

# Evolución de los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos en extremidad superior en el ámbito sanitario entre 2009 y 2019

**Inés Dalmau Pons**

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

**Nieves Alcaide Altet**

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (ICS). Badalona

**Isabel Nos Piñol**

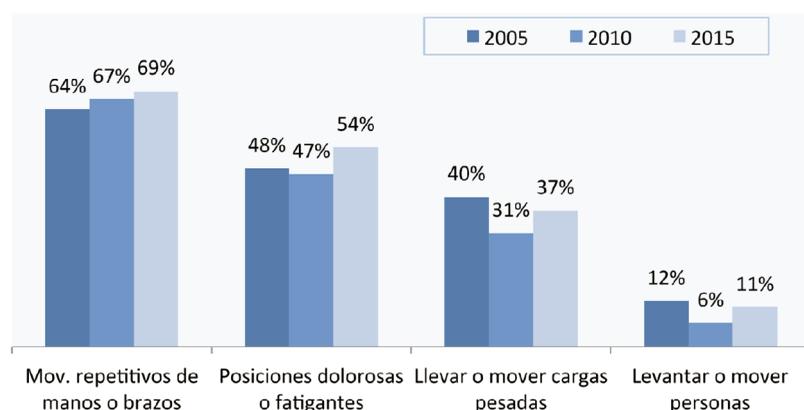
Hospital Universitari de Bellvitge (ICS). L'Hospitalet de Llobregat

*El análisis de los datos que refleja este artículo ha sido motivado por la importante presencia de accidentes por sobreesfuerzos de extremidad superior en el sector sanitario. El objetivo es analizar si ha habido cambios en este tipo de accidentes teniendo en cuenta los esfuerzos en la mejora de las condiciones de trabajo en cuanto a la movilización de enfermos. Se han incorporado camas regulables en altura, grúas y ayudas menores, es necesario analizar qué efecto tienen en la salud, concretamente en extremidades superiores. Se realiza un análisis descriptivo de accidentes registrados en los hospitales pertenecientes al grupo de trabajo que han participado en dos periodos entre 2009 y 2019. Se observa que se han mantenido el número de accidentes por sobreesfuerzos con baja respecto al total de accidentes, aunque se ha reducido el número de los sin baja. Con relación al porcentaje de accidentes en extremidad superior, se mantiene muy similar en ambos periodos. No se evidencian cambios relevantes en cuanto a género, edad o categoría profesional, aunque si hay mucha variabilidad entre centros. Además, en el grupo de trabajo se evidencia la necesidad de una revisión y unificación de criterios en el análisis y registro de estos accidentes, especialmente en los relacionados con la movilización de enfermos o la realización de contenciones mecánicas. De este modo, se podrá disponer de información más precisa, lo que permitirá en un futuro poder proponer estrategias de intervención más adecuadas y específicas.*

**Gráfico 1** ■ Evolución porcentual de accidentes por sobreesfuerzos sobre el total de accidentes 2010-2020 (OECT, 2021)



**Gráfico 2** ■ Exposición a riesgos ergonómicos. Evolución 2005-2015 (6ª EWCS, 2015)



## INTRODUCCIÓN

Siguiendo la actividad del Grupo de Trabajo de Ergonomía en Hospitales del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (CNCT) del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), coordinado por la Unidad Técnica de Ergonomía del dicho centro y formado por 20 servicios de prevención del ámbito sanitario, se valoró positivamente la

necesidad de analizar la evolución en las estadísticas de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior.

Las estadísticas de accidentes de trabajo por sobreesfuerzos publicadas por el INSST muestran que en el período 2009-2019 se ha producido una disminución en el porcentaje de accidentes de trabajo por sobreesfuerzos respecto al total de accidentes de trabajo, pasando

de un 37,6% en 2009 [1] a un 34,2% en 2019 [2]. Según los datos publicados por el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo (OECT), tras observar un ligero incremento de los accidentes por sobreesfuerzos en el período comprendido entre 2010 y 2014, desde 2015 se ha producido un cambio de tendencia (ver gráfico 1).

Así mismo, en términos de índice de incidencia las cifras reflejan una reducción importante, ya que se ha pasado de 1.554,1 en 2012 a 1.031,9 en 2019. Más concretamente en el ámbito sanitario, en el año 2012 fueron 7.559 accidentes por sobreesfuerzos, así como un índice de incidencia de sobreesfuerzos específico de actividad de 852,9, mientras que en el año 2019 se produjeron un total de 6.229 accidentes de trabajo en jornada de trabajo y el índice resultante fue de 538,6. En siete años, en concreto en 2019 (prepandemia), el número de accidentes era sensiblemente menor.

Aun teniendo en cuenta esta reducción en el número de accidentes, los problemas de salud asociados a trastornos musculoesqueléticos (TME) seguían siendo muy importantes en 2015. Según los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6ª EWCS [3], se constata que entre 2010 y 2015 los problemas de salud asociados a dolores musculares, en general, se mantienen. En concreto, el dolor de espalda pasa de 44% a 46%, en extremidad inferior de 35% a 33% y en hombros, cuello y/o extremidades superiores de 43% a 45%.

