

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

estudios



comisiones obreras de Madrid

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

estudios • comisiones obreras de madrid

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

DICIEMBRE DE 2013

PROMUEVE: CCOO DE MADRID

DIRIGE: Secretaría de Salud Laboral
www.saludlaboralmadrid.es

EDITA: EDICIONES GPS MADRID
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
TEL. + 34 91 527 02 29
www.edicionesgps.es

DEPÓSITO LEGAL: M- 36077-2013

IMPRESIÓN: UNIGRÁFICAS GPS
C/ Lope de Vega, 38. 1^a planta. 28014 Madrid
TEL. + 34 91 536 53 32
www.unigraficas.es

IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2013-2016)

Cofinanciado por el Fondo Social Europeo

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2013-2016 y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Índice

Presentación.....	5
1. ENFERMEDADES PROFESIONALES.....	7
1.1. Introducción	7
1.2 ¿Qué es una enfermedad profesional?.....	8
1.3. Entonces...¿qué pasa con las enfermedades relacionadas con el trabajo que no están en el cuadro?.....	9
1.4. El listado	9
1.5. Procedimiento de declaración	12
a) <i>¿Quién declara la enfermedad profesional?</i>	12
b) <i>¿Cómo se declaran? Comunicación de las enfermedades profesionales.....</i>	13
c) <i>El papel de los médicos del Sistema Público.....</i>	14
1.6. Algunas peculiaridades.....	15
a) <i>Cambio de puesto de trabajo.</i>	15
b) <i>Periodo de observación.....</i>	16
1.7. ¿Por qué es importante el reconocimiento de las enfermedades profesionales?	16
1.8. Entonces... ¿qué es lo tengo que hacer ante la sospecha de una enfermedad profesional?	18
1.9. El papel de los Delegados de Prevención.	21
a) <i>La acción sindical no se acaba con la declaración.....</i>	23
1.10 Legislación de referencia.	25
2. CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO	27
2.1. Descripción del sector.....	27
2.2. Características económicas y organizativas.....	31
2.3. Características sociolaborales.	33
3. ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR.....	35
3.1. Derivadas de la exposición a agentes químicos.....	36
a) <i>Mercurio y sus compuestos.</i>	39
b) <i>Resinas: yesos, cementos.....</i>	38
c) <i>Agentes utilizados para la desinfección o esterilización.</i>	39

<i>d) Agentes anestésicos-inhalatorios.</i>	41
<i>e) Agentes usados en histología.</i>	43
3.2. Derivadas de la exposición a agentes físicos	45
<i>a) Exposición a ruido.</i>	45
<i>b) Exposición a vibraciones mecánicas.</i>	46
<i>c) Exposición a posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo</i>	47
<i>d) Exposición a radiaciones ionizantes</i>	54
<i>e) Exposición a radiaciones ultravioletas</i>	57
3.3. Derivadas de la exposición a agentes biológicos.	57
3.4. Enfermedades profesionales por inhalación o de la piel, causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados.	63
4. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR	71
4.1. Método	71
4.2. Estudio cuantitativo.	94
5. OTROS DAÑOS A LA SALUD	
5.1. Pero, ¿cuáles son los riesgos mayoritarios que producen estos daños a la salud en el sector?	94
<i>a) Riesgos psicosociales.</i>	94
<i>b) Riesgos ergonómicos y manipulación de cargas.</i>	97
<i>c) Riesgos exposición a radiaciones no ionizantes.</i>	98

Presentación

Los trabajadores y las trabajadoras del sector sanitario y sociosanitario de la Comunidad de Madrid están expuestos a riesgos de todo tipo: biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales, que no están bien identificados, cuantificados y controlados, produciéndose accidentes y enfermedades que están siendo tipificados como contingencias comunes, siendo atendidos por el Sistema Público de Salud, quedando borrada su relación laboral y la posibilidad de prevención y control.

Las enfermedades profesionales son las grandes desconocidas, no se reconocen ni se registran, de ahí la importancia de este trabajo para darlas a conocer a los delegados de prevención, a los trabajadores en general y a los profesionales sanitarios, para que las tengan en cuenta en su práctica asistencial. También es muy importante la formación de los profesionales sanitarios para que puedan emitir un diagnóstico con la sospecha del posible origen laboral de las enfermedades que tratan.

Por otro lado, nos encontramos en este sector que los daños a la salud más frecuentes, como son las patologías musculoesqueléticas de la espalda y las patologías psicológicas derivadas de los riesgos psicosociales, no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales y es todo un reto que reconozcan como accidente de trabajo; por ello, deberemos trabajar para que en un futuro próximo sean reconocidas.

En general el cuadro de enfermedades profesionales se nos queda corto, nuestra percepción es que la mayoría de las enfermedades están relacionadas con el trabajo, y más en la actualidad, con el aumento de desempleados, el empeoramiento de las condiciones de trabajo y la reducción de los derechos laborales estamos asistiendo a un incremento de enfermedad y muerte que no se previene ni se trata, incluso se utiliza la enfermedad para el despido.

Este estudio se enmarca en las actuaciones que CCOO de Madrid desarrollamos en el IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales y tiene como objeto principal ser una herramienta que permita a los profesionales del sector sanitario y sus representantes conocer la exposición a riesgos que puedan dañar su salud y trabajar para evitarlos.

Carmelo Plaza Baonza

Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Carmen Yela Yela

Secretaria de Salud Laboral de la Federación de Sanidad
de CCOO de Madrid

Enfermedades profesionales

1.1. INTRODUCCIÓN

Todos conocemos que las estadísticas oficiales de enfermedades profesionales subestiman la incidencia real de enfermedades relacionadas con el trabajo, infravalorando el verdadero impacto de éstas en nuestro país y en nuestra Comunidad.

En el año 2012 se declararon en Madrid un total de 1.231 enfermedades profesionales, de las cuales 744 fueron con baja. Pero la realidad es muy diferente, se estima que más de 13.000 trabajadores sufren anualmente en Madrid una enfermedad laboral.

Cada año mueren en la Comunidad de Madrid más de 60 trabajadores por accidente de trabajo, mientras que las estimaciones de muerte por enfermedad profesional se sitúan en torno a 1.700. En contraste con estas estimaciones, el sistema anualmente registra alrededor de uno o ningún caso.

Estos datos evidencian que aún son muchas las enfermedades de origen laboral que son tratadas como enfermedades comunes y asumidas por el Sistema Público de Salud, causando un grave perjuicio para el trabajador, tanto económico como asistencial, sin contar la dificultad añadida que esto supone para prevenir y eliminar en su origen las causas que las provocaron. Además, la aprobación del Real Decreto 1299/2006 y la actualización del listado de EEPP no

han solucionado el problema de la infradeclaración de las enfermedades profesionales.

En tus manos tienes un sencillo material que pretende facilitar el conocimiento del sistema de declaración de las enfermedades profesionales y ofrecer propuestas para dinamizar el trabajo sindical en tu empresa, orientado no solo a la declaración de la enfermedad sino también, y fundamentalmente, a la adopción de medidas preventivas para eliminar las causas que las han provocado.

1.2. ¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

Según el **art. 116 de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS)** una enfermedad profesional es “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el listado vigente y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho listado se indican para cada enfermedad profesional...”¹.

Por lo tanto, para que una enfermedad laboral pueda ser considerada y declarada como profesional deben concurrir tres elementos:

1. Que la enfermedad esté recogida y enumerada en el cuadro.
2. Que el trabajador este o haya estado expuesto a uno de los agentes causantes contemplados en el cuadro, y
3. Que el trabajador que la padezca desempeñe o haya desempeñado su actividad en una de las ocupaciones que recoge el cuadro.

Esto significa que todas las enfermedades profesionales están relacionadas con el trabajo; sin embargo, no todas las enfermedades en cuya aparición intervienen, de alguna manera, las condiciones de trabajo están consideradas enfermedades profesionales.

¹ Además de los trabajadores por cuenta ajena actualmente se incluyen también en la protección por enfermedad profesional a los trabajadores por cuenta propia del régimen especial agrario, del régimen especial de los trabajadores del mar, régimen especial de los empleados del hogar, trabajadores autónomos dependientes y trabajadores autónomos que hayan optado voluntariamente por la protección ante contingencias profesionales.

Así, una enfermedad relacionada con el trabajo es aquella en cuya aparición contribuyen significativamente, como factores causales, el medio ambiente laboral y la realización del trabajo y sin embargo no está considerada como enfermedad profesional (Organización Mundial de la Salud).

1.3. ENTONCES... ¿QUÉ PASA CON LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO QUE NO ESTÁN EN EL CUADRO?

Las enfermedades que se contraigan como consecuencia del trabajo que no estén incluidas en el listado pueden ser consideradas a efectos legales como **accidente de trabajo** (Art. 115.2, letra e de la LGSS), siempre que se demuestre que tienen como causa exclusiva el trabajo realizado. Algunos ejemplos son enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en trabajadores cuya actividad implique trabajo manual pesado, posturas forzadas, inclinaciones o torsiones frecuentes o problemas como el *mobbing* o el *burnout* ligados a la exposición a factores de riesgo psicosociales.

1.4. EL LISTADO

El Cuadro de Enfermedades Profesionales al que alude el artículo 116 de la LGSS fue aprobado por el **Real Decreto 1299/2006** de 10 de noviembre y entró en vigor el 01/01/2007.

La característica fundamental es que se adapta a la Recomendación 2003/670 de la Comisión Europea, incorporando además casi todas las enfermedades que contenía el cuadro anterior vigente desde 1978.

Se contemplan dos Anexos:

- Anexo I, que contiene los diferentes agentes, tareas y patologías que conforman lo que se reconoce legalmente como enfermedad profesional.

Sólo se pueden declarar y reconocer legalmente como enfermedades profesionales las que están incluidas en el anexo I

- Anexo II, donde figuran enfermedades no contempladas en el Anexo I, pero cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el Anexo I podrá darse en el futuro.

Ambos anexos están estructurados en seis grupos, según tipos de agentes. Así, en cada uno de éstos se detallan enfermedades, agentes causales en el medio laboral y la actividad o actividades en los que pueden estar presentes.

Grupo 1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos. Metales como el cromo, mercurio, níquel, arsénico o plomo; otros agentes químicos como los halógenos (cloro, flúor), ácidos inorgánicos (nítrico, sulfúrico), ácidos orgánicos, alcoholes, hidrocarburos aromáticos (benceno, xileno, tolueno) o poliuretano, etc. son algunos de los incluidos en este grupo.

Grupo 2. Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos. Algunos ejemplos son: ruido, vibraciones, movimientos repetitivos y posturas forzadas, radiaciones ionizantes, calor, frío, etc.

Grupo 3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. Bacterias, hongos, virus capaces de provocar diversas enfermedades infecciosas y parasitarias son algunos de los ejemplos incluidos en este apartado.

Grupo 4. Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados, como son: polvo de sílice, de carbón, de amianto, de talco, metálicos, etc.

Grupo 5. Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en los anteriores apartados: metales, polvos de madera, productos farmacéuticos, etc.

Grupo 6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos: amianto, aminas aromáticas, arsénico, benceno y otros disolventes, cadmio, cromo, etc.

Veamos un **ejemplo** literal para entender la estructura del cuadro:

A modo de ejemplo:

GRUPO 2. ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

AGENTE D: Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.

- **SUBAGENTE 01:** Hombro, patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores.

- ACTIVIDAD: Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subcromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras.

- **SUBAGENTE 02:** Codo y antebrazo, epicondilitis y epitrocleitis.

- ACTIVIDAD: Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo como resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.

Pero, atención, porque aunque en teoría es un listado cerrado, la redacción del propio cuadro hace que sea más amplio de lo que parece y puede atenuar e incluso hacer desaparecer la necesidad de uno o de otro requisito, ya que en muchas ocasiones, incluso el propio encabezado habla de “principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente”. Por eso, ante un daño a la salud, merece la pena dedicar un rato a estudiárselo y buscar apoyo en el sindicato. Algunos ejemplos:

- En el apartado 2.A.01, “**Hipoacusia o sordera provocada por el ruido**”, se describen como ocupaciones, trabajos que exponen a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente sea igual o superior a 80 decibelios A. En dicho apartado se concretan una serie de ocupaciones con exposición a ruido, entre ellas: “talado y corte de árboles con sierras portátiles”, “recolección de basura doméstica”... No obstante, a esa relación no exhaustiva de ocupaciones le antecede la palabra “especialmente” que hace que el listado no sea excluyente; es decir, que se acepten ocupaciones no citadas expresamente. Esta forma de redacción se repite en muchos apartados del listado.

- En el apartado 5.A.01, “**Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados**. Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 1.000 daltons (metales y sus sales, polvos de madera, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, acrilatos, resinas de bajo peso molecular, formaldehidos y derivados, etc.”); observamos cómo la identificación de la patología es bastante genérica y el agente causante concluye con un etc.

Aunque, si bien es cierto que este cuadro mejora al anterior de 1978, (incorpora más agentes, más actividades y más enfermedades), también tiene algunas limitaciones: no contempla las enfermedades del ámbito psicosocial como el *mobbing*, el *burnout* o el estrés, ni tampoco algunas patologías osteomusculares.

1.5. PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN²

a) ¿Quién declara la enfermedad profesional?

Dentro del sector de actividades sanitarias y sociosanitarias pueden darse dos situaciones:

² Los datos presentados en este apartado pueden cambiar según se desprende del anteproyecto de Mutuas, por lo que se aconseja su revisión.

1. Sector privado: En este caso es la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con la que se tenga asumidas las contingencias profesionales la responsable de elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional.

2. Sector público: En este caso la tramitación del parte de enfermedad profesional corresponde bien al Servicio Público de Salud, a la Dirección General de la Función Pública o a la Mutua con la que la administración tenga asumidas las contingencias profesionales.

El empresario o la administración deben facilitar a la entidad correspondiente toda la información que obre en su poder para la elaboración del parte.

Los **Servicios de Prevención**, en su función de vigilancia de la salud, tienen asignada la tarea de detectar de manera precoz los daños producidos por las exposiciones a riesgos laborales. Por ello, deberán emitir diagnóstico de sospecha cuando tengan indicios de que un trabajador puede tener una enfermedad profesional. En este caso, el Servicio de Prevención deberá presentar el correspondiente diagnóstico de sospecha ante la entidad gestora para que ésta trámite, en su caso, la enfermedad profesional correspondiente.

b) ¿Cómo se declaran? Comunicación de las enfermedades profesionales

La cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad profesional se realizará únicamente por **vía electrónica**, por medio de la aplicación informática **CEPROSS**: Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

La comunicación inicial del parte se debe hacer dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya diagnosticado la enfermedad profesional, y la totalidad de los datos se deben tramitar en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial. Para confeccionar en su totalidad el parte las empresas o administraciones deben facilitar a las mutuas o al INSS, según corresponda, la información que éstas les requieran. De no remitirse dicha información en el plazo establecido, hay que tramitar el parte poniendo el incumplimiento empresarial en conocimiento de la autoridad competente.

El trabajador tiene derecho a recibir copia del parte en soporte papel. Para ello, deberá solicitarlo expresamente. Y si le dan la baja, en el parte debe constar que se trata de una baja por enfermedad profesional.

Se reconocerá también el carácter profesional de la enfermedad aun en el caso de tratarse de trabajadores que no se encuentran en situación de alta a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

c) El papel de los médicos del Sistema Público

También existe la posibilidad de que el trabajador acuda a su **médico del sistema público de salud**, quien valorará si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo.

Si la cobertura del trabajador es con una MATEPSS (Mutua de Accidentes de Trabajo), el médico cumplimentará el documento para la “Comunicación de Sospecha de Enfermedad Profesional”, entregando una copia impresa al trabajador, que deberá acudir a su mutua para estudio, diagnóstico y tratamiento.

Si la cobertura es directamente con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el estudio, diagnóstico y tratamiento corresponde al médico de familia y especialistas del sistema sanitario público.

En cualquier caso, el **diagnóstico de sospecha** del posible origen laboral debe, trasladarlo el médico del sistema público, al organismo competente que, en la Comunidad de Madrid es la **Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad**, que engloba los servicios de Inspección Sanitaria y de Salud Laboral.

Si el médico de atención primaria tiene dudas sobre el origen laboral de una determinada patología puede consultar con la Inspección Médica o con el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

En cualquier caso, sea quien sea el que inicie el trámite de declaración de enfermedad profesional, la última palabra la va a tener el **INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social)** y siempre podremos acudir a él para establecer el origen laboral del daño.

Según resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, todos los expedientes tramitados por las MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) por IT (Incapacidad Temporal) que se resuelvan sin considerar como enfermedad profesional a la contingencia causante, pese a contarse con indicios, deberán ser remitidos de forma inmediata a la correspondiente dirección provincial del INSS.

RECUERDA...

Hay que declarar todas las enfermedades profesionales, requieran o no baja laboral

1.6. ALGUNAS PECULIARIDADES

Las enfermedades profesionales tienen especificidades importantes respecto al accidente de trabajo y las enfermedades comunes que quedan recogidas en la Orden Ministerial de 9 de mayo de 1962 actualmente no derogada:

a) Cambio de puesto de trabajo

En los casos en los que, como consecuencia de un reconocimiento médico, se descubra algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya Incapacidad Temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del enfermo a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se deberá llevar a cabo el traslado de puesto de trabajo dentro de la misma empresa sin que tal cambio afecte a las retribuciones que viene percibiendo el trabajador.

Si no hay posibilidad de traslado, el trabajador debe ser dado de baja en la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, e inscrito con carácter preferente como demandante de empleo en la Oficina de Empleo.

En este caso, el trabajador tiene derecho a percibir a cargo de la empresa un subsidio equivalente al salario íntegro durante un máximo de doce meses, prorrogable por seis meses más a cargo del INSS y por doce más a cargo del INEM.

b) Periodo de observación

Se considera período de observación el tiempo necesario para el estudio médico y la determinación del agente causante de la enfermedad profesional, cuando hay necesidad de aplazar, para asegurar, su diagnóstico.

