

FECHA: Madrid, a 26 de Junio de 2009

DE: DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

A: DIRECTORES TERRITORIALES, JEFES DE RECURSOS HUMANOS DE ZONA,  
COORDINADORES PROVINCIALES DE RECURSOS HUMANOS, JEFES DE RELACIONES LABORALES, MÉDICOS

### **ASUNTO: Gestión y tramitación de los accidentes laborales.**

La determinación de CORREOS de convertir en objetivo prioritario el establecimiento de un sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales y el descenso de la siniestralidad implica la adopción de una serie de medidas de muy diversa índole. Así, con el objeto de mejorar las condiciones de trabajo, promover la salud de los trabajadores, y en concreto:

- Reducción de la siniestralidad, a través de la averiguación de sus causas.
- Cumplimentación de los correspondientes partes y seguimiento de los accidentes de trabajo de forma individualizada.
- Coordinación entre los diversos sujetos de la empresa implicados en el análisis, tramitación e investigación del accidente laboral.

Se hace imprescindible el establecimiento de un sistema de gestión y tramitación de los accidentes laborales. De este modo, el artículo 6.1g), de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, prevé el desarrollo reglamentario de los procedimientos para la comunicación a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo. Igualmente, el artículo 16.3, de la citada norma, prevé que cuando se produzca un daño para la salud de los trabajadores, el empresario llevará a cabo una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de estos hechos.

#### **OBJETO**

Establecer la sistemática a seguir una vez se ha producido un accidente de trabajo.

#### **ALCANCE**

Este proceso es aplicable a todos los trabajadores que solicitan la asistencia sanitaria.

### **I. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.**

1. Una vez se produce un accidente laboral, se proporcionará al accidentado el correspondiente "Volante de solicitud de asistencia para accidente de trabajo" cumplimentado por su Unidad (Anexo V) para que reciba la asistencia en la MATEPSS. Dicho volante se establece como necesario en la Ley para la posterior baja del accidentado si procede. En los casos en los que por circunstancias especiales, el accidentado no pueda recoger dicho volante de asistencia en su centro de trabajo, deberá ponerse en contacto de inmediato con el Jefe de la Unidad para aportar cuanta información sea precisa para la correcta tramitación del parte. En este segundo caso, el Jefe de la Unidad hará llegar a la Mutua el "Volante de solicitud de asistencia para accidente de trabajo" vía fax.
2. El Jefe de la Unidad de manera inmediata procederá a la cumplimentación del "Parte de accidente" (Anexo I) y a la realización de la investigación preliminar del accidente según el Anexo III "Informe de análisis del accidente". Dicha investigación pretende verificar la autenticidad de los hechos que se detallan. Se prestará especial atención a:
  - La comprobación de que el accidente ha ocurrido **en horario y lugar de trabajo**.
  - En el caso de los accidentes "**in itinere**" **deberá demostrarse** de forma específica por parte del trabajador el cumplimiento de los términos a tal efecto especificados en la normativa vigente con presentación de los justificantes que a tal efecto se le requieran (justificante proporcionado por el transporte público utilizado, informe policial si lo hubiera, parte de declaración de accidente fir-

mado por los implicados y de los testigos, parte de un centro asistencial en su caso).

3. Una vez cumplimentados el "Parte de accidente" y el "Informe de análisis del accidente" deberán enviarse de manera inmediata mediante correo electrónico o fax, por los Jefes de cada Unidad, a los Coordinadores de RRHH provinciales ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona para su gestión y/o tramitación, y a los Técnicos de Prevención zonales y Servicios Médicos provinciales a título informativo.

En todos los casos se imprimirá una copia del "Parte de accidente", que se remitirá en formato papel, por correo urgente dentro de las 24 horas siguientes a los Coordinadores de RRHH provinciales ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona, a los Técnicos de Prevención zonales y a los Servicios Médicos provinciales. Dicha copia deberá ser firmada por:

- a) **El accidentado**, que se responsabiliza de que cuanto indica en el parte es cierto.
  - b) Por los posibles **testigos** del accidente (se cumplimentará también el informe del testigo - Anexo II).
  - c) Por el **Jefe de la Unidad**, que de esta forma:
    - ✓ Bien autentifica los datos que figuran en el parte.
    - ✓ Bien da traslado del mismo según información que ha recibido del interesado, en caso de no tener un conocimiento directo del accidente.
4. Con toda la información recibida los Coordinadores de RRHH provinciales ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona con la ayuda y asesoramiento de los Técnicos de Prevención zonales y Servicios Médicos provinciales procederá a su análisis para comprobar la veracidad ó validez de la situación.
  5. Los Coordinadores de RRHH provinciales ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona tras el análisis exhaustivo de la información procederán a confirmar telefónicamente al responsable de la MATEPSS la veracidad o validez de la situación, para que estos últimos procedan o no con la baja del accidentado.
  6. Será obligatoria la realización de la investigación completa (Anexo IV) del accidente por los Técnicos de Prevención zonales con la colaboración del Jefe de la Unidad y del Coordinador de RRHH provincial ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona, en el caso de:
    - Accidentes mortales.
    - Accidentes graves o muy graves.
    - En los casos en los que el accidente "in itinere" declarado por el trabajador y que tras la investigación preliminar, ofrezca alguna duda.
  7. Recaída de accidente: Sólo se considerarán partes de accidente con recaída, aquellos accidentes en los que, en el momento del alta laboral, haya constado informe de secuelas documentado y la nueva baja laboral, tenga relación con las secuelas en aquel momento especificadas, con las complicaciones posteriores habidas o su agravamiento. En todo caso, estas situaciones sólo serán validadas por los Servicios Médicos provinciales.
  8. Se procederá a la ulterior tramitación de los partes, una vez corroborado el accidente tras la investigación preliminar y/o definitiva para su grabación:
    - En MEDTRA por los Servicios Médicos Provinciales.
    - En SEHTRA por el Técnico Superior en Prevención de Riesgos y posterior inclusión de las medidas preventivas derivadas en la correspondiente Planificación Preventiva.
    - En DELTA por RRHH.

Cabe señalar que por la especial estructura del Centro Directivo las funciones atribuidas en este proceso a los Coordinadores de RRHH, ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona, serán competencia del Área de Gestión de Personal de la Subdirección de Gestión de Personal, y las funciones atribuidas a los Servicios Médicos provinciales y a los Técnicos de Prevención zonales serán competencia del Área de Prevención de Riesgos de la Subdirección de Promoción de la Salud.

**NOTA IMPORTANTE:**

*Cualquier información médica contenida en los partes de accidente, justificantes, informes médicos etc, será de conocimiento exclusivo del personal sanitario, que procederá a su custodia en los términos contemplados en la LPD.*

## **II. SEGUIMIENTO Y CONTROL.**

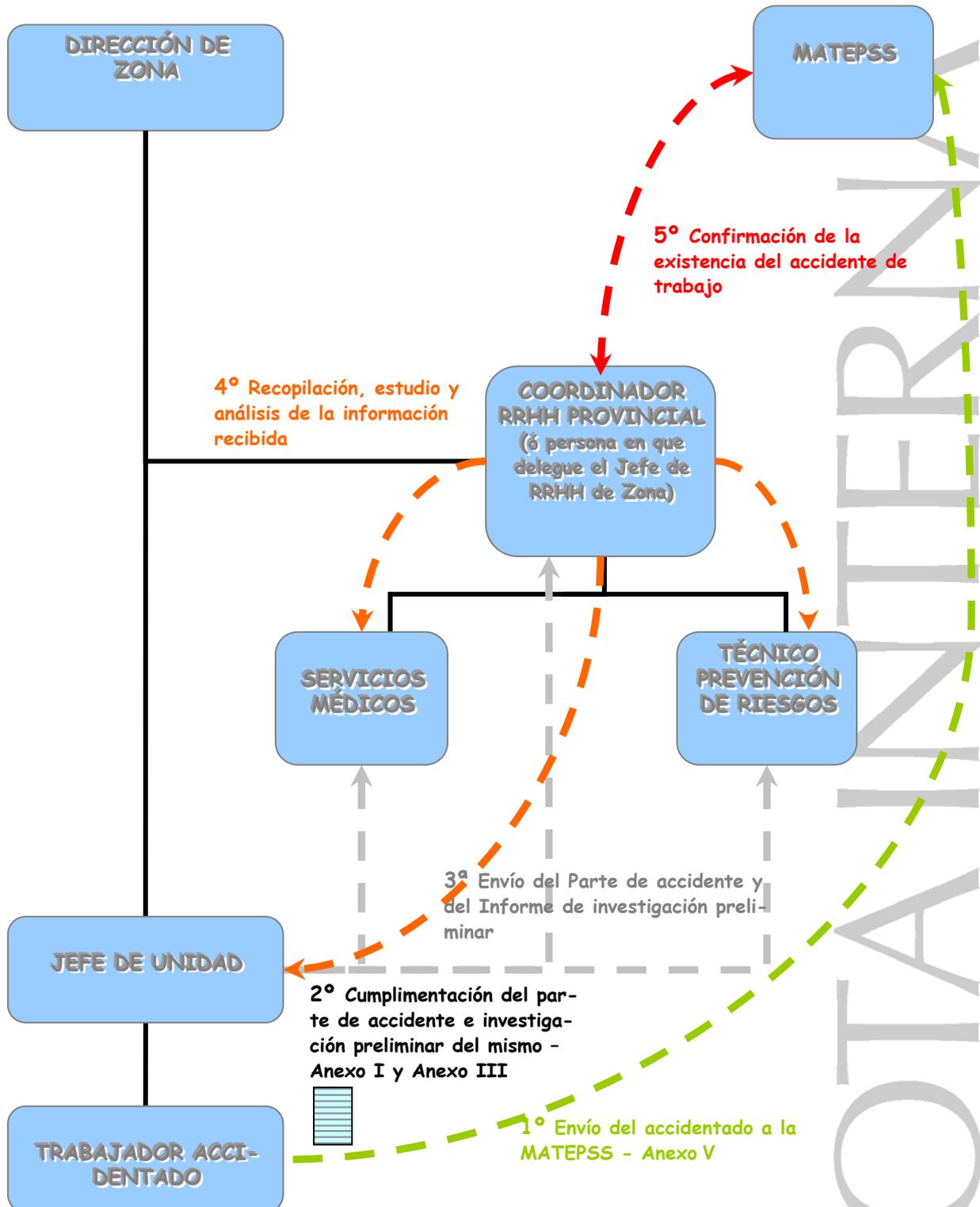
El seguimiento y control de los accidentes laborales es competencia de las Unidades de RRHH provinciales.

No obstante en el ámbito del personal laboral existe un aspecto muy importante: el seguimiento sanitario de los accidentes laborales y la gestión de las bajas es competencia de la MATEPSS. Por ello, es necesario que exista una buena coordinación entre las Unidades de RRHH provinciales de Correos, los Servicios Médicos provinciales de Correos y los responsables provinciales de la Mutua. Se adjunta relación, cargo, teléfono y móvil de estas personas (Anexo VI).

Las pautas de actuación que se deben llevar a cabo para mejorar esta coordinación serán las siguientes:

- Reuniones Mensuales a nivel provincial, entre las Unidades de RRHH provinciales de Correos, los Servicios Médicos provinciales de Correos y los responsables provinciales de la Mutua , para valorar el comportamiento de la IT por Accidentes de Trabajo y realizar un seguimiento de los casos especiales.
- Revisar que las cuentas de Correos que están de alta en el sistema e-pat son las correctas. Si hubiera modificaciones se deben realizar los cambios oportunos.
- Se procurará, siempre que sea posible, que el personal laboral acuda para ser atendido en centros propios de la MATEPSS.
- Cuando se detecten situaciones anómalas o que la duración del accidente sobrepasa los parámetros médicos previstos se realizará un seguimiento especial del caso.
- Se potenciará una comunicación fluida entre los responsables provinciales de la Mutua y los Coordinadores de RRHH ó persona en que delegue el Jefe de RRHH de Zona y Servicios Médicos Provinciales de Correos.
- Los interlocutores de la MATEPSS para temas médicos, deberán ser médicos, con el objeto de dar cumplimiento a la LOPD

Estas pautas de seguimiento también se aplicarán, con las adaptaciones necesarias, al personal funcionario, si bien la coordinación se realizará con las entidades médicas colaboradoras de MUFACE.



Trazos discontinuos: descripción del proceso  
Trazos continuos: línea jerárquica

NOTA INTERNA

## ANEXO I - PARTE DE ACCIDENTE

<b>Nombre y Apellidos:</b> <b>D.N.I.</b> <b>Colectivo:</b> <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Laboral Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <b>Teléfono:</b>		
<b>Cuerpo / Grupo Profesional:</b> <b>Puesto de Trabajo:</b> <input type="checkbox"/> Agente Clasificación <input type="checkbox"/> Reparto 1 <input type="checkbox"/> Reparto 2 <input type="checkbox"/> Atención al Cliente <input type="checkbox"/> Otros. Indique cuál:		
<b>Antigüedad en la empresa:</b> <b>Antigüedad en el puesto:</b> <b>Unidad de destino:</b>		<b>Localidad de:</b>
<b>Fecha del accidente:</b> <b>Hora de los hechos: (00-24 horas)</b> <b>Hora de inicio de la jornada laboral:</b> <b>Descripción del Accidente:</b>  <b>Conductores y vehículos implicados:</b> <b>Testigos:</b>		
<b>Lugar concreto del accidente:</b> <b>Atendido en:</b> <b>Persona que realizó la Primera Asistencia:</b> <b>Posteriormente se le envía a:</b> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Servicios Médicos <b>Clasificación de la Lesión: (A consignar por Servicios Médicos)</b> Accidente con <b>BAJA</b> <input type="checkbox"/> Accidente <b>SIN BAJA</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Parte del cuerpo lesionada:</b> <b>Descripción de las lesiones:</b> <b>Aparato o Agente Material causante:</b>		
<input type="checkbox"/> Conforme con los hechos descritos  <input type="checkbox"/> Traslado según declaración Responsable de la Unidad: (sello) Fdo.: _____	<b>El accidentado</b> (firma) DNI	<b>El/los testigo/s</b> (firma/s)  DNI

*El empleado autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en este Anexo queden incorporados al fichero de Salud Laboral, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal, S.A, para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos y cuyo acceso está restringido al personal médico. El empleado, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Vía Dublín, 7, 28070, Madrid."*

**ANEXO I BIS - PARTE DE RECAIDA DE ACCIDENTE LABORAL  
(A cumplimentar por los Servicios Médicos)**

<b>Nombre y Apellidos:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>D.N.I.</b>			
<b>Colectivo:</b>	<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Laboral Fijo	<input type="checkbox"/> Eventual
<b>Cuerpo / Grupo Profesional:</b>			
<b>Puesto de Trabajo:</b>	<input type="checkbox"/> Agente Clasificación		
	<input type="checkbox"/> Reparto 1		
	<input type="checkbox"/> Reparto 2		
	<input type="checkbox"/> Atención al Cliente		
	<input type="checkbox"/> Otros. Indique cuál:		
<b>Antigüedad en la empresa:</b>			
<b>Antigüedad en el puesto:</b>			
<b>Unidad de destino:</b>		<b>Localidad de:</b>	
<b>Fecha del accidente original:</b>			
<b>Secuelas o Causa de Agravamiento:</b>			

<b>Atendido por la recaída en:</b>	
<b>Persona que realizó la Primera Asistencia:</b>	
<b>Está siendo Atendido/a en:</b>	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Servicios Médicos
<b>Clasificación de la Lesión:</b> (A consignar por Servicios Médicos).	
Accidente <b>con BAJA</b>	<input type="checkbox"/>
Accidente <b>SIN BAJA</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Parte del cuerpo lesionada:</b>		
<b>Descripción de las lesiones:</b>		
<b>Aparato o Agente Material causante:</b>		
<input type="checkbox"/> Conforme con los hechos descritos.	<b>El accidentado</b> (firma)	<b>El/los testigo/s</b> (firma/s)
<input type="checkbox"/> Traslado según declaración.		
<b>Responsable de la Unidad:</b> (sello)	DNI	DNI
<b>Fdo.:</b> _____		

*El empleado autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en este Anexo queden incorporados al fichero de Salud Laboral, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal, S.A, para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos y cuyo acceso está restringido al personal médico. El empleado, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Vía Dublín, 7, 28070, Madrid."*

## INFORME DEL TESTIGO DEL ACCIDENTE

ANEXO II

NOTIFICACION	UNIDAD de destino:		Fecha del Accidente:	
	Lugar exacto del Accidente:		Hora:	Hora de trabajo:
	Nombre del testigo:	D.N.I.	NRP:	
	Puesto de trabajo habitual:			

PROCESO DE TRABAJO	<u>Describir el proceso y fase de trabajo que estaba realizando en el momento del accidente:</u>

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE	<u>Descripción clara de la secuencia del accidente tal como lo presencié: (Adjuntar croquis o esquema).</u>

FECHA:		a de		de	
FIRMA, (Que autentifica la veracidad de cuanto se expone):					

**ANEXOIII**

**INFORME DE ANÁLISIS DE ACCIDENTE**

I D E N T I F I C A C I Ó N	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">UNIDAD de destino:</td> <td style="width: 50%;">Fecha del Accidente:</td> </tr> <tr> <td>Lugar exacto del Accidente:</td> <td>Hora: HORAS Hora de Trabajo:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 10px;">Nombre del Lesionado:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Puesto de Trabajo:</td> </tr> <tr> <td>Experiencia en ese Trabajo:</td> <td>Indique nº de años ¿era su trabajo habitual? Si No</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Testigos Presenciales:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Clase de Lesión:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Localización:</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico:</td> <td>Grado:</td> </tr> <tr> <td>Causó baja: Si No</td> <td></td> </tr> </table>	UNIDAD de destino:	Fecha del Accidente:	Lugar exacto del Accidente:	Hora: HORAS Hora de Trabajo:	Nombre del Lesionado:		Puesto de Trabajo:		Experiencia en ese Trabajo:	Indique nº de años ¿era su trabajo habitual? Si No	Testigos Presenciales:		Clase de Lesión:		Localización:		Diagnóstico:	Grado:	Causó baja: Si No	
UNIDAD de destino:	Fecha del Accidente:																				
Lugar exacto del Accidente:	Hora: HORAS Hora de Trabajo:																				
Nombre del Lesionado:																					
Puesto de Trabajo:																					
Experiencia en ese Trabajo:	Indique nº de años ¿era su trabajo habitual? Si No																				
Testigos Presenciales:																					
Clase de Lesión:																					
Localización:																					
Diagnóstico:	Grado:																				
Causó baja: Si No																					

P R O C E S O  D E  T R A B A	<p style="text-align: center;"><u><b>Describir el proceso y fases de trabajo que tenía que realizar el lesionado:</b></u></p>
--	---

D E S C R I P C I Ó N  D E L  A L	<p style="text-align: center;"><u><b>Descripción clara de la secuencia del accidente: (anexar fotografías, croquis...)</b></u></p>
--	--

**INFORME DE ANÁLISIS DE ACCIDENTE**

**ANEXOIII**

A  
N  
A  
L  
I  
S  
I  
S  
  
D  
E  
  
L  
A  
S  
  
C  
A  
U  
S  
A  
S

Condiciones peligrosas y/o actos inseguros que contribuyen más directamente en el accidente:  
(causas inmediatas)

Causas básicas o fundamentales que originaron el accidente:

P  
R  
E  
V  
E  
N  
C  
I  
Ó  
N

Medidas que deben tomarse para evitar la repetición del accidente:

Investigado por:

Fecha:

Firma:

<b>RELACIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS</b>		<b>RELACIÓN DE CAUSAS BÁSICAS</b>
<b>CAUSAS RELATIVAS A INSTALACIONES Y EQUIPOS</b>	<b>CAUSAS RELATIVAS A LOS MATERIALES</b>	<b>CAUSAS RELATIVAS A LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO</b>
<p><b>Máquinas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de resguardos y/o protección.</li> <li>- Sistema de mando inseguro.</li> <li>- Fallos o inexistencia de dispositivos de control.</li> <li>- Paro de emergencia inexistente o ineficaz</li> <li>- Dispositivos de enclavamiento violados.</li> <li>- Deficiencia y/o ausencia de manual de instrucciones.</li> <li>- Máquina mal utilizada.</li> <li>- Riesgos derivados de la movilidad de las máquinas automotrices.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p><b>Equipos, herramientas y medios auxiliares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos, herramientas y medios auxiliares mal concebidos.</li> <li>- Equipos, herramientas y medios auxiliares en mal estado.</li> <li>- Equipos, herramientas y medios auxiliares mal utilizados.</li> <li>- Inestabilidad de apilamientos o estanterías.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p><b>Incendios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadecuado almacenamiento de productos inflamables.</li> <li>- Inexistencia o insuficiencia de sistemas de detección o extinción de incendios.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p><b>Electricidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistencia/ fallo de protección contra contactos eléctricos directos.</li> <li>- Inexistencia/ fallo de protección contra contactos eléctricos indirectos.</li> <li>- Corte imprevisto de suministro eléctrico.</li> <li>- Otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sustancias o productos agresivos.</li> <li>- Objetos peligrosos por naturaleza (pesados, cortantes, etc...)</li> <li>- Pérdida o degradación de las cualidades de los materiales.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>CAUSAS RELATIVAS AL AMBIENTE Y LUGAR DE TRABAJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruido excesivo (enmascarador de señales)</li> <li>- Iluminación insuficiente o deslumbramiento.</li> <li>- Otros agentes físicos (temperatura, humedad, etc...)</li> <li>- Fugas y/o derrames de productos químicos.</li> <li>- Falta de orden y limpieza.</li> <li>- Malos pasos, tropiezos.</li> <li>- Espacio insuficiente/ Posturas forzadas.</li> <li>- No delimitación de zonas de trabajo o paso.</li> <li>- Aberturas y huecos desprotegidos.</li> <li>- Zonas de paso, escaleras o accesos inseguros.</li> <li>- Deficiencias en las plataformas de trabajo.</li> <li>- Deficiencias o ausencias de la señalización.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>CAUSAS RELATIVAS AL INDIVIDUO (ACCIDENTADO Y/O TERCEROS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento del método de trabajo.</li> <li>- Desconocimiento de los riesgos.</li> <li>- Desconocimiento de las medidas de prevención aplicables.</li> <li>- Incumplimiento de órdenes expresas de trabajo.</li> <li>- Mala interpretación de las consignas de trabajo.</li> <li>- Anulación o retirada de protecciones.</li> <li>- Sobreesfuerzos de carácter individual.</li> <li>- No utilización de prendas de protección individual.</li> <li>- Otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operaciones peligrosas dejadas a la elección del operario.</li> <li>- Instrucciones inexistentes, confusas, contradictorias o insuficientes.</li> <li>- Falta de cualificación y/o experiencia para la tarea.</li> <li>- Falta de formación/ información al trabajador.</li> <li>- Falta de adecuación de la máquina, herramienta o material para la tarea (utilización no prevista por el fabricante)</li> <li>- Mantenimiento o limpieza de la máquina sin detenerla.</li> <li>- Sobrecarga de trabajo/ sobreesfuerzos.</li> <li>- Operaciones incompatibles.</li> <li>- Falta de coordinación entre empresas diferentes.</li> <li>- Otras.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>CAUSAS RELATIVAS A LA ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra o alquiler de máquinas o equipos sin considerar los aspectos preventivos.</li> <li>- Mantenimiento preventivo inexistente o inadecuado.</li> <li>- Fallos o inexistencia en la detección, evaluación y gestión de los riesgos.</li> <li>- Inexistencia del plan de formación de los trabajadores, incluidos los de nueva incorporación.</li> <li>- Inexistencia o inadecuación de los equipos de protección individual.</li> <li>- Otras.</li> </ul>