Teniendo en cuenta los datos de las tres encuestas, entre los años 2005 y 2015 se observa un incremento de la prevalencia de los riesgos ergonómicos. El valor más elevado corresponde a los movimientos repetitivos de manos o brazos, llegando al 69%, y también asciende a un 54% el riesgo ergonómico de estar

expuesto a posiciones dolorosas o fatigantes (ver gráfico 2).

Así mismo, de la 6ª EWCS se desprende que un 81,9% de los/las trabajadores/as sanitarios manifestaban estar expuestos a riesgos ergonómicos (sobresfuerzos). En ese mismo estudio, se señala que el sector sanitario y social es el que engloba el conjunto de trabajadores que más perciben alguna molestia musculoesquelética (83,8%), en especial en la zona de nuca y cuello (43,3%) y zona alta de la espalda (31,4%) [3]. En el ámbito sanitario es habitual que los riesgos ergonómicos se centren en la movilización de pacientes, con consecuencias en forma de lumbalgias, principalmente, y afectaciones a nivel de raquis.

Siendo importante el impacto en la salud generado por los sobreesfuerzos en general, en varios centros del Grupo de Trabajo se observó un incremento en el porcentaje de accidentes (con y sin baja), más concretamente en extremidad superior, por lo que se consideró oportuno realizar un estudio y análisis comparativo de los datos de dos periodos en los últimos 10 años, en un número amplio de hospitales, con la finalidad de analizarlos y de extraer conclusiones para poder proponer estrategias preventivas más específicas.

## PARTICIPANTES

De los veinte servicios de prevención propios o mancomunados que componen el Grupo de Trabajo, inicialmente participaron en el estudio catorce, aunque finalizaron nueve. En concreto: Associació Mancomunitat Sanitària de Prevenció, Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic, Hospital de Palamós, Hospital Parc Taulí, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón,

## ■ Cuadro 1 ■ Grupo de Trabajo de Hospitales CNCT-INSST

El Grupo de Trabajo de Ergonomía en Hospitales está coordinado por la Unidad Técnica de Ergonomía del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del INSST. Forman parte de él:

- La Unidad Técnica de Ergonomía del CNCT, que ha coordinado el presente artículo (Alfredo Álvarez y Neus Moreno).
- Han participado en la elaboración de este artículo los siguientes miembros de las organizaciones sanitarias que se indican:

David Martín Vilanova: Hospital de Sant Rafael Hermanas Hospitalarias (Barcelona)

Elena Ferreño Nerín: Associació Mancomunitat Sanitària de Prevenció

Gemma Combe Boladeras: Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)

Imma Riera Casellas: Institut d'Assistència Sanitària (Salt)

Inés Dalmau Pons: Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat) Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Sant Boi)

Isabel Nos Piñol: Hospital Universitario de Bellvitge (ICS). (Hospitalet de Llobregat)

Josep Farrero Roma: Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)

Lidya Navarro: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Maria Codinach Sinard: Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic

Marta Hage Montfort: Hospital Clínic de Barcelona

Nieves Alcaide Altet: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (ICS). (Badalona)

Marta Ventura Ros: Serveis de Salut del Baix Empordà (Palamós)

Olga Lecina Novo: Fundació Hospital Asil de Granollers

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol e Institut d'Assistència Sanitària (ver Cuadro 1).

## OBJETIVOS

En el marco de la mejora de la salud y prevención de los trastornos musculoesqueléticos en el ámbito sanitario, se proponen los siguientes objetivos:

- Comparar los datos de accidentes por sobreesfuerzos en los centros hospitalarios en los periodos 2009-2012 y 2016-2019.
- Analizar los datos de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior en los periodos 2009-2012 y 2016-2019.
- Proponer mejoras para el registro de accidentes por sobreesfuerzos en el Grupo de Trabajo de Ergonomía en Hospitales.

## METODOLOGÍA

En una primera fase, se definieron las variables y los criterios para la recogida de datos de accidentes en los centros sanitarios participantes. Inicialmente se estableció un primer periodo de recogida de datos de cuatro años: entre 2009 y 2012; y después de un periodo de cambio en el Grupo de Hospitales, posteriormente, un segundo periodo de recogida de datos desde 2016 hasta 2019.

Se definieron unos criterios de codificación con el objetivo de homogeneizar los datos aportados. Cada centro sanitario recopiló información sobre: año, edad, sexo, accidente con baja o sin baja, duración de la incapacidad temporal, diagnóstico, categoría profesional y antigüedad en el puesto. Así mismo, se incluyeron los apartados Desviación y Descripción de la lesión de la notificación del accidente. Estos datos corresponden a algunos de los que ya se recogen en el sistema

