

ORIGINAL

El papel del médico en la valoración del daño derivado del accidente laboral: un análisis en el sector de la construcción en una provincia Andaluza

Linares Morales M¹, Gómez Álvarez AM^{a2},
de la Fuente Madero JL³

¹Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina del Trabajo. En la actualidad, Medicina familiar y Comunitaria en el distrito Málaga

²Médica especialista en Alergología. Médica Inspectora del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Médica Evaluadora en la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Málaga

³Médico especialista en Alergología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Inspector del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Médico Evaluador en la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Málaga

CORRESPONDENCIA

Matilde Linares Morales
E-mail: matilimo07@gmail.com
mtlinares671@gmail.com

Recibido el 27-12-2016; aceptado para publicación el 25-05-2017

Med fam Andal. 2017; 1: 32-52

PALABRAS CLAVE

Lesiones por accidente de trabajo. Construcción. Secuelas. Incapacidad laboral..

RESUMEN

Título: el papel del médico en la valoración del daño derivado del accidente laboral: un análisis en el sector de la construcción en una provincia andaluza.

Objetivo: las consecuencias derivadas de las **lesiones por Accidente de Trabajo (AT)** tienen un importante impacto socioeconómico. Sin embargo, existen escasos estudios al respecto. El presente estudio pretende establecer la relación entre la tipificación de gravedad de la lesión por AT, en el sector de la construcción, y el posible reconocimiento de una consecuencia prestacional, así como, conocer la situación del lesionado, con posterioridad.

Diseño: Estudio observacional de tipo transversal.

Emplazamiento: provincia de Málaga.

Población y muestra: Se seleccionaron 500 lesionados por AT con baja en jornada, tras muestreo aleatorio simple, a partir de 2688 trabajadores, lesionados en el año 2011.

Intervenciones: Se recopilaron los datos relativos a dicha muestra, en la dirección provincial del INSS de Málaga, a partir de los dos años posteriores. Simultáneamente, se realizaron entrevistas telefónicas, en dos periodos (años 2013 y 2015).

Resultados: A un **6,6%** de los casos, seles reconoció algún tipo de **consecuencia prestacional**. Se encontró asociación estadística entre la tipificación de gravedad de la lesión (criterio exclusivo del médico), con la sintomatología posterior, y la consecuencia prestacional reconocida.

Conclusiones: Estos resultados reflejan, el importante papel del médico en el proceso de gestión integral de los accidentes laborales. Por tanto, consideramos necesario continuar investigando en esta materia, así como, trabajando en la mejor coordinación entre los diferentes agentes que intervienen, desde la primera asistencia al lesionado, por el médico de familia, hasta las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y las autoridades sanitarias y laborales.

KEY WORDS

Injuries in accidents at work. Construction. Secuelas. Incapacity for work.

SUMMARY

Title: The role of the physician in the assessment of damages resulting from accidents at work: an analysis in the construction sector in an Andalusian province.

Aim: The consequences of **injuries in Accidents at Work (AW)** have a significant socioeconomic impact. However, there are few studies in this regard. The present study aims at establishing the relationship between the classification of the severity of the AW injury, within the construction sector, and the potential award of a beneficial consequence, as well as to learn the condition of the injured worker, thereupon.

Design: A cross-sectional observational study.

Setting: Malaga province.

Population and sample: A total of 500 workers injured in AW, on sick leave, were selected following a simple random sampling from 2688 workers injured in year 2011.

Interventions: Data regarding the sample were collected from the provincial directorate of the INSS (National Social Security Institute) from Malaga, from the 2 following years. Simultaneously, phone interviews were carried out, in two periods (years 2013 and 2015).

Results: 6.6% of the cases were awarded some type of **beneficial consequence**. Statistical association was found between the classification of the severity of the injury (doctor's sole discretion), with the subsequent symptomatology, and the awarded beneficial consequence.

Conclusions: These results reflect the relevant role of the physician in the process of the comprehensive management of occupational injuries. We, therefore, consider there is a need for further research in this field, as well as a need to continue working on the best coordination amongst the different agents involved, as from the very first assistance to the injured worker provided by the family doctor, to the mutual funds for accidents at work and occupational diseases of the Social Security and the occupational safety and health authorities.

INTRODUCCIÓN

Las secuelas derivadas del AT se encuentran al amparo de una especial protección, por parte de la seguridad social. La Ley General de la Seguridad Social (LGSS)¹ garantiza la cobertura de los mismos a tres niveles:

- Prevención.
- Asistencia médica y rehabilitadora.
- Asistencia farmacéutica.

Si el trabajador *“ha finalizado el tratamiento prescrito y, tras haber sido dado de alta medicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales que disminuyan o anulen su capacidad laboral”*^{1,2}, es susceptible de valoración objetiva para determinar si procede el reconocimiento de algún grado de incapacidad laboral, en su modalidad contributiva, con sus distintas compensaciones económicas: la incapacidad permanente (en adelante IP) parcial para la profesión habitual, la incapacidad permanente total para la profesión habitual, la incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo y la gran invalidez.

Si las lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, son causadas por accidentes de trabajo y enfermedad profesional, según de la LGSS¹, *“...sin llegar a constituir una IP, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de dicha ley, serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que en el mismo se determinen, por la entidad que estuviese obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa...”*.

El seguimiento y el estudio del reconocimiento de estas prestaciones en España, es interesante, ya que existen múltiples factores (laborales, sanitarios y legales) que influyen en este proceso y que han sufrido importantes cambios, por la crisis económica global presente, en el intervalo temporal de este estudio³.

Según datos obtenidos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social⁴, la **evolución porcentual de las Incapacidades Permanentes (IP)** globales y

las Incapacidades Permanentes (IP) derivadas de los accidentes de trabajo (AT), en nuestro país, entre el año 2000 y el 2015 viene reflejada en la tabla I.

El porcentaje de IP, atribuible a los **accidentes de trabajo**, respecto a la IP Global, alcanza a una media del 5,92%, en el periodo comprendido del 2000 al 2015 (tabla I).

En cuanto a la **tasa de incidencia de IP anual** (relación entre nuevos casos de IP, en un determinado periodo de tiempo, y el número de afiliados a la seguridad social del mismo periodo obtenida de la misma fuente⁴, se observa que esta había alcanzado su valor más bajo a mediados de la pasada década (año 2005): 48,29 nuevos casos de IP por cada 10.000 afiliados, volviendo a aumentar a partir de entonces, manteniéndose en los últimos años alrededor de 51,06 nuevos casos de media⁴. En relación a la tasa de incidencia de IP por Accidente de Trabajo, estos valores se han movido de manera diferente, ya que muestran

una tendencia negativa pasando de 3,61 nuevos casos por cada 10.000 afiliados en el año 2000 a 2,31 en el año 2013 con un pequeño repunte en el 2015 de 2,58 nuevos casos por cada 10000 afiliados. Todo esto lo podemos observar en las (Figuras 1 y 2).

Por otro lado, en cuanto a la siniestralidad laboral, ha presentado un descenso continuado en todos los sectores (Figura 3), desde el año 2000 con una caída acusada a partir de finales del 2007 y 2008, hasta el año 2012. Es a partir del 2013, cuando la siniestralidad laboral comienza a tener un repunte en todos los sectores.

Este descenso hasta 2012, según algunos autores, ha sido considerado como un buen resultado del esfuerzo de los distintos agentes sociales implicados. No obstante, con la crisis económica, cabe preguntarse si no existen otros factores que concurren y han podido influir en este descenso³, cómo la caída de la actividad económica o la disminución en la declaración de los AT.

Tabla I. Fuente: Seguridad Social. Mercado de Trabajo y pensiones contributivas de la Seguridad Social.⁴

AÑOS	IP ACCIDENTE TRABAJO	IP Global	% de IP AT, respecto a IP Global
2000	5443	78257	6,96%
2001	5698	80929	7,04%
2002	5566	79853	6,97%
2003	5868	85825	6,84%
2004	5629	83702	6,73%
2005	5859	86125	6,80%
2006	6002	99873	6,01%
2007	5824	98808	5,89%
2008	6274	97396	6,44%
2009	6390	98056	6,52%
2010	5085	90949	5,59%
2011	4638	86851	5,34%
2012	4133	84136	4,91%
2013	3756	79481	4,73%
2014	3329	81573	4,08%
2015	3479	86957	4,00%

Figura 1. Tasa de Incidencia. Incapacidad Permanente (2000-2015)⁴



Figura 2. Tasa de Incidencia. Incapacidad Permanente por Accidente de Trabajo (2000-2015)⁴



Figura 3. Serie anual años 2001-2015 INE^{6,7}



El **sector de la construcción** ha representado, durante años, uno de los sectores de actividad con mayores tasas de accidentalidad del tejido económico. A pesar de que sus índices de siniestralidad, como hemos visto, han descendido durante la crisis económica (Figura 3), han sido durante años muy elevados y por encima de la media europea.

La **investigación de los AT** es un proceso analítico que se inicia cuando se producen los mismos. Según el artículo 16.3 de la ley de Prevención de Riesgos laborales (LPRL): “*Cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores o cuando, con ocasión de la vigilancia de la salud prevista en el artículo 22, aparezcan indicios de que las medidas de prevención resultan insuficientes, el empresario llevará a cabo una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de estos hechos*”. Es decir, por **imperativo legal** se deben investigar todos los supuestos que causen un daño a la salud, con independencia de la duración y/o gravedad de los mismos⁵.

Los accidentes que son objeto de esta **investigación especializada** son los accidentes graves, muy graves o que ocasionen el fallecimiento del trabajador y los que afecten a más de cuatro trabajadores. En estos casos, la empresa, además de cumplimentar los Partes de AT^{6,7}, (anexo III), debe comunicarlos a la Autoridad Laboral de la Provincia dónde haya ocurrido el Accidente, en un plazo máximo de 24 horas, por el Sistema Delta⁸, por telegrama, fax u otro medio de comunicación análogo. Por tanto, la severidad de la lesión de los AT es la variable principal sobre la que se basa la investigación especializada de los mismos⁹.

Según la Orden del Ministerio de Trabajo del 16 de diciembre de 1987 sobre nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y procedimiento para su cumplimentación y tramitación, así como la Orden TAS/2926/2002 del 19 de Noviembre del sistema de declaración electrónica: “*el grado de lesión deberá ser, obligatoriamente, el que reflejó el médico en el parte de baja*”^{6,8}.

De la bibliografía consultada¹⁰ se desprende que la calificación de los AT viene constituyendo una problemática debido a la aparente infra-calificación de los mismos. Ya lo vemos reflejado en el Informe anual de la Inspección de Trabajo 2011¹⁰ y 2010: “*al margen de la investigación de los AT que*

resulte necesario para cumplir con la obligación de informar a la Autoridad Laboral, están previstas en el Plan Integrado actuaciones orientadas a investigar aquellos accidentes leves que se puedan haber visto afectados por una infra-calificación”.

La mayor parte de los estudios sobre los AT analizan datos epidemiológicos sobre su incidencia y van encaminados a investigar la causa, existiendo escasos y limitados estudios sobre sus **secuelas y evolución posterior**. De ahí, surge la necesidad de un análisis más completo para evaluar este proceso y sus consecuencias a efectos de protección del trabajador.

Por otra parte, se desprenden varios estudios que señalan las lesiones por AT y la incapacidad laboral como integrantes de la lista de prioridades en investigación en salud laboral y salud pública¹¹. Esta investigación, se hace muy necesaria, en especial, en estos momentos caracterizados por los cambios socioeconómicos que estamos atravesando¹².

Este estudio pretende realizar un análisis más profundo sobre las lesiones derivadas del AT, sus secuelas y su evolución posterior en los trabajadores afectados, según su gravedad. Se intentará establecer la relación entre la estimación inicial de su severidad con sus consecuencias con posterioridad.

OBJETIVOS

Principal:

- Establecer la **relación** entre el grado de severidad, declarada inicialmente en los partes oficiales de AT en el sector de la construcción en la provincia de Málaga y las consecuencias prestacionales reconocidas, con posterioridad.

Secundarios:

- Describir las características sociodemográficas y laborales de esa población.
- Especificar los diferentes **diagnósticos** de las lesiones por AT y sus **mecanismos de producción** de las mismas, según su gravedad.

- Establecer la posible relación entre la gravedad del accidente en función de los factores ocupacionales y sociodemográficas.
- Calcular la proporción de personas con algún tipo de **consecuencia prestacional** reconocida, en la muestra estudiada.
- Determinar el estado de salud subjetivo del trabajador tras dos años de haber ocurrido el accidente identificando los síntomas persistentes y su evolución, hasta la finalización del presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño:** Estudio observacional de tipo transversal.
- **Búsqueda bibliográfica:** Se realizó una búsqueda de artículos de alta calidad científica (revisiones sistemáticas, meta análisis) en diferentes bases de datos: medline y biblioteca Cochrane plus.
- **Población y muestra:** El universo poblacional elegido correspondió al total de los 2688 trabajadores que habían sufrido lesiones por AT con baja en jornada, en el sector de la construcción, durante el año 2011, en Málaga capital y provincia¹³.
- **Muestreo:** Se realizó un **muestreo aleatorio simple** con la obtención de 500 trabajadores sobre la base poblacional referida (2688). Para el cálculo del tamaño muestral, se estimó un nivel de confianza del 95%.
- **Fuentes de datos** de dónde se extrajeron las variables:
 - Los partes de lesiones por AT con baja en jornada, en el sector de la construcción, recogidos en el sistema delta, en el CPRL de Málaga, correspondiente al año 2011 (Anexo III).
 - Datos que constaban en la dirección provincial del INSS de Málaga, relativos a los trabajadores de la muestra anterior, a partir de los dos años posteriores.
- Cuestionario telefónico con los accidentados, en dos periodos: (noviembre 2012-abril del 2013) y el primer semestre del 2015 (anexo I).

Para la obtención de las bases de datos referidas, se obtuvieron las correspondientes autorizaciones, de los directores de los organismos responsables de las mismas.

Definición de las Variables:

- Sexo: Varón o mujer.
- Edad del trabajador en el momento de la lesión: se midió en años completos, según el año de nacimiento reflejado en el parte. Para una parte del estudio se categorizó la edad en los siguientes grupos: 0=17-33, 1=34-49, 2=50-65.
- Procedencia: comunitario/no comunitario.
- Ocupación de los trabajadores: se agruparon según el CNO 94 (Clasificación Nacional de Ocupaciones) que figuraba en los partes analizados (Anexo III), según los requerimientos del puesto de trabajo (carga física) basándonos en la metodología aportada por la Guía de valoración Profesional del INSS¹⁴. En ella, para cada requerimiento de trabajo existe un nivel de intensidad o exigencia diferente en función de las características del puesto de trabajo. Se estableció, así una escala de 4 grados, de menor a mayor de intensidad o exigencia. Para una parte del estudio se categorizó la ocupación en tres: 0= baja intensidad o exigencia, 1 =moderada intensidad y 2= Alta intensidad o exigencia.
- Tipo de contrato: Se categorizó en dos (Otros / Indefinido).
- Día de la semana en qué se produce el accidente: categorizada en tres tramos: (Primera mitad de la semana, segunda mitad y fin de semana).
- Horas que lleva trabajando: se dividió en dos tramos (Primera mitad de la jornada

laboral/segunda mitad de la jornada laboral).

- Grado de la lesión: leves, graves, muy graves. Para alguna parte del estudio se categorizó en dos: leves y graves.
- Mecanismo de producción: codificado según venía recogido en los partes oficiales de AT, según la orden TAS/2926/2992 del 19 de noviembre del sistema de declaración electrónica de accidentes de trabajo^{7,8} (anexo III).
- Lesión por diagnóstico: codificado según venía recogido en los partes oficiales de AT, según la orden TAS/2926/2992 del 19 de noviembre del sistema de declaración electrónica de accidentes de trabajo^{7,8} (anexo III).
- Consecuencia prestacional reconocida: LPNI (Lesiones permanentes no invalidantes), IPP, IPT, IPA, GRAN INVALIDEZ.
- Sintomatología referida por el trabajador: Existencia de sintomatología (sí/no), intensidad (suave, moderado, intenso ocasional e intenso y persistente), tipo (dolor, hormigueo, limitación en la movilidad, problemas estéticos y localización (basada en codificación recogida en los partes oficiales de AT) (anexo III).
- **Técnicas e instrumentos de Recolección de datos.**

Este estudio constó de dos partes diferenciadas:

Primera parte:

En una **primera fase:** del universo poblacional referido (2688), se procedió a la obtención (mediante un muestreo aleatorio simple) de los listados anuales de Partes oficiales de AT con baja en jornada (N=500), recepcionados en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga

(CPRL), a través del sistema Delta, durante el año 2011, y codificados en la aplicación informática SYE, de la población a estudio. Se realizó un análisis pormenorizado de estos partes con estudio de cada uno de sus apartados, comprobando su cumplimentación.

En una **segunda fase:** se procedió a la recopilación de datos relativos a estos 500 trabajadores que constaban en la dirección provincial del INSS De Málaga, dos años después, para analizar las posibles consecuencias prestacionales de los AT objeto de estudio.

Segunda parte:

Simultáneamente, se realizaron entrevistas telefónicas, entre los meses de noviembre del 2012 a abril del año 2013 y en una segunda fase, durante el primer semestre del 2015, intentando localizar a todos y cada uno de los trabajadores de la muestra seleccionada, insistiendo varias veces en las llamadas.

Para ello, se elaboró un cuestionario (anexo I) adaptado que incluye las variables recogidas en los Partes oficiales de AT, en el cuestionario Nórdico (kuorinka 1987)*.

- **Tratamiento de los datos:** Se solicitaron los permisos oportunos, con el compromiso de la utilización exclusiva de los datos para este trabajo. Se presenta la información de forma en que no se pueda identificar el trabajador. De esta forma, se cumple la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter personal.
- **Análisis de los datos:** se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 20 y el programa Excel 2016. Los resultados de las variables se expresaron en porcentajes. El nivel de significación se determinó en $p < 0,05$. Se realizaron los siguientes análisis:
 - 1) Comprobación de la distribución Normal de la muestra mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov.

* Cuestionario Nórdico (kuorinka 1987): cuestionario estandarizado para la detección y análisis de sintomatología músculo esquelética aplicable en el contexto de salud ocupacional.

- 2) **Análisis univariante** a través de tablas de frecuencia y medidas de tendencia central. **Las variables cuantitativas** se expresaron como media y desviación estándar y **las cualitativas** como frecuencias absolutas y porcentajes.
- 3) **Análisis bivariante** mediante la T-Student para una muestra y el Test no paramétrico U de Mann-Whitney (para las variables cuantitativas) y Chi Cuadrado o Test exacto de Fisher para las variables categóricas (tablas IX, X y XI).
- 4) Por último, se realiza un **Análisis de Correspondencias** para establecer la posible dependencia entre el nivel de gravedad y la consecuencia prestacional reconocida con posterioridad (tabla VIII y figura 9).
- **Criterios de Inclusión y Exclusión:**

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión (tabla II).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES:

Del total de trabajadores lesionados por AT, en el sector de la construcción en la provincia

de Málaga, durante el año 2011, se obtuvo una muestra representativa de 500 trabajadores. En cuanto a la distribución **según su gravedad**, nos encontramos con 458 casos de lesiones leves (91,6%), 37 graves (7,4%) y 5 muy graves (1%).

Podemos destacar en nuestro estudio, el predominio del sexo masculino con 484 trabajadores accidentados (un 96,8%) en el sector de la construcción en la provincia de Málaga durante el año 2011, frente a 16 mujeres (3,2%).

Nos encontramos con trabajadores entre los 17 y 65 años de edad. Si los dividimos en 3 tramos de edad (18 a 33 años, de 34 a 49 y de 50 a 65) (figura 4), encontramos que el más frecuente era aquél comprendido entre los 34-49 años (figura 4). Se observó una edad media de 37,61 años, (DT=10,868). Si comparamos las medias de edad de cada grupo, según su gravedad, obtenemos que para las lesiones leves (458 trabajadores) fue de 37,17 (DT=10,666; IC 95%=36,17-38,17) y 40,98 (DT=11,896; IC 95%=(37,82-44,14) en caso de las lesiones graves y muy graves (42 accidentados) (figura 5).

En relación a la **ocupación** de los trabajadores de la muestra estudiada, según la categorización explicada en la definición de las variables, se obtuvo la siguiente distribución (figura 6).

Con esta categorización obtuvimos una muestra donde aproximadamente la mitad (55%) pertenecían a ocupaciones donde los requerimientos, según carga física, son de media-alta intensidad o exigencia ("Grado 3").

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
✳ Trabajadores que presentaron Lesiones por AT con baja en jornada de carácter leve, grave y muy grave en el sector de la construcción durante el año 2011.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
✳ Accidentes mortales.
✳ AT "in itinere".
✳ Para la parte de entrevistas telefónicas: Trabajadores accidentados, cuyo teléfono se encontraba mal registrado.

Figura 4. Distribución según tramos de edad



Figura 5. Edad según nivel de gravedad

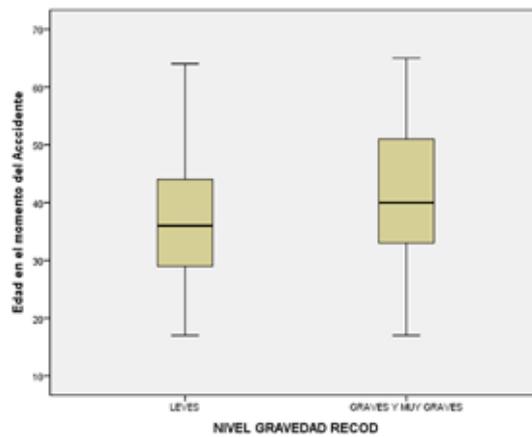
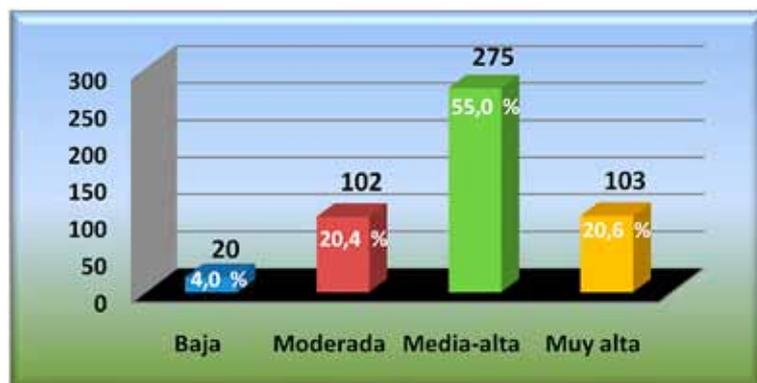


Figura 6. Distribución de la muestra por ocupación según los requerimientos físicos



CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE:

En función de la gravedad (Tabla III), los mecanismos de producción más frecuentes eran, **para los graves**, el aplastamiento sobre o contra un objeto móvil, con 18 casos (lo que supone un 42,85%, cerca de la mitad de los mismos). Y **para los leves**, el sobreesfuerzo físico con 126 casos (27,51%), lo cual significa algo más de una cuarta parte.

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y SINTOMATOLOGÍA REFERIDA EN LA ACTUALIDAD

Según su gravedad, los diagnósticos más frecuentes se reflejan en la Tabla IV. Destacando, por su frecuencia, dentro de las lesiones de grado **leves** los esguinces y torceduras con un total de 164 casos (35,81 %) (algo más de la tercera parte). En relación a los **graves y muy graves**, las frac-

Tabla III. Mecanismos de producción más frecuentes según su gravedad

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN MÁS FRECUENTES SEGÚN SU GRAVEDAD	LEVES (458)		GRAVES (42)	
	N	%	N	%
Sobreesfuerzo físico	126	27,51%	0	0,00%
Choque o Golpe contra un objeto en movimiento	53	11,57%	6	14,28%
Aplastamiento sobre o contra un objeto móvil	76	16,59%	18	42,85%
Contacto o Golpe con agente material cortante, punzante, duro	86	18,77%	4	9,52%

Tabla IV. Comparativa de lesiones por diagnóstico según su gravedad

LESIÓN POR DIAGNÓSTICO	NIVEL GRAVEDAD				TOTAL	
	LEVES (458)		GRAVES y MUY GRAVES(42)			
Esguinces y torceduras	164	35,81%	1	2,38%	165	38,19%
Contusión	91	19,87%	2	4,76%	93	24,63%
Heridas	65	14,19%	2	4,76%	67	18,95%
Fracturas	36	7,86%	20	47,62%	56	55,48%
Lumbalgia post esfuerzo	43	9,39%	0	0,00%	43	9,39%
Dislocaciones, subluxaciones y Lesión muscular o tendinosa	27	5,90%	0	0,00%	27	5,90%
Lesiones oculares	20	4,37%	2	4,76%	22	9,13%
Lesiones múltiples	3	0,66%	7	16,67%	10	17,32%
Infarto y derrames cerebrales	1	0,22%	3	7,14%	4	7,36%
Amputaciones traumáticas	0	0,00%	4	9,52%	4	9,52%
Quemaduras y escaldaduras	4	0,87%	0	0,00%	4	0,87%
TCE	2	0,44%	1	2,38%	3	2,82%
Lesiones internas	2	0,44%	0	0,00%	2	0,44%
TOTAL	458	100,00%	42	100,00%	500	

turas fueron el diagnóstico más frecuente con 20 casos (47,62 %), lo que implica casi la mitad de los mismos.

En relación a las entrevistas telefónicas, se consiguió localizar a 371 trabajadores. Una vez contactados y previa aceptación de los mismos, se les aplicó el cuestionario del anexo I, obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a **la sintomatología**, 261 trabajadores de la muestra refirieron no tener ninguna clínica posterior derivada de su AT (lo que supone el 70,4 %). Los que contestaron positivamente (110) refirieron los síntomas reflejados en la tabla V, dónde, observamos que: el "Dolor" es el síntoma predominante, en alguno de los trabajadores la respuesta fue positiva, para más de una sintomatología.

La sintomatología subjetiva más frecuente, referida por el trabajador por partes del cuerpo, la

vemos reflejada en la figura 7, dónde es la columna vertebral la más afectada, con 35 trabajadores afectados (27,34%) entre los localizados para las entrevistas telefónicas.

La intensidad y grado de limitación que, estos trabajadores refirieron, tras ser entrevistados se distribuye según se observa en las tablas VI y VII.

Más de las tres cuartas partes lo describió como intenso ocasional, si bien, el 68,18 %refirió que le permite realizar las tareas habituales de su trabajo.

PORCENTAJES DE CONSECUENCIAS PRESTACIONALES RECONOCIDAS

De la muestra estudiada, a 33 casos (6,6% de la muestra estudiada) se les había reconocido algún tipo de **Consecuencia Prestacional (en adelante CP)**. El tipo de consecuencia se distribuyó en frecuencia según la figura 8.

Tabla V. Sintomatología del trabajador en el momento actual

Síntomas	N (síntomas)	% sobre 371 encuestas
Dolor	86	23,2 %
Hormigueo	20	5,4 %
Limitaciones	15	4,0 %
Estéticas	7	1,9 %
Ningún síntoma	261	70,4%

Figura 7. Existencia de Síntomas más frecuentes en el año 2015, por partes del cuerpo afectada

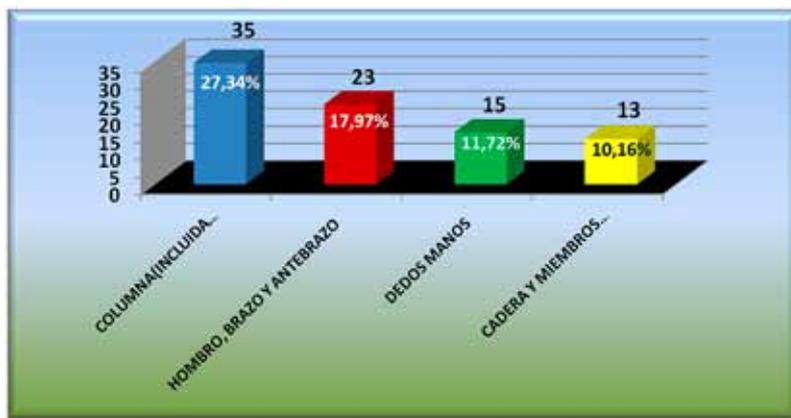


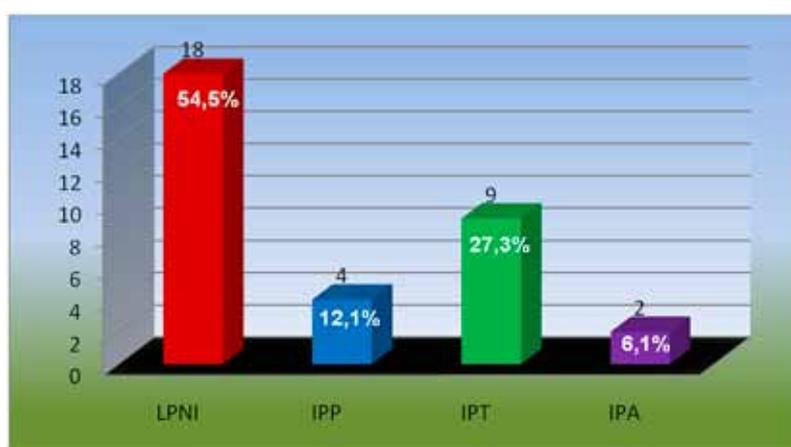
Tabla VI. Intensidad de síntomas por trabajador afectado

INTENSIDAD SÍNTOMAS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUAVE	10	7,81 %
MODERADO	10	7,81 %
INTENSO OCASIONAL	96	75,00 %
INTENSO Y PERSISTENTE	12	9,38 %
TOTAL	128	100,00 %

Tabla VII. Grado de Limitación, por trabajador afectado

GRADO LIMITACIÓN		
Síntomas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ME LIMITA	14	12,72 %
ME PERMITE REALIZAR TAREAS HABITUALES PARA MI TRABAJO	75	68,18 %
LIMITA TAREAS HABITUALES EN MI TRABAJO	17	15,45 %
LIMITA TAREAS HABITUALES EN MI VIDA DIARIA	4	3,63 %
TOTAL	110	100,00 %

Figura 8. Distribución de la consecuencia prestacional reconocida*



* LPNI: Lesiones permanentes no invalidantes. IPP: Incapacidad permanente parcial. IPT: Incapacidad permanente Total. IPA: Incapacidad permanente absoluta

La distribución de las CP según la gravedad del accidente fue la siguiente: de los 458 casos de AT leves se le reconoce CP a 13 casos, es decir al 2,83%, mientras que en los 42 casos de AT graves y muy graves se les reconoció a 20 casos, lo que supone un 47,61% de los casos.

En los AT leves, a los que se les había reconocido algún tipo de prestación, destacaron las "Lesiones permanentes no invalidantes" con 10 casos (un 76,92 %) mientras que en los AT graves destacaron en primer lugar el reconocimiento de algún tipo de incapacidad permanente (IP total y IP Parcial en segundo lugar) con 10 casos. Por último, se destacó que el 100% de las IP absolutas reconocidas habían sido para AT muy graves (tabla VIII).

ANÁLISIS BIVARIANTE

En cuanto a la relación de la severidad de la lesión (según el grado reflejado en el parte de AT) con los factores sociodemográficos y ocupacionales, se obtuvieron los siguientes resultados, según las siguientes tablas IX y X (dónde los porcentajes se expresan en filas).

Se destacó asociación estadísticamente significativa, a favor de la gravedad, según media de edad, contrato no indefinido, final de la jornada laboral y segunda mitad de la semana.

De las variables obtenidas de los cuestionarios aplicados en las entrevistas telefónicas, se estudió la relación entre el nivel de Gravedad, la Hospitalización y el Tipo de Asistencia con la existencia de Sintomatología derivada del AT, referidas por el trabajador. En la siguiente tabla XI se muestran los resultados (los porcentajes vuelven a expresarse por filas).

Por tanto, si se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables expuestas en la tabla con la existencia de síntomas actuales.

Por último: se realizó un **Análisis de Correspondencias Simple**, para valorar la posible dependencia de los valores con la Consecuencia Prestacional reconocida (tabla VIII y figura 9).

En este análisis pudimos ver que existía una correspondencia entre la gravedad de las lesiones y la consecuencia prestacional derivada, con posterioridad. En el gráfico obtenido se observó que existía una atracción entre las categorías AT leves y Lesiones permanentes no invalidantes, por un lado, así como, entre las AT graves con las IP Totales y Parciales, además de la AT Muy Graves con la IP Absoluta. Por otro lado, se observó también el grado de no atracción entre las categorías AT leves con la IP Absoluta y los AT Muy Graves con las lesiones permanentes no invalidantes (figura 9). La prueba de Chi-cuadrado era estadísticamente significativa con una $p=0,001$.

Tabla VIII. Consecuencias Prestacionales reconocidas. Fuente: datos de la dirección provincial del INSS

		Lesiones permanentes No invalidantes	IP PARCIAL	IP TOTAL	IP ABSOLUTA	TOTAL CP
LEVES	Recuento	10	1	2	0	13
	% dentro del inicial	76,9 %	7,7 %	15,4 %	0,0 %	100,0 %
GRAVES	Recuento	8	3	7	0	18
	% dentro del inicial	44,4 %	16,7 %	38,9 %	0,0 %	100,0 %
MUY GRAVES	Recuento	0	0	0	2	2
	% dentro del inicial	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
TOTAL	Recuento	18	4	9	2	33
	% dentro del inicial	54,5 %	12,1 %	27,3 %	6,1 %	100,0 %

Tabla IX. Relación gravedad de la lesión con factores sociodemográficos

		N	LEVES %(458)	GRAVES/MUY GRAVES %(42)	Significación	RP CON IC (95%)
SEXO	HOMBRE	484	88,4	11,6	0,510	(0,066-3,932)
	MUJER	16	93,8	6,2		
EDAD	MEDIA EN AÑOS	500	37,17 (DT10,66)	40,98(DT11,89)	0,015	*****

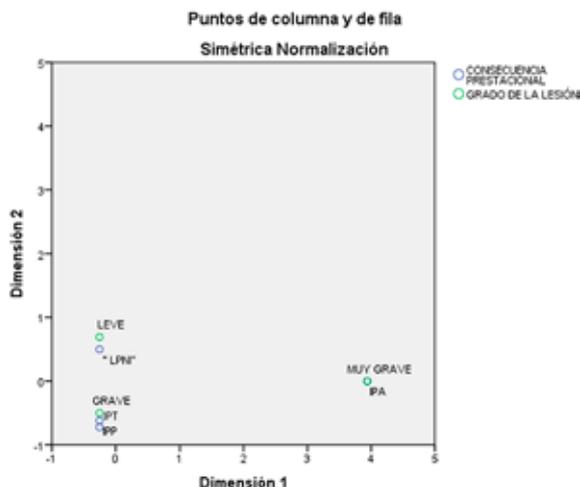
Tabla X. Relación gravedad de la lesión con factores ocupacionales

		LEVES (458)%	GRAVES MUY GRAVES (42)%	Significa- ción	RP CON IC (95%)
TIPO CONTRATO	OTROS	83,6	16,4	0,000	(0,190-0,640)
	INDEFINIDOS	93,6	6,4		
HORA DE TRABAJO	Primera mitad jornada	90,3	9,7	0,012	(0,163-3,818)
	Segunda mitad jornada	81,6	18,4		
DÍA DE LA SEMANA	Primera mitad	90,7	9,3	0,029	*****
	Segunda mitad	83,6	16,4		
	Fin de semana	100	0		
PROCEDENCIA	COMUNITARIOS	88,3	11,7	0,276	(0,045-2,585)
	NO COMUNITARIOS	95,7	4,3	0,276	(0,045-2,585)

Tabla XI. Análisis bivalente existencia de sintomatología actual

		EXISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ACTUAL			
		NO %	SI %	ESTADÍSTICO	SIGNIFICACIÓN
NIVEL DE GRAVEDAD	LEVES	73,2	26,8	Chi cuadrado de Pearson	0,001
	GRAVES Y MUY GRAVES	48,8	51,2		
REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN	NO	73,0	27,0	Chi cuadrado de Pearson	0,000
	SI	40,0	60,0		
TIPO DE ASISTENCIA	AMBULATORIA	74,3	25,7	Chi cuadrado de Pearson	0,000
	HOSPITALARIA	51,6	48,4		

Figura 9. Gráfico del análisis de Correspondencia Simple



DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación refuerzan el importante papel del médico en su participación en la **dual perspectiva del AT**: como contingencia protegida por la SSy como riesgo laboral prevenible (LPRL)^{1,5}. Al mismo tiempo, nos aportan más información, útil para complementar la formación del médico y contribuir a la investigación, tan necesaria en el mundo de los AT¹⁵.

En el estudio **bivariante**, se observa una **relación estadísticamente significativa** entre el grado de la lesión y la existencia de sintomatología posterior. De la misma forma, se encuentra concordancia entre la calificación de las mismas con las consecuencias prestacionales reconocidas. El grado de la lesión es la **variable más importante** para la investigación especializada de los AT. Esta estimación depende **exclusivamente del criterio médico**, tal y como se ve reflejado en las instrucciones de cumplimentación de los partes de la Orden TAS/ 2926/2002, de 19 de noviembre⁸.

Ya, de la bibliografía consultada para la realización de este trabajo, se han encontrado varios estudios que nos muestran la utilidad del conocimiento del proceso evolutivo de las secuelas, y la necesidad de obtener más información sobre las lesiones por accidente de trabajo relacionadas con la ocurrencia de IP^{11,16}.

En este sentido, este estudio resulta novedoso, pues no se han encontrado estudios que investiguen en esta línea.

Si bien los resultados de nuestro estudio son bastante satisfactorios, por concluir que existen bastantes evidencias que apoyan que el médico realiza correctamente la asignación de la severidad de la lesión, sería interesante continuar en esta línea, para seguir analizando los factores relacionados con el proceso evolutivo de las secuelas hasta el reconocimiento de la prestación. Todo ello, aportaría información para ayudar a optimizar el proceso de la gestión de estas lesiones y sus consecuencias, a efectos de protección social.

Por tanto, la formación del médico en esta materia, así como de los demás agentes implicados es necesaria, en nuestra opinión, para contribuir a la mejora de la gestión integral de los AT. Es necesario, además trabajar en la elaboración de estrategias en la optimización y coordinación entre los registros de la Seguridad Social, las mutuas de AT y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y las autoridades sanitarias y laborales^{6,7,8,10}.

De hecho, las mayores limitaciones para la realización de este estudio, las encontramos a la hora de recopilar los datos en diferentes registros documentales, por pertenecer a organismos diferentes.

Los resultados de los objetivos secundarios de nuestro estudio, ayudan a complementar la formación del médico en el conocimiento de los AT. Formación, fundamental dado el importante papel que desempeña en todo el proceso.

En primer lugar, y en **la fase descriptiva**: nos encontramos con una muestra predominantemente masculina, porcentaje esperable teniendo en cuenta el sector que estamos estudiando (construcción). La media de edad de la población coincide con estudios existentes¹⁷.

En cuanto a los **mecanismos de producción**, divididos según su gravedad, predomina el sobreesfuerzo, en el caso de los accidentes por AT leves frente a los aplastamientos sobre o contra un objeto en movimiento en los AT graves. Estos resultados coinciden con estudios anteriores, y se ve reforzado por el informe anual de Accidentes de Trabajo en España, elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en el año 2010, en cuanto a los accidentes totales con baja se refiere¹⁸. En el caso de los accidentes por sobreesfuerzo, ya constituyen una evidente prioridad, constatado por varios autores, y siguen requiriendo un seguimiento detallado, estudio e investigación¹⁸.

La **distribución de las lesiones** más frecuentes según su diagnóstico y dividida según su gravedad son: Los esguinces y torceduras en el caso de los AT leves, en comparación con las fracturas en los AT graves.

En nuestro estudio observamos, que las lesiones por AT en el sector de la construcción en el año 2011, ocurridas en Málaga capital y provincia, ha tenido un reconocimiento para algún tipo de **consecuencia prestacional** en un 6,6 % de los casos. Destacan, la frecuencia de CP en los Graves y Muy Graves con algo más de una tercera parte de los mismos. Predominan, el reconocimiento de "lesiones permanentes no invalidantes" independiente de su gravedad, seguidas de "incapacidades permanentes totales".

CONCLUSIONES

- Se encuentra concordancia entre la calificación inicial de gravedad de los AT (estableci-

da por el médico), y el tipo de consecuencia prestacional de sus secuelas, reconocida posteriormente.

- Los mecanismos de producción de las lesiones por AT más frecuentes, según su gravedad, son los "sobreesfuerzos" en el caso de las **Lesiones por AT leves** y el "aplastamiento y choques contra objetos", en las **Lesiones por AT graves**.
- Los **diagnósticos más frecuentes** encontrados según su gravedad, son los "esguinces y torceduras" para las Lesiones por AT leves y las "fracturas" para las graves.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de la lesión en función de las variables estudiadas: edad y condiciones laborales, horas de trabajo, día de la semana, tipo de contrato.
- Existe **asociación estadísticamente significativa** entre el grado de la lesión que el médico establece en los partes de AT y la existencia de sintomatología relacionada, en la actualidad.

Agradecimientos

- A la Dirección Provincial del instituto Nacional de la Seguridad Social.
- A los departamentos de medicina preventiva y salud pública de la Facultad de Medicina (Universidad de Málaga) y al departamento de asesoría estadística (Colegio de Médicos de Málaga) por su asesoramiento, en las dudas surgidas en el análisis estadístico, durante la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor, primer firmante del manuscrito de referencia, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto legislativo 1/1994 , de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, LGSS. BOE nº 154. 29/6/1994. Revisión vigente hasta el 02 de Enero de 2016).
2. Alvarez-Blázquez Fernández F, et cols. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Madrid; 2009.
3. Crisis económica y siniestralidad laboral. Osalan: Instituto Vasco de Seguridad y salud laborales.: Sección de Estadística. Subdirección de planificación; Junio 2012.
4. Seguridad Social. Mercado de Trabajo y pensiones contributivas de la Seguridad Social, Disponible en: <http://www.meyss.es/series/prestaciones>.
5. Ley 31/1995 (BOE 10/10/1995), de prevención de Riesgos Laborales(LPRL). 1995.
6. Orden del Ministerio de Trabajo del 16 de Diciembre de 1987 sobre nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y procedimiento para su cumplimiento y tramitación: BOE 26 de Febrero de 1986.
7. NTP 592: La gestión integral de los accidentes de trabajo (I) tratamiento documental e investigación de accidentes.
8. Orden TAS/2926/2002, del 19 de Noviembre del sistema de declaración electrónica de accidentes de trabajo.
9. Moreno-Sueskun I, Tapiz P, Artieda L. Validación de un indicador de gravedad del accidente laboral. 2000.
10. Informe anual de Inspección de Trabajo y Seguridad Social 2011. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
11. Benavides F, Delclos J, Benarch J, Serra C. Lesiones por accidente de trabajo, una prioridad en salud pública. 2006.
12. Terres de Erceilla F, Rodríguez M, Álvarez C, Castejón V. Las fluctuaciones económicas afectan a la seguridad. El caso español. 2004; 4(211-28).
13. Ministerio de empleo y Seguridad Social [Internet]. NIPO: 270-12-027-8 Año 2011. Disponible en <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat11>.
14. Guía de valoración profesional. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Subdirección General de unidades Médicas. 3ª edición año 2014.
15. Van der Molen H, Lehtola M, Lappalainen J, Hoonakker P, Hsiao H, Haslam R, et al. Las intervenciones para prevenir lesiones en los trabajadores de la construcción. Cochrane Database Sys Rev 2012. 2012; 12.
16. Irina Grivina Borisova AMG. Incapacidad Permanente por accidente de trabajo: revisión sistemática: Arch. Prev. Riesgos Labor 2010; 13(4):195-201; 2010.
17. Diaz Aramburu C, de la Orden Rivera MV, Zimmermann Verdejo M. Actividades económicas con mayor siniestralidad, penosidad, y peligrosidad: Sector de la construcción. INSHT, Departamento de Investigación y Formación, 2010.
18. Informe Anual de Accidentes de Trabajo en España, año 2010. INSHT. Ministerio de Trabajo (España). 2011. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

ANEXO I. Cuestionario sobre sintomatología actual tras el A.T.

Nombre del encuestador:			
Nº de cuestionario:			
Fecha de realización:		de	
		de	
DATOS DEL ACCIDENTADO:			
Edad:	Sexo:	Hombre:	<input type="checkbox"/>
		Mujer:	<input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: __/__/__	Lugar:		
* Tipo de contrato:			
<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Indefinido		
* Procedencia:			
<input type="checkbox"/> Comunitario	<input type="checkbox"/> Extracomunitario		
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ACCIDENTE LABORAL			
Fecha de AT: __/__/__			
Hora de trabajo en la que ocurrió el accidente: __: __			
Día de la semana en qué se produce:			
<input type="checkbox"/> Lunes			<input type="checkbox"/> Viernes
<input type="checkbox"/> Martes			<input type="checkbox"/> Sábado
<input type="checkbox"/> Miércoles			<input type="checkbox"/> Domingo
<input type="checkbox"/> Jueves			
¿Requirió hospitalización?:			
<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
¿Cómo se produjo el accidente?:			
1. Ninguna información.	2. Sobreesfuerzo físico	3. Choque o Golpe contra un objeto en movimiento	
4. Aplastamiento sobre o contra un objeto móvil	5. Contacto o Golpe con agente material cortante, punzante, duro	6. Quedar atrapado, ser aplastado, sufrir una amputación	
7. Contacto con corriente eléctrica, fuego	8. Infartos, derrames cerebrales, patologías no traumáticas	9. Golpe contra vehículos o atropellos	
10. Proyección de partículas, fragmentos o inhalación	11. Otros	12. Movimientos no coordinados, gestos intempestivos	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA LESION			
¿Qué tipo de lesión tuvo como consecuencia del AT? ____			
1. Heridas	2. Fracturas	3. Esguinces y torceduras	
4. Dislocaciones, subluxaciones y Lesión muscular o tendinosa	5. Lumbalgia postesfuerzo	6. Amputaciones traumáticas	
7. Conmoción y lesión intracraneales	8. Lesiones internas	9. Quemaduras y escaldaduras	
10. Infarto y derramos cerebrales	11. Lesiones oculares	12. Contusión	
13. TCE	14. Lesiones múltiples		
¿Tiene algunas molestias, en la actualidad, derivada de su lesión por AT?			
<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
En caso de que la respuesta sea NO, finalizar la encuesta. En caso afirmativo continuar.			
TIPO DE MOLESTIAS	NO	SI	
NINGUNA			
DOLOR**			
HORMIGUEO			
LIMITACIÓN EN LA MOVILIDAD (Anquilosis/Prótesis/Amputación)***			
PROBLEMAS ESTÉTICOS			

ANEXO I (continuación)

Zona del Cuerpo *	Tipo de Dolor **	Grado de limitación ***

*Zona del Cuerpo:

- Cabeza, zona facial y orejas.
- Ojos
- Cuello, incluida columna y vértebras cervicales
- Espalda, incluida columna y vertebras dorso lumbares
- Región torácica
- Hombro, brazo y antebrazo
- Mano y muñeca
- Dedos mano
- Cadera y miembros inferiores
- Pie y dedos pie
- Otros

** Tipo de Dolor:

- Suave
- Moderado
- Intenso ocasional
- Intenso y persistente

*** Grado de limitación:

- No me limita
- Me permite realizar tareas habituales pero me limita para el deporte
- Limita tareas habituales en mi trabajo
- Limita tareas habituales en mi vida diaria

* ¿Se le ha reconocido alguna tipo de consecuencia prestacional?

Sí No

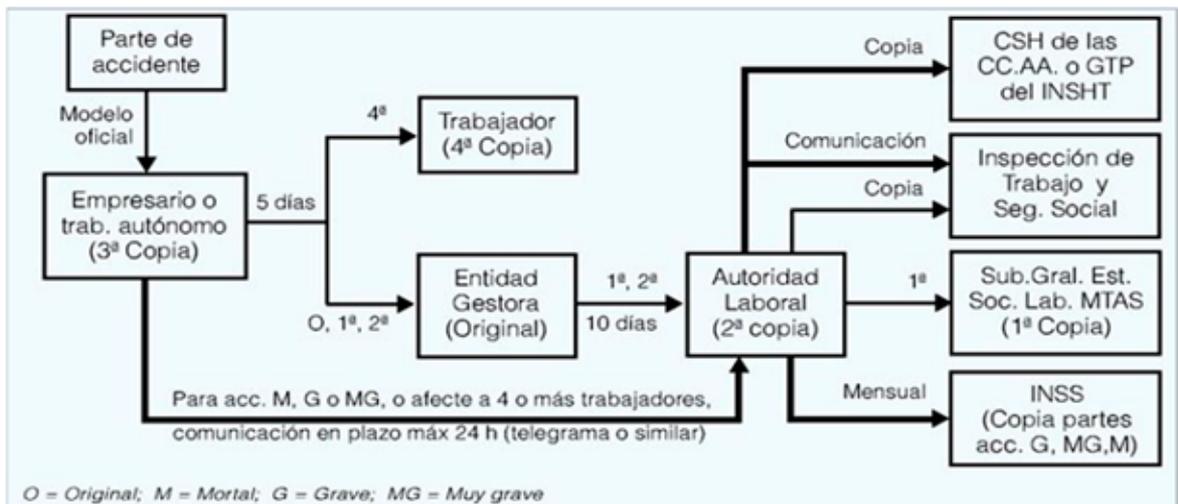
¿Le han reconocido algún tipo de INCAPACIDAD O LESIÓN PERMANENTE NO INVALIDANTE?

Sí No

* Si la respuesta es SI, qué tipo:

- Lesión permanente no invalidante.
- Incapacidad Permanente Parcial.
- Incapacidad Permanente Total.
- Incapacidad Absoluta.
- Gran invalidez.

ANEXO II. Esquema de notificación de accidentes de trabajo (Órden de 16-12-1987, BOE Nº311 de 29-12-1987)⁶



ANEXO III. Parte de accidente de trabajo

40990

Jueves 21 noviembre 2002

BOE núm. 279

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

Accidente Recaída

PAT

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º : _____ Apellido 2º : _____ Nombre : _____ Sexo: Varón Mujer

Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) _____ Fecha ingreso en la empresa _____ Fecha nacimiento _____ Nacionalidad (2) _____
 (día/mes/año) _____ Española Otra _____

Identificador Persona Física (IPF) (3) _____ Ocupación del trabajador: (4) _____ CNO-94 _____ Antigüedad puesto trabajo (5) _____ Tipo contrato (6) _____
 _____ meses _____ días _____

Situación profesional (marque con una X la que corresponda): Asalariado sector privado Autónomo sin asalariados
 Asalariado sector público Autónomo con asalariados

Régimen Seguridad Social (7) _____ Convenio aplicable : _____ Epígrafe de AT y EP _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Código Postal: _____

2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre o Razón Social: _____ CIF o NIF (8) _____ Código C. Cotización en la que está el trabajador (9) _____

Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.): _____ Provincia: _____

Municipio: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10) : _____ CNAE-93 _____ Plantilla correspondiente a esa C.C (11) _____

Marque si actuaba en el momento del accidente como: Contrata o subcontrata Empresa de Trabajo Temporal

¿Cuál o cuáles de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :

Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa Servicio de prevención propio Servicio de prevención ajeno
 Trabajador(es) designado(s) Servicio de prevención mancomunado Ninguna

3.- LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

LUGAR

Lugar del accidente: En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En desplazamiento en su jornada laboral (*) Al ir o al volver del trabajo, "in itinere" (*)

(*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:

País: _____ Provincia: _____ Municipio: _____

Calle y número: _____ Vía pública y punto kilométrico: _____

Otro lugar (especificar) : _____

CENTRO DE TRABAJO

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)

Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)

Contrata o subcontrata --Cumplimentar CIF o NIF _____

Usaria de ETT --Cumplimentar CIF o NIF _____

Otra --Cumplimentar CIF o NIF _____

ANEXO III (continuación)

BOE núm. 279

Jueves 21 noviembre 2002

40991

DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social: Domicilio: Provincia:
 Municipio: Código Postal: Teléfono:
 Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Cotización Actividad económica principal del centro (13): CNAE-93

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente Hora de trabajo (14) Era su trabajo habitual
 (1 a 24) (1ª, 2ª, etc.) SI NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente
 Descripción del accidente (15) :

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) :

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) :

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) :

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) :

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) :

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) :

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) :

Aparato o agente material causante de la lesión (23) :

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador
 Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombres, domicilios y teléfonos (24) :

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) :

Grado de la lesión (26): Leve Grave Muy grave Fallecimiento Parte del cuerpo lesionada (26) :

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) :

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27): Hospitalaria Ambulatoria

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:

6.- ECONÓMICOS

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1)	B1.- por horas extras	Promedio diario
-Días cotizados (2)	B2.- por otros conceptos	-Base reguladora A
-Base reguladora A (3)	Total B1 + B2	-Base reguladora B
	Promedio diario base B (5)	Total B.R. diaria (6)
		Cuantía del subsidio 75% (7)

Don/Doña: en calidad de de la empresa, expide el presente parte en a de de 20... (firma y sello)	ENTIDAD N° N° EXPEDIENTE	AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado)
--	---------------------------------	--

Fuente: Orden TAS/2926/2002, del 19 de Noviembre del sistema de declaración electrónica de accidentes de trabajo⁸.