

SUMARIO

ANÁLISE - OPINIÓN

ACCIDENTES LABORAIS NO CONXUNTO DO ESTADO E NA GALIZA. PRIMEIRO SEMESTRE 2016

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

INFORMACIÓN TÉCNICA

PRIMEIROS AUXILIOS EN RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR (RCP) E PRINCIPIOS PARA A UTILIZACIÓN DO DESFIBRILADOR

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

A FONDO

OS/AS TRABALLADORES/AS DO ESTADO ESPAÑOL ENTRE OS/AS MENOS ABSENTISTAS DE EUROPA

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

SABÍAS QUE...?

NOVO REGULAMENTO EUROPEO SOBRE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS)

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

SABÍAS QUE...?

OS ACCIDENTES CARDIOVASCULARES CONFIGÚRANSE COMO PRIMEIRA CAUSA DE MORTE NO TRABALLO.

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

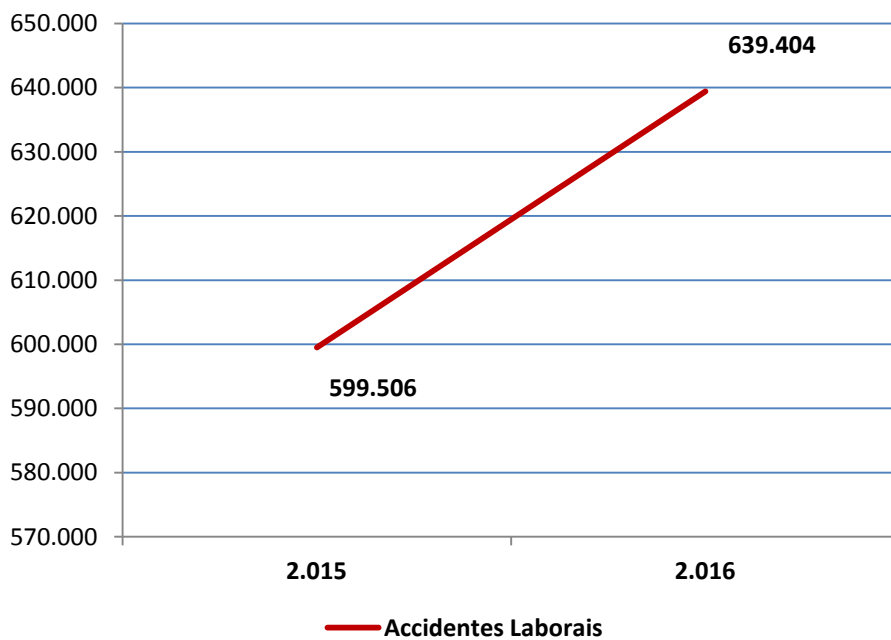
EDITA:

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

Accidentes laborales no conxunto do Estado e na Galiza

Primeiro semestre 2016

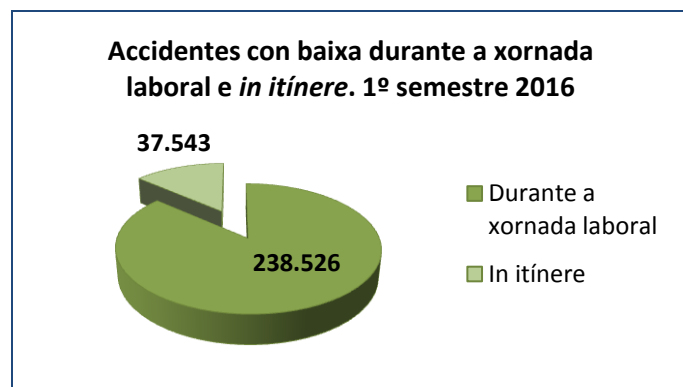
Evolución Accidentes Laborais primeiro semestre 2015-2016 no conxunto do Estado



A sinistralidade laboral dispárase un 6,6% na primeira parte do ano

No Estado español durante os primeiros seis meses deste ano 2016 rexistráronse un total de 639.404 accidentes laborais; 39.506 accidentes laborais máis que no ano 2015, o que supón un incremento da accidentalidade total do 6,6%. Deste total dos 639.404 accidentes laborais, 276.069 cursaron con baixa laboral; isto é 21.872 traballadores/as máis que o ano pasado, o que supón un aumento porcentual do 8,6%.

Dos 276.069 accidentes que causaron baixa, 238.526 aconteceron durante a xornada laboral –un 8,5% máis que no ano 2015–, e 37.543 foron accidentes *in itinere*, un 9,3% máis que no mesmo período do ano pasado.

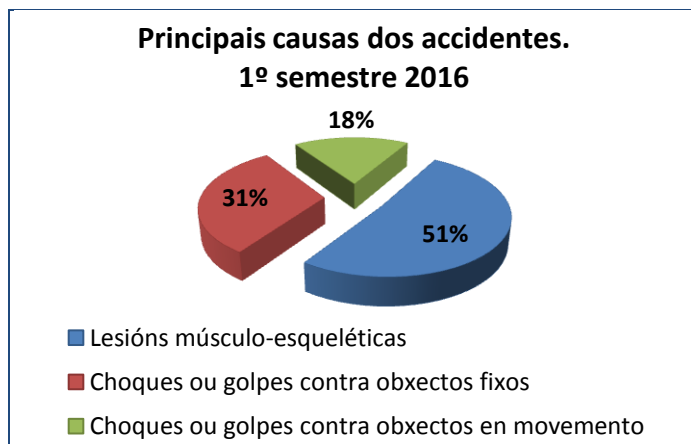


Así no seu conxunto, do total de accidentes laborais acontecidos neste primeiro semestre do 2016, un 43,17% causaron baixa laboral, e destes un 86,40% producíronse durante a xornada de traballo, e un 13,60% o foron “in itinere”, isto é no traslado de ida ou volta ao traballo dende a propia residencia.

Os **accidentes sen baixa notificados** foron 363.335, un 56,83% do total de accidentes notificados, experimentando un aumento de 17.634 accidentes en relación ao mesmo período do ano 2015, un incremento do 5,1%.

Por pólas de actividade, a hostalería cun 16,3% de incremento, así como a construción e as actividades administrativas cun 12,4% respectivamente, foron as actividades nas que porcentualmente máis aumentou a accidentalidade.

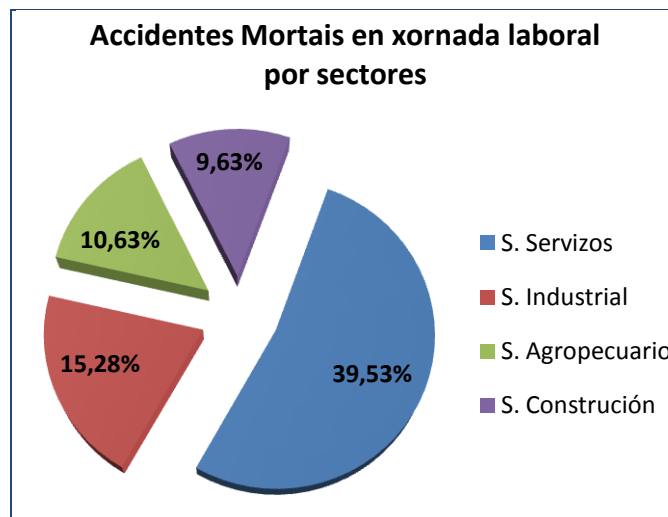
Atendendo ás **causas dos accidentes de traballo**, as lesións músculo-esqueléticas por sobre esforzos físicos con 94.686 casos ocupa o primeiro lugar, seguido dos choques ou golpes contra obxectos fixos, caídas e tropezoños con 57.523 accidentes, e dos choques ou golpes contra obxectos en movemento con 32.765 casos.



No que respecta aos **accidentes con resultado de morte**, pasouse dos 285 falecidos do primeiro semestre do ano 2015 aos 301 do mesmo período do ano 2016, un 5,6% de incremento dos accidentes mortais, dos que 226 (75%) aconteceron durante a xornada de traballo, e 75 (25%) o foron *in itinere*. Os 226 falecementos acontecidos en xornada laboral -13 menos que no ano anterior- supoñen un descenso do 5,45%, namentres que as 29 mortes máis acontecidas nesta primeira parte do ano nos desprazamentos *in itinere* supoñen un incremento do 63%.

Neste primeiro semestre do ano, cada día faleceron no Estado español dous traballadores/as, sendo as **principais causas de falecemento** durante a xornada laboral os accidentes cardiovasculares (infartos e derrames cerebrais) con 116 falecementos, os accidentes de tráfico con 36 e atrapamentos, aplastamentos e amputacións con 26.

A **distribución dos accidentes mortais en xornada laboral por sectores de actividade** amósanos que houbo 119 mortos no sector Servizos (39,53% do total), 46 na Industria (15,28% do total), 32 no sector agropecuario (10,63%) e 29 na construción (9,63%).

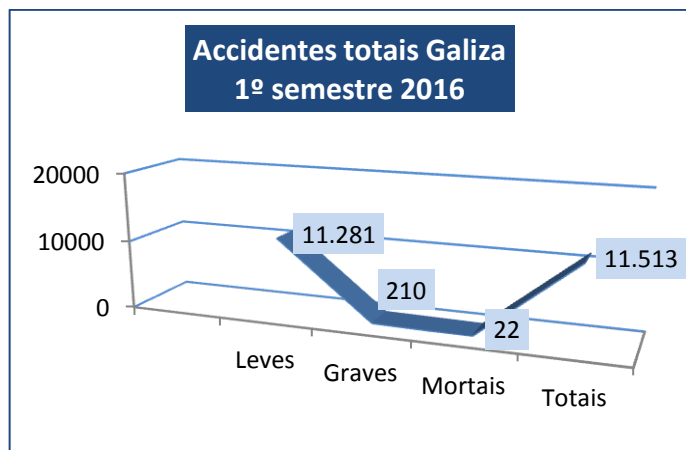


En canto ás **enfermidades profesionais**, ata xuño deste ano 2016 declaráronse no Estado español un total de 11.657 enfermidades profesionais, das cales 6.098 foron sen baixa asociada e 5.559 con baixa. Un 8,86% máis que o mesmo período do ano 2015 a pesares da gran bolsa de infradeclaración e do feito de que aproximadamente un 20% das enfermidades derivadas do traballo aínda non están recoñecidas de maneira efectiva no actual cadro de enfermidades profesionais, o que faría sen dúbida que o número de casos rexistrados fora moito maior.

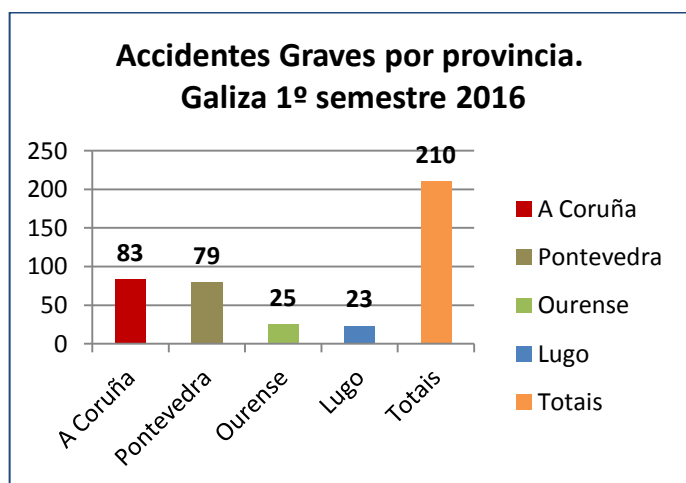
Accidentes laborais no País Galego. Primeiro semestre 2016.

Galiza líder en sinistralidade laboral nesta primeira parte do ano 2016.

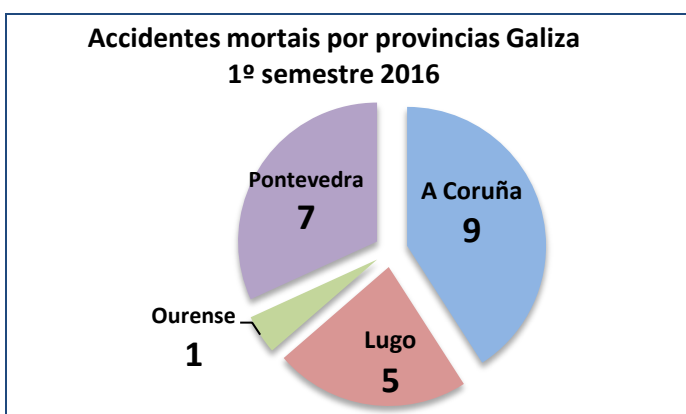
Nestes primeiros 6 meses do ano rexistráronse na Galiza un total **11.513 accidentes laborais**, dos cales 11.281 foron cualificados como leves, 210 foron graves e 22 foron mortais.



A nivel provincial os **210 accidentes graves** distribuíronse do seguinte xeito: na Coruña producíronse 83, en Pontevedra 79, en Ourense 25 e en Lugo 23.



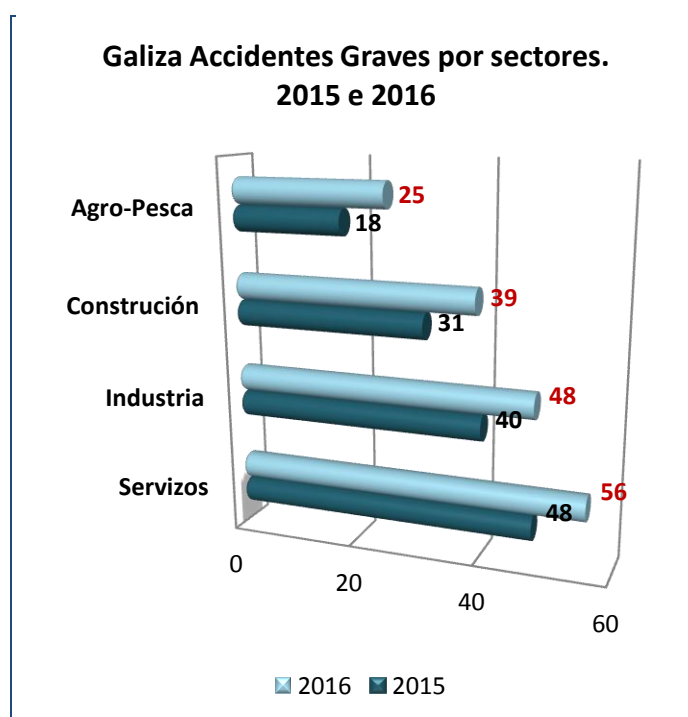
Dos **22 accidentes laborais con resultado de morte** acontecidos en Galiza, na Coruña producíronse 9, en Pontevedra 7, en Lugo 5 e en Ourense 1.

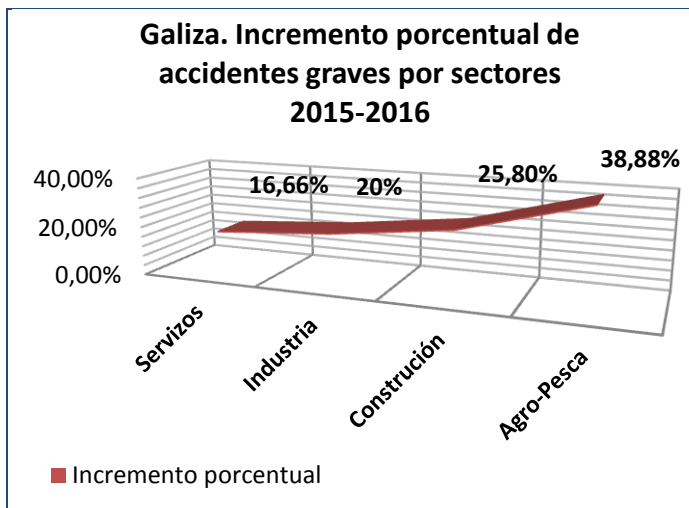


No ranking provincial en relación ao conxunto do Estado, Lugo con 1,077 puntos ocupa o segundo lugar co maior índice de incidencia por detrás unicamente da provincia de Huesca con 1,4 puntos, sendo as únicas dúas provincias que comparten a dubidosa honra de superar un índice de incidencia superior a 1.

Así logo, **o primeiro semestre deste ano 2016, devolve a Galiza ao primeiro posto de sinistralidade laboral no Estado Español**, alcanzando un índice de incidencia de accidentes laborais con resultado de morte (nº de accidentes cada 100.000 traballadores/as en activo) que alcanza os 0,519 puntos fronte aos 0,259 da media estatal, isto é un índice de incidencia que nos indica que neste 1º semestre do ano, **proporcionalmente morreron na Galiza por accidente laboral o dobre de traballadores/as que a media do conxunto do Estado**.

En termos comparativos en relación ao mesmo período do ano pasado, na Galiza no ano 2015 producíranse 167 **accidentes graves** fronte aos 210 computados no primeiro semestre do 2016; 43 accidentes máis que supoñen un **incremento do 25,75%**. Incremento dos accidentes graves que se experimentou en todos os sectores: no sector servizos pasouse de 48 a 56 accidentes, na industria de 40 a 48, na construción de 31 a 39 e no sector da pesca de 18 a 25. Isto é, porcentualmente no sector servizos produciuse un incremento dos accidentes graves do 16,66%; no sector industrial do 20%; na construción do 25,80% e na pesca dun estratosférico 38,88%.





No primeiro semestre do presente ano faleceron no Estado español como consecuencia dun accidente laboral 301 traballadores/as, 16 máis que no mesmo período do ano 2015, o que supón un incremento relativo do 5,61%. En termos de correlación, Galiza cos seus 22 traballadores/as falecidos representa o 7,31% do total de mortes por accidente laboral do Estado.

Unha reforma laboral brutal e inxustificada xunto a unha política antisocial de recortes extremos, ten derivado nunha profunda desestruturación do mercado de traballo, na precarización laboral a ultranza e nunha perda de dereitos sen parangón no ámbito das relacións laborais.

Derivado destas actuacións, en concomitancia coa visión actualmente dominante das políticas neoliberais no espazo económico europeo e galego, a prevención dos riscos laborais no seu conxunto e a seguridade e saúde dos/as traballadores/as en particular, ten pasado a un segundo plano fronte á pretensión empresarial de mini-

mización dos gastos e maximización dos beneficios, aínda que en moitos casos isto signifique o flagrante incumprimento da actual e vixente normativa en materia de prevención de riscos e saúde laboral.

Á vista das evidentes e verificables consecuencias, hoxe máis que nunca cómpre impulsar e desenvolver un sistema que realmente garanta a protección social e laboral do conxunto dos/as traballadores/as e as súas familias. Levar a cabo iniciativas políticas que dunha vez por todas aborden as cada vez maiores e máis profundas desigualdades sociais, incidindo na eliminación ou no seu caso minoración dos determinantes sociais (Ver **Boletín CIG-Saúde Laboral nº 19: "As desigualdades na saúde e no traballo: Determinantes Sociais"**), que tan nefastas consecuencias están a producir en termos de seguridade laboral e de saúde dos/as traballadores/as.

Concretamente no ámbito da prevención de riscos e a saúde laboral ultimamente tan deterioradas no noso país, cómpre entre outras cuestións: mellorar o sistema de detección, recoñecemento e rexistro de enfermidades profesionais; incrementar e mellorar a vixilancia da saúde axeitando a mesma aos riscos reais aos que os/as traballadores/as están expostos; reforzar os organismos e dispositivos técnicos da Administración galega en materia de prevención de riscos e saúde laboral; reforzar e potenciar as actuacións da Inspección de Traballo e dos/as técnicos/as habilitados do ISSGA mediante a mellora dos seus medios humanos e materiais, incrementando as súas actuacións de inspección e control; potenciar e garantir a independencia, a autonomía e a calidade dos servizos de prevención fronte aos distintos tipos de condicionantes e presións, tanto no que atinxe aos servizos de prevención das propias empresas como aos servizos de prevención allea (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 período 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	0,0	523	2.995	2,9%	17.461
Total	455.407	3.178	3.429	23,9	477	3,3	459.313	3.206	2,8%	14.327.928

Fonte: MTYSS (últimos datos)

Primeiros auxilios en Resucitación Cardio-pulmonar (RCP) e principios para a utilización do desfibrilador

O para cardiorrespiratorio, consiste no cesamento da actividade mecánica cardíaca, e diagnósticase ante a falta de conciencia, pulso e respiración. O conxunto de medidas aplicadas a revertelo denomínase resucitación cardio-pulmonar. Neste tipo de incidencia distínguense dous niveis de intervención: **SOPORTE VITAL BÁSICO** e **SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO**.

No **soporte vital básico**, que é o que imos ver aquí agora, empréganse métodos que non requiren tecnoloxía especial: apertura de vías aéreas, ventilación boca a boca e masaxe cardíaca, tendéndose ultimamente a incluír cando é posible o uso do desfibrilador. No **soporte vital cardíaco avanzado** que se debe realizar a continuación do soporte vital básico, empréganse desfibrilador, canulación venosa, intubación orotraqueal, ventilación mecánica con gas enriquecido e fármacos.

Aínda que as causas do paro respiratorio e cardíaco son diversas, dende o punto de vista asistencial téndese a considerar como unha entidade única denominada **PCR**. A interrupción dunha das dúas funcións vitais leva rápida e indefectiblemente á detención da outra, polo que o seu manexo abórdase de forma conxunta. No paro cardíaco a respiración lentifícase inicialmente, logo faise boquexante e acaba deténdose do todo ao cabo de 30 a 60 segundos. Cando o que se produce en primeiro lugar é a ausencia de respiración, a detención da función cardíaca prodúcese nuns dous minutos.

A **importancia do factor tempo** é esencial na eficacia da RCP. Cando a RCP básica se aplica dentro dos primeiros 4 minutos e a avanzada en 8 minutos, a supervivencia alcanza o 43%. O atraso na iniciación da RCP básica máis aló dos 4-5 minutos fai moi improbable a supervivencia, salvo circunstancias especiais.

O recoñecemento da importancia da desfibrilación precoz para o paciente adulto con paro cardíaco comprobado, levou progresivamente ao emprego de desfibrilación na asistencia de Soporte Vital Básico (SVB). Así a secuencia do SVB inclúe unha serie de manobras que se describiron baixo a regra nemotécnica do «ABC» da reanimación, á que ultimamente se lle engadiu a letra «D».

«A»: apertura das vías aéreas para que se manteñan permeables.

«B»: boca-boca, para proporcionar un soporte á respiración.

«C»: circulación ou masaxe cardíaca sen o emprego de ningún utensilio especial.

«D»: desfibrilar, sempre que estea dispoñible e se comprobe que haxa FV (fibrilación ventricular) ou TV (taquicardia ventricular).

Das aproximadamente 700.000 persoas que anualmente sofren en Europa unha parada cardiorrespiratoria (PCR) fóra do ámbito hospitalario, tan só un 7% das mesmas consegue sobrevivir.

No Estado español prodúcese cerca de 27.000 PCR ao ano fóra do ámbito hospitalario. Isto é, 72 casos ao día que supoñen un caso de PCR cada vinte minutos. A maioría delas, un 86% prodúcese en contornas cotiás, especialmente nos ámbitos familiares e laborais.

Como comentabamos anteriormente, a **PCR** é a interrupción brusca, inesperada e en principio reversible da circulación do sangue e da respiración espontánea, identificándose porque a persoa está inconsciente e sen respiración (non ten pulso). A resucitación cardiopulmonar (**RCP**) defínese como o conxunto de manobras encamiñadas a revertir o PCR, substituindo primeiro, para tentar restaurar despois, a respiración e circulación espontáneas co fin de evitar a morte por lesión irreversible de órganos vitais, especialmente do cerebro.

Nunha primeira intervención actúe da seguinte maneira:

- Verifique que a zona onde se atopa a vítima é segura.
- Achéguese á vítima e preguntelle que lle sucede.

→ **Se a vítima contesta ou se move, entón está consciente:**

- Nese caso déixea na mesma posición e busque lesións evidentes.
- Pescude as causas do incidente.
- En caso necesario avise ao 112

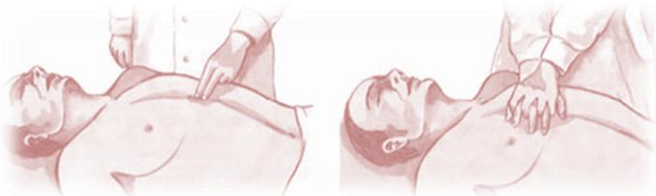
→ **Se a vítima non responde ou non se move, está inconsciente:**

- Observe se respira (observe se o tórax se move, hai ruídos respiratorios ou sente a respiración), non utilice máis de dez segundos para iso.
- Chame ao 112 ou pida a alguén que o faga e solicite un DESA (Desfibrilador Semiautomático) tan axiña como sexa posible.
- Se a vítima respira colóquea en posición lateral de seguridade.
- No caso de que a vítima non respire, siga as indicacións que aparecen no seguinte punto.



→ **Se a vítima non respira, ten unha respiración agónica ou boquexa, alerte ao 112 e inicie manobras de RCP.** No caso de dudar se a respiración é normal, actúe coma se non o fose:

- Abra a vía aérea. Revise e limpe a boca. Non pode facerse unha ventilación eficaz sen a garantía de que a boca, farinxe e traquea estean permeables, polo que se debe afrouxar a roupa ao redor do pescozo e comprobar se existen corpos estraños visibles na boca ou restos de comida ou vómito, incluíndo a dentadura postiza, nese caso retíranse introducindo un ou dous dedos na cavidade bucal. *No enfermo inconsciente a falta de ton muscular provoca o desprazamento pasivo da lingua e epiglote cara abaixo, obstruíndo a entrada á larinxe. Para evitar isto colócase á vítima en posición supina e inclínase a cabeza o máis posible cara atrás.* Pince o nariz da vítima tapando os orificios e déalle dous sopros profundos sobre a boca de aproximadamente un segundo de duración cada un, comprobando que o peito da vítima se expande e que o aire se expulsa ao suspender a manobra.
- Colóquese de xeonllos á beira da vítima para facer compresións. Descubra o tórax do paciente e coloque o talón dunha man no centro do peito (liña recta imaxinaria entre as dúas mamilas), que é a metade inferior do óso central do peito da vítima ou esterno. Poña a outra man enriba e entrelace os dedos.



- Estire os brazos, ombreiros perpendiculares ao punto de masaxe e manteña as costas rectas.



Colóquese verticalmente sobre o peito da vítima, e cos brazos rectos, comprima o esterno de 4 a 5 centímetros. Tras cada compresión, débese liberar a presión sobre o peito sen que as

mans deixen de contactar con el e repetir as compresións a un ritmo de 100 por minuto.

- Exerza presión deixando caer os ombreiros. Comprima forte e rápido cunha velocidade de polo menos cen compresións por minuto, cunha profundidade de polo menos cinco centímetros e deixando que o tórax se reexpanda entre compresións.
 - Realice tamén manobras de ventilación, alternando 30 compresións con 2 ventilacións, manobra de boca a boca.
 - Lembre que para realizar ventilacións é aconsellable utilizar calquera dispositivo de barreira.
 - Non estea nunca máis de 5 segundos sen facer compresións. Ventile o xusto para elevar o tórax e cunha duración para cada insuflación dun segundo.
 - Utilice o DESA tan axiña como sexa posible, se vostede ou algún dos auxiliares ten formación para iso.



Tras comezar a masaxe cardíaca, o reanimador debe combinar as 30 compresións con 2 ventilacións de rescate. Para iso, ha de abrir de novo a vía aérea (manobra fronte-queixo) e pinzar o nariz cos dedos índice e polgar da man colocada sobre a fronte do paciente, tomar unha inspiración normal (Volume: unos 500 cc.) e insuflar firmemente o aire na boca da vítima durante 1 segundo por insuflación, comprobando que o peito se eleva. Esta técnica de respiración artificial coñécese como ventilación boca a boca. Retirar a boca da vítima e, mantendo a vía aérea aberta, comprobar que o peito descende conforme sae o aire insuflado.

Que NON se debe facer:

- Deixar soa á vítima, salvo se tivese que chamar ao 112 e conseguir un DESA vostede mesmo.
- Tardar máis de dez segundos en determinar se a vítima respira.
- Exercer presión entre compresión e compresión.
- Aplicar presión sobre a parte alta do abdome ou a parte final do esterno.
- Dar ventilacións se non coñece a técnica. É preferible só facer compresións.

LEMBRA

É esencial **AVISAR** canto antes aos **SERVIZOS DE EMERXENCIAS**. Chamando ao número de teléfono **112** e proporcionando a dirección exacta e os síntomas da vítima. De seguido **comeza de xeito inmediato a reanimación**.

A masaxe cardíaca realízase só coas túas mans e debes evitar provocar algún dano á persoa que sufriu unha parada cardíaca. Colocando ao paciente boca arriba, sobre unha superficie dura (o chan é o mellor), coas dúas mans entrelazadas realízanse compresións torácicas, apertando no centro do peito (centro da liña imaxinaria que une as dúas mamilas), sen dobrar os codos e cos brazos estirados aproveita a forza do teu corpo para facer as compresións torácicas que deben baixar o esterno entre 4 e 5 cm, a un ritmo de aproximadamente 100 compresión por minuto.

Comeza e non deixes de facer a masaxe cardíaca, é fundamental evitar as pausas. Se te cansas ou te esgotas, debes alternarte a comprimir con outra persoa. Hai que seguir comprimindo ata que chegue a ambulancia.

A DESFIBRILACIÓN PRECOZ

Dependendo do lugar no que aconteza a emerxencia, é posible que estea dispoñible un Desfibrilador Externo Automático, **DEA**, (aparello electrónico portátil que diagnostica e trata a parada cardiorrespiratoria cando é debida á fibrilación ventricular FV (o corazón ten actividade eléctrica pero sen efectividade mecánica) ou a unha taquicardia ventricular sen pulso TV (hai actividade eléctrica mais o bombeo sanguíneo é ineficaz), restablecendo un ritmo cardíaco efectivo eléctrica e mecanicamente.

Efectivamente, o Desfibrilador Externo Automático, **DEA**, é un aparello electromédico que mediante a colocación duns eléctrodos no tórax do paciente é capaz de analizar por si mesmo o ritmo cardíaco, identificar aquelas arritmias mortais que poden ser tratadas cunha descarga eléctrica e informar de cando é necesario aplicar esa descarga.

Tamén existen no mercado e están dispoñibles en distintos lugares públicos os chamados **DESA** ou Desfibrilador Externo Semiautomático. A diferenza fundamental entre un DEA e un DESA é que os primeiros aplican a descarga sen previo aviso, e os DESA, pola contra, solicitan que se pulse o botón de descarga cando ninguén está a tocar á vítima.

Os DEA están deseñados para administrar unha descarga eléctrica unicamente se a persoa é vítima dun paro cardíaco. Se se utilizan correctamente e coas precaucións apropiadas, os DEA

teñen un funcionamento moi sinxelo e non constitúen risco algún para o interviniente ou a vítima.

O Real Decreto 365/2009, do 20 de marzo, establece as condicións e requisitos mínimos de seguridade e calidade na utilización de desfibriladores automáticos e semiautomáticos externos fóra do ámbito sanitario, aínda que esta norma deixa en mans das Comunidades Autónomas o establecemento dos requisitos para a súa instalación.

En principio o DEA pode ser utilizado por calquera persoa, pero segundo a lexislación vixente, deben recibir previamente un curso de formación, impartido por unha entidade acreditada seguindo a normativa existente en cada Comunidade Autónoma.

Cando se usa en persoas que non responden e non están a respirar, o DEA é extremadamente seguro. O DEA toma as decisións relacionadas coa aplicación dunha descarga en función do ritmo cardíaco da vítima, e só se activa cando hai un ritmo desfibrilable.

En todos os casos débese levar a cabo a RCP ata que chegue o DEA. Logo aplicaranse as almofadiñas con eléctrodos sobre o tórax espido da vítima (que deberán ter unha boa adherencia) e seguir as indicacións e mensaxes do DEA. O dispositivo indicará cando reiniciar a RCP, que proporciona ao corazón e o cerebro da vítima certo grao de circulación de sangue rica en osíxeno.

Logo dunha desfibrilación exitosa, a vítima segue en risco de desenvolver de novo unha fibrilación ventricular. O DEA monitorizará continuamente á vítima no caso de que volva ter unha fibrilación ventricular. Se se sospeita que está a suceder unha FV, o DEA comezará automaticamente a analizar á vítima despois de completar dous minutos de RCP. O DEA debe deixarse colocado ata que o persoal de emerxencia asuma a responsabilidade da vítima.

Fontes consultadas:

Recomendacións para a Resucitación do Consello Europeo de Resucitación (ERC).

Comité Internacional de Unificación en Reanimación (ILCOR).

Plan Nacional de RCP e da Sociedade Española de Cardiología.

Guía de primeiros auxilios do SAMUR



Os/as traballadores/as do Estado español entre os menos absentistas de Europa

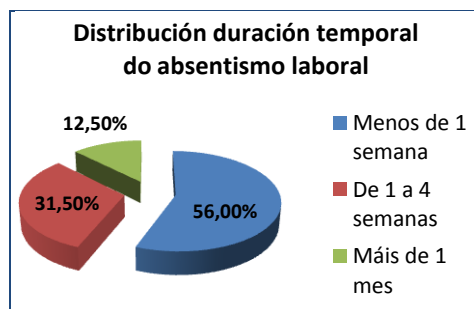
Segundo un estudo recentemente realizado pola consultora internacional “AYIMING” entre máis de 3.000 empregados/as do sector privado en 7 estados europeos, cunha idade media de 41 anos e que maioritariamente traballan nos sectores da Industria e o Comercio, contrariamente ao que teimudamente nos teñen “des-informado” diversas axencias consultoras de traballo e medios de comunicación afíns ás ideas neoliberais, **os/as traballadores/as do Estado español faltan menos a traballar que os seus homólogos europeos.**

Así, segundo o referido estudo, o 79% dos/as traballadores/as do Estado español acudiron ao seu traballo todos os días do pasado ano 2015, mentres a media europea foi do 72% dos/as traballadores/as, sete puntos máis de absentismo laboral que no Estado español. Situándonos cun ratio de absentismo laboral moito menor que por exemplo estados como Francia e Bélxica, cun 71%, ou extraordinariamente inferior a Italia, en que só o 41% dos/as traballadores/as asistiron ao traballo todos os días no pasado ano 2015.

O absentismo laboral no Estado español é un 7% inferior á media dos países europeos

Por enriba no *ranking* de menor absentismo laboral, mais con ratios moi similares aos obtidos polos/as traballadores/as españois, figuran Alemaña cun 81%, Países Baixos cun 83% e Reino Unido cun 84%.

En canto á **duración do período de absentismo laboral**, os/as traballadores/as do Estado español móvense en tempos similares á media dos seus homólogos europeos: o 56% é de curta duración non pasando da semana de absentismo; o 31,5% é de duración intermedia, entre unha e catro semanas, e o 12,5% de longa duración, pasando do mes de ausencia.



Sen dúbida algunha, a elevadísima taxa de paro, unha lexislación laboral que non protexe axeitadamente ao traballador/a, xunto ás grandes dificultades para atopar un traballo estable, explican en gran medida que os/as empregados/as españois teñan tan baixa taxa de absentismo laboral, acudindo incluso en moitas ocasións enfermos/as a traballar.

Polo xeral segundo o estudo, os/as traballadores/as con contrato fixo teñen tendencia a presentar un maior nivel de **compromiso e identificación coa empresa** que os/as traballadores/as temporais, laboralmente peor tratados e considerados. Así o barómetro de absentismo deste estudo indica que no Estado español, no que atinxe ás empresas privadas, o grupo de traballadores/as con maior nivel de presenza no seu posto de traballo son os empregados/as con contrato indefinido (82%), fronte ao 60% dos/as traballadores/as con contrato temporal.

Se atendemos ás **causas que maioritariamente alegan os/as traballadores/as do Estado español para faltaren ao traballo** vemos que: nun 24% dos casos faltan polos seus problemas de saúde; nun 15% dos casos por problemas de saúde dos seus familiares; nun 13% pola súa situación persoal no traballo; nun 7% por insatisfacción ligada á remuneración salarial; e nun 5% dos casos polo “mal ambiente” do seu contorno laboral.

Se distinguimos **por niveis de responsabilidade**, os/as traballadores/as e empregados/as con ningunha ou pouca responsabilidade declaran unha asistencia do 74,75% fronte ao persoal directivo que din “estar sem-

pre presentes” entre o 87% e o 92% dos casos.

Segundo o barómetro deste estudo, unha cantidade altísima, o 83% dos/as traballadores/as españois amósanse preocupados polo futuro e viabilidade da súa empresa; o 67% din estar contentos co seu traballo, e un 57% séntense comprometidos coa empresa e dispostos a levar accións que melloren o futuro desta, ratio moi superior á media europea, que neste caso queda nun 47% dos casos.

Por outra banda, as principais **fontes de motivación** que alegan os/as empregados/as españois que din estar satisfeitos e comprometidos coa súa empresa son: unhas boas relacións de traballo (80%); o propio traballo en si (78%) e o recoñecemento profesional (72%).

O concepto de absentismo laboral

En principio *absentismo laboral* é toda ausencia dunha persoa do seu posto, en horas que correspondan a un día laborable, dentro da xornada legal de traballo. Esta definición que pode ser considerada un punto de partida obrigado, é demasiado ampla e inclúe moitas situacións que, sendo ausencias, nin empresarios/as, nin traballadores/as, nin expertos, cualificarían cabalmente como absentismo. Por outra banda é moi habitual medir o absentismo atendendo exclusivamente á incapacidade laboral transitoria (IT), tratando esta como a única forma de absentismo, existindo un amplo debate sobre se toda a incapacidade laboral transitoria rexistrada é realmente absentismo laboral ou só podería ser considerada como tal unha parte dela.

Efectivamente este é o debate do **absentismo xustificado**, tamén chamado involuntario, no que a enfermidade ou o accidente laboral impiden ao traballador/a asistir ao traballo durante un determinado período de tempo, controlado e supervisado polos servizos médicos até a recuperación da súa saúde; e por outro está o **absentismo inxustificado**, tamén chamado voluntario, no que o/a traballador/a falta ao seu traballo sen a xustificación medicamente acreditada de incapacidade laboral transitoria que xustifique a súa ausencia ao traballo.

No Estatuto dos Traballadores (ET) permítese a extinción individual do contrato por causas obxectivas dos/as traballadores/as que alcancen unha porcentaxe de ausencias, aínda que estas estean xustificadas. Neste caso, ao traballador/a corresponde-ranlle 20 días de salario por ano, ata 12 meses. Poderase extinguir segundo esta causa cando o/a traballador/a teña faltas de asistencia, aínda xustificadas pero intermitentes, que alcancen o 20% das xornadas hábiles en dous meses consecutivos, ou o 25% en catro meses descontinuos dentro dun período de doce meses.

Con todo, contéplase que non serán faltas as debidas a folga legal, representación legal dos/as traballadores/as, accidente de traballo, maternidade, risco en embarazo e lactación, enfermidades por embarazo, parto ou lactación, paternidade, licenzas e vacacións, enfermidade ou accidente non laboral cando a baixa fose acordada polos servizos sanitarios e dure máis de vinte días seguidos, nin as motivadas pola situación física ou psicolóxica por violencia de xénero, acreditada polos servizos sociais ou de Saúde.

Para efectos do seguinte e recente informe que sobre absentismo laboral elaborou Adecco, fundamentalmente considérase absentismo laboral a incapacidade temporal (IT) por

enfermidade común. Así, no propio informe define a **Taxa de absentismo** como a porcentaxe de horas non traballadas (sen contar vacacións, festivos, nin horas perdidas debido a ERTes) respecto da xornada pactada efectiva. Cuestión esta que cando menos podería considerarse como altamente controvertida no ámbito do debate: *Que se pode considerar absentismo laboral e que non?*



Informe ADECCO sobre absentismo laboral (xuño 2016)

Segundo o último informe de Adecco sobre absentismo laboral no Estado español, este vén experimentando un moderado e progresivo incremento dende finais do ano 2013, chegando a unha taxa do 4,7 o pasado ano 2015.

A pesar de todo, e tomando os datos dunha serie que iría **do ano 2007 ao mes de xuño deste ano 2016, no conxunto deste período a incidencia das IT diminúen nun significativo 20,1%.**

No que atinxe ao ano 2015, Baleares, Madrid, Galiza, Canarias, Cantabria e Murcia, son as autonomías que por esta orde presentan máis **horas efectivas traballadas**, todas por riba da media do Estado español.

Atendendo aos **sectores de actividade, a taxa de absentismo** no ano 2015 foi dun 4,9% (4,2% no 2013) en Servizos, un 4,6% (4,1% no 2013) en Industria, e un 3,2 (3,0% no 2013) na Construción, que é a que experimentou un crecemento máis moderado.

Segundo os datos dispoñibles, no 2015 as **baixas por enfermidade** co-

mún (671.917; 83%) son case cinco veces superiores ás producidas por accidentes de traballo (138.412; 17%), con maior incidencia nas mulleres que nos homes.

A estimación de **custos directos derivados do absentismo laboral** no ano 2015, sitúase en 5.132 millóns de euros á Seguridade Social por prestacións económicas, e de 3.857 millóns de euros ás empresas por abono da prestación económica nos primeiros días de baixa.

Segundo o informe, o que denomina **“absentismo fraudulento”** asociado ás baixas por IT durante os anos de forte expansión (2001-2007), tería desaparecido na súa totalidade nestes tres sectores, podéndose considerar o leve aumento experimentado no 2015 como un axuste de normalización logo da forte baixada experimentada nos anos anteriores, nos que a xente ía incluso a traballar estando xustificado non facelo.

Segundo os datos da III Enquisa sobre “Absentismo fraudulento e Presentismo” de maio deste ano 2016, os únicos precursores de baixas por IT non xustificadas que presentan algunha relevancia son aqueles que teñen que ver coa conciliación da vida laboral e familiar, e as enfermidades ou afeccións que se poderían considerar leves e transitorias.

Relacionado con esta circunstancia, no Estado español o 91% das empresas esixen aos traballadores/as a presentación de xustificantes médicos ou outro tipo de xustificantes para **controlar as ausencias ao traballo**, habendo só un 2% destas que dispoñen de sistemas de flexibilidade horaria destinados a facilitar a conciliación da vida laboral e persoal. Circunstancias estas que amosan que a economía española padece un importante déficit estrutural na flexibilidade da xornada laboral, facéndose patente a necesidade de racionalizar horarios e calendarios laborais, introducindo prácticas de flexibilidade horaria que

sen dúbida contribuirían a reducir o absentismo laboral ao facilitar a conciliación da vida persoal co propio traballo.

Así mesmo, o 88% das empresas aplican algún método de **control horario**, sendo só un 34% as que ofrecen posibilidades de flexibilidade horaria a máis do 25% dos seus empregados/as, circunstancia esta máis agravada nas PEMEs que nas grandes empresas.

Así as cousas, no informe “sublíñase” que as empresas no Estado español están máis orientadas a aplicar restricións e sistemas de control -o que sen dúbida fomenta o absentismo e o presentismo-, que a fomentar un comportamento responsable dos/as traballadores/as.

En relación ao **presentismo**, entendido este como a presenza no posto de traballo, mais dedicando o tempo de traballo a asuntos non relacionados co obxecto deste; o 53% das empresas din ter algunha práctica presentista que afecta a moi poucos empregados/as, sendo un 13% as que indican que esta práctica afecta a máis do 75% do seu cadro de persoal. Neste senso, o informe conclúe que o presentismo vén fundamentalmente



determinado polas características xerais do propio tipo de empresa e pola súa cultura de traballo, sendo en cambio pouco determinante as características individuais dos/as traballadores/as: idade, sexo, etc. Así, entre o 60% e o 78% das empresas afirman non apreciar diferenzas entre o conxunto dos traballadores e os maiores de 45 anos en relación ás prácticas presentistas.

A incidencia dos días de Incapacidade Temporal concéntranse fundamentalmente en tres tipos de diagnósticos ou doenzas: trastornos músculo-esqueléticos, traumáticos e psiquiátricos, sumando entre eles o 57% dos días de incapacidade, estimando o informe uns custos totais derivados destas incapacidades de 1.997 millóns de euros, polo que para reducir o absentismo laboral aconsella ás

empresas minimizar o impacto dos factores que poden incidir na produción destas doenzas.

En relación á **idade do/a traballador/a e os procesos de IT**, o informe enuncia un comportamento cruzado que curiosamente revela unha maior incidencia dos procesos de IT nos grupos de menos idade, cun lixeiro aumento no grupo de idade dos 55 aos 64 anos. En cambio comparando o grupo de entre 25 e 34 anos co de entre 55 e 64, a incidencia do número de baixas por IT é menor nos/as traballadores/as de maior idade, sendo en cambio practicamente o dobre o número de días de IT.

O absentismo laboral é sen dúbida un indicador chave de disfuncionalidades nas condicións de traballo. Reducilo pasa por mellorar o nivel da prevención de riscos laborais dende unha perspectiva estratéxica, integrándoo plenamente no sistema de xestión da empresa e facéndoo moito máis eficaz; cuestión esta que sen dúbida mellorará as condicións de traballo, a seguridade e a saúde dos/as traballadores/as, e en última instancia a correlación custo-beneficio das empresas.

SABÍAS QUE...?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

Novo Regulamento Europeo sobre Equipos de Protección Individual (EPIs):

O pasado 31 de marzo o Diario Oficial da UE (DOUE) publicou o Regulamento (UE) 2016/425 do Parlamento Europeo e do Consello do 9 de marzo de 2016, relativo aos equipos de protección individual e polo que se derroga a Directiva 89/686/CEE do Consello.

Este novo Regulamento substitúe unha Directiva, que debe ser transposta ou neste caso práctica e literalmente trasladada polos Estados membros ao seu ordenamento xurídico propio. Un regulamento que os Estados membros deben acatar na súa “letra pequena”, sen que exista posibilidade ningunha de desviacións ou interpretacións.

Se ben é verdade que as modificacións introducidas polo novo Regulamento en principio poderían considerarse como non demasiado innovadoras ou extraordinarias, o certo é que si supoñen unha maior nivel de especificación dalgúns dos requisitos que en último termo redun-

darán na mellora das condicións de seguridade dos usuarios dos EPI. De forma moi sintética e esquemática, o Regulamento modifica principalmente os seguintes aspectos:

- **Ampliación do ámbito de aplicación a produtos de uso privado** que protexen contra a calor, a humidade e a auga. No apartado das categorías de risco, o Regulamento considerará EPI de categoría III aqueles destinados a protexer fronte a axentes biolóxicos nocivos, afogamento, corte por serras de cadea, chorros de alta presión, ruídos nocivos e feridas de bala.

- **Definición das responsabilidades de todos os operadores económicos**, incluíndo os distribuidores e importadores. O fabricante deberá realizar unha avaliación contra os riscos que o EPI está destinado a protexer, así como ter en conta tanto os usos previstos do EPI, como os previsibles. Os distribuidores deberán asegurarse que os EPI comercializados cumpren co establecido no Regulamento, en especial no relativo aos marcados e informacións que o Regulamento establece que deben acompañar ao EPI.
- No que concirne ás **esixencias documentais**, a *declaración de conformidade* deberá ser entregada con cada EPI ou deberá estar accesible para a súa descarga a través de internet nunha dirección que estará indicada no folleto informativo.
- O establecemento dunha **trazabilidade dos EPIs** verase reforzado no regulamento coa obrigaón de identificar o equipo cun número de tipo, lote ou serie.
- O regulamento explicita **medidas específicas de vixilancia de mercado**, detallando procedementos de actuación para EPIs conformes co Regulamento que presenten un risco, ou para EPIs que presenten algún tipo de incumprimento formal no relativo á documentación coa que debe entregarse o equipo.
- No concirne á **validez dos certificados**, establécese que os certificados UE de Tipo (nova denominación da certificados CE de Tipo) terá unha validez máxima de 5 anos, definíndose un procedemento simplificado da revisión dos certificados no caso de que non houberse cambios nin no equipo nin no estado da técnica.

Por último, o Regulamento establece uns **tempos de transición e adaptación á nova lexislación**. Así, tras a súa publicación no DOUE, o regulamento comezará a aplicarse dous anos e vinte e un días despois, agás os requisitos relativos aos organismos notificados entre os que se inclúe a solicitude de notificación; estes requisitos aplicaranse 6 meses e vinte e un días dende a publicación do Regulamento no DOUE. Durante o período de dous anos desde a publicación no DOUE, só poderán comercializarse EPI segundo a Directiva 89/686/CEE.

Despois destes dous anos, haberá un ano no que poderán poñerse no mercado EPIs certificados segundo a Directiva 89/686/CEE e segundo o Regulamento. Despois deste período, só se emitirán certificados segundo o novo Regulamento.

Este Regulamento derroga a Directiva 89/686/CEE, do 21 de decembro de 1989, sobre aproximación das lexislacións dos Estados membros relativas aos equipos de protección individual, con efectos a partir do 21 de abril de 2018.

SABÍAS QUE...?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

Os accidentes cardiovasculares configúranse como primeira causa de morte no traballo

Infartos e derrames cerebrais, configúranse como primeira causa de morte no traballo, aumentando sen pausa dende o ano 2008 e alcanzando polo de agora o seu máximo nivel no primeiro semestre do presente ano 2016. Así, do total de traballadoras e traballadores falecidos (226) en xornada laboral durante este primeiro semestre, 116 fórono por mor destas patoloxías que en definitiva supuxeron a causa do 51,33% das mortes.

Á vista dos datos, parece acertado afirmar que o incremento deste tipo de patoloxías está directamente relacionado coa multiplicación no ámbito laboral dos riscos psicosociais e o estrés, a súa vez claramente asociados á actual crise e á vixente reforma laboral que tanto “endureceu” as condicións de traballo. Tal é así que antes da crise este tipo de mortes no traballo supuñan ao redor do 29% dos accidentes mortais, experimentando un progresivo aumento a partir do ano 2008, e xa

no ano 2013 supuxeron un 48% do total de accidentes mortais.

Segundo amosan as diversas Enquisas europeas sobre as condicións de traballo, o estrés está a converterse nun factor de risco habitual. Grandes volumes e sobrecargas de traballo, a presión do tempo para realizar as tarefas, a falta de autonomía e de control sobre o traballo ou o escaso apoio co que contan os empregados/as, están a configurar unhas con-

dicións de traballo altamente tóxicas e nocivas para a súa saúde que, en demasiados casos, rematan con patoloxías cardiovasculares.

Efectivamente, de acordo cunha análise de seis estudos realizada pola Academia Americana de Neuroloxía, traballar con altos niveis de estrés ou tensión no traballo, incrementa até nun 58% as posibilidades de sufrir accidentes cardiovasculares, sendo o máis común entre os/as traballadores/as estresados/as *isquemias* pro-

ducidas pola obstrución do fluxo sanguíneo ao cerebro. Patoloxías estas, favorecidas polos malos hábitos alimentarios, o tabaquismo e/ou a pouca práctica de exercicio físico, costumes estes pouco saudables e máis habituais nos traballadores e traballadoras con empregos estresantes.

Segundo datos da propia Axencia para a Seguridade e Saúde no Traballo, o estrés laboral é hoxe por hoxe o segundo problema de saúde relacionado co traballo máis frecuente en Europa, con case a metade das xornadas laborais perdidas e un custo para a súa economía de 136.000 millóns de euros ao ano.

Para a Comisión Europea de *Emprego, Asuntos Sociais, Capacidade e Mobilidade Laboral*, investir en prevención é rendible e necesario, calculando esta que o custo da non prevención en Europa equivale a unha astronómica cantidade que oscila entre o 2,6 e o 3,8% do seu Produto Interior Bruto (PIB).

Así mesmo, segundo o estudo recentemente realizado pola empresa *Willis Towers Watson*, practicamente tres de cada catro empresas consultadas do Estado español afirman que o estrés laboral é agora a súa máxima preocupación en relación á saúde e á produtividade dos seus empregados e empregadas.

Entre outras cuestións os autores expresaron que na súa opinión, “a precariedade laboral non axuda a longo prazo á produtividade”, apostando por “restaurar en Europa o equilibrio entre a eficiencia economi-

ca e o progreso social”, á vez que advirten dos “riscos que en materia de condicións laborais implica a progresiva dixitalización da economía”.



As enfermidades cardiovasculares ou ECV son unha das causas máis frecuentes de mortalidade e morbilidade na actualidade. Nos países industrializados preto do 20% da poboación activa sofre un trastorno cardiovascular nalgún momento da súa vida laboral e a incidencia aumenta coa idade de forma radical, mais debido á súa complexa etioloxía e a cuestións de carácter político-económico, só unha pequena proporción de ECV son recoñecidas como enfermidades profesionais.

En calquera caso, as condicións de traballo e as esixencias laborais vinculadas ao posto de traballo xogan un papel importante, en moitos casos determinante no proceso multifactorial que orixina estas enfermidades.

Os factores de risco psicosociais no lugar de traballo comprenden o efecto combinado do ambiente de traballo, o obxecto do traballo, as condicións tecnolóxicas e de organización, e factores persoais como a capacida-

de, sensibilidade psicolóxica e indicadores de saúde.

O efecto de altos niveis de estrés sobre persoas que xa sofren unha enfermidade ou alteración cardiovascular (moitas veces sen coñecelo) é irrefutable. O estrés provoca episodios de anxina de peito, trastornos do ritmo cardíaco e insuficiencia cardíaca, podendo precipitar un ictus ou/é un ataque cardíaco.

En diversos estudos obtivéronse resultados sobre a incidencia que ten o estrés no traballo sobre o desenvolvemento de ECV, chegando á conclusión de que na realización do mesmo traballo, a persoa que traballa máis e con maior presión temporal, e/ou con “problemas” frecuentes no posto de traballo, sofre un risco significativamente superior.

En termos preventivos é fundamental identificar de forma precoz aos traballadores/as con ECV incipientes e modificar os seus traballos ou condicións de traballo para reducir o risco de sufrir efectos prexudiciais sobre a súa saúde. Non se debe esquecer que os riscos ademais de incidir directamente sobre a saúde do/as traballador/as, en moitas ocasións provocan situacións de estrés que afectan ao seu sistema cardiovascular. A adopción de medidas preventivas implica actuar sobre os factores de risco e sobre os/as traballadores/as expostos a estes.

INFORMACIÓN

- ▶ Na web www.cigsaudelaboral.org poderás atopar información en materia de prevención de riscos e saúde laboral, calendario con eventos, publicacións específicas realizadas polo Gabinete, así como por outras estruturas da CIG.
- ▶ Podes consultar os datos de contacto dos puntos de asesoramento comarcal no enderezo <http://www.cigsaudelaboral.org/contacto>
- ▶ Se estás interesado/a en recibir na túa caixa de correo electrónico as novas que publicamos na web podes suscribirte ás fontes RSS (faixa inferior da portada da web).
- ▶ Se queres recibir o boletín dixital só tes que darte de alta no espazo específico que atoparás na parte inferior dereita da portada da web.

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



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