**■ Tabla 1 ■ Resultados por centros. Porcentajes de accidentes por sobreesfuerzos sobre total de accidentes**

	% sobreesfuerzos con baja / total con baja 2009-2012	% sobreesfuerzos sin baja/total sin baja 2009-2012	% accidentes por sobreesfuerzos (con baja y sin baja) sobre el total de accidentes (con baja y sin baja) 2009-2012	% sobreesfuerzos con baja / total con baja 2016-2019	% sobreesfuerzos sin baja/total sin baja 2016-2019	% accidentes por sobreesfuerzos (con baja y sin baja) sobre el total de accidentes (con baja y sin baja) 2016-2019
<b>CENTRO 1</b>	21%	5%	<b>10%</b>	26%	8%	<b>14%</b>
<b>CENTRO 2</b>	57%	31%	<b>41%</b>	40%	17%	<b>23%</b>
<b>CENTRO 3</b>	66%	14%	<b>20%</b>	69%	33%	<b>40%</b>
<b>CENTRO 4</b>	13%	1%	<b>16%</b>	25%	7%	<b>14%</b>
<b>CENTRO 5</b>	44%	9%	<b>17%</b>	21%	11%	<b>15%</b>
<b>CENTRO 6</b>	34%	9%	<b>13%</b>	29%	9%	<b>13%</b>
<b>CENTRO 7</b>	47%	11%	<b>22%</b>	48%	16%	<b>28%</b>
<b>CENTRO 8</b>	76%	8%	<b>28%</b>	38%	38%	<b>38%</b>
<b>CENTRO 9</b>	70%	43%	<b>61%</b>	44%	11%	<b>21%</b>
<b>Promedio de centros</b>	<b>35%</b>	<b>32%</b>	<b>23%</b>	<b>36%</b>	<b>14%</b>	<b>22%</b>

de notificación de accidentes Delt@/CoNTA [4].

Para el estudio, se consideraron tanto los accidentes con baja como sin baja, ya que es frecuente que este tipo de accidentes por sobreesfuerzos se inicien con asistencias médicas sin bajas laborales, pero en una parte importante de casos evoluciona desfavorablemente y se convierten, posteriormente, en accidentes con baja. Estas bajas pueden ser de mayor o menor duración según el daño originado y pueden requerir tratamiento médico e incluso, en alguna ocasión, intervención quirúrgica.

Los datos se recogieron en una base de datos y mediante un filtro previo, según la forma del accidente (71 "Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético") y según la parte del cuerpo afectada (serie 50 "Extremidades superiores"). Se ha realizado un análisis descriptivo de las diferentes variables.

En la recogida de datos de análisis se pusieron de manifiesto diferencias en el registro, traslado de información e introducción de datos. El circuito de introducción de datos era distinto entre centros lo que podía conllevar una codificación diferente según quién los introdujera. Habitualmente es el personal del servicio de prevención quien investiga y registra el accidente, aunque no tiene por qué ser el personal que realiza el registro en el sistema oficial de notificación. En este caso suele corresponder al personal del Departamento de Recursos Humanos, en ocasiones estas dos áreas utilizan sistemas informáticos independientes, con lo que puede diferir la codificación de algunos aspectos del técnico de prevención en su programa de gestión de accidentalidad, respecto al técnico de recursos humanos que incorpora el parte de accidente al sistema Delt@/CoNTA. Además, se incrementa la posibilidad de error: un ejemplo que se ha verificado en la

recogida de información es la variable edad o la categoría profesional, que no son del todo equivalentes en los distintos sistemas de codificación internos.

Con fines comparativos, se han utilizado los datos de accidentes de trabajo por sobreesfuerzos publicados por el INSST en 2012 y 2019. En unos casos, cuando se disponía de los datos, se ha podido comparar directamente con el ámbito hospitalario y, en su defecto, se ha comparado con datos más globales del sector Servicios.

## RESULTADOS

El total de accidentes por sobreesfuerzos en los nueve centros, en el período 2009-2012, fue de 2.890. En porcentaje, el total de accidentes por sobreesfuerzos supone el 23% del total de accidentes registrados. Con relación al período 2016-2019, el total de accidentes por

sobresfuerzos fue de 3.483, que corresponde a un 22% del total de accidentes [5].

En la tabla 1 se muestran los porcentajes de accidentes por sobresfuerzos y por centros sobre el total de accidentes, separando con baja y sin baja.

Estas cifras muestran que, globalmente, comparando estos dos periodos se mantiene el porcentaje de accidentes por sobresfuerzos, pasando del 23% al 22%. Se observa una reducción en el caso de los accidentes por sobresfuerzos sin baja laboral, pasando del 32% al 14%. En cambio, en el caso de los accidentes con baja se mantiene similar, pasando del 35% al 36%.

Aun tratándose de centros de características similares, existe una gran variabilidad en los porcentajes entre centros. De

**Gráfico 3** Evolución del número de accidentes por sobresfuerzos sobre el total, entre el primer y el segundo periodo de análisis



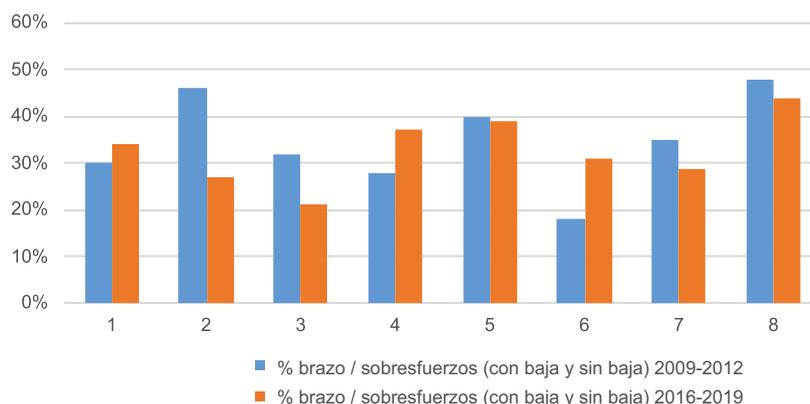
un modo similar en el primer y en el segundo periodo de análisis, la variabilidad oscila entre el 10% y el 61% y entre el 13% y el 40%, respectivamente. Esta variabilidad es mayor en el caso de los

accidentes con baja: se sitúa entre el 13% y el 76% en el primer periodo y entre el 21% y el 69% en el segundo. Aunque el sentido de la variación es distinto en cada centro, en unos centros a lo

