

Trabajo fin de Máster

Máster en Prevención de Riesgos Laborales



**VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD
TEMPORAL Y RIESGO DURANTE EL
EMBARAZO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Estudiante: Isabel Pérez Valero
Director del Proyecto: Antonio Cardona Llorens
Fecha entrega: Junio 2016
Universidad Miguel Hernández

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	3
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. OBJETIVOS	16
5. DISEÑO Y MÉTODOS	17
6. RESULTADOS	18
7. DISCUSIÓN	22
8. CONCLUSIONES	23
9. BIBLIOGRAFÍA	24
10. ANEXO 1	27



1. RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo realizado desde varias consultas médicas de un centro de salud, durante un período de tiempo de 6 meses de duración, en el cual se estudia a las embarazadas trabajadoras que acuden a la consulta solicitando descanso ya sea como incapacidad temporal o tramitando la baja por riesgo laboral durante el embarazo. Se registra la edad, nacionalidad, profesión, edad gestacional, factores de riesgo laborales y motivos por los que solicitan incapacidad temporal, y se analiza la relación entre unas variables y otras.

Palabras clave: pregnant women, pregnancy, occupational risks, risk factors, absenteeism.

2. INTRODUCCIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) [1] considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de un sinnúmero de cuidados, atenciones y medidas prodigadas con generosidad y profesionalidad.

El embarazo no es una enfermedad, sino un aspecto más en la vida de una mujer que, en muchos casos, debe compaginar con su vida laboral. Es aquí donde, en ocasiones, pueden surgir ciertos inconvenientes, tanto para ella como para el futuro hijo, y es entonces cuando el embarazo se hace de riesgo. En este momento un trabajo que se realizaba sin dificultad se hace nocivo.

El hecho de considerar la situación de la mujer trabajadora embarazada como “especialmente sensible” se recoge en distintas legislaciones internacionales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde su fundación en 1919 y con posterioridad, en 1.997, ha venido incluyendo dicha protección como una de las recomendaciones a sus países miembros como se recoge en la Directiva del Consejo de Europa 92/85/CEE, de 19 de octubre relativa a las medidas para promover la mejora de la salud y seguridad en el trabajo de la mujer trabajadora [2] y, previamente, la Directiva Marco 89/391/CEE de 12 junio de 1.989 en su Artículo 15 [3].

En España la Ley 39 / 1.999 de 5 de noviembre para la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras [4] ha venido a modificar parcialmente la Ley General de la Seguridad Social, ampliando las prestaciones económicas del sistema e incluyendo entre éstas la prestación económica por riesgo durante el embarazo. Previamente, la Ley 31/1.995 de 8 noviembre de prevención de riesgos laborales contempla, en su Artículo 26 [5], la obligación empresarial de identificar aquellos riesgos que puedan ser peligrosos para la salud de las trabajadoras o del feto.

En otras ocasiones, es el embarazo patológico por causa clínica el que interfiere en el desarrollo laboral provocando la posible ausencia al trabajo de la mujer, es decir, provocando la incapacidad temporal.

La legislación española en materia de Seguridad Social tiene establecidas dos prestaciones económicas diferentes (subsidios) para cada una de estas posibles situaciones en que es necesaria la ausencia de la mujer de su puesto de trabajo. Cuando la situación es achacable a la situación clínica del embarazo (riesgo genérico) puede ser, dependiendo además de los requerimientos del puesto de trabajo, susceptible de incapacidad temporal. Cuando la situación es achacable a la existencia de un agente nocivo en el trabajo (riesgo específico) se debe valorar como riesgo durante el embarazo. En los casos en que coincidan ambas situaciones debe ser valorada la predominancia del factor clínico o laboral y establecer la prestación correspondiente.

Se hace necesario identificar la valoración médica y laboral que predomina en cada caso y determinar la actuación más conveniente desde el punto de vista laboral. Bien entendido que, ante una mujer trabajadora y embarazada deben ser valorados los requerimientos del puesto de trabajo, la situación clínica y los riesgos que pueden ser asumidos. Al final lo que se demanda es determinar si se aconseja a la mujer que deje o no de realizar su trabajo y en este caso determinar la causa de dicha medida.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, feto y/o neonato) o grupo de personas que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad.

La identificación de los factores de riesgo se apoya en estudios previos sobre la mortalidad perinatal y en experiencias previas de los autores.

Igualmente debemos diferenciar los conceptos clínicos y laborales de embarazo de riesgo. El concepto clínico no es siempre coincidente con el laboral, y así, el hecho de considerar un embarazo de riesgo no tiene que estar relacionado únicamente con la actividad laboral.

Son enormes los problemas a la hora de identificar los riesgos ambientales y profesionales que pueden afectar negativamente al embarazo. Muchas veces la multiplicidad de situaciones (propias de la mujer o de su situación social y del ambiente extra laboral) se añade a los riesgos del trabajo, enmascarando la causa real.

En este sentido se publican informaciones muchas veces contradictorias sobre los efectos negativos de determinadas sustancias o situaciones y, por ello, se debe ser muy cauto a la hora de establecer situaciones no bien demostradas como de riesgo.

Se deben identificar, por tanto, y es lo que nos interesa aquí, dos aspectos muy concretos:

- A. Riesgos clínicos.
- B. Riesgos laborales.

A. RIESGOS CLÍNICOS DEL EMBARAZO

El embarazo puede conllevar una serie de situaciones negativas que complican, dificultan o incluso impiden el normal desarrollo del mismo. La SEGO [1] clasifica los factores de riesgo en los siguientes apartados:

- Factores sociodemográficos: Edad materna igual o menor de 15 años. Edad materna igual o mayor de 35 años. IMC de obesidad. IMC de delgadez. Tabaquismo. Alcoholismo. Drogadicción. Nivel socioeconómico bajo.
- Antecedentes reproductivos: Abortos de repetición, antecedente de parto pretérmino, antecedente de nacido con CIR, antecedente de muerte perinatal, hijo con lesión residual neurológica, antecedente de nacido con defecto congénito, antecedente de cirugía uterina, malformación uterina, incompetencia cervical.
- Antecedentes médicos: hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedad renal, diabetes, endocrinopatías, enfermedad respiratoria crónica, enfermedades hematológicas, epilepsia y otras enfermedades neurológicas, enfermedad psiquiátrica, enfermedad hepática con insuficiencia, enfermedad autoinmune con afectación sistémica, tromboembolismo, patología médico-quirúrgica grave.

- Embarazo actual: hiperémesis gravídica, eclampsia y preeclampsia, hidropesía gravídica, placenta previa y acretismo placentario, CIR, tromboembolismo de la gestación, embarazo ectópico.

La presencia de alguna de estas situaciones o de otros factores negativos para la gestación, es lo que determina el denominado embarazo de riesgo clínico.

Desde el punto de vista laboral, la identificación de alguno de los factores que vamos a desarrollar como complicación de la gestación, puede implicar el consejo de que la mujer deje de trabajar cuando la situación clínica demuestre incapacidad para seguir desarrollando su trabajo (incapacidad temporal). En otras ocasiones, la situación clínica aconseja el reposo. Tanto en uno como en otro caso habrá que determinar el tiempo de dicha situación.

B. RIESGOS LABORALES PARA EL EMBARAZO

Antes de nada es necesario precisar que el Reglamento de los Servicios de Prevención, en su Artículo 3, define la evaluación de los riesgos laborales como el proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para así poder decidir sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.

En el caso de la población laboral especialmente sensible, como son las trabajadoras embarazadas, la Ley de Prevención (Artículo 16.1) indica que si las medidas no son racionalmente posibles, se proceda a trasladar a la trabajadora a un puesto exento del riesgo o, de no ser esto posible, proceder a suspender el contrato de trabajo e iniciar los trámites de obtención del correspondiente subsidio de riesgo durante el embarazo en las oficinas de la Seguridad Social. En consecuencia, en condiciones óptimas, la información debería constar y la propia trabajadora debería disponer de dicha información sobre si su puesto de trabajo es o puede ser nocivo para la salud del embarazo.

Por otro lado es evidente que la simple presencia de un agente nocivo para el embarazo en una actividad laboral no siempre implica la inmediata retirada del contacto. Hay factores como son el temporal (no todos los agentes son nocivos en toda la gestación) y la intensidad (habrá que determinar a partir de que dosis el agente es nocivo).

También debe tenerse en cuenta que, en ocasiones, se produce una sinergia de exposiciones o agentes que puede ser por la existencia de más de un agente (varias

sustancias químicas por ejemplo) o por la sinergia de agentes laborales y clínicos. Por ejemplo, en la embarazada con lesiones osteoarticulares de inicio, el embarazo y trabajos de demanda de carga física agravan la situación clínica de la trabajadora.

Lo articulado en esta materia fue consecuencia de la transposición a la normativa española de la Directiva Europea 92/85/CEE, de 19/10/1.992, DOCE L 28.11.92, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en el periodo de lactancia. Si bien dicha Directiva anexaba una “lista no exhaustiva de los agentes, procedimientos y condiciones de trabajo”, la norma española no publica una relación específica de los riesgos.

Es por ello que para conocer la relación de agentes que pueden ser considerados de riesgo debemos referirnos a dicha Directiva y al manejo de la bibliografía. Veamos alguna de ellas. En la siguiente tabla se resumen los agentes identificados en la Directiva 92/85 [2].

AGENTES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO (Directiva 92/85/CEE)	
AGENTES	
FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Choques Vibraciones Movimientos Manejo manual de cargas Ruido Radiaciones ionizantes Radiaciones no ionizantes Frío extremo Calor extremo Movimientos, posturas y desplazamientos Fatiga mental Fatiga física
BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de riesgo 2 (Directiva 90/679/CEE) Grupo de riesgo 3 (Directiva 90/679/CEE) Grupo de riesgo 4 (Directiva 90/679/CEE)
QUÍMICOS	<ul style="list-style-type: none"> Sustancias etiquetadas con R 40 (Directiva 67/348/CEE) Sustancias etiquetadas con R 45 (Directiva 67/348/CEE) Sustancias etiquetadas con R 46 (Directiva 67/348/CEE) Sustancias etiquetadas con R 47 (Directiva 67/348/CEE) Agentes químicos del anexo I (Directiva 90/394/CEE)

		Mercurio y derivados Medicamentos antimetabólicos Monóxido de carbono Agentes químicos peligrosos de penetración cutánea formal
PROCEDIMIENTOS		
	INDUSTRIAL	Los que se encuentran en el anexo I (Directiva 90/394 / CEE)
CONDICIONES de TRABAJO		
	MINERÍA	Trabajos de minería subterránea

Los principales riesgos laborales se clasifican por tanto en:

- Riesgos físicos y ergonómicos
- Riesgos químicos o tóxicos
- Riesgos biológicos
- Riesgos ambientales
- Riesgos de procedimientos industriales.

1. Riesgo por Agentes físicos y ergonómicos

1.1.1 Ruido.

Los valores de exposición laboral que dan lugar a riesgo (RD 286/2006) [6] son valores superiores de exposición de 80dB con nivel pico máximo de 135dB y tiempo de exposición diario mínimo de 4 horas. Es aconsejable la solicitud del subsidio por riesgo de embarazo a partir de la semana 20-22 de gestación. Este agente no presenta riesgo en periodo de lactancia natural.

1.2 Vibraciones.

Teniendo en cuenta el RD 1311/2005 [7], hay que distinguir entre vibraciones de alta frecuencia (20-1000Hz) y vibraciones de baja frecuencia (1-20Hz).

Vibraciones de alta frecuencia, solicitar el subsidio desde que se conozca el estado de gravidez.

Vibraciones de baja frecuencia, se valorará cada caso en función del tiempo de exposición diaria al agente físico.

1.3 Radiaciones Ionizantes.

Según establece el Consejo de Seguridad Nuclear y el RD 783/2001 [8], sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, la máxima permisible para mujeres embarazadas es de 1mSv/año. Si se superan esos valores se solicitará el subsidio desde que se conozca la situación de embarazo.

1.4 Radiaciones No Ionizantes.

Acorde con la Directiva 92/85/CEE [2], en los casos que se señala que existe riesgo para el feto se deberá valorar la solicitud del subsidio.

1.5 Temperaturas extremas.

Las condiciones térmicas para trabajos sedentarios y no sedentarios vienen establecidas en la Directiva Marco 89/391/CEE [3] y RD 486/1997 [9] y RD 1627/1997 [10]. También se recogen esas condiciones dependiendo si el trabajo se realiza en el exterior, determinadas zonas geográficas y la actividad física según el puesto de trabajo. El subsidio se solicitará cuando las condiciones son se ajusten a las establecidas.

1.6 Atmósferas de Sobrepresión elevada e Ingravidez.

1.7 Riesgos Ergonómicos:

Actividades realizadas de pie; actividades realizadas en posición sentada; posturas forzadas asociadas a la actividad profesional de las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente; manipulación manual de cargas; movimientos y posturas; desplazamientos dentro o fuera del establecimiento.

2. Riesgos Agentes químicos:

Sustancias tóxicas para la reproducción humana (INSHT, ACGIH), carcinogénicas y mutagénicas. Seguir el RD 255/2003 que aprueba el reglamento sobre clasificación envasado y etiquetado de sustancias peligrosas. Igualmente sustancias tóxicas para la reproducción (etiquetadas con las frases R60, R61, R62, R63, R64 y R33); disruptores endocrinos, mercurio y sus derivados; medicamentos antimetabólicos (citotóxicos); agentes químicos cuyo peligro de absorción cutánea es conocido (algunos pesticidas y disolventes); monóxido de carbono; plomo y sus derivados, en la medida en que estos agentes puedan ser absorbidos por el organismo humano. La solicitud del subsidio se realizará y se concederá a la embarazada desde el momento de conocerse el estado de gravidez. En cuanto a la lactancia natural se consideran agentes de riesgo: Metales: plomo, mercurio, manganeso. Hidrocarburos Pesticidas.

3. Riesgos Agentes biológicos:

En el ámbito de la Unión Europea se regulan con la Directiva 90/679/CEE sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, modificada por la Directiva 93/88/CEE, y con posteriores adaptaciones para tener en cuenta el progreso técnico (Directivas 95/30/CEE, 97/59/CE y 97/65/CE), así como en la 90/219/CEE relativa a la utilización confinada de microorganismos modificados genéticamente para la salud humana y el medio ambiente. La transposición a la legislación española de la Directivas de agentes biológicos se realizó mediante el Real Decreto 664/1.997, de 12 mayo.

Se entiende por exposición a agentes biológicos la presencia de éstos en el entorno laboral debido a la naturaleza de la actividad. Ello ocurre en laboratorios de investigación, en la asistencia sanitaria y en los trabajos relacionados con el manejo de animales, sus excretas o productos (zoonosis). También encontramos riesgos en lugares de hacinamiento y contacto humano cercano (guarderías, orfanatos, etc.).

4. Riesgos ambientales/psicosociales:

Horario de trabajo inadecuado, trabajo aislado, exposición a riesgos psicosociales y trabajos de alta tensión.

5. Procedimientos industriales:

Siguiendo las directivas comunitarias determinadas actividades industriales deben incompatibilizarse con la situación de embarazo (Directiva 90 / 394 / CEE). Son entre otros:

- Fabricación de auramina.
- Trabajos que supongan exposición a los hidrocarburos aromáticos policíclicos presentes en el hollín, el alquitrán, la brea, el humo o los polvos de hulla.
- Trabajos que supongan exposición al polvo, al humo o las nieblas producidas durante la calcinación y el afinado eléctrico de las matas de níquel.
- Procedimientos con ácido fuerte en la fabricación de alcohol isopropílico.

6. Otros riesgos:

Trabajo en altura; riesgo de infección o de enfermedades del riñón como resultado de instalaciones sanitarias poco adecuadas; ausencia de zonas de descanso y

otras instalaciones similares; peligros derivados de una alimentación o de instalaciones poco apropiadas o de la ausencia de las mismas.

3. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Encuesta de Población Activa del segundo trimestre del 2011 [11], las trabajadoras ocupadas representan en la actualidad el 45% de la población ocupada (8.231,2 miles) y un 76,7% está en edad fértil (6.315,4 miles entre 16 y 49 años). El 40,7% de estas últimas tienen entre 30 y 39 años: intervalo de edad en la que se produjo, en el 2009, el 60,4% de todos los nacimientos en España. Existen actividades como el “Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas (63,3%), las “Actividades sanitarias y de servicios sociales (77,7%)” o la “Educación (65,8%)” en las que la mujer es mayoría. Muchas mujeres continúan trabajando durante el embarazo y reanudan su actividad laboral en el post-parto y lactancia ya sea en casa, por cuenta propia o por cuenta ajena. En cuanto a los hombres, éstos representan el 55% de la población y todos ellos están en edad fértil durante toda su vida laboral. En cuanto a indicadores de salud, según datos del INE: 1. La edad media de la maternidad en el 2010 fue de 31,42 años. 2. En el año 2009 en España se produjeron 494.997 nacimientos de los cuales 349.374 (70,8%) se dieron en mujeres que pertenecían a la población activa. 3. La tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%, 4. En el año 2009, de los 34.274 partos prematuros que se registraron, 4.074 fueron antes de la semana 32 de gestación y el número total de muertes fetales tardías fue de 1.569, de las cuales 877 (55,89%) ocurrió en mujeres que pertenecían a la población activa.

Desde el año 1999 las trabajadoras pueden acogerse a la prestación por riesgo durante el embarazo y desde el año 2008, por riesgo durante la lactancia. En concreto, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el número de procesos en vigor al final de 2010, la media mensual de procesos iniciados y la duración media en días de los procesos con alta, fueron los que se indican en la tabla 1 [11]. El estudio de las series de 2008 a 2011 (acumulado hasta julio de 2011) muestra un incremento constante del número de procesos de riesgo durante el embarazo y una disminución de la duración media.

		Nº procesos	Media mensual	Duración
EMBARAZO	Trabajadoras por cuenta ajena	16.321	4.181	110,55
	Autónomas y empleadas del hogar	650	201	87,79
LACTANCIA	Trabajadoras por cuenta ajena	492	97,25	120,86
	Autónomas y empleadas del hogar	24	4,33	111,42

Tabla 1. Prestaciones por riesgo durante el embarazo en el año 2010

Es difícil encontrar estudios que describan los motivos alegados para solicitar las prestaciones por embarazo o lactancia de riesgo. A modo de ejemplo, en un estudio descriptivo realizado en la Comunidad de Madrid [12], del total de casos presentados durante el año 2004 el 95,3 % de las solicitudes alegan riesgos físicos o condiciones de trabajo inadecuadas, el 11,6%, riesgos químicos y el 15,7%, riesgos biológicos. Entre los riesgos físicos más frecuentes se encuentran la manipulación manual de cargas, la exposición a ruido y las vibraciones.

Con relación a la gestión de la prevención, en un estudio elaborado por ISSGA (Instituto gallego de seguridad e saúde laboral) en una muestra de 1.206 empresas gallegas, sólo el 39,6% de las que habían realizado la evaluación de riesgos (82,9% de las empresas encuestadas) incluyeron la evaluación de riesgos para la maternidad. Esta cifra varió en función del sector de actividad (desde un 9,5% en Pesca a un 60,6% en la Administración Pública y Educación) y del tamaño de la empresa (24,4% para empresas de 1 a 9 trabajadores; 43,2% de 10 a 49; 63,9% de 50 a 249 y 89,7% para 250 y más trabajadores). Sólo un 11% de las empresas disponían de un listado de puestos de trabajo sin riesgo para la mujer embarazada o en periodo de lactancia.

Según un estudio publicado recientemente (Mayo 2016) en American Journal of Obstetrics and Gynecology, “¿puede mi trabajo afectar a mi embarazo? Los recursos para responder a las preguntas de los pacientes” [13], la información sobre los riesgos para la reproducción en el trabajo es escasa y compleja debido a que los niveles de exposición varían, las exposiciones múltiples pueden estar presentes, y se desconoce la toxicidad para la reproducción de muchos agentes. Por estas razones puede resultar difícil de abordar con eficacia los problemas de salud reproductiva relacionados con el trabajo. Las solicitudes más comunes para recibir información fueron las de exposición a disolventes (14%), gases anestésicos (10%), formaldehído (7%), agentes infecciosos

en los laboratorios (7%) y agentes físicos (14%), incluyendo la radiación ionizante (6%). La información para el desarrollo de directrices en el trabajo fue buscado por el 12% de los solicitantes. Los efectos de la exposición profesional sobre la lactancia materna fueron una preocupación cada vez mayor entre las mujeres que trabajan.

Un estudio de cohorte danesa publicado en Julio 2015 en *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* [14], sobre las exposiciones laborales y las bajas por enfermedad durante el embarazo, tuvo como objetivo investigar la asociación entre las posturas en el trabajo, trabajo por turnos, las horas de trabajo, la tensión en el trabajo y el riesgo de baja por enfermedad durante el embarazo en embarazadas de 10 a 29 semanas de gestación. Se recogieron datos de 51874 embarazos entre 1996 y 2002. La información de la exposición se basó en entrevistas telefónicas. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los predictores y el riesgo de bajas por enfermedad. Obtuvieron como conclusión que los resultados obtenidos sugieren que las iniciativas para prevenir la baja por enfermedad durante el embarazo podrían basarse en las condiciones de trabajo. Las medidas preventivas pueden tener implicaciones importantes para las mujeres embarazadas y los lugares de trabajo.

En un estudio publicado recientemente (Abril 2016) en *Ergonomics*, “Factores de estrés biomecánico y relación con baja laboral de las trabajadoras embarazadas” [15] se examinó en un estudio de casos y controles a 1114 embarazadas trabajadoras en California. Al inicio del embarazo, el 57% fueron expuestas a uno o más factores de estrés biomecánico, incluyendo flexión forzada, levantar objetos pesados o permanecer de pie. Los resultados mostraron que las mujeres embarazadas expuestas a factores estresantes biomecánicos cogen más bajas laborales en comparación con las no expuestas.

Otro estudio publicado en 2015 “Buena práctica en los servicios de vigilancia de la salud. La influencia de las condiciones peligrosas en el entorno de trabajo de las mujeres embarazadas” [16], revisa la literatura con respecto a las molestias y los factores de riesgo laborales. La investigación indica la necesidad de reducir las actividades que requieren movimientos frecuentes de flexión o elevación de brazos, actividades con riesgo de caídas y aquellas que provoquen un exceso de estrés para las mujeres embarazadas. Se destaca que la asistencia sanitaria preventiva de las mujeres

embarazadas debe incluir programas de educación; necesitan saber cómo realizar su trabajo con seguridad.

“La influencia de los factores de riesgo laborales físicos y químicos en el embarazo” [17]. El objetivo de dicho estudio fue identificar la magnitud y la frecuencia de exposición a sustancias químicas y factores físicos y en qué medida dicha exposición aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo. Se recogió información de las mujeres polacas hospitalizadas en The Polish Mother Memorial Hospital de Lodz durante los años 1992-1994. 526 casos y 683 controles. Teniendo en cuenta la duración de la exposición a factores físicos y químicos se concluyó que existe riesgo para el embarazo si las mujeres siguen expuestas para el final de segundo trimestre.

Según un estudio publicado en *Matern Child Health J* en Abril 2016. “¿Cuáles son las mujeres que trabajan en su último mes de embarazo? Características sociales y ocupacionales y resultados en natalidad de mujeres que trabajan hasta el final del embarazo en Francia” [18]. El objetivo fue estimar la proporción de mujeres que trabajaban hasta final de su embarazo para analizar los factores ocupacionales, médicos y sociales asociados con la baja laboral tardía y comparar el resultado del embarazo de estas mujeres frente a las que solicitaron la baja en la primera fase del embarazo. N= 8463. El 3.9% cogió la baja laboral en fase tardía (37 o más semanas de gestación). Además eran mayores de 30 años de edad, con un alto nivel educativo y vivían en una zona urbana. Los resultados perinatales fueron similares para las mujeres con incapacidad temporal al final del embarazo o al principio.

“Factores laborales, sociales y médicos y la incapacidad temporal en fase inicial del embarazo” [19]. La muestra se extrae de la Encuesta Nacional Perinatal de Francia 2010. Las mujeres fueron entrevistadas en las maternidades francesas durante 1 semana. Entre las mujeres que trabajaron durante el embarazo el 27.5% inició una incapacidad temporal antes de las 24 semanas de gestación. Además ésta fue más frecuente entre las mujeres con empleos inestables y con las categorías profesionales menos cualificadas (trabajadores manuales frente a los gestores y posiciones superior intelectuales (OR=2.96). Como conclusión en Francia la vulnerabilidad social de las mujeres embarazadas, relacionado con el bajo nivel socioeconómico o baja categoría profesional se asocia con incapacidad temporal en fases tempranas del embarazo.

Otro estudio publicado en Mayo 2014. “Edad, profesión y baja por enfermedad durante el embarazo: un estudio de análisis retrospectivo del registro de población noruega” [20]. Participaron todas las mujeres embarazadas que dieron a luz entre 2004-2008. Las mujeres embarazadas de 20 años de edad tenían un mayor número de días de enfermedad que los de 40 años. Las mujeres de 20 años de edad tenían 12.6 más días de enfermedad que las de 45 años. En este trabajo se pone a prueba la hipótesis de que las mujeres jóvenes embarazadas tienen un mayor número de días de enfermedad ya que este grupo de edad incluye una mayor proporción de mujeres de clase trabajadora, que son más propensos a las bajas por enfermedad.

“¿El aplazamiento del primer embarazo aumenta la diferencia de género en las bajas por enfermedad?” [21]. Un análisis basado en el registro de empleados noruegos 1993-2007. Las bajas por enfermedad de las mujeres embarazadas (edad 20-44) aumentaron una media de 0.94 puntos porcentuales cada año, en comparación con 0.29 en las mujeres no embarazadas y 0.14 en los hombres. En las mujeres embarazadas de 20-24 años. Las bajas por enfermedad durante el embarazo representaban el 25% del aumento de la brecha de género en las bajas por enfermedad, lo que representa cambios en la educación, los ingresos y la edad. Se concluye que el aplazamiento del primer embarazo no explica el aumento de las bajas por enfermedad de las mujeres embarazadas durante el período 1993-2007 ya que tanto el nivel más alto y el aumento de las bajas por enfermedad se observa en las mujeres más jóvenes. Las razones son poco conocidas pero sigue siendo importante ya que representa el 25% del aumento de la brecha de género en las bajas por enfermedad.

“La atención preventiva de las mujeres embarazadas. ¿Hay una necesidad de establecer reglas de cooperación entre el trabajo y el ginecólogo?” [22]. Se trata de un estudio realizado en Polonia, se les pidió a los ginecólogos trabajadores en el Hospital de Lodz sus opiniones a través de una encuesta sobre el estado actual de la atención preventiva de las empleadas embarazadas. Se confirmó la necesidad de elaboración de normas de atención preventiva específica dirigida a las empleadas embarazadas y para establecer las reglas de cooperación entre profesionales médicos y ginecólogos.

Por último hacer referencia al estudio “La baja por enfermedad durante el primer y segundo trimestre del embarazo en nativas e inmigrantes en Noruega” [23]. Estudio de

cohorte realizado a mujeres embarazadas atendidas en tres clínicas. Los datos del cuestionario se recogieron en las semanas de gestación 10-20 y 28. Se incluyeron un total de 573 mujeres que trabajaban antes de su embarazo, el 51% eran inmigrantes. Se concluyó que las mujeres inmigrantes tuvieron un mayor absentismo laboral por enfermedad que las mujeres nativas durante el embarazo. La diferencia en el número medio de semanas entre las mujeres nativas e inmigrantes se explica en parte por peor estado de salud antes del embarazo, hiperémesis gravídica y el dominio más pobre en lengua noruega entre las mujeres inmigrantes.

Finalmente, en España se ha producido una creciente participación de las mujeres inmigrantes en el mundo del trabajo ya sea desde la economía formal o informal y en actividades relacionadas con el servicio doméstico, la atención a personas y la restauración, principalmente. Aunque existen pocos estudios sobre el tema, las diferencias culturales y sociodemográficas de las mismas podrían suponer desigualdades en el acceso y utilización de los servicios sanitarios en lo concerniente a los servicios de prevención, los cuidados prenatales y la atención obstétrico-médica comparado con las mujeres autóctonas, con el impacto correspondiente en su salud y la de su descendencia. Extremo éste que debería tenerse en cuenta para intensificar las acciones desde todos los frentes para proteger la maternidad en este colectivo.

El motivo de realizar este estudio sería por tanto conocer los factores de riesgo laborales a los que están expuestas las embarazadas, y los motivos por lo que solicitan una incapacidad temporal y/o el informe para solicitar la baja por riesgo laboral durante el embarazo.

4. OBJETIVOS

El objetivo principal sería:

- Conocer el número de mujeres embarazadas trabajadoras en seguimiento en las consultas de atención primaria de un mismo centro de salud que solicitan una incapacidad temporal y/o la evaluación del riesgo laboral durante el embarazo y relacionarlo con la edad, nacionalidad, semana de gestación, sector laboral y motivos que llevan a solicitar el descanso.

Los objetivos secundarios:

- Identificar los riesgos laborales a los que están expuestas las embarazadas.
- Valorar los motivos de incapacidad temporal. Conocer si las embarazadas dejan de trabajar por exposición a riesgos laborales durante el embarazo, embarazo de alto riesgo u otras causas.

5. DISEÑO Y MÉTODOS

◆ TIPO DE DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

◆ POBLACIÓN DE ESTUDIO

Descripción de la muestra: pacientes embarazadas ≥ 18 años de edad activas laboralmente que acuden a cualquiera de las doce consultas de atención primaria del Centro de Salud de Caravaca de la Cruz, correspondiente al Área IV de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Período de recogida de datos: 6 meses.

Criterios de inclusión:

- Edad ≥ 18 años.
- Embarazadas que acudan a la consulta médica y soliciten incapacidad temporal o informe de riesgo laboral en el embarazo.

Criterios de exclusión:

- Edad < 18 años.
- Embarazadas no trabajadoras.
- Mujeres que ya estuvieran en IT previamente al embarazo.
- Embarazadas que acudan a la consulta de médica por otros motivos distintos a solicitar incapacidad temporal o informe riesgo laboral durante el embarazo.

Método de muestreo: muestreo consecutivo no probabilístico. Se seleccionaran a todas las pacientes embarazadas que acudan a cualquiera de las consultas de atención primaria seleccionadas y que cumplan los criterios de selección.

◆ MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se lleva a cabo en las consultas de atención primaria, utilizando para ello el Anexo 1. Período de recogida de datos los últimos 6 meses.

◆ VARIABLES

Variables dependientes:

Solicitud de incapacidad temporal.

Solicitud de informe de riesgo laboral en el embarazo.

Motivos para solicitar la incapacidad temporal.

Factores de riesgo a los que está expuesta la embarazada.

Variables independientes:

Edad

Nacionalidad

Profesión

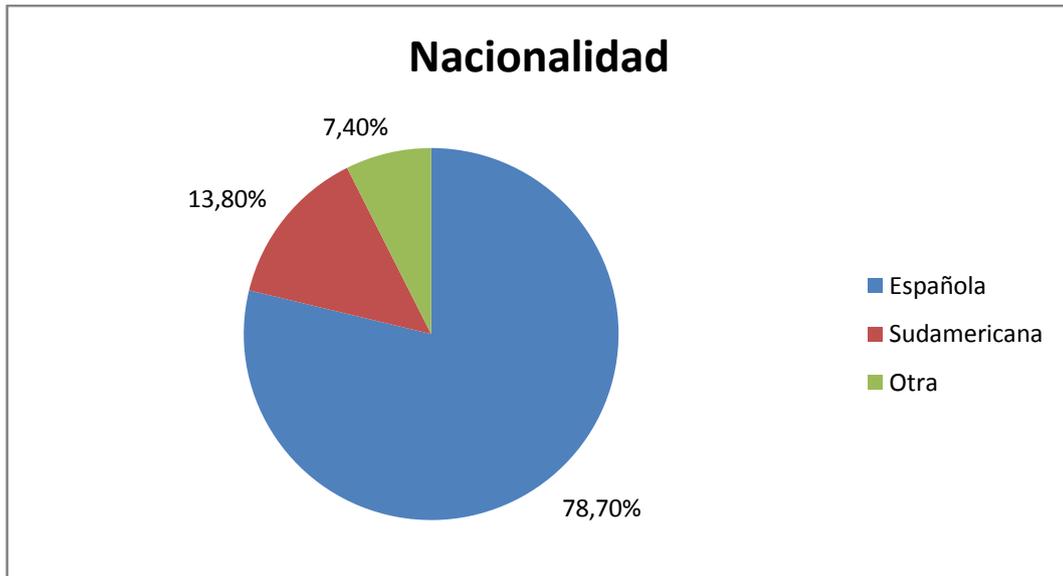
Semana de gestación



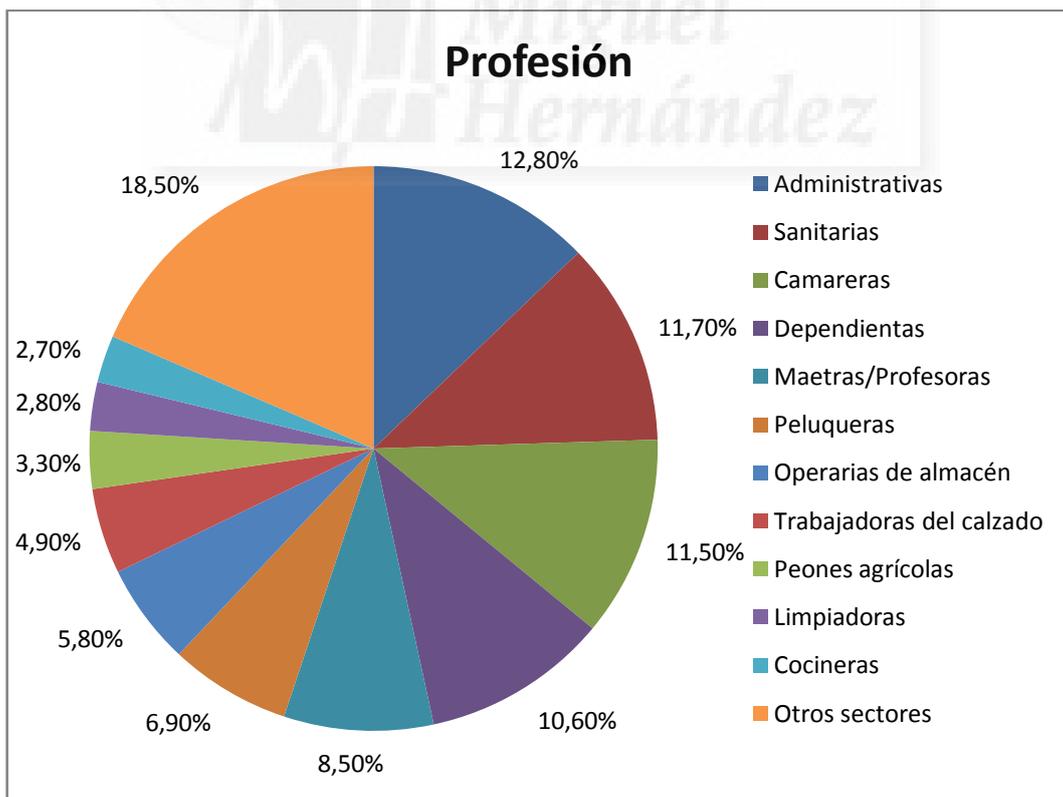
6. RESULTADOS

94 embarazadas. La edad media de las embarazadas es de 30,74 años, con un rango de 18 a 42 años de edad.

El 78.7% son españolas, 13.8% sudamericanas y 7.4% otra nacionalidad.

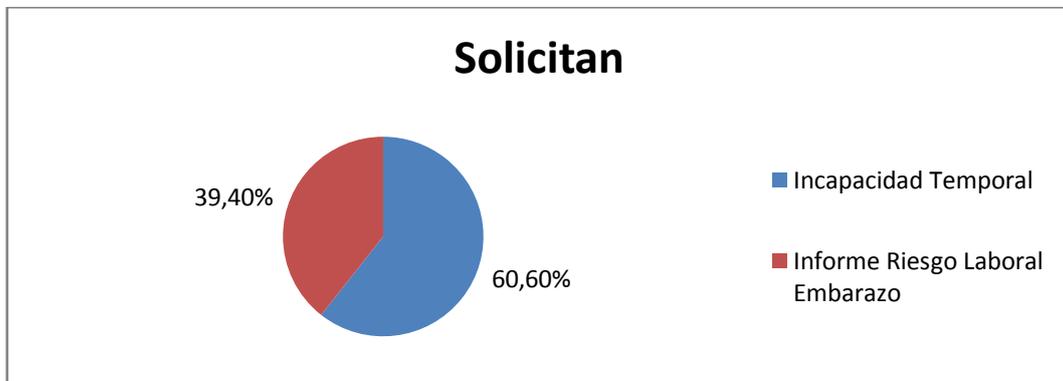


Respecto a la profesión el 12,8% son administrativas, 11,7% sanitarias, 11,5% camareras, 10,6% dependientas, 8,5% maestras/profesoras, 6,9% peluqueras, 5,8% operarias de almacén, 4,9% trabajadoras del calzado, 3,3% peones agrícolas, 2,8% limpiadoras, 2,7% cocineras 18,5 % otros sectores.

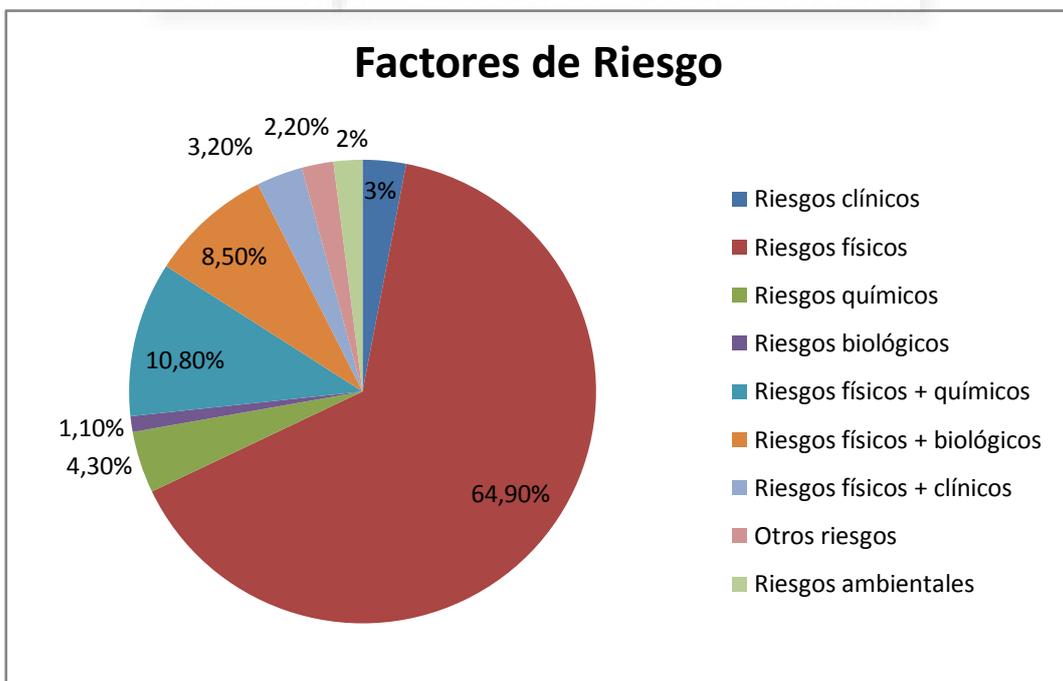


La semana de gestación en la que solicitan el descanso maternal oscila entre la semana 7 y la 37.

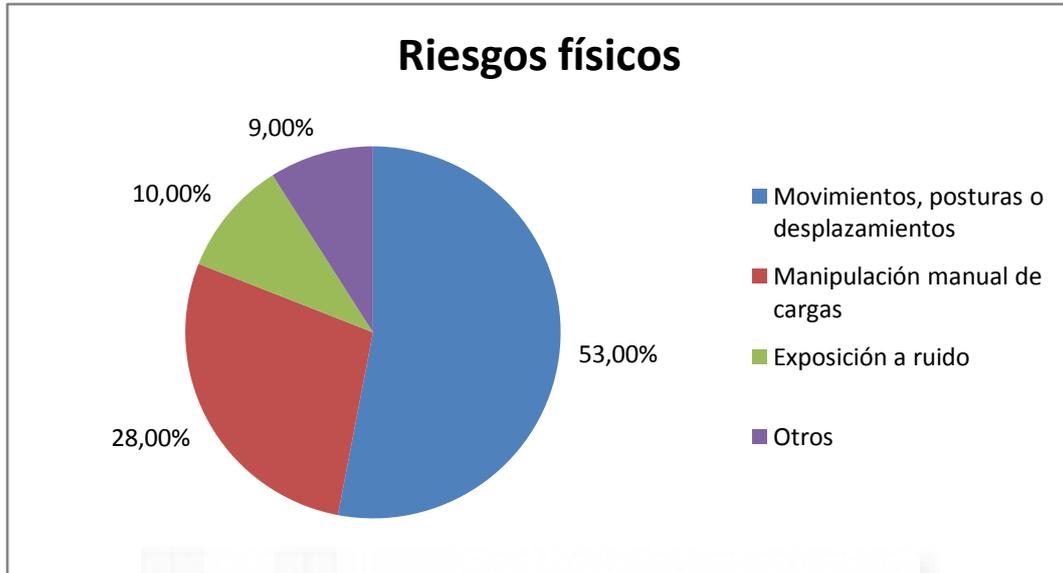
De las mujeres que acuden a la consulta de atención primaria solicitando descanso durante el embarazo el 60,6% lo hace pidiendo una incapacidad temporal y el 39,4% solicitando el informe de riesgo laboral durante el embarazo.



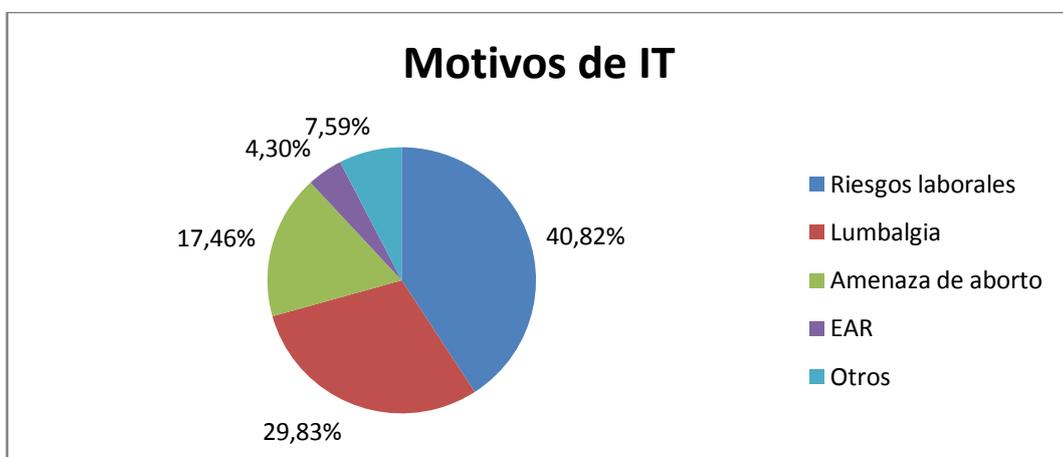
Respecto a los factores de riesgo, están expuestas a riesgos físicos el 64,9%, riesgos químicos 4,3%, riesgos clínicos 3%, riesgos biológicos 1,1%, riesgos ambientales 2%, riesgos físicos y químicos conjuntamente 10,8%, riesgos físicos y biológicos conjuntamente 8,5%, riesgos físicos y clínicos conjuntamente 3,2%, y otros riesgos 2,2%.



Dentro de los riesgos físicos observamos que el 53% se debe a movimientos, posturas o desplazamientos, 28% manipulación manual de cargas, 10% exposición a ruido, 9% otros.



Los motivos por los que las embarazadas solicitan la baja maternal son exposición a riesgos laborales o problemas relacionados con el trámite o la resolución del descanso por riesgo laboral en el embarazo en un 40,82% de los casos, lumbalgia o lumbociatalgia con un 29,83%, amenaza de aborto 17,46%, embarazo de alto riesgo 4,3% y otros motivos 7,59%.



No hay diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) entre la edad de las embarazadas, la nacionalidad, y si acuden a la consulta solicitando incapacidad temporal o el informe para tramitar la baja por riesgo laboral durante el embarazo. Sin embargo si hayamos relación ($p<0.05$) entre la profesión y si solicitan incapacidad temporal o informe de riesgo, observando que el 62% de las pacientes embarazadas con estudios superiores solicitan informe de riesgo laboral en el embarazo frente al 38% que solicita incapacidad temporal. También observamos relación entre la semana de gestación y lo que solicitan las embarazadas; el 70% de las embarazadas en la semana de gestación \leq 15 semanas solicitan incapacidad temporal.

37 embarazadas solicitan informe para tramitar la baja por riesgo laboral durante el embarazo. De las 57 embarazadas que solicitan incapacidad temporal destaca que un 10% tiene 40 años. La semana de gestación media a la que acuden a la consulta de atención primaria a solicitar la baja es de 21 semanas; y casi el 40% se encuentra entre la semana 25 y 30 de gestación.

No hay diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) si relacionamos los motivos por los que las embarazadas solicitan incapacidad temporal y la edad, nacionalidad o profesión.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001$) si comparamos la semana de gestación con los motivos por lo que solicitan la incapacidad temporal, observando que por amenaza de aborto el 50% está por debajo de la semana 9 de gestación, por embarazo de alto riesgo el 95% se encuentra entre la semana 7 y 10 de gestación. Y se observa un amplio rango de edad entre las embarazadas que solicitan la baja por lumbalgia o por estar expuestas a riesgos laborales o problemas con el trámite o la resolución del descanso por riesgo laboral durante el embarazo.

7. DISCUSIÓN

Atendiendo a la bibliografía consultada vemos que en un estudio realizado en Madrid en 2004, el 95.3% de las mujeres que solicitaban la prestación por riesgo laboral durante el embarazo alegaban riesgos físicos, el 11.6% riesgos químicos y el 15.7%

riesgos biológicos. En nuestro estudio los porcentajes son muy similares, encontrando que el 87.4% está expuesto a riesgos físicos, el 15.1% riesgos químicos y el 9.6% biológicos.

Según un estudio realizado en California el 57% de las embarazadas trabajadoras estaban expuestas a estrés biomecánico, incluyendo movimientos forzados y posturas mantenidas. Y en nuestro estudio vemos cifras muy similares encontrando que el 53% de las embarazadas expuesta a riesgos físicos lo hace por movimientos forzados, posturas o desplazamientos.

Según un estudio realizado en Francia el 3.9% de las embarazadas cogió la baja con 37 o más semanas de gestación, y en nuestro estudio se describe que el 10% de las embarazadas que solicitan incapacidad temporal tiene 40 años.

Muchos de los estudios concluyen que las embarazadas cogen más bajas si están expuestas a factores de riesgo laborales. Y en nuestro caso aunque no podemos concluir dicho dato, si observamos que el motivo principal de solicitar una incapacidad temporal es estar expuesta a riesgos laborales, sobre todo movimientos o posturas forzadas. Por lo tanto vemos que hay una asociación entre los riesgos laborales y el absentismo laboral.

Hay algo en común en todos los estudios y es que hay que mejorar las condiciones de trabajo a las mujeres embarazadas.

Lo novedoso del presente trabajo ha sido estudiar las bajas por enfermedad común y por riesgo laboral durante el embarazo desde una consulta de atención primaria, pues es difícil encontrar publicaciones al respecto.

8. CONCLUSIONES

▪ La mayoría de las mujeres embarazadas trabajadoras atendidas en la consulta de atención primaria que solicitan descanso durante el embarazo lo hacen en forma de incapacidad temporal en lugar de solicitar el informe para tramitar la baja por riesgo laboral durante el embarazo.

- El motivo más frecuente por el que las embarazadas solicitan incapacidad temporal es por estar expuestas a riesgos laborales y/o tener problemas con el trámite o la resolución de la baja por riesgo laboral durante el embarazo.

- Casi el 90% de las embarazadas están expuestas a riesgos físicos en su puesto de trabajo, en su gran mayoría movimientos o posturas forzadas, manipulación manual de cargas y exposición a ruido.

- Los resultados obtenidos sugieren que la iniciativa para disminuir la incapacidad temporal durante el embarazo podría basarse en modificar las condiciones de trabajo y en mejorar el proceso para obtener la baja por riesgo laboral durante el embarazo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento “Riesgo Laboral y Embarazo”.
2. Directiva del Consejo 92/85 de 19 de octubre de 1.992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.
3. Directiva del Consejo 89/391 de 12 junio de 1.989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco)
4. Ley 39/99 (especialmente los Artículos 6, 7, 8, 10, 11, 12,) del 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE del 6 de noviembre de 1.999).
5. Artículos 25 y 26 de la Ley 31/95 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales (BOE del 10 de noviembre de 1.995).
6. Real Decreto 286/2.006 del 10 marzo, sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados a la exposición al ruido durante el trabajo (BOE del 2 de noviembre de 1.989) (deroga el anterior salvo para músicos y tripulantes de barcos).

7. Real Decreto 1311/2.005 del 4 noviembre, de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores frente a los riesgos derivados o que puedan derivarse de la exposición a vibraciones mecánicas (BOE del 5 de noviembre de 2.005)
8. Real Decreto 783/2.001 del 6 julio, sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes (BOE del 26 de julio de 2.001).
9. Real Decreto 485/1.997 del 14 abril, (BOE del 23 abril de 1.997) por el que se establecen las disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
10. Real Decreto 664/1.997 del 12 mayo sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con agentes biológicos durante el trabajo (BOE del 24 mayo de 1.997).
11. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. “Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo”.
12. Rodríguez Ortiz de Salazar, B; Martínez Herrera, JA; Álvarez Collado, L; Silva Mato, A. “Prestación por riesgos laborales durante el embarazo en Madrid 2000-2004”. Med Segur Trab 2006; II (202): 15-28.
13. Grajewski B, Rocheleau CM, Lawson CC, Johnson CY. Will my work affect my pregnancy? Resources for anticipating and answering patients' questions. Am J Obstet Gynecol. 2016 May; 214(5): 597-602.
14. Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. Scand J Work Environ Health. 2015 Jul; 41(4):397-406.
15. Guendelman S, Gemmill A, MacDonald LA. Biomechanical and organisational stressors and associations with employment withdrawal among pregnant workers: evidence and implications. Ergonomics. 2016 Apr 27:1-12.
16. Marcinkiewicz, Wężyk, Muszyński, Polańska, Makowiec-Dąbrowska, Wiszniewska, Walusiak-Skorupa, Hanke. Good practice in occupational health services - The influence of hazardous conditions and nuisance coexisting in the work environment and at home on the course and outcome of pregnancy. Med Pr. 2015; 66(5):713-24.
17. Makowiec-Dabrowska, Radwan-Włodarczyk Z, Koszada-Włodarczyk W, Siedlecka J, Wilczyński J. The influence of chemical and physical factors in the

work environment on the amount of risk for abnormal pregnancy outcome. *Med Pr.* 1997;48 (3):239-59.

18. Vigoureux, Blondel, Ringa, Saurel-Cubizolles. Who are the Women Who Work in Their Last Month of Pregnancy? Social and Occupational Characteristics and Birth Outcomes of Women Working Until the Last Month of Pregnancy in France. *Matern Child Health J.* 2016 Apr 22.
19. Vigoureux S, Blondel B, Ringa V, Saurel-Cubizolles MJ. Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. *Eur J Public Health.* 2016 Jun 3.
20. Ariansen AM. Age, occupational class and sickness absence during pregnancy: a retrospective analysis study of the Norwegian population registry. *BMJ Open.* 2014 May 2;4.
21. Ariansen AM, Mykletun. Does postponement of first pregnancy increase gender differences in sickness absence? A register based analysis of Norwegian employees in 1993-2007. *PLoS One.* 2014 Mar.
22. Marcinkiewicz A, Hanke W. Preventive care of pregnant employees. Is there a need to set rules of cooperation between occupational and gynecologist-obstetricians?. *Med Pr.* 2012;63(5):591-8.
23. Brekke I, Berg JE, Sletner L, Jennum AK. Doctor-certified sickness absence in first and second trimesters of pregnancy among native and immigrant women in Norway. *Scand J Public Health.* 2013 Mar;41(2):166-73.

10. ANEXO 1

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

- EDAD:

- NACIONALIDAD:

- PROFESIÓN:

- SEMANA DE GESTACIÓN:

- SOLICITA:
 - IT
 - INFORME RIESGO LABORAL EN EL EMBARAZO

- FACOTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTÁ EXPUESTA LA EMBARAZADA:
 - RIESGOS CLÍNICOS
 - RIESGOS LABORALES (Especificar)
 - RIESGOS FÍSICOS
 - RIESGOS QUÍMICOS
 - RIESGOS BIOLÓGICOS
 - RIESGOS AMBIENTALES
 - PROCEDIMIENTOS INDUSTRIALES
 - OTROS

- MOTIVOS POR LOS QUE LA PACIENTE SOLICITA INCAPACIDAD TEMPORAL:
 - AMENAZA DE ABORTO
 - AMENAZA DE PARTO PREMATURO
 - EMBARAZO DE ALTO RIESGO
 - LUMBALGIA O LUMBOCIATALGIA
 - EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES O PROBLEMAS CON EL TRÁMITE O LA RESOLUCIÓN DEL DESCANSO POR RIESGO LABORAL EN EL EMBARAZO
 - OTRO