

¿Se cumplen los tiempos óptimos de incapacidad temporal por accidente de trabajo?

Carlos Sánchez Jiménez⁽¹⁾, Raffaella Fabiano⁽²⁾, María Teresa del Campo Balsa⁽³⁾, Eloísa Rubio Pérez⁽⁴⁾

¹Residente de Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

²Facultativo Especialista en Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

³Facultativo Especialista en Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

⁴Técnico Estadístico de Investigación. Fundación para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia:

Carlos Sánchez Jiménez

Dirección: Calle San Eloy, Nº 31B, 2º B.

CP: 14002, Córdoba

Teléfono: 639151663

Correo electrónico: carlossanji94@gmail.com

La cita de este artículo es: Carlos Sánchez Jiménez et al. ¿Se cumplen los tiempos óptimos de incapacidad temporal por accidente de trabajo?. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2024; 33(2):183-197

RESUMEN.

Introducción: El número de jornadas perdidas por accidente de trabajo (AT) y sus costes es elevado y va en aumento. El presente estudio tiene como objetivo analizar el cumplimiento del tiempo óptimo (TO) de estas bajas.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal de 253 procesos de incapacidad temporal (IT) por AT de un hospital de tercer nivel, comparando el cumplimiento de los TO con variables como edad, diagnóstico o modalidad de lesión.

Resultados: 149 trabajadores superaron el TO de baja. La edad elevada, la patología muscular y las colisiones requirieron tiempo de baja superior al establecido, requiriendo los esguinces tiempo inferior.

Conclusión: El 60% de IT por AT superaron el TO debido a la demora en procesos diagnóstico-terapéuticos y a edad elevada,

ARE THE OPTIMAL TIMES FOR SICK LEAVE DUE TO OCCUPATIONAL ACCIDENTS MET?

ABSTRACT

Introduction: The number of working days lost due to occupational accidents (OAs) and their costs is high and increasing. This study aims to analyze compliance with the optimum time (OT) of these sick leaves.

Methods: Descriptive and cross-sectional study of 253 temporary disability (TD) processes due to OAs in a tertiary level hospital, comparing compliance with the OT with variables such as age, diagnosis or type of injury.

Results: 149 workers exceeded the OT of sick leave. High age, muscular pathology and collisions required more time off work than established, while sprains required less time off work.

conllevando un aumento en costes, pudiendo disminuir la productividad y perjudicando la salud del profesional. Sería útil estudiar mejoras en la seguridad, esfera psicosocial y formación en prevención.

Palabras clave: Accidente de trabajo; absentismo; incapacidad temporal; medicina del trabajo; trabajadores sanitarios.

Conclusion: 60% of TD due to OAs exceeded the OT due to delays in diagnostic and therapeutic processes and high age, leading to an increase in costs, decreasing productivity and harming the health of the professional. It would be useful to study improvements in safety, psychosocial sphere and training in prevention.

Key words: Occupational accidents; Absenteeism; Sick Leave; Occupational Medicine; health workers.

Fecha de recepción: 5 de marzo de 2024

Fecha de aceptación: 16 de junio de 2024

Introducción

La cantidad de jornadas laborales que se pierden debido a los accidentes de trabajo (AT) es bastante elevada, cifra que se está incrementando en los últimos tiempos en España^(1,2). Hay referencias que estiman que en un año en los Estados Unidos se llegan a perder cincuenta veces más días laborales a causa de accidentes de trabajo que a consecuencia de las huelgas⁽³⁾. En España se producen algo más de 2.500 bajas al día debido a lesiones por accidente de trabajo, así como entre 2 y 3 accidentes mortales diarios. Los trabajadores que realizan labores de tipo manual continúan siendo los más afectados por este tipo de accidentes⁴.

Los altos, y cada vez mayores, gastos que provocan las bajas por incapacidad temporal a la Seguridad Social, empresas y economía en general se han convertido en un motivo de preocupación^(5,6). España es uno de los países

que presenta mayor número de bajas laborales, presentando una tendencia que va creciendo con el paso del tiempo⁽⁷⁾. El gasto superfluo debido a dichos procesos de incapacidad temporal (IT) está relacionado con una deficiente organización que conduce a episodios más duraderos de atención y a la aparición de tiempos muertos, es decir, el período de inactividad durante el que los trabajadores continúan cobrando sin ser productivos debido a una situación de paro laboral⁽⁸⁾.

En España se siguen varios criterios para evaluar la magnitud de las lesiones causadas por AT: la gravedad del mismo (leve, grave, muy grave, mortal)⁽⁹⁾; se debe producir al menos un día de IT; el AT tiene que ocurrir en el centro de trabajo, en un desplazamiento durante la jornada laboral o en trayecto in itinere⁴.

Para valorar el tiempo estimado que se puede perder por una IT existe un manual editado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social que

trata sobre los tiempos óptimos de baja. El tiempo óptimo de IT se define como el tiempo estándar de dicha incapacidad ajustado por sexo, edad, ocupación y comorbilidad. Cuando se alcanza dicho tiempo óptimo para el trabajador será su médico, quien controla dicho proceso, el que valorará el alta o definirá los factores que puedan condicionar la continuación en esa situación⁽¹⁰⁾.

El presente estudio tiene como objetivo verificar si hay un correcto cumplimiento del tiempo óptimo de baja laboral debido a lesiones causadas por AT, así como analizar dicha duración relacionada con variables del trabajador como su edad, y variables del accidente como mecanismo lesional, tipo de accidente o lesiones causadas.

Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analizan todos los procesos de IT por AT con una duración comprendida entre 1 y 365 días de baja en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla durante 2021. Criterios de inclusión: Trabajadores de ambos sexos, ser personal laboral en el HUVR durante 2021, haber sufrido un AT, haber requerido proceso de IT por AT.

Criterios de exclusión: trabajadores que no hayan sufrido un AT, trabajadores que no hayan precisado IT, CATIs (Comunicación de Accidentes de Trabajo e Incidente) rechazados.

Para realizar el estudio se recogió la información necesaria acerca de los AT a través de la aplicación informática del Servicio de Salud Laboral (WinMEDTRA) y la aplicación informática del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Diraya Navegador v.1.4). Así mismo, se solicitaron los CATI obtenidos a través del procedimiento 04 del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SAS y cumplimentados por los trabajadores, sus mandos intermedios y personal médico que prestó la primera atención (en caso de ser requerida), así como aceptados por la UPRL del Hospital. Los diagnósticos se recogieron con el sistema de codificación de CIE 10 desde Diraya, y debido a

la gran cantidad de diagnósticos obtenidos, fue necesario reunirlos en grupos en función de sus características. Para los tiempos óptimos de baja se tomaron como referencia los recogidos en el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del INSS6. La información acerca de la forma-contacto-modalidad de la lesión y la parte del cuerpo lesionada fue recogida desde los CATI, si bien ha sido necesario agruparlas para poder realizar el estudio estadístico, tomando como referencia el modelo del sistema Delt@ (Sistema de Declaración Electrónica de Trabajadores Accidentados) del Ministerio de Trabajo.

Cabe mencionar que hubo 28 casos en los que no se encontraron recogidas todas las variables.

Las variables de estudio son las siguientes:

Variables cualitativas

Sexo: hombre, mujer.

Categoría profesional

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), celador, enfermería, pinche, administrativo, técnico especialista, mantenimiento de Edificios e Instalaciones Industriales, Facultativo Especialista de Área (FEA), personal de lavado y planchado, Especialista Interno Residente (EIR), supervisor de enfermería, cocinero, fisioterapeuta, telefonista, Jefe de equipo administrativo, peón, coordinador de Salud Mental, Jefe de servicio de Pediatría y Áreas Específicas, monitor, peluquero y Jefe de bloque de enfermería.

Lugar del accidente

En el centro de trabajo habitual, desplazamiento de su jornada laboral, in itinere, en otro centro; In itinere: sí, no.

Diagnóstico del CIE-10 agrupados

Traumatismo/contusión, esguinces, cervicodorsolumbalgias, fracturas, tendinopatías/patología muscular, gonalgias, heridas, omalgias, luxaciones, bursitis, psicosocial, coxalgia, COVID 19, queratitis, envenenamiento, lesión por aplastamiento, ciática y edema corneal.

Relación de los días de baja respecto al tiempo óptimo

En rango, superior o inferior a dicho tiempo.

Forma-contacto-modalidad de la lesión agrupadas según sistema Delt@

“Golpe contra un objeto inmóvil, trabajador en movimiento – sin especificar”, “sobreesfuerzo, trauma psíquico, radiaciones, ruido, etc. - sin especificar”, “choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con – sin especificar”, “contacto con agente material, cortante, punzante, duro – sin especificar”, “contacto eléctrico, con fuego, temperaturas o sustancias peligrosas – sin especificar”, “mordeduras, patadas, etc. (de animales o personas) – sin especificar”, “quedar atrapado, ser aplastado, sufrir una amputación – sin especificar”, desconocido.

Parte del cuerpo lesionada agrupada según el sistema Delt@

“Extremidades inferiores – sin especificar”, “extremidades superiores – sin especificar”, “todo el cuerpo y múltiples partes – sin especificar”, “cuello – sin especificar”, “espalda, incluida la columna y las vertebrae dorsolumbares – sin especificar”, “cabeza – sin especificar”, “tronco y órganos – sin especificar”, “otras partes del cuerpo afectadas, no mencionadas anteriormente”, desconocido.

Necesidad de adaptación de puesto de trabajo

Sí, no.

Variables cuantitativas

Edad, días totales de baja, tiempo óptimo de baja, número de días por encima del tiempo óptimo de baja, número de días por debajo del tiempo óptimo de baja.

Los análisis se realizaron con el software estadístico IBM SPSS versión 29, se utilizaron estadísticas descriptivas, utilizando tablas, representando los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables cuantitativas.

En estadística inferencial se verificó el supuesto de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se realizaron la prueba de Mann Whitney (no normalidad) para las variables cuantitativas, y la prueba Chi-cuadrado o estadístico exacto de Fisher para las variables cualitativas. La significancia estadística para comparar proporciones, medias y medianas se estableció para p -valor $<0,05$. Para el cálculo de los estadísticos descriptivos se emplearon los datos crudos. Los estadísticos descriptivos se expresaron como media y desviación estándar (DE) y como mediana y rango intercuartílico (IQR) en el caso de las variables cuantitativas; y como número o frecuencia de casos y porcentaje (%) para las variables cualitativas.

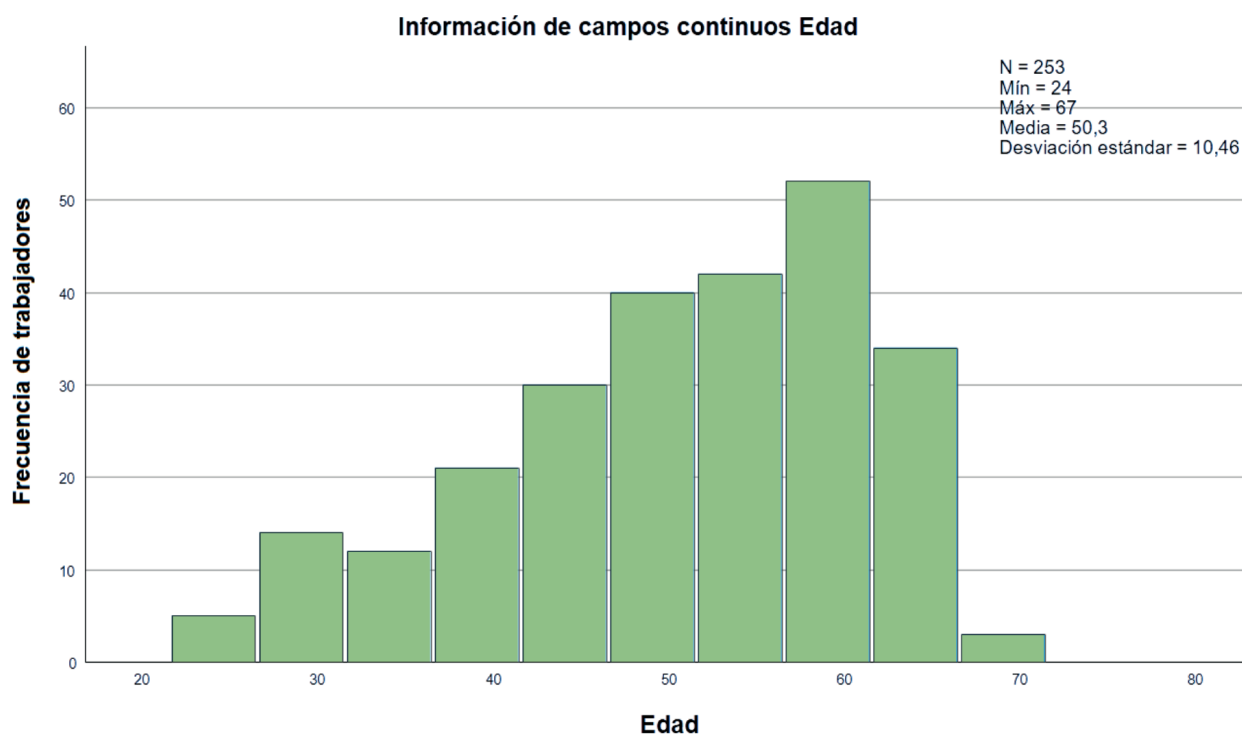
En cuanto al aspecto ético-legal, dadas las características del estudio, al no haber intervención en los participantes y al ser un estudio anonimizado, no se hizo necesario consentimiento informado, siendo evaluado por el Comité de Ética del Hospital, que emitió su visto bueno.

Resultados

La población total de personal laboral en el HUVR durante 2021 fue de 12.308 trabajadores, con una edad media de 36,46 años (desviación estándar de 10,62) y la mediana de edad de 34 años (IQR 27-45). De dicho personal, 3408 eran hombres (27,7%) con una edad media de 37,05 años (desviación estándar de 10,53) y una mediana de edad de 35 años (IQR 28-45); mientras que 8900 eran mujeres (72,3%) con una edad media de 36,23 años (desviación estándar de 10,64) y mediana de edad de 34 años (IQR 27-45). El total de AT producidos en 2021 fue de 642, de los cuales 253 cursaron con proceso de IT, es decir, el 39,4%.

Por tanto, para el presente estudio se han analizado los datos correspondientes a estos 253 trabajadores. Su edad media era de 50,29 años (Figura 1), y una mediana de edad de 52 años (IQR 43,50-59). De ellos, 197 fueron mujeres (77,9%) con una edad media de 51,26 años (DE

FIGURA 1. EDAD DE TRABAJADORES EN INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO.



9,93; valor mínimo 26 y valor máximo 67) y una mediana de edad de 53 años (IQR 45-59); y 56 fueron hombres (22,1%) con una edad media de 46,89 años (DE 11,63; valor mínimo 24 y valor máximo 64) y una mediana de edad de 47,5 años (IQR 39,75- 54,75).

Incidencias

- Índice de incidencia del total de los AT

$n.º \text{ AT} / n.º \text{ de trabajadores} \times 100.000 = 642 / 12.308 \times 100.000 = 5.216,12$

- Índice de incidencia de los AT que precisaron IT

$n.º \text{ IT por AT} / n.º \text{ de trabajadores} \times 100.000 = 253 / 12.308 \times 100.000 = 2055,57$

- Índice de incidencia de los AT que tuvieron lugar durante la jornada de trabajo:

$n.º \text{ IT por AT en jornada de trabajo} / n.º \text{ de trabajadores} \times 100.000 = 150 / 12308 \times 100.000 = 1218,72$

Del total de AT, el 39,4 % precisó una IT: $n.º \text{ IT por AT} / \text{AT} \times 100 = 253 / 642 \times 100 = 39,4\%$

En cuanto a las categorías profesionales, encontramos mayoritariamente TCAE (27,7%), celador (20,9%) y enfermería (15,8%) (Tabla 1).

La variable lugar donde se produce el accidente coincide con la variable accidente in itinere, obteniendo que 150 AT se produjeron en el lugar de trabajo, es decir, no in itinere (59,3%), frente a los 103 AT que se produjeron fuera del lugar del trabajo, es decir, in itinere (40,7%). Los trabajadores que sufrieron un AT in itinere tenían una edad media de 49,39 años (DE 10,782) y una mediana de edad de 51 años (IQR 42-59); los que sufrieron el AT en el lugar de trabajo tenían una edad media de 50,91 años (D.E. 10,224) y una mediana de edad de 52 años (IQR 44-59).

En cuanto a los días totales de baja, se obtuvo una media de 65,81 días (DE 84,907; valor mínimo de 1 y valor máximo de 365 días), así como una mediana de 36 días (IQR 15,50-75). En cambio,

TABLA 1. CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES EN INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO.

CATEGORÍA PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TCAE	70	27,7%
Celador	53	20,9%
Enfermería	40	15,8%
Pinche	20	7,9%
Administrativo	16	6,3%
Técnico especialista	15	5,9%
Técnico especialista en mantenimiento	12	4,7%
FEA	7	2,8%
Lavado y planchado	6	2,4%
EIR	3	1,2%
Supervisor de enfermería	1	0,4%
Cocinero	1	0,4%
Fisioterapeuta	1	0,4%
Telefonista	1	0,4%
Jefe de Equipo Administrativo	1	0,4%
Peón	1	0,4%
Coordinador de Salud Mental	1	0,4%
Jefe de Servicio de Pediatría y Áreas Específicas	1	0,4%
Monitor	1	0,4%
Peluquero	1	0,4%
Jefe de bloque de enfermería	1	0,4%

los días de tiempo óptimo de las bajas obtuvo una media de 36,08 días (DE de 28,084; valor mínimo de 4 y valor máximo de 120), y una mediana de 30 días (IQR 20-45).

En el grado de la lesión, 225 fueron catalogados como leves (88,9%), frente a los 28 que no fueron catalogados, coincidiendo con los CATIs ausentes. Entre los diagnósticos agrupados más frecuentes encontramos traumatismo/contusión (28,9%), esguince (23,3%), cervicodorsolumbalgia (14,2%) y fractura (14,2%) (Tabla 2).

En relación con el tiempo óptimo: 149 trabajadores superaron el tiempo óptimo de baja

(58,9%), con una edad media de 52,11 años (DE 9,32) y mediana de edad de 53 años (IQR 45-60); 93 trabajadores estuvieron un tiempo inferior al tiempo óptimo (36,8%) con una edad media de 47,69 años (DE 11,472) y una mediana de edad de 51 años (IQR 38,5-57); hubo 11 trabajadores que cumplieron exactamente los días de baja (4,3%) con una edad media de 47,73 años (DE 11,917) y una mediana de edad de 45 años (IQR 38-62) (Figura 2).

En cuanto al número de días que están por encima del tiempo óptimo, se obtuvo una media de 67,32 días (DE 89,194; valor mínimo de 2 y un valor

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DE LOS TRABAJADORES EN INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO.

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Traumatismo/Contusión	73	28,9%
Esguince	59	23,3%
Cervicodorsolumbalgia	36	14,2%
Fractura	36	14,2%
Tendinopatía/patología muscular	19	7,5%
Gonalgia	5	2%
Heridas	5	2%
Omalgia	5	2%
Luxación	3	1,2%
Bursitis	3	1,2%
Psicosocial	2	0,8%
Coxalgia	1	0,4%
Otros	6	2,4%

máximo de 355 días), y una mediana de 32 días (IQR 11-72,50) (Figura 3).

Requirieron adaptación de puesto de trabajo 5 trabajadores (2%), frente a los 248 que no la precisaron (98%).

En la forma-contacto-modalidad de la lesión agrupada, destacan golpe contra un objeto inmóvil-trabajador en movimiento” (29,2%), sobreesfuerzo (19,8%) y choque o golpe contra un objeto en movimiento-colisión con (17,8%) (Tabla 3).

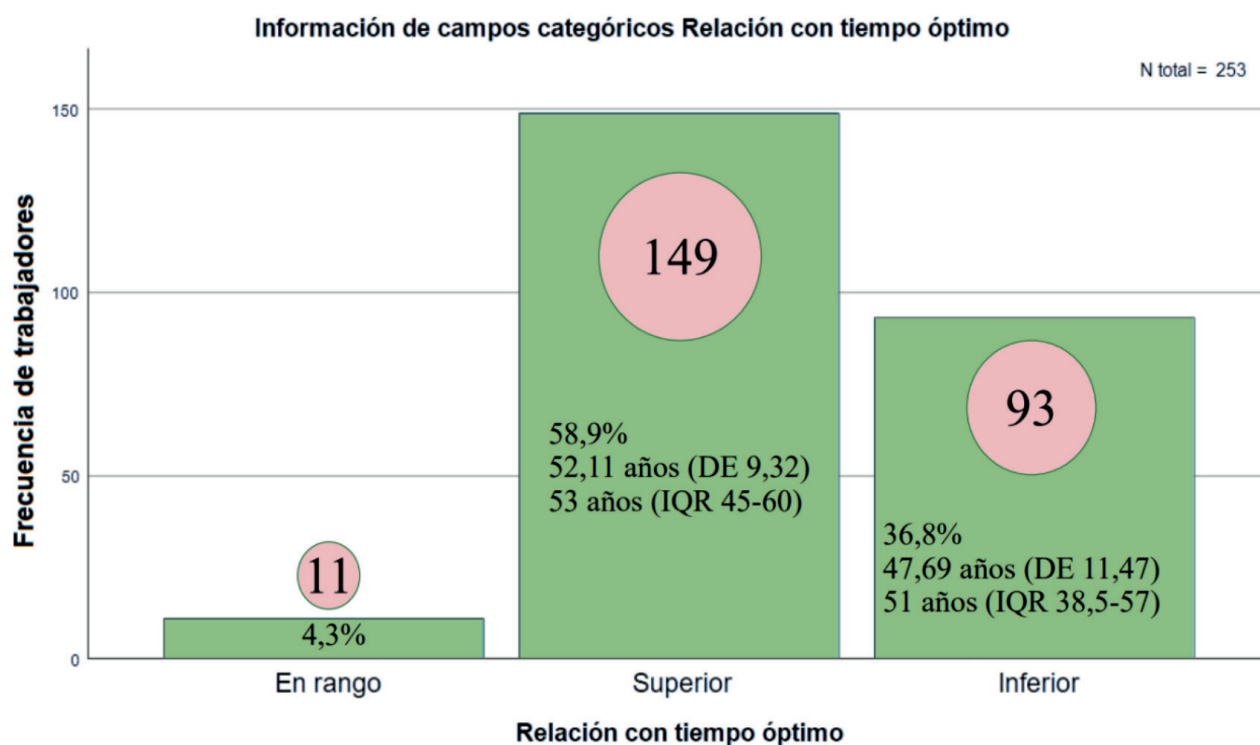
En lo que respecta a la parte del cuerpo lesionada agrupada, las principales afectadas fueron las extremidades inferiores (26,9%), seguidas de extremidades superiores (23,3%), todo el cuerpo-múltiples partes (11,1%), cuello (9,1%) y espalda (7,9%), entre otros.

Tras comparar todas estas variables entre sí, y tras realizar las tablas cruzadas correspondientes, nos vamos a centrar en aquéllas en las que hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas.

En primer lugar, comparamos la variable “relación con el tiempo óptimo” con las variable

“diagnósticos agrupados”, “forma, contacto-modalidad de la lesión (agrupado)” y con la variable “edad”, obteniendo como resultado que hubo mayor número de esguinces que han requerido un tiempo de baja inferior al establecido con respecto a un tiempo superior, hubo mayor número de patología tendinosa/muscular que ha requerido un tiempo de baja superior con respecto a un tiempo inferior, y hubo mayor número de choques, golpes o colisiones que han requerido un tiempo de baja superior con respecto a los que han requerido menor tiempo. Respecto a la edad, los trabajadores que han superado el tiempo estándar de baja tienen más edad que los que emplean un tiempo de baja inferior. (Tabla 4). A continuación, comparamos la variable “in itinere” con las variables “diagnósticos agrupados”, “forma, contacto-modalidad de la lesión (agrupado)” y “parte del cuerpo lesionada”, obteniendo de resultado que hubo mayor número de patología tendinosa/muscular, mayor número de sobreesfuerzos y más lesiones en extremidades superiores en los accidentes en el lugar de trabajo,

FIGURA 2. RELACIÓN DE LOS DÍAS DE BAJA EN COMPARACIÓN CON EL TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD TEMPORAL ESTABLECIDO EN EL MANUAL DEL INSS Y EDAD.



mientras que los esguinces, lesiones en el cuello y golpe-choque-colisión fueron mayoritarios en los accidentes in itinere. (Tabla 5)

Discusión

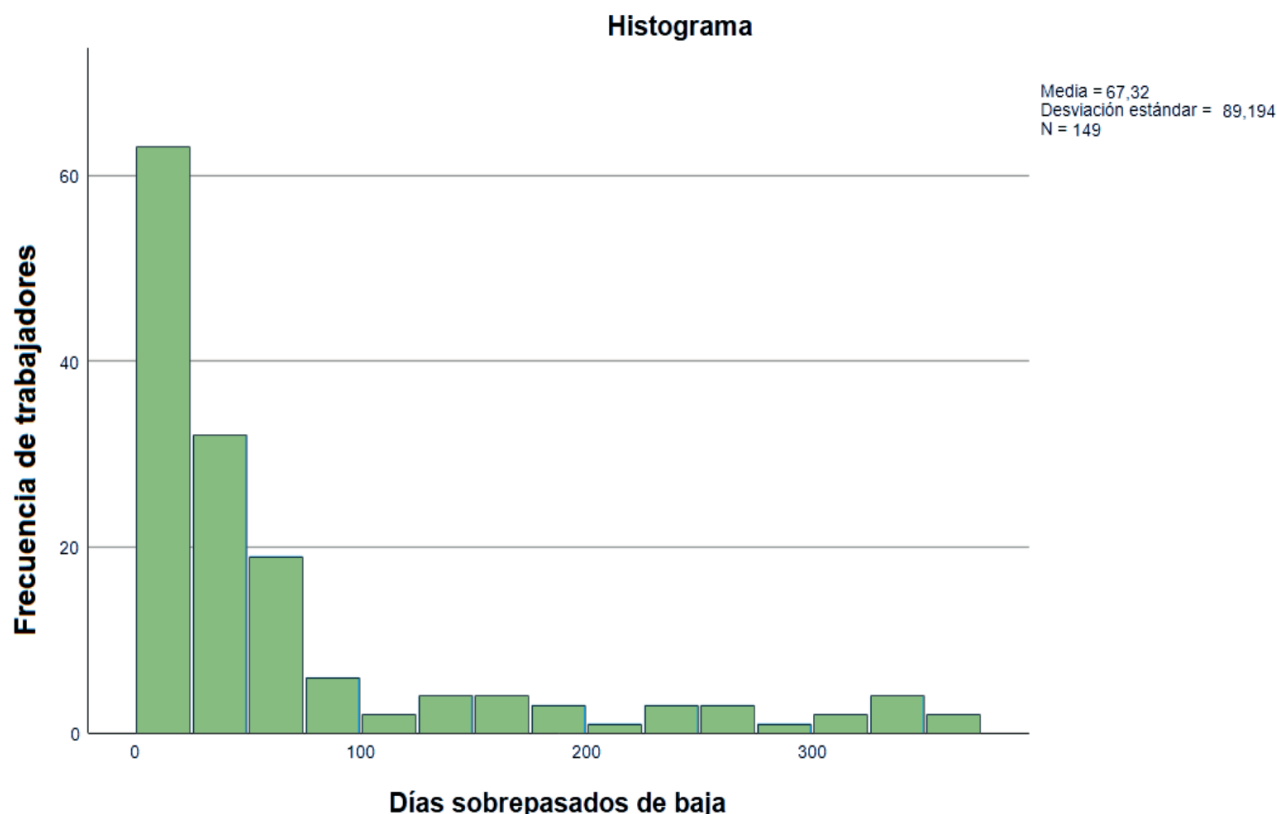
En nuestro estudio se obtuvo una incidencia de 1.218,72 bajas laborales por AT durante la jornada de trabajo por cada 100.000 trabajadores en 2021, siendo inferior a la incidencia de AT con baja descrita en actividad sanitaria de España durante el mismo año (3.026)⁽¹¹⁾ y similar a la incidencia de bajas por AT en actividad laboral en general de dicho año de la Unión Europea (1.516)⁽¹²⁾.

Si comparamos nuestros datos obtenidos en la actividad sanitaria con otros sectores en España, vemos como en nuestro caso la cifra de incidencia por cada 100.000 trabajadores se asemeja a la actividad veterinaria (1.337,3), lo cual cobra sentido al tener una cartera de servicios y una

exposición a riesgos similar. Si comparamos con otros trabajos como la extracción de antracita, hulla y lignito (21.183,2), la construcción (6.821,8), o la industria de la madera (6.042), vemos que en nuestro caso obtenemos una incidencia mucho menor, ya que el requerimiento físico que necesitan estos trabajos es mayor, y hay mayor exposición a otros riesgos y mayor peligrosidad. En cambio al comparar la actividad sanitaria con otras profesiones como por ejemplo educación (634,5) o programación, consultoría y otras actividades relacionadas con la informática (105,0), hemos obtenido una incidencia más elevada, ya que en estas actividades el número de riesgos es menor, y el requerimiento físico es más escaso⁽¹¹⁾.

Centrándonos en el aspecto descriptivo de la variable forma-contacto-modalidad de la lesión, obtenemos que “golpe contra un objeto inmóvil-trabajador en movimiento” conforma el 29,2% de

FIGURA 3. DÍAS POR ENCIMA DEL TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD TEMPORAL ESTABLECIDO EN EL MANUAL DEL INSS.



IT por AT, asemejándose con la cifra española del mismo año (25,8%) de todos los sectores en general⁽¹¹⁾. En nuestro estudio la siguiente modalidad más frecuente son los sobreesfuerzos con un 19,8% y siendo en este caso mucho menor respecto a la cifra general de España, que es de un 31,5%. Esto puede ser debido a que, pese a que en el sector sanitario hay una gran cantidad de tareas que requieren de sobreesfuerzos, como TCAEs, celadores o mantenimiento, en el informe anual de España están englobadas todas las actividades profesionales, donde en trabajos como la construcción, industrias y manufacturas la mayor parte de las labores requieren sobreesfuerzos mayores y cargas de peso más elevadas. La siguiente modalidad de lesión de nuestro estudio es “choque o golpe contra un objeto en movimiento-colisión con” que supone un 17,8%, y volviéndose a igualar

en este caso con la frecuencia de España a nivel general, donde supone un 15%. Cabe destacar que en nuestro estudio solo han precisado baja laboral por “contacto con agente material, cortante o punzante” un 1,2%, con respecto al 10% nacional. Al igual que en sobreesfuerzos, hay actividades como la construcción o industrias en la que hay numerosos riesgos de cortes con diversos materiales de gran tamaño y en peores condiciones de higiene y asepsia, mientras que en la actividad sanitaria los cortes o punciones suelen ser con agujas, por lo que las lesiones que provocan no suelen requerir de baja laboral. En cuanto a las categorías profesionales del centro sanitario, y como se ha descrito en otros estudios, los trabajadores que realizan labores manuales continúan siendo los más afectados por este tipo de accidentes⁴, viendo en nuestro caso como los profesionales más afectados

TABLA 3. MODALIDAD DE LA LESIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.

MODALIDAD DE LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Golpe contra un objeto inmóvil, trabajador en movimiento	74	29,2%
Sobreesfuerzo, trauma psíquico, radiaciones, ruido, etc.	50	19,8%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con.	45	17,8%
Contacto con agente material, cortante, punzante, duro	3	1,2%
Contacto eléctrico, con fuego, temperaturas o sustancias peligrosas	2	0,8%
Mordeduras, patadas, etc. (de animales o personas)	2	0,8%
Quedar atrapado, ser aplastado, sufrir una amputación	2	0,8%
Desconocido	75	29,6%

TABLA 4. RELACIONES CON LA VARIABLE RELACIÓN CON EL TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD TEMPORAL ESTABLECIDO EN EL MANUAL DEL INSS.

VARIABLES	RELACIÓN CON EL TIEMPO ÓPTIMO			p
	EN RANGO	SUPERIOR	INFERIOR	
DIAGNÓSTICOS n(%) ^a				
Esguince ^c	1 (9,1)	27 (18,1)	31 (33,3)	0,002 ^b
Tendinopatía/muscular ^d	1 (9,1)	16 (10,7)	2 (2,2)	
Heridas ^e	1 (9,1)	0 (0,0)	4 (4,3)	
Gonalgia ^f	1 (9,1)	4 (2,7)	0 (0,0)	
FORMA, CONTACTO-MODALIDAD DE LA LESIÓN n(%) ^a				
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con ^g	1 (11,1)	38 (36,2)	6 (9,4)	0,001 ^b
Contacto eléctrico, con fuego, temperaturas o sustancias peligrosas ^h	1 (11,1)	1 (1,0)	0 (0,0)	
EDAD ^k Me (IQR) ⁱ	45 (38-62)	53 (45-60)	51 (38,50-57)	0,015 ^j

a- n=n.º de trabajadores y %; b- Chi cuadrado; c- 33% vs 18,1%; d- 10,7% vs 2,2%; e- 9,1% vs 0,0% // 4,3% vs 0,0%; f- 9,1% vs 0,0%; g- 36,2% vs 9,4%; h- 11,1% vs 0,0%; i- Me=Mediana // IQR=Recorrido intercuartílico; j- Kruskal Wallis; k- Inferior vs Superior, es decir, 53 (45-60) vs 51 (38,5-57).

son principalmente, y en orden decreciente, TCAE (27,7%), celadores (20,9%) y enfermería (15,8%), estando expuestos fundamentalmente a trabajos como inyecciones, movilización de pacientes, cargas de peso, transportes de material peligroso, empleo de material delicado, cortante y punzante... Hay que tener en cuenta que hay múltiples casos en los que

los trabajadores sufren punciones accidentales durante su jornada laboral, o algún otro suceso, y no lo notifican, bien por desconocimiento del procedimiento, lo tedioso que resulta realizar la notificación y todo el proceso que conlleva, o en algunos casos, por desidia del propio trabajador o por motivos económicos al perder jornadas complementarias⁽¹²⁾.

TABLA 5. RELACIONES CON LA VARIABLE ACCIDENTE DE TRABAJO IN ITINERE.

VARIABLES	IN ITINERE		p
	SÍ	NO	
DIAGNÓSTICOS n(%) ^a			
Esguince ³	32 (31,1)	27 (18,0)	0,001 ^b
Tendinopatía/muscular	2 (1,9)	17 (11,3)	
FORMA, CONTACTO-MODALIDAD DE LA LESIÓN n(%) ^a			
Sobreesfuerzo, trauma psíquico, radiaciones, ruido, etc.	6 (8,2)	44 (41,9)	<0,001 ^b
Golpe contra un objeto inmóvil, trabajador en movimiento	40 (54,8)	34 (32,4)	
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión con	26 (35,6)	19 (18,1)	
PARTE DEL CUERPO LESIONADA n(%) ^a			
Extremidades superiores	18 (18,9)	41 (34,5)	<0,001 ^b
Cuello	21 (22,1)	2 (1,7)	
a- n=n.º de trabajadores y %; b- Chi cuadrado			

a- n=n.º de trabajadores y %; b- Chi cuadrado

Hay que tener en cuenta la realidad de la profesión en sanidad, en la cual existe un elevado número de contratos eventuales, algunos de ellos de escasa duración, lo cual puede conllevar a escasa formación por parte del trabajador en materia de prevención, así como la inexperiencia en el puesto de trabajo por parte del mismo, lo cual desemboca en un mayor número de errores al tener menor habilidad y destreza, y por tanto, mayor número de accidentes, lo cual eleva la incidencia.

Respecto a perspectiva de género, dadas las características de los trabajadores en el sector sanitario y la demografía española, al haber mayor número de mujeres trabajando en dicho sector, hubo igualmente mayor número de AT y de bajas laborales en mujeres.

En nuestro estudio obtuvimos que alrededor del 60% de las bajas laborales por AT superaron el tiempo de IT establecido, empleando mayor tiempo de baja los trabajadores que tenían más edad.

En la muestra recogida, aproximadamente 40 de cada 100 AT necesitaron una IT, lo cual conlleva

un gasto económico elevado aumentando los costes directos e indirectos. Como costes directos destaca el tener que reemplazar a los profesionales de baja temporalmente por otro trabajador, aumentando el gasto para la empresa afectada al tener que pagar un nuevo salario y parte del salario del trabajador de baja, a la par que se ve mermada la productividad del trabajador accidentado^(5,6,8). Respecto a los costes indirectos destacaría la inactividad de los trabajadores al no poder realizar su labor junto con la pérdida de su productividad⁽¹³⁾, y los procesos sanitarios que puedan requerir para su recuperación, todo ello sumado a la inexperiencia del trabajador sustituto, el cual en ocasiones es difícil de encontrar. La Organización Internacional del Trabajo determinó que el 4% del producto interior bruto (PIB) mundial se pierde debido a AT y enfermedades profesionales⁽¹⁴⁾. En Europa, Eurostat determinó que el 88% de los costes derivados de AT fueron debidos a la pérdida de tiempo de trabajo⁽¹⁵⁾, siendo estos costes directamente proporcionales al número de días de IT, por lo que la duración media de estos procesos sea probablemente uno

de los mejores indicadores para realizar análisis coste económicos de los AT⁽¹⁶⁾. Sin embargo, tras revisar la literatura existente hasta la fecha, no encontramos estudios en los que se analice de forma pormenorizada el cumplimiento de los tiempos óptimos de las bajas laborales por accidentes de trabajo, así como las características de los mismos.

En nuestro estudio la mayor parte de los informes complementarios de IT así como en los informes trimestrales de seguimiento encontramos que la mayoría de trabajadores que prolongan la IT más allá del tiempo óptimo estipulado se deben a diversos motivos. Entre ellos destacan: la persistencia de clínica; estar pendiente de citas que se prolongan en el tiempo o son muy tardías (semanas o meses) en el sistema público de salud con especialidades como Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Rehabilitación (RHB), Fisioterapia, etc., teniendo el trabajador que recurrir en ocasiones al sistema privado; estar pendiente de pruebas de imagen (RMN, ECO...), técnicas invasivas (infiltraciones, cirugías, artroscopías...), etc. que son procesos que requieren de sucesivas citas con el especialista oportuno, alargándose aún más el proceso debido a la demora de citas mencionada anteriormente. A este tipo de situaciones hay que añadirles las propias que podrían darse cuando se producen accidentes que acarreen indemnizaciones, principalmente los accidentes de tráfico. Éstas podrían llevar a que haya trabajadores que, por interés (económico, permanecer mayor tiempo inactivo...), les convenga prolongar el proceso de IT el máximo tiempo posible⁽¹⁶⁾.

Valorando y analizando estos motivos, podría ser posible que estos procesos se acortasen con una correcta coordinación entre las distintas administraciones, el acceso a las pruebas pertinentes y a las interconsultas adecuadas⁽¹⁷⁾, creando por ejemplo un circuito interno donde una parte de las citas estén destinadas a causas laborales.

Centrándonos en los resultados estadísticamente significativos vemos que los trabajadores

con diagnóstico de tendinopatía y patología muscular alargan el tiempo de IT por encima del tiempo indicado. Un resultado similar se vio en un estudio que se realizó en la Unión Europea al final de los años 90, donde el 53% de bajas laborales por AT fueron debidas a trastornos musculoesqueléticos, siendo mayoritariamente comunes en el sector sanitario⁽¹⁸⁾. El hecho de que las bajas se alarguen por estas patologías podría explicarse debido a que muchas de estas dolencias requirieron alguna prueba complementaria o la visita a algún especialista como ya se ha mencionado (principalmente RHB y fisioterapia), y encontrando en la mayoría de los casos persistencia de la clínica dolorosa. Supondría un problema añadido el relacionado con el estado de salud previo al AT, las posibles comorbilidades y el retardo fisiológico en la recuperación en personas de mayor edad. Por el contrario, los trabajadores con esguince necesitaron menor tiempo de baja respecto al estipulado, lo cual cobra sentido al ver que dicho tiempo es de 30 días, y en la mayoría de los casos se suele tratar de esguinces leves.

Los trabajadores con mayor edad superaron el tiempo óptimo de baja establecido de forma significativa. Esto puede ser condicionado por la forma física de las personas, que se ve disminuida con el paso de los años, perdiendo fuerza, agilidad y destreza, y con la aparición de patologías como artrosis, lo cual entorpece la recuperación tras un AT, y hará que requiera de un mayor tiempo de baja. Podría ser interesante, desde la vigilancia de la salud, plantear una serie de reconocimientos médicos con perspectiva de edad, donde a partir de ciertos años se restrinjan algunas tareas, algo similar a lo que ocurre con las guardias de 24 horas, donde se pueden eliminar a partir de los 55 años⁽¹⁹⁾.

En 2014 la actividad sociosanitaria tuvo la principal tasa de incidencia de lesiones y enfermedades registrables por la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) entre el resto de industrias en los Estados Unidos. La Oficina de Estadísticas Laborales

estimó que hubo 4,5% de lesiones registrables en trabajadores de tiempo completo en dicha actividad sanitaria⁽²⁰⁾. Es por ello que sería fundamental crear un clima de seguridad sólido para disminuir dichas lesiones. El desempeño relacionado con la seguridad y promoción de la misma en el trabajo, la participación de los empleados, supervisores y gerencia, el clima organizacional y de liderazgo, las actividades de apoyo a la seguridad se asociaron con tasas más bajas de lesiones relacionadas con el trabajo⁽²¹⁾. La conciencia de los trabajadores sobre las lesiones y enfermedades producidas en el lugar de trabajo ayudan a la adhesión por las prácticas relacionadas con la seguridad laboral⁽²²⁾. De forma significativa e inversamente proporcional se relacionan la participación de empleados y supervisores en la gestión de la seguridad con las lesiones laborales producidas en el ambiente sanitario, es decir, a mayor clima de seguridad, menor número de lesiones, y por tanto menor número de bajas laborales y menor duración de las que se produzcan^(23,24).

Otro de los pilares que pueden retrasar el tiempo de baja son los relacionados con problemas en la esfera psicosocial. Hay estudios que evidencian el efecto beneficioso del apoyo social en el retorno al trabajo, fomentando el contacto y la comunicación, centrándose en las necesidades de los trabajadores, y creando un entorno de confianza mutua, relaciones sociales e integración con el resto de personal⁽²⁵⁾. Igualmente contribuye a ello un entorno en la vida personal del trabajador favorable y un correcto asesoramiento médico, lo cual aumenta la probabilidad de un regreso más temprano al trabajo⁽²⁶⁾.

Respecto al lugar del AT, en nuestra muestra vemos como hay un elevado número de accidentes in itinere, concretamente 103 de 253, suponiendo un 40,7% del total, número bastante elevado si lo comparamos con la cifra española del mismo año (12,86%)⁽¹¹⁾. En cuanto a la Unión Europea, es difícil calcular una cifra global debido a las discrepancias acerca de su inclusión como AT, no estando reconocidos en países como Dinamarca,

Reino Unido o Italia, y siendo un caso particular Países Bajos, donde no se reconocen los AT ni las enfermedades profesionales, estando las prestaciones establecidas con carácter general en la Seguridad Social⁽²⁷⁾.

Entre los accidentes in itinere destacamos aquellos en los que encontramos diferencias estadísticamente significativas, con mayor número de esguinces, mayor afectación cervical, y como mecanismo lesional más común el “golpe o choque contra objeto tanto móvil como inmóvil, trabajador en movimiento o colisión con”. Analizando los casos mencionados, esto es debido a que un gran número de estos accidentes se producen en vehículos, ya sea coche, autobús, moto, bicicleta o patinete, donde se producen la mayoría de esguinces cervicales diagnosticados en urgencias, si bien hay un número elevado de caídas que desencadenan en esguinces o fracturas de miembro inferior⁽¹⁾. Sería de gran utilidad la existencia de un asesoramiento correcto destinado tanto al personal encargado de investigar estas situaciones como para los trabajadores que sufren este tipo de eventualidades, para así poder buscar planes de sensibilización, medidas de seguridad o planes de prevención con el fin de disminuir la cantidad de estos accidentes y su siniestralidad, sus correspondientes IT y los tiempos que se invierten en ellas.

Para realizar el presente estudio nos encontramos con algunas limitaciones como una incorrecta o incompleta cumplimentación del parte de lesiones, o bien ausencia del mismo en algunos casos.

Por todo ello, se puede concluir que en nuestro estudio alrededor del 60% de las bajas laborales por AT superaron el tiempo de IT establecido, hecho motivado en numerosas ocasiones por la demora en los distintos procesos diagnóstico-terapéuticos y la elevada edad de los afectados. Esto conlleva un aumento en los costes generales y una merma en la productividad que otorgan los trabajadores a la empresa, así como el perjuicio que supone para la salud del propio profesional. Sería de utilidad estudiar medidas como mejoras en la promoción

de seguridad, el apoyo psicosocial, asesoramiento médico y mejorando la formación en prevención que se le ofrecen a los trabajadores.

Agradecimientos

A la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Andalucía, por permitirme realizar la presente investigación durante mi programa formativo MIR.

A la Unidad de Vigilancia de la Salud del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y a la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Sevilla, al Dr. Juan José González D´Herbe, por su apoyo y colaboración en la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Almanzor F, Martín A. Accidente de trabajo in itinere: potenciar su investigación como propuesta preventiva. *Hygia* 2013; 83.
2. Herrero HC, Román ÁM, de Blas AM. La duración de las bajas por accidente laboral en España: ¿Se justifican las diferencias entre comunidades autónomas? *Rev Econ Labor* 2008;5(1):73–98.
3. Krueger AB. Workers' compensation insurance and the duration of work place injuries. 1990.
4. Benavides FG, Delclos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(5):553–65.
5. López-Guillén García A. Comportamiento de la incapacidad temporal de más de 365 días. *Med Segur Trab (Madr)* 2015; 61(241):468–79.
6. Sánchez Bayle M. La financiación de la sanidad. *Jano* 1998; 1242: 22.
7. Sáez, M., Barceló, M.A., Benavides, F.G. European. Ausencias del trabajo en el transporte urbano. *Rev Econ Apl* 2001, IX (26),149-175.
8. Gervas J, Ruiz A, Pérez M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Madrid: Fundación Alternativa.
9. Benavides FG, Serra C. Evaluación de la calidad

del sistema de información sobre lesiones por accidentes de trabajo en España. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6:26-30.

10. INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social). Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4º edición, 2018. p. 31.

11. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O. A. , M. P. Informe anual de accidentes de trabajo en España 2021. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.; 2022

12. Accidents at work statistics [Internet]. Europa. eu. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics

13. INSST, Costes de accidentes de trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=7bb169c637b38110VgnVCM1000000705350aRCRD&vgnnextchannel=a90aaf27aa652110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>, 2015.

14. Dorman P. Estimating the economic costs of occupational injuries and illnesses in developing countries: essential information for decision-makers. Geneva, Switzerland: International Labour Organization 2012.

15. Eurostat. Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union. 2004. p. 14.

16. Herrera-Pérez V, Suárez-Cebador M, Salguero-Caparrós F, Pardo-Ferreira MC. Analysis of the average duration of sick leave due to electrical contact in the primary, secondary and tertiary sectors in Spain (2013-2019). *Heliyon* 2023; 9(4):e14750.

17. Navarro C, Chicano S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. *Medifam*. 2003; 13:29–34.

18. Commission, E. & Eurostat, 2001. Accidents at work in the EU 1998-1999., Publications Office of the European Union. Belgium. Disponible en <https://policycommons.net/artifacts/202387/accidents-at-work-in-the-eu-1998-1999/715882/CID:20.500.12592/cjx707>.

19. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Manual de

vacaciones, permisos y licencias del personal de centros e instituciones sanitarias (última modificación aprobada por Resolución 0057/23 de la Dirección General de Personal). Artículo 2.

20. United States Department of Labor: Bureau of Labor Statistics. Economic News Release: Occupational Injuries and Illnesses (Annual) News Release. Disponible en: http://www.bls.gov/news.release/archives/osh_10292015.htm.

21. Cook JM, Slade MD, Cantley LF, Sakr CJ. Evaluation of safety climate and employee injury rates in healthcare. *Occup Environ Med* [Internet]. 2016; 73(9):595–9.

22. Beus JM, Payne SC, Bergman ME, Arthur W. Safety climate and injuries: an examination of theoretical and empirical relationships. *J Appl Psychol* 2010; 95(4):713–27.

23. Zohar D. A group-level model of safety climate: Testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *J Appl Psychol* 2000; 85(4):587–96.

24. Huang Y-H, Ho M, Smith GS, Chen PY. Safety climate and self-reported injury: assessing the mediating role of employee safety control. *Accid Anal Prev* 2006; 38(3):425–33.

25. White C, Green RA, Ferguson S, Anderson SL, Howe C, Sun J, et al. The influence of social support and social integration factors on return to work outcomes for individuals with work-related injuries: A systematic review. *J Occup Rehabil* 2019; 29(3):636–59.

26. Kang D. Positive factors for return to work after accidents: Health awareness, consultation with doctors, and personal characteristics of workers. *Saf Health Work* 2022; 13(1):32–9.

27. Gómez AG. Regulación de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales en los países de la Unión Europea [Internet]. *Fraternidad.com*. Disponible en: https://fraternidad.com/sites/default/files/descargas-fm/FM-REVLm-7-3_206_Regulacion_de_los_accidentes_de_trabajo_y_de_las_enfermedades_profesionales_en_los_paises_de_la_UE.pdf