



S.E.S.L.A.P.

Enero - Junio 2008 • Volumen II • Número 5

L r S L r S L r S L r S L r S L r S L r S
a a a a a a a a a a a a a a a a a a a
b l l b l l b l l b l l b l l b l l b l l



a o a o a o a o a o a o a o a o a o a o
l b r l b r l b r l b r l b r l b r l b r l b r
u a u a u a u a u a u a u a u a u a u a u
d b d b d b d b d b d b d b d b d b d b
o o o o o o o o o o o o o o o o o o o
L r S L r S L r S L r S L r S L r S L r S
a a a a a a a a a a a a a a a a a a a
b l l b l l b l l b l l b l l b l l b l l

Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

5 Los aspectos sanitarios en las evaluaciones externas de los sistemas de prevención: ¿Tratamiento peculiar u olvido?

17 Sarna noruega como riesgo laboral en profesionales sanitarios y su prevención. Estudio de un caso

24 Factores de riesgo inusuales.

Los músicos del Romanticismo y los clásicos Vieneses en un síndrome del óperculo torácico.

19 Agenda de congresos.

20 XVII Congreso de la S.E.S.L.A.P. Pre-programa.

29 Direcciones Webb.

NUEVOS RESULTADOS

Estudio LIFE

LIFE = LOSARTAN INTERVENTION FOR ENDPOINTS REDUCTION

"... una mayor utilización de losartán mejorará los resultados obtenidos en los pacientes hipertensos."

"Nuestros resultados son directamente aplicables a la práctica clínica y deberían influir en las guías futuras."

(Dahlöf B, et al)

PUBLICADO EN:

THE LANCET

23/03/02

- COZAAR® redujo el riesgo de morbimortalidad cardiovascular combinada en un 13% vs. atenolol.¹
- COZAAR® redujo el riesgo de ACV en un 25% vs. atenolol.¹
- COZAAR® presentó mejor perfil de tolerabilidad que atenolol.¹

1. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359:995-1003.

Antes de prescribir COZAAR®, consulte la Ficha Técnica Adjunta

Podrá ver LIFE con detalle en:

 **YAHOO! para Médicos**
www.msd.mi.yahoo.es

Call Center mi yahoo: 900 850 555

 **MSD**
GRUPO MSD

Medicina Basada en la Evidencia

Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid
www.msd.es

losartán
COZAAR®
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

† Marca registrada de E.I. du Pont de Nemours and Company, Wilmington, Delaware, U.S.A.

UN HÉROE SALVADOR: ESCULAPIO

Dr. Amado Cuadrado Fernández

editorial

Entre los dioses se invocaba con frecuencia a **Asclepio**, conocido en occidente con el nombre latino de **Esculapio**. Fué el dios de la medicina, venerado en Grecia en varios santuarios. El más importante era el de **Epidaurio** en el Peloponeso donde se desarrolló una verdadera escuela de medicina. Se dice que la familia de Hipócrates descendía de éste dios.

Según la leyenda, era hijo de Coronis y Apolo. Se cuenta que Asclepio partió con **Jasón y Los Argonautas** a la búsqueda del Toisón de Oro, siendo observado por el centauro **Quirón**, quien le enseñó a curar las enfermedades por medio de palabras, hierbas y del cuchillo. De ésta forma Asclepio, gracias a éstos procedimientos tarapéuticos, utilizados desde antaño, adquirió maravillosos poderes curativos.

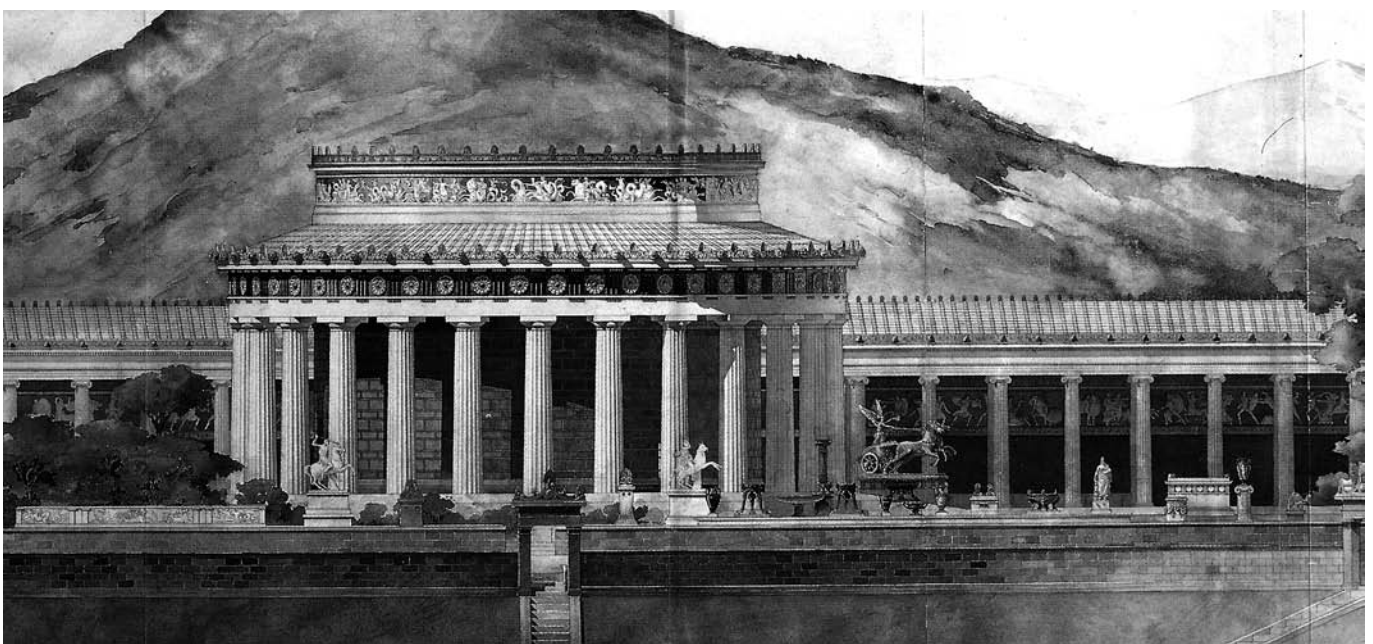
En su numerosa descendencia figuran 2 hijas:

Higiea, que nos enseñó las formas más saludables de conducir nuestra vida, legándonos la higiene y **Panacea**, "la que todo lo cura", que fué el origen de los medicamentos.

Homero cita también a otros dos hijos:

Macaón, que se encargó del tratamiento y cirugía de las heridas de los guerreros que participaron en el asedio de la ciudad de Troya y **Podalirio**, que sería consagrado a la medicina.

El recuerdo de Asclepio permaneció vivo en las generaciones siguientes, y dió lugar al nacimiento del término de Asclepiades.



Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERICIBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Servicios Médicos de las Cortes Valencianas

JUAN JOSE DIAZ FRANCO. Servicio de Prevención del Hospital Carlos III de Madrid

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. Servicio Extremeño de Salud. Área de Salud de Cáceres

ANTONIO SPINOLA BRETONES. Diputación de Cordoba

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

M^a ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha


Secretaría de Redacción:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA
CENTRO CLINICO DONOSTI
c/ Urbietta, 39 1º Izqda.
20006 SAN SEBASTIAN

Edita: S.E.S.L.A.P.

Diseño de portada: María Sol Fernández Fernández,
Amado Cuadrado Fernández y José Luis H.
Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).

Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación, ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.
SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99
ISSN: 1575-8524
Publicación autorizada por
La Viceconsejería de Sanidad
como Soporte Válido.

Imprime:  garcinuño

Los aspectos sanitarios en las evaluaciones externas de los sistemas de prevención: ¿Tratamiento peculiar u olvido?*

The health aspects in the audit of the prevention systems: Peculiarity or oblivion?



Gallo Fernández M.
Médico del Trabajo. Médico Inspector (Instituto Navarro de Salud Laboral)

RESUMEN:

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha regulado dos mecanismos para garantizar la adecuación de la actividad preventiva en las empresas. Por un lado existe un control a priori sobre los servicios de prevención ajenos (la acreditación). Por otra parte, la auditoría o evaluación externa del sistema de prevención realiza un control a posteriori sobre las modalidades organizativas de la prevención internas de la empresa. Pero estas auditorías, además de la función de control, han de ser un instrumento de gestión. Deben vigilar la adaptación a las exigencias normativas de las actividades preventivas desarrolladas en las empresas, así como fomentar la calidad y la búsqueda de la excelencia. Los aspectos sanitarios de estas evaluaciones necesitan un tratamiento especializado y más complejo, especialmente en algunos puntos como el respeto a la intimidad y la confidencialidad. Pero dicha peculiaridad no ha sido el principal motivo del relativo fracaso de las auditorías en lo referente a la vigilancia de la salud de los trabajadores, sino el pobre interés en esta materia y la carencia de reglas sanitarias específicas (auditores, estándares, procedimientos,...).

El objetivo de este artículo es dinamizar el debate y promover, en parte, la mejora de la vigilancia de la salud de los trabajadores mediante la descripción de quiénes efectúan dichas auditorías, qué se hace y cómo se hace, así como proponiendo cambios en la realización de estas evaluaciones externas sobre los aspectos sanitarios del sistema de prevención.

PALABRAS CLAVES: Auditoría, vigilancia de la salud de los trabajadores.

SUMMARY:

The Spanish Prevention of Risks at Work Act has regulated two mechanisms for guaranteeing the suitability of the preventive activity in the companies. On the one hand it is the accreditation of the external services of prevention, a previous control. On the other hand it is the audit or external evaluation of the system of prevention, when the employer assumes this activity with its own means. These audits have an inspection function, but they must also be a management tool. They look for excellence and watch that the companies develop their activities in the compliance with current legislation.

The evaluation of the health aspects is more complex, especially some subjects such as privacy and confidentiality. This peculiarity has not been the main reason why it has failed relatively, there has been a low interest about those aspects and there are not many specific health norms about auditors, standards or procedures.

The aim of this paper is to promote discussion and improvement of occupational health surveillance by describing who is making its audit, what and how it is been done, and suggesting a proposal of shift in the achievement of these external evaluations of the health aspects, too.

KEY WORDS: Audit, occupational health surveillance.

* Este artículo está basado en la ponencia "Los aspectos sanitarios en la evaluación externa de los sistemas de prevención de riesgos laborales: ¿tratamiento peculiar u olvido?", presentada el 23-3-2007 en el XVI Congreso de la SESLAP, celebrado en Pamplona.

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de prevención de las empresas que no hubieran concertado el servicio de prevención con una entidad especializada ajena debe someterse al control de una auditoría o evaluación externa, según lo dispuesto en el artículo (art.) 30.6 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y en el 29.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP). Pero se debe aclarar que también están obligadas las empresas con sistemas mixtos, es decir con recursos propios y ajenos (art. 29.2 y 31 bis RSP, en su nueva redacción).

Se han dado opiniones muy diversas sobre la eficacia real que tenían estas evaluaciones externas y sobre la necesidad de su adaptación e incluso nueva regulación, pero el consenso es muy amplio en el sentido de considerar negativa la supresión de las auditorías como obligación empresarial¹. De hecho, ha sido necesaria una profunda modificación del capítulo V del RSP, referido a las Auditorías, que se efectuó mediante el Real Decreto (RD) 604/2006.

La problemática sanitaria que gira alrededor de estas auditorías ha tenido un tratamiento desigual, según el ámbito en que se trataba o el momento concreto en que se formulaba. Se han podido encontrar desde situaciones de marginación a intentos de magnificación, aunque lo más habitual ha sido la indiferencia o la ignorancia. En ello han podido influir las peculiares complejidades y características de los elementos sanitarios, especialmente en el campo del respeto a la intimidad, pero quizás haya tenido más fuerza la consideración, por uno y otro lado, de que los aspectos médicos y de salud eran algo tangencial, extraño, ajeno e, incluso, alejado del mundo de la seguridad y salud en el trabajo.

Se pretende presentar una rápida visión de lo que es la auditoría de los sistemas de prevención de riesgos laborales, para a continuación entrar en las luces y las sombras de los aspectos sanitarios a considerar en las mismas. También se hará un repaso sobre diferentes aspectos terminológicos, que pueden llevar a confusión, entre lo que son las evaluaciones externas previstas en dicho RSP y lo que tradicionalmente se ha entendido, desde hace muchos años, como auditorías de organizaciones sanitarias. Y, por último, se entrará en el difícil equilibrio existente entre lo que puede ser un mecanismo de control y lo que ha de ser un instrumento de gestión orientado hacia la calidad y la búsqueda de la excelencia.

2. ÁMBITO Y CONCEPTO DE LA AUDITORÍA

Lo relativo a la auditoría se ha desarrollado reglamentariamente en el citado capítulo V RSP y en el capítulo II de la Orden de 27 de junio de 1997. Sin embargo, la disposición adicional 4ª.2 RSP establece que no serán de aplicación a las Administraciones públicas las obligaciones sobre auditorías de su capítulo V, aunque su normativa específica debe establecer los adecuados instrumentos de control, pues en su defecto se estará a lo dispuesto en dicho Reglamento. Se han publicado diversas normas en este sentido en las que se han previsto diferentes órganos para realizar dichas auditorías, como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en el ámbito de la Administración General del Estado (art. 8 RD 1488/1998), o la Inspección de Personal y Servicios de Seguridad de la Secretaría de Estado de Seguridad para el sistema de prevención del Cuerpo Nacional de Policía, con la colaboración y asesoramiento de aquel Instituto (art. 19 RD 2/2006). En Navarra se cuenta con el Instituto Navarro de Salud Laboral para la

Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos (art. 19 del Decreto Foral 135/1998).

Se criticó que la auditoría hubiera estado reservada en el pasado para los casos en que la empresa no recurriese a un servicio de prevención ajeno, con lo que la reglamentación parecía favorecer de nuevo a las estructuras externas, en contra del espíritu del texto comunitario contenido en la Directiva Marco. Esto ha quedado aclarado con la reforma introducida en el RSP mediante el RD 604/2006, que también obliga a las empresas con sistemas de prevención con actividades preventivas desarrolladas con recursos propios y ajenos. Esta coexistencia entre servicios de prevención ajenos y estructuras internas de la empresa ha planteado dudas, pues ciertos autores consideraban que sólo debía ser auditada la parte no concertada² y otros sectores opinaban que este fraccionamiento podía dar lugar a problemas prácticos a la hora de supervisar la eficacia del conjunto del sistema por parte de las auditoras³. La redacción del art. 31 bis RSP aclara que la auditoría de este mayoritario tipo de empresas *"tendrá como objeto las actividades preventivas desarrolladas por el empresario con recursos propios y su integración en el sistema general de gestión de la empresa, teniendo en cuenta la incidencia en dicho sistema de su forma mixta de organización, así como el modo en que están coordinados los recursos propios y ajenos en el marco del plan de prevención de riesgos laborales"*. Por tanto, el contenido, metodología e informe de la auditoría habrán de adaptarse a dicho objeto.

Algunos autores plantearon dudas respecto a que los servicios de prevención mancomunados necesiten una auditoría externa, considerando que sería poco viable en la práctica, ya que *"el auditor que audita una empresa debe también auditar el servicio de prevención mancomunado que utilice para enjuiciar su suficiencia, lo que conduciría al resultado de que sus múltiples auditores tendrían que realizar esa tarea sobre un mismo servicio"*⁴. Sin embargo, la mayoría considera que, al estar liberados del control previo de la acreditación administrativa por tener la consideración de propios, no se puede prescindir del control externo y posterior de la auditoría. Ésta, incluso, es mucho más fácil de realizar que cuando se da la coexistencia de estructuras internas y ajenas, pues en este caso las empresas mancomunadas pueden adoptar voluntariamente decisiones conjuntas, si lo estiman oportuno (*"si el servicio es conjunto, también debe serlo la auditoría, a la que deberán acudir conjuntamente para comprobar la suficiencia y adecuación del servicio así constituido"*)⁵.

La normativa ha previsto dos tipos de mecanismos de control administrativo de las diversas modalidades organizativas de la prevención. La primera es de carácter previo al inicio de sus actuaciones, la denominada Acreditación, y es de aplicación a los servicios de prevención ajenos (art. 31.5 LPRL y capítulo IV RSP). La segunda es de carácter posterior, la Auditoría, y afecta a los servicios no concertados (art. 30.6 LPRL y capítulo V RSP). Los servicios de prevención mancomunados tienen la consideración jurídica de servicios propios⁶, por lo que la evaluación externa debe ser la exigida con carácter general, con las oportunas adaptaciones logísticas, no aplicándose las peculiaridades de los sistemas mixtos del art. 31 bis RSP.

Por tanto, la auditoría resulta obligatoria para empresas que tengan cualquiera de los siguientes sistemas de prevención de riesgos laborales:

- Asunción empresarial (salvo que resulte exenta).
- Trabajadores designados (salvo que resulte exenta).
- Servicio de prevención propio, en sentido estricto.
- Servicio de prevención mancomunado (tiene el régimen jurídico de propio).
- Sistemas mixtos, con recursos propios y ajenos.

“La auditoría es un instrumento de gestión que persigue reflejar la imagen fiel del sistema de prevención (...) valorando su eficacia y detectando las deficiencias que puedan dar lugar a incumplimientos de la normativa vigente para permitir la adopción de decisiones dirigidas a su perfeccionamiento y mejora” (art. 30.1 RSP). Sin embargo, considerando el contenido que ha de tener según lo redactado en el RSP, la doctrina jurídica opina que no es un instrumento de gestión empresarial, sino de comprobación. Se persigue, por tanto, *“la realización de una comprobación imparcial, objetiva, crítica y por un tercero (experto y cualificado), destinada a ratificar la suficiencia y adecuación del sistema preventivo empresarial, no sólo desde el punto de vista de la organización, sino también de las actividades preventivas desarrolladas”*⁸.

A pesar de que se considera un instrumento de gestión, e indudablemente lo es, y de que persigue la mejora del sistema de prevención, la redacción legal introduce un elemento cuasi inspector, al incluir la detección de incumplimientos de la normativa. De un lado se valora la eficacia del sistema y del otro se comprueban las deficiencias contrarias a las exigencias legales. Además no son evaluaciones externas voluntarias, sino que vienen exigidas por la legislación preventiva. Y, por último, se debe tener en cuenta que, si no corrige ciertos aspectos puestos de relieve en dicha auditoría, la empresa puede ser sancionada.

Así, desde el punto de vista jurídico, están más próximas a las auditorías de cuentas que a las de calidad. *“La auditoría del sistema de prevención, por exigencia legal, no debería concebirse como una auditoría de calidad de la prevención, sino de implantación y ejecución de los aspectos que legalmente son exigibles en la necesaria gestión de las actividades preventivas”*⁹.

No obstante, parece imperdonable que no se incorpore un valor añadido a dicha evaluación externa y se aproveche, además de para cumplir un requisito legal, para mejorar la calidad del sistema, pero sin olvidar que *“la auditoría constituye un eslabón más de la cadena de mejora continua de la calidad, por lo que su efectividad no ha de valorarse de forma aislada, sino como parte de una metodología mucho más global”*¹⁰. Como se ha sugerido en otros ámbitos las evaluaciones externas deben ser eminentemente formativas y, por tanto, continuas y orientadas a la mejora, siendo un poderoso instrumento al servicio de la calidad, pero también han de servir a funciones de control¹¹.

3. PLAZOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA

La primera auditoría debe hacerse dentro de los doce meses siguientes al momento en que la empresa disponga de la planificación de la actividad preventiva (art. 30.4 RSP) o cuando lo requiera la autoridad laboral (art. 29.4 RSP). En este último caso se exige informe previo de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y, en su caso, de los órganos técnicos en materia preventiva de la Comunidad Autónoma, a la vista de los datos de siniestralidad laboral o de otras circunstancias.

Deben repetirse (art. 30.4 RSP), al menos, cada cuatro años o, si son empresas con actividades del Anexo I RSP, cada dos. También se tendrán que repetir cuando así lo requiera la autoridad laboral, precisando los mismos informes citados en el párrafo anterior.

Las empresas que cumplan ciertos requisitos pueden quedar exceptuadas de la obligación de realizar dicha auditoría (art. 29.3 RSP). Deben ser empresas de hasta seis trabajadores, con actividades no incluidas en los riesgos del Anexo I RSP, con la modalidad organizativa de asunción empresarial o designación de trabajadores y en las que la eficacia del sistema sea evidente por el limitado número de trabajadores y la escasa complejidad de la actividad preventiva. El empresario ha de cumplimentar y remitir a la autoridad laboral el documento establecido en el Anexo II RSP, que sustituirá la obligación de someterse a la auditoría. Esta excepcionalidad ha sido criticada por diversos autores, incluso con dudas sobre su legalidad¹². Sin embargo, la autoridad laboral podrá exigir, en su caso, su realización (art. 29.4 RSP).

4. LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA DEL AUDITOR

Las auditorías pueden ser realizadas por personas físicas o jurídicas autorizadas por la autoridad laboral de donde radiquen sus instalaciones principales, debiendo cumplir los requisitos exigidos en las normas citadas y con un procedimiento muy similar al establecido para los servicios de prevención ajenos (art. 32 y 33 RSP).

Se ha planteado en algún caso, al igual que con los servicios de prevención ajenos, que no era conveniente la prohibición de mantener relaciones comerciales o de otro tipo con las empresas o entidades sobre las que actúan, lo que no ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina jurídica. Sirva de ejemplo la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 10 de marzo de 2001: *“si la norma jurídica establece unos requisitos y prohibiciones para poder desarrollar una determinada actividad -en este caso la de auditoría del sistema de prevención de riesgos laborales- su conformidad con la Constitución y en particular con la libertad de empresa dependerá esencialmente de la adecuación y proporcionalidad que guardan dichas prohibiciones con la finalidad que se pretende, que siguiendo con el ejemplo de autos no será otra que preservar la independencia de dichas entidades auditoras, a fin de asegurar de esta forma una objetividad en su actuación, tendiendo también a evitar actuaciones de monopolio”*.

Las estructuras sanitarias correspondientes deben contar también con la autorización de la autoridad sanitaria competente. Los criterios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecen que las comprobaciones que hagan las auditoras, en materia sanitaria, deben realizarse por especialistas en Medicina del Trabajo (o Medicina de Empresa), aunque en su última versión de 2007 abre la posibilidad de que también participen los profesionales de la Enfermería de Empresa o del Trabajo, en el ámbito exclusivo de sus competencias¹³.

El auditor debe tener capacidad en materia de auditoría y en prevención de riesgos laborales, por lo que ha de poseer, al menos, una de las disciplinas preventivas de nivel superior y contar con expertos en las demás (art. 32.1 RSP y art. 4.2 de la Orden de 27 de junio de 1997).

Un problema importante viene dado porque la normativa exige solamente un titulado en alguna de las cuatro disciplinas preventivas, que además tenga formación o experiencia



probada en gestión y realización de auditorías y en técnicas auditoras. Pero el resto de expertos colaboradores pueden no tener capacitación como auditores. Por tanto, se puede dar el caso que se tenga un auditor no sanitario con el que colabore un Médico del Trabajo con una nula formación o experiencia auditora. Este último especialista puede ser un excelente profesional en el área de conocimiento de la Medicina del Trabajo, pero una auditoría exige un enfoque diferente al meramente técnico de la especialidad concreta.

Otra dificultad añadida viene dada por la escasa cultura de colaboración que tradicionalmente se ha dado, en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, entre las distintas especialidades y disciplinas preventivas. De la descoordinación y, en ocasiones, confrontación se debe pasar a una auténtica cooperación ("un problema grave y tradicional de la salud laboral es precisamente la separación entre profesionales sanitarios y no sanitarios [...] hay que reforzar la colaboración, los puntos de unión y concienciar a los expertos acerca de las ventajas del equipo sobre el individualismo en estas cuestiones")¹⁴.

Las exigencias legales respecto a la figura del auditor son muy escasas, pero es indudable que debe contar con un perfil idóneo para poder desarrollar eficazmente su tarea. Sin embargo, desde diversos sectores se ha puesto de manifiesto la existencia de una serie de condicionantes para conseguir realmente este perfil. Se encuentran dificultades en su formación, al no existir un programa específico para el desempeño de estas actividades. Otro problema viene dado por la dificultad de contar con una experiencia previa en la realización de este tipo de funciones, pues, a pesar de lo que se pueda pensar, se han estado realizando durante un tiempo relativamente corto y su cantidad tampoco ha sido excesiva. Otra dificultad viene dada en el campo de las actitudes y aptitudes del auditor, al requerirse al mismo un talante metódico y analítico. Desde diversos sectores se considera que un auditor ha de contar con una sólida formación preventiva, tanto en sus aspectos técnicos como de gestión de la prevención, una gran flexibilidad y disposición para poder adaptarse a las diferentes actividades empresariales y un comportamiento y actitudes adecuadas a sus funciones¹⁵.

Desde los ámbitos sanitarios se ha insistido en este mismo sentido desde hace varios años, respecto a las distintas actividades auditoras o evaluadoras de los diversos procesos sanitarios. Consideraban la necesidad de que se definiese un perfil de los evaluadores con un muy alto nivel de exigencia, para asegurar la competencia de dichos profesionales, garantizar la objetividad de las actuaciones y dar una absoluta credibilidad al proceso. Estos evaluadores debían ser profesionales sanitarios especializados, con una serie de aptitudes psicológicas, unas habilidades técnicas, una formación adecuada y una experiencia previa.¹⁶

La entidad o persona auditora debe disponer de medios suficientes y adecuados, aunque puede subcontratar las actividades complejas, lo que a veces resulta difícil pues no pueden ser entidades especializadas como servicios de prevención ajenos, ya que se podría incurrir en incompatibilidad¹⁷.

Como se ha comentado anteriormente, la auditora debe haber obtenido previamente la correspondiente autorización administrativa, aunque diversos sectores han criticado que entre los requisitos no se exija una póliza de seguro como si se hace con los servicios de prevención ajenos o con entidades auditoras de otro tipo, a las que incluso se obliga a

prestar fianza¹⁸. Y por último, se exige una independencia del auditor, con una serie de incompatibilidades.

Estas auditorías son realizadas por personas o entidades privadas, no siendo una actividad de la Administración pública, que sólo actúa en su autorización y en la comprobación del mantenimiento de sus condiciones, así como en el seguimiento y control de su funcionamiento. No obstante, de los resultados de dichas evaluaciones externas se pueden derivar ulteriores actuaciones de las Administraciones públicas, incluso de tipo inspector y sancionador.

Tampoco pueden considerarse estas actividades auditoras como propias de entidades colaboradoras de la inspección, como puede ser el caso de las entidades de acreditación y los organismos de control previstos en la legislación industrial o sobre otras figuras de atribución de funciones inspectoras a particulares, lo que no significa la privatización de potestades administrativas¹⁹. Sin embargo, como se ha comentado, lo recogido en las auditorías puede ser un importante elemento de apoyo para la actuación inspectora.

5. CONTENIDO Y METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA

"La auditoría llevará a cabo un análisis sistemático, documentado y objetivo del sistema de prevención" (art. 30.2 RSP). Debe incluir:

- Comprobaciones sobre la forma de realizar las evaluaciones de riesgos, análisis de sus resultados y verificación de los mismos, en su caso.
- Comprobación de las actividades preventivas y su planificación.
- Análisis de la adecuación entre los procedimientos y medios requeridos para la prevención y los recursos dispuestos (propios o concertados), además de su organización y coordinación.
- Valoración de la integración de la prevención en la empresa y la eficacia del sistema.

"La auditoría deberá ser realizada de acuerdo con las normas técnicas establecidas (...) y teniendo en cuenta la información recibida de los trabajadores". La metodología o procedimiento de referencia debe contener, al menos, unos mínimos establecidos en el art. 30.3 RSP.

Existen una serie de lagunas legales que dificultan la realización de las auditorías. Unas derivan de una total ausencia de normativa, otras de la carencia de normativas de referencia con la suficiente claridad y, por último, por la existencia de normativas distintas que, en algunos casos, podrían entrar en conflicto²⁰.

Resulta clara la obligación de tener en cuenta los aspectos legales de aplicación. Pero la auditoría no puede quedarse sólo en este punto, pues resultaría muy limitada. Tampoco puede abusar de los elementos empíricos, aunque en algún caso sea posible si existe una evidencia práctica razonable. Por tanto, resulta imprescindible acudir a elementos normativos entendidos en su sentido más amplio, no circunscritos exclusivamente al ámbito legal, debiendo considerar las normas técnicas generalmente aceptadas, las opiniones de expertos, los consensos, los documentos de reconocido prestigio, las líneas de investigación específicas, etcétera.²¹

Resultó muy interesante la elaboración, por parte del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), de unos criterios para la realización de dichas auditorías²².

Sin embargo, se echa de menos que por parte de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria no se haya realizado nada similar. Carecemos de criterios o normas técnicas específicas sobre la vertiente sanitaria de estas auditorías, lo que dificulta la labor. La evaluación externa de organizaciones sanitarias debe perseguir, además de las exigencias legales, una notable mejora de la calidad, no quedándose en unos criterios de mínimos sino que debe tender a que sean de óptimos, pretendiendo alcanzar el mejor nivel posible.²³

Resulta evidente la escasez de criterios y estándares específicos para el ámbito sanitario dentro del sistema de prevención de riesgos laborales en las empresas. El Sistema Nacional de Salud no ha logrado un único modelo general de referencia, incluso, para otros ámbitos más amplios, como la acreditación de organizaciones sanitarias, a pesar de considerar que ésta es un instrumento de promoción y fomento de la calidad asistencial y de evaluación externa de los centros y servicios sanitarios. Diversas Comunidades Autónomas han ido adoptando su propio modelo, distinto al de las demás, aunque se pueden agrupar en gran parte como herederos de tres grandes modelos alternativos de gestión de la calidad: los derivados de las normas ISO, los basados en el sistema específicamente sanitario de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) o en el modelo europeo de la excelencia (EFQM). No se ha logrado una deseable armonización y coordinación que hubiera ayudado a constituir un elemento de vertebración del Sistema Nacional de Salud.²⁴

Si se observa esta dispersión y descoordinación en temas de gran envergadura para el Sistema Nacional de Salud, son muy pobres las esperanzas de lograr algo mejor en un campo considerado secundario, como es el de la salud laboral. Aún resulta más descorazonador cuando se comprueba que la Medicina del Trabajo tiene un estatus de segunda fila en el ámbito de los poderes fácticos en materia de prevención de riesgos laborales, no tanto en el campo de la norma escrita pero sí en el de la situación de hecho. Y aún es más sombrío el futuro esperable dentro de las auditorías previstas en la LPRL, ya que la vigilancia de la salud y los aspectos sanitarios apenas son mencionados, debiendo buscarse elementos indirectos para encontrar un hueco para ellos.

En la práctica sigue primando el riesgo, sobre todo el más visible aunque no sea el más peligroso, y ha quedado muy relegado el papel de la persona que pueda estar sometida al mismo. Olvidamos con frecuencia que en la prevención de riesgos profesionales tenemos dos elementos indisolubles, el riesgo del puesto de trabajo y el trabajador correspondiente. Si no existiese este último estaríamos hablando de prevención de riesgos industriales o patrimoniales, pero no de riesgos laborales. Además, en muchos sectores y en la generalidad de la opinión pública, sigue primando la cultura del accidente, por leve que sea, en detrimento de pensar en otros posibles daños laborales de mucha mayor gravedad, pero de evolución más lenta y más difícil detección. La cultura preventiva debe ir cambiando en las empresas, pero es bastante difícil lograr efectos eficaces si no vamos introduciendo cambios en el conjunto de la propia sociedad. Es un camino lento y difícil, pero imprescindible.

La normativa vigente exige a estas auditorías "un pronunciamiento sobre el grado de eficacia del sistema para lograr una prevención real de los riesgos laborales"²⁵. Por tanto, la auditoría debe realizar comprobaciones sobre diferentes aspectos de la evaluación de riesgos y la planificación de

actividades preventivas, pero además tiene que analizar la adecuación entre los procedimientos y medios requeridos para realizar las actividades preventivas y los recursos de que dispone el empresario, propios y concertados, teniendo en cuenta, además, su organización y coordinación. En consecuencia, se incluyen también los recursos externos que ha concertado la empresa. No se audita al servicio de prevención ajeno, sino que se analiza que las actividades no asumidas con medios internos de la empresa están efectivamente y adecuadamente cubiertas con un sistema externo, que además debe contar con la correspondiente acreditación. Un aspecto esencial es comprobar que existe una adecuada coordinación entre los recursos propios y ajenos. De todos modos, ya se ha comentado que esto trae problemas en la actuación de los auditores, no quedando muy delimitados los límites de donde empieza el servicio ajeno, que no es auditable, y donde comienza su reflejo en el sistema preventivo de la empresa, que debe ser auditado según el art. 31 bis RSP ("*teniendo en cuenta la incidencia en dicho sistema de su forma mixta de organización*"). Esto es algo a tener muy en cuenta pues la gran mayoría de empresas, que comprenden a la mayor parte de los trabajadores, tienen concertada la Medicina del Trabajo.

Se plantea, en el caso de los aspectos sanitarios de la auditoría, otro importante problema. Estos auditores, aunque sean Médicos del Trabajo, no están incluidos, en principio, entre los que pueden tener acceso a los datos médicos personales sin consentimiento expreso del interesado (art. 22.4 LPRL). No son autoridades sanitarias ni personal médico que lleve a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores. A pesar de la opinión minoritaria de algún autor, parece muy difícil que dichos auditores puedan incluirse dentro del colectivo de personal sanitario que ejerce funciones de evaluación y que puede tener un acceso completo a dichas historias, previsto en el art. 16.5 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBRAP).

De todos modos, siempre podrán evaluar la realización de la vigilancia de la salud accediendo a las historias clínico-laborales si se preservan los datos de identificación personal del trabajador, de manera que quede asegurado el anonimato, según dispone el art. 16.3 LBRAP. Sin embargo, esta anonimización puede tener problemas prácticos, pues parece difícil la posibilidad de cotejar dichos datos sanitarios con los riesgos concretos de cada trabajador o exigiría complejos sistemas técnicos de conexión que, simultáneamente, fueran fiables y confidenciales. La tarea resultaría más fácil si se les permitiera acceder a datos identificables, previa autorización de acceso por parte de los correspondientes trabajadores, pero se pueden generar serios problemas éticos en algunos casos.

6. ABORDAJE DE LOS ASPECTOS SANITARIOS EN LA AUDITORÍA

Tienen un carácter clásico las tres modalidades de control de calidad utilizadas tradicionalmente en los ámbitos sanitarios, siguiendo a Donabedian. En las mismas se utiliza un instrumento de evaluación dirigido a analizar la estructura, el proceso y los resultados.²⁶

Es necesario evitar cierto confusiónismo semántico entre conceptos recogidos en la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y el diferente significado que dicha palabra tiene en los ambientes tradicionalmente ligados a las



evaluaciones externas sanitarias. La acreditación contemplada en la LPRL respecto a los servicios de prevención ajenos es en realidad una autorización administrativa concedida por la autoridad laboral, que exige otra autorización previa de la autoridad sanitaria respecto a los elementos de su competencia. Sin embargo, lo que se suele denominar acreditación de organizaciones sanitarias va más ligado al objetivo de la mejora de la calidad y la consecución de la excelencia, tiene carácter voluntario y utiliza unos criterios de óptimos²⁷. Por el contrario, la auditoría contemplada en la norma de prevención de riesgos laborales tiene una orientación mixta (gestión eficaz y cumplimiento legal), es obligatoria y sus criterios son generalmente de tipo básico. También son muy diferentes las concepciones correspondientes a la auditoría del sistema de prevención de riesgos laborales y al tradicional audit médico.

Resulta curioso observar que la normativa de prevención de riesgos laborales, a pesar de la fugaz y a veces confusa mención que suele hacer a los aspectos sanitarios, haya previsto la posibilidad de que en las auditorías se puedan realizar "*reconocimientos de la salud con el fin de contrastar resultados*" (art. 4.3 de la Orden de 27 de junio de 1997).

No se va a hacer una relación exhaustiva de todos los elementos concretos que se deben contemplar, pues ello sobrepasaría ampliamente el objetivo de este trabajo. Se utilizarán, a modo de apoyo y con pretensiones meramente didácticas, los requisitos recogidos en los criterios para las auditorías elaborados por el INSHT. Este esquema ayudará a evitar la dispersión de conceptos, pero en gran parte de los casos su referencia se debe considerar apenas como un título introductorio, pues en la mayoría de las ocasiones resulta escaso el contenido sanitario que se encuentra en dichos requisitos.

El contenido del capítulo V RSP, relativo a las auditorías, no hace mención explícita a lo correspondiente a la actividad sanitaria, por lo que obliga a buscar elementos indirectos para su concreción. Todo debe realizarse analizando la documentación pertinente, considerando las informaciones correspondientes, con inclusión de las procedentes de los representantes de los trabajadores, y comprobando y verificando objetivamente lo que resulte oportuno.

6.1 Comprobación de la evaluación de riesgos

En lo relativo a la evaluación de riesgos (art. 39.2.a RSP) es preciso comprobar que han participado en la misma, en mayor o menor grado, los distintos profesionales de un equipo interdisciplinar, incluidos los de la Medicina del Trabajo.

Es habitual considerar que no es necesaria la actuación de estos últimos en la evaluación de riesgos, en una visión excesivamente reduccionista de las tareas de los profesionales sanitarios. Los requisitos (R) de los criterios elaborados por el INSHT no mencionan ningún aspecto relativo a la actuación sanitaria en el apartado relativo a la evaluación de riesgos (R 1 a 5). No obstante, resulta imprescindible cierta presencia ante la necesaria coordinación e interdisciplinariedad en su elaboración. Esto resulta más visible en el señalamiento de puestos de trabajo que necesitan un especial estudio dadas las particulares condiciones de trabajadores especialmente sensibles, la posibilidad de riesgo grave por situaciones de salud específicas de ciertos empleados en determinados puestos y la necesidad de que se señalen los riesgos y el nivel de los mismos, para ulteriormente poder

planificar una necesaria vigilancia de la salud específica y su correspondiente periodicidad.

Sin embargo, los citados criterios sí han previsto, como motivos para la actualización de dichas evaluaciones de riesgos, la presencia de daños en la salud de los trabajadores o la detección de deficiencias en su vigilancia de la salud (R 6).

6.2. Comprobación de las actividades preventivas y de su planificación. El especial papel de la documentación de la historia clínico laboral

Otro importante capítulo trata el tipo y planificación de la actividad preventiva (art. 39.2.b RSP).

En las medidas de prevención y protección (R 8) se deben considerar también los aspectos relativos a la salud individual del trabajador. Tampoco se debe olvidar una presencia de los aspectos sanitarios en la formación de los trabajadores (R 9). Los criterios del INSHT citan la información a los trabajadores sobre los resultados de la vigilancia de su salud, que ha de ser de contenido, tiempo y forma adecuados (R 10 y 11).

El INSHT contempla la vigilancia de la salud, pero el requisito considerado (R 17) resulta de contenido excesivamente escaso.

Por tanto, se necesita un mayor detalle en el análisis de su evaluación. Bien es verdad que pueden resultar dificultades prácticas, debido a la especial protección y confidencialidad de los datos sanitarios personales, como ya se ha comentado, pero deben ser solventadas de forma adecuada y ajustándose a la legalidad. Debe constatarse que la vigilancia de la salud se realiza con un escrupuloso respeto de las garantías y derechos contemplados en la normativa. Se ha de tener en cuenta la aplicación de una serie de principios, que sin menoscabo de otros, se pueden resumir en: "deber empresarial; equidad; voluntariedad para el trabajador; proporcionalidad; respeto a la intimidad y la dignidad; confidencialidad; no discriminación; derecho de información; especificidad; periodicidad; capacidad; protocolización; criterio epidemiológico; orientación preventiva"²⁸. La documentación esencial relativa a este aspecto viene dada por la historia clínico laboral.

La historia clínico laboral tiene una escasa regulación respecto a su contenido, ya que apenas abarca unos grandes capítulos descritos de forma genérica (art. 37.3.c RSP). Es necesario correlacionarla con otras normas sanitarias de tipo más general. Al contrario de lo que sucede con la historia clínico asistencial, dicha historia clínico laboral no tiene establecido de forma clara y detallada los documentos que la integran, los parámetros a consignar, los sistemas de normalización a aplicar y los datos mínimos que deben constar²⁹. No obstante, son de aplicación los aspectos generales de cualquier historia clínica, con las debidas adaptaciones e inclusión de los elementos específicos del ámbito laboral. Se deben definir una serie de criterios para su evaluación, conteniendo los requerimientos, objetivos, escalas de valoración y el modo de valoración que resulten necesarios, así como los niveles de calidad esperables. Deben valorarse los distintos ítems exigibles a cualquier historia clínica, precisándose un análisis de su calidad formal y de la calidad de su contenido. Además se debe complementar con otros apartados más específicos, como lo relativo a los riesgos laborales actuales y pasados, sus antecedentes de salud relacionados con ellos y las actuaciones preventivas y protectoras adoptadas. Como se ha comentado anteriormente,



resulta imprescindible una estrecha relación con el contenido de la evaluación de riesgos. La anamnesis, exploración y pruebas complementarias deben estar en relación con los riesgos derivados del trabajo. Y se deben derivar una serie de decisiones en la esfera médica y laboral, con el correspondiente informe al trabajador y la remisión al empresario, sin violentar la confidencialidad, de las oportunas conclusiones para que pueda realizar las necesarias adaptaciones y correcciones.

Dado el gran volumen de historias clínicas que se encontrarán en la mayoría de los casos, se precisará utilizar técnicas de muestreo, considerando tanto lo contenido en la documentación escrita como lo que se halla en soporte informatizado.

Un punto de especial relevancia viene dado por la comprobación de que la vigilancia de la salud se ha adecuado a los correspondientes protocolos de vigilancia sanitaria específica³⁰. Los profesionales sanitarios deben adaptar estos protocolos a las circunstancias concretas de los riesgos y condiciones de cada empresa y a las peculiaridades de los trabajadores, "y es en ese marco dónde el profesional sanitario debe (...) construir su protocolo adaptado a su caso"³¹. En la frecuente situación de que los trabajadores estén multiepuestos a distintos factores de riesgo laboral, se exige unificar y ordenar los aspectos comunes de los distintos protocolos de aplicación, al objeto de evitar repeticiones absurdas y molestias innecesarias. Dichos protocolos tienen un esquema similar en la mayoría de los casos, pero su contenido y exhaustividad varían según las circunstancias. Encontramos unos más abiertos, con un afán claramente orientativo y dirigido hacia grandes líneas de actuación, junto a otros mucho más concretos y restrictivos, con obligaciones muy determinadas (en muchos casos mero reflejo de una exigencia legal). Por tanto, en ocasiones, puede ser difícil de valorar la adecuación de la vigilancia de la salud a lo contenido en dichos documentos.

Existen discusiones respecto al grado de fuerza vinculante que puedan tener, aunque en general prima la consideración de que tienen un carácter orientativo, aunque con cierta carga de obligatoriedad. Sucede algo parecido con las guías del INSHT, solo que en estos casos se ha explicitado su carácter no vinculante en los últimos RD específicos que contemplaban su posible elaboración y actualización. Sin embargo, con los protocolos de vigilancia sanitaria específica no se ha dado dicha situación y al estar contemplada su existencia en la LPRL (art. 10), en el RSP (art. 37.3) y en otras normas, se pueden considerar incluidos dentro de lo que en los ámbitos jurídicos se denomina normativa técnica, que carece de valor normativo en sentido estricto y de vinculación directa, pero constituye una referencia imprescindible de gran utilidad para medir el alcance de un deber empresarial y el grado de diligencia desplegado por el empresario para cumplirlo³². La jurisprudencia ya se ha pronunciado en algún caso sobre este particular y, a pesar de reconocer que los citados protocolos carecen de un carácter normativo en sentido estricto, señala que son de utilización obligatoria, pues aclaran y facilitan la aplicación de las normas y marcan las pautas de actuación (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 30 de julio de 2004).

