



### SUMARIO

#### ANÁLISIS - OPINIÓN

**ACCIDENTES LABORALES EN EL CONJUNTO DEL ESTADO Y EN GALICIA. PRIMER SEMESTRE 2016**

*Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

#### INFORMACIÓN TÉCNICA

**PRIMEROS AUXILIOS EN RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR (RCP) Y PRINCIPIOS PARA LA UTILIZACIÓN DEL DESFIBRILADOR**

*Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

#### A FONDO

**LOS/AS TRABAJADORES/AS DEL ESTADO ESPAÑOL ENTRE LOS/AS MENOS ABSENTISTAS DE EUROPA**

*Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

#### ¿SABÍAS QUE...?

**NUEVO REGLAMENTO EUROPEO SOBRE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIs)**

*Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

#### ¿SABÍAS QUE...?

**LOS ACCIDENTES CARDIOVASCULARES SE CONFIGURAN COMO PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN EL TRABAJO.**

*Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

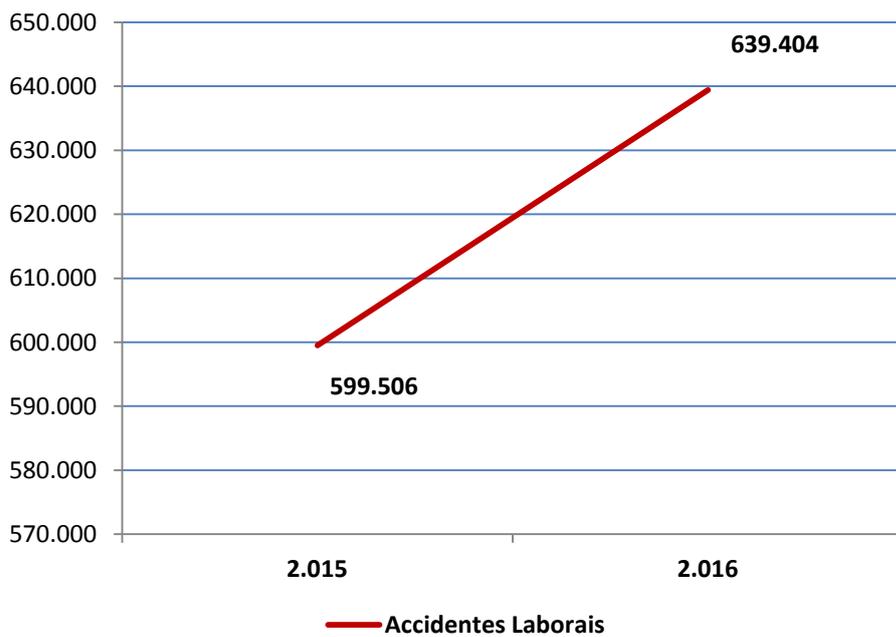
EDITA:

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

## Accidentes laborales en el conjunto del Estado y en Galicia

### Primer semestre 2016

**Evolución Accidentes Laborales primer semestre 2015-2016 en el conjunto del Estado**



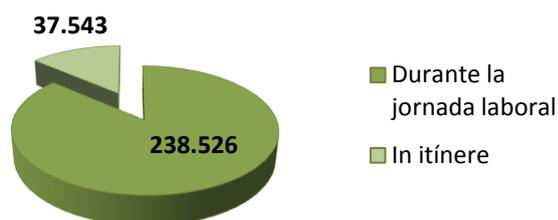
**La siniestralidad laboral se dispara un 6,6% en la primera parte del año**



**E**n el Estado español durante los primeros seis meses de este año 2016 se registraron un total de 639.404 accidentes laborales; 39.506 accidentes laborales más que en el año 2015, lo que supone un incremento de la accidentalidad total del 6,6%. De este total de los 639.404 accidentes laborales, 276.069 cursaron con baja laboral; esto es 21.872 trabajadores/as más que el año pasado, lo que supone un aumento porcentual del 8,6%.

De los 276.069 accidentes que causaron baja, 238.526 acontecieron durante la jornada laboral -un 8,5% más que en el año 2015-, y 37.543 fueron accidentes *in itinere*, un 9,3% más que en el mismo período del año pasado.

#### Accidentes con baja durante la jornada laboral e *in itinere*. 1º semestre 2016



Así en su conjunto, del total de accidentes laborales acontecidos en este primer semestre del 2016, un 43,17% causaron baja laboral, y de estos un 86,40% se produjeron durante la jornada de trabajo, y un 13,60% lo fueron *in itinere*, esto es en el traslado de ida o vuelta al trabajo desde la propia residencia.

Los **accidentes sin baja notificados** fueron 363.335, un 56,83% del total de accidentes notificados, experimentando un aumento de 17.634 accidentes en relación al mismo período del año 2015, un incremento del 5,1%.

Por ramas de actividad, la hostelería con un 16,3% de incremento, así como la construcción y las actividades administrativas con un 12,4% respectivamente, fueron las actividades en las que porcentualmente más aumentó la accidentalidad.

Atendiendo a las **causas de los accidentes de trabajo**, las lesiones músculo-esqueléticas por sobre esfuerzos físicos con 94.686 casos ocupa el primer lugar, seguido de los choques o golpes contra objetos fijos, caídas y traspies con 57.523 accidentes, y de los choques o golpes contra objetos en movimiento con 32.765 casos.

#### Principales causas de los accidentes. 1º semestre 2016

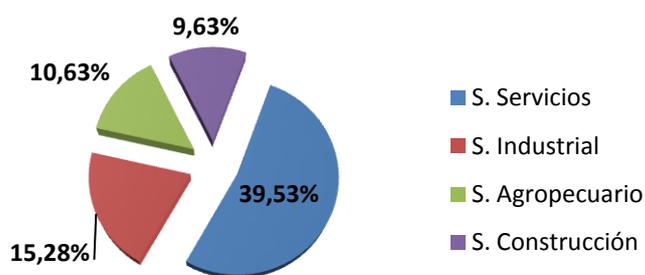


En lo que respecta a los **accidentes con resultado de muerte**, se pasó de los 285 fallecidos del primer semestre del año 2015 a los 301 del mismo período del año 2016, un 5,6% de incremento de los accidentes mortales, de los que 226 (75%) acontecieron durante la jornada de trabajo, y 75 (25%) lo fueron *in itinere*. Los 226 fallecimientos acontecidos en jornada laboral -13 menos que en el año anterior- suponen un descenso del 5,45%, mientras que las 29 muertes más acontecidas en esta primera parte del año en los desplazamientos *in itinere* suponen un incremento del 63%.

En este primer semestre del año, cada día fallecieron en el Estado español dos trabajadores/as, siendo las **principales causas de fallecimiento** durante la jornada laboral los accidentes cardiovasculares (infartos y derrames cerebrales) con 116 fallecimientos, los accidentes de tráfico con 36 y atrapamientos, aplastamientos y amputaciones con 26.

La **distribución de los accidentes mortales en jornada laboral por sectores de actividad** nos muestran que hubo 119 muertos en el sector Servicios (39,53% del total), 46 en la Industria (15,28% del total), 32 en el sector agropecuario (10,63%) y 29 en la construcción (9,63%).

#### Accidentes Mortales en jornada laboral por sectores

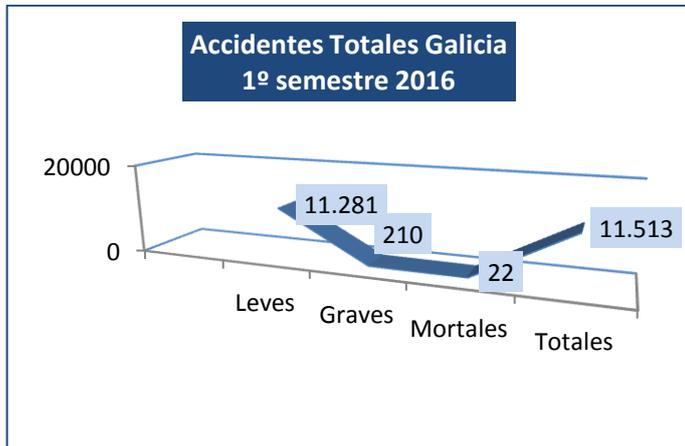


En cuanto a las **enfermedades profesionales**, hasta junio de este año 2016 se declararon en el Estado español un total de 11.657 enfermedades profesionales, de las cuales 6.098 fueron sin baja asociada y 5.559 con baja. Un 8,86% más que el mismo período del año 2015 a pesar de la gran bolsa de infradeclaración y del hecho que aproximadamente un 20% de las enfermedades derivadas del trabajo aún no están reconocidas de manera efectiva en el actual cuadro de enfermedades profesionales, lo que haría sin duda que el número de casos registrados fue mucho mayor.

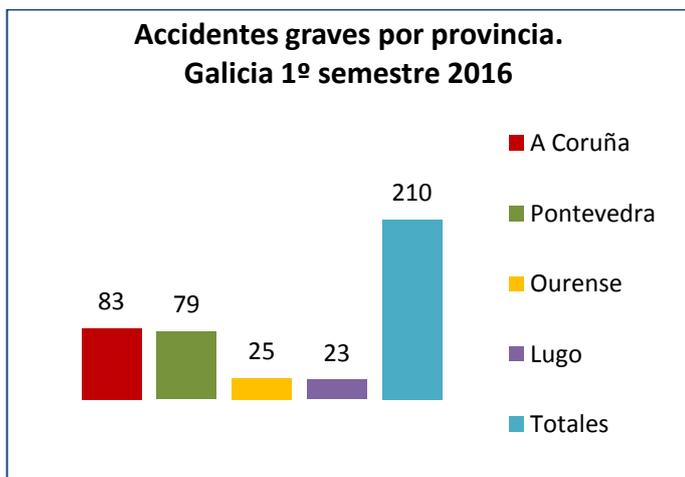
## Accidentes laborales en el País Gallego. Primer semestre 2016

*Galicia líder en siniestralidad laboral en esta primera parte del año 2016*

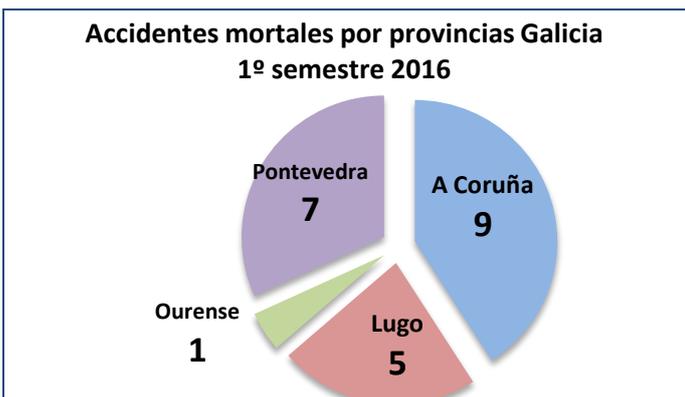
En estos primeros 6 meses del año se registraron en Galicia un total 11.513 accidentes laborales, de los cuales 11.281 fueron calificados como leves, 210 fueron graves y 22 fueron mortales.



A nivel provincial los **210 accidentes graves** se distribuyeron de la siguiente forma: en A Coruña se produjeron 83, en Pontevedra 79, en Ourense 25 y en Lugo 23.



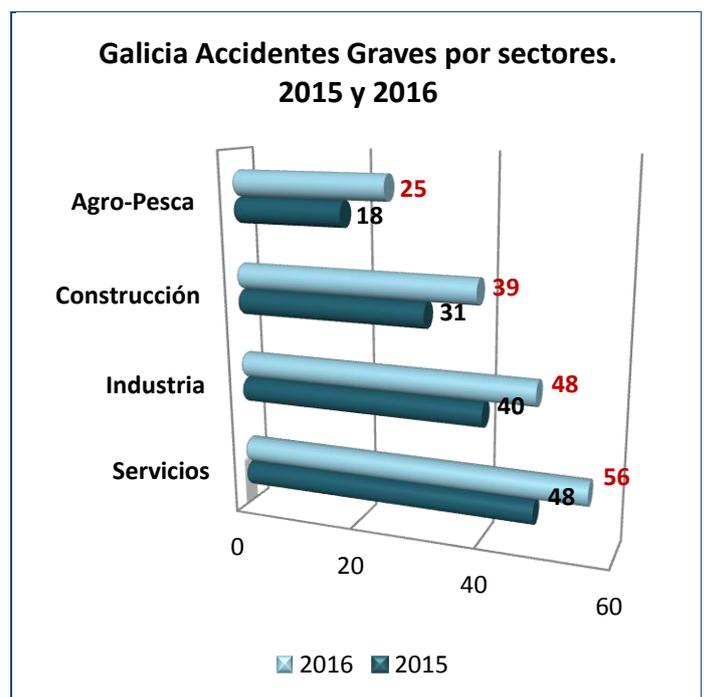
De los **22 accidentes laborales con resultado de muerte** sucedidos en Galicia, en A Coruña se produjeron 9, en Pontevedra 7, en Lugo 5 y en Ourense 1.

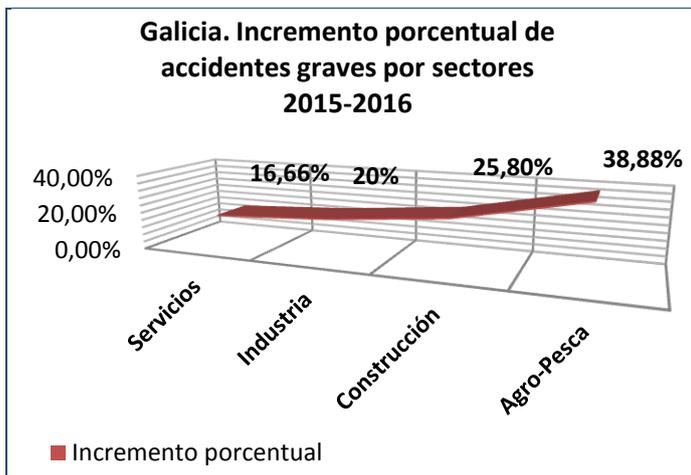


En el ranking provincial en relación al conjunto del Estado, Lugo con 1,077 puntos ocupa el segundo lugar con el mayor índice de incidencia por detrás únicamente de la provincia de Huesca con 1,4 puntos, siendo las únicas dos provincias que comparten el dudoso honor de superar un índice de incidencia superior a 1.

*Así, el primer semestre de este año 2016, devuelve a Galicia al primer puesto de siniestralidad laboral en el Estado español, alcanzando un índice de incidencia de accidentes laborales con resultado de muerte (nº de accidentes cada 100.000 trabajadores/as en activo) que alcanza los 0,519 puntos frente a los 0,259 del promedio estatal, esto es un índice de incidencia que nos indica que en este 1º semestre del año, **proporcionalmente murieron en Galicia por accidente laboral el doble de trabajadores/as que el promedio del conjunto del Estado.***

En términos comparativos en relación al mismo período del año pasado, en Galicia en el año 2015 se produjeron **167 accidentes graves** frente a los 210 computados en el primer semestre del 2016; 43 accidentes más que suponen un **incremento del 25,75%**. Incremento de los accidentes graves que se experimentó en todos los sectores: en el sector servicios se pasó de 48 a 56 accidentes, en la industria de 40 a 48, en la construcción de 31 a 39 y en el sector de la pesca de 18 a 25. Esto es, porcentualmente en el sector servicios se produjo un incremento de los accidentes graves del 16,66 %; en el sector industrial del 20 %; en la construcción del 25,80% y en la pesca de un estratosférico 38,88%.





En el primer semestre del presente año fallecieron en el Estado español como consecuencia de un accidente laboral 301 trabajadores/as, 16 más que en el mismo período del año 2015, lo que supone un incremento relativo del 5,61%. En términos de correlación, Galicia con sus 22 trabajadores fallecidos representa el 7,31% del total de muertes por accidente laboral del Estado.

Una reforma laboral brutal e injustificada junto a una política antisocial de recortes extremos, ha derivado en una profunda desestructuración del mercado de trabajo, en la precarización laboral a ultranza y en una pérdida de derechos sin parangón en el ámbito de las relaciones laborales.

Derivado de estas actuaciones, en concomitancia con la visión actualmente dominante de las políticas neoliberales en el espacio económico europeo y gallego, la prevención de los riesgos laborales en su conjunto y la seguridad y salud de los/as trabajadores/as en particular, ha pasado a un segundo plano frente a la pretensión empresarial de minimización de los gastos y maximización de los beneficios, aunque en muchos casos esto signifique el flagrante

incumplimiento de la actual y vigente normativa en materia de prevención de riesgos y salud laboral.

A la vista de las evidentes y verificables consecuencias, hoy más que nunca hace falta impulsar y desarrollar un sistema que realmente garantice la protección social y laboral del conjunto de los/as trabajadores/as y sus familias. Llevar a cabo iniciativas políticas que de una vez por todas aborden las cada vez mayores y más profundas desigualdades sociales, incidiendo en la eliminación o en su caso minoración de los determinantes sociales (Ver **Boletín CIG-Salud Laboral nº 19: "Las desigualdades en la salud y en el trabajo: Determinantes Sociales"**), que tan nefastas consecuencias están produciendo en términos de seguridad laboral y de salud de los/as trabajadores/as.

Concretamente en el ámbito de la prevención de riesgos y la salud laboral últimamente tan deterioradas en nuestro país, hace falta entre otras cuestiones: mejorar el sistema de detección, reconocimiento y registro de enfermedades profesionales; incrementar y mejorar la vigilancia de la salud acomodando la misma a los riesgos reales a los que los/as trabajadores/as están expuestos; reforzar los organismos y dispositivos técnicos de la Administración gallega en materia de prevención de riesgos y salud laboral; reforzar y potenciar las actuaciones de la Inspección de Trabajo y de los/as técnicos/as habilitados del ISSGA mediante la mejora de sus medios humanos y materiales, incrementando sus actuaciones de inspección y control; potenciar y garantizar la independencia, la autonomía y la calidad de los servicios de prevención frente a los distintos tipos de condicionantes y presiones, tanto en lo que atañe a los servicios de prevención de las propias empresas como a los servicios de prevención ajena (SPA) contratados por estas, ... etc.

	Nº AT LEVES	I. INCIDENCIA LEVES	Nº AT GRAVES	I. INCIDENCIA GRAVES	Nº AT MORTALES	I. INCIDENCIA MORTALES	Nº AT TOTALES	I. INCIDENCIA TOTALES	variación % respecto periodo anterior	POBLACIÓN AFILIADA
ANDALUCIA	75.269	3.507	836	39,0	75	3,5	76.180	3.550	0,5%	2.146.067
ARAGON	12.628	2.949	69	16,1	28	6,5	12.725	2.972	4,8%	428.219
ASTURIAS	10.257	3.555	59	20,4	13	4,5	10.329	3.580	-1,8%	288.517
BALEARES	16.852	4.574	91	24,7	9	2,4	16.952	4.602	4,7%	368.393
COM. CANARIA	21.803	3.527	126	20,4	19	3,1	21.948	3.551	-0,8%	618.155
CANTABRIA	4.962	2.960	43	25,6	6	3,6	5.011	2.989	6,1%	167.661
CASTILLA LA MANCHA	20.460	3.959	131	25,3	25	4,8	20.616	3.989	7,5%	516.831
CASTILLA LEON	21.725	3.108	156	22,3	30	4,3	21.911	3.135	4,6%	698.935
CATALUÑA	78.118	2.992	491	18,8	48	1,8	78.657	3.013	-0,2%	2.610.736
COM. VALENCIANA	39.931	2.885	308	22,3	47	3,4	40.286	2.911	3,8%	1.383.860
EXTREMADURA	9.282	3.398	138	50,5	9	3,3	9.429	3.452	-1,2%	273.127
GALICIA	23.908	3.083	431	55,6	52	6,7	24.391	3.146	1,7%	775.408
COM. MADRID	68.466	2.712	241	9,5	66	2,6	68.773	2.724	6,3%	2.524.914
MURCIA	14.610	3.380	76	17,6	23	5,3	14.709	3.403	4,4%	432.249
NAVARRA	7.235	3.292	53	24,1	4	1,8	7.292	3.318	7,1%	219.788
PAIS VASCO	25.423	3.428	131	17,7	18	2,4	25.572	3.448	6,7%	741.713
LA RIOJA	3.351	3.413	35	35,7	4	4,1	3.390	3.453	6,2%	98.177
CEUTA	609	3.437	9	50,8	1	5,6	619	3.494	-8,2%	17.718
MELILLA	518	2.967	5	28,6		0,0	523	2.995	2,9%	17.461
<b>Total</b>	<b>455.407</b>	<b>3.178</b>	<b>3.429</b>	<b>23,9</b>	<b>477</b>	<b>3,3</b>	<b>459.313</b>	<b>3.206</b>	<b>2,8%</b>	<b>14.327.928</b>

Fuente: MTYSS (últimos datos)

# Primeros auxilios en Resucitación Cardio-pulmonar (RCP) y principios para la utilización del desfibrilador

**E**l paro cardiorrespiratorio, consiste en el cese de la actividad mecánica cardíaca, y se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. El conjunto de medidas aplicadas a revertirlo se denomina resucitación cardio-pulmonar. En este tipo de incidencia se distinguen dos niveles de intervención: **SOPORTE VITAL BÁSICO** y **SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO**.

En el **soporte vital básico**, que es lo que vamos a ver aquí ahora, se emplean métodos que no requieren tecnología especial: apertura de vías aéreas, ventilación boca a boca y masaje cardíaco, tendiéndose últimamente a incluir cuando es posible el uso del desfibrilador. En el **soporte vital cardíaco avanzado** que se debe realizar a continuación del soporte vital básico, se emplean desfibrilador, canulación venosa, intubación orotraqueal, ventilación mecánica con gas enriquecido y fármacos.

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada **PCR**. La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida e indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace boqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30 a 60 segundos. Cuando lo que se produce en primer lugar es la ausencia de respiración, la detención de la función cardíaca se produce en unos dos minutos.

**La importancia del factor tiempo** es esencial en la eficacia de la RCP. Cuando la RCP básica se aplica dentro de los primeros 4 minutos y la avanzada en 8 minutos, la supervivencia alcanza el 43%. El retraso en la iniciación de la RCP básica más allá de los 4-5 minutos hace muy improbable la supervivencia, salvo circunstancias especiales.

El reconocimiento de la importancia de la desfibrilación precoz para el paciente adulto con paro cardíaco comprobado, llevó progresivamente al empleo de desfibrilación en la asistencia de Soporte Vital Básico (SVB). Así la secuencia del SVB incluye una serie de maniobras que se describieron bajo la regla nemotécnica del «ABC» de la reanimación, a la que últimamente se le añadió la letra «D».

**«A»:** apertura de las vías aéreas para que se mantengan permeables.

**«B»:** boca-boca, para proporcionar un soporte a la respiración.

**«C»:** circulación o masaje cardíaco sin el empleo de ningún utensilio especial.

**«D»:** desfibrilar, siempre que esté disponible y se compruebe que haya FV (fibrilación ventricular) o TV (taquicardia ventricular).

De las aproximadamente 700.000 personas que anualmente sufren en Europa una parada cardiorrespiratoria (PCR) fuera del ámbito hospitalario, tan sólo un 7% de las mismas consigue sobrevivir.

En el Estado español se producen cerca de 27.000 PCR año fuera del ámbito hospitalario. Esto es, 72 casos al día que suponen un caso de PCR cada veinte minutos. La mayoría de ellas, un 86% se producen en entornos cotidianos, especialmente en los ámbitos familiares y laborales.

Como comentábamos anteriormente, la **PCR** es la interrupción brusca, inesperada y en principio reversible de la circulación de la sangre y de la respiración espontánea, identificándose porque la persona se encuentra inconsciente y sin respiración (no tiene pulso). La resucitación cardiopulmonar (**RCP**) se define como el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas con el fin de evitar la muerte por lesión irreversible de órganos vitales, especialmente del cerebro.

En una primera intervención actúe de la siguiente manera:

- Verifique que la zona en donde se encuentra la víctima es segura.
  - Acérquese a la víctima y pregúntele que le sucede.
- **Si la víctima contesta o se mueve, entonces está consciente:**
- En cuyo caso déjela en la misma posición y busque lesiones evidentes.
  - Investigue las causas del incidente.
  - En caso necesario avise al 112
- **Si la víctima no responde o no se mueve, está inconsciente:**
- Observe si respira (observe si el tórax se mueve, hay ruidos respiratorios o siente la respiración), no utilice más de diez segundos para eso.
  - Llame al 112 o pida a alguien que lo haga y solicite un DESA (Desfibrilador Semiautomático) tan pronto como sea posible.
  - Si la víctima respira colóquela en posición lateral de seguridad.
  - En caso de que la víctima no respire, siga las indicaciones que aparecen en el siguiente punto.



→ Si la víctima no respira, tiene una respiración agónica o boquea, alerte al 112 e inicie **maniobras de RCP**. En el caso de dudar si la respiración es normal, actúe como si no lo fuera:

- Abra la vía aérea. Revise y limpie la boca. No puede hacerse una ventilación eficaz sin la garantía de que la boca, faringe y tráquea estén permeables, por lo que se debe aflojar la ropa alrededor del cuello y comprobar si existen cuerpos extraños visibles en la boca o restos de comida o vómito, incluyendo la dentadura postiza, en cuyo caso se retiran introduciendo uno o dos dedos en la cavidad bucal. En el enfermo inconsciente la falta de tono muscular provoca el desplazamiento pasivo de la lengua y epiglotis hacia abajo, obstruyendo la entrada a la laringe. Para evitar esto se coloca a la víctima en posición supina y se inclina la cabeza lo más posible hacia atrás. Pince la nariz de la víctima tapando los orificios y dele dos soplos profundos sobre la boca de aproximadamente un segundo de duración cada uno, comprobando que el pecho de la víctima se expande y que el aire se expulsa al suspender la maniobra.
- Colóquese de rodillas al lado de la víctima para hacer compresiones. Descubra el tórax del paciente y coloque el talón de una mano en el centro del pecho (línea recta imaginaria entre los dos pezones), que es la mitad inferior del hueso central del pecho de la víctima o esternón. Ponga la otra mano encima y entrelace los dedos.



- Estire los brazos, hombros perpendiculares al punto de masaje y mantenga la espalda recta.



Colóquese verticalmente sobre el pecho de la víctima, y con los brazos rectos, comprima el esternón de 4 a 5 centímetros. Tras cada compresión, se debe liberar la presión sobre

el pecho sin que las manos dejen de contactar con él y repetir las compresiones a un ritmo de 100 por minuto.

- Ejercer presión dejando caer los hombros. Comprima fuerte y rápido con una velocidad de por lo menos cien compresiones por minuto, con una profundidad de por lo menos cinco centímetros y dejando que el tórax se reexpandiera entre compresiones.
  - Realice también maniobras de ventilación, alternando 30 compresiones con 2 ventilaciones, maniobra de boca a boca.
  - Recuerde que para realizar ventilaciones es aconsejable utilizar cualquier dispositivo de barrera.
  - No esté nunca más de 5 segundos sin hacer compresiones. Ventile lo justo para elevar el tórax y con una duración para cada insuflación de un segundo.
  - Utilice el DESA tan pronto como sea posible, si usted o alguno de los auxiliares tiene formación para eso.



Tras comenzar el masaje cardíaco, el reanimador debe combinar las 30 compresiones con 2 ventilaciones de rescate. Para eso, debe abrir de nuevo la vía aérea (maniobra frente-mentón) y pinzar la nariz con los dedos índice y pulgar de la mano colocada sobre la frente del paciente, tomar una inspiración normal (Volúmen: unos 500 cc.) e insuflar firmemente el aire en la boca de la víctima durante 1 segundo por insuflación, comprobando que el pecho se eleva. Esta técnica de respiración artificial se conoce como ventilación boca a boca. Retirar la boca de la víctima y, manteniendo la vía aérea abierta, comprobar que el pecho desciende conforme sale el aire insuflado.

#### Que NO se debe hacer:

- Dejar sola a la víctima, salvo si tuviera que llamar al 112 y conseguir un DESA usted mismo.
- Tardar más de diez segundos en determinar si la víctima respira.
- Ejercer presión entre compresión y compresión.
- Aplicar presión sobre la parte alta del abdomen o la parte final del esternón.
- Dar ventilaciones si no conoce la técnica. Es preferible sólo hacer compresiones.

## RECUERDA

Es esencial **AVISAR lo antes posible a los SERVICIOS DE EMERGENCIAS. Llamando al número de teléfono 112** y proporcionando la dirección exacta y los síntomas de la víctima. A continuación **comienza de manera inmediata la reanimación.**

**El masaje cardíaco se realiza sólo con tus manos y debes evitar provocar algún daño a la persona que sufrió una parada cardíaca.** Colocando al paciente boca arriba, sobre una superficie dura (el suelo es lo mejor), con las dos manos entrelazadas se realizan compresiones torácicas, apretando en el centro del pecho (centro de la línea imaginaria que une los dos pezones), sin doblar los codos y con los brazos estirados aprovecha la fuerza de tu cuerpo para hacer las compresiones torácicas que deben bajar el esternón entre 4 y 5 cm, a un ritmo de aproximadamente 100 compresiones por minuto.

**Comienza y no dejes de hacer el masaje cardíaco, es fundamental evitar las pausas.** Si te cansas o te agotas, debes alternarte a comprimir con otra persona. Hay que seguir comprimiendo hasta que llegue la ambulancia.

## LA DESFIBRILACIÓN PRECOZ

Dependiendo del lugar en el que se produzca la emergencia, es posible que esté disponible un Desfibrilador Externo Automático, **DEA**, (aparato electrónico portátil que diagnostica y trata la parada cardiorrespiratoria cuando es debida a la fibrilación ventricular FV (el corazón tiene actividad eléctrica pero sin efectividad mecánica) o a una taquicardia ventricular sin pulso TV (hay actividad eléctrica mas el bombeo sanguíneo es ineficaz), restableciendo un ritmo cardíaco efectivo eléctrica y mecánicamente.

Efectivamente, el Desfibrilador Externo Automático, **DEA**, es un aparato electromédico que mediante la colocación de unos electrodos en el tórax del paciente es capaz de analizar por sí mismo el ritmo cardíaco, identificar aquellas arritmias mortales que pueden ser tratadas con una descarga eléctrica e informar de cuando es necesario aplicar esa descarga.

También existen en el mercado y están disponibles en distintos lugares públicos los llamados **DESA** o Desfibrilador Externo Semiautomático. La diferencia fundamental entre un DEA y un DESA es que los primeros aplican la descarga sin previo aviso, y los DESA, por el contrario, solicitan que se pulse el botón de descarga cuando nadie está tocando a la víctima.

Los DEA están diseñados para administrar una descarga eléctrica únicamente si la persona es víctima de un paro

cardíaco. Si se utilizan correctamente y con las precauciones apropiadas, los DEA tienen un funcionamiento muy sencillo y no constituyen riesgo alguno para el interviniente o la víctima.

El Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, establece las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario, aunque esta norma deja en manos de las Comunidades Autónomas el establecimiento de los requisitos para su instalación.

En principio el DEA puede ser utilizado por cualquier persona, pero según la legislación vigente, deben recibir previamente un curso de formación, impartido por una entidad acreditada siguiendo la normativa existente en cada Comunidad Autónoma.

Cuando se usa en personas que no responden y no están respirando, el DEA es extremadamente seguro. El DEA toma las decisiones relacionadas con la aplicación de una descarga en función del ritmo cardíaco de la víctima, y sólo se activa cuando hay un ritmo desfibrilable.

En todos los casos se debe llevar a cabo la RCP hasta que

llegue el DEA. Luego se aplicarán las almohadas con electrodos sobre el tórax desnudo de la víctima (que deberán tener una buena adherencia) y seguir las indicaciones y mensajes del DEA. El dispositivo indicará cuando reiniciar la RCP, que proporciona al

corazón y el cerebro de la víctima cierto grado de circulación de sangre rica en oxígeno.

Después de una desfibrilación exitosa, la víctima sigue en riesgo de desarrollar de nuevo una fibrilación ventricular. El DEA monitorizará continuamente a la víctima en caso de que vuelva a tener una fibrilación ventricular. Si se sospecha que está sucediendo una FV, el DEA comenzará automáticamente a analizar a la víctima después de completar dos minutos de RCP. El DEA debe dejarse colocado hasta que el personal de emergencia asuma la responsabilidad de la víctima.

### Fuentes consultadas:

*Recomendaciones para la Resucitación del Consejo Europeo de Resucitación (ERC).*

*Comité Internacional de Unificación en Reanimación (ILCOR).*

*Plan Nacional de RCP y de la Sociedad Española de Cardiología.*

*Guía de primeros auxilios del SAMUR*



## Los trabajadores del Estado español entre los menos absentistas de Europa

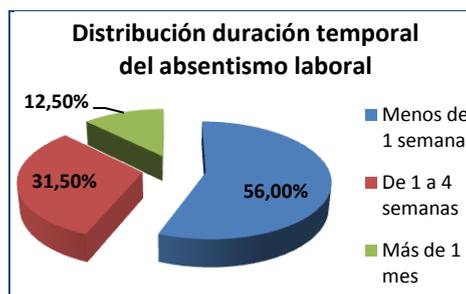
Según un estudio recién realizado por la consultora internacional "AYIMING" entre más de 3.000 empleados/as del sector privado en 7 estados europeos, con una edad media de 41 años y que mayoritariamente trabajan en los sectores de la Industria y el Comercio, contrariamente a lo que machaconamente nos tienen "des-informado" diversas agencias consultoras de trabajo y medios de comunicación afines a las ideas neoliberales, **los/as trabajadores/as del Estado español faltan menos a trabajar que sus homólogos europeos.**

Así, según el referido estudio, el 79% de los/as trabajadores/as del Estado español acudieron a su trabajo todos los días del pasado año 2015, mientras la media europea fue del 72% de los/as trabajadores/as, siete puntos más de absentismo laboral que en el Estado español. Situándonos con un ratio de absentismo laboral mucho menor que como por ejemplo estados como Francia y Bélgica, con un 71%, o extraordinariamente inferior a Italia, en que sólo el 41% de los/as trabajadores/as asistieron al trabajo todos los días en el pasado año 2015.

*El absentismo laboral en el Estado español es un 7% inferior a la media de los países europeos*

Por arriba en el ranking de menor absentismo laboral, pero con ratios muy similares a los obtenidos por los/as trabajadores/as españoles, figuran Alemania con un 81%, Países Bajos con un 83% y Reino Unido con un 84%.

En cuanto a la **duración del período de absentismo laboral**, los/as trabajadores/as del Estado español se mueven en tiempos similares a la media de sus homólogos europeos: el 56% es de corta duración no sobrepasando la semana de absentismo; el 31,5% es de duración intermedia, entre una y cuatro semanas, y el 12,5% de larga duración, sobrepasando el mes de ausencia.



*Sin duda alguna, la elevadísima tasa de paro, una legislación laboral que no protege adecuadamente al trabajador/a, junto a las grandes dificultades para encontrar un trabajo estable, explican en gran medida que los empleado/as españoles/as tengan tan baja tasa de absentismo laboral, acudiendo incluso en muchas ocasiones enfermos/as a trabajar.*

Por lo general según el estudio, los/as trabajadores/as con contrato fijo tienen tendencia a presentar un mayor nivel de compromiso **e identificación con la empresa** que los/as trabajadores/as temporales, laboralmente peor tratados y considerados. Así el barómetro de absentismo de este estudio indica que en el Estado español, en lo que atañe a las empresas privadas, el grupo de trabajadores/as con mayor nivel de presencia en su puesto de trabajo son los empleados/as con contrato indefinido (82%), frente al 60% de los/las trabajadores/as con contrato temporal.

Si atendemos a las **causas que mayoritariamente alegan los/as trabajadores/as del Estado español para faltar al trabajo** nos encontramos con que: en un 24% de los casos faltan por sus problemas de salud; en un 15% de los casos por problemas de salud de sus familiares; en un 13% por su situación personal en el trabajo; en un 7% por insatisfacción ligada a la remuneración salarial; y en un 5% de los casos por el "mal ambiente" de su entorno laboral.

Si distinguimos **por niveles de responsabilidad**, los/as trabajadores/as y empleados/as con ninguna o poca responsabilidad declaran una asistencia

del 74,75% frente al personal directivo que dicen "estar siempre presentes" entre el 87% y el 92% de los casos.

Según el barómetro de este estudio, una cantidad altísima, el 83% de los/as trabajadores/as españoles se muestran preocupados por el futuro y viabilidad de su empresa; el 67% dicen estar contentos con su trabajo, y un 57% se sienten comprometidos con la empresa y dispuestos a llevar acciones que mejoren el futuro de ésta, ratio muy superior a la media europea, que en este caso se queda en un 47% de los casos.

Por otra parte, las principales **fuentes de motivación** que alegan los/as empleados/as españoles que dicen estar satisfechos y comprometidos con su empresa son: unas buenas relaciones de trabajo (80%); el propio trabajo en sí (78%) y el reconocimiento profesional (72%).

### El concepto de absentismo laboral

En principio **absentismo laboral** es toda ausencia de una persona de su puesto, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo. Esta definición que puede ser considerada un punto de partida obligado, es demasiado amplia e incluye muchas situaciones que, siendo ausencias, ni empresarios/as, ni trabajadores/as, ni expertos, calificarían cabalmente como absentismo. Por otra parte es muy habitual medir el absentismo atendiendo exclusivamente a la incapacidad laboral transitoria (IT), tratando a ésta como la única forma de absentismo, existiendo un amplio debate sobre si toda la incapacidad laboral transitoria registrada es realmente absentismo laboral o sólo podría ser considerada como tal una parte de ella.

Efectivamente este es el debate del **absentismo justificado**, también llamado involuntario, en el que la enfermedad o el accidente laboral impiden al trabajador/a asistir al trabajo durante un determinado período de tiempo, controlado y supervisado por los servicios médicos hasta la recuperación de su salud; y por otro está el **absentismo injustificado**, también llamado voluntario, en el que el trabajador/a falta a su trabajo sin la justificación médica acreditada de incapacidad laboral transitoria que justifique su ausencia al trabajo.

En el Estatuto de los Trabajadores (ET) se permite la extinción individual del contrato por causas objetivas de los/as trabajadores/as que alcancen un porcentaje de ausencias, aunque las mismas estén justificadas. En este caso, al trabajador/a le corresponderán 20 días de salario por año, hasta 12 meses. Se podrá extinguir según esta causa cuando el trabajador/a tenga faltas de asistencia, incluso justificadas pero intermitentes, que alcancen el 20% de las jornadas hábiles en dos meses consecutivos, o el 25% en cuatro meses discontinuos dentro de un período de doce meses.

Sin embargo, se contempla que no serán faltas las debidas a huelga legal, representación legal de los/as trabajadores/as, accidente de trabajo, maternidad, riesgo en embarazo y lactancia, enfermedades por embarazo, parto o lactancia, paternidad, licencias y vacaciones, enfermedad o accidente no laboral cuando la baja fuera acordada por los servicios sanitarios y dure más de veinte días sucesivos, ni las motivadas por la situación física o psicológica por violencia de género, acreditada por los servicios sociales o de salud.

A efectos del siguiente y reciente informe que sobre absentismo laboral ha elaborado Adecco, fundamentalmente se considera absentismo laboral la incapacidad temporal (IT)

por enfermedad común. Así, en el propio informe define la **Tasa de absentismo** como el porcentaje de horas no trabajadas (sin contar vacaciones, festivos, ni horas perdidas debido a ERTes) respecto de la jornada pactada efectiva. Cuestión ésta que al menos podría considerarse como altamente controvertida en el ámbito del debate: *Qué se puede considerar absentismo laboral y qué no?*



### Informe ADECCO sobre absentismo laboral (junio 2016)

Según el último informe de Adecco sobre absentismo laboral en el Estado español, éste viene experimentando un moderado y progresivo incremento desde finales del año 2013, llegando a una tasa del 4,7 el pasado año 2015.

A pesar de todo, y tomando los datos de una serie que iría **del año 2007 al mes de junio del presente año 2016, en el conjunto de este período la incidencia de las IT disminuyen en un significativo 20,1%.**

En el que atañe al año 2015, Baleares, Madrid, Galicia, Canarias, Cantabria y Murcia, son las autonomías que por este orden presentan más **horas efectivas trabajadas**, todas tirando por lo alto de la media del Estado español.

Atendiendo a los **sectores de actividad, la tasa de absentismo** en el año 2015 fue de un 4,9% (4,2% en el 2013) en Servicios, un 4,6% (4,1% en el 2013) en Industria, y un 3,2 (3,0% en el 2013) en la Construcción, que es la que experimentó un crecimiento más moderado.

Según los datos disponibles, en el 2015 las **bajas por enfermedad común** (671.917; 83%) son casi cinco veces superiores a las producidas por accidentes de trabajo (138.412; 17%), con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres.

La estimación de **costes directos derivados del absentismo laboral** en el año 2015, se sitúa en 5.132 millones de euros a la Seguridad Social por prestaciones económicas, y de 3.857 millones de euros a las empresas por abono de la prestación económica en los primeros días de baja.

Según el informe, lo que denomina **“absentismo fraudulento”** asociado a las bajas por IT durante los años de fuerte expansión (2001-2007), habría desaparecido en su totalidad en estos tres sectores, pudiéndose considerar el leve aumento experimentado en el 2015 como un ajuste de normalización después de la fuerte bajada experimentada en los años anteriores, en los que la gente iba incluso a trabajar estando justificado no hacerlo.

Según los datos de la III Encuesta sobre “Absentismo fraudulento y Presentismo” de mayo de este año 2016, los únicos precursores de bajas por IT no justificadas que presentan alguna importancia son aquellos que tienen que ver con la conciliación de la vida laboral y familiar, y las enfermedades o afecciones que se podrían considerar leves y transitorias.

Relacionado con esta circunstancia, en el Estado español el 91% de las empresas exigen a los trabajadores/as la presentación de justificantes médicos u otro tipo de justificantes para **controlar las ausencias al trabajo**, habiendo sólo un 2% de éstas que disponen de sistemas de flexibilidad horaria destinados a facilitar la conciliación de la vida laboral y personal. Circunstancias éstas que muestran que la economía española padece un importante déficit estructural en la flexibilidad de la jornada laboral, haciéndose patente la necesidad de racionalizar horarios y calendarios

laborales, introduciendo prácticas de flexibilidad horaria que sin duda contribuirían a reducir el absentismo laboral al facilitar la conciliación de la vida personal con el propio trabajo.

Asimismo, el 88% de las empresas aplican algún método de **control horario**, siendo sólo un 34% las que ofrecen posibilidades de flexibilidad horaria a más del 25% de sus empleados/as, circunstancia ésta más agravada en las PyMEs que en las grandes empresas.

Así las cosas, en el informe “se subraya” que las empresas en el Estado español están más orientadas a aplicar limitaciones y sistemas de control -lo que sin duda fomenta el absentismo y el presentismo-, que a fomentar un comportamiento responsable de los/as trabajadores/as.

En relación al **presentismo**, entendido éste como la presencia en el puesto de trabajo, pero dedicando el tiempo de trabajo a asuntos no relacionados con el objeto de éste; el 53% de las empresas dicen tener alguna práctica presentista que afecta a muy pocos empleados/as, siendo un 13% las que indican que esta práctica afecta a más del 75% de su plantilla. En este sentido, el informe concluye que el presentismo viene



fundamentalmente determinado por las características generales del propio tipo de empresa y por su cultura de trabajo, siendo en cambio poco determinante las características individuales de los/as trabajadores/as: edad, sexo, etc. Así, entre el 60% y el 78% de las empresas afirman no apreciar diferencias entre el conjunto de los trabajadores y los mayores de 45 años en relación a las prácticas presentistas.

**La incidencia de los días de Incapacidad Temporal se concentran fundamentalmente en tres tipos de diagnósticos o enfermedades:** trastornos músculo-esqueléticos, traumáticos y psiquiátricos, sumando entre ellos el 57% de los días de incapacidad, estimando el informe unos costes totales derivados de estas incapacidades de 1.997 millones de euros, por lo que para reducir el ab-

sentismo laboral aconseja a las empresas minimizar el impacto de los factores que pueden incidir en la producción de estas enfermedades.

En relación a la **edad del trabajador/a y los procesos de IT**, el informe enuncia un comportamiento cruzado que curiosamente revela una mayor incidencia de los procesos de IT en los grupos de menos edad, con un ligero aumento en el grupo de edad de los 55 a los 64 años. En cambio comparando el grupo de entre 25 y 34 años con el de entre 55 y 64, la incidencia del número de bajas por IT es menor en los/as trabajadores/as de mayor edad, siendo en cambio prácticamente el doble el número de días de IT.

***El absentismo laboral es sin duda un indicador clave de disfuncionalidades en las condiciones de trabajo. Reducirlo pasa por mejorar el nivel de la prevención de riesgos laborales desde una perspectiva estratégica, integrándolo plenamente en el sistema de gestión de la empresa y haciéndolo mucho más eficaz; cuestión ésta que sin duda mejorará las condiciones de trabajo, la seguridad y la salud de los/as trabajadores/as, y en última instancia la correlación coste-beneficio de las empresas.***

## ¿SABÍAS QUE...?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

## Nuevo Reglamento Europeo sobre Equipos de Protección Individual (EPIs):

**E**l pasado 31 de marzo el Diario Oficial de la UE (DOUE) publicó el Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016, relativo a los equipos de protección individual y por el que se deroga la Directiva 89/686/CEE del Consejo.

Este nuevo Reglamento sustituye a una Directiva, que debe ser transpuesta o en este caso práctica y literalmente trasladada por los estados miembros a su ordenamiento jurídico propio. Un reglamento que los Estados miembros deben acatar en su “letra pequeña”, sin que exista posibilidad alguna de desviaciones o interpretaciones.

Si bien es verdad que las modificaciones introducidas por el nuevo Reglamento en principio podrían considerarse como no demasiado innovadoras o extraordinarias, lo cierto es que sí suponen un mayor nivel de especificación de algunos de los requisitos que en último término redun-

darán en el avance de las condiciones de seguridad de los usuarios de los EPI. De forma muy sintética y esquemática, el Reglamento modifica principalmente los siguientes aspectos:

- **Ampliación del ámbito de aplicación a productos de uso privado** que protegen contra el calor, la humedad y el agua. En el apartado de las categorías de riesgo, el Reglamento considerará EPI de categoría III aquellos destinados a proteger frente a agentes biológicos nocivos, ahogamiento, corte por sierras de cadena, chorros de alta presión, ruidos nocivos y heridas de bala.

- **Definición de las responsabilidades de todos los operadores económicos**, incluyendo los distribuidores e importadores. El fabricante deberá realizar una evaluación contra los riesgos que el EPI está destinado a proteger, así como tener en cuenta tanto los usos previstos del EPI, como los previsibles. Los distribuidores deberán asegurarse que los EPI comercializados cumplen con lo establecido en el Reglamento, en especial en lo relativo a los marcados e informaciones que dicho Reglamento establece que deben acompañar al EPI.
- En lo que concierne a las **exigencias documentales**, la *declaración de conformidad* deberá ser entregada con cada EPI o deberá estar accesible para su descarga a través de internet en una dirección que estará indicada en el folleto informativo.
- El establecimiento de una **trazabilidad de los EPIs** se verá reforzado en el Reglamento con la obligación de identificar el equipo con un número de tipo, lote o serie.
- El Reglamento explicita **medidas específicas de vigilancia de mercado**, detallando procedimientos de actuación para EPIs conformes con el Reglamento que presenten un riesgo, o para EPIs que presenten algún tipo de incumplimiento formal en lo relativo a la documentación con la que debe entregarse el equipo.
- En lo concerniente a la **validez de los certificados**, se establece que los certificados UE de Tipo (nueva denominación de la certificados CE de Tipo) tendrá una validez máxima de 5 años, definiéndose un procedimiento simplificado de la revisión de los certificados en caso de que no hubiera cambios ni en el equipo ni en el estado de la técnica.

Por último, el Reglamento establece unos **tiempos de transición y adaptación al nuevo Reglamento**. Así, tras su publicación en el DOUE, el Reglamento comenzará a aplicarse dos años y veintiún días después, excepto los requisitos relativos a los organismos notificados entre los que se incluye la solicitud de notificación; estos requisitos se aplicarán 6 meses y veintiún días desde la publicación del Reglamento en el DOUE. Durante el período de dos años desde la publicación en el DOUE, sólo podrán comercializarse EPI según la Directiva 89/686/CEE.

Después de estos dos años, habrá un año en el que podrán ponerse en el mercado EPIs certificados según la Directiva 89/686/CEE y según el Reglamento. Después de este período, sólo se emitirán certificados según el nuevo Reglamento.

Este Reglamento deroga la Directiva 89/686/CEE, del 21 de diciembre de 1989, sobre aproximación de las legislaciones de los Estados miembros relativas a los equipos de protección individual, con efectos a partir del 21 de abril de 2018.

## ¿SABÍAS QUE...?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

# Los accidentes cardiovasculares se configuran como primera causa de muerte en el trabajo

**I**nfartos y derrames cerebrales se configuran como primera causa de muerte en el trabajo, aumentando sin pausa desde el año 2008 y alcanzando por ahora su máximo nivel en el primer semestre del presente año 2016. Así, del total de trabajadoras y trabajadores fallecidos (226) en jornada laboral durante este primero semestre, 116 lo han sido debido a estas patologías que en definitiva supusieron la causa del 51,33% de las muertes.

A la vista de los datos, parece acertado afirmar que el incremento de este tipo de patologías está directamente relacionado con la multiplicación en el ámbito laboral de los riesgos psicosociales y el estrés, a su vez claramente asociados a la actual crisis y a la vigente reforma laboral que tanto "ha endurecido" las condiciones de trabajo. Tal es así que antes de la crisis este tipo de muertes en el trabajo suponían alrededor del 29% de los accidentes mortales, experimentando un progresivo aumento a partir

del año 2008, y ya en el año 2013 supusieron un 48% del total de accidentes mortales.

Según muestran las diversas Encuestas europeas sobre las condiciones de trabajo, el estrés está convirtiéndose en un factor de riesgo habitual. Grandes volúmenes y sobrecargas de trabajo, la presión del tiempo para realizar las tareas, la falta de autonomía y de control sobre el trabajo o el escaso apoyo con el que cuentan los empleados/as, están configurando unas

condiciones de trabajo altamente tóxicas y nocivas para su salud que, en demasiados casos, acaban en patologías cardiovasculares.

Efectivamente, de acuerdo con un análisis de seis estudios realizado por la Academia Americana de Neurología, trabajar con altos niveles de estrés o tensión en el trabajo, incrementa hasta en un 58% las posibilidades de sufrir accidentes cardiovasculares, siendo lo más común entre los/as trabajadores/as estresados/as las

isquemias producidas por la obstrucción del flujo sanguíneo al cerebro. Patologías estas, favorecidas por los malos hábitos alimenticios, el tabaquismo y/o la poca práctica de ejercicio físico, costumbres estas poco saludables y más habituales en los trabajadores y trabajadoras con empleos estresantes.

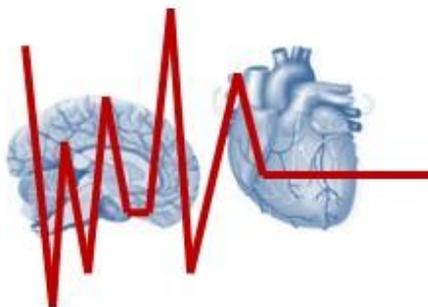
Según datos de la propia Agencia para la Seguridad y Salud en el Trabajo, el estrés laboral es hoy por hoy el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa, con casi la mitad de las jornadas laborales perdidas y un coste para su economía de 136.000 millones de euros al año.

Para la Comisión Europea de *Empleo, Asuntos Sociales, Capacidad y Movilidad Laboral*, invertir en prevención es rentable y necesario, calculando ésta que el coste de la no prevención en Europa equivale a una astronómica cantidad que oscila entre el 2,6 y el 3,8% de su Producto Interior Bruto (PIB).

Asimismo, según el estudio recién realizado por la empresa *Willis Towers Watson*, prácticamente tres de cada cuatro empresas consultadas del Estado español afirman que el estrés laboral es ahora su máxima preocupación en relación a la salud y a la productividad de sus empleados y empleadas.

Entre otras cuestiones los autores expresaron que en su opinión, "la precariedad laboral no ayuda a largo plazo a la productividad", apostando

por "restaurar en Europa el equilibrio entre la eficiencia económica y el progreso social", al tiempo que advierten de los "riesgos que en materia de condiciones laborales implica la progresiva digitalización de la economía".



Las enfermedades cardiovasculares o ECV son una de las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad en la actualidad. En los países industrializados cerca del 20% de la población activa sufre un trastorno cardiovascular en algún momento de su vida laboral y la incidencia aumenta con la edad de forma radical, pero debido a su compleja etiología y a cuestiones de carácter político-económico, sólo una pequeña proporción de ECV son reconocidas como enfermedades profesionales.

En cualquier caso, las condiciones de trabajo y las exigencias laborales vinculadas al puesto de trabajo juegan un papel importante, en muchos casos determinante en el proceso multifactorial que origina estas enfermedades.

Los factores de riesgo psicosociales en el lugar de trabajo comprenden el efecto combinado del ambiente de

trabajo, el objeto del trabajo, las condiciones tecnológicas y de organización, y factores personales como la capacidad, sensibilidad psicológica e indicadores de salud.

El efecto de altos niveles de estrés sobre personas que ya sufren una enfermedad o alteración cardiovascular (muchas veces sin conocerlo) es irrefutable. El estrés provoca episodios de angina de pecho, trastornos del ritmo cardíaco e insuficiencia cardíaca, pudiendo precipitar un ictus o/y un ataque cardíaco.

En diversos estudios se han obtenido resultados sobre la incidencia que tiene el estrés en el trabajo sobre el desarrollo de ECV, llegando a la conclusión de que en la realización del mismo trabajo, la persona que trabaja más y con mayor presión temporal, y/o con "problemas" frecuentes en el puesto de trabajo, sufre un riesgo significativamente superior.

En términos preventivos es fundamental identificar de forma precoz a los/as trabajadores/as con ECV incipientes y modificar sus trabajos o condiciones de trabajo para reducir el riesgo de sufrir efectos perjudiciales sobre su salud. No se debe olvidar que los riesgos además de incidir directamente sobre la salud del trabajador, en muchas ocasiones provocan situaciones de estrés que afectan a su sistema cardiovascular. La adopción de medidas preventivas implica actuar sobre los factores de riesgo y sobre los/as trabajadores/as expuestos a estos.

#### INFORMACIÓN

- ▶ En la web [www.cigsaudelaboral.org](http://www.cigsaudelaboral.org) podrás encontrar información en materia de prevención de riesgos de salud laboral, calendario con eventos, publicaciones específicas realizadas por el Gabinete, así como por otras estructuras de la CIG.
- ▶ Puedes consultar los datos de contacto de los puntos de asesoramiento comarcal en la dirección <http://www.cigsaudelaboral.org/contacto>
- ▶ Si estás interesado/a en recibir en tu correo electrónico las noticias que publicamos en la web puedes suscribirte a las fuentes RSS (faja inferior de la portada de la web).
- ▶ Si quieres recibir el boletín digital sólo tienes que darte de alta en el espacio específico que encontrarás en la parte inferior derecha de la portada de la web.

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



[www.cigsaudelaboral.org](http://www.cigsaudelaboral.org)  
 Secretaría Confederal de  
 Negociación Colectiva  
 e Saúde Laboral  
 Rúa Gregorio Espiño 47, Entrechán  
 36205 Vigo  
 Tlf: 986 262 679. Fax 986 262 781

Gabinete Técnico Confederal de  
 Saúde Laboral. Ferrol  
 Rúa Eduardo Pondal 41/43 entrechán  
 15403 Ferrol  
 Tlf: 981 359 449. Fax: 981 359 449  
[saudelaboral@galizacig.net](mailto:saudelaboral@galizacig.net)