**Tabla 2** Resultados por centros. Porcentajes de accidentes por sobresfuerzos en extremidad superior sobre el total de accidentes por sobresfuerzos

	% brazo con baja / sobresfuerzos con baja 2009-2012	% brazo sin baja / sobresfuerzos sin baja 2009-2012	% brazo / sobresfuerzos (con baja y sin baja) 2009-2012	%brazo con baja / sobresfuerzos con baja 2016-2019	%brazo sin baja / sobresfuerzos sin baja 2016-2019	%brazo / sobresfuerzos (con baja y sin baja) 2016-2019
<b>CENTRO 1</b>	30%	28%	<b>30%</b>	31%	39%	<b>34%</b>
<b>CENTRO 2</b>	42%	51%	<b>46%</b>	34%	21%	<b>27%</b>
<b>CENTRO 3</b>	33%	32%	<b>32%</b>	15%	23%	<b>21%</b>
<b>CENTRO 4</b>	79%	38%	<b>28%</b>	41%	30%	<b>37%</b>
<b>CENTRO 5</b>	35%	48%	<b>40%</b>	35%	45%	<b>39%</b>
<b>CENTRO 6</b>	17%	19%	<b>18%</b>	22%	40%	<b>31%</b>
<b>CENTRO 7</b>	34%	36%	<b>35%</b>	31%	25%	<b>29%</b>
<b>CENTRO 8</b>	57%	11%	<b>48%</b>	46%	41%	<b>44%</b>
<b>CENTRO 9</b>	23%	24%	24%	37%	51%	42%
<b>Promedios de centros</b>	<b>35%</b>	<b>32%</b>	<b>32%</b>	<b>34%</b>	<b>33%</b>	<b>34%</b>

**Gráfico 4** Evolución del número de accidentes por sobreesfuerzos sobre el total, entre el primer y el segundo periodo de análisis



Con relación al periodo 2016-2019, el total de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior es de 1.194, el 34% del total de accidentes por sobreesfuerzos [5]. Se han obtenido valores similares en ambos periodos.

En la tabla 2 se muestran los porcentajes de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior sobre el total de accidentes por esta causa, por centro, separando de nuevo los accidentes con baja y sin baja.

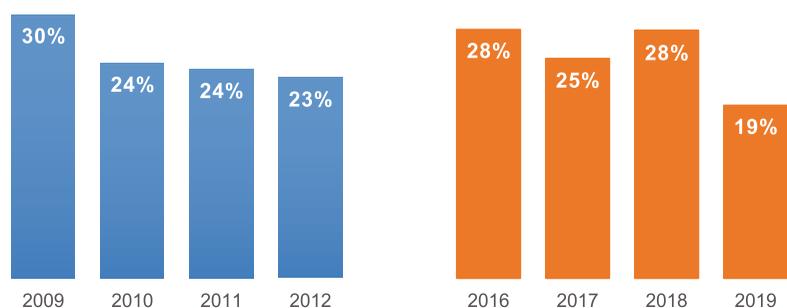
El porcentaje de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior representa alrededor del 34% del total de accidentes por sobreesfuerzos, un porcentaje similar en los dos periodos de análisis. Pero con una gran variabilidad entre centros (desde un 18% hasta un 48%), de modo similar a lo que se observó para los datos de la tabla 1. De nuevo el sentido de la variación es distinto en cada centro, en unos centros a lo largo de años se reducen, y en otros se incrementan (ver gráfico 4).

De manera global, año a año, en los dos periodos analizados se ha ido reduciendo el porcentaje de los accidentes en extremidad superior registrados desde el 30% en 2009 al 19% en 2019 (ver gráfico 5).

Comparando los dos periodos de análisis, se observa un cambio de tendencia claro (ver gráfico 6): en 2009, el porcentaje de accidentes en extremidad superior por sobreesfuerzos con baja era del 74%, con lo que el 26% era sin baja; esta importante diferencia se ha ido reduciendo de manera considerable. En el segundo periodo los porcentajes son muy similares; concretamente, en 2019 el porcentaje de estos accidentes con baja es del 51% y sin baja del 49%, una diferencia de solo dos puntos porcentuales.

**Gráfico 5** Evolución del porcentaje promedio de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior por año, incluyendo los dos periodos de análisis

% promedio de accidentes extremidad superior



largo de diez años se reducen y en otros se incrementan (ver gráfico 3).

Según los datos publicados por el INSST en 2013, el porcentaje de accidentes con baja por sobreesfuerzos respecto al total es del 45%, superior al obtenido en estos centros en el primer periodo, de media 35%. No obstante, en el segundo periodo, los datos aportados por el INSST

en 2019 fueron el 34%, similares a los obtenidos en el segundo periodo de este estudio: 36%.

Por otro lado, el total de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior en el período 2009-2012 es de 948. En porcentaje, el total de accidentes en extremidad superior supone el 32% del total de accidentes por sobreesfuerzos.

### Variable sexo

Del total de accidentes registrados por sobreesfuerzos en extremidad superior, en términos absolutos la población más afectada son las mujeres. Durante el periodo 2009-2012, de los 947 casos, el 87% afectan a mujeres y el 13% a hombres. Durante el periodo 2016-2019, de los 1.194 accidentes, el 79% de los casos corresponden a mujeres y el 21% a hombres (ver gráfico 7). En el segundo periodo se incrementa el porcentaje de hombres con accidentes por sobreesfuerzos en esta zona.

Los datos obtenidos por parte del Grupo de Hospitales se asemejan al porcentaje ofrecido por el INSST en 2020 a nivel nacional: 72% mujeres y 28% hombres [2]. Estos datos se relacionan con el gran nivel de feminización del sector, que siempre ha sido elevado; actualmente se mueve entre el 70% y 85% de las plantillas.

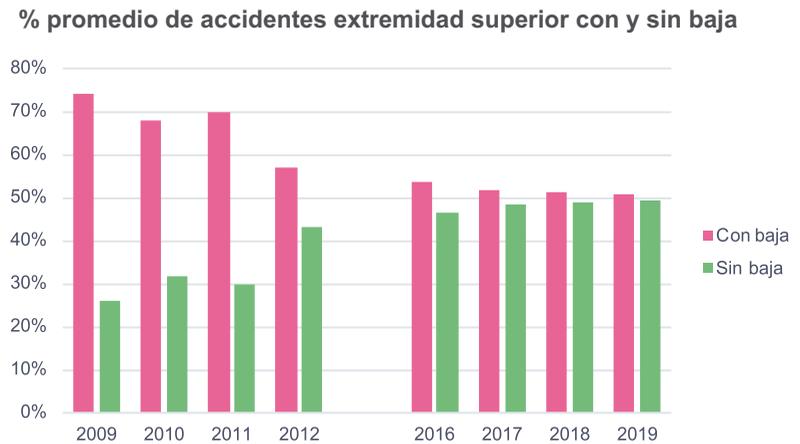
### Variable edad

En cuanto a la edad de las personas accidentadas en estos dos periodos, en general no se registran muchas diferencias. En el primer periodo la media de edad de los que han sufrido accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior es de 42,0 años, con una desviación estándar de 10,2 años, y en el segundo periodo la media de edad se sitúa en 43,2 años, con una desviación estándar de 11,0 años. Estos datos se asemejan a los datos globales obtenidos para el sector Servicios [1] y [2].

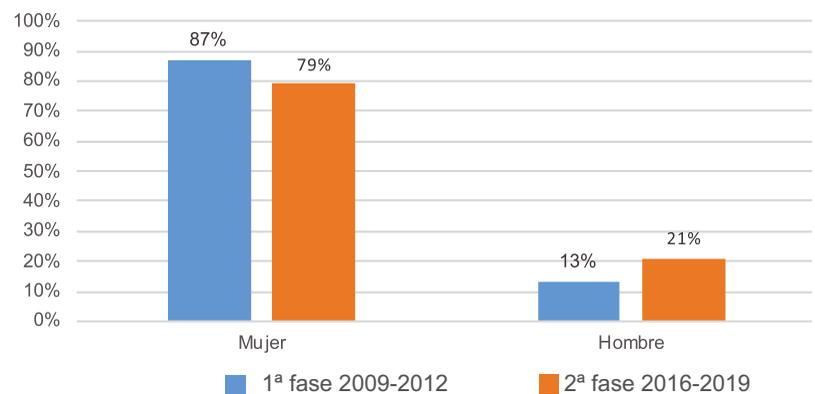
### Variable categoría profesional

La distribución de los accidentes según la categoría profesional, en los dos periodos, se muestran en el gráfico 8. Las categorías asistenciales con contacto físico directo con el paciente, que realizan más

**Gráfico 6** Evolución del porcentaje promedio de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior por año, con y sin baja, entre el primer y el segundo periodo de análisis



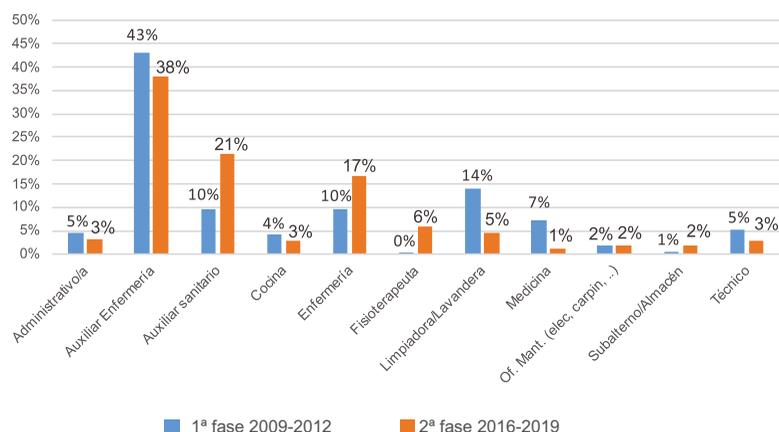
**Gráfico 7** Accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior en función del sexo para el primer y el segundo periodo