Estos protocolos deben aplicarse con sentido común, pero tampoco es admisible la no realización de una vigilancia de la salud específica ante un determinado riesgo porque no se haya aprobado un protocolo oficial sobre esa materia con-

creta, pues existen otras posibilidades documentales y científicas. El art. 37.3.c RSP establece que "la vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes".

Al objeto de evitar una utilización perversa de la voluntariedad para el trabajador respecto de la vigilancia de su salud, se hace necesaria la constatación documental de que fue ofertada a los trabajadores y de que éstos no la aceptaron, además de demostrar que se disponía realmente de los recursos para realizarla. No obstante, se debe tener en cuenta que, en algunos casos, dicha vigilancia puede ser obligatoria para el trabajador.

También necesita un tratamiento diferenciado, con un análisis especial, lo relativo a las trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o lactancia, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (R 18).

Además se deben analizar otros aspectos sanitarios distintos a la vigilancia de la salud en sentido estricto, ya que dada la gran envergadura de esta última suelen pasar desapercibidos o no se realizan. Un ejemplo importante es el relativo a las actuaciones sanitarias en materia de emergencias y primeros auxilios (R 19 a 21), en sus aspectos físicos, organizativos y operativos y contemplando las situaciones con presencia y ausencia de personal sanitario.

También se debe acreditar que se investigan los daños a la salud de los trabajadores, incluidos los detectados por la vigilancia de la salud (R 22).

En las situaciones de contratación de personal o de cambio de sus condiciones de trabajo debe llevarse a cabo la correspondiente evaluación del estado de salud (R 25).

Con los trabajadores cedidos por empresas de trabajo temporal (ETT), se han de tener en cuenta las obligaciones específicas para estos casos (R 26), entre ellas las relativas a la vigilancia de la salud realizada por dicha ETT, que además debe aportar el informe de aptitud para realizar el trabajo correspondiente en la empresa usuaria.

6.3. Análisis de la adecuación de los procedimientos y medios requeridos con los dispuestos

Otro gran apartado viene dado por el análisis de la adecuación entre los procedimientos y medios requeridos y los recursos disponibles, internos y contratados, así como su coordinación y modo de organización (art. 30.2.c RSP).

El procedimiento empleado para las actividades preventivas (R 29), entre ellas la vigilancia de la salud, debe cumplir lo recogido en la normativa aplicable, incluida su correspondiente periodicidad.

El personal sanitario que realiza la vigilancia de la salud debe contar con la suficiente capacidad acreditada (R 30), considerando lo contenido en el RSP y en las normas relativas a las profesiones sanitarias.

Debe acreditarse la existencia de procedimientos escritos y los correspondientes registros, así como las informaciones que deben estar a disposición de terceros (R 31). En el caso de la vigilancia de la salud se debe diferenciar claramente la información accesible al interesado y a las autoridades sanitarias y la que se debe dar a otras personas, que será más general y sin contener datos médicos de carácter personal.

La modalidad organizativa de la prevención con recursos propios que exista en la empresa debe ser apropiada, sus



recursos humanos deben contar con la información, capacidad y medios necesarios y sus recursos materiales y humanos ser suficientes y adecuados (R 34 a 37). Deben contar con la autorización sanitaria competente y tienen que mantener los recursos existentes cuando se concedió la misma o haberlos incrementado, si la situación hubiera variado. Los profesionales de la Medicina del Trabajo deben actuar de forma coordinada con los técnicos de las demás disciplinas preventivas.

En el caso de que se haya recurrido a servicios de prevención ajenos debe constar el correspondiente concierto y tiene que existir una adecuada coordinación con los recursos propios de la empresa (R 38). Ha de estar acreditado por la autoridad laboral competente y, en el caso de que se haya contratado la Medicina del Trabajo, debe contar con la autorización de la autoridad sanitaria del territorio donde está actuando. Se debe considerar la incidencia de las actividades contratadas en el sistema de prevención de riesgos laborales de la empresa. Asimismo, ha de valorarse el modo de coordinación entre los recursos internos y externos en el marco del plan preventivo. No obstante, en este caso van a existir serias dificultades de acceso al contenido de los históricos médicos, con los consecuentes problemas para analizar la vigilancia de la salud y poder valorar su adecuación.

6.4. Valoración de la integración de la prevención en la empresa y de la eficacia del sistema

Y por último se debe tener en cuenta la valoración de la integración de la prevención en el sistema general de gestión de la empresa así como de su eficacia (art. 30.2.d RSP).

La prevención ha debido integrarse en todos los Departamentos y Unidades y contar con los medios suficientes (R 42 y 43). De la misma manera, debe existir una clara integración dentro del equipo de profesionales, sanitarios o no, encargados de la prevención.

Se debe realizar la pertinente notificación de los daños a la salud y de otras informaciones exigidas por la normativa (R 44). También se debe disponer de la documentación exigida por las disposiciones legales (R 45), entre la que se incluye la relativa a los controles del estado de salud de los trabajadores y las conclusiones derivadas de los mismos.

7. INFORME DE AUDITORÍA

La empresa está obligada a mantener el informe de auditoría a disposición de la autoridad laboral y de los representantes de los trabajadores. Debe reflejar, al menos, una serie de aspectos exigidos por la normativa (art. 31.2 RSP):

- Identificación de la persona o entidad auditora y de su equipo.
- Identificación de la empresa auditada.
- Objeto y alcance de la auditoría.
- Fecha de emisión.
- Documentación de base utilizada, incluida la información de los trabajadores.
- Metodología empleada y, en su caso, normas técnicas usadas.
- Elementos auditados y resultados.
- Conclusiones sobre la eficacia del sistema de prevención y sobre el cumplimiento de las obligaciones normativas.
- Firma del responsable de la auditora.

Este informe, por tanto, debe poner de manifiesto una opinión técnica sobre la eficacia y legalidad del sistema de prevención, de conformidad con los principios y normas de auditoría generalmente aceptados, debiendo considerar, entre otros, los aspectos relativos a la vigilancia de la salud. Dicha evaluación externa en vigilancia de la salud supone la comprobación de su calidad con base en diferentes parámetros. "La información sobre esa calidad de la actividad de vigilancia de la salud asegura, en principio, la validez y fiabilidad de la actividad como tal (...) pone de manifiesto, simplemente, que, en principio, parece una vigilancia válida y legal, pero el principal responsable de su cumplimiento adecuado va a ser el empresario"³³.

En el proceso de auditoría se hacen comprobaciones, se analizan éstas junto a otros datos y documentos, se asignan una serie de puntuaciones o cumplimientos de acuerdo a unