 2009 a las 12:00h con un 10,90% y a las 11:00h con un 8,43%.
- En el 2010 a las 8:00h con un 10,53% y a las 12:00h con un 9,05%.
- En el 2011 a las 8:00h con un 8,62% y a las 10:00h con un 8,33%.
- En el 2012 a las 14:00h con un 9,73% y a las 10:00h con un 9.13%.

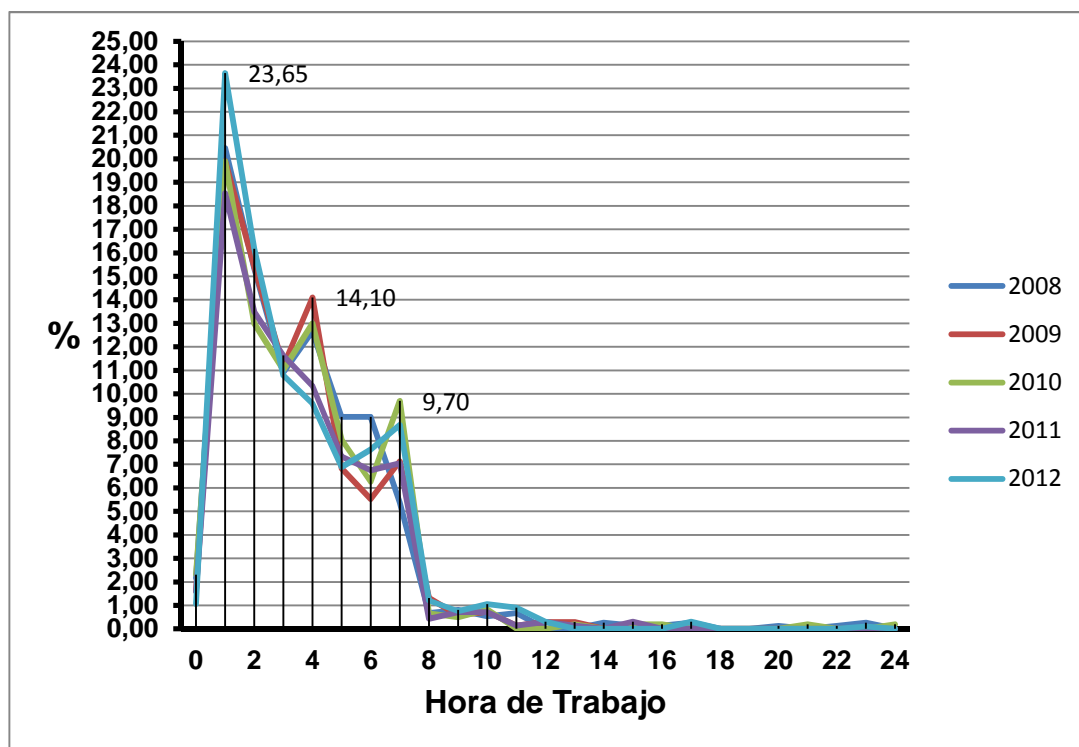
Añadir también que hay valores perdidos en el sistema pues se han registrado accidentes de trabajo en los que esta variable no estaba cumplimentada. Y estos datos son los siguientes:

- En el 2008 hay 31 accidentes no cumplimentados lo que representan un 4,17%.
- En el 2009 son 29 y representan un 4,22%.
- En el 2010 son 17 un 2,80%.
- En el 2011 son 40 un 5,75%.
- En el 2012 son 14 un 2,0%.

#### **6.4. Variable Hora de Trabajo**

Habitualmente los mandos intermedios cuando cumplimentan el documento es un dato que no suelen poner e incluso como la casilla en el CAT indica (1ª, 2ª, etc) ponen 1ª o 2ª sin poner la hora concreta. Este dato no lo podemos codificar incluso cuando en el comunicado del accidente figure la hora del día en el que se ha producido el accidente debido a la gran variabilidad de turnos de trabajo. Pueden ser turnos de 7, 10, 12 y 24 horas.

## PORCENTAJE HORA DE TRABAJO



La gráfica indica que el accidente se produce mayoritariamente en la primera hora de trabajo y coincide en todos los años analizados.

Vemos que a partir de la séptima hora de trabajo es un dato que el mando intermedio no pone en el documento.

Al igual que en la variable anterior los valores perdidos en el sistema son los siguientes:

- En el año 2008 hay 82 registros sin hora de trabajo lo que representa un 12,41%.
- En el año 2009 hay 103 registros sin hora de trabajo lo que representa un 17,58%.
- En el año 2010 hay 85 registros sin hora de trabajo lo que representa un 16,25%.
- En el año 2011 hay 143 registros sin hora de trabajo lo que representa un 25,86%.
- En el año 2012 hay 73 registros sin hora de trabajo lo que representa un 12,27%.

### 6.5. Variable Forma de Contacto

Cuando hablamos de “Forma de contacto”: Es lo que describe el modo en que la víctima ha resultado lesionada (la lesión puede ser tanto física como psicológica) por el agente material que ha provocado dicha lesión. Si hubiera varias formas o contactos, se registrará el que produzca la lesión más grave (ORDEN TAS 2926/2002).

La clasificación de esta variable tiene la siguiente estructura:

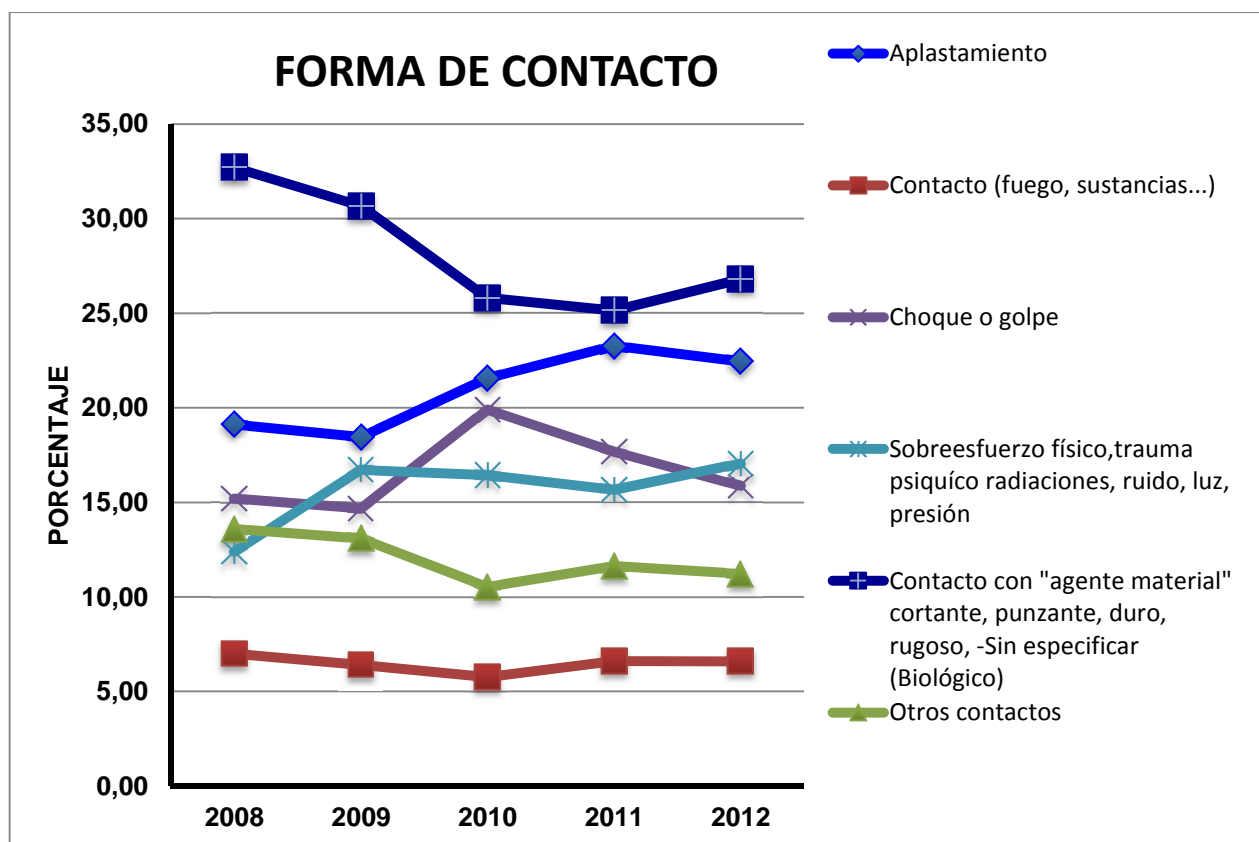
- Grupos 1 y 2: Los distintos tipos de lesiones que no tienen un origen mecánico □(veneno, temperatura, electricidad y asfixia).
- Grupos 3, 4, 5 y 6: Los distintos tipos de lesiones que tienen un origen mecánico.
- Grupo 7: Los distintos tipos de lesiones causados por esfuerzos físicos o mentales.
- Grupo 8: Los distintos tipos de lesiones causados por animales o seres humanos.
- Contacto 90: Lesiones que no tienen origen en un accidente como tal, sino que se trata de enfermedades contraídas o agravadas por el trabajo, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales.

Antes de analizar las gráficas he de matizar que vemos 2 formas de contacto que aparentemente parecen la misma “Contacto “agente material”, cortante, punzante, duro, rugoso, pero si que los he diferenciado porque uno hace referencia a que el agente material ha estado en contacto con fluidos biológicos (corte con bisturí ya utilizado) y los otros llevan la matización entre paréntesis (general), debido a que en el contacto no existen fluidos biológicos, por ejemplo, como puede ocurrir en el personal de cocina al cortarse con un cuchillo. Se utiliza la misma descripción, pero la tipología del accidente es diferente, uno sería catalogado como accidente biológico y el otro como accidente general.

La Orden Tas en su Anexo II tabla 5 codifica la “Forma de Contacto”, pero en la estructura de nuestra recogida de datos hemos creado una variable que hemos definido como “Grupo Forma de Contacto”, es decir, hemos hecho una primera agrupación con los códigos genéricos:

- 00:Ninguna información,
- 10: Contacto con corriente eléctrica, fuego, temperatura o sustancias peligrosas sin especificar,
- 20: Ahogamiento, quedar sepultado, quedar envuelto, -sin especificar,

- 30: Aplastamiento sobre o contra un objeto inmóvil (el trabajador está en movimiento vertical u horizontal) -sin especificar,
- 40: Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con, -sin especificar,
- 50: Contacto con "agente material" cortante, punzante, duro o rugoso, -sin especificar,
- 60: Quedar atrapado, ser aplastado, sufrir una amputación, -sin especificar,
- 70: Sobreesfuerzo físico, trauma psíquico, exposición a radiaciones, ruido, luz o presión, -sin especificar,
- 80: Mordeduras, patadas, etc. (de animales o personas), -sin especificar,
- 90: Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas,
- 99: Otro contacto -Tipo de lesión no codificado en la presente clasificación.



En la serie Otros Contactos están representadas las formas de contacto que no superan el 5%:

- Atrapamiento con un valor medio de 0,84%
- Contacto con “agente material” cortante, punzante, duro, rugoso, -Sin especificar (general) con un valor medio de 3,25%
- Infartos, derrames cerebrales, y otras patologías no traumáticas con un valor medio de 0,2%
- Mordeduras, patadas, etc con con valor medio de 1,85%
- Ninguna información con un valor medio de 3,20%

La gráfica representa las “Formas de Contacto” con porcentajes más elevados, (superiores al 5%) y a lo largo de los 5 años analizados se repiten.

Dentro de cada una de ellas podemos decir que:

- Contacto con un “agente material” cortante, punzante o rugoso: es la de porcentaje más elevado pero se observa que va decreciendo a lo largo del periodo, aunque a partir del 2012 la tendencia tiene un pequeño incremento.
- Aplastamiento: es la segunda forma de contacto con valores más elevados, pero su tendencia es al alza hasta el 2011 que se observa un ligero descenso.
- Choque o golpe: en el año 2008-2009 tiene un ligero descenso, pero en el 2010 hay un gran incremento; el cual va disminuyendo hasta que en el 2012 podemos decir que volvemos a estar en las cifras iniciales.
- Sobreesfuerzo físico, trama psíquico: en este caso a lo largo de los 5 años va incrementando.
- Contacto (fuego, sustancias,...): se mantiene estable a lo largo de los 5 años.

La segunda agrupación que realizamos la denominamos “Tipo Forma de Contacto” que junto a la anterior representa un total de 50 formas de contacto.

Los grupos anteriores que aparecen en la gráfica y representan más del 5% se subdividen en:

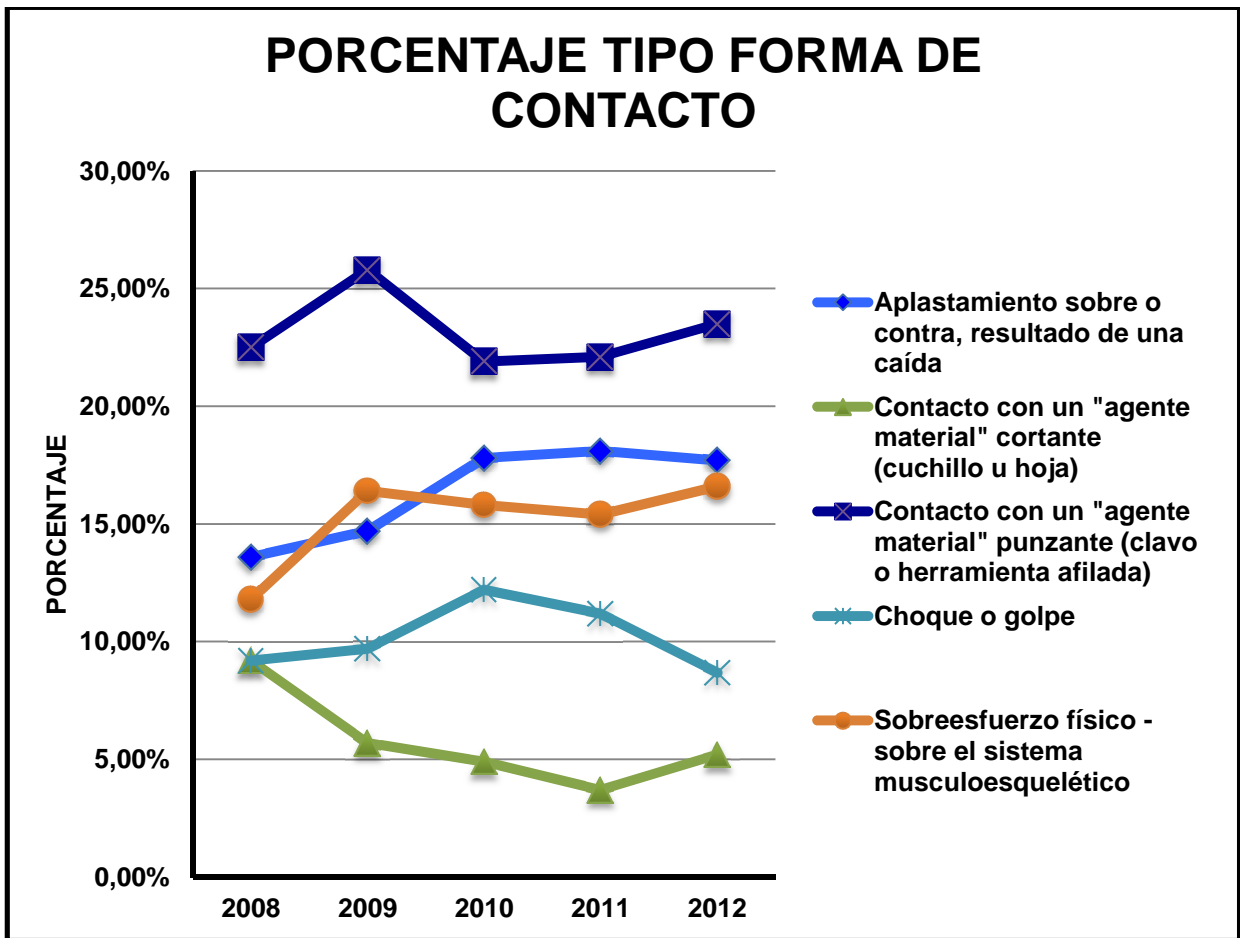
- 10: Contacto con corriente eléctrica, fuego, temperatura o sustancias peligrosas – Sin especificar
- 11: Contacto indirecto con un arco eléctrico, rayo (pasivo)



- 12: Contacto directo con la electricidad, recibir una descarga eléctrica en el cuerpo
- 13: Contacto con llamas directas u objetos o entornos – con elevada temperatura o en llamas
- 14: Contacto con objeto o entorno – frio o helado
- 15: Contacto con sustancias peligrosas – a través de la nariz, la boca, por inhalación
- 16: Contacto con sustancias peligrosas – sobre o a través de la piel y de los ojos
- 17: Contacto con sustancias peligrosas – a través del sistema digestivo: tragando o comiendo
- 19: Otro contacto - Tipo de lesión conocido del grupo 10 pero no mencionado anteriormente
- 30: Aplastamiento sobre o contra un objeto inmóvil (el trabajador está en movimiento vertical u horizontal) -sin especificar,
- 31: Aplastamiento sobre o contra, resultado de una caída
- 32: Aplastamiento sobre o contra, resultado de un tropiezo o choque contra un objeto inmóvil
- 39: Otro contacto – Tipo de lesión conocido del grupo 30 pero no mencionado anteriormente
- 40: Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con, -sin especificar,
- 41: Choque o golpe contra un objeto – proyectado
- 42: Choque o golpe contra un objeto – que cae
- 43: Choque o golpe contra un objeto – en balanceo
- 44: Choque o golpe contra un objeto (incluidos los vehículos) – en movimiento
- 45: Colisión con un objeto (incluidos los vehículos) – colisión con una persona (la víctima está en movimiento)
- 46: Golpe de mar
- 49: Otro contacto – Tipo de lesión conocido del grupo 40 pero no mencionado anteriormente
- 50: Contacto con “agente material” cortante, punzante, duro o rugoso, -Sin especificar,
- 51: Contacto con un “agente material” cortante (cuchillo u hoja)

- 52: Contacto con un “agente material” punzante (clavo o herramienta afilada)
- 53: Contacto con un “agente material” que arañe (rallador, lija, tabla no cepillada, etc.)
- 59: Otro contacto – Tipo de lesión conocido del grupo 50 pero no mencionado anteriormente
- 70: Sobre esfuerzo físico, trauma psíquico, exposición a radiaciones, ruido, luz o presión, - Sin especificar,
- 71: Sobre esfuerzo físico – sobre el sistema musculoesquelético
- 72: Exposición a radiaciones, ruido, luz o presión
- 73: Trauma psíquico
- 79: Otro contacto – Tipo de lesión conocido del grupo 70 pero no mencionado antes

De los ítems mencionados los que representan más del 5% son los siguientes:



La gráfica indica que con porcentaje más elevado sigue Contacto con un “agente material” punzante (clavo o herramienta afilada) que en la actividad sanitaria el agente punzante por excelencia son las jeringas y agujas.

En cuanto a “Aplastamiento” los valores más elevados corresponden a “Aplastamiento sobre o contra, resultado de una caída”, es decir, tropezos y resbalones con caída.

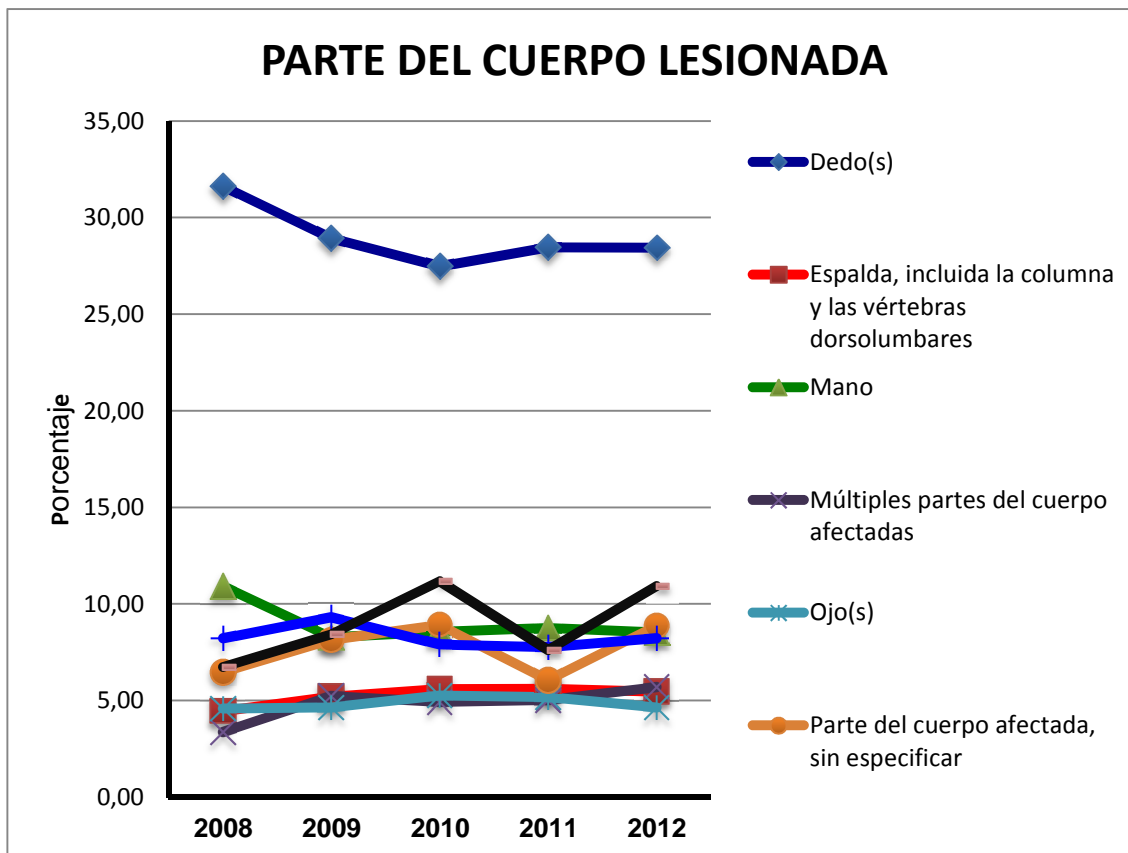
“Choque o golpe” prevalece el genérico, pues las demás formas de contacto serían más aplicables a otro tipo de sector de actividad, pues es difícil que en nuestra actividad existan golpes contra objetos proyectados u objetos en balanceo. Si hay porcentajes bajos referentes a choque o golpe contra un objeto que cae, sobre todo, por embalajes o productos almacenados que caen al manipularlos.

Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético: estas formas de contacto son debidas sobre todo a la movilización de pacientes y mobiliario, a la manipulación de camas y aparatajes específicos de la actividad sanitaria.

### 6.6. Variable Parte del Cuerpo Lesionada

Parte del cuerpo lesionada: Debe indicarse la parte del cuerpo que ha recibido las lesiones indicadas en la variable descripción de la lesión. La tabla de códigos para este campo está descrita en el anexo II, tabla 7 (Orden TAS).

En caso de que la lesión no esté localizada en un único lugar del cuerpo sino que afecte a varias partes del cuerpo se debe emplear «múltiples partes afectadas» (ejemplo: quemadura que afecta a un brazo y al tronco), excepto si la lesión afecta a todo el cuerpo, que entonces debe emplearse «todo el cuerpo (efectos sistémicos)».



Están representadas las partes del cuerpo lesionadas cuyo porcentaje  $\geq 5\%$ .

Como podemos observar la parte del cuerpo lesionada con porcentajes más elevados a lo largo de los 5 años a estudio es “dedo”, esto es debido a los accidentes biológicos.

Resulta también llamativo que aparezca como parte lesionada “ojo” con un porcentaje  $\geq 5\%$  debido a las salpicaduras sobre todo de líquidos biológicos por la actividad asistencial. En el intervalo de porcentajes entre un 5 y un 12% están mano, pie y pierna incluida la rodilla.

Es decir a excepción de “dedo” el resto está repartido pues los accidentes generales pueden afectar a cualquier parte del cuerpo.

Hacer una referencia a la denominación “Parte del cuerpo afectada, sin especificar”, hay que reflexionar en este punto, pues el porcentaje oscila entre el 6 y el 9% lo que conlleva una pérdida de información importante y será un punto de mejora que plantear en el circuito de notificación de accidentes para años sucesivos.

### **6.7. Variable descripción de la lesión**

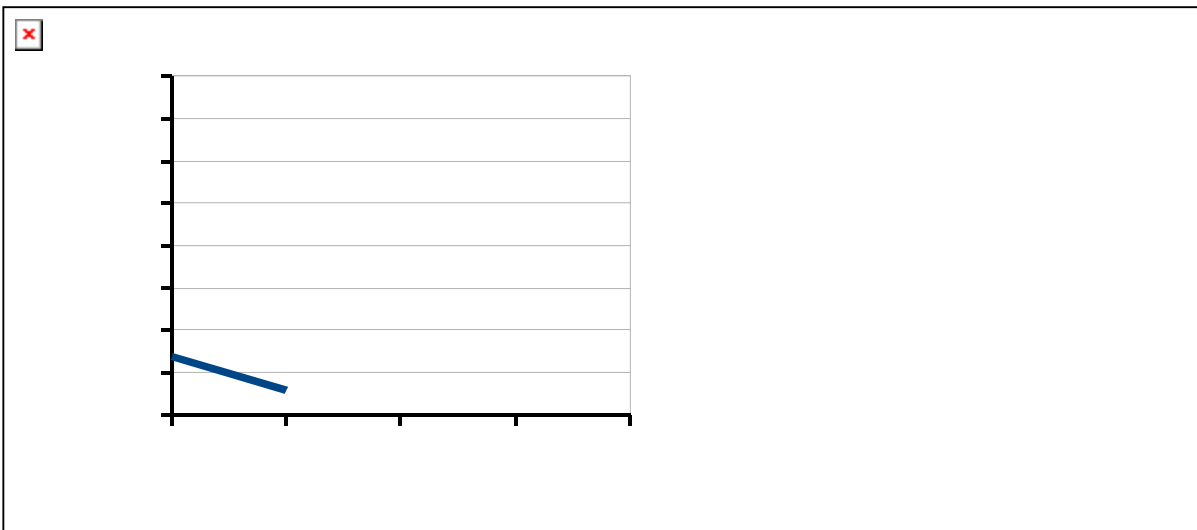
La clasificación utilizada se ajusta, en la medida de lo posible, a la clasificación de los tipos de lesión de la OIT incluida en la Resolución de la OIT sobre “Estadísticas de lesiones profesionales ocasionadas por accidentes del trabajo”, con la salvedad, de reducir algunas diferencias secundarias realizando una conversión entre los Códigos EEAT y los Códigos OIT.

Cuando hacemos referencia a:

- Lesiones superficiales incluye: contusiones, magulladuras hematomas, abrasión, rasguños, ampollas, picaduras y mordeduras de insectos no venenosos, heridas superficiales; incluye igualmente las heridas en el cuero cabelludo y las lesiones superficiales provocadas por un cuerpo extraño en los ojos, oídos, etc.
- Dislocaciones, esguinces y torceduras incluye: todos los problemas musculoesqueléticos debidos a un esfuerzo excesivo de los músculos, tendones, ligamentos y articulaciones.
  - Dislocaciones incluye: subluxaciones y desplazamientos de los huesos en las articulaciones.

- Esguinces y torceduras incluye: Esfuerzo excesivo causante de roturas, distensiones y desgarramientos de músculos, tendones, ligamentos (y articulaciones), así como las hernias debidas a un esfuerzo excesivo.

Siguiendo el criterio utilizado en el análisis de anteriores variables la gráfica muestra la “Descripción de la lesión” de porcentajes superiores al 5%.



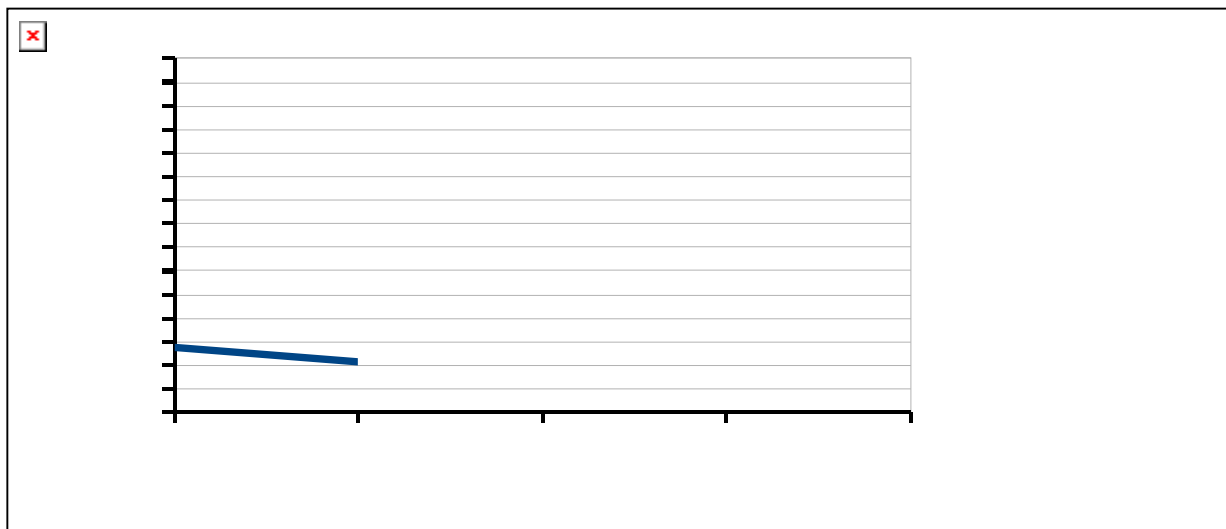
En el análisis de esta variable se observa la línea correspondiente a “Tipo de lesión desconocida o sin especificar con unos porcentajes superiores al 50% durante todos los años analizados, esto se debe principalmente a:

- Cuando el CAT entra en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se pasa una copia a Vigilancia de la Salud (médico del trabajo), para dispensar la atención sanitaria necesaria y diagnosticar la lesión, y otra para la codificación en la base de datos de accidentes. Por lo que cuando se codifica el accidente no disponemos de la descripción de la lesión.
- Cuando el trabajador entrega el CAT en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para su codificación, puede que se vaya al Centro de Salud que le corresponde para que lo atiendan y diagnostiquen la lesión, luego ésta no se comunica para su codificación.

En lo relativo a “lesiones superficiales” si que es una codificación que se realiza sin necesidad de esperar que se haya definido la descripción de la lesión por parte del médico del trabajo o el médico de Atención Primaria. La mayoría corresponden a los accidentes biológicos (pinchazos, raspaduras, etc). Que se codifique como lesión superficial no significa que al trabajador/a se le haga un seguimiento o que pueda derivar en una enfermedad profesional.

Y “dislocaciones, esguinces y torceduras” junto a “esguinces y torceduras son debidas a la gran cantidad de caídas y resbalones, que en función del técnico que codifique la incluye en el primer apartado que es genérico o en el segundo, pues no hay unas directrices marcadas a priori.

Con esta última agrupación la gráfica quedaría:

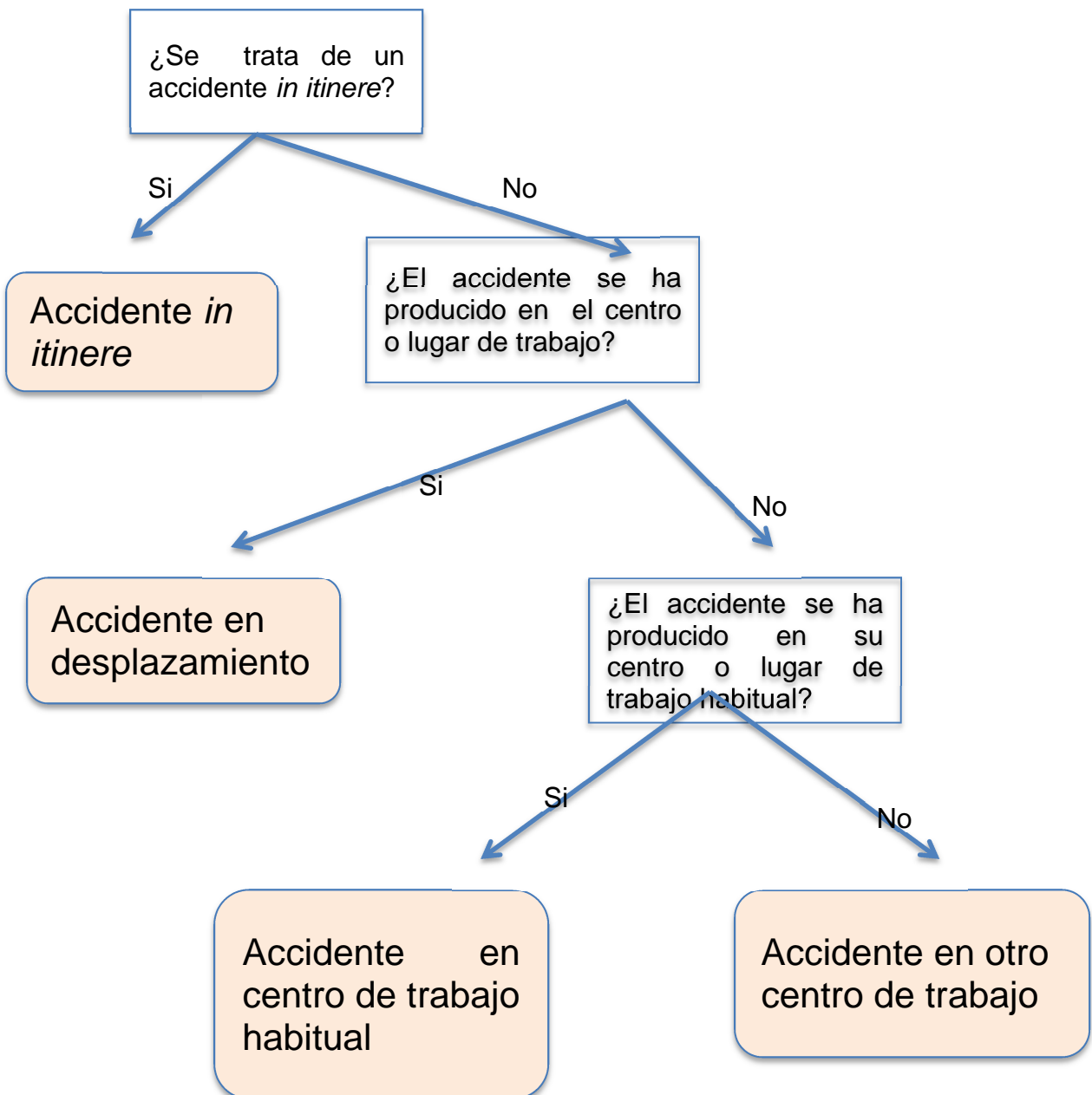


### 6.8. Variable Lugar del Accidente

Es necesario distinguir el tipo según el lugar donde ha ocurrido el accidente, en uno de los siguientes supuestos:

- a) Accidente en el centro o lugar de trabajo habitual
- b) Accidente en desplazamiento en su jornada laboral
- c) Al ir o volver del trabajo (Accidente *in itinere*)
- d) Accidente en otro centro o lugar de trabajo

Para la clasificación dentro del grupo adecuado, debe seguirse el siguiente esquema de decisión, teniendo en cuenta los conceptos que se encuentran a continuación del esquema:





**Accidente *in itinere*:** es el que sufre el trabajador en el trayecto entre su domicilio y el lugar de trabajo o viceversa.

El trayecto debe ser habitual y normal para el recorrido entre el domicilio o lugar de residencia y el lugar de trabajo y debe tener como finalidad principal y directa acudir o volver del trabajo.

#### Principio y fin del camino

El camino de ida hacia el trabajo comienza cuando el trabajador abandona su domicilio o lugar de residencia y entra en zonas comunes. De igual modo, el camino de ida finaliza cuando el trabajador atraviesa el perímetro que acota el centro o lugar de trabajo y por tanto sale de zonas comunes. Semejantes conceptos deben aplicarse a la inversa para los caminos de regreso. No hay accidentes *in itinere* cuando el camino no ha comenzado y ya ha terminado.

#### Trabajadores desplazados de su domicilio por motivos laborales

Los accidentes de trabajo que ocurran entre el lugar de alojamiento temporal del trabajador desplazado por motivos laborales y el centro o lugar de trabajo, o viceversa, se deben considerar como accidente en desplazamiento.

**Centro de trabajo y lugar de trabajo:** se entiende como centro de trabajo a una unidad productiva, con organización específica y que está dada de alta como tal ante la autoridad laboral.

Se incluye como parte de un centro de trabajo todas sus áreas de trabajo, servicios higiénicos, locales de descanso, locales de primeros auxilios (incluido locales, pasillos, escaleras, vías de circulación, etc.)

Los lugares de trabajo incluyen aquellos lugares donde se desarrollan habitualmente trabajos. Incluye a todos los centros de trabajo y también a otros lugares que no tienen tal consideración como industrias extractivas, campos de cultivo, lugares de la vía pública o al aire libre donde se realizan temporalmente trabajos, domicilios donde habitualmente se llevan a cabo trabajos, etc.

Los lugares a los que ocasionalmente se acude a prestar algún servicio, pero donde habitualmente no desempeñan labores profesionales, no se deben considerar lugares de

trabajo (por ejemplo, un domicilio durante un trabajo de instalación de mobiliario, que dura unas horas).

A efectos de la declaración Delt@, se excluyen como lugar de trabajo los medios de transporte (sean terrestres, aéreos o marítimos), al carecer de una ubicación fija.

Los accidentes de trabajo ocurridos en el lugar de trabajo, pero justo antes o después de la jornada laboral o bien durante una pausa de descanso, se deben clasificar también como accidente en centro o lugar de trabajo.

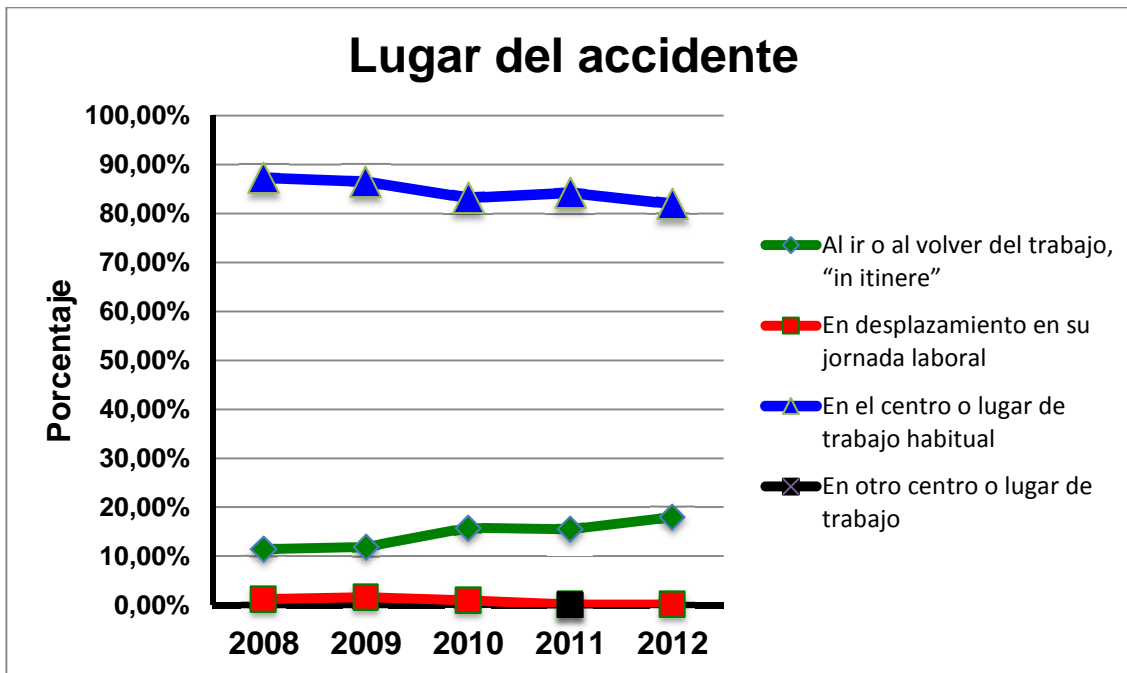
**Centro o lugar de trabajo habitual:** se debe entender como centro o lugar de trabajo habitual aquel lugar en el que el trabajador desempeña habitualmente las actividades de su puesto de trabajo.

No debe tenerse en cuenta la relación laboral del trabajador con la empresa (contrato indefinido o temporal), sino que debe tenerse en cuenta si el trabajador acude a dicho lugar de trabajo de manera continuada y con un carácter de permanencia.

Aunque lo común será el desempeño como mucho en un único lugar habitual, en algunos casos el trabajador puede desempeñar trabajos en más de un centro de trabajo habitual a la vez.

**Accidentes en desplazamiento:** son los accidentes durante el tiempo de trabajo que ocurren

- Fuera de centros de trabajo o lugares de trabajo.
- En centros o lugares de trabajo donde la víctima ha acudido por motivos ajenos a la prestación de un servicio relacionado con la actividad de dicho centro o lugar de trabajo.
- En lugares de trabajo en el extranjero.
- A bordo de medios de transporte (sean terrestres, aéreos o marítimos). Se consideran accidentes en desplazamiento aquellos que ocurren a bordo de medios de transporte, ya que estos lugares carecen de ubicación fija. Se exceptúa el caso en el que el medio de transporte en el que ocurre el accidente se encuentra ya dentro del centro de trabajo al que el trabajador acude a prestar un servicio.



A la vista de la gráfica anterior se observa que hay un incremento de los accidentes al ir o al volver del trabajo "in itinere" pero con una tendencia que se repite, es decir, de 2008-2009 es estable, de 2009-2012 hay un ligero incremento, de 2010-2011 vuelve a ser estable y entre 2011-2012 vuelve el ligero incremento.

El mayor porcentaje corresponde a "En el centro o lugar de trabajo habitual" ya que la mayoría de los trabajadores realizan su actividad en el propio centro de trabajo.

**Se plantea la discusión:** en qué apartado de la gráfica anterior podemos incluir los accidentes que ocurren a los trabajadores de los Servicios de Hospitalización domiciliaria, y el personal de Atención Primaria que realizan asistencia sanitaria a los usuarios/clientes en sus domicilios, por lo que realizan desplazamientos en su jornada laboral y los domicilios que visitan no se consideran centro de trabajo habitual.

Por lo tanto, ¿Se pueden incluir los accidentes que se produzcan bajo estas circunstancias en la clasificación "En desplazamiento en su jornada laboral"?

Si atendemos a las definiciones descritas en este apartado registradas en el documento "Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT)" editada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Podemos descartar dudas y afirmar que sí.

Y consultada la jurisprudencia al respecto nos sirve para reafirmarlo. Pues la jurisprudencia plantea que:

Hay ciertas actividades que requieren para su ejecución una movilidad constante del trabajador o desplazamientos más o menos esporádicos, en cumplimiento de las órdenes e instrucciones del empresario. No se tratan propiamente de accidentes *in itinere*, aun cuando son una consecuencia lógica o, si se prefiere, una ampliación o extensión más de los mismos; pues si la legislación entiende que a tales trayectos de ida y vuelta y a los riesgos que entrañan debe extenderse la protección proporcionada por la empresa, con mayor razón esta protección también se da cuando la prestación de los servicios y sus condiciones y circunstancias impiden al trabajador ese regreso. Si bien, en ocasiones, es ciertamente complicada su distinción del accidente *in itinere*, especialmente en los casos de viajantes, representantes de comercio, o con jornadas indeterminadas o flexibles.

Así, la jurisprudencia ha creado el denominado concepto de accidentes en misión, que comprende una amplia gama de posibilidades, como:

- Gestiones de trabajo.
- Trabajo en otra localidad.
- Encuentros con clientes.
- Llevar a trabajadores o al empresario a su domicilio con el coche de la empresa.
- Desplazarse al domicilio del gerente a requerimiento de éste, acompañando a otros trabajadores, para llevar ciertos productos, etc.

En realidad, no son más que accidentes laborales puros y simples, pues al igual que cumple su prestación de servicios el trabajador que se encuentra en su puesto dentro del recinto de la empresa, también lo hace escrupulosamente el que sale para desplazarse incluso a otras localidades por encargo o requerimiento empresarial.

Sin embargo, son una creación jurisprudencial y no están expresamente contemplados en las ampliaciones que realiza el legislador en el artículo 115 de la Ley General de Seguridad Social.

Y en el Proyecto [Delt@2](#) en el Epígrafe 3 apartado 46 dice:

2: En desplazamiento en su jornada laboral (Incluye desplazamientos fuera de un centro de trabajo, tanto ocasionales en cualquier actividad como habituales en aquellas actividades con puesto de trabajo móvil, – transportes, mantenimiento, vigilancia etc. También incluye accidentes ocurridos en centros de trabajo en el extranjero)

### **6.9. Variable accidente de tráfico**

Como indica la Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT) del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Se considera que el trabajador accidentado ha sufrido un accidente de tráfico si el accidente reúne las tres circunstancias siguientes:

1. Se produce, o tiene su origen, en vías o terrenos objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, que son:

- Vías y terrenos públicos aptos para la circulación, tanto urbanos como interurbanos.(Por ejemplo: autopistas, carreteras, travesías o calles).
- Vías que, sin tener la aptitud de las anteriores, son de uso común. (Por ejemplo: caminos agrícolas, pistas forestales).
- Vías y terrenos privados que sean utilizados por una colectividad indeterminada de usuarios.(Por ejemplo: aparcamiento de un establecimiento público para uso de los clientes, sea gratuito o de pago).

2. Está implicado al menos un vehículo en movimiento.☐A estos efectos no se consideran como vehículos: los coches de niño o de impedido (con o sin motor), los vehículos sin motor de pequeñas dimensiones (por ej.: las carretillas o carritos), los ciclos o ciclomotores cuando se conduzcan a pie, y los patines y artefactos parecidos.

3. El trabajador accidentado se encuentra en una de las siguientes circunstancias:

a) Es ocupante de un vehículo que se ha visto implicado en el accidente, bien por colisión con otro u otros vehículos, peatones, animales u otro obstáculo, o sin necesidad de colisión por salida de la vía, vuelco o cualquier otra circunstancia del tráfico que haya producido los daños en el ☐trabajador.

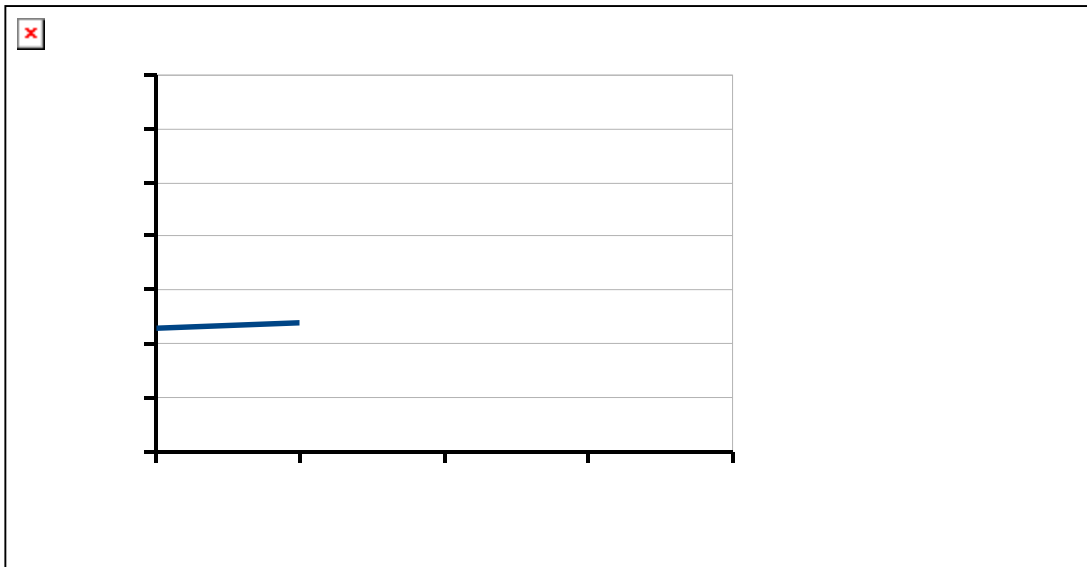
b) Ha sufrido los daños a consecuencia del accidente de tráfico como peatón, ☐ya sea

por atropello o por cualquier otra circunstancia del tráfico.

Por tanto, no se deben considerar como accidentes de tráfico los casos que ocurran fuera de los terrenos o vías indicadas en el punto 1:

- En terrenos o vías donde la circulación esté restringida a una colectividad determinada de usuarios. (Por ejemplo: aparcamiento para uso particular no abierto al público en general, lugares de acceso restringido por estar en obras o por cualquier otra circunstancia)
- A bordo de los siguientes tipos de vehículos:
  - Transportes sobre raíles o carriles, cuando circulen en viales para su uso exclusivo: Trenes, metros, tranvías, funiculares, teleféricos, ascensores, etc. (salvo cuando se trate de tranvías que circulen por una calle o carretera junto con otros tipos de vehículos y los trenes en un paso a nivel, que en estos casos sí se consideraría como accidente de tráfico).
  - Embarcaciones y otros vehículos de navegación por aguas marítimas o fluviales.
  - Aviones, helicópteros y aeronaves en general.
  - Maquinaria agrícola cuando se encuentre fuera de vías o terrenos  
•considerados en la definición de accidente de tráfico, en especial cuando  
•se encuentren desempeñando labores agrícolas.
  - Maquinaria industrial o de obras, para el transporte de cargas cuando se  
•encuentren fuera de las vías o terrenos considerados.

Con los datos obtenidos en los 5 años a estudio obtenemos:



Los accidentes de tráfico exclusivamente no son “in itinere”, también pueden ser “en desplazamiento en su jornada laboral”. En estos años analizados todos son “in itinere”.

Es interesante ver su evolución pero se puede ver que porcentaje representan dentro de este grupo.

Incluso siendo la tendencia de los accidentes in itinere creciente a lo largo de todo el periodo analizado, podemos ver que el porcentaje que corresponde a accidentes de tráfico dentro de los accidentes in itinere va incrementando durante 2008-2010, pero se produce una disminución de un 10% en el año 2011, y luego durante el 2012 vuelve a incrementarse.

Uno de los puntos importantes a analizar durante todo este periodo de 5 años es el cambio de ubicación del Hospital, debido al trastorno que puede producir esto en los trabajadores y el cambio de hábito/adaptación de desplazamiento.

El Hospital de origen tiene una antigüedad de 50 años, la mayoría de sus trabajadores tienen su residencia próxima al hospital por lo que el desplazamiento lo puede realizar andando o si su residencia está en poblaciones cercanas con una red de medios de transporte que facilita el desplazamiento.

Con el cambio de ubicación del Hospital, ha sido un problema importante para los trabajadores, pues ha sido construido en un distrito diferente, a una distancia aproximada de 6 km en referencia al anterior, pero los medios de transporte en esta zona son escasos

y los trabajadores que antes se desplazaban andando ahora han de hacerlo en el autobús, les cuesta una media de 45 a 60 minutos y ante esto muchos deciden utilizar los vehículos particulares.

Pero incluso con estos condicionantes los accidentes de tráfico no han incrementado, sino que son menores que los producidos en el año del que parte el estudio.

El incremento de los accidentes in itinere sobre todo se ha producido por caídas, resbalones, tropezones, subidas y bajadas del autobús, al salir del vehículo, etc.

### **6.10. Variable baja laboral**

La Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT) del Ministerio de Empleo y Seguridad Social dice: antes de comenzar a rellenar un parte de accidente de trabajo con baja conviene establecer si se trata de un accidente de trabajo o de una recaída.

Se considera **recaída** la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente con baja anterior, independientemente del tiempo que haya transcurrido desde el accidente. En estos casos debe consignarse como fecha de ocurrencia la del accidente que la originó.

En los casos de recaídas donde el proceso de incapacidad temporal se ha visto interrumpido por periodos de actividad laboral (tiempo en alta laboral) superior a 180 días, la normativa de Seguridad Social sobre incapacidad temporal establece que se debe iniciar un proceso de incapacidad temporal nuevo, aunque se trate de la misma o similar enfermedad. No obstante, a efectos de la notificación del accidente de trabajo, debe realizarse como recaída en estos casos. Los datos económicos a consignar podrían variar respecto a los indicados en el proceso de incapacidad temporal anterior.

Los datos que deben consignarse en el parte de recaída deben hacer referencia a las circunstancias que acontecen a la fecha de recaída, no siendo correcto reproducir sin más la información que se declaró en el parte del accidente correspondiente a la primera baja, sin perjuicio de que en determinados campos de ambas partes la información pueda coincidir.



El parte de accidente de trabajo con baja se debe cumplimentar obligatoriamente en aquellos accidentes de trabajo o recaídas 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<sup>1</sup>, y en los casos en los que se produzca el fallecimiento de la víctima.

En los casos en los que la reincorporación del trabajador al puesto se produzca el mismo día del accidente o al día siguiente, la comunicación no se realizará a través del parte de accidente de trabajo sino a través de la relación de accidentes de trabajo sin baja.

En los casos en los que se produce la baja médica, pero la fecha de alta es la misma que la fecha de baja, el accidente de trabajo se notifica a través de la relación de accidentes de trabajo sin baja.

La responsabilidad de la cumplimentación del parte de accidente recae en el empresario<sup>2</sup> 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 cumplimentación y remisión del parte de accidente la pueden realizar por sí mismos la empresa o trabajador por cuenta propia, o bien se puede llevar a cabo a través de representante (gestoría, graduado social, etc.).

El plazo para la cumplimentación del parte de accidente de trabajo es de cinco días hábiles<sup>3</sup> desde la fecha en que ocurrió el accidente o desde la fecha de baja médica. La legislación establece que la falta de comunicación en tiempo y forma del accidente de trabajo constituye infracción leve o grave<sup>4</sup>, dependiendo de la gravedad del accidente,

---

<sup>1</sup> Artículo 3.a) de la Orden Ministerial de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre de 1987, por la que se dan instrucciones para la cumplimentación y tramitación de los modelos de notificación de accidentes de trabajo.☐

<sup>2</sup> Artículo 23.3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

<sup>3</sup> Artículo 3.a) de la Orden Ministerial de Trabajo y Seguridad Social de 16 de diciembre de 1987, por la que se dan instrucciones para la cumplimentación y tramitación de los modelos de notificación de accidentes de trabajo.

<sup>4</sup> Según Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

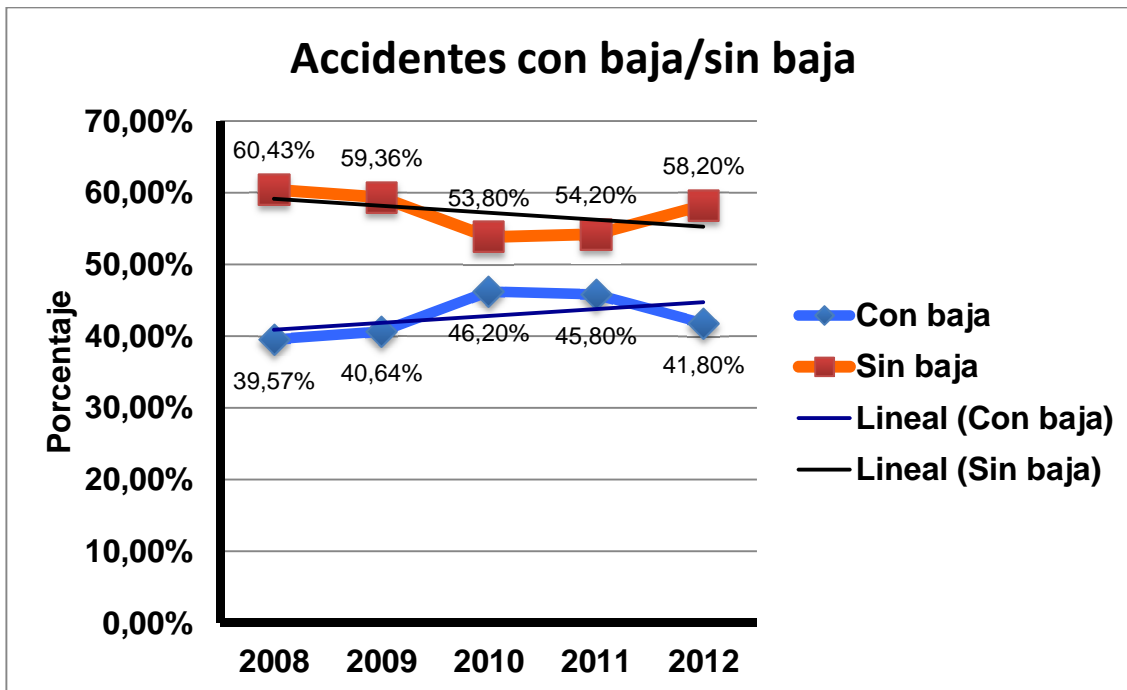
pudiendo acarrear las correspondientes sanciones en su caso.

La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoriamente e íntegramente a través del aplicativo Delt@. Las Comunidades Autónomas de Cataluña y País Vasco han establecido otros procedimientos que se utilizan como alternativa a Delt@, si bien los partes de accidentes de trabajo aceptados en estos sistemas se remiten al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para su tratamiento estadístico.

El Sistema Delt@ envía automáticamente todos los partes de accidente firmados por el empresario o trabajador por cuenta propia a la Entidad Gestora o Colaboradora que se indique en el parte de accidente como responsable de la cobertura de la contingencia.

Una vez que la Entidad Gestora o Colaboradora recibe el parte de accidente, debe examinar si procede su aceptación, en ese caso dispone de un plazo de diez días hábiles para trasladar el parte de accidente a la autoridad laboral de la provincia donde radique el centro de trabajo del trabajador accidentado. Para ello, debe comprobar que la información contenida es correcta y si se advierten errores el parte de accidente debe subsanarse por la mutua o devolverse a la empresa (indicando el motivo de la devolución en la casilla correspondiente) para que subsane estos errores en el plazo de cinco días.

La Autoridad Laboral finaliza el proceso de tramitación si acepta el parte de accidente. En su caso puede proceder a la devolución a la Entidad Gestora o Colaboradora, explicando el motivo de la devolución en la casilla correspondiente. Cuando el parte de accidente es aceptado por la Autoridad Laboral, termina el procedimiento, y se da traslado del parte de accidente firmado por sus tres actores (empresa, Entidad Gestora o Colaboradora y Autoridad Laboral) a la correspondiente Unidad Provincial de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y a la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.



En la gráfica podemos ver que a lo largo de los 5 años los accidentes sin baja son superiores a los con baja, como ya hemos comentado anteriormente, debido a la actividad sanitaria se producen accidentes biológicos y la gran parte de ellos cursan sin baja; aunque un porcentaje muy bajo debido al contacto con fluidos biológicos contaminados precisan un tratamiento, el cual suele producir efectos secundarios y por lo tanto la baja laboral del trabajador.

La línea de tendencia indica un descenso de los accidentes sin baja y un ascenso de los con baja.

#### 6.11. Variable Relación Laboral

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece los criterios para la clasificación del personal estatutario, basados en las funciones a desarrollar y en los niveles de titulación. Así como la figura del personal fijo y temporal, cuya importancia y necesidad en el sector sanitario deriva de la exigencia de mantener permanente y constantemente en funcionamiento los distintos centros e instituciones.

En su Artículo 8. **Personal estatutario fijo.**

Es personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

**Artículo 9. Personal estatutario temporal.**

1. Por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal.

Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución.

2. El nombramiento de carácter **interino** se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.

Se acordará el cese del personal estatutario interino cuando se incorpore personal fijo, por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, a la plaza que desempeñe, así como cuando dicha plaza resulte amortizada.

3. El nombramiento de carácter **eventual** se expedirá en los siguientes supuestos:

a) Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.

b) Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.

c) Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro.

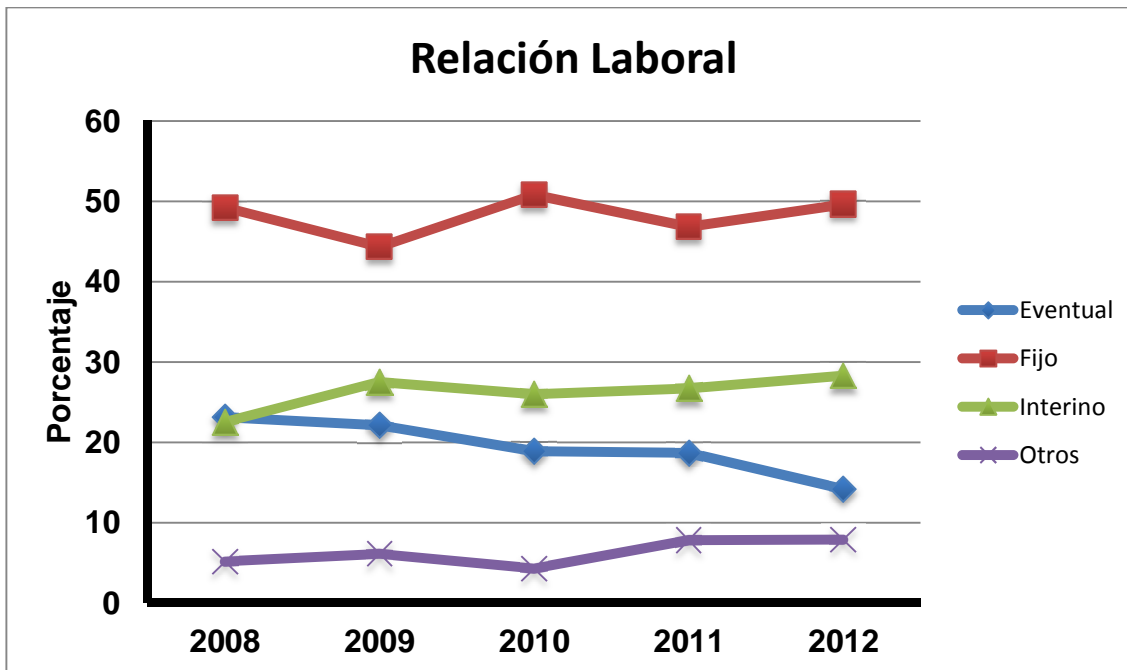
4. El nombramiento de **sustitución** se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Se acordará el cese del personal estatutario sustituto cuando se reincorpore la persona a la que sustituya, así como cuando ésta pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza o función.

5. Al personal estatutario temporal le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo.

Cuando codificamos esta variable de cada accidente ocurrido con la clasificación descrita, nos encontramos con los que ocurren a personal que tiene contrato en periodo de formación (Médicos Internos Residentes, Enfermeros Internos Residentes, Biólogos Internos Residentes, etc) no los incluimos en ninguno de los epígrafes anteriores sino que se registran como "Otros".

Así pues, de los resultados analizados obtenemos:



A la vista de la gráfica, el mayor porcentaje de accidentes corresponden a trabajadores estatutarios “**fijos**”.

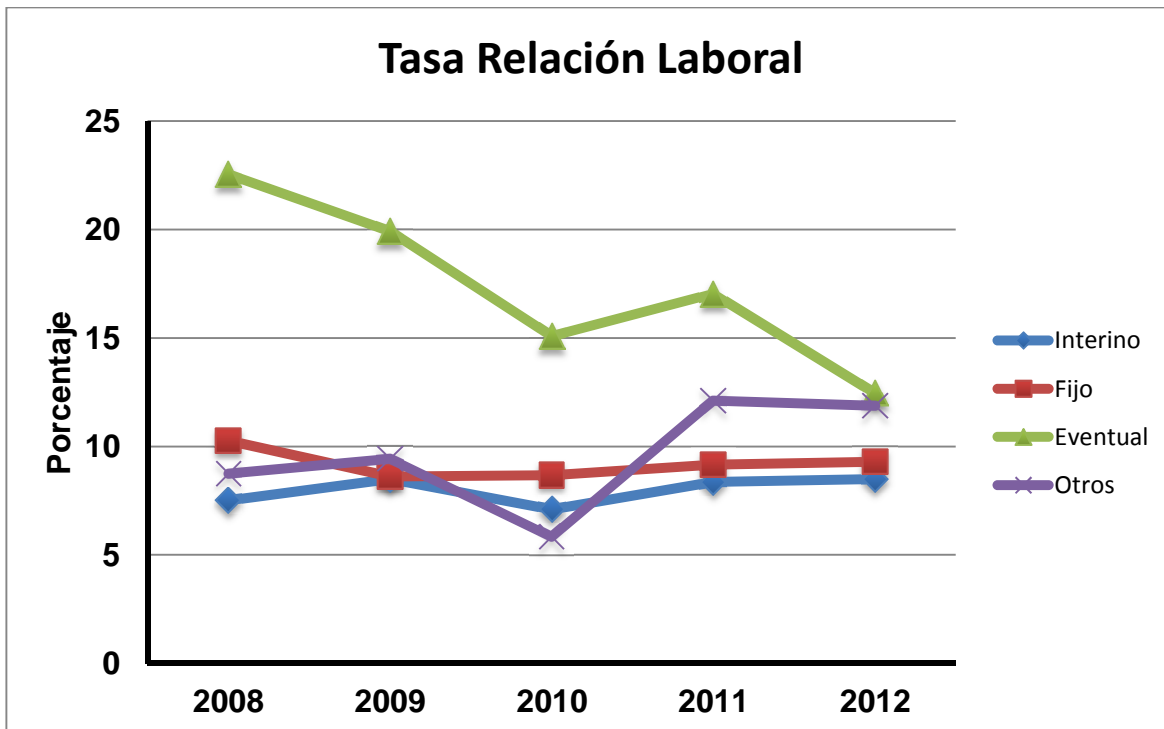
Los datos correspondientes a los trabajadores “**interinos**” la tendencia indica un aumento paulatino hasta el 2012.

En cuanto al personal “**eventual**” la tendencia es descendente con un descenso muy pronunciado durante el año 2012.

Y en el caso de “**Otros**” durante el año 2011 hay un incremento que se mantiene estable a lo largo del 2012.

A la vista de la gráfica se puede decir que hay más número de accidentes que han sufrido los trabajadores cuya relación laboral es “fijos”.

En la siguiente representación reflejamos esos accidentes que se han producido pero calculamos la tasa, es decir, el número de accidentes de cada relación laboral en función del número de trabajadores fijos, interinos, eventuales y otros.



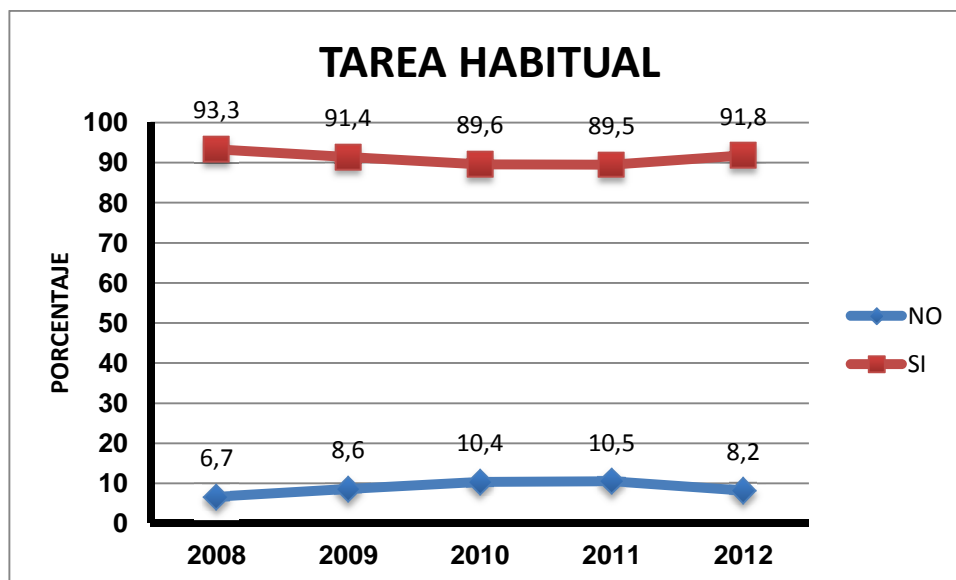
Ahora a la vista de estos resultados si que podemos afirmar que son los trabajadores “eventuales” los que más se han accidentado, cuando en la primera gráfica los resultados no eran relevantes era si hablamos de clasificación en tercer lugar.

Incluso los trabajadores catalogados como “otros” en el año 2009, 2011 y 2012 superan a los “fijos”, cuando al representar los porcentajes sobre el total de accidentes estaban por encima de cualquier otro tipo de clasificación.

### 6.12. Variable Tarea Habitual

Antes hemos visto el porcentaje de accidentes que ocurrían en el centro o lugar de trabajo habitual. Tal y como indica la gráfica lo desglosamos en si es realizando la tarea habitual que durante los 5 años oscila entre el 89,5% y el 93,3% como era esperable. Y entre el

6,7% y el 10,5% se producen dentro de las propias instalaciones del hospital o centros del Departamento.



### 6.13. Variable Servicio

Con esta variable podemos plantear dos posibilidades:

1.- Analizar la variable "Servicio", en función a la distribución estructural del Hospital, tal y como se ha ido codificando hasta el momento del cambio de ubicación, que como hemos visto en el plano tiene varios edificios dedicados a la asistencia sanitaria y que cada uno de ellos es como un Hospital individual, es decir, cada edificio tiene unos pacientes asignados en función de las patologías a tratar (Hospital General, Hospital Maternal y Hospital Rehabilitación) o de un rango de edad determinado (Hospital Infantil).

Asimismo, existen otros edificios como son el Centro de Investigación, Almacenes Generales, Pabellón de Gobierno, Escuela de Enfermería-Centro de Extracciones, Lavandería y también el colectivo del personal de mantenimiento que realiza tareas por todo el recinto hospitalario (codificado como Hospital La Fe).

Y continuar con el análisis en el nuevo hospital y ajustándolo a la nueva distribución, la mayoría de los Servicios permanecen con el mismo nombre, pero hay salas de



hospitalización que antes estaban separadas y ahora en una misma sala han aunado varias de las anteriores.

Este análisis se puede hacer, con el problema que conlleva, pues el cambio no se produce en una fecha determinada ya que se ha producido paulatinamente. En primer lugar se realiza el cambio de ubicación de todas las consultas externas y posteriormente se fueron desplazando las Unidades de hospitalización, Unidades de Críticos y Servicios Centrales.

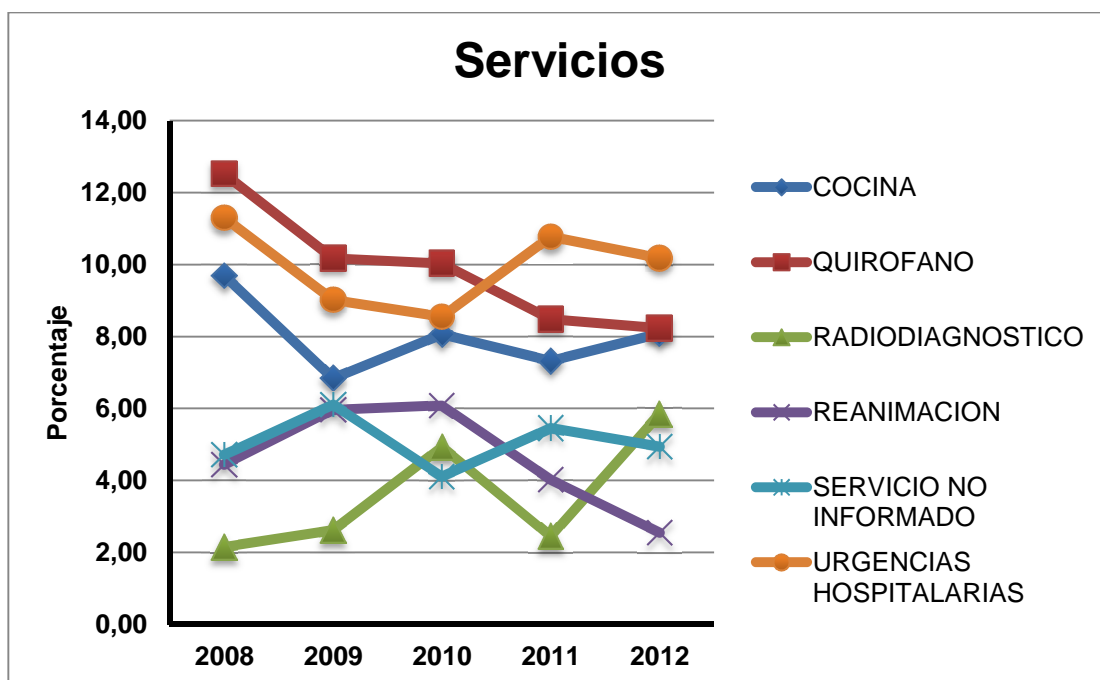
A partir de febrero de 2011 si que se ha producido el traslado del Hospital a las nuevas instalaciones, quedando el antiguo con servicios que a fecha de 31 de diciembre de 2012 todavía no se ha producido el cambio debido a que el edificio donde van ubicados no se han terminado las obras.

2.-Hacer el análisis con la distribución que existe actualmente, intentando trasladar los datos anteriores al traslado y ajustarlos lo máximo posible a la nueva distribución.

Y sin tener en cuenta las características estructurales y de lugares de trabajo, así como trabajadores que estaban ubicados en un Servicio y en el nuevo Hospital están en otro.

Por lo que la opción elegida es la segunda. La tabla resultante es muy amplia por lo que el criterio a seguir es representar los Servicios con un porcentaje de accidentes superior al 5%. Esto no significa que la tasa de accidentalidad de dichos Servicios sea más alta que en otros que el porcentaje de accidentes sea más bajo. Pues para poder hacer dicha afirmación deberíamos ver que tasa resulta del total de accidentes en relación a la plantilla de dicho Servicio.

La representación gráfica resultante es la siguiente:



Como se puede observar la gráfica incluye Servicios que a lo largo de los 5 años a estudio o superan en todos el 5% o en alguno de ellos.

Los Servicios donde se han registrado más accidentes son Quirófano y Urgencias Hospitalarias, que a lo largo del año 2010 y 2011 tienen un descenso importante y curiosamente en el año 2010 hay un punto de inflexión y en Urgencias se produce un ascenso considerable mientras que en Quirófano sigue el descenso.

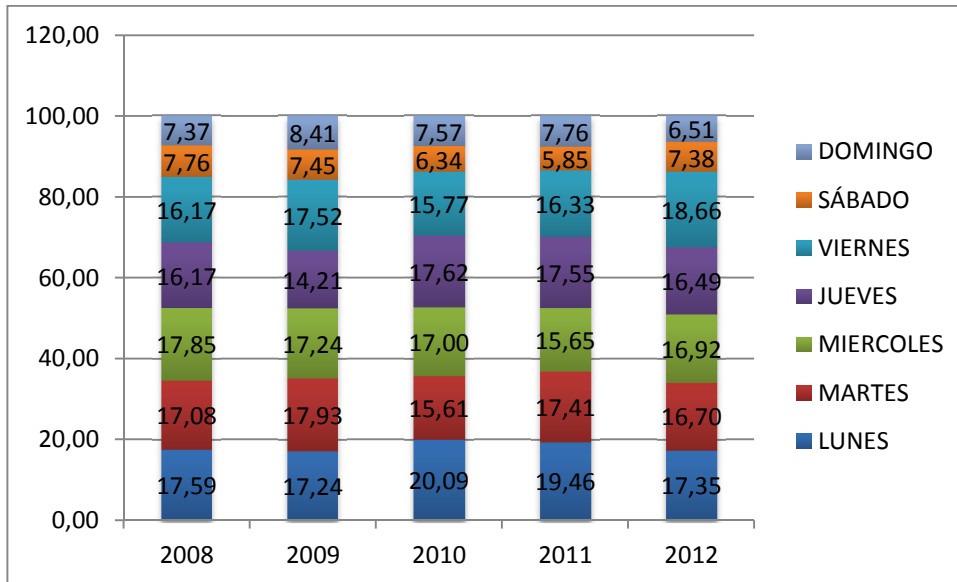
Por otro lado llama la atención la accidentalidad en el Servicio de Cocina porque aunque durante el año 2009 se produce un descenso luego la tendencia es al alza siendo todavía en 2012 aproximadamente un 8%.

#### 6.14. Variable Día de la Semana

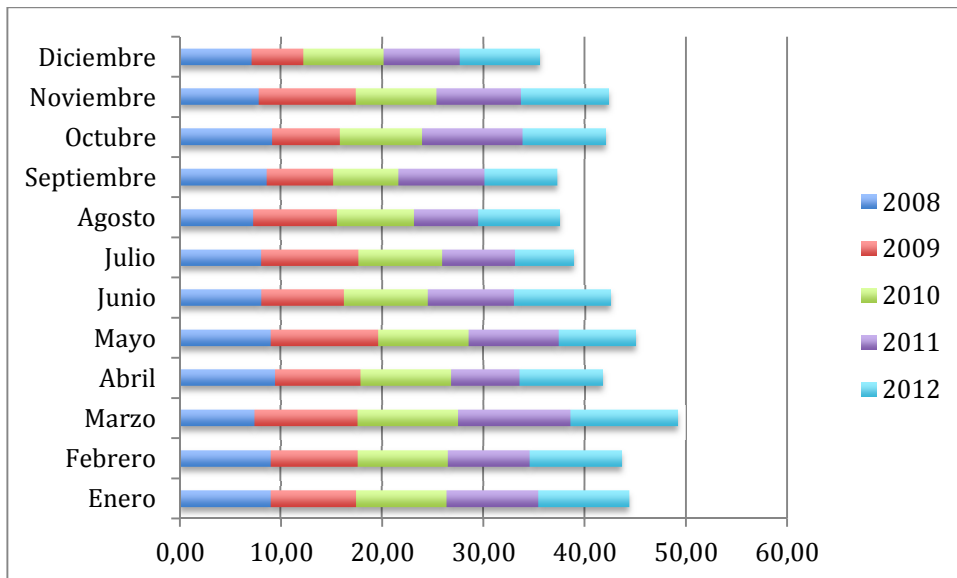
En la gráfica podemos ver que no despunta ningún día de la semana en la que se produzcan más accidentes de trabajo.

La diferencia está en los porcentajes más bajos los sábados y los domingos, esto es debido a que la actividad sanitaria se realiza los 365 días del año, pero estos dos días y los festivos el volumen de trabajadores es mucho más reducido que de lunes a viernes, e

incluso hay servicios que no tienen actividad estos días. Por ello, a la vista de los datos no podemos decir que los sábados, domingos y festivos se producen menos accidentes.



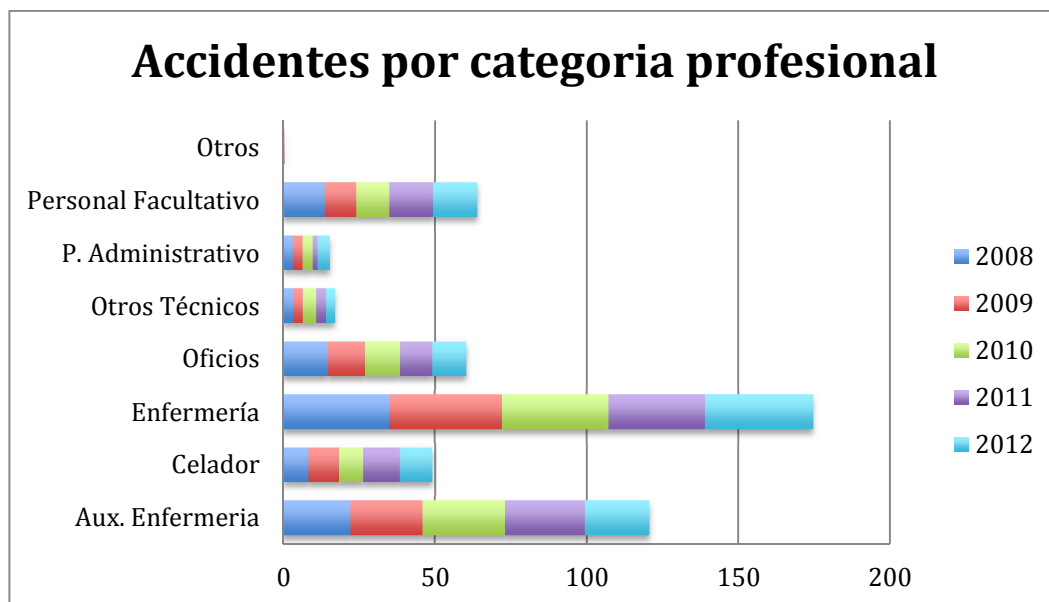
### 6.15 Variable Fecha del accidente



Se observa que en el mes de marzo hay un pequeño incremento con respecto a los demás meses. Los meses que se producen menos accidentes son los meses de verano

(julio, agosto y septiembre) y el de diciembre. En esos meses baja la actividad y el nº de trabajadores.

### 6.16. Variable Categoría Profesional

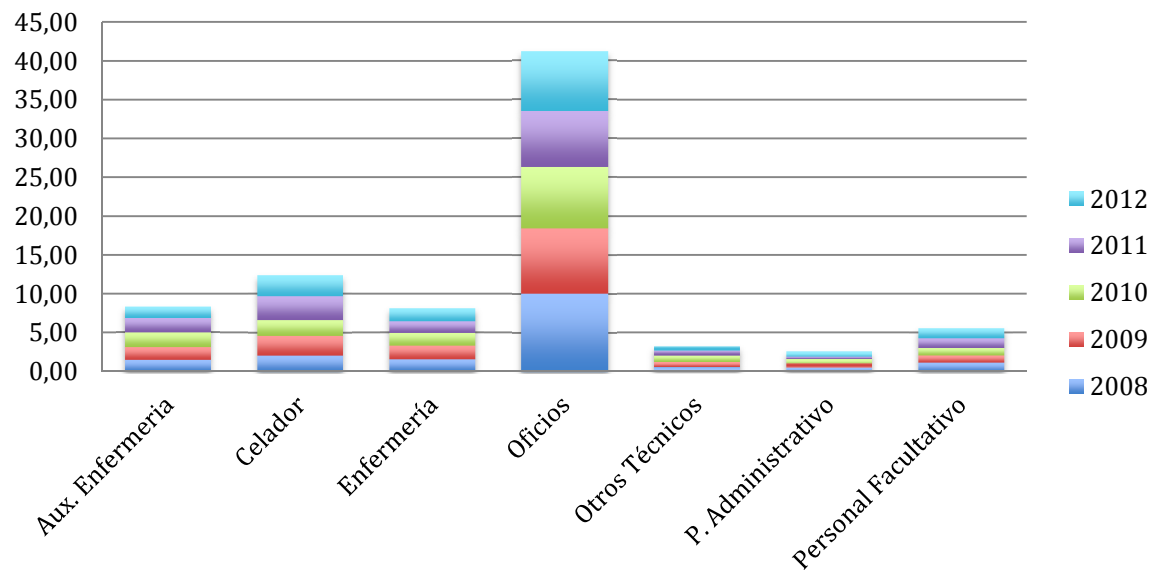


Se observa que las profesionales que más se accidentan son las enfermeras, seguidas de las auxiliares de enfermería y en tercer lugar el personal facultativo. Llama la atención la cantidad de accidentes el personal de oficio que se accidenta, pues el nº de trabajadores expuesto es menor.

Ahora cuando calculamos la accidentalidad por categoría profesional pero en función del personal expuesto, el perfil cambia totalmente, se observa con una tasa de accidentes muy elevada al personal de oficio.

Podemos decir que el personal de oficio es el que más se accidenta, estos resultados se mantienen a los largo de los 5 años analizados.

## Acc. categoria profesional/personal expuesto



## 7. ACCIDENTES BIOLÓGICOS



Los trabajadores en el sector sanitario corren riesgo de sufrir lesiones producidas por jeringuillas y por instrumentos cortantes y punzantes (cortes, pinchazos), así como salpicaduras en mucosas de material biológico. Estas lesiones y los contactos cutáneo-mucosa son tanto más preocupantes cuanto que se pueden infectar por virus, bacterias, hongos y otros microorganismos transmitidos por vía sanguínea.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) recomienda, que ante una sospecha de existencia de exposición a agentes biológicos en el lugar de trabajo se realice una evaluación del riesgo del trabajador, el establecimiento de medidas higiénico- técnicas y un control sanitario.

Para conseguir una eficaz reducción de la accidentalidad biológica necesitamos una exhaustiva evaluación de los riesgos biológicos existentes y de los accidentes biológicos ocurridos con el objetivo de obtener la máxima información en cuanto a las características de estos y de esta forma adoptar las medidas y decisiones apropiadas acordes a los riesgos detectados.

Desde el punto de vista preventivo, la accidentalidad laboral no es un evento fortuito, siempre existen factores que aumentan el riesgo de aparición de accidentes. Es por ello que el paso siguiente a la identificación de los riesgos es determinar sus causas principales o factores de riesgo que



pueden producir su materialización.

Para definir que se entiende por agentes biológicos, el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, en su artículo 2 dice:

“A efectos del presente Real Decreto se entenderá por:

- a) Agentes biológicos: microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.
- b) Microorganismo: toda entidad microbiológica, celular o no, capaz de reproducirse o de transferir material genético.
- c) Cultivo celular: el resultado del crecimiento «in vitro» de células obtenidas de organismos multicelulares.”

Para entender como se desencadena el proceso infeccioso en el organismo cabe describir que se entiende por cadena epidemiológica de los procesos infecciosos. La cadena epidemiológica es la secuencia de elementos que se articulan en la transmisión de un agente desde una fuente de infección a un huésped susceptible. Los componentes de la cadena son el agente infeccioso, la fuente de infección, la puerta de salida, el mecanismo de transmisión, la puerta de entrada y el huésped susceptible.

Los agentes biológicos capaces de producir enfermedad en el hombre pueden ser muy diversos, entre ellos encontramos virus, bacterias, hongos o esporas, endotoxinas, etc. Como vías de transmisión de estos agentes infecciosos encontramos la parenteral (corriente sanguínea), la cutánea (piel abierta), las membranas mucosas, el tracto digestivo y la vía respiratoria.

En las exposiciones biológicas producidas en el sector sanitario la fuente de la infección es el paciente potencialmente infectado por algún agente patógeno transmisible con el cual se accidenta el trabajador.

Las exposiciones accidentales a riesgos biológicos incluyen aquellos accidentes en los que se ha producido una inoculación de líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, sinovial, pericárdico, amniótico, pleural y fluidos vaginales) a través de pinchazos o cortes o bien en contacto con mucosas, piel dañada o no intacta. Cuando el epitelio de la piel está íntegro, resulta impenetrable para los microorganismos, quedando limitadas las

infecciones a los folículos pilosos y a las glándulas sudoríparas. El problema aparece cuando se pierde esta integridad a consecuencia de una lesión como puede ser un pinchazo, un corte o una abrasión, lo que supone una puerta de entrada al interior del organismo. Por otra parte, las mucosas (conjuntival y oral) son zonas muy vascularizadas con gran capacidad de absorción con lo que las salpicaduras en estas zonas pueden ser también puertas de entrada para los agentes biológicos.

El mecanismo de transmisión de la infección será el medio o sistema que facilita el contacto del agente infeccioso de forma directa con el sujeto receptor. La transmisión indirecta se puede producir por un vehículo (por ejemplo instrumental quirúrgico), por un vector (por ejemplo un mosquito) o por el aire (por ejemplo gotitas respiratorias).

También será necesario que exista un huésped susceptible para que se produzca la infección y se desarrolle posteriormente la enfermedad. Esto quiere decir que, en función de la inmunidad previa al contacto, como vacunaciones (inmunidad artificial) o características personales (inmunidad natural), el individuo desarrollará o no la enfermedad. Entendemos por inmunidad al conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a la agresión producida por agentes infecciosos.

La transmisión puede producirse de persona a persona como ocurre en centros sanitarios, educativos, penitenciarios, etc., de animal a persona como es el caso de las conocidas zoonosis que tienen lugar en centros veterinarios, ganadería, personal de laboratorio, etc., y transmisión a través de objetos o material contaminado en personal sanitario, de limpieza, saneamiento público, mineros, cocineros, etc.

Son muchos y diversos colectivos con riesgo de accidente con material biológico, veterinarios, investigadores, microbiólogos, trabajadores agrarios, laboratorios, eliminación de residuos, fabricación de productos químicos, industria alimentaria, y farmacéutica, etc., pero es sin duda el personal sanitario, el sector más afectado por los accidentes biológicos.

Cuando se habla de trabajador del ámbito sanitario expuesto se hace referencia a la persona cuyo trabajo se desarrolla en el campo de la atención sanitaria, en contacto directo con el paciente, con sangre, tejidos y fluidos corporales, aparatos, equipos y superficies posiblemente contaminadas, es decir, médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos, celadores, personal de limpieza, etc.



En el caso de los trabajadores sanitarios no existe una intención deliberada de manipular agentes biológicos ni de estar en contacto directo con estos, sino que son exposiciones incidentales al propósito principal del trabajo, lo cual no impide que el personal sanitario sea el colectivo con mayor riesgo de accidentalidad biológica.

El primer paso y más importante es la concienciación del trabajador de la importancia de la notificación de los accidentes. Por ello, el protocolo de notificación debe ser divulgado y conocido por todos los trabajadores, en él se debe contemplar las actuaciones a seguir sea cual sea la hora en que se produzca y con independencia del día, tanto si es festivo como si no, es decir, durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

El Departamento Valencia La Fe tiene a disposición de todos sus trabajadores en la intranet el “Circuito de actuación ante una exposición accidental ocupacional a material biológico” siguiente:

## CIRCUITO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

### MEDIDAS INMEDIATAS

- Medidas sanitarias locales:**
  - Ante pinchazo accidental, se procederá al lavado con agua y jabón, se dejará que fluya la sangre y se aplicará antiséptico. No aplicar cáusticos (lejía).
  - Ante salpicaduras en mucosas, se deberá lavar con agua abundante o suero fisiológico.
  - Ante salpicadura ocular, deberá procederse a la irrigación durante 10 minutos con suero fisiológico.
- Cumplimentación CAT:** El mando intermedio deberá cumplimentar, con carácter urgente, el Comunicado de Accidente de Trabajo (CAT) y se lo entregará al profesional sanitario accidentado.
- Asistencia sanitaria:** Se deberá acudir al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o al Servicio de Urgencias, de acuerdo al siguiente esquema, según día y hora de la exposición.

Días laborales, de 8:00  
a 15:00 horas

Días laborales de 15:00  
a 08:00 horas, fines de  
semana y días festivos

### SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1. El profesional sanitario accidentado acudirá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, con carácter urgente.
2. Dicho profesional deberá aportar los datos del paciente fuente y el CAT.
3. Se solicitará la serología urgente de:
  - a. Paciente fuente.
  - b. Profesional sanitario expuesto.
4. Se realizará la valoración del riesgo de infección del profesional sanitario expuesto.
5. Se iniciará la profilaxis post-exposición (PPE) si estuviere indicada.
6. Se realizará el seguimiento del profesional sanitario accidentado.

### SERVICIO DE URGENCIAS (FACULTATIVO INTERNISTA DE GUARDIA)

1. El profesional sanitario accidentado acudirá al Servicio de Urgencias, con carácter urgente.
2. Dicho profesional deberá aportar los datos del paciente fuente.
3. Se solicitará la serología urgente de:
  - a. Paciente fuente.
  - b. Profesional sanitario expuesto.
4. Se realizará la valoración del riesgo de infección del profesional sanitario expuesto.
5. Se iniciará la profilaxis post-exposición (PPE) si estuviere indicada.
6. Se remitirá al Servicio de Prevención de riesgos laborales para el seguimiento del profesional sanitario accidentado, el primer día laborable, en horario de mañana, con el CAT.



Podemos decir que la peculiaridad del accidente biológico con respecto al accidente general radica en que ha de comunicarse lo más pronto posible por el daño a la salud que puede generar debido a que cada persona tiene una susceptibilidad individual, que explica por qué algunas enferman cuando entran en contacto con determinado agente biológico, mientras que otras no (en

función de su inmunización previa, de vacunaciones u otras características personales).

Una vez se ha realizado la notificación lo primero es la asistencia sanitaria, la cual conlleva la valoración del accidente, y la catalogación como tal si procede, así como la prescripción de la realización de las pruebas serológicas pertinentes y en función de sus resultados el establecimiento o no de las pautas de seguimiento y el tratamiento a seguir si procede.

Cuando nos referimos a la comunicación lo antes posible es debido al VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), si el trabajador ha tenido la exposición accidental con un paciente VIH+, se le ha de pautar un tratamiento que cuantas más horas pasan menor es su efectividad, por lo que éste se ha de suministrar antes de las 6 horas siguientes al suceso.

Además se ha de realizar la notificación en el Registro de Exposiciones Accidentales (REBA) creada y regulada por la ORDEN 12/2011, de 30 de noviembre, del Conseller de Sanidad, por la que se regula el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales de la Comunitat Valenciana, dependiente de la Dirección General de Investigación y Salud Pública.

En su Art. 1 dice: La presente orden tiene por objeto establecer un sistema de registro y vigilancia unificado de las exposiciones laborales accidentales a agentes biológicos de

todos los empleados de los centros y establecimientos sanitarios públicos y de los trabajadores de los privados, a través de la creación del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales de la Comunitat Valenciana.

Y en su Art 3: El Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales de la Comunitat Valenciana tiene como finalidad monitorizar las exposiciones laborales accidentales a agentes biológicos en los trabajadores de los centros sanitarios de la Comunitat Valenciana, proporcionando información que permita conocer sus características y tendencias, la identificación de grupos y materiales de riesgo y la evaluación de las intervenciones preventivas, así como facilitar la atención y seguimiento de los trabajadores afectados.

Por otra parte, la parte Técnica del Servicio de Prevención comenzará la investigación del accidente. Con la investigación se persigue conocer los hechos sucedidos para deducir las causas que los han producido, para que la visión y las recomendaciones para su eliminación o minimización sean relacionadas a las causas que los han producido y evitar casos similares.

La justificación normativa de todo este proceso:

- Art. 16.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales:  
*“La evaluación de los riesgos se revisará, si fuera necesario, con ocasión de los daños para la salud que se hayan producido”*
- Art. 16.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales:  
*“Cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores el empresario llevará a cabo una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de estos hechos”*
- Entre las líneas que se perfilan en el Plan Estratégico para la mejora continua de la Seguridad y Salud Laboral de los empleados públicos de la Generalitat 2009-2012, se incluye la necesidad de **realizar un estudio anual para analizar la siniestralidad laboral** y su evolución, con el objetivo de “la reducción constante de la siniestralidad laboral y las enfermedades profesionales”.

En coherencia con lo anterior, una de las acciones previstas en el documento de Propuestas de actuación en Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de

Sanitat (Septiembre 2007) es hacer un seguimiento anual de la siniestralidad, para orientar las actuaciones preventivas.

- La Directiva 2010/32/UE, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario, da de plazo hasta el 13 de enero de 2013 para que los estados miembros tomen las medidas contenidas en el Acuerdo Marco, entre ellas **aplicar procedimientos seguros, proporcionar dispositivos médicos que incorporen mecanismos de protección integrados, y prohibir la práctica del reencapsulado.**

Los resultados de los accidentes biológicos investigados durante los años 2008-2012, están representados en las tablas siguientes con la misma estructura: servicios en los que se han registrado los accidentes, categorías profesionales y distinción dentro de la catalogación de accidente biológico entre percutáneo (pinchazos, cortes) y cutáneo-mucosa (salpicaduras).

Accidentes (percutáneo y cutáneo-mucosa) por servicios y categorías 2008

SERV	ENF		AUX. ENF		FAC		T. ESP		TOTAL		OBS
	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	
Anat. Pat.							1		1	0	
Anestesiastas									0	0	
C. Ext	2		1						3	0	
Cirujanos infantiles										0	
Cirujanos Plásticos										0	
COT										0	
Esp. Quirúrgicas						1			0	1	
Espec. Médicas						2			0	2	
Esterilización			2						2	2	
Farmacia	1								1	0	
FEA Mater										0	
H. Día	3		1	1					4	1	
Hemodinámica	1								1	0	
Hospitaliz	32	3	10	2					42	5	
Imagen						1				1	
Laboratorios/BS	4	2					2	1	6	3	
Lavandería											
MIR					27	5			27	5	
Neonatos + UCI neonat	6		1						7	0	
Paritorios	5	2	2						7	2	MATRONAS
Primaria	9								9	0	
Quemados	2								2	0	
Quirófanos	22	1	9						31	1	
REA adultos	10	4	1						11	4	
UCI pediát	1			1					1	1	
UCIs adultos	2		3	1					5		
Urgencias	13		6						19	0	
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>5</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>1</b>			

Accidentes (percutáneo y cutáneo-mucosa) por servicios y categorías 2009											
SERV	ENF		AUX. ENF		FAC		T. ESP		TOTAL		OBS
	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	
Anat. Pat.			2		1		2		5		
Anestesiastas											
C. Ext											
Cirujanos infantiles											
Cirujanos Plásticos											
COT											
Esp. Quirúrgicas					10	2			10	2	
Espec. Médicas					2				2		
Esterilización											
Farmacia			1						1		
FEA Mater											
H. Dia	2								2		
Hemodinámica			1						1		
Hospitaliz	45	6	8	1					53	7	
Imagen	2		2						4		
Laboratorios/BS	4						2		6		
Lavanderia	1										
MIR					26	2			26	2	
Neonatos + UCI neonat	5		2						7		
Paritorios	5	2	5	1					10	3	
Primaria	16	1	4		2	2			23	3	
Quemados	1	1							1	1	
Quirófanos	22		7	1					29	1	
REA adultos	4		5	1					9	1	
UCI pediát	1	1	1		1				3	1	
UCIs adultos	2	2	1	1		1			3	4	
Urgencias	6		3						9		
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>13</b>	<b>42</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>204</b>	<b>25</b>	

Accidentes (percutáneo y cutáneo-mucosa) por servicios y categorías 2010

SERV	ENF		AUX. ENF		FAC		T. ESP		TOTAL		OBS
	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	
Anat. Pat.	2				1		2		5	0	
Anestesiastas					1				1	0	
C. Ext	1		1						2	0	
Cirujanos infantiles						1			0	1	
Cirujanos Plásticos					1				1	0	
COT									0	3	
Esp. Quirúrgicas					7	3			7	0	
Espec. Médicas					4				4	0	
Esterilización			3						3	0	
Farmacia	1			1					1	1	
FEA Mater					1				1	0	
H. Dia			1						1	0	
Hemodinámica	1								1	0	
Hospitaliz	25	1	4						29	2	
Imagen	1		1			1		1	2	2	
Laboratorios/BS	5						1		6	0	
Lavandería									0		
MIR					14	4			14	4	
Neonatos + UCI neonat	5								5	0	
Paritorios	4		1						5	0	Matronas
Primaria	7	2			1				8	2	
Quemados	1								1	0	
Quirófanos	15		2	2					17	2	
REA adultos	6	1	2	1					8	2	
UCI pediát					1				1	0	
UCIs adultos	3	2							3	2	
Urgencias	3			1					3	1	
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>1</b>			



Accidentes por servicios y categorías 2011

SERV	ENF		AUX. ENF		FAC		T. ESP		TOTAL		OBS
	V. Abs	%	V. Abs	%	V. Abs	%	V. Abs	%	V. Abs	%	
Anat. Pat.			1	25			1	7.1	2	5.9	
Anestesiistas quirófano					1	1.2			1	1.2	
C. Ext	2	3.5	3	4.6					5		
Esp. Quirúrgicas					12	4.98			12	4.98	
Espec. Médicas					4	1.5			4	1.5	
Esterilización			1						1		Empresa ext.
Farmacia									0	0	
H. Dia	1	3.7							1	2.3	
Hospital Campanar	5	10.9							5	2.6	
Hemodiálisis	1	5.3	2	20					3	10.3	
Hospitaliz	34	6.8	6	1.5					40	4.4	
Imagen	2	3.4	2	3.4	4	8	1	1.5	8	3.4	
Laboratorios/BS	1	1					2	3.2	3	0.9	
Lavandería			1						1	1	
MIR					40	10.1			40	10.1	
Neonatos + UCI neonat	2	1.77	1	1.2	1	5			4	1.8	
Paritorios	3	3.6	1	2.5					4	3.2	
Primaria	5	4.5			1	0.7			6	2.1	
Quemados	1	4.8							1	2.1	
Quirófanos	18	8.9	3	3.8					21	7.47	
REA adultos	7	6.5	2	3.5					9	4.97	
UCI pediát			2	8.3	1	12.5			3	3.9	
UCIs adultos	3	4.2	2	5					5	3.8	
Urgencias	8	8.6	2	2.9					10	5.18	
TOTAL									189		
	Sobrepasan el 5%										

Accidentes (percutáneo y cutáneo-mucosa) por servicios y categorías 2012

SERV	ENF		AUX. ENF		FAC		T. ESP		TOTAL		OBS
	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	Per	Cu-Mu	
Anat. Pat.							1		1		
Anestesiastas					4	1			4	1	
C. Ext			1						1		
Cirujanos infantiles					1				1		
Cirujanos Plásticos					1				1		
COT					2				2		
Esp. Quirúrgicas					6				6		
Espec. Médicas					8	1			8	1	
Esterilización	1								1		Empresa Externa
Farmacia		1								1	
FEA Mater											
H. Dia	1		1						2		
Hemodinámica											
Hospitaliz	31	3	7	2					38	5	
Imagen	3	4	4		4				11	4	
Laboratorios/BS	9		2				1		12		
Lavandería											
MIR					35	8			35	8	
Neonatos + UCI neonat	5		1						6		
Paritorios	4	1	3						7	1	4 Matronas, 1 en formac
Primaria	4	1	1						5	1	
Quemados	1								1		
Quirófanos	15		3						18		
REA adultos	3		1						4		
UCI pediát			1						1		
UCIs adultos	6	3			1	1			7	4	
Urgencias	4	2	3	1					7	3	
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>62</b>	<b>11</b>	<b>2</b>		<b>179</b>	<b>29</b>	

Desagregamos los accidentes en percutáneo y cutáneo-mucosa por las siguientes consideraciones:



El riesgo de contraer una infección por salpicaduras es muy pequeño, comparado con el riesgo de contraerla por inoculación accidental.

En estudios realizados en trabajadores sanitarios con exposición percutánea a sangre contaminada con el Virus de la Hepatitis B (VHB),

el riesgo de transmisión es al menos del 30% si la fuente es HBeAg positivo, y menos del 6% si el paciente es HBeAg negativo.

La administración de la vacuna contra la Hepatitis B en personas susceptibles a la infección por el VHB es altamente eficaz en la prevención de la infección después de una exposición percutánea o mucosa con sangre.

El riesgo de infección después de un pinchazo o corte con sangre infectada con el Virus de la Hepatitis C (VHC) es aproximadamente 1.8%. No se conoce el riesgo después de una salpicadura con sangre. Se cree que es muy bajo, pero se ha informado de algún caso de infección después de tal exposición.

Respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el riesgo promedio de infección por corte o pinchazo es aproximadamente 0.3%, es decir que el 99.7% de las exposiciones por inoculación accidental no ocasionan infección. Si la exposición es por

salpicadura en ojos, nariz, o boca, se estima que el riesgo sea un promedio de 0.1% (1 de cada mil), y el contacto de sangre infectada con piel intacta probablemente no representa ningún riesgo (no se ha informado de ningún caso de transmisión de VIH por contacto de piel intacta con una pequeña cantidad de sangre).

Durante el periodo a estudio se han realizado investigaciones de Accidentes de Trabajo ocurridos por salpicaduras en ojos y cara. Algunas salpicaduras se produjeron con desinfectantes, otras con corrosivos en laboratorios y la mayoría con líquidos biológicos.

Al cuantificarlos y determinar su frecuencia podemos ver en la tabla siguiente:

- El tipo de salpicadura
- La tarea que se estaba realiza

<b>SALPICADURA</b>	<b>ACCIÓN</b>
ORINA EN CARA	¿?
DETERGENTE	LIMPIEZA PLATOS COCINA
SANGRE EN OJOS	DESECHAR UN REDON
SANGRE EN OJOS	COLOCANDO CATÉTER DE HEMODIÁLISIS
SANGRE EN OJOS	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
SANGRE EN OJOS	PARTO
SANGRE EN OJOS	LAVANDO VÍA PERIFÉRICA
SANGRE EN PIERNA	REALIZANDO ENUCLEACIÓN
SUERO HEPARINIZADO EN CARA	LAVADO VÍA ARTERIAL
SANGRE EN OJO	EXTRACCIÓN DE VÍA PERIFÉRICA
EXUDADO EN OJOS Y CARA	DESCONEXIÓN CASUAL DE DRENAJE
DISOLVENTE DE PINTURA EN OJO	PINTANDO
SANGRE EN MANOS	APERTURA ACCIDENTAL DE UN TUBO DE LABORATORIO

LÍQUIDO PERITONEAL EN BRAZO	VACIANDO BOLSA DE PARACENTESIS
SANGRE EN OJOS	ASISTIENDO UN PARTO
SANGRE EN OJOS	¿?
SANGRE CORDÓN EN OJOS	CORTANDO CORDÓN UMBILICAL
SANGRE EN OJO	ASISTENCIA (PACIENTE SANGRANDO)
SANGRE EN CARA Y MANOS	EXTRACCIÓN VENOSA
ACEITE EN EL BRAZO	COCINA
SECRECIONES EN OJO	REALIZANDO ASPIRACIÓN BRONQUIAL
SANGRE EN CARA	MANIPULANDO MUESTRAS EN LABORATORI
EXUDADO DRENAJE EN CARA	DESCONEXIÓN CASUAL DE DRENAJE
LÍQUIDO PERITONEAL EN OJO	MIDIENDO VOLUMEN DE LÍQUIDO(DIÁLISIS)
LÍQUIDO PULMONAR	PAAF RECOGIENDO MUESTRA
FORMOL EN OJOS	RECOGIENDO MUESTRA PARA AP(tac)
SANGRE EN OJO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
SANGRE EN OJOS	ALUMBRAMIENTO FETO

Nº	AGENTE	PARTE DEL CUERPO	TAREA	SERVICIO	CATEGORIA PROF.
1	LEJIA	OJO	LAVAR BANDEJAS	COCINA RHB	PINCHE
2	CONTENIDO SEROHEMÁTICO	OJO	ANESTESIA RAQUÍDEA	ANESTESIA REANIMACION Y	MIR-1
3	SANGRE	CARA, BOCA, OJOS	LAVAR VIA INTRAVENOSA HEPARINIZADA	NEUMOLOGÍA (10ª 2ª)	ENFERMERA
4	LIQUIDO APARATO DIÁLISIS	MANOS	TRANSPORTANDO APARATO	URGENCIAS	CELADORA
5	SUERO	OJO	CON AGUJA	ONCO/H.MATERNAL (10ª)	EMFERMERA
6	LÍQUIDO ORGÁNICO	OJO	RETIRAR BRÁNULA INTRAVENOSA	UCI H. GENERAL	ENFERMERA
7	LÍQUIDO ORGÁNICO	OJO	MOVILIZAR UN PACIENTE	UCI BOX RESPIRATORIO H. GENERAL	AUXILIAR ENFERMERÍA
8	LEJIA	OJO	METIENDO BOLES A REMOJO	COCINA RHB	PINCHE
9	SANGRE	CARA, BOCA, BRAZOS	APLICAR GASAS COMPRESIVAS SOBRE HERIDA	URGENCIAS H. GENEAL	MÉDICO
10	CITOSTÁTICO	MANO	RETIRAR SISTEMA INFUSION	CARDIOLOGÍA (6ª 1ª)	ENFERMERA
11	SANGRE	CARA, OJOS	BOLSA ASPIRACIÓN HA REBOSADO	QUIROFANO URGENCIAS	AUXILIAR ENFERMERIA
12	SANGRE	OJO	COLOCACIÓN ECMO	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	MIR-1
13	METRATEXATE	CARA		HOSPITAL DE DIA. H. INFANTIL	CELADOR
14	EXUDADO	OJO		C. EXT. TRAUMA	ENFERMERA
15	SANGRE	OJO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	CIRUGIA MAXILOFACIAL	MÉDICO

16	SANGRE	OJO	SUTURA EPISIOTOMÍA	PARITORIO	MATRONA FORMACIÓN EN
17	SANGRE	OJO	PUNCIÓN DIGITAL	CIRUGIA MAXILOFACIAL	ENFERMERA
18	SANGRE	OJOS		QUEMADOS (3º 1ª RHB)	ENFERMERA
19	DRENAJE PERICÁRDICO	OJO	RETIRAR DRENAJE PERICÁRDICO	UCP-REA H. INFANTIL	ENFERMERA
20	MOCO CON SANGRE	CARA, OJOS, BOCA Y CUERPO	CAMBIAR LA NARIZ Y LA T DEL RESPIRADOR	REANIM. H. GENERAL	AUXILIAR ENFERMERÍA
21	SANGRE	OJO	SALIR PLACENTA	PARITORIO	MATRONA
22	SANGRE	BOCA	MANIPULANDO VIA/VENOSA	NEUROLOGÍA (8ª 1ª)	ENFERMERA
23	SANGRE	OJOS	COLOCANDO VIA ARTERIAL RADIAL AL DESOBSTRUIR LA AGUJA	UCI H. GENERAL	MÉDICO
24	SANGRE	OJO		PARITORIOS	AUXILIAR ENFERMERÍA
25	CONTENIDO DEL TUBO	OJO	DESCONECTAR RESPIRADOR	UCI H. GENERAL	ENFERMERA

En el Departamento de Salud Valencia-La Fe, el número de accidentes biológicos no ha disminuido y se mantiene estable por encima de la media de los centros públicos de la Comunidad Valenciana (ver gráficos 1 y 2). Asimismo, es probable que exista una subdeclaración y que el número de accidentes realmente ocurridos sea mayor. En el año 2009 se detectó un incremento en el número de accidentes biológicos declarados de un 33 % respecto a 2008, desprendiéndose del análisis de estos últimos que “dicho incremento no es producido por un aumento de la accidentabilidad sino por una mayor declaración que esperamos se vaya mejorando los próximos años”.

Los datos desagregados por categorías y servicios muestran una **mayor incidencia en el área quirúrgica y críticos, en las categorías de enfermera, facultativos (especialmente los MIR) y Auxiliares de enfermería, además de Atención Primaria y Anatomía Patología**, constituyendo éstas las **áreas de acción preferente** en las que se tenemos que centrar las actuaciones preventivas (Ver tabla 4).

## 8. VIOLENCIA DE ORIGEN EXTERNO “AGRESIONES”



Uno de los riesgos a los que están sometidos las personas en el desempeño de su trabajo deriva de la interrelación con otras personas. El despliegue de comportamientos violentos puede suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de las personas. La violencia sufrida en el lugar de trabajo es

un problema al que se le va prestando una atención creciente. En el ámbito europeo, y según su actividad, quienes más episodios de violencia refieren son las Administraciones, almacenes, comercios y talleres, y hoteles y restaurantes. Normalmente existe la tendencia a asociar la violencia con la agresión física. Sin embargo, y a pesar de no existir una definición única de violencia en el lugar de trabajo (OSHA<sup>5</sup> “La violencia en el lugar de trabajo es la violencia o la

---

<sup>5</sup> Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.



amenaza de violencia en contra de los trabajadores. Puede ocurrir dentro o fuera del lugar de trabajo y puede empezar con las amenazas y la agresión verbal y terminar por las agresiones físicas y el homicidio, una de las más grandes causas de decesos asociados con el trabajo. En cualquier forma en que se manifieste, la violencia en el lugar de trabajo es una preocupación creciente para los empleadores y los empleados de todo el mundo”; OMS<sup>6</sup> “Violencia en el lugar de trabajo: Aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”; OIT<sup>7</sup> “Violencia en el lugar de trabajo: como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”), sí existe un elemento común a la hora de enfocar y plantear la cuestión, el concepto de violencia debe ser más amplio que el de la mera agresión física (pegar, golpear, empujar, disparar,...) y debe incluir y comprender otras conductas susceptibles de violentar e intimidar al que las sufre. Así, la violencia en el trabajo incluiría, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes.

La NTP<sup>8</sup> 489: Violencia en el lugar de trabajo, hace una clasificación de los tipos de violencia. Esta clasificación divide a los eventos violentos en tres grupos en función de quienes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas.

### **Violencia tipo I**

Se caracteriza este grupo porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial o de usuario entre el perpetrador y la víctima.

Los casos más habituales se refieren a acciones con ánimo de robo. El mayor riesgo de sufrir violencia de este tipo lo tienen los establecimientos

---

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>7</sup> Organización Internacional del Trabajo.

<sup>8</sup> Nota Técnica de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España)

comerciales, bancos, lugares de almacenamiento de objetos valiosos, personas que trabajan con intercambio de dinero, taxistas, etc.

### **Violencia tipo II**

En estos casos existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el lugar afectado por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor,...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, conductores autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos o privados).

### **Violencia tipo III**

En este tipo de violencia el causante de la misma tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo: el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador (por ejemplo, un empleado actual, o que ya no lo es) y el trabajador-víctima. Otro caso es aquel en el que existe una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, ex-cónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación más indirecta; por ejemplo, el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, animadversión hacia tal sitio por tener para él una carga representativa o simbólica.

Lo más habitual en el tipo III es que el objetivo de la acción violenta fijado por el agresor sea un compañero de trabajo o un superior suyo. Las acciones de aquel pueden estar motivadas por dificultades percibidas en su relación con la víctima, buscando revancha, ajuste de cuentas o hacer uno mismo justicia.

Los tipos de conductas violentas y las consecuencias de las mismas suelen variar en función del tipo de que se trate. Las conductas de mayor violencia y con peores consecuencias para la víctima se sitúan en el tipo I. En el tipo II lo más habitual son agresiones físicas con consecuencias más leves y abusos verbales y amenazas. En contraste con los de tipo I, en las que su periodicidad y ocurrencia es irregular en la vida de un determinado lugar de trabajo, los de tipo II surgen del contacto habitual y diario de los trabajadores con receptores

insatisfechos de bienes y servicios. Así, el tipo II representa un riesgo constante para muchos trabajadores.

En este estudio cuando se utiliza el término "Agresiones" hace referencia según la clasificación anterior a "Violencia Tipo II", es decir, siempre la agresión que sufre el trabajador por parte de un usuario/cliente, familiar o acompañante.

Hasta el año 2009 cuando se producían agresiones a los trabajadores del sector sanitario público, tan sólo el personal sanitario (facultativos y enfermeras) tenían apoyo asesoramiento y defensa jurídica por parte de sus respectivos colegios profesionales.

A partir del 2009 entra en vigor el "Decreto 159/2009 de 2 octubre, del Consell, por el que se establecen las actuaciones de los órganos de la Conselleria de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat", que de acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, modificada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, pretende la mayor efectividad del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, lo que impone el correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

Así en su artículo 2 y 3 dice:

#### Artículo 2. Objeto

1. Objeto general: el presente decreto tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados de las agresiones en el ámbito laboral, tipificadas como ilícito penal.

#### 2. Objetivos específicos

a) Elaborar e implantar el procedimiento para la prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, que se integrará en el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales.

b) Encomendar a la Comisión Sectorial de Seguridad y Salud en el Trabajo del Sector Sanitario Público de la Generalitat el seguimiento de las actuaciones en materia de agresiones, pudiendo colaborar en la misma, para su estudio en esta materia, todos los organismos cuya participación se considere relevante.

c) Crear el Registro Informatizado de Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat.

**Artículo 3.** *Principios y fines del Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat*

El Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat incluirá acciones dirigidas a:

1. Prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.
2. Actuar en caso de agresión.
3. Adoptar medidas contra los agresores.
4. Actuar en caso de agresión, dando cobertura legal y sanitaria.

Y también establece en su Artículo 5 que el plazo máximo para la elaboración y aprobación del Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat será de seis meses, contados a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Decreto. Y que será revisado y actualizado, como máximo, cada dos años.

Así con fecha 31 de mayo de 2010 se aprueba el Plan Integral (PIP)<sup>9</sup>, por la conveniencia de articular actuaciones integrales dirigidas a prevenir potenciales situaciones conflictivas en los centros y servicios sanitarios, y prestar en su caso, el apoyo y asesoramiento necesario a aquellos trabajadores que hayan sido objeto de agresiones causadas por personal ajeno a la Consellería de Sanitat.

Con lo cual se pretende, **como ante cualquier riesgo laboral**, aplicar medidas tendentes a evitar el riesgo cuando sea posible o, sino es posible, aplicar medidas preventivas que lo hagan tolerable.

Si fallan las medidas preventivas y se producen incidentes/accidentes se han de notificar e investigar, con la finalidad de corregir las deficiencias que se hubieran producido y además, atender a los trabajadores respecto de los daños sufridos.

Su objetivo es:

- 1.- Prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.
- 2.- Actuar en caso de agresión.
- 3.- Adoptar medidas contra los agresores.

---

<sup>9</sup> PIP: Plan Integral de atención y Prevención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat

4.- Actuar en caso de agresión dando cobertura legal y sanitaria.

Por lo que en el año 2011:

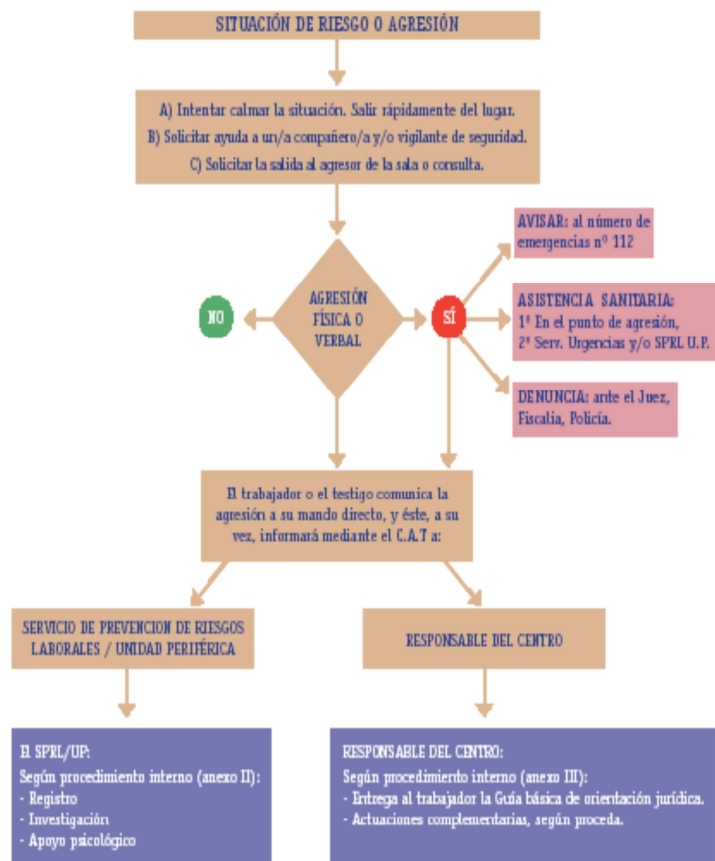
- Se procede a su implantación en todos los Departamentos de Salud de la Consellería de Sanidad
- El actuar en caso de agresión implica:
  - Registro e Investigación
  - Adopción de Medidas Preventivas
  - Prestar si se precisa asistencia sanitaria y psicológica
  - Dar cobertura legal:
    - ❖ Enviar si procede “Manifiesto de Rechazo a la agresión”
    - ❖ “Manifiesto de rechazo al Paciente”
    - ❖ Asistencia Jurídica
    - ❖ Reclamación de daños
- Establecer en un futuro las actuaciones prioritarias, a nivel preventivo, en las categorías profesionales más sensibles a agresiones.

A partir del momento de la implantación del PIP, el primer paso a dar y muy importante es la difusión entre todos los trabajadores del Departamento de Salud. De siempre desgraciadamente se han producido agresiones, pero ahora, ya tenemos una herramienta de trabajo que aplicar en todos los Departamentos de Salud de la Consellería de Sanidad con la misma metodología.

Se intenta llegar a todos los trabajadores, en un primer paso a los mandos intermedios informando sobre la metodología a seguir en la recogida de datos y cumplimentación de la hoja de Comunicación de accidente /incidente de trabajo C.A.T, para su posterior registro, colgando la información en la Intranet del Departamento y realizando charlas informativas entregando el siguiente díptico. También es importante hacer ágil el proceso de declaración para que el trabajador cuando sufra una “agresión” sobre todo verbal (las físicas se suelen comunicar) no piense que va a tener que invertir mucho tiempo, tener que ausentarse de su puesto de trabajo, que sus compañeros tengan que hacer su trabajo mientras se ausentan, etc. Y así con ello evitar la infradeclaración.

Si hay declaración esto conlleva poder identificar los puntos calientes y poder intervenir, poner medidas preventivas y actuar en consecuencia

# ¿Qué hacer ante una agresión?



## Consejos generales de actuación

1. Identificar indicios que pudieran asociarse con ataques inminentes tales como o:
  - Lenguaje y tono alterados.
  - Gestos amenazadores.
  - Ira y frustración expresadas verbalmente.
  - Aengas al resto de usuarios poniéndolos en su contra.
  - Señales de uso de drogas o alcohol.
  - Presencia de un arma, etc.
2. Mantener conductas que permitan que no se descontrole la ira del usuario:
  - Actitud tranquila.
  - No responder a amenazas con amenazas.
  - Ser asertivos.
  - Estar alerta.
  - Evaluar la situación.

### Actuación en situación de violencia controlada (sin ataque físico):

- Intentar calmar la situación.
- Utilizar un lenguaje y tono de voz serenos.
- Invitar al usuario o paciente a que abandone el lugar de trabajo.

### Actuación en situación de violencia incontrolada:

- Salir rápidamente del lugar de trabajo en el que se encuentre.
- Requerir el auxilio de la vigilancia de seguridad del centro, si lo hubiere.
- Reclamar ayuda de los compañeros u otras personas cercanas para intervenir neutralizar la situación de violencia.
- De persistir la situación de riesgo o agresión, llamar al número de emergencias 112 quien movilizará los servicios de urgencias que precise.

## Actuación tras la agresión

1. Si existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata en el lugar del incidente o preferentemente en el Servicio de Urgencias.
2. Si del suceso se derivan lesiones, el trabajador solicitará el correspondiente parte de lesiones (muy importante a la hora de emprender las posibles acciones en defensa de sus intereses legítimos). El trabajador puede interponer denuncia de los hechos ante el órgano competente: (policía municipal, guardia civil, juzgado, fiscalía, etc.). El plazo de prescripción es de 6 meses en caso de falta, aumentando los plazos según el Código Penal.
3. El trabajador comunicará el incidente o accidente violento a su mando directo, cumplimentando el formulario autocopiativo de Comunicación Accidente/Incidente de Trabajo (CAT), que se encuentra en todos los centros y servicios, entregando al trabajador dos copias, y dando traslado de una al responsable del centro y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Unidad Periférica, para su registro e investigación.
4. Si el trabajador precisase apoyo psicológico, lo solicitará al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales - Unidad periférica.
5. Si el trabajador agredido desea recibir la asistencia jurídica de los letrados de la G en eralitat, cumplimentará un escrito de solicitud de asistencia jurídica, según modelo que le facilitará el responsable del centro, adjuntando la correspondiente denuncia.

## Guía de Prevención y Actuación ante una situación de agresión a los trabajadores del sector sanitario público

La Conselleria de Sanidad, consciente de la importancia que para sus trabajadores supone desarrollar su labor en un clima de confianza, respeto y seguridad, ofrece unas pautas a seguir ante potenciales situaciones conflictivas provocadas por pacientes, usuarios, familiares o acompañantes contra los trabajadores en el ejercicio de su profesión, y que cause un daño físico o psicológico en la persona o perjudique la propiedad, por alguna de las situaciones de amenazas, comportamientos intimidatorios o ataques físicos.

En el Departamento Valencia La Fe el procedimiento a seguir cuando se produce una “agresión” (aplicación del PIP) es el siguiente:

1. El trabajador “agredido” lo comunica a su mando intermedio, éste cumplimenta el CAT (colgado en la Intranet a disposición de todos los trabajadores) y le indica que se dirija al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en horario de lunes a viernes de 8 a 15 horas).

En el caso que la “agresión” fuera física y necesitara asistencia sanitaria urgente debe dirigirse al servicio de urgencias, y después al SPRL.

2. A la llegada al SPRL el Personal Administrativo registra el CAT con su correspondiente registro de entrada y se lo hace llegar al Técnico correspondiente, que se entrevista con el trabajador agredido en su puesto de trabajo o en el SPRL y se le informa:

- De la existencia del PIP y en qué consiste,
- Que todos los accidentes/incidentes/agresiones se investigan, para analizar las causas y establecer las medidas preventivas encaminadas a evitarlos o minimizarlos.
- Se le ofrece asistencia médica y apoyo psicológico, si precisa.
- La existencia del “Modelo de Manifiesto de Rechazo a la Agresión” y si quiere que se le envíe al “agresor”. En caso afirmativo el responsable del centro emitirá un Manifiesto de Rechazo a la Agresión dirigido al presunto agresor, según el modelo que se incluye en Anexo III-4 del PIP.
- Si es Personal Facultativo y comenta que no quiere que siga en su cupo el “agresor” se le entrega el documento “Modelo de Solicitud de Rechazo al Paciente” para su cumplimentación y que lo ha de entregar a su inmediato superior para su tramitación a la Dirección correspondiente.
- En el caso que el trabajador/a “agredido/a” se plantee la posibilidad o la certeza de denunciar al “agresor”, se le indica que el responsable del centro se pondrá en contacto con él/ella y le informará sobre la posibilidad de recibir asistencia jurídica por parte de un letrado de la Abogacía General de la Generalitat, o bien por parte de letrados de los Colegios Profesionales, en su caso, o por organizaciones

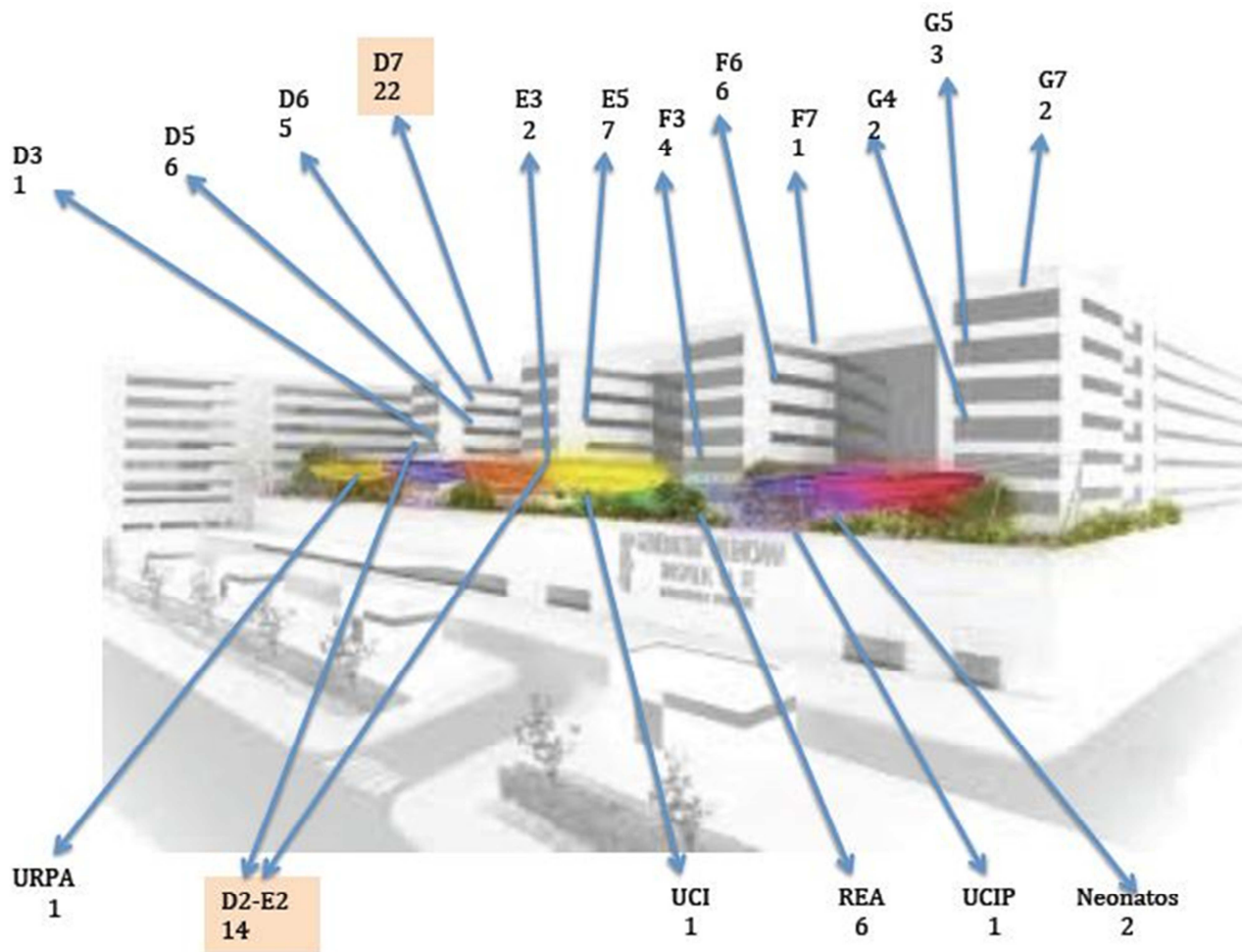
sindicales, por abogado propio etc., poniendo a su disposición la Guía Básica de Orientación Jurídica contenida en el Anexo. III-1.

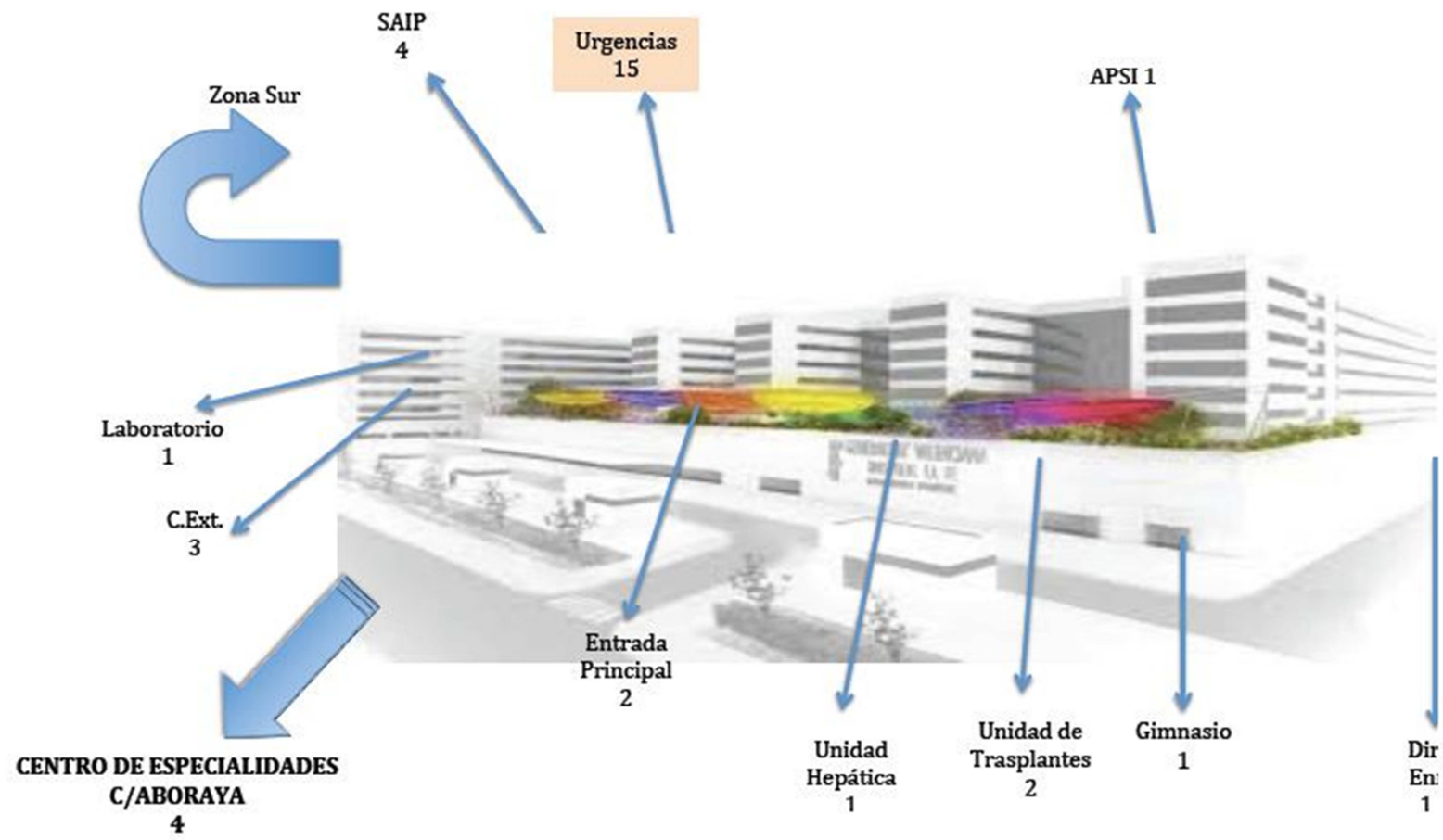
3. El Técnico emite el informe con el análisis de las causas y propone las medidas correctoras oportunas.
4. El informe de investigación de accidente, una copia del CAT, y las manifestaciones hechas por el trabajador referentes a la posible solicitud de “Manifiesto de Rechazo”, denuncia u otros documentos, se envían al responsable del centro para que se ponga en contacto con el trabajador y obre en consecuencia.
5. El CAT se registra en la Base de datos de accidentes/agresiones y su posterior declaración al Sistema Delta@, siempre y cuando se produzca un daño físico o psicológico, si no existe daño no se declara en el Sistema Delta@.
6. En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud del Departamento siempre hay un punto en la orden del día correspondiente a las agresiones que se han producido, al seguimiento de las causas y las medidas preventivas implantadas.

Al analizar los datos de las Agresiones del Departamento Valencia La Fe, como la implantación del PIP se realiza durante el año 2011 y se crea el registro a tal efecto, los datos de los años anteriores no se registraron bajo la misma pauta. Mostraré por tanto, análisis de los datos desde la creación del Servicio de Prevención (2005), para poder ver un antes y un después y por consiguiente el impacto del PIP y la efectividad de su divulgación.

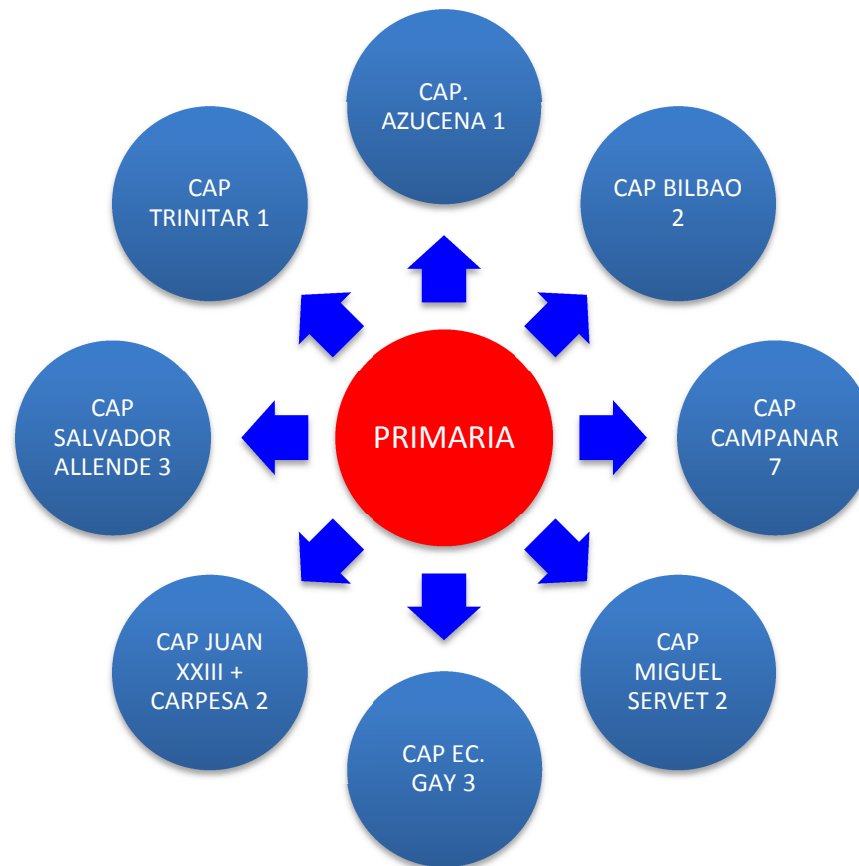
Como podemos ver en las imágenes siguientes, represento la totalidad de agresiones (julio 2005-diciembre 2014) indicando los Servicios donde se han producido las agresiones con la totalidad de todo el periodo.







## AGRESIONES CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA LA FE



Después de los datos de ubicación de las agresiones, al calcular el índice de incidencia por cada 1000 trabajadores, expresa la relación que existe entre el número total de profesionales agredidos/as en un determinado año y la cantidad total de efectivos del mismo periodo, vemos que en el año 2012 se produce un pico importante, de declaración de agresiones, posiblemente debido a la implantación y divulgación del PIP, aunque en el año 2013 se produce un descenso considerable. ¿Han habido menos agresiones? o ¿Hay descenso de la declaración?.



La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en una preocupación prioritaria a nivel mundial en las últimas décadas, por lo que en el Pleno<sup>10</sup> del Senado, en una sesión celebrada el 13 de septiembre de 2012, aprobó una moción, con la participación de diferentes grupos parlamentarios, por la que instaba al Gobierno a:

1. Establecer mecanismos de información para reforzar la figura de los profesionales sanitarios como autoridad en su trabajo.
2. Plantear, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema

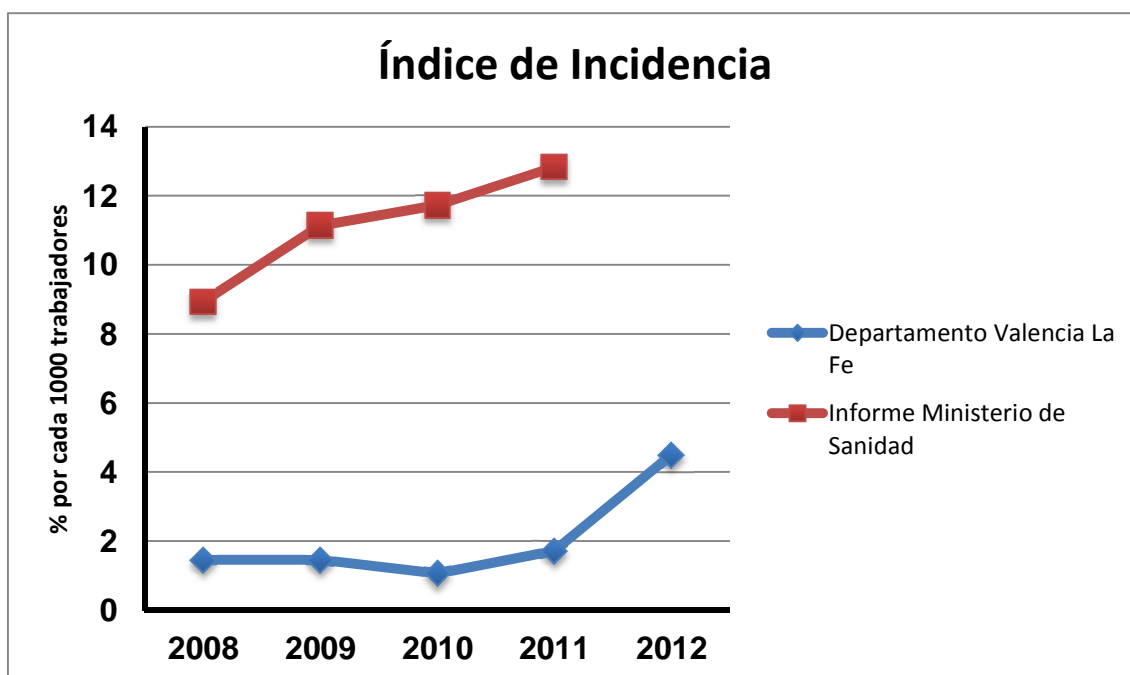
<sup>10</sup> "Informe del grupo de trabajo a profesionales del Sistema Nacional de Salud"

Nacional de la Salud (SNS), la necesidad de que los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas cuenten con medidas preventivas y disuasorias frente a las agresiones.

3. Potenciar un estudio a nivel nacional, a propuesta del Consejo Interterritorial de Salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas, los Consejos Generales de los Colegios Profesionales sanitarios, las Organizaciones Sindicales más representativas del sector sanitario y las Asociaciones de Pacientes, sobre las dimensiones reales y las soluciones más adecuadas a la problemática de las agresiones a los profesionales sanitarios.

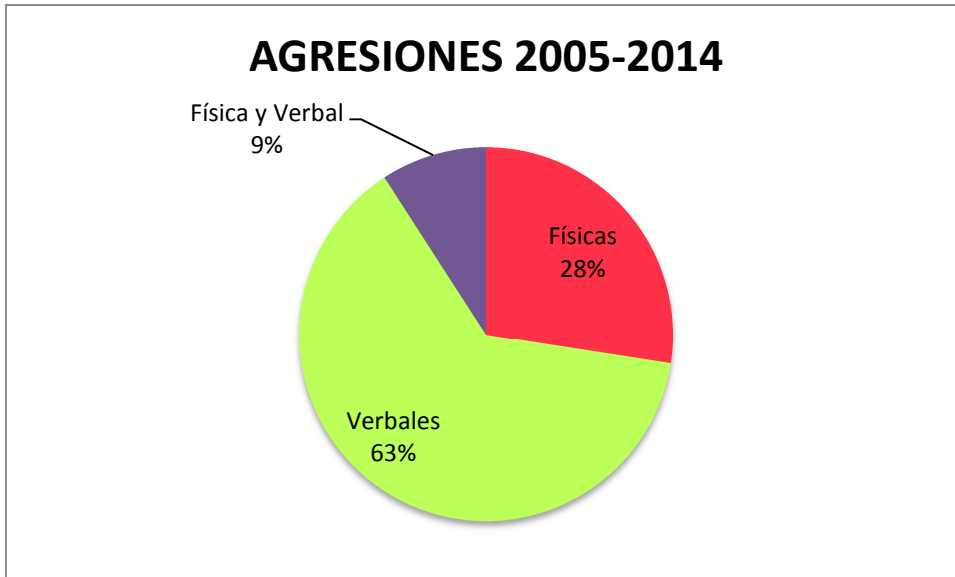
Y en febrero de 2014 se presenta el “Informe del grupo de trabajo a profesionales del Sistema Nacional de Salud” en el cual refleja el índice de incidencia de agresiones del 2008 al 2011, el 2012 no aparece pues argumentan que no disponen de datos de los efectivos.

Si trasladamos esos índices a nuestra gráfica:

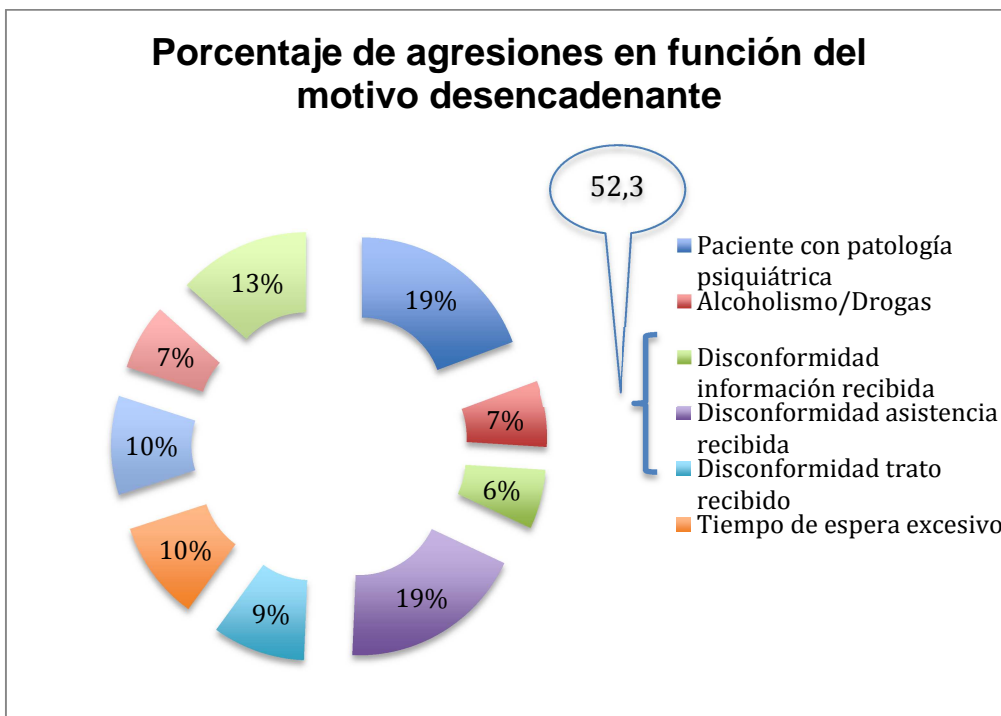


Como se puede apreciar el índice de incidencia del Departamento La Fe está muy por debajo del índice de incidencia publicado en el Informe del Ministerio de Sanidad, y en éste también se indica el sesgo por infra registro que se puede dar en los datos globales, pues la información de los años 2008 y 2009 en muchos de los ítems analizados no es completa debido a que los registros de agresiones de los Servicios de Salud se crearon hace 5 o 6 años, y esta

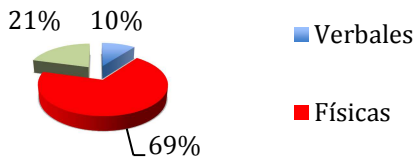
preexistencia de los registros, supone que algunos datos que se han solicitado mediante el cuestionario de recogida de información no se registran en los Servicios de Salud.



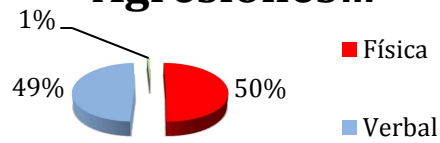
Un 63% de las agresiones son verbales y la mayoría tan solo se notifican y generalmente el trabajador decide que se le envíe al “agresor” el manifiesto de rechazo. Y las físicas generalmente, se han producido en el servicio de psiquiatría.



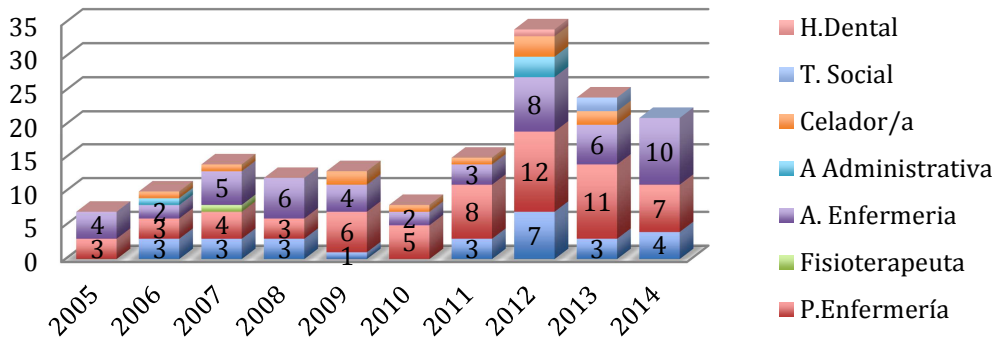
### Porcentaje Agresiones...



### Porcentaje Agresiones...



### Agresiones por categoría y por año



Si excluimos las agresiones producidas por pacientes con patología psiquiátrica, el motivo general desencadenante de las agresiones son: la disconformidad con la asistencia recibida o información recibida o el trato recibido.

Tras la implantación del PIP y su difusión se observa que hay un pico en el año 2012, pero en el 2013 y 2014 se van relajando y baja la declaración.

### Porcentaje de agresiones por Servicios