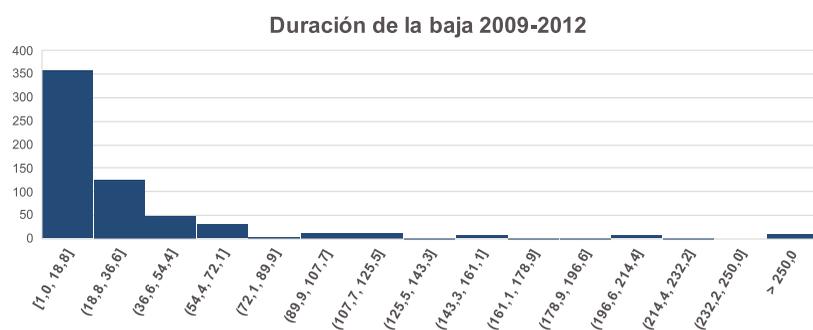
movilizaciones de enfermos, son las más afectadas en ambos periodos, concretamente auxiliar de enfermería, auxiliar sanitario y personal de enfermería. En porcentajes, la categoría más afectada, en ambos periodos, es la de personal auxiliar de enfermería, que en el periodo 2009-2012 representa el 43% del total de casos registrados y en el periodo 2016-2019 el 38%.

Se observa un aumento de casos del primer al segundo periodo en la categoría de auxiliar sanitario, pasando de representar el 10% de los casos al 21%, y en la categoría de enfermería, del 10% al 17% de los casos notificados. Debido a que a nivel nacional se ofrecen los datos agrupados, ha sido imposible realizar la comparativa

**Gráfico 8** ■ **Porcentaje de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior, según categoría profesional y según periodo**



**Gráfico 9** ■ **Duración de los accidentes con baja por sobreesfuerzos en extremidad superior, periodo de registro 2009-2012**



exclusivamente con el sector sanitario; los datos se incluyen en el sector Servicios, con el que no es directamente comparable.

Las categorías que forman parte de los servicios generales de los centros sanitarios (cocina, mantenimiento o almacén) obtienen resultados parecidos en ambos periodos. En cambio, se observa una disminución de casos en el colectivo de personal limpiador y de lavandería, que pasa de

representar el 14% en el periodo 2009-2012, al 5% en el periodo 2016-2019.

Tal como se ha indicado anteriormente, en general se ha observado que en los distintos centros y servicios se utilizan distintas nomenclaturas para describir categorías profesionales similares. Para poder realizar el análisis, por ejemplo, en la categoría enfermería se ha unificado: diplomado universitario de enfermería (DUE), enfermero/a, enfermero/a especialista, comadrona,...

## Duración de la baja

En cuanto a la variable duración de la baja, en el caso de accidentes en extremidad superior con baja, durante el primer periodo la media de días de baja es de 38,8, la desviación estándar 78,3 y la mediana de 16,0. En cambio, en el segundo periodo la media desciende a 34,2 días, la desviación estándar se sitúa en 80,3 y la mediana es de 17,0.

Aunque el porcentaje de accidentes con baja en extremidad superior se mantiene similar en los dos periodos, se reduce la duración de esta, tal como se observa en los gráficos 9 y 10.

## Parte del cuerpo afectada

En cuanto a la variable descripción de la parte del cuerpo, en el primer periodo la mayoría de los accidentes tienen asignado el grupo 50 (extremidades superiores), aunque también se incluyeron, inicialmente, algunos accidentes donde intervienen otras zonas como otros grupos 41 (costillas, hombro), o 58 (zonas múltiples).

En el gráfico 11 se representan los porcentajes de accidentes según su ubicación. Las tres zonas más representativas son, por orden de magnitud: hombro, muñeca y brazo. No se observan diferencias significativas entre los dos periodos.

Esta variable generó cierta controversia en el grupo. Analizando accidentes concretos, se obtenían opciones de clasificación distintas entre centros, especialmente cuando el accidente afecta a distintas zonas de la extremidad superior o incluye la zona cervical. Por ejemplo, si un accidente afectaba al hombro y también al cuello, para algunos se debía clasificar grupo 50 (extremidad superior), para otros como grupo 58 (zona múltiple) o incluso como zona cervical únicamente.

### Tipo de lesión

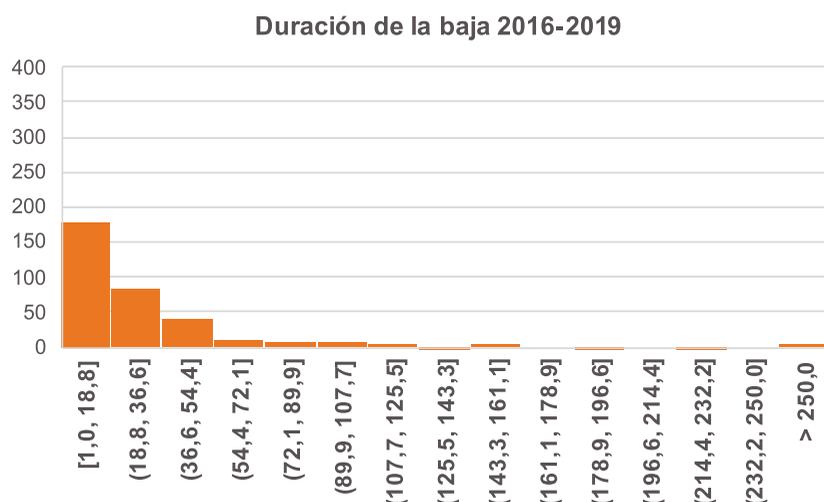
Finalmente, en el apartado tipo de lesión, en el primer periodo los mayores porcentajes corresponden a "Esguinces y torceduras" (46%), "Otros tipos de dislocaciones, esguinces y torceduras" (29%), "Heridas y lesiones superficiales" (13%) y también "Dislocaciones y subluxaciones" (8%). En el segundo periodo los porcentajes varían un poco: "Dislocaciones, Esguinces y torceduras" (30%) ocupa la primera posición, seguida por "Otros tipos de dislocaciones, esguinces y torceduras" (27%) y también "Esguinces y torceduras" (26%). Son categorías que incluyen dos o tres opciones, pero en categorías relativamente similares. Aunque en ambos periodos la opción más frecuente incluye "Esguinces y torceduras".

Los datos se corresponden con los informes de siniestralidad laboral elaborados por el INSST, en los que los Esguinces y torceduras representan el tipo de lesión más frecuente: el 39% en 2020, seguido de Otros tipos de dislocaciones, esguinces y distensiones, con un 23%.

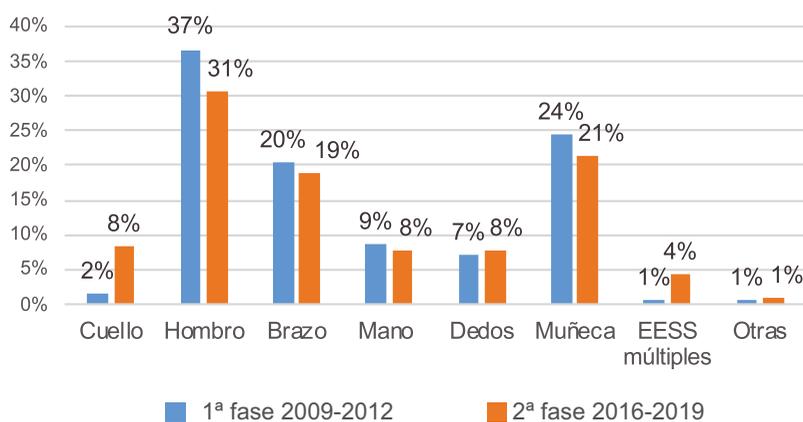
### DISCUSIÓN

En el trabajo de discusión realizado por el Grupo de Hospitales en el marco de este estudio, se destacan la dificultad del análisis de accidentabilidad, e incluso de la comparabilidad de los datos, y dos debilidades importantes en el registro de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior. La dificultad de categorizar algunos de los principales tipos de accidentes por sobreesfuerzos en el sector sanitario, como son los relacionados con la movilización o la contención mecánica de pacientes, especialmente en algunas de las variables (parte del cuerpo afectada, tipo de lesión, desviación o forma de contacto). Y la dificultad de categorizar de manera precisa este tipo de lesión aguda, sin un criterio médico

**Gráfico 10** Duración de los accidentes con baja por sobreesfuerzos en extremidad superior, periodo de registro 2016-2019



**Gráfico 11** Porcentaje de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior por zona afectada, según periodo



experto y unánime. Surge la necesidad de realizar un trabajo conjunto coordinado entre todas las personas y departamentos implicados en el registro de accidentes, mayoritariamente el personal de los servicios de prevención y el departamento de recursos humanos.

Por otro lado, cuando se han analizado las categorías profesionales con mayor incidencia de accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior se ha observado que en los últimos años las categorías correspondientes a servicios auxiliares, trabajos en cocinas, limpieza o

■ **Tabla 3** ■ **Propuesta de codificación de accidentes por sobreesfuerzos del sector sanitarios**

Accidente tipo		Forma de contacto		Desviación	
<b>Sobreesfuerzo</b>	Manipulación manual de cargas	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	71	Movimiento del cuerpo como consecuencia de o con esfuerzo físico (levantar, transportar, levantarse)
	Manipulación de carros (ropa, comida, medicación, ...)	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	72	Movimiento del cuerpo como consecuencia de o con esfuerzo físico (empujar, tirar de)
	Movilización de enfermos	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	78	Movimiento del cuerpo como consecuencia de o con esfuerzo físico (movilizar, transferir pacientes)
	Contención, inmovilización de pacientes	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	77	Movimiento del cuerpo como consecuencia de o con esfuerzo físico (contener, inmovilizar personas)
	Movimientos repetitivos	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	76	Movimiento del cuerpo como consecuencia de o con esfuerzo físico (movimientos repetitivos)
	Bipedestación continuada	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	68	Movimiento del cuerpo sin esfuerzo físico añadido (bipedestación continuada)
	Mal gesto, postura	71	Sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético	60	Movimiento del cuerpo sin esfuerzo físico añadido

mantenimiento tienen un porcentaje muy bajo de casos notificados. Según se ha confirmado en el Grupo de Hospitales, existe una tendencia progresiva a subcontratar estas actividades, de forma que cada vez son menos los profesionales propios asociados a estas categorías. Es importante valorar la incidencia de estos accidentes en estos colectivos, a la vez que se deberá realizar una adecuada coordinación empresarial con este tipo de empresas subcontratadas.

En el grupo también se ha destacado la preocupación por la dificultad que existe en algunos casos para considerar como accidente laboral por sobreesfuerzos algunas de las dolencias musculoesqueléticas, sobre todo en aquellas situaciones en las que existe patología previa del profesional. Quizás sería interesante ampliar el concepto a TME, ya que hay enfermedades profesionales y derivadas del trabajo con el mismo o similar origen.

## CONCLUSIONES

En el análisis de los datos y las búsquedas bibliográficas que se han realizado del sector sanitario se constata que a lo largo de estos diez años se mantiene el porcentaje global de accidentes por sobreesfuerzos, respecto al total de accidentes registrados en los servicios de prevención. Suponen aproximadamente un tercio de los accidentes registrados. Aunque sí se observa una reducción en el porcentaje de accidentes por sobreesfuerzos sin baja laboral, en el promedio global de los centros sanitarios analizados se reduce un 18% entre los dos periodos.

En esta línea común observada se detectan importantes diferencias entre centros. Los accidentes por sobreesfuerzos pueden resultar un "cajón de sastre" de algunos tipos de accidentes sin una causa muy clara. Esta diversidad de criterios a la hora de codificar los accidentes es

una dificultad también recogida por Molinero et al. en 2015 [6].

En lo que se refiere a los accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior, los porcentajes se mantienen en ambos periodos. Suponen aproximadamente un tercio de todos los accidentes por sobreesfuerzos registrados, con baja y sin baja, aunque también se observan diferencias importantes entre centros. Se debe seguir realizando acciones preventivas dirigidas a prevenir riesgos por sobreesfuerzos que incluyan de manera específica las extremidades superiores.

En cuanto a las variables sexo, edad y categoría profesional, no se observan cambios significativos en los dos periodos analizados. Según los datos, en los accidentes por sobreesfuerzos en extremidad superior el accidente tipo es una mujer, de alrededor de 43 años, auxiliar de enfermería.

Se trata de un sector con mayor presencia de mujeres que de hombres y con un porcentaje importante de personas de más de 45 años, por lo que es necesario analizar los datos considerando la perspectiva de género y el envejecimiento de la población, teniendo en cuenta, además, la existencia, el conocimiento y el uso adecuado de técnicas de movilización de pacientes. Todo esto debe tenerse en cuenta en la planificación de medidas preventivas para mejorar su impacto en la salud.

## PROPUESTA

El análisis de los datos recogido en este artículo se ha centrado en un estudio

estadístico descriptivo de siniestralidad laboral, pero también ha aportado información valiosa para analizar y unificar criterios de registro y de análisis entre los centros participantes.

Con el objetivo de facilitar el registro y la unificación de criterios en el sector sanitario, se realiza una propuesta para codificar los accidentes por sobreesfuerzo más habituales (ver tabla 3). Esta opción supone utilizar internamente nuevos códigos (indicados en azul en la tabla), pero no se ha llegado a un consenso en el seno del grupo sobre cómo categorizar los accidentes relacionados con la movilización de pacientes o la realización de contenciones mecánicas en pacientes de

salud mental. Las dos principales opciones son: seleccionar codificaciones genéricas de las variables, con la consecuente pérdida de información específica; o combinaciones de códigos en distintas variables personalizadas por el servicio de prevención, en este caso se dificulta la comparación de datos.

La incorporación y, en su caso, ampliación de esta codificación en los registros permitirá una mejor diferenciación de las causas de accidentabilidad. Se podrá disponer de estadísticas de grupo más precisas y unificadas, lo que a su vez hará posible análisis más específicos, con sus correspondientes propuestas de mejora e intervención. ●

## Referencias bibliográficas

- [1] Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2013. "Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos 2012". (En línea). Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Accidentes+de+trabajo+por+sobreesfuerzos.+2012.pdf/e52fe4cfc5e-4fcd-9413-a11653b43d00?t=1560049200419> (Último acceso: 17 de mayo 2022).
- [2] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2020. "Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos 2021". (En línea). Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/0/Accidentes+de+trabajo+por+sobreesfuerzos+2020.pdf/96eae591-e504-4824-6338-ba10e54e5fee?t=1639866961714> (Último acceso: 17 de mayo 2022).
- [3] Eurorfound, 2015. "Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6º EWCS. INSHT". (En línea). Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/encuesta-nacional-de-condiciones-de-trabajo.-2015-6-ewcs-espana> (Último acceso: 17 de mayo 2022).
- [4] J. Nájera (coord.), 2013. "Comunicació d'accidents de treball: codis i classificacions (CONTA)". V 1.2. Generalitat de Catalunya, Departament d'Empresa i Ocupació, Col·lecció prevenció de riscos laborals, 28. (En línea). Disponible en: [https://treball.gencat.cat/web/.content/09\\_-\\_seguretat\\_i\\_salut\\_laboral/publicacions/imatges/guia\\_codis\\_comunicacio.pdf](https://treball.gencat.cat/web/.content/09_-_seguretat_i_salut_laboral/publicacions/imatges/guia_codis_comunicacio.pdf) (Último acceso: 17 de mayo 2022).
- [5] Memorias de accidentes entre los años 2009 - 2012 y 2016-2019 de los centros que han participado.
- [6] E. Molinero, S. Pitarque, Y Fondevila-McDonald y M. Martín-Bustamante, 2015. "How reliable and valid is the coding of the variables of the European Statistics on Accidents at Work (ESAW)? A need to improve preventive public policies". Safety Science 79, pp 72-79.