

SALUD LABORAL

Jueves 6 de octubre de 2011. 12:30 a 14:00 h

Aula Profesor Laín Entralgo – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Jerónimo Maqueda

141. UNA DÉCADA DE ÉXITO EN LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO EN ESPAÑA

F.G. Benavides, J.M. Velarde, M. López-Ruiz, F. Rodrigo

Centro de Investigación en Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra (CISAL-UPF); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir las tendencias de la incidencia de las lesiones no mortales por accidentes de trabajo entre 2000 y 2009 según la comunidad autónoma, la actividad económica y la ocupación.

Métodos: En este estudio se incluyeron las lesiones no mortales con baja registradas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales entre 2000 y 2009. Para el cálculo de la incidencia se utilizó la población correspondiente al número de personas trabajadoras asalariadas de la Encuesta de Población Activa correspondiente al segundo trimestre de los años incluidos en el estudio. La ocupación se clasificó en 5 categorías de clase social.

Resultados: La incidencia se ha reducido en España un 45,9% en este período: de 84,33 a 45,33 por 1.000 personas asalariadas. Este patrón se observa en todas las comunidades autónomas, que convergen entre ellas; en las diferentes actividades económicas, especialmente la construcción, que pasa de 188,77 en 2000 a 90,73 en 2009, y en las diferentes ocupaciones ha descendido de 19 veces más riesgo en la clase social V respecto a la clase social I en 2000 a 12 veces más en 2009.

Conclusiones: La principal conclusión de este estudio es que ha habido una importante reducción de la carga de enfermedad que representan las lesiones por accidentes de trabajo en esta década, así como una reducción significativa de las desigualdades sociales que representa la diferencia de riesgo de lesión por accidente de trabajo entre las personas trabajadoras no manuales y las manuales.

228. COSTE DEL CÁNCER DE VEJIGA DE ORIGEN LABORAL ATENDIDO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESPAÑA, 2008

M. García Gómez^a, R. Urbanos^b, R. Castañeda^a, P. López Menduïña^a, V. Losada^c

^aMinisterio de Sanidad; ^bUniversidad Complutense; ^cConsejería de Salud de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La magnitud del impacto económico del conjunto de las enfermedades laborales en España ha sido estimada en tan solo 2 estudios (AESST, 1998; García et al, 2007), utilizando información procedente de otros países industrializados. Considerando que la investigación en esta área resulta útil para deslindar adecuadamente la responsabilidad financiera del tratamiento de estas enfermedades entre el Sistema de Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud (SNS), nuestro objetivo es cuantificar el coste sanitario del asma laboral a partir de los datos de contabilidad analítica del SNS.

Métodos: A partir de las fracciones atribuibles a exposiciones laborales para cáncer de vejiga existentes en la literatura, se han realizado 2 tipos de análisis: en primer lugar, se han utilizado datos primarios de coste de la atención especializada del SNS (ambulatoria e ingresos hospitalarios) (repositorio del CMBD 2008), correspondiente a los casos atendidos en los hospitales públicos y que podrían ser atribuidos al trabajo; en segundo lugar, se han utilizado fuentes secundarias (Pastor y Gisbert, 2010) para estimar el coste de la atención primaria de salud y la atención farmacéutica, para completar el conocimiento de los gastos directos sanitarios totales del cáncer de vejiga de origen laboral.

Resultados: En el año 2008 se produjeron en España 2.766 ingresos en los hospitales de la red sanitaria pública por cáncer de vejiga laboral (2.733 en hombres y 33 en mujeres) y 951 consultas de atención ambulatoria especializada (795 en hombres y 11 en mujeres), ambos en personas de 25 o más años. El coste hospitalario total por estos 2 tipos de atención asciende a 12,17 millones de euros (12,03 hombres y 0,14 mujeres). El coste de la atención primaria de salud sería de 0,44 millones de euros el mismo año, y el gasto farmacéutico de 6,36 millones, por lo que el gasto sanitario total para el SNS correspondiente a la atención al asma de origen laboral asciende a 19 millones de euros el año 2008 en España, el 0,03 del gasto sanitario público de ese año.

Conclusiones: El reconocimiento del cáncer de vejiga profesional en España bajísimo (3 casos en 2008). Nuestros datos cuantifican el infra-reconocimiento del cáncer de vejiga profesional en España y lo que cuesta al sistema sanitario. Su magnitud es tal que debería llamar la atención de los poderes públicos por el campo de acción que pone en evidencia: salud pública, investigación, distribución de la carga entre el SNS y el sistema de Seguridad Social, y sostenibilidad de los sistemas sociales.

490. INFLUENCIA DE LOS CODIAGNÓSTICOS EN LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN

M. Ubalde-López^a, J. Delclós^{a,b}, E. Calvo^c, F.G. Benavides^{a,d}

^aCentro de Investigación de Salud Laboral, UPF, Barcelona; ^bUniversity of Texas School of Public Health, Houston; ^cDepartamento de Proyectos Sanitarios, Ibermutuamur, Madrid; ^dCIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El diagnóstico clínico principal es uno de los factores pronóstico que más influye en la duración de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc). El propósito de este estudio es analizar la influencia, en la duración, de las patologías secundarias registradas (codiagnósticos) en el transcurso de los episodios de ITcc.

Métodos: Cohorte retrospectiva (2004-2007) de 15.246 episodios cerrados de ITcc > 15 días de los trabajadores de las empresas afiliadas a Ibermutuamur. La variable dependiente fue la duración de la ITcc. La principal variable independiente fue el número de codiagnósticos, agrupados en 3 categorías (0, 1 y 2 o más). Las restantes variables independientes se agruparon en demográficas, laborales y de diagnósticos clínicos. Se realizó análisis descriptivo y bivariado exploratorio mediante la comparación de curvas de supervivencia por el método de Kaplan-Meier, estratificado por las variables demográficas y laborales.

Resultados: La duración mediana (DM) fue de 68 días, siendo mayor en mujeres (77 días), en los mayores de 55 años (83 días), sin titulación o con estudios primarios (88 y 70 días), en Canarias y Cataluña (79 y 78 días). Los diagnósticos clínicos principales más frecuentes fueron los trastornos mentales (25,75%), seguidos de las lesiones y envenenamientos (21,61%) y las enfermedades del aparato digestivo (15,09%). Las enfermedades de la sangre fueron las de mayor duración (251 días), seguidas de las relacionadas con el periodo perinatal (230 días) y las anomalías congénitas (127 días). Estratificando las variables laborales, las duraciones más largas se dieron en el pago directo por cuenta ajena (132 días), base reguladora diaria < 24 € (73 días), agricultura (105 días) y ocupaciones agrícolas/forestales (104 días). Los codiagnósticos más frecuentes fueron los relacionados con el sistema musculoesquelético

(32,2%). La duración de los episodios aumentó al ir aumentando el número de codiagnósticos (sig = 0,000); sin codiagnóstico (64 días), un codiagnóstico (108 días) y dos o más (169 días). Esta tendencia se mantuvo después de estratificar por sexo, edad, nivel de estudios, tipo de pago, base reguladora, actividad económica y ocupación.

Conclusiones: La duración de la ITcc está determinada, además de por otros factores, tanto por el diagnóstico clínico principal como por la aparición y el número de diagnósticos secundarios durante el curso del episodio.

520. ESTRÉS LABORAL Y RIESGO DE LESIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. ESTUDIO DE COHORTE

M. Julià^a, C. Catalina^b, E. Calvo^b, F.G. Benavides^{a,c}

^aCentro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; ^bDepartamento de Proyectos Sanitarios, Ibermutuamur, Madrid; ^cCIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Estudios anteriores sugieren que hay una relación entre estrés y lesiones por accidente de trabajo (LAT) pero las evidencias son todavía pocas. El objetivo del estudio es analizar la incidencia de las lesiones por accidente de trabajo en función del nivel de estrés laboral al que se encuentra expuesto el trabajador.

Métodos: Estudio de cohorte. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo estratificado aleatorio entre la población protegida por Ibermutuamur en el momento de acudir a realizarse un reconocimiento médico. Los participantes rellenaron un cuestionario que evaluaba características sociodemográficas, laborales, riesgos psicosociales, evaluados con la versión breve de ISTAS y el nivel de estrés con el cuestionario de estrés laboral (Job Stress Survey). Este último evalúa la severidad y la frecuencia del estrés laboral y de dos dimensiones: presión laboral y falta de apoyo organizativo. Previa autorización del paciente, se realizó un seguimiento de la aparición de LAT durante un periodo de seguimiento de 365 días. La asociación entre la incidencia de LAT y las distintas dimensiones de los riesgos psicosociales y del estrés laboral fue valorada mediante el cálculo de OR e IC 95%.

Resultados: En el estudio participaron 10.652 trabajadores de entre 16-65 años y se produjeron 573 LAT no mortales, con y sin baja. La incidencia anual fue de 53,6 LAT por cada 1.000 trabajadores. En cuanto al estrés, las mujeres tienen más riesgo de sufrir una LAT cuando son altos los niveles de falta de apoyo organizativo a los que se encuentran expuestas. Esto es cierto, tanto para el índice de falta de apoyo organizativo (OR = 1,87; IC 95%, 1,1-3,3) como para la frecuencia de falta de apoyo organizativo (OR = 1,93; IC 95%, 1,1-3,4). Los hombres, en cambio, no presentan ninguna relación con las dimensiones del estrés.

Conclusiones: Encontramos evidencia preliminar de una asociación entre algunos componentes del estrés laboral y siniestralidad. Concretamente, nuestros hallazgos sugieren que las trabajadoras que no cuentan con unos niveles adecuados de apoyo organizativo tienen más riesgo de sufrir LAT. Análisis ulteriores deberán analizar cómo se comporta esta asociación en diferentes subgrupos y al explorar los posibles factores de confusión.

Financiación: Beca CISAL 2010-2011.

635. INCERTIDUMBRE EN EL EMPLEO Y SALUD MENTAL. ¿DEPENDEN DEL GÉNERO Y TIPO DE CONVIVENCIA?

I. Cortès^{a,b}, L. Artazcoz^{a,b,c}, V. Escrivà-Agüir^{b,d}, L. Cascant^{a,b}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona; ^bCIBER en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); ^cUniversitat Pompeu Fabra; ^dCentre d'Investigació en Salut Pública, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Examinar la relación entre la incertidumbre en el empleo y la salud mental, y determinar si la asociación depende de la interacción con el género y la situación de convivencia.

Métodos: Estudio de diseño transversal cuya población fueron las personas asalariadas y desempleadas (asalariadas en su última ocupación), de 25 a 64 años, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Para minimizar el efecto de causalidad inversa se excluyó a las personas desempleadas por motivos de salud (muestra final = 6.972 hombres y 5.307 mujeres). La variable dependiente fue la salud mental medida con el GHQ-12 y la variable independiente la incertidumbre laboral en 6 categorías que, de mayor a menor incertidumbre, son: funcionario/a, contrato indefinido, contrato temporal, trabaja sin contrato, en desempleo hasta 2 años, en desempleo más de 2 años. El tipo de convivencia se clasificó en 6 categorías: personas casadas, cohabitan sin estar casadas, separadas o divorciadas, solteras que no viven con los padres, solteras que viven con los padres y viudas (estos 4 últimos grupos sin vivir en pareja). Se calcularon ORa e IC 95% ajustando modelos multivariados de regresión logística por la edad y la clase social ocupacional, separados por el sexo y el tipo de convivencia.

Resultados: Las mujeres tenían peor salud mental (13,2% de los hombres y el 22,7 de las mujeres tenían mala salud mental) y más incertidumbre laboral que los hombres (p. ej., el 58,8% de los hombres y el 45,4% de las mujeres tenían un contrato fijo). Entre los hombres casados la mala salud mental se asoció con la incertidumbre laboral con un gradiente: comparados con los funcionarios, las ORa de los distintos grupos fueron: contratados temporales ORa = 1,58 (IC 95%, 1,06-2,35), sin contrato ORa = 2,15 (IC 95%, 1,01-4,57), en paro hasta 2 años ORa = 3,73 (IC 95%, 2,43-5,74), en paro más de 2 años ORa = 5,35 (IC 95%, 2,71-10,56). Entre las mujeres casadas no se halló ninguna asociación, a diferencia de las separadas o divorciadas, por ejemplo entre estas últimas la ORa de las contratadas temporales fue de 4,68 (IC 95%, 1,23-17,84) y la de las desempleadas hasta 2 años de 15,43 (IC 95%, 3,61-65,89).

Conclusiones: La incertidumbre respecto el futuro de la vida laboral se asocia a una peor salud mental. Los resultados apuntan a la persistencia del modelo de división sexual del trabajo así como al efecto en la salud mental de la incertidumbre laboral en las personas responsables de la provisión de recursos económicos al hogar.

Resultados: Se contactó con 8 empresas de la Comunidad Valenciana de las que 5 aceptaron participar (sectores textil, químico, alimentación, automoción y cerámica; plantillas entre 30 y 300 trabajadores). Factores favorecedores de la participación fueron la presencia de problemas ergonómicos (bajas, siniestralidad), una actitud favorable de los representantes de la empresa y de los trabajadores, el respaldo de la administración pública (INVASSAT) y la sencillez y flexibilidad del procedimiento; obstáculos para la participación fueron las situaciones de inestabilidad económica y de plantilla y la desconfianza respecto a la efectividad del programa. En cada empresa se definió un ámbito de intervención (entre 1 y 3 puestos de trabajo) y se puso en marcha el programa. Las empresas contaban con un tutor externo para apoyar el trabajo del Grupo Ergo. En este momento 4 de las 5 empresas han llegado a la propuesta e implementación de medidas preventivas, habiéndose ya observado mejoras sencillas y efectivas en la organización y condiciones de trabajo.

Conclusiones: El estudio piloto ha permitido identificar facilitadores y barreras en la implementación del programa y mejorar aspectos del método. Los primeros resultados sugieren su utilidad para resolver problemas ergonómicos en los lugares de trabajo de forma sencilla y con recursos propios de la empresa.

Financiación: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

708. ERGONOMÍA PARTICIPATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE ORIGEN LABORAL

A.M. García, R. Gadea, M.J. Sevilla, P. Boix, A. Oltra, C. Casañ, J.L. Llorca

ISTAS, Universidad de Valencia; CiSAL, Instituto Biomecánica Valencia; Servicio de Prevención UNIMAT, Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La ergonomía participativa permite identificar y resolver problemas ergonómicos en los lugares de trabajo aprovechando las percepciones, conocimiento y experiencia de los trabajadores y otros agentes de la empresa. Se describe el estudio piloto de un procedimiento de ergonomía participativa (método Ergopar) desarrollado a partir de la evidencia científica disponible sobre estos programas en otros países.

Métodos: El método Ergopar sigue 3 fases: 1) preintervención (presentación del método, acuerdo para su aplicación, formación del grupo de trabajo o Grupo Ergo en la empresa y diseño del plan de comunicación); 2) intervención, incluyendo identificación de exposiciones y daños (cuestionario autocumplimentado por los trabajadores), de las causas de los problemas (análisis del Grupo Ergo) y de los cambios y mejoras en las condiciones de trabajo necesarios para resolver los problemas (círculos de prevención), evaluando su efectividad (entrevistas); 3) continuidad del programa o ampliación de la intervención a otros ámbitos o problemas de salud laboral en la empresa. En 2010 se inició un estudio piloto para probar todo este procedimiento en empresas interesadas.