Durante el periodo de observación pueden darse dos supuestos: que el trabajador pueda continuar con la realización de su trabajo o que sea necesaria una baja laboral. En este último supuesto, la propia Ley General de la Seguridad Social determina que a todos los efectos el periodo de observación tiene la consideración de situación legal de Incapacidad Temporal y se computa a efectos de la duración máxima de la incapacidad.

Su duración será como máximo de seis meses prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y determinación del diagnóstico. La competencia para conceder esta prórroga corresponde al INSS.

1.7. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES?

El reconocimiento de las enfermedades profesionales favorece que se adopten medidas de prevención para eliminar las causas que las han provocado y eso redunda en beneficio de toda la plantilla.

Al reconocer el origen profesional de la dolencia se ponen de manifiesto **los factores de riesgo** que han generado la enfermedad, y la empresa está obligada a:

- Revisar la evaluación de riesgos y a adoptar las medidas preventivas necesarias para eliminar las causas y adaptar el puesto de trabajo.
- Proporcionar una vigilancia de la salud adecuada que garantice la detección precoz de las enfermedades de origen laboral.

Si la exposición continúa, la posibilidad de que la enfermedad empeore es muy elevada, y es muy probable que acabe afectando a más trabajadores.

A nivel social, el estudio de las enfermedades profesionales permite a las Administraciones Sanitaria y Laboral adoptar las políticas adecuadas para su prevención.

Además, sindicalmente es muy positivo el reconocimiento del daño laboral porque **estimula la participación** y los trabajadores se comprometen más en la **defensa de su salud** y de unas buenas condiciones de trabajo.

Otras razones relacionadas con las prestaciones que recibe el trabajador que padece la enfermedad profesional son:

- **Asistencia sanitaria:** cobertura íntegra de gastos no cubiertos por enfermedad común (incluyendo por ejemplo desplazamientos para tratamientos).
- **Medicamentos y prótesis** son totalmente gratuitos (mientras que en la común el enfermo paga un porcentaje del precio en función de la renta).
- No hay **periodo de carencia** en la cotización para el derecho a prestaciones.
- **Incapacidad temporal:** el subsidio por incapacidad temporal será del 75% de la base reguladora a partir del día siguiente de la baja médica y durante los primeros 20 días. Este porcentaje es más alto que en caso de contingencia común, en la que se calcula el 60% de la base reguladora.
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, la persona cobra una pensión vitalicia, según el grado, compatible o no con el trabajo.
- Cuando la enfermedad profesional ocasiona lesiones irreversibles calificadas como lesiones permanentes no invalidantes, tras la declaración, la persona recibe una indemnización de cobro único cuya cuantía variará teniendo en cuenta la base reguladora la incapacidad resultante.
- El cálculo de la base reguladora para las prestaciones en el caso de contingencias profesionales se hace sobre un periodo más breve que en el caso de contingencia común, con lo cual suele salir mejor remunerado, y también se toman en cuenta las horas extras realizadas durante el año anterior. Esto también afecta a las prestaciones por muerte y supervivencia.

RECUERDA...

Igual que en los casos de accidente de trabajo, si la enfermedad profesional se ha producido por la falta de medidas de prevención o de protección por parte del empresario, el trabajador puede tener derecho a un recargo de prestaciones que supone que todas las prestaciones económicas que pudieran derivarse de esa enfermedad se podrán incrementar, según la gravedad de la infracción, entre un 30 y un 50 por ciento.

El pago de esta prestación recae directamente sobre el empresario y para conseguirla la persona afectada, sus familiares y/o delegados de prevención podrán realizar una denuncia a la Inspección de Trabajo, solicitando en la misma el recargo de prestaciones, o bien directamente ante el Instituto nacional de la Seguridad Social (INSS).

1.8. ENTONCES... ¿QUÉ TENGO QUE HACER ANTE LA SOSPECHA DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

En el caso del sector privado:

1. Acudir a la **mutua** y solicitar un **estudio de enfermedad profesional**.
2. Si se reconoce el origen laboral de la enfermedad deben proceder a su declaración. Si, además, el trabajador no puede trabajar, se le debe tramitar la baja laboral por enfermedad profesional.
3. Si es la mutua la que considera que la patología sufrida no es una enfermedad profesional, el trabajador debe:
 - 3.1. Hacer una **reclamación** ante la misma, dejando constancia del desacuerdo y pidiendo expresamente que se reconsidera el origen laboral de su enfermedad.

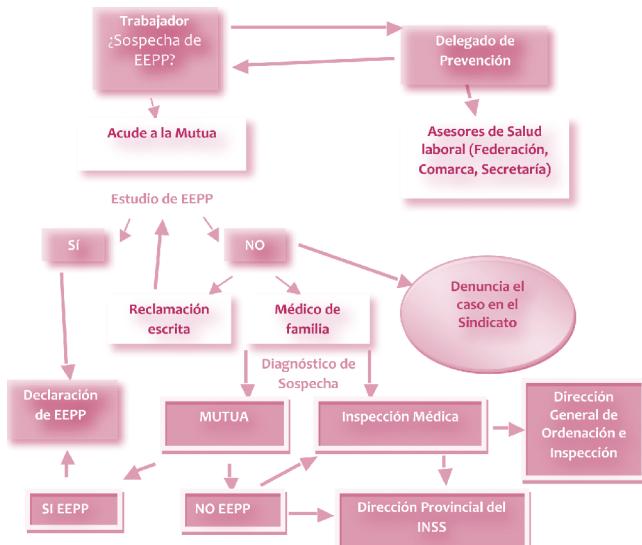
Los usuarios disconformes con la atención que han recibido por parte de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden plantear ante este organismo público su reclamación a través

de la **Oficina Virtual de Reclamaciones**. Con el mismo fin, la Seguridad Social también ha abierto un servicio telefónico: **902 112 651**. Estas nuevas vías de reclamación se suman a la ya existente: presentar reclamaciones mediante formularios disponibles en las diversas ventanillas de cada una de las mutuas.

Las reclamaciones pueden ser puestas desde los servicios de asesoramiento sindicales, aclarando que se hace “en nombre de tal” y aportando los datos de esa persona, con el DNI y el teléfono de contacto.

- 3.2.** Acudir al médico de cabecera, explicarle todo el proceso y solicitarle que emita un **diagnóstico de sospecha** del posible origen profesional.
- 3.3.** Ponerse en contacto con los asesores del equipo de salud laboral de la Unión de Madrid o de las Federaciones regionales o Uniones Comarcales.
- 3.4.** Si en estas instancias el proceso no se ha solucionado, el trabajador también puede de forma personal iniciar un **procedimiento de Determinación de Contingencias en el INSS**, siempre que estuviese de baja médica.

Resumiendo...



En el caso del sector público

La cobertura de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional de los empleados públicos es compleja, ya que depende de varias cuestiones, quedando de esta forma en el sector de sanidad:

SECTOR	CATEGORÍA	COBERTURA
SANIDAD	Personal Estatutario	Servicio Público de Salud
	Personal Laboral	UPAM ³
	Personal de algunos centros públicos de gestión indirecta	MATEPSS (Mutuas privadas de accidentes de trabajo y enfermedades Profesionales) ⁴

Los empleados públicos al servicio de la Comunidad de Madrid que se encuentren incluidos en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social tienen que realizar el siguiente procedimiento:

1. En el caso de tener sospechas de que pueda tener una enfermedad profesional, se deberá poner en contacto con los servicios médicos de la UPAM, plaza Conde del Valle Suchill, 20, 1^a planta, o con el Servicio Público de Salud (en función de con quién tenga concertada la contingencia) para transmitir su sospecha, así como para ser citado y estudiado con la finalidad de dictaminar si la patología es o no enfermedad profesional.
2. Mientras se realiza el estudio de diagnóstico, el empleado puede estar de alta (que en ocasiones requiere un cambio de puesto de trabajo), en Incapacidad Temporal por observación de enfermedad profesional o con IT por enfermedad profesional.
3. Si corresponde la cobertura al médico del Sistema Público de Salud, a través de su Inspección Médica, este facultativo comunicará el diagnóstico de sospecha de EP a la entidad gestora (INSS) para su calificación y emisión del parte de EP.

³ La UPAM ha dejado de denominarse como tal, por lo que actualmente las contingencias profesionales están gestionadas por la Dirección General de la Función Pública.

⁴ Explicado en el punto anterior para el sector privado.

4. La entidad gestora o colaboradora que asuma la protección, elabora y tramita el parte de enfermedad profesional a través de la comunicación electrónica de la Seguridad Social: CEPROSS, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se ha diagnosticado. El empleado tiene derecho a recibir copia del parte en soporte papel.

5. Si se da el caso de que facultativo del Servicio Público de Salud emita una baja laboral por contingencia común (puede ser a petición propia), se puede acudir a los servicios médicos de la UPAM o al INSS, a fin de que se realice el cambio de contingencias (este trámite puede realizarlo cualquier familiar en el caso de imposibilidad del afectado).

6. En todos los casos de accidente de trabajo o sospecha de enfermedad profesional, requiera o no de baja laboral, se recomienda que se comunique al Servicio de Prevención, a fin de que realicen la correspondiente investigación o evaluación y emitan informe y propuesta de medidas preventivas, si fuera necesario.

Aunque el procedimiento anterior es el establecido en el sector Sanitario, suelen acudir primero a los médicos de Vigilancia de la Salud, los cuales emiten informe de si la contingencia es común o profesional y con dicho informe acuden al médico que corresponda para iniciar el procedimiento de IT. Este informe no debe confundirse con la baja laboral ni con el reconocimiento de EP.

1.9. EL PAPEL DE LOS DELEGADOS DE PREVENCIÓN

El trabajo sindical en las empresas debe estar orientado a **visualizar la relación entre trabajo y salud** y, por tanto, tener elementos para conseguir la mejora en las condiciones de trabajo.

Como delegado de prevención, nuestra actuación no sólo debe centrarse en la declaración de la enfermedad profesional, sino también en establecer la necesaria interrelación con el resto del sistema preventivo y que al conocimiento de la enfermedad le siga, de manera inmediata, la eliminación de los factores de riesgo que la han hecho posible.

Debemos recoger toda la información preventiva necesaria para evitar las enfermedades profesionales; será necesario:

1. Identificar y conocer los factores de riesgo presentes en la empresa.
2. Conocer las patologías que forman parte del listado de enfermedades profesionales y ponerlas en relación con los riesgos y actividades presentes en la empresa.
3. Revisar la evaluación de riesgos y comprobar que los riesgos que pueden provocar enfermedades profesionales han sido identificados y evaluados correctamente.
4. Revisar la planificación de la actividad preventiva y comprobar que se está actuando sobre estos riesgos.

Además:

5. Es necesario que estés alerta frente a la aparición de posibles enfermedades profesionales entre tus compañeros.
6. Puedes iniciar una pequeña investigación buscando entre los trabajadores la presencia de determinados síntomas relacionados con las “posibles enfermedades profesionales”; por ejemplo, en empresas con exposición a ruido buscaremos sorderas, o en aquellas empresas con movimientos repetitivos en miembros superiores buscaremos dolor, hormigueos, calambres, pérdida de fuerza... Puedes, por tanto, partir de los riesgos identificados o de síntomas ya presentes.
7. Exige que la vigilancia de la salud se realice con protocolos específicos para garantizar la búsqueda de posibles signos y síntomas de las enfermedades profesionales y su diagnóstico precoz.

Los delegados de prevención tienen derecho a la información relativa a las enfermedades profesionales

- 8.** Es importante que si encuentras una sospecha de enfermedad profesional actúes exigiendo el estudio de la misma y de los posibles riesgos que la han provocado.

a) **La acción sindical no se acaba con la declaración**

Una vez declarada una enfermedad profesional, nuestro trabajo como delegados de prevención debe ir encaminado a:

- Exigir al empresario la investigación de las causas que han provocado la enfermedad.
- Participar en la investigación.
- Investigar si existen más casos. Si otros trabajadores o trabajadoras han estado expuestos a los mismos riesgos que han causado la EEPP hay que descartar, a través de la vigilancia de la salud, que no padecen ningún daño.
- Exigir la revisión de la evaluación de riesgos y la adopción de las medidas preventivas necesarias. Según el artículo 6 del Reglamento de los Servicios de Prevención, cuando se produce algún daño a la salud se debe revisar la evaluación de riesgos.
- Comprobar que se han adaptado las medidas preventivas previstas.
- Controlar que la vigilancia de la salud se realice con protocolos específicos para garantizar la búsqueda de posibles signos y síntomas de las EEPP y su diagnóstico precoz.
- Realizar un seguimiento y control de la situación de los trabajadores que han sido objeto de declaración de una determinada enfermedad profesional.
- Se ha de contemplar y prever la posibilidad de que el trabajador o trabajadora afectado por la EEPP necesite una adaptación de su puesto de trabajo como trabajador especialmente sensible (art. 25 de la LPRL).

PROUESTA PARA LA ACCIÓN SINDICAL	
IDENTIFICAR RIESGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y conocer los factores de riesgo presentes en la empresa. • Conocer las patologías que forman parte del listado de enfermedades profesionales y ponerlas en relación con los riesgos y actividades presentes en la empresa.
LA IMPORTANCIA DE EVALUAR	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la evaluación de riesgos y comprobar que los que pueden provocar enfermedades profesionales han sido identificados y evaluados correctamente. • Revisar la planificación de la actividad preventiva y comprobar que se está actuando sobre estos riesgos.
PARTICIPAR	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente en la investigación y las visitas de la Inspección de Trabajo. • Participar en las evaluaciones técnicas de las condiciones de trabajo y exigir su revisión en caso de EEPP. • Interpretar críticamente los informes. • Evaluar de forma compartida con los técnicos el riesgo y las medidas de prevención.
INFORMAR A LOS TRABAJADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar y orientar ante los problemas concretos. • Informar sobre los riesgos y su prevención. • Informar sobre la presencia de ciertos síntomas y su relación con "posibles EEPP". • Discutir las propuestas de mejora con los propios interesados.
LA VIGILANCIA DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Exigir que la vigilancia de la salud se realice con protocolos específicos para garantizar la búsqueda de posibles signos y síntomas y el diagnóstico precoz.

1.10. LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprueba el **cuadro de enfermedades** profesionales en el sistema de la Seguridad Social y establece los criterios para su **notificación y registro** de enfermedad profesional.

Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, establece el modelo de **parte de enfermedad** profesional, su procedimiento por medios informáticos, la **notificación por vía electrónica**, y la creación del correspondiente **fichero de datos personales**; en el ámbito de la Seguridad Social.

El **Real Decreto Legislativo 1/1994**, de 20 de junio, aprueba el **Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social**.

La **Orden Ministerial de 9 de mayo de 1962**, aún no derogada, recoge situaciones especiales en relación con las enfermedades profesionales.

El sector sanitario y sociosanitario

2.1. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR

Este sector engloba una amplia variedad de actividades enmarcadas dentro de la prestación de servicios sanitarios, por un lado, y de servicios sociales, por otro. Incluye desde la atención sanitaria que prestan los médicos en hospitales y otros centros, pasando por las actividades de los establecimientos residenciales que prestan cierta atención sanitaria y otros en los que no intervienen profesionales sanitarios.

Según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE 2009), a este sector corresponden las actividades de los siguientes epígrafes:

86. Actividades sanitarias: comprende las actividades de los hospitales generales y especializados de corta y larga estancia, los hospitales quirúrgicos, psiquiátricos y para drogodependientes, sanatorios, centros de medicina preventiva, hospitales geriátricos, manicomios, centros de rehabilitación, lazaretos y otras instituciones sanitarias que dispongan de alojamiento y proporcionen servicios de diagnóstico y tratamiento médico a pacientes internos con distinta situación médica. Comprende también consultas y tratamientos realizados por médicos de medicina general, especialistas y cirujanos. Además, las actividades odontológicas de naturaleza general o especializada, y las actividades relacionadas con la salud

humana no realizadas en hospitales o por doctores en medicina en ejercicio, sino por otro personal paramédico legalmente habilitado para tratar a pacientes.

86.1. Actividades hospitalarias: incluye las actividades de los hospitales de corta y larga estancia, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y tratamiento de hospitales generales (regionales y municipales, organizaciones sin fines de lucro, universitarios, militares y penitenciarios) y de hospitales especializados (psiquiátricos y para drogodependientes, para enfermedades infecciosas, maternidades, sanatorios especializados). Son actividades principalmente destinadas a la atención de pacientes internos, que se realizan bajo la supervisión directa de médicos, y comprenden:

- servicios del personal médico y auxiliar
- servicios de laboratorios e instalaciones técnicas, incluso servicios de radiología y anestesiología
- servicios de urgencia
- servicios de quirófano, de farmacia, de comedor y otros servicios hospitalarios
- servicios de centros de planificación familiar que ofrecen tratamientos médicos como la esterilización o el aborto, con alojamiento.

86.2. Actividades médicas y odontológicas: comprende la consulta y tratamiento realizados por médicos de medicina general y especializada, incluidos los cirujanos, los dentistas, etc. Las actividades pueden realizarse en consultorios privados, consultorios de grupos médicos y ambulatorios hospitalarios, y en clínicas de empresas, escolares, de residencias de ancianos, de organizaciones sindicales y asociaciones profesionales, así como en el domicilio de los pacientes.

86.9. Otras actividades sanitarias: son actividades relacionadas con la salud humana llevadas a cabo fuera de los hospitales por enfermeras, comadronas, fisioterapeutas u otros facultativos en el ámbito de la optometría, hidroterapia, masaje terapéutico, terapia ocupacional, logopedia, podología, homeopatía, quiropráctica, acupuntura, etc. Pueden realizarse en clínicas de empresas, escolares, de residencias de ancianos, de organizaciones sindicales y

asociaciones profesionales, así como en establecimientos sanitarios residenciales distintos de los hospitales, en consultas privadas, en el domicilio del paciente u otros lugares.

Comprende también las actividades realizadas por personal paramédico de odontología como los higienistas dentales, las actividades de los laboratorios médicos (laboratorios de rayos X y otros centros de diagnóstico por imagen, laboratorios para análisis de sangre), los bancos de sangre, bancos de esperma y de órganos para trasplante, etc.

El transporte en ambulancia, incluido por avión, que suele prestarse durante una urgencia médica también pertenece a este epígrafe.

87. Asistencia en establecimientos residenciales: comprende la prestación de asistencia en establecimientos residenciales en combinación con cuidados de enfermería, de supervisión o de otros tipos, según las necesidades de los residentes. Los cuidados prestados son una mezcla de servicios sociales y sanitarios, siendo estos últimos en su mayor parte servicios de enfermería.

87.1. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios: están incluidas residencias de personas mayores con cuidados de enfermería, centros de convalecencia, clínicas de reposo con cuidados de enfermería, centros con cuidados de enfermería, residencias con cuidados de enfermería.

87.2. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia: es la asistencia en establecimientos residenciales a personas con retraso mental, enfermedades mentales o problemas de drogodependencia. Los establecimientos ofrecen alojamiento, comida, supervisión protectora y asesoramiento, con cierto nivel de atención sanitaria. Comprende establecimientos para el tratamiento del alcoholismo o de la drogodependencia, centros de convalecencia psiquiátrica, residencias para personas con problemas emocionales, establecimientos para personas con retraso mental, centros de reinserción para personas con problemas mentales.

87.3. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física: es la prestación de asistencia en establecimientos residenciales a personas mayores o discapacitadas que no pueden valerse por sí mismos y/o que no desean vivir

solas. Esta asistencia suele incluir alojamiento, comida, supervisión y asistencia en tareas de la vida diaria, como la limpieza doméstica. En algunos casos, estas unidades ofrecen cuidados de enfermería cualificados a los residentes en instalaciones independientes dentro del centro. Comprende las actividades de comunidades de jubilados con cuidados continuos y de residencias para personas mayores con cuidados de enfermería mínimos, los establecimientos para personas asistidas y las clínicas de reposo sin cuidados de enfermería.

87.9. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales: son las actividades destinadas a prestar asistencia social a niños y a categorías especiales de personas que tienen algún impedimento para valerse por sí mismas o no desean vivir solas (excepto ancianos y discapacitados), pero en las que el tratamiento médico o la educación no constituyen un elemento importante como: orfanatos, centros de acogida y hogares infantiles, centros de acogida temporal para personas sin hogar, instituciones de atención a madres solteras y a sus hijos. También incluye centros residenciales de reinserción para personas con problemas sociales y personales, para delincuentes y reformatorios residenciales para jóvenes.

88. Actividades de servicios sociales sin alojamiento: es la prestación de diversos servicios sociales directamente a los clientes. No incluyen servicios de alojamiento, excepto sin ser de carácter temporal.

88.1. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad: comprende los servicios sociales, de asesoramiento, bienestar social, orientación y otras similares que prestan a personas mayores o discapacitadas en su domicilio o en otros lugares, ciertos organismos oficiales u organizaciones privadas, organizaciones de ayuda, así como los especialistas que prestan servicios de consejo y orientación como: visitas a las personas mayores o discapacitadas, actividades de atención diurna para personas mayores o personas adultas con discapacidad, rehabilitación ocupacional y capacitación de personas con discapacidad, siempre que el componente educativo sea limitado.

88.9. Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento: comprende actividades de cuidado diurno de niños en guarderías, incluyendo el cuidado diurno de niños con discapacidad. Además,

incluye servicios sociales, de asesoramiento, bienestar social, asilo, orientación y otras similares, que prestan a individuos o familias en su domicilio o en otros lugares, ciertos organismos oficiales u organizaciones privadas, organizaciones de auxilio en caso de catástrofes y organizaciones de ayuda, así como los especialistas que prestan servicios de consejo y orientación. Por ejemplo:

- actividades de asistencia social y orientación de niños y adolescentes,
- servicios de adopción y prevención de malos tratos a la infancia y a otros colectivos,
- asesoramiento sobre el presupuesto familiar, orientación familiar y matrimonial,
- actividades de ayuda a la comunidad o al vecindario,
- prestación de auxilio a víctimas de catástrofes, refugiados, inmigrantes, etc. incluido su alojamiento temporal o prolongado,
- rehabilitación ocupacional y la capacitación de personas desempleadas, siempre que el componente educativo sea limitado,
- determinación de las personas con derecho a recibir asistencia social, ayudas para el alquiler de viviendas o cupones para comprar alimentos,
- centros de día para personas sin hogar y otros grupos socialmente desfavorecidos
- actividades benéficas como la recaudación de fondos u otras actividades de apoyo a los servicios sociales

2.2. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y ORGANIZATIVAS

El sector sanitario es una pieza clave en el Estado de bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza, y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida. Pero también es un sector con un alto peso en el análisis económico, tanto en términos absolutos (miles de millones de euros) como relativos (en relación con el PIB).

El Gobierno ha presentado recientemente dos documentos que aportan algunos datos de interés sobre sus objetivos y los pasos dados hasta ahora para conseguirlos en materia de ahorro sanitario: por un lado, el Programa Nacional de Reformas de España 2013 (PNR) y, por otro, la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2013-2016 (APE). En este último documento, la disminución del gasto sanitario, según las previsiones del Gobierno, van desde un 7,2% del PIB en 2007 al 5,4% en 2016, lo que implicará nuevos recortes.

De todos estos recortes, uno de los más graves ha sido la **ruptura de la universalidad de la sanidad** que se ha producido con el Real Decreto de reforma sanitaria de abril de 2012, que dejó sin tarjeta sanitaria a más de 800.000 inmigrantes irregulares (según el Real Decreto 576/2013 pueden recuperarlas si cumplen unos requisitos y pagan unas cuotas).

Los intentos de **cerrar centros sanitarios** han sido más sonados, pero de manera más silenciosa se está produciendo el **cierre de camas o la reducción horaria** de la actividad de unidades y quirófanos, con el consiguiente incremento de las listas y los tiempos de espera. Así mismo, se han ido **disminuyendo plantillas y congelando o reduciendo los salarios**.

Por su parte, el **sector sociosanitario** es el último escalón de la protección social: todas aquellas situaciones que no puede atender la sanidad, las pensiones, la política de ocupación o la educación, deben ser atendidas por servicios sociales, por lo cual, se ven obligados a adaptarse continuamente a cambios en la sociedad, a nuevas problemáticas y formas de exclusión social.

Este sector ha constituido hasta la crisis reciente también un sector productivo de gran transcendencia económica y muy intensivo en mano de obra. La crisis económica, con su profunda afectación al gasto público, ha supuesto una súbita paralización del desarrollo de estos servicios, particularmente acusado en su referencia estatal más emblemática: el **Sistema de Atención a la Dependencia**.

En los cuatro últimos años (2009 a 2012) el presupuesto del conjunto de las Comunidades Autónomas en servicios sociales se ha **reducido más de 478 millones de euros**, un 3,64 %.

Esta reducción de recursos disponibles hace que se incremente la **carga de trabajo**, lo que repercute de manera directa en la **salud del trabajador** y en la **calidad asistencial** de los usuarios.

2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORALES⁵

Algunos estudios recientes⁶ muestran una tendencia positiva en la contratación de las profesiones pertenecientes al sector (auxiliares de enfermería hospitalaria, enfermeros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos sanitarios, etc.) Si bien es verdad que en agosto de 2013 (mes de referencia del citado estudio) se produjo un aumento de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social del sector sanitario y de servicios sociales respecto al mes anterior, la realidad es que dicho sector destruyó más empleo que la Construcción en 2012. Las cifras son aplastantes, pues se han perdido desde el año pasado 155.859 personas afiliadas a la Seguridad Social, lo que supone un 44,7% del total de empleos perdidos. De cada dos puestos de trabajo perdidos, prácticamente uno pertenece a este sector. La magnitud del problema es aún más patente, conociendo que este sector aporta el 10,5% de las personas afiliadas al Régimen General.

Solamente el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha perdido más de 53.000 empleos entre 2011 y 2013, lo que supone casi un 10% de la plantilla, y ha afectado a mujeres y, sobre todo, a personas con contratos de interinos o eventuales y también a jubilaciones, según datos correspondientes a la última encuesta de población activa, relativos al segundo trimestre de 2013 y en comparación con el mismo periodo de 2011.

Ante esta situación, la opción de emprender un negocio propio y darse de alta como autónomo se presenta como una alternativa o “vía de escape” a los profesionales del sector que, aunque todavía es minoritaria, va ganando puestos mes a mes en el sector sanitario y sociosanitario. Según muestran los datos del Registro Especial

⁵ Datos extraídos del estudio “El gasto sanitario en España”. CCOO Noviembre de 2013.

⁶ Ocupaciones con Tendencia Positiva en la Contratación. Observatorio de las Ocupaciones. Servicio Público de Empleo Estatal. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Septiembre de 2013.

de Trabajadores Autónomos (RETA), los trabajadores afiliados en el mismo han aumentado en 4.141, un 5,05 por ciento más que el mismo mes del año anterior.

Muchas de las decisiones adoptadas, tanto por el Gobierno central como por los autonómicos, en los dos últimos años han estado orientadas a una reducción de las remuneraciones: congelación salarial, eliminación de una paga extra, reducción de jornada y salarios para personal interino en algunos sitios, incremento de la jornada de trabajo (de 35 horas semanales a 37,5; variando el cálculo del cómputo anual de la jornada; eliminando 3 días de libre disposición, moscosos; eliminando “canosos”, días libres variables conseguidos en función de la antigüedad añadidos a las vacaciones), cambiando las reglas de la IT dejando de abonar la totalidad de la baja.

Un ejemplo de las consecuencias de estas medidas lo vemos en los hospitales. El cambio de la jornada semanal y de su cómputo anual supone la pérdida de alrededor de 17 días libres al año. Sumando a ellos los moscosos y canosos perdidos, buena parte del personal hospitalario ha perdido entre 20 y 25 días libres anuales. El impacto de esta medida en la contratación de personal interino es directo. Como también lo es el incremento de carga de trabajo y de problemas psicosociales tan característico entre el personal sanitario.

Enfermedades profesionales

Para este análisis de enfermedades profesionales, se usa el **cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006** como base. Si bien conviene recordar que no toda enfermedad de origen laboral es calificada como Enfermedad Profesional, tan sólo aquellas enfermedades registradas en el cuadro, que haya exposición a algún agente causante del cuadro y que esté recogida la actividad en las ocupaciones del cuadro.

Aunque hay que matizar que:

1. El listado no es exhaustivo, por lo que ante un daño a la salud es conveniente dedicarle tiempo, y estudiarlo en profundidad, para intentar conseguir que se reconozca como Enfermedad profesional.
2. Si no está recogida la enfermedad que se padece, ésta puede ser reconocida como accidente de trabajo.

Con la información que se ofrece pretendemos ayudarte en la identificación de los posibles casos de enfermedades profesionales en el sector, en el que hay muchos y muy variados oficios. Por poner algunos de los analizados: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, matronas, celadores, fisioterapeutas, gerocultoras, profesionales de anatomía patológica, de radioterapia, trabajadores sociales, odontólogos, etc.

Pero, además de personal sanitario y otros especialistas, este sector emplea personal administrativo, de limpieza, de restauración y de lavandería, así como ingenieros, personal de oficio y personal de mantenimiento (dedicado a mantener y reparar los edificios y equipos).

Estos trabajadores se encuentran expuestos a gran variedad de riesgos que hemos agrupado para facilitar esa ayuda en la detección de las enfermedades profesionales que pueden afectarles:

- Enfermedades por exposición a sustancias químicas.
- Enfermedades derivadas de la exposición a agentes físicos: ruido, vibraciones mecánicas, posturas forzadas y movimientos repetitivos, radiaciones ionizantes y radiaciones ultravioletas.
- Enfermedades por exposición a riesgo biológico.
- Enfermedades por inhalación o de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Enfermedades por agentes carcinógenos.

3.1. DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN A QUÍMICOS

Como se ha comentado anteriormente, el ámbito sanitario y de servicios sociales se nos presenta como un entorno de trabajo complejo, ya que engloba muchas y variadas actividades, tareas y procesos. Esta complejidad hace que la exposición al riesgo químico, ya sea de forma directa o indirecta, para los trabajadores del sector sea a su vez compleja y variada.

Dentro del sector, el riesgo de exposición de forma continuada, a contaminantes químicos viene dado por los diversos productos o sustancias utilizados durante los trabajos de los diferentes departamentos y especialidades. En este apartado, se va a tratar de incluir aquellos riesgos químicos que nos podemos encontrar que producen enfermedades profesionales recogidas en el cuadro. Se reitera que no tiene un carácter cerrado, en la evaluación de riesgos de cada centro habría que contemplar todos los agentes químicos que pudieran dar lugar a enfermedades de tipo laboral.

Para su mejor entendimiento, vamos a agrupar las enfermedades profesionales según el uso que se les dé a los compuestos químicos.

- a) Mercurio y sus compuestos
- b) Resinas: yesos, cementos
- c) Desinfectantes y esterilizantes
- d) Agentes anestésicos
- e) Histología

a) Mercurio y sus compuestos (Código 1.A.07.12)

En el sector el mercurio se utiliza en los termómetros, tensiómetros y en dispositivos gastrointestinales. Puede encontrarse también mercurio en algunos conservantes, fijadores y reactivos que se usan en los laboratorios de los hospitales y en los conservantes de las vacunas multidosis que inhiben la proliferación bacteriana. En odontología es utilizado con mucha frecuencia en las amalgamas dentales.

Así mismo, el mercurio es usado en varios productos que no son específicos de este sector. Entre ellos cabe mencionar los dispositivos eléctricos y electrónicos, indicadores de presión, termostatos, lámparas ultravioletas y fluorescentes, etc. En principio, cualquier trabajador de este sector podría estar expuesto a mercurio, aunque donde existen mayores exposiciones es en plantas de hospitalización.

Los vapores del mercurio provocan una irritación de las vías respiratorias y una intoxicación cuyos síntomas son fatiga, fiebre, problemas digestivos, gingivitis, estomatitis, alteración tubular renal moderada, hemorragias pulmonares y, en casos más graves, encefalopatía que puede ser mortal.

El 12 de febrero de 2009 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Orden PRE/222/2009 de 6 de febrero por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, de limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos (dispositivos de medición que contienen mercurio). Desde la entrada en vigor de esta Orden (13 de febrero de 2009), no se pueden adquirir nuevos termómetros conteniendo mercurio.

b) Resinas: yesos, cementos

En determinadas áreas (traumatología, odontología) se utilizan materiales como yesos, cementos, etc. El riesgo en estas actividades se genera durante la elaboración y aplicación de resinas como el metacrilato de metilo usado en intervenciones quirúrgicas o como el cemento acrílico para la fijación de prótesis aplicadas a los huesos. También se da durante las etapas de mezclado y colocación del cemento.

• Vinilbenceno (estireno) y divinilbenceno (CÓDIGO 1.K.04.08)

Son utilizados en odontología para la realización de resinas compuestas como tratamiento restaurador estético. **En el RD de enfermedades profesionales se encuentra recogido como AROMÁTICOS. Vinilbenceno (estireno) y divinilbenceno. Utilización en odontología.**

Son irritantes para la piel y las mucosas. Producen cefaleas, vértigos, náuseas, somnolencia, debilidad, confusión, pérdida de conciencia y coma, similar a cualquier hidrocarburo aromático.

• Cetonas (CÓDIGO 1.L.01.10)

Algunas se utilizan como esterilizadores de esporas en instrumentos quirúrgicos, agujas hipodérmicas, jeringas e instrumentos dentales. Pero en el cuadro de enfermedades profesionales vienen recogidas por su capacidad de polimerización del etileno y de endurecimiento de resinas: **CETONAS. Cetonas. Tratamiento de resinas naturales y sintéticas.**

Los efectos en el organismo dependen del tipo de cetona, del individuo y de las condiciones de la exposición, pero en general se clasifican como:

- Tóxicos sistémicos. Actúan sobre el riñón y el hígado.
- Anestésicos o narcóticos. Actúan como depresores del sistema nervioso central (SNC) limitando la actividad cerebral.
- Irritantes. Atacan el tejido con el que entran en contacto, pudiendo afectar a la piel, vías respiratorias y ojos.

- Sensibilizantes. Producen reacciones alérgicas que pueden traducirse en afecciones dérmicas o respiratorias. No afectan a la totalidad de los individuos expuestos, ya que se requiere una predisposición fisiológica y sólo se presenta en individuos previamente sensibilizados.
- Carcinógenos. Capaces de inducir proliferación celular desordenada.

c) Agentes utilizados para la desinfección o esterilización

Una de las operaciones básicas comunes a todo el sector sanitario y de servicios sociales es la descontaminación (desinfección y esterilización) tanto de materiales como de instrumental, para proteger del posible contagio de enfermedades causadas por microorganismos a los trabajadores (y enfermos) que se ven obligados a entrar en contacto con objetos y materiales médicos.

Dado que los agentes desinfectantes y esterilizantes se utilizan en múltiples ámbitos de la actividad sociosanitaria, puede estar expuestos a ellos cualquier profesional del sector que los utilice o que trabaje en zonas donde se empleen, tales como quirófanos, plantas de hospitalización, centros de salud, laboratorios de anatomía patológica y salas de autopsia, enfermerías en residencias, residencias para personas con discapacidad física con atención de enfermería, etc.

Para un mejor entendimiento, a su vez, se pueden dividir o clasificar en otras categorías:

• **Aldehídos (Código 1.G.01.07 y 1.G.01.08):** En el R.D. 1299/2006 en su cuadro de enfermedades profesionales aparece el grupo genérico de los aldehídos: **ALDEHÍDOS: acetaldehído, aldehído acrílico, aldehído benzoico, formaldehído y el glutaraldehído.**

Los dos aldehídos más usados como desinfectantes y esterilizantes son:

• **Formaldehído:** su uso principal es para fijación de muestras de tejidos. Si bien, también se usa como desinfectante y esterilizante. Pueden tener efectos crónicos en el hígado, sensibilización pulmonar, dermatitis, etc. El bis clorometir éter (mezcla de

formaldehído y ácido clorhídrico) y el propio formaldehído son sospechosos de ser cancerígenos.

- **Glutaraldehído:** se utiliza principalmente en la esterilización de determinado material (colonoscopio, broncoscopio, etc.), como limpieza, desinfección y esterilización de superficies, en Anatomía Patológica como fijador de muestras de tejidos, en los servicios de Radiología como disoluciones para el revelado de las placas radiográficas y en dermatología para el tratamiento de verrugas.

El glutaraldehído está relacionado con rinitis, asma, urticaria-angioedema, irritaciones de las mucosas, edema pulmonar, dermatosis de contacto, etc.

- **Óxido de Etileno (Código 1.M.01.07):** el óxido de etileno es usado como agente esterilizante del material médico-quirúrgico, sobre todo el sensible al calor. Por tanto, se encuentran expuestos los trabajadores de la unidad de esterilización; el personal de quirófano que manipula y abre los paquetes esterilizados, pueden estar expuestos a trazas si los paquetes no se han aireado adecuadamente.

Se encuentra recogido en el cuadro de enfermedades profesionales en el grupo: **EPÓXIDOS: epóxidos, óxido de etileno, tetrahidrofurano, furfural, epiclorhidrina, guayacol, alcohol furfurílico, óxido de propileno.** La exposición a estos gases puede producir efectos irritantes sobre los ojos y la piel (quemaduras y reacciones alérgicas) en casos de exposición aguda, y puede provocar además irritación en las vías respiratorias (disnea, cianosis e incluso edema pulmonar), trastornos del aparato digestivo (náuseas, vómitos y diarreas) y neurológicos (cefaleas, somnolencia, descoordinación). Los síntomas aparecen después de un período de latencia de algunas horas, no habiendo señales de alarma durante la exposición. En intoxicaciones crónicas pueden darse casos de encefalopatías, polineuritis y otros trastornos neurológicos. Así mismo, está clasificado como **Cancerígeno y Mutágeno de categoría 2.**

- **Ácido Acético y Ácido Peracético (Código 1.E.01.15):** Se encuentran recogidos en el cuadro de enfermedades profesionales en el grupo de **ÁCIDOS ORGÁNICOS. Ácido fórmico, ácido acético, ácido oxálico, ácido abiético, ácido plicático, etc.**

El primero se usa como desinfectante de equipos de diálisis (como alternativa al formaldehído) y del equipo (tubos, reguladores de aire, cámaras) asociados al cuidado de la fibrosis quística.

El segundo como desinfectante de instrumental médico, respiradores, endoscopios, hemodializadores, etc. Así como desinfectante de suelos y paredes. Como esterilizante es usado para endoscopios, de emulsiones, hidrogeles o linimentos.

El contacto directo sobre la piel puede producir eczema de contacto irritativo cuyos síntomas van desde una sensación de escozor o picor sin signos clínicos visibles hasta quemaduras graves. El contacto con los ojos puede producir ceguera. Produce irritaciones oculares, nasales y de la mucosa del cuello por la exposición a los vapores.

El ácido peracético por sí mismo no es considerado cancerígeno pero estudios en animales han demostrado que puede ser un factor de inducción del cáncer.

• **Compuestos de amonio cuaternario:** entre los que encontramos el amoniaco, el cloruro de benzalconio, el cloruro de etilbenzilo, etc. Recogido en el cuadro de enfermedades profesionales como: **AMONÍACO. Amoníaco. Utilización en laboratorios (Código 1.J.01.06).**

No puede considerarse desinfectante de alto nivel, se utiliza para desinfección de superficies y de instrumentos. El amoniaco produce irritación de ojos, nariz y garganta. Puede ocurrir un agotamiento respiratorio con tos, disnea, obstrucción de las vías respiratorias, encogimiento de los bronquios y acumulación de fluido en los pulmones. Si la piel está mojada o húmeda, el contacto con amoniaco puede causar quemadura, inflamación, ampollas y ulceración. Las personas expuestas repetidamente al amoniaco pueden desarrollar una tolerancia a los efectos irritantes.

d) Agentes anestésicos inhalatorios

Los agentes anestésicos inhalatorios son una familia de agentes químicos, gases y líquidos volátiles que producen pérdida reversible de la conciencia, son usados como una ayuda en procedimientos quirúrgicos para producir pérdida de sensibilidad, de movilidad y de actividad refleja.

- Dentro de los **líquidos volátiles** nos encontramos con los Hidrocarburos Halogenados y con los Éteres, entre ellos, tradicionalmente, se han usado el cloroformo, cloruro de etilo, tricloroetileno y el Éter etílico. Más recientemente, se estaban usando el halotano, el enflurano y el isoflurano que van declinando su uso hacia el sevoflurano y el Desflurano.

Estos agentes anestésicos se encuentran recogidos de la siguiente manera en el cuadro de Enfermedades Profesionales:

ALIFÁTICOS. Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no. Bromuro de metilo, cloruro de vinilo monómero. Preparación, manipulación y empleo de los hidrocarburos clorados y bromados de la serie alifática y de los productos que lo contengan, y especialmente uso en anestesia quirúrgica (Código 1.H.02.11).

ÉTERES. Éteres de glicol: metil cellosolve o metoxi-etanol, etil cellosolve, etoxietanol, etc., otros éteres no comprendidos en el apartado anterior: Éter metílico, etílico, isopropílico, vinílico, dicloro-isopropílicos, etc. Utilización como agentes de esterilización y como anestésicos (Código 1.O.01.13).

- En cuanto a **gases**, se han usado, tradicionalmente, el ciclopropano y el xenón. En la actualidad, es usado como gas anestésico el protóxido de nitrógeno. El cual se encuentra recogido en el cuadro de enfermedades profesionales como:

ÓXIDOS. Óxidos de nitrógeno. Utilización del protóxido de nitrógeno como gas anestésico (Código 1.T.03.07).

El colectivo de trabajadores expuestos a agentes anestésicos inhalatorios, dentro de este ámbito, es elevado puesto que no se trata del personal especializado en anestesia solamente, sino que también hay que considerar a otros colectivos que colaboran en los quirófanos (cirujanos, enfermeras, auxiliares), dentistas y auxiliares que realizan intervenciones odontológicas, personal sanitario que trabaje en salas de partos, que trabajen en salas de exploración donde se trabaje con anestesia general o que trabajen en laboratorios de investigación con animales. Debe considerarse personal expuesto a todo aquel que realice su trabajo en dependencias cercanas a aquéllas en las que se utilizan dichas sustancias.

La exposición a altas concentraciones de gases anestésicos residuales, incluso por poco tiempo, puede causar los siguientes efectos en la salud: dolor de cabeza, irritabilidad, fatiga, náuseas, mareo, dificultades de razonamiento y coordinación, enfermedades del hígado y los riñones.

Aun cuando, según algunos estudios, la exposición a bajas concentraciones de gases anestésicos residuales por períodos prolongados no produce efectos negativos a la salud, varios estudios han establecido una correlación entre estas exposiciones y abortos espontáneos, daños genéticos y cáncer en el personal de quirófano. Otros estudios han hecho incluso referencia a abortos espontáneos en esposas de trabajadores expuestos a estos gases y a defectos congénitos en sus hijos.

e) Agentes usados en histología:

La histología es un proceso encaminado a preparar el tejido para su observación con el microscopio. En determinados pasos se usan productos químicos para su realización.

Durante el proceso de fijación se usan agentes químicos tales como: Alcohol etílico, Ácido acético, Ácido pícrico, Formaldehido, Glutaraldehído, Tetróxido de osmio y sus mezclas. La inclusión es el método más común de endurecer el tejido para lo cual se usan parafina o resinas. Para ello hay que quitar el agua del tejido y sustituirlo por un solvente orgánico: en el proceso de deshidratación se usan mayoritariamente alcohol (metanol) aunque también puede usarse Tetrahidrofunano. En el proceso de aclaramiento se usa lo que se conoce como sustancia intermedia que pueden ser el benceno, xileno, tolueno o el óxido de propileno, entre otros.

- **Benceno (código 1.K.01.05):** se está retirando su uso aunque, esporádicamente, todavía se utiliza en este proceso como disolvente y líquido intermedio para la inclusión en parafina. Se recoge en el cuadro como: **AROMÁTICOS. Benceno. Fabricación, extracción, rectificación, empleo y manipulación del benceno, y especialmente: trabajos de laboratorio en los que se emplee benceno.**

La exposición breve a niveles muy altos de benceno en el aire puede producir la muerte. Niveles más bajos pueden producir letargo,

mareo, aceleración del latido del corazón, dolor de cabeza, temblores, confusión y pérdida del conocimiento. En la mayoría de los casos, los efectos desaparecerán cuando la exposición termine y la persona empieza a respirar aire fresco. El contacto de benceno con los ojos puede causar irritación y daño de la córnea.

El benceno inhalado durante períodos prolongados de tiempo produce alteraciones en la sangre, conllevando anemias o hemorragias. Una exposición excesiva afecta al sistema inmunitario, aumentando las probabilidades de contraer infecciones y disminuyendo las defensas del cuerpo contra el cáncer. La exposición prolongada al benceno puede producir cáncer (leucemia mieloide aguda).

• **Xileno (código 1.K.03.05 Y CÓDIGO 1.K.03.10):** En el ámbito sanitario el xileno se utiliza en los laboratorios de anatomía patológica, en el proceso de preparación de muestras de tejidos (biopsia, autopsia, citología) para observación microscópica.

En el RD de enfermedades profesionales se encuentra recogido AROMÁTICOS. Xileno, tolueno. Operaciones de producción, transporte y utilización del tolueno y xileno y otros productos que lo contienen, en especial: Uso en laboratorio de análisis clínico y de anatomía patológica.

La toxicidad aguda del xileno es semejante a la del benceno. El xileno es narcótico. Por inhalación, afecta al sistema nervioso central y los síntomas son reversibles. Estos síntomas son cefalea, mareos, fatiga, sensación de borrachera, temblores, disnea y náuseas y vómitos. El contacto produce dermatitis irritativa e irritación ojos y córnea.

La exposición prolongada puede conllevar problemas de memoria y de concentración, insomnio, disminución de la capacidad intelectual, etc.

• **Tetrahidrofuran (código 1.M.01.10): EPÓXIDOS: epóxidos, óxido de etileno, tetrahidrofuran, furfural, epiclorhidrina, guayacol, alcohol furfurílico, óxido de propileno. El tetrahidrofuran se utiliza, además, en histología.**

Puede irritar la nariz, la garganta y los pulmones y causar tos, respiración con silbido y falta de aire. Puede causar dolor de cabeza, náuseas y mareo. También puede causar daño en el hígado y en el riñón.

3.2. DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES FÍSICOS

a) Exposición a ruido

La exposición continuada a ruido puede acabar ocasionando una sordera profesional, especialmente en aquellos trabajos en los que existe un nivel sonoro diario equivalente igual o superior a 80 decibelios A (según legislación vigente).

La hipoacusia o sordera profesional (código 2.A.01) es el deterioro auditivo progresivo producido por la exposición a ruido en el lugar de trabajo. En un principio, dicho deterioro se produce de manera gradual, por lo que pasa inadvertido. Resulta indoloro e imperceptible, afectando a la percepción de los sonidos agudos en frecuencias de 4.000 a 6.000 Hz.

En un primer momento, sólo se produce una pérdida de la comunicación gradual y progresiva y un detrimiento de la sensibilidad a determinados sonidos del entorno. Por ello, puede pasar inadvertida hasta que el deterioro resulta discapacitante.

Además, al principio suele ser temporal. En el curso de una jornada ruidosa, el oído se fatiga y el trabajador experimenta una reducción de su capacidad auditiva conocida como desviación temporal del umbral. Entre el final de un turno de trabajo y el principio del siguiente, el oído suele recuperarse de gran parte de esta desviación temporal, pero a menudo la pérdida persiste. Tras meses y años de exposición, la desviación da lugar a efectos permanentes.

El grado de deterioro dependerá **del nivel del ruido, de la duración de la exposición y de la sensibilidad del trabajador** en cuestión. Una exposición laboral repetida a elevados niveles de ruido acabará, con mucha probabilidad, en sordera profesional.

Para ser considerada como enfermedad profesional la sordera padecida por un trabajador ha de cumplir las siguientes características:

1. Ser de tipo **neurosensorial** con acentuación sobre las frecuencias de 3 a 6 Hz.

2. Ser **bilateral simétrica**, es decir, que afecte a los dos oídos y, generalmente, con una disminución cuantitativa de la agudeza auditiva prácticamente idéntica en ambos.
3. Ser **irreversible**. El lugar de la lesión es la cóclea y no se recupera, si bien normalmente no evoluciona cuando se deja de estar expuesto a ruido.

Aunque la exposición a ruido no esté recogida para este sector en el cuadro de enfermedades profesionales, los registros sí muestran que también en la actividad sociosanitaria se registran hipoacusias entre sus trabajadores. Se pone de manifiesto el carácter abierto y no excluyente del cuadro de enfermedades profesionales que hemos indicado a lo largo del texto, así como la amplitud de actividades profesionales y riesgos que engloba el sector.

Este riesgo puede darse por el uso de determinados instrumentos electromecánicos como los aparatos eléctricos en algunos tipos de cirugía, por trabajos de laboratorios, así como por ruido producido por maquinaria, equipos de extracción del aire, gran concentración de público, etc. Hay que destacar el riesgo en clínicas odontológicas por el uso de instrumentos generadores de un alto nivel de ruido, como son las turbinas y los micromotores usados en los tratamientos, así como los compresores de aire que se utilizan.

b) Exposición a vibraciones mecánicas

La vibración mecánica producida por una máquina o superficie vibrante, y que se transmite a la mano y el brazo, puede ocasionar “enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas”. Bajo esta denominación se engloban determinadas alteraciones o trastornos vasculares, neurológicos y músculo-esqueléticos. La gama de frecuencia susceptible de provocar una enfermedad profesional provocada por la exposición a vibraciones mecánicas varía entre 25 a 250 Hz.

Las patologías osteoarticulares producidas por vibraciones pueden ser:

- **De afectación vascular (código 2.B.01.01)**, también denominada “dedo muerto o blanco”, “fenómeno de Raynaud”, “enfermedad vasospástica traumática” y, más recientemente, “dedo blanco inducido por vibración”.

• **De afectación osteoarticular (código 2.B.02.01).** Afectación de los huesos del carpo que provocan la denominada “necrosis del semilunar o enfermedad de Kienböck”.

Los daños osteoarticulares son irreversibles, si bien el deterioro de los movimientos de los brazos y de las manos ocurre únicamente en fases avanzadas.

Los síntomas y signos más frecuentes que pueden ayudarnos a reconocer estas lesiones son:

En las enfermedades de afectación vascular, síntomas subjetivos ligeros que evolucionan hacia un deterioro funcional por afectación osteo-articular. Se caracteriza por episodios de dedos blancos o pálidos causados por la comprensión espasmódica de los dedos de las arterias digitales. Los ataques suelen desencadenarse por el frío y duran de 5 a 30 ó 40 minutos.

En las enfermedades de afectación osteoarticular (enfermedad de Kienböck) el trabajador afectado siente dolor en la mano, asociado a una pérdida de la flexión, fundamentalmente de la palma, y una pérdida de la fuerza de empuñadura.

c) **Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo**

La exposición continua y prolongada a factores de riesgos ergonómicos derivados de las exigencias físicas del trabajo, tales como posturas forzadas y movimientos repetitivos, pueden provocar determinadas lesiones osteomusculares o musculo-esqueléticas.

Las alteraciones musculo-esqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

El ritmo de trabajo influye en la aparición y/o empeoramiento de este tipo de lesiones. Así, el trabajo a ritmo alto, con objetivos temporales muy estrictos y determinados, sin la participación de los trabajadores, provoca reacciones de estrés que pueden favorecer la aparición y el desarrollo de lesiones musculo-esqueléticas, pues se produce una limitación en la capacidad del organismo para reparar los tejidos dañados y porque las reacciones en situaciones de estrés

provocan un excesivo esfuerzo por actuar rápido y en tensión, incrementando la sensibilidad psíquica y física al dolor.

Los síntomas que más comúnmente aparecen son el dolor, la contracción muscular, la restricción del movimiento de una articulación, la inflamación de los tejidos blandos y la disminución del tacto (pérdida de sensibilidad) y de la destreza (pérdida de fuerza y sujeción en la mano). Estos síntomas y la fatiga muscular que conlleva están relacionados prioritariamente con la intensidad y duración del trabajo. Y aunque la fatiga puede desaparecer en períodos de descanso, la alteración musculoesquelética no desaparece, sino que es progresiva.

Los síntomas pueden dividirse en tres etapas:

- 1^a. Dolor y fatiga en las muñecas, brazos, hombros o cuello durante el trabajo, que se mejora durante la noche y el fin de semana. Puede durar semanas o meses.
- 2^a. Dolor y fatiga que empieza más pronto en el día y persiste más tiempo durante la noche, y que puede interrumpir el sueño. Puede durar varios meses.
- 3^a. Dolor, fatiga, debilidad aún cuando se haya descansado. Puede interrumpir el sueño y la persona no puede hacer tareas ni en el trabajo ni en el hogar. Puede durar meses o años y algunas personas no se recuperan totalmente.

En el sector de actividades sanitarias y sociosanitarias, las enfermedades consideradas como profesionales, que se pueden contraer por exposición a posturas forzadas y movimientos repetitivos, están relacionadas con la manipulación de cargas (celadores, gestión de residuos sanitarios,...), la movilización de enfermos (auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, gerocultores, asistentes sociales...) o el uso de pantallas de visualización de datos, entre otros.

La movilización de enfermos es una manipulación donde la carga tiene características especiales: es pesada, voluminosa, difícil de sujetar, que ejerce resistencia a veces, inestable, que puede desplazarse y caer. Además, el personal gira el tronco al elevar o desplazar la carga. Si el paciente realiza un movimiento brusco no esperado, es necesario que el profesional lleve a cabo un sobreesfuerzo que, además, suele hacerse rápidamente y con posturas inadecuadas, con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión. Por eso, es

importante planificar la movilización del paciente teniendo en cuenta las características del mismo, el espacio y los útiles disponibles.

- **Enfermedades de las bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas**

Las enfermedades profesionales que afectan a las bolsas serosas son las llamadas bursitis, provocadas a menudo como resultado de una sobrecarga o un traumatismo.

La bursitis es la hinchazón e irritación de una bursa (bolsa), un saco lleno de líquido que actúa como amortiguador entre los músculos, los tendones y las articulaciones. Dependiendo de la articulación afectada se manifiestan los distintos tipos de bursitis. Las más comunes se presentan en el hombro, la rodilla, el codo y la cadera. Otras áreas que pueden verse afectadas abarcan el tendón de Aquiles y el pie. Los síntomas van desde la sensibilidad y dolor articular cuando se presiona alrededor de la articulación afectada, rigidez y dolor cuando se mueve dicha articulación e hinchazón, calor o enrojecimiento sobre la misma.

El cuadro de enfermedades profesionales recoge las siguientes bursitis que pueden darse en el sector:

Bursitis crónica de las sinoviales o de los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas (código 2.C.01.01).

Bursitis glútea, retrocalcánea, y de la apófisis espinosa de C7 y subacromiodeltoideas (código 2.C.02.01).

Bursitis de la fascia anterior del muslo (código 2.C.03.01).

Bursitis maleolar externa (código 2.C.04.01).

Bursitis preesternal (código 2.C.05.01).

Higroma crónico del codo (código 2.C.06.01).

- **Enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas**

Hombro: Tendinitis del manguito rotador (código 2.D.01.01)

Ésta es una patología por sobreuso que provoca dolor y discapacidad en el hombro y parte superior del brazo. A menudo se le denomina “pinzamiento”, tendinitis o bursitis. Estos tres nombres des-

criben la misma condición, causada por la utilización del hombro y brazo en tareas que son repetitivas y que con frecuencia incluyen movimientos del brazo por encima del plano del hombro.

La tendinitis a menudo provoca dolor con acciones como peinarse, ponerse una chaqueta o camisa, dormir sobre el hombro o con el brazo sobre la cabeza. Esta patología puede provocar un dolor agudo, o puede ser crónica con un dolor sordo que dura varios meses.

Codo y antebrazo: Epicondilitis y epitrocleítis (código 2.D.02.01)

Es la inflamación de las inserciones musculares en el epicóndilo o epitróclea del codo. La epicondilitis y epitrocleítis es el término que se utiliza cuando las inserciones musculares del codo están inflamadas.

En el caso de la epicondilitis o “codo de tenis” el síntoma principal es el dolor en la cara externa del codo, que se extiende en ocasiones hacia el antebrazo o el hombro. Suele tener un comienzo gradual.

En un primer momento el dolor aparece en determinados movimientos, pero a medida que evoluciona la lesión duele en el reposo y es frecuente que aparezcan signos de rigidez por la mañana. Puede aparecer sensación de debilidad en la mano, con dificultad para coger objetos (con la palma de la mano mirando hacia abajo); dolor e impotencia funcional con los movimientos de agarre con la mano, o en aquellos que solicitan una extensión activa de la muñeca o de los dedos de la mano.

También aparecen estos síntomas con movimientos de pronosupinación del antebrazo (movimiento para que el antebrazo quede mirando hacia arriba) o de abducción y abducción forzadas de la muñeca (movimiento de separación de la muñeca del cuerpo), contra resistencia o con carga en la mano. También, la movilidad del codo puede verse afectada en algunos casos.

La epitrocleítis o “codo de golf” provoca dolor local en la epitróclea que se extiende al antebrazo o parte interna del brazo. Se siente dolor a la palpación y molestia al extender o flexionar la muñeca. También puede sentirse hormigueo y adormecimiento en la zona del brazo, antebrazo y mano.

Muñeca y mano

Tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. de Quervain) (código 2.D.03.01)

Es una enfermedad que se produce por irritación o inflamación de los tendones que se encuentran en el pulgar. La inflamación produce una estenosis (estrechamiento) del canal osteofibrosinovial situado en la estíloides radial por el que discurren los tendones del abductor largo y extensor corto del pulgar. Se produce al combinar agarres fuertes con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas o forzadas de la mano.

El síntoma central es el dolor agudo o subagudo en la cara externa de la muñeca irradiado hacia el pulgar, que puede aparecer de forma gradual o de forma brusca y que aumenta con los movimientos de flexión, extensión y abducción del pulgar. Este dolor puede irradiarse también hacia el antebrazo. Es habitual experimentar dolor al realizar la pinza con la mano y con frecuencia del trabajador afirma tener menos fuerza o mayor dificultad para coger o sostener objetos.

Tenosinovitis estenosante digital -dedo en resorte o gatillo- (código 2.D.03.01)

Llamada comúnmente “dedo en resorte” o “dedo gatillo” es una lesión que consiste en el estrechamiento e inflamación de la vaina tendinosa, que impide el correcto deslizamiento del tendón dentro de la vaina, el cual queda atrapado, lo que provoca dolor en la mano.

En las primeras fases se produce un chasquido algo doloroso cuando se flexiona o se extiende el dedo. Al ir progresando la estenosis, se detiene la flexión del dedo a media distancia, requiriéndose más fuerza para lograr la extensión del dedo, lo que le da la sensación de salto o resorte y va acompañado de dolor. Finalmente, la estenosis puede ser tal que no permita que el dedo quede en flexión (más frecuente) o en extensión fija.

Tenosinovitis del extensor largo del primer dedo (código 2.D.03.01)

Se origina por movimientos rotatorios repetidos del brazo, provocando una estenosis en el dedo pulgar. Se manifiesta con dolor, inflamación, debilidad y crepitación (ruido al rozar). Es poco habitual pero requiere un tratamiento quirúrgico rápido para prevenir la

ruptura del tendón, complicación poco frecuente en otras formas de tenosinovitis.

- **Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo**

Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa (código 2.E.01.01)

Las fracturas por fatiga se producen por microtraumatismos repetidos, ya sea en intensidad (sobrecarga) o en repetición (sobreutilización). Es propia de trabajos de apaleo o de manipulación de cargas pesadas, como puede ser la movilización de enfermos típica en el sector sanitario y sociosanitario, o las tareas desarrolladas por celadores.

• Parálisis de los nervios debidos a la presión

Es común en los trabajadores que tienen que transportar cargas, realizar con las extremidades movimientos repetidos, violentos o irregulares, adoptar posturas difíciles o forzadas o con apoyos repetidos o prolongados sobre la zona. Entre ellas están:

Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo (código 2.F.01.01)

El nervio cubital es un nervio largo que discurre por la cara interna del brazo y antebrazo hasta llegar a la mano. Esta enfermedad se manifiesta cuando, por la exposición a posturas forzadas y movimientos repetitivos, se comprime este nervio a nivel del codo disminuyendo la circulación del mismo y provocando sensación de hormigueo y acorcamiento.

Los síntomas incluyen sensación de adormecimiento en el dedo meñique y en el anular, falta de fuerza en algunos movimientos, como extender y separar los dedos, dolor localizado en la cara interna del codo y pérdida de sensibilidad.

Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano de la muñeca (código 2.F.02.01)

Este síndrome ocurre cuando el nervio mediano, que abarca desde el antebrazo hasta la mano, se presiona o se atrapa a nivel de la muñeca. El nervio mediano controla las sensaciones de la parte

posterior de los dedos de la mano (excepto el dedo meñique), así como los impulsos de algunos músculos pequeños en la mano, que permiten que se muevan los dedos y el pulgar.

El túnel carpiano (un pasadizo estrecho y rígido del ligamento y los huesos en la base de la mano) contiene el nervio y los tendones medianos. Algunas veces, el engrosamiento de los tendones irritados u otras inflamaciones comprime el nervio mediano y el resultado es dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, que se irradia por todo el brazo.

Los síntomas comienzan gradualmente y se manifiestan con sensaciones de calor, calambre o entumecimiento en la palma de la mano y los dedos, especialmente del pulgar y de los dedos anular e índice. Algunos pacientes que padecen este síndrome dicen que sus dedos se sienten hinchados e inútiles, a pesar de no presentar una hinchazón aparente. Los síntomas a menudo aparecen primero en una o ambas manos durante la noche, provocando alteraciones del sueño. A medida que los síntomas se agravan, los pacientes comienzan a sentir el calambre durante el día. La disminución en el pulso de la mano puede dificultar la realización de movimientos delicados como cerrar el puño, agarrar objetos pequeños o realizar otras tareas manuales (abrochar una camisa, coser...). En casos crónicos los músculos de la base del pulgar pueden debilitarse o atrofiarse, y algunas personas no pueden distinguir el frío y el calor a través del tacto.

Síndrome del canal de Guyón por compresión del nervio cubital en la muñeca (código 2.F.03.01)

El nervio cubital, mencionado anteriormente, es el encargado de recoger la sensibilidad del borde interno de la mano y llevar las órdenes que manda el cerebro a un cierto grupo de músculos para realizar ciertos movimientos de la muñeca. En su recorrido hacia la mano pasa por un túnel situado en la muñeca. Cuando ocurre un estrechamiento de éste, el nervio se comprime ocasionando diversos síntomas. Dependiendo del punto en que éste se comprime los síntomas varían, pudiendo provocar hormigueo, entumecimiento, dolor en el borde interno de la mano, trastornos de la movilidad (debilidad en ciertos músculos que realizan los movimientos de agarre) y pérdida de musculatura de la mano, apreciándose un adelgazamiento de los músculos que se sitúan en el borde interno de la palma.

Síndrome de compresión del ciático poplíteo externo por compresión del mismo a nivel del cuello del peroné (código 2.F.04.01)

Se manifiesta en trabajos que impliquen un apoyo prolongado y repetido de las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas. El trabajador es incapaz de caminar sobre los talones, ya que se produce una incapacidad para levantar los dedos de los pies y para extender el pie.

Otras enfermedades que causan parálisis de los nervios son:

Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboideos, circunflejo (código 2.F.05.01)

Parálisis del nervio radial por compresión del mismo (código 2.F.06.01)

- **Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo**

Lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas (código 2.G.01.01)

Lesiones propias de trabajos que requieren posturas en hiperflexión de la rodilla, en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada. Aparece dolor al realizar determinadas posturas, limitación dolorosa de la movilidad de la rodilla, derrame, falta de fuerza y chasquidos.

d) Exposición a radiaciones ionizantes

- **Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes: Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos X o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corpuscular (código 2.I.01)**

Dentro del sector existe exposición a radiaciones ionizantes en las actividades de radiodiagnóstico, radiología intervencionista y

radioterapia (aceleradores lineales). En el cuadro de enfermedades profesionales están incluidos especialmente:

Empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigación (código 2.I.01.04).

Trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio y radio-terapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales (código 2.I.01.07).

Las radiaciones ionizantes, por su origen y alto poder energético, tienen la capacidad de penetrar la materia, alterarla e incluso romper las moléculas y los átomos, originando cambios en las propiedades químicas. En los organismos vivos pueden producir la muerte de las células o perturbaciones en el proceso de división celular o modificaciones permanentes y transmisibles a las células hijas.

Los efectos sobre la salud de las radiaciones ionizantes son de dos tipos: **efectos inmediatos** y efectos a largo plazo o tardíos. Los efectos inmediatos se producen a partir de dosis superiores a 250 miliSievert (mSv) y varían en función de la dosis absorbida y de los órganos afectados. Por su parte, los **efectos tardíos** no están ligados directamente a la dosis o cantidad de exposición, por lo que son de tipo probabilístico. De modo que cualquier exposición, por pequeña que sea, aumenta la probabilidad de que se produzca ese tipo de daños; por ello no existe una dosis por debajo de la cual no se produzcan efectos biológicos. Los efectos carcinógenos se explican en el apartado correspondiente a los mismos.

PRINCIPALES EFECTOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES	
Efectos inmediatos	<ul style="list-style-type: none"> ● Menos de 1 Sv <ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones fetales por exposición de la embarazada - Oligoespermia (disminución del número de espermatozoides) - Alteraciones gastrointestinales. - Disminución del número de linfocitos y neutrófilos - Pérdida de apetito - Nauseas - Fatiga - Vómitos ● Entre 1 y 3 Sv <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones de la piel - Caída del cabello - Anorexia - Malestar general - Diarrea - Mortalidad entre el 5 y el 10% por sobreinfección ● Entre 3 y 6 Sv <ul style="list-style-type: none"> - Bloqueo medular - Esterilidad - Mortalidad del 50% entre 1 y 2 meses ● Más de 6 Sv <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias - Hipertiroidismo - Muerte antes de 15 días
Efectos tardíos	<ul style="list-style-type: none"> ● Cualquier pequeña exposición aumenta la probabilidad de sufrir estos daños <ul style="list-style-type: none"> - Cataratas - Cáncer - Leucemia - Efectos somáticos - Daño genético (por cambios en el número y la estructura de los cromosomas): abortos, malformaciones y retrasos mentales.

e) Exposición a radiaciones ultravioletas

- **Enfermedades oftalmológicas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioletas. Trabajos con exposición a radiaciones no ionizantes con longitud de onda entre los 100 y 400 nm.**

Trabajos que precisan lámparas germicidas, (...) laboratorios bacteriológicos y similares (código 2.J. 01.01)

La radiación UV es la radiación electromagnética comprendida entre los 15 nanómetros (nm), donde limita con los rayos X y los 400 nm, en el límite con la luz visible. Es producida naturalmente por el sol y artificialmente por distintos medios (tubos fluorescentes, lámparas de descarga, arcos eléctricos, arcos de soldadura...).

Los efectos para la salud de la radiación ultravioleta se reflejan en diferentes partes del cuerpo. En la piel puede aparecer desde pigmentación, eritemas, hiperplasia epidérmica, envejecimiento prematuro, quemaduras e incluso aumento del riesgo de sufrir cáncer de piel. Sin embargo, el cuadro de enfermedades profesionales solo recoge la afectación a los ojos causada por este tipo de radiación, que da lugar a enfermedades oftalmológicas, como pueden ser: fotoqueratitis, queratoconjuntivitis, cataratas y fotofobia.

Los profesionales del sector, están expuestos a radiación ultravioleta en actividades como esterilización de material clínico, esterilización con lámparas germicidas, utilización de lámparas fluorescentes, uso de espectrofotometría, en ciertos tratamientos dermatológicos, en laboratorios bacteriológicos o en tratamientos dentales, entre otros.

3.3. DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS

Según las estadísticas del Observatorio de Enfermedades Profesionales el riesgo biológico es el más frecuente entre los riesgos del sector, en lo que llevamos de año (hasta octubre de 2013) corresponde al grupo 3 de Agentes Biológicos el 59 por ciento de los partidas cerrados como enfermedad profesional con baja, en el CNAE Q correspondiente al **sector de actividades sanitarias y de servicios sociales**.

Estos profesionales están potencialmente expuestos a más de sesenta especies patógenas diferentes entre las que se encuentran virus, bacterias y parásitos, si bien las siguientes enfermedades infecciosas se podrían destacar como las de mayor exposición:

AGENTE INFECCIOSO	MECANISMO DE TRANSMISIÓN
Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis C, VIH (SIDA)	Contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de la piel y mucosas (cortes, pinchazos o contactos de material infectado)
Citomegalovirus, <i>Staplylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , VEB (mononucleosis), <i>Trichophyton</i> , Adenovirus, Rubeola, Sarampión, Parotiditis,	Contacto de piel o mucosas
Salmonella, Shigella, Virus Hepatitis A, rotavirus	Oral-fecal (ingestión, alimentos, fumar)
<i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> Virus respiratorios, virus de la influenza	Vía respiratoria, a través de bioaerosoles

Existe gran variedad de tareas que pueden exponer al contacto con agentes biológicos, siendo según los datos del Estudio Multicéntrico sobre las Características de las Exposiciones a Riesgo Biológico Hemático de los Profesionales Sanitarios (EPINETAC), los enfermeros son los profesionales con mayor riesgo de contacto con agentes biológicos ya que son este grupo de profesionales los de mayor exposición percutánea (cortes y pinchazos).

Algunas tareas con exposición biológica pueden ser:

- Examen de pacientes con o sin contacto con sangre, fluidos corporales o mucosas.
- Extracción de sangre.
- Toma de vías.
- Administración de medicación parenteral.
- Cura de heridas.

- Colocación sondas.
- Manipulaciones dentales.
- Cualquier tipo de tarea con muestras (transporte interno, recepción...).
- Trasvases, pipeteo y decantación en laboratorios.
- Aseo y alimentación de pacientes.
- Retirada heces.
- Movilización y transporte de pacientes
- Mantenimiento de equipos en contacto con sangre o fluidos de pacientes.
- Clasificación de ropa sucia.
- Limpieza y desinfección del material reutilizable.
- Retirada residuos generados.
- Cualquier procedimiento quirúrgico.

Como enfermedad profesional se encuadran en los apartados de:

- **Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (excluidos aquellos microorganismos incluidos en el grupo 1 del RD 664/1997, de 12 de mayo Regulador de la Protección de los Trabajadores contra los riesgos Relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos durante el Trabajo), Personal sanitario (código 3.A.01.01) Personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas; Personal de laboratorio; Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de cuidados de enfermos, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio; trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos; Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados; Odontólogos.**

- **Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por animales o por sus productos y cadáveres: Personal**

sanitario (código 3.B.01.10) y personal de laboratorios (código 3.B.01.11).

a) Sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos).

La inhalación de sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos y sustancias enzimáticas, no comprendidas entre las sustancias anteriores, puede facilitar la aparición de diferentes afecciones de tipo alérgico que pueden dar lugar enfermedades profesionales tales como:

- **Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados: rinoconjuntivitis (código 4.H.01.23 y 24), asma (código 4.H.02.23 y 24), alveolitis alérgica extrínseca (código 4.H.03.23 y 24), síndrome de disfunción reactivo de la vía área (código 4.H.04.23 y 24), fibrosis intersticial difusa (código 4.H.05.23 y 24), otras enfermedades de mecanismo impreciso -bisinosis, cannabiosis, yuterosis, linnosis, bagazosis, estipatosis, suberosis, etc.- (código 4.H.06.23 y 24) y neumopatía intersticial difusa (código 4.H.07.23 y 24).**

Los síntomas más comunes de todas estas enfermedades son: tos, disnea, fiebre, malestar general, escalofríos, artromialgias (dolor de articulaciones) y anorexia.

- **Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los otros apartados: sustancias de alto peso molecular (códigos 5.B.01.23, 5.B.01.24) y agentes infecciosos (5.D.01.01, 5.D.01.02 y código 5.D.01.03, 5.D.01.04 y 5.D.01.05).**

Por último, el riesgo biológico derivado del contacto dérmico con estas mismas sustancias (de origen vegetal, animal o enzimáticas), puede provocar enfermedades profesionales de la piel⁷ causando diferentes tipos de dermatitis o eczemas.

⁷ Desarrolladas posteriormente en la exposición relativa a enfermedades de la piel.

3.4. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR INHALACIÓN O DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNOS DE LOS OTROS APARTADOS (GRUPOS 4 Y 5)

Dentro de estos grupos las enfermedades profesionales que se reconocen para el sector vienen producidas por sustancias de alto y bajo peso molecular:

a) En el primer grupo, la patología se manifiesta como la clásica alergia laboral o patología laboral sensibilizadora, en la que se puede demostrar el predominio de un mecanismo IgE mediado por anticuerpos. En este grupo se encuadran, en términos generales, todas aquellas **enfermedades debidas a la inhalación de sustancias de alto peso molecular** como son las de origen vegetal, animal, microorganismos y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos.

Su variedad es tal que no es infrecuente hallar un amplio espectro de agentes etiológicos en una misma fuente de exposición. Este factor implica la aparición de varias manifestaciones clínicas (asma, alveolitis, dermatitis, etc.) en un mismo puesto de trabajo.

b) En el segundo grupo se engloban las enfermedades similares a las anteriores (rinoconjuntivitis, asma, et.) pero debidas a la **inhalación o contacto con sustancias de bajo peso molecular** y cuyos mecanismos no son bien conocidos.

- **Las Enfermedades profesionales que nos encontramos por inhalación (grupo 4) son :**

AGENTE ³	ENFERMEDADES PROFESIONALES	SÍNTOMAS
H 01		
I 01	Rinoconjuntivitis	Moquillo y congestión nasal repetida, que se acompaña muchas veces de conjuntivitis que consiste en lagrimeo e irritación de ojos

AGENTE³	ENFERMEDADES PROFESIONALES	SÍNTOMAS
I02	Urticaria	Ronchas, habones en la piel, que ocasionan picor más o menos intenso. Angioedema: "hinchazón de párpados, labios, lengua, etc.", en ocasiones la urticaria se acompaña de estos síntomas
H 02	Asma	Ataques de ahogo (dificultad para respirar) con silbidos y opresión en el pecho que desaparecen generalmente al eliminar la exposición
H 03 I 04	Alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad)	Se caracteriza por pérdida de capacidad respiratoria acompañada de síntomas de "gripe" repetidos. Si perdura la exposición, puede evolucionar a una fibrosis pulmonar
H04 I 05	SDVR (Síndrome disfunción reactivo de la vía aérea)	Crisis de asma con la exposición aguda a un gas irritante, humo o químico (ocurre en las 24 horas siguientes a la exposición)
H05 I 06	Fibrosis intersticial difusa	Dificultad respiratoria permanente y progresiva, tos seca, dedos en palillos de tambor, color azul de la piel, pérdida de peso, dolor articular y fatiga
I07	Fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular	Se empieza con mal sabor de boca, seguido de irritación respiratoria con tos y sequedad de garganta, escalofríos, dolores musculares, fiebre y malestar general. Pueden aparecer náuseas, vómitos, dolor de cabeza, etc. A continuación aparece una intensa fatiga y sueño. Sudoración, exceso de orina y diarrea, también es posible
H07 I08	Neumopatía intersticial difusa	Presenta los mismos síntomas que la alveolitis alérgica extrínseca y la fibrosis intersticial difusa.

- Dentro del personal de este sector encontramos gran cantidad de **enfermedades profesionales de la piel o dermatosis profesionales**

sionales, tan grande como pueden ser las sustancias manipuladas según el tipo de trabajo realizado: antisépticos o desinfectantes (cloruro de benzalconio, formaldehído, glutaraldehído), derivados del mercurio, medicamentos (sulfamidas, anestésicos locales...), guantes de goma utilizados como medidas de protección, mezcla de fragancias, etc., siendo los profesionales con mayor riesgo de exposición los dentistas-odontólogos, el personal de laboratorio, los cirujanos, los auxiliares de geriatría, etc. Un factor de riesgo fundamental de la dermatosis en este sector es el uso continuado de agua y jabones en el lavado de manos, lo que produce maceración de la piel, descamación y fisuración que facilita la penetración de los alérgenos e irritantes.

Las dermatitis de contacto en sanitarios suelen localizarse preferentemente en manos, pudiendo adoptar varias formas: localización en pulpejo de dedos con hiperqueratosis y fisuras; irritativa difusa con sensación de sequedad, descamación y fisuras; dishidrosiforme; lesiones numulares (con forma de moneda).

Las dermatosis pueden ser:

- **Dermatitis de contacto irritativa:** Define las condiciones en las que los síntomas únicamente se manifiestan en la parte de la piel que han estado en contacto con el agente.
- **Dermatitis de contacto alérgica:** Define las condiciones en las que el contacto con un agente sensibilizante estimula una respuesta alérgica. Una vez se ha producido la sensibilización, cualquier exposición sucesiva, por pequeña que ésta sea, reproducirá la manifestación alérgica. Es, por tanto, una reacción que no depende de la concentración. En consecuencia, este tipo de dermatitis no solo implica la zona de exposición, sino que puede aparecer en zonas distantes a las que llegan pequeñas cantidades transferidas de forma accidental.
- **Urticaria de contacto:** La urticaria es una dermatosis con mecanismos tanto inmunológicos (respuesta inmune tipo I, inmediata o anafiláctica, mediada por IgE), como no inmunológicos, en la que la aparición de eritema y ronchas en el lugar de contacto con la sustancia es de tipo inmediato (apenas una hora tras la exposición) y suele desaparecer en un día.

Como ejemplos de sustancias que pueden producir estas enfermedades por inhalación y de la piel aquí descritas se pueden destacar las siguientes sustancias de alto y bajo peso molecular:

• **Alcoholes:** son los desinfectantes más usados de tipo tópico. Además, se emplean para la desinfección superficial de termómetros, agujas, equipos de anestesia y otros instrumentos, preparación quirúrgica del paciente y lavado quirúrgico del personal sanitario. Los alcoholes usados son el etanol y el alcohol isopropílico. Este último se absorbe rápidamente en el tracto intestinal, también se absorbe por vía inhalatoria y través de la piel. Es más tóxico que el etanol en el SNC y produce efectos similares. Están incluidos en la **Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha; Alcoholes o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales (código C.1.10).**

• **Fenoles:** el fenol y los derivados fenólicos se reservan para la desinfección de superficies (suelos, paredes) y para material no poroso. No se aconseja su utilización para desinfección de superficies en las habitaciones de pediatría, ni tampoco en la desinfección de cunas e incubadoras. Son muy activos frente a bacterias. Los más usados en el sector son el ortofenifenol y el ortobenzilparaclorofenol.

El fenol y sus derivados son irritantes de la piel y mucosas respiratorias y oculares. Tienen efecto alérgico y fotosensibilizante. El contacto con cantidades muy altas de fenol (no típico en sector sanitario) produce quemaduras, daños en el hígado, orina de color oscuro, latido irregular del corazón y en algunos casos, la muerte. Además pueden estar incluidos en la **Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha; Afecciones respiratorias, en concreto asma, causadas por sustancias irritativas no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales (código C.4.04) y/o Afecciones cutáneas alérgicas y ortoérgicas no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales (código C.5.01).**

• **Derivados Clorados:** El cloro es el desinfectante universal activo frente a todos los microorganismos. Los más usados son el hipoclorito sódico (lejía), el hipoclorito cálcico y el dicloroisocianurato sódico. El cloro gaseoso es sumamente tóxico, por esa razón estos productos deben almacenarse y utilizarse en zonas bien ventiladas.

Además, no debe mezclarse con ácidos ni con amoniaco. Niveles bajos de cloro puede producir irritación de la nariz, la garganta y los ojos. Niveles altos puede producir tos y alteraciones del ritmo respiratorio y daño en los pulmones.

• **Peróxido de hidrógeno:** también usado en esterilización. Puede producir irritación de las vías respiratorias, edema pulmonar y trastornos neurológicos y digestivos. Puede ser tóxico si se ingiere, si se inhala o por contacto con la piel o los ojos. Inhalar el producto para uso doméstico (3%) puede producir irritación de las vías respiratorias, mientras que el contacto con los ojos puede producir leve irritación de los ojos. Inhalar vapores de las soluciones concentradas (más del 10%) puede producir grave irritación pulmonar.

El contacto de una solución del 3% de peróxido de hidrógeno con los ojos puede causar dolor e irritación sin embargo, las lesiones graves son raras. La exposición a soluciones más concentradas puede producir ulceración o perforación de la córnea. El contacto con soluciones concentradas puede causar graves quemaduras de la piel y ampollas.

• **Yodo:** principalmente su uso es terapéutico en aplicaciones tópicas como desinfectante, aunque también es usado en contrastes iodados para el diagnóstico de diversas enfermedades (ej. Tomografía computarizada). Muy raramente ha sido asociado con algún efecto adverso durante su uso normal. El contacto prolongado o repetido con la piel produce dermatitis.

• **Látex:** Presente en muchos productos utilizados en el quirófano, como los guantes de cirugía, catéteres, drenajes, tapones de los viales, tubos, circuitos de respiración de anestesia, sondas endotraqueales, balones respiratorios y conectores de jeringas. El producto que mayor sensibilización o alergia produce son los guantes de látex debido a su uso intensivo en múltiples tareas.

La sensibilización-alérgica al látex viene provocada por proteínas que lo contienen y por productos añadidos al mismo. Afecta a las manos con piel seca, descamativa, a veces con fisuras que afectan a caras laterales de los dedos y espacios interdigitales. El cuadro clínico comienza con picor, eritema y habón en la zona de contacto a los pocos minutos de la exposición. Por mucosas el riesgo de shock anafiláctico es mayor, con síntomas como hipotensión, taquicardia, broncoespasmo y eritema generalizado.

• **Fármacos y otros productos químicos:** los fármacos citotóxicos usados en quimioterapia pueden ser peligrosos, igual que pueden serlo otros productos farmacéuticos. La exposición a citostáticos se da fundamentalmente en servicios de farmacia (preparación), plantas de hospitalización donde se administren (oncología, hematología y otras en menor medida), hospitales de día (oncohematología, reumatología, etc.), residencias donde se administren, etc. Aunque también puede afectar al personal de suministro, recepción y almacenamiento, transporte, laboratorio y tratamiento de residuos, así como personal auxiliar y de la limpieza.

Los compuestos cistostáticos pueden producir consecuencias leves como mareos, sensación de vértigo, náuseas, vómitos, cefaleas, etc. Son comunes los efectos de irritación de la piel y mucosas (por busulfan, carmustina, picamicina, etc.), efectos vesicantes o de ampollas en la piel (por mitomicina, vinblastina, dactinomicina, etc.) o producir además consecuencias graves como alteraciones mutagénicas, carcinogénicas o teratogénicas. Así, se asocia su exposición a casos de una tasa elevada de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, alteraciones genéticas (por bromuro de etidio) malformaciones y leucemia.

• **Metacrilato de metilo:** Se utiliza principalmente para la preparación de “cementos óseos protésicos” en ortopedia y odontología. También es usado como reactivo en determinadas técnicas de laboratorio, como spray adhesivo médico o como disolventes para vendas no irritantes. El personal que presenta la mayor exposición a este agente son cirujanos y enfermeras, y en general, todo el personal sanitario presente en el quirófano. También los odontólogos.

El metacrilato de metilo es una sustancia irritante para el sistema respiratorio, que puede provocar reacciones asmáticas, rinitis y conjuntivitis. Es también sensibilizante para la piel, apareciendo dermatitis alérgica de contacto.

3.5. ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES CARCINÓGENOS

Los efectos carcinógenos en este sector vienen recogidos en el cuadro de enfermedades profesionales debidas a la exposición a radiaciones ionizantes. A continuación se detalla en cada tipo de

instalación los riesgos que se pueden presentar y las fuentes de radiación más habituales.

• **Radiodiagnóstico:** En Radiodiagnóstico son fuentes de radiación de todos los equipos dotados de tubo de rayos X cuando éste está en funcionamiento. Se pueden especificar como:

- Radiografía convencional
- Radiografía y fluoroscopia
- Radiografía con equipos móviles
- Radiografía y fluoroscopia con equipos móviles
- Radiología intervencionista
- Mamografía
- Radiografía dental
- T.C.

Otros (densitometría ósea, litotricia con localización por rayos X, etc.)

• **Radioterapia:** En las instalaciones de Radioterapia el riesgo más habitual es el de irradiación externa. Este puede afectar parcialmente a la totalidad del organismo. En el caso de Radioterapia metabólica existe, además, el riesgo de contaminación.

Las fuentes de radiación son, en general:

- Equipos de rayos X para terapia
- Equipos de rayos X para simulación de tratamiento
- Equipos de telecobaltoterapia
- Irradiadores isotópicos de muestras biológicas

Aceleradores de electrones

Emisores beta y gamma usados en braquiterapia que pueden encontrarse en: gammateca, radioquirófano, salas de tratamiento y área de hospitalización de Braquiterapia.

• **Medicina Nuclear, Radiofarmacia y Laboratorios:** En las instalaciones de Medicina Nuclear y en los laboratorios que utilicen fuentes no encapsuladas los riesgos posibles son los de irradiación externa y/o contaminación interna y externa. En los laboratorios de radioinmunoanálisis el riesgo de irradiación externa es bajo y en los laboratorios donde sólo se manipule tritio el riesgo es, únicamente, de contaminación.

Las fuentes de radiación son los radionucleidos, emisores de radiación beta y/o gamma, que se encuentran en las siguientes áreas:

- Cámara caliente
- Sala de preparación de monodosis
- Sala de preparación de monodosis de radiofármaco lista para su uso
- Sala de administración de monodosis
- Laboratorios
- Áreas de adquisición de imagen
- Sala de espera de pacientes a los que se les haya administrado radiofármacos
- Habitaciones de hospitalización de radioterapia metabólica
- Aseos para pacientes a los que se les haya administrado radiofármacos
- Almacén de residuos
- Unidades de Radiofarmacia
- Unidades de producción de radionucleidos de vida corta.

El riesgo de exposición a radiaciones ionizantes depende de la dosis recibida, del tiempo de exposición, la distancia entre la fuente y la persona o la materia interpuesta entre ambos.

Por encima de los valores establecidos de irradiación pueden aparecer alteraciones de la salud que pueden ser agudas (altas dosis en poco tiempo) dermatitis, alteraciones digestivas, neurológicas o bien alteraciones a largo plazo (dosis no muy altas en

largo tiempo), que pueden implicar alteraciones cromosómicas y genéticas⁹.

El uso de radiaciones ionizantes se encuentra recogido en el cuadro de enfermedades profesionales en este apartado por sus efectos cancerígenos, tales como síndromes linfo y mieloproliferativos y carcinoma epidermoide de la piel. **Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos. Radiación ionizante: Síndromes linfo y mieloproliferativos. Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos X o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corruscular y especialmente: Empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigación (código 6.N.01.04 y 6.N.01.07) y trabajos en las consultas de radiodiagnósticos, de radio y radioterapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales (código 6.N.02.04 y 6.N.02.07).**

Los síntomas de las enfermedades son:

- **Síndrome linfo y mieloproliferativos:** engloba un conjunto de enfermedades (leucemia mieloide o gránulo crónica, policitemia vea, mielofibrosis con metaplasia mieloide, trombocitosis esencial) en las cuales se producen demasiados glóbulos (rojos, blancos o plaquetas) en la médula ósea. Se trata de trastornos de instauración muy lenta y con períodos asintomáticos prolongados.
- **Linfoma:** normalmente, los linfomas se presentan como ganglios linfáticos aumentados de tamaño, que cuando aparecen en zonas accesibles como el cuello, las axilas o la ingle se pueden palpar evidenciando su tamaño aumentado. En otras ocasiones los ganglios afectados están muy internos (abdomen, mediastino...), pueden pasar desapercibidos y sólo se distinguen cuando aparecen otros síntomas (fiebre, pérdida importante de peso...).

⁹ Explicadas ampliamente en riesgos físicos: radiaciones ionizantes.

Análisis descriptivo de enfermedades profesionales en el sector sanitario y sociosanitario

5.1. MÉTODO

Para el análisis de las enfermedades profesionales (EEPP) del sector se han utilizado los datos de las EEPP comunicadas en la Comunidad de Madrid en los años 2009 a 2012 facilitados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

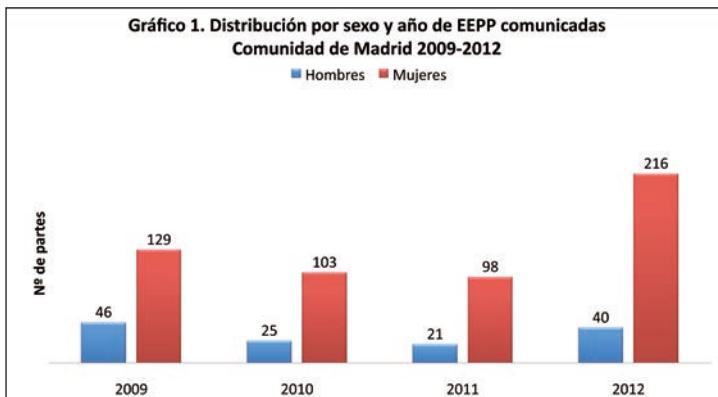
Las variables analizadas en este estudio cuantitativo incluyen:

- Sector de actividad
- Enfermedades Profesionales con baja y sin baja
- Sexo y grupos de edad
- Actividad económica según CNAE
- Grupos de enfermedad

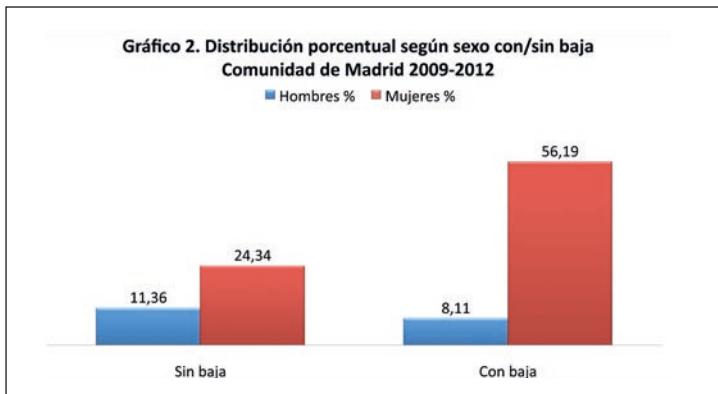
5.2. ESTUDIO CUANTITATIVO

En el periodo 2009 a 2012 en la Comunidad de Madrid se han comunicado un total de 678 partes de enfermedad profesional en el sector, de las cuales 132 se dieron en trabajadores (19,47%) y 546 se dieron en trabajadoras (80,53%)

En el gráfico 1, que muestra la distribución **por sexo y año** de notificación, destaca el incremento en partes notificados en mujeres durante 2012, que supone el 31,86% de partes de todo el periodo.

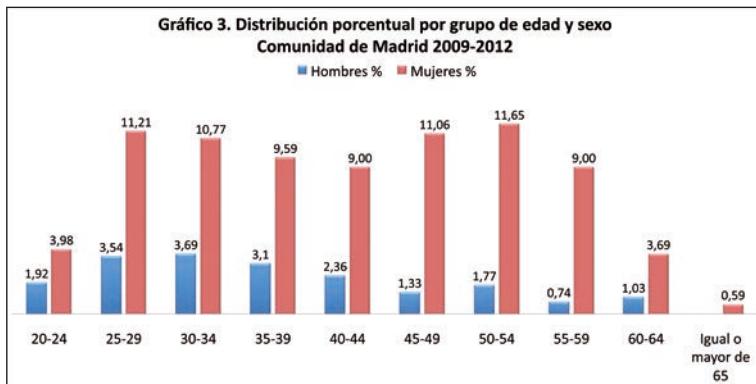


En el análisis de los partes comunicados por sexo, según se hayan producido **con baja o sin ella**, se observa que se producen más partes de EP con baja (64,3%) y de éstos notablemente más en mujeres que en hombres, acumulando más de la mitad de los partes notificados (56,19%).

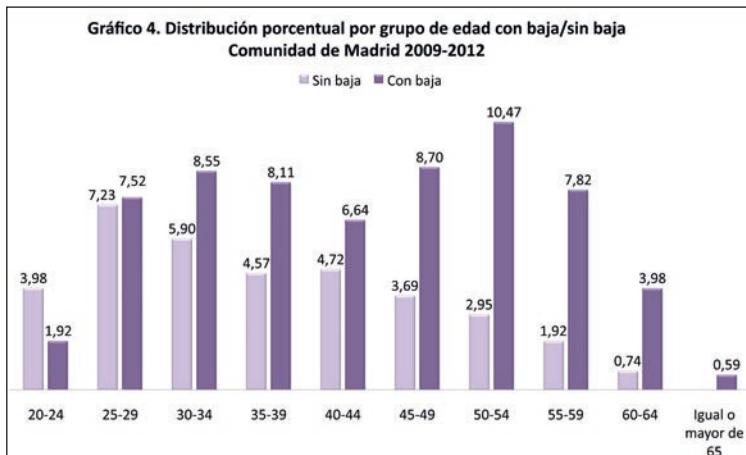


Por grupo de edad y sexo se observa una gran diferencia entre los partes comunicados en mujeres y hombres en todos los grupos de edad, siendo mayor en los grupos de edad madura entre 45 a 59

años. En las mujeres, los grupos entre los 25 a 34 años y entre los 45 a 54 años acumulan el 44,69% de los partes comunicados. Los hombres con 65 años o más no han registrado ninguna enfermedad profesional.

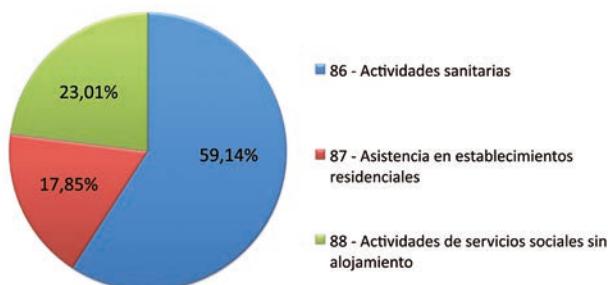


En el análisis de los partes comunicados **por grupo de edad con baja o sin baja**, se observa que sólo entre los 20 a 24 años el porcentaje de partes sin baja (3,98%) supera a los partes con baja (1,92%), igualándose ambos para el siguiente tramo de edad entre los 25 a los 29 años, en torno al 7%. Sin embargo, según avanza la edad de las personas trabajadoras, los partes con baja superan significativamente a los que no suponen baja, especialmente en los grupos de 50 a 54 años y de 55 a 59.



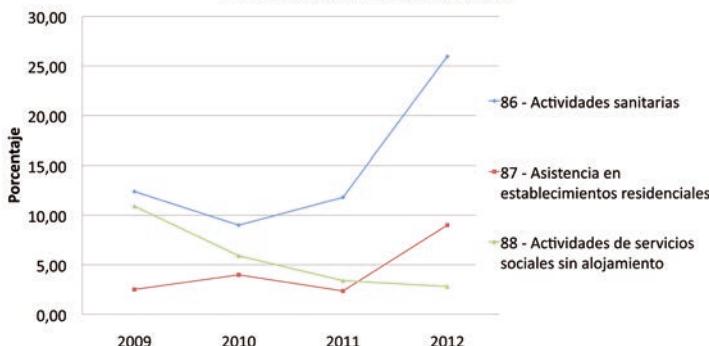
Dentro del sector, la mayoría de los partes de EP corresponden al grupo de **Actividades sanitarias** (59,14%), los declarados en el grupo de **Actividades de servicios sociales sin alojamiento** suponen un 23,01 % y los notificados en el grupo de **Asistencia en establecimientos residenciales** un 17,85%.

**Gráfico 5. Distribución porcentual según CNAE
Comunidad de Madrid 2009-2012**

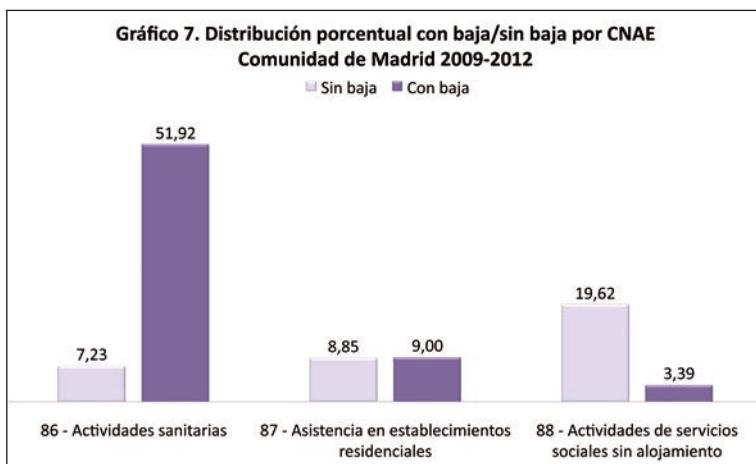


Según los años de notificación se aprecia un incremento muy significativo de las enfermedades profesionales declaradas durante el año 2012 tanto en el grupo de **Actividades sanitarias**, con un 120% respecto al 2011, como en el de la **Asistencia en establecimientos residenciales**, con un 281,25%. Mientras, los partes en Actividades de servicios sociales sin alojamiento han experimentado un descenso notable (del 17,39%).

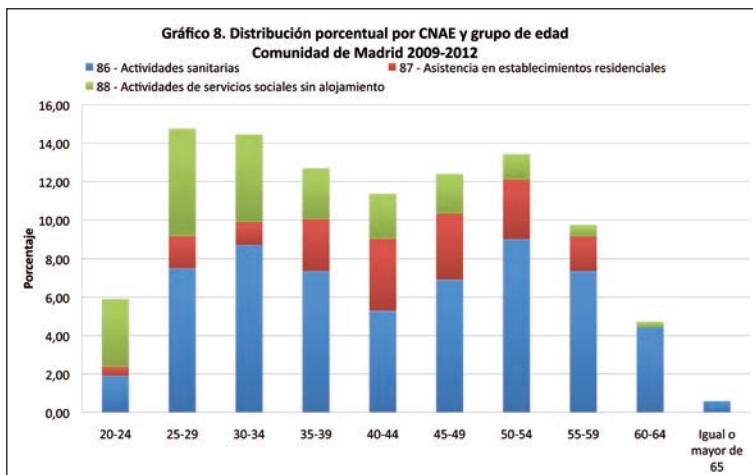
**Gráfico 6. Distribución porcentual según CNAE y año
Comunidad de Madrid 2009-2012**



Las **Actividades sanitarias** son las que agrupan la mitad de partes de EP con baja con un 51,92% de notificaciones, muy diferente del número reducido de partes sin baja notificados (7,23%). Por el contrario, en las **Actividades de servicios sociales sin alojamiento** se producen la quinta parte de los partes sin baja (19,62%) frente al porcentaje más bajo de partes con baja (3,39%). En el caso de las actividades de **Asistencia en establecimientos residenciales** la cantidad de partes con y sin baja es prácticamente la misma.



En los distintos subsectores de actividad, los **grupos de edad** en los que se registra más cantidad de partes de EP son diferentes. En el de **Actividades sanitarias**, las edades de notificación de más enfermedades profesionales son las comprendidas entre los 30 a 34 años y de 50 a 54 años, que engloban el 29,92% de los partes del grupo. Dentro de la **Asistencia en establecimientos residenciales** son los grupos de mediana edad, entre los 40 a 54 años los que registran mayor número de partes, el 57,03% del grupo. Por el contrario, los trabajadores y trabajadoras jóvenes de **Actividades de servicios sociales sin alojamiento** entre 25 a 34 años aglutinan el 44,23% de los partes comunicados en este grupo, con un descenso progresivo según avanzan los grupos de edad. Tanto en este grupo como en el residencial no se registra ningún parte de EP para mayores de 64 años.

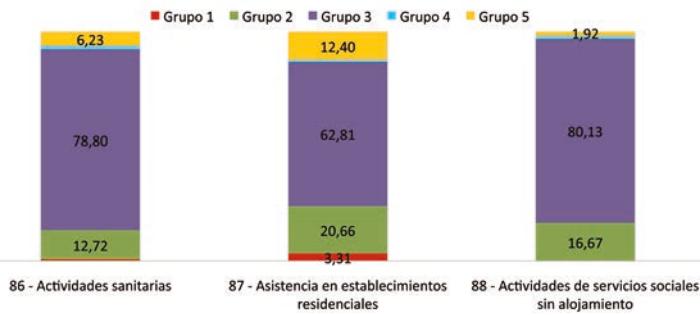


Analizando la **distribución por grupo** de enfermedad en el sector, el Grupo 3 de las **Enfermedades causadas por agentes biológicos** es el que acumula el 76,26% de los partes comunicados, a mucha distancia del Grupo 2 de **Enfermedades causadas por agentes físicos** que supone el 15,04% de las enfermedades profesionales de dicho sector. Este hecho se repite, tanto en hombres como en mujeres y en los distintos subsectores de actividad, con algún matiz diferenciador: en el sector de Asistencia en establecimientos residenciales existe un número algo más alto de partes del Grupo 5 de las **Enfermedades Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados** (12,40%), mientras que en el sector de Actividades de servicios sociales sin alojamiento no existe ningún parte de enfermedad profesional del Grupo 1 sobre **Enfermedades Profesionales causadas por agentes químicos**.

**Gráfico 9. Distribución porcentual por grupo de enfermedad
Comunidad de Madrid 2009-2012**



**Gráfico 10. Distribución porcentual por grupo de enfermedad y CNAE
Comunidad de Madrid 2009-2012**



En cuanto a los agentes causales dentro de cada grupo de enfermedad, en el **Grupo 3 de agentes biológicos** destacan sobre el resto, con un 99,23%, las enfermedades causadas por el agente *A-Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección* (513 casos). En el **Grupo 2 de agentes físicos**, el 58,82% de las enfermedades declaradas han sido provocadas por el agente *D- Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas* (60 casos) y el 26,47% por el agente *F-Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión* (27 casos). También hay que reseñar

en el **Grupo 5 de las enfermedades de la piel**, aquellas producidas por sustancias de bajo peso molecular, por debajo de los 1000 dalton en cualquier actividad (23 casos).

TABLA 1. EPP DEL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO.
PARTES COMUNICADOS DISTRIBUIDOS POR GRUPO DE ENFERMEDAD Y AGENTE.
AÑOS 2009-2012

GRUPO /AGENTE	FRECUENCIA	POR-CENTAJE
Grupo 1.- E.P. causadas por agentes químicos. Total	7	1,03
A - Metales	1	
E - Ácidos orgánicos	1	
G - Aldehídos	2	
J - Amoniaco	1	
K - Aromáticos	1	
N - Ésteres	1	
Grupo 2.- E.P. causadas por agentes físicos. Total	102	15,04
A - Hipacusia o sordera provocada por el ruido	1	
B - Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas	2	
C - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	2	
D - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	60	
E - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa	2	
F - Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión	27	

GRUPO /AGENTE	FRECUENCIA	POR-CENTAJE
L - Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	8	
Grupo 3.- E.P. causadas por agentes biológicos. Total	517	76,25
A – Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección.	513	
B – Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres.	3	
C – Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci, fiebre recurrente, peste, leishmaniasis, pian, tifus exantémico, borrelias y otras rickettsiosis.	1	
Grupo 4.- E.P. causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Total	9	1,33
H - Sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos)	2	
I - Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, etc.)	7	
Grupo 5.- E.P. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados. Total	43	6,34
A - Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 1000 daltons (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, acrilatos, resinas de bajo peso molecular, formaldehídos y derivados, etc.)	23	

GRUPO /AGENTE	FRECUENCIA	POR-CENTAJE
B - Agentes y sustancias de alto peso molecular, por encima de los 1000 daltons (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos)	11	
C - Sustancias fotosensibilizantes exógenas	1	
D - Agentes infecciosos	8	
TOTAL	678	

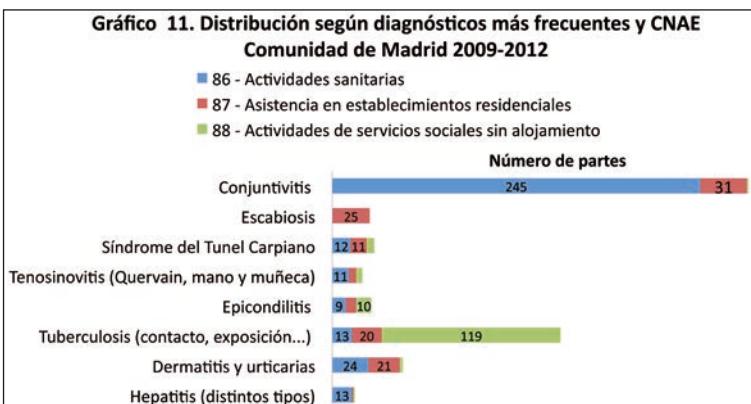
El análisis de las enfermedades profesionales comunicadas según el diagnóstico CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición), permite caracterizar de manera más específica las patologías profesionales que se declaran en cada uno de los grupos de actividad del sector. La tabla 2 y el gráfico 11 muestran cómo las enfermedades con mayor prevalencia en el periodo analizado son: en primer lugar los distintos tipos de **conjuntivitis** (40,86%), la mayor parte registradas dentro de las actividades sanitarias y casi sin notificación, por el contrario, en las actividades de servicios sociales sin alojamiento; en segundo lugar, la **tuberculosis** y enfermedades causadas por contacto y exposición a ella (22,42%) con casos pertenecientes en su mayor parte a las actividades de servicios sociales, mientras su notificación en actividades sanitarias y residenciales es bastante menor.

A bastante distancia de estas dos patologías aparecen los distintos tipos de enfermedades de la piel, **dermatitis** y **urticarias** (6,93%), con un número de casos muy similar en actividades sanitarias y asistencia residencial, mientras que es simbólica su presencia en actividades de servicios sociales.

Respecto a las enfermedades relacionadas con lesiones musculoesqueléticas destacan el **Síndrome del Túnel Carpiano** (4,13%), con menor registro en las actividades de servicios sociales sin alojamiento, diversas **epicondilitis** (3,83%) y los distintos tipos de **tenosinovitis (de Quervain, de la mano y la muñeca)** (2,95%), algo más significativas en actividades sanitarias.

Por último, también se registran distintos tipos de **hepatitis** (2,21%), fundamentalmente contraídas por el personal sanitario.

Destaca, en el año 2012, un brote de **escabiosis** o sarna en establecimientos residenciales (25 casos) que hace aumentar los porcentajes hasta un 3,69%.



**TABLA 2. EEPP EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO.
NÚMERO DE PARTES COMUNICADOS DISTRIBUIDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO CIE 10 Y CNAE.
COMUNIDAD DE MADRID 2009-2012**

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
A152 - tuberculosis del pulmón, confirmada histológicamente	1			1
A157 - tuberculosis respiratoria primaria, confirmada bacteriológica e histológicamente			1	1

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
A158 - otras tuberculosis respiratorias, confirmadas bacteriológica e histológicamente	1			1
A15x - tuberculosis	7			7
A161 - tuberculosis del pulmón, sin examen bacteriológico e histológico	1	1		2
A165 - pleuresía tuberculosa, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica	1			1
B019 - varicela sin complicaciones	5			5
B01x - varicela	4			4
B059 - sarampión sin complicaciones	6			6
B05x - sarampión	2			2
B088 - otras infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	1			1

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
B09 - infección viral no específica- da, caracterizada por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	1			1
B15x - hepatitis a	1			1
B171 - hepatitis aguda tipo c	3	1		4
B171 - hepatitis c	3			3
B172 - hepatitis aguda tipo e			1	1
B178 - otras hepatitis virales agudas especificadas	1			1
B182 - hepatitis viral tipo c crónica	1			1
B189 - hepatitis viral crónica, sin otra especificación	1			1
B300 - queratoconjuntivitis debida a adenovirus (h19.2*)	1	2		3
B301 - conjuntivitis debida a adenovi- rus (h13.1*)	6	10		16
B303 - conjuntivitis epidémica aguda hemorrágica (ente- rovirica) (h13.1*)	1	1		2

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
B308 - otras conjuntivitis virales [h13.1*]	4	2		6
B309 - conjuntivitis viral, sin otra especificación	1	1		2
B338 - otras enfermedades virales especificadas	1			1
B509 - paludismo debido a plasmodium falciparum, sin otra especificación			1	1
B86 - escabiosis		25		25
B956 - staphylococcus aureus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	2			2
G560 - síndrome del canal carpiano	1		1	2
G560 - síndrome del túnel carpiano	11	11	4	26
G92x - encefalopatía tóxica	1			1
H100 - conjuntivitis mucopurulenta	1			1
H102 - otras conjuntivitis agudas	14			14

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
H103 - conjuntivitis aguda, no especificada	19			19
H105 - blefaroconjuntivitis	3	4		7
H108 - otras conjuntivitis	70	1	1	72
H109 - conjuntivitis, no especificada	6			6
H10x - conjuntivitis	119	10		129
H160 - úlcera de la córnea	1			1
H169 - queratitis, no especificada		1		1
H833 - efectos del ruido sobre el oído interno	1			1
J060 - laringofarингitis aguda	1			1
J108 - influenza, con otras manifestaciones, por virus de influenza identificado	7			7
J159 - neumonía bacteriana, no especificada	1			1
J370 - laringitis crónica			1	1
J382 - nódulos de las cuerdas vocales	1		2	3

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
J383 - otras enfermedades de las cuerdas vocales	1			1
J450 - asma predominantemente alérgica	2			2
J458 - asma mixta	1			1
J45x - asma	4			4
J638 - otras neumoconiosis	1			1
K715 - enfermedad tóxica del hígado con hepatitis crónica activa	1			1
K730 - hepatitis crónica persistente, no clasificada en otra parte	2			2
L208 - otras dermatitis atópicas		1		1
L209 - dermatitis atópica, no especificada		1		1
L23 - dermatitis alérgica de contacto		1		1
L230 - dermatitis alérgica de contacto debida a metales	1			1

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
L232 - dermatitis alérgica de contacto debida a cosméticos		1		1
L235 - dermatitis alérgica de contacto debida a otros productos químicos	1	1		2
L238 - dermatitis alérgica de contacto debida a otros agentes	6			6
L239 - dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada	4	2		6
L23x - dermatitis alérgica de contacto	5			5
L245 - dermatitis de contacto por irritantes, por otros productos químicos	1			1
L248 - dermatitis de contacto por irritantes, debida a otros agentes		3		3
L249 - dermatitis de contacto por irritantes, de causa no especificada		1	1	2

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
L250 - dermatitis de contacto, forma no especificada, debida a cosméticos			1	1
L258 - dermatitis de contacto, forma no especificada, debida a otros agentes	1			1
L259 - dermatitis de contacto, forma y causa no especificadas	4	2		6
L25x - dermatitis no especificada		1		1
L302 - autosensibilización cutánea		1		1
L309 - dermatitis, no especificada		1		1
L506 - urticaria por contacto	1			1
L509 - urticaria, no especificada		1		1
L608 - otros trastornos de las uñas	1			1
L609 - trastorno de la uña, no especificado	2			2

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
M128 - otras artropatías específicas, no clasificadas en otra parte	1			1
M175 - otras gonartrosis secundarias	1			1
M192 - artrosis del codo	1			1
M460 - entesopatía vertebral	1			1
M541 - radiculopatía	1			1
M542 - cervicalgia	1			1
M625 - atrofia y desgaste musculares, no clasificados en otra parte			1	1
M653 - dedo en gatillo	1			1
M654 - tenosinovitis de estíloides radial (de quervain)		3	4	7
M658 - otras sinovitis y tenosinovitis	1			1
M700 - sinovitis crepitante crónica de la mano y de la muñeca	2			2
M700 - tendosinovitis de la mano y la muñeca	8	2		10

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
M703 - bursitis del codo	2			2
M703 - otras bursitis del codo	1			1
M725 - fascitis, no clasificada en otra parte	1			1
M751 - síndrome del manguito rotatorio	1	1		2
M758 - otras lesiones del hombro	1			1
M770 - epicondilitis media			1	1
M770 - epicondilitis medial (codo)	3			3
M771 - epicondilitis lateral	2	4	9	15
M771 - epicondilitis lateral (codo)	4	3		7
M778 - otras entesopatías, no clasificadas en otra parte	1	1		2
M791 - mialgia	1			1
M798 - otros trastornos específicos de los tejidos blandos	1			1

CIE 10	86 - ACTIVIDADES SANITARIAS	87 - ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	88 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	TOTAL
R298 - otros síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular y los no especificados	1			1
R491 - afonía			3	3
T784 - alergia no especificada	1	1		2
Z030 - observación por sospecha de tuberculosis			6	6
Z038 - observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones	1			1
Z039 - observación por sospecha de enfermedad o afección no especificada	4			4
Z201 - contacto con y exposición a tuberculosis	2	19	118	139
Z579 - exposición ocupacional a factor de riesgo no especificado	4			4
TOTAL	401	121	156	678

Otros daños a la salud

Según el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, aquellas enfermedades contraídas por el trabajador con motivo de la realización del trabajo, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, pueden tener la consideración de accidente de trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También se refiere a las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (patologías no traumáticas). Por lo que nos encontramos con problemas relacionados con el trabajo que no se consideran enfermedades profesionales como tales.

Otro tipo de lesión fundamental son los accidentes de trabajo como tal, entendiéndolos como la lesión corporal (incluidas las psíquicas) que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo por cuenta propia o ajena. Incluidos accidentes *in itinere*, que son los que se sufre en el camino de ida y vuelta al trabajo, no existiendo límite de horario; y los accidentes en misión, que son los sufridos en el desempeño y durante el trayecto de la misión encomendada.

1. ¿CUÁLES RIESGOS SE PODRÍAN DESTACAR EN ESTE APARTADO PARA EL SECTOR SANITARIO Y SOCIONITARIO?

a) Riesgos psicosociales

El trabajo del personal sanitario y de servicios sociales está expuesto a riesgos de tipo psicosocial al dedicarse a actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, promoción de la salud, educación y prevención de enfermedades; la frustración de no poder curar (mejorar, paliar, ayudar); proporción elevada de público (niños, residentes, pacientes..) a los que atender; falta de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las del público con el que trabaja y sus familiares; horario de trabajo irregular debido a la realización de turno, conflicto de rol y ambigüedad de rol; falta de cohesión en el equipo multidisciplinar; así como burocratización e individualismo.

• **Exceso de exigencias psicológicas cognitivas:** en general, estos profesionales están en continuo aprendizaje y son los responsables de controlar y tomar una variedad de decisiones, en ocasiones complicadas, de forma rápida con respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente.

• **Exceso de exigencias psicológicas sensoriales:** el trabajo en este sector demanda altos niveles de concentración, precisión y atención a la hora de realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de forma correcta; sin embargo, al confluir con la fatiga (consecuencia del trabajo nocturno), las largas jornadas laborales y las altas exigencias psicológicas cognitivas y cuantitativas que presentan se genera un sobreesfuerzo de los sentidos.

• **Exigencias psicológicas emocionales:** se enfrentan a situaciones emocionalmente estresantes derivadas del contacto con la vida, la muerte, el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos.

• **Exigencias psicológicas cuantitativas:** escuelas infantiles, hospitalares, centros de salud, residencias, centros odontológicos, etc. tienen gran cantidad de niños, pacientes, residentes...y no son suficientes en número para atenderlos, lo que implica que deben trabajar muy rápido y con sobrecarga de trabajo.

• **Exigencias psicológicas de esconder emociones:** éstas se basan en la relación que existe con el paciente, residente, niños... y las altas exigencias psicológicas emocionales. Además, en determinados casos hay que proteger la intimidad del individuo y no divulgar la información que de éste se obtiene acerca de sus dolencias, lo que puede llevar a esconder emociones.

• **Control sobre los tiempos de trabajo:** en este sector se hace complicado que los trabajadores puedan decidir cuándo hacer un descanso, tomar vacaciones o dejar su puesto para atender asuntos familiares. Por otro lado, en la actividad diaria pueden ocurrir situaciones de emergencia que no pueden ser desatendidas o postergadas.

• **Inseguridad:** en la actual situación se perciben evidencias de inseguridad en el trabajo, a las que se une la inseguridad de otras condiciones de trabajo: movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo.

• **Conflictos de rol:** en ocasiones se toman decisiones que no son aprobadas por otros de rango superior, tienen que afrontar tratamientos o técnicas con las que no están de acuerdo (conflicto profesional o ético) a la vez que dar respuestas a las exigencias contradictorias de pacientes, familiares y médicos.

• **Estima:** se percibe el reconocimiento que se recibe por parte de superiores, familiares, pacientes, etc. como insuficiente.

• **Previsibilidad:** es un sector donde no se dispone de la información adecuada, suficiente y a tiempo para adaptarse a los cambios que pueden afectar a la vida de los profesionales.

• **Doble presencia:** están expuestos profesionales, mayoritariamente mujeres, que compaginan la jornada laboral y familiar y los problemas de conciliación existentes.

Trabajo a turnos y nocturno

Es un sector en el que es necesario organizar un trabajo a turnos (mañana, tarde y noche) o nocturno, debido a la propia actividad y su necesidad de dar una asistencia adecuada, bien sea en hospitales de planta, servicios de urgencia, establecimientos residenciales, incluso prestación de auxilio a víctimas de catástrofes, refugiados o inmigrantes.

Los horarios de trabajadores a turnos pueden presentar problemas, afectando a los ritmos biológicos (circadianos) que coinciden con los estados de vigilia y sueño. Es decir, biológicamente el organismo está preparado para tener actividad diurna y descanso nocturno. Y la alteración de ese ritmo circadiano, según estudios, incrementa en un 40 por ciento el riesgo de padecer enfermedades coronarias, incluso habiendo eliminado el efecto de otros factores como la clase social y determinados hábitos de vida. Además, los turnos afectan a la vida familiar y social.

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) ha clasificado el trabajo nocturno y el trabajo a turnos que implica trabajo nocturno, como un agente probablemente cancerígeno en humanos (2A). Ya que la alteración de ritmos circadianos produce una reducción de los niveles de melatonina en las horas nocturnas, que incrementa la incidencia o el crecimiento de tumores.

Violencia en el trabajo

Según el Comité de Altos Responsables de la Inspección de trabajo para la Campaña Europea de Riesgos Psicosociales de 2012, entre los riesgos psicosociales podemos incluir la violencia en el trabajo, tanto interna del centro o lugar de trabajo como la ejercida por terceros.

El comportamiento violento puede originarse de pacientes, clientes, visitantes, miembros del público o compañeros de trabajo. Algunos factores causantes de violencia pueden ser: trabajar solo, mal diseño en las salas de espera, errores (citaciones, diagnósticos, terapias...), exceso de público, falta de formación en detección y resolución de conflictos, ausencia de medidas de seguridad, trabajos con enfermos mentales o drogadictos, atención en domicilio, atención en pisos tutelados, etc. Los resultados pueden ser daño físico (traumatismo o lesión) y daño psíquico o mental.

En el sector de la salud mental los trabajadores tienen una cierta capacidad de asumir comportamientos fuera de lo normal, una distinta percepción, desdramatización de la violencia cuando se relaciona con pacientes psiquiátricos; no obstante, esa violencia afecta a la salud mental de los trabajadores. La incidencia en este sector es inferior, en contra de lo que generalmente se cree, pero cuando se produce es mucho más grave.

Hay una violencia asumida muy importante por parte de los trabajadores, física (pellizco de los abuelos...) y psicológica (insultos, amenazas...) También, hay una violencia asumida por el enfermo, procedente de la institución y de los profesionales (alienado). Son formas violentas no visibles de las relaciones cotidianas que han sido normalizadas y que incluso se consideran propias de ciertos puestos de trabajo.

La evidencia demuestra que los factores de riesgo psicosocial son predictores importantes de alteraciones musculoesqueléticas, ya que pueden incrementar el ritmo, los movimientos rápidos, la repetitividad y las posturas deficientes. También pueden incrementar el tono muscular, sobrecarga de los músculos, acelerando la aparición de fatiga física.

b) Riesgos ergonómicos y manipulación manual

Los problemas ergonómicos que se plantean al personal del sector sanitario y sociosanitario están vinculados al uso de instrumentos médicos y de dispositivos de control, al proyecto de las instalaciones sanitarias y a la manipulación manual. Por ejemplo, levantar a los pacientes constituye un importante problema para el personal de enfermería, así como trabajar prolongadamente de pie, encorvado o de rodillas, como lo requiere el trabajo del personal de sala de operaciones de cirugía dental o de limpieza, respectivamente. Gran cantidad de trabajos que se desempeñan en este sector lleva consigo esfuerzo físico: enfermería, celadores, fisioterapeutas, cuidadores de niños, etc.

De los daños músculoesqueléticos, el dolor de espalda es la patología más frecuente entre el personal de este sector y que no está reconocido como enfermedad profesional. Las lesiones músculo esqueléticas, no incluidas en el cuadro, incluyen alteraciones que se identifican y clasifican según los tejidos y estructuras afectados, se trata sobre todo de mialgias, compresión de los nervios, artritis y trastornos degenerativos de la columna. Estos trastornos suelen ser de carácter crónico, por lo que se desarrollan durante largos períodos de malestar y dolor, de ahí la dificultad para su identificación y relación con los factores laborales, así como su consideración como enfermedades profesionales.

En las lesiones músculoesqueléticas predomina el dolor como síntoma y consecuentemente una cierta alteración funcional. Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo y su gravedad se extiende desde la fatiga postural reversible hasta afecciones periarticulares irreversibles. En una primera fase aparecen síntomas de forma ocasional para instaurarse posteriormente de forma permanente y crónica. En general, no se producen como consecuencia de traumatismos, sino por sobrecarga mecánica.

c) Riesgos de exposición a radiaciones no ionizantes

Este riesgo viene dado por el uso de equipos electro médicos que generan diversos tipos de radiaciones no ionizantes, tales como: campos electromagnéticos (con fines diagnósticos o terapéuticos), rayos ultravioleta (UV), ultrasonidos (sistema Doppler, litotipógrafos, sistemas de limpieza dental en odontología, etc.), microondas, onda corta, rayos infrarrojos, rayos láser, etc.

- **Campos magnéticos y radiofrecuencias:** La exposición se produce por el uso de equipos de Resonancia Magnética de Imagen, de equipos usados en fisioterapia y rehabilitación, etc. Los campos magnéticos, radiofrecuencias y microondas producen efectos adversos para la salud por aumento de la temperatura de los tejidos (hipertermia), principalmente en aquellos de menor riesgo sanguíneo y por tanto de menor capacidad de disipación del calor (ojos, testículos, etc.), que puede dar lugar a lesiones locales, quemaduras, hemorragias, necrosis y muerte tisular. Puede además producirse un síndrome neurasténico con síntomas de cefaleas, astenia, anorexia, fatiga, mareos, temblores, insomnio, etc.

- **Radiofrecuencias y microondas:** La exposición se produce en salas de fisiología y rehabilitación donde se utiliza la técnica de diatermia.

- **Radiación ultravioleta¹⁰ o infrarrojos:** se da por la presencia de equipos e instalaciones de rayos ultravioleta (en clínicas para tratamientos dermatológicos, en esterilización con lámparas germicidas, en clínicas dentales para la polimerización de los empastes composites, en cirugía, fotoquimioterapia en dermatología, labora-

¹⁰ Las enfermedades oftalmológicas ya vistas en el apartado de riesgos físicos.

torios, etc.) o infrarrojos (cirugía, terapia por aplicación superficial de calor, etc.).

La radiación ultravioleta (B y C) puede producir fotoqueratitis en la córnea, eritema, queratoconjuntivitis, fotofobia, lagrimeo, envejecimiento acelerado de la piel y aumento del riesgo de sufrir cáncer de piel. La radiación ultravioleta (A) puede producir cataratas, reacciones de fotosensibilización y quemaduras en la piel mientras que las radiaciones infrarrojas pueden provocar quemaduras en la piel, la córnea o la retina, y las del tipo A, cataratas.

• **Láser:** ocurre por el uso de aparatos láser en oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, neurocirugía, odontología, ginecología, urología, etc.

Las consecuencias para la salud por exposición a láseres vienen determinadas por la exposición máxima permisible, y dependen de la longitud de onda de la radiación óptica, la zona del cuerpo donde incide (piel u ojos), de la potencia del láser y del tiempo que dure la exposición. Sus efectos pueden ser térmicos, fotoquímicos, electromagnéticos o mecánicos.

• **Onda corta y ultrasonidos:** usados habitualmente en fisioterapia y rehabilitación, pueden producir el calentamiento de los tejidos, con la posibilidad de ocasionar, incluso, quemaduras severas.

Como consecuencia de la exposición a ultrasonidos pueden llegar a aparecer efectos como desplazamientos transitorios del umbral auditivo, pérdida permanente de la audición, cefaleas, náuseas y fatiga para niveles de ultrasonidos de frecuencias mucho más elevadas que las empleadas en estos dispositivos, y que normalmente van acompañados de niveles muy altos de ruidos audibles.

Otros síntomas atribuidos a la exposición a ultrasonidos son alteraciones vasculares periféricas y alteraciones funcionales del sistema nervioso de carácter inespecífico. Parece ser también que se han encontrado evidencias de que la exposición a ultrasonidos puede afectar a personas que padecan arritmias o lleven marcapasos.

Los trabajadores y las trabajadoras del sector sanitario y sociosanitario de la Comunidad de Madrid están expuestos a gran cantidad de riesgos que producen Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que no se reconocen como tales pasando por enfermedades de origen no laboral.

Esto está motivado, por un lado, por el desconocimiento de los trabajadores y trabajadoras sobre qué riesgos les afecta en el trabajo y, por otro, porque trastornos de gran incidencia en este sector como los musculoesqueléticos y psicosociales no están reconocidos en el cuadro de enfermedades profesionales.

Este estudio tiene como objeto ayudar a detectar la relación existente entre la patología que presentan y el origen profesional de la misma.



UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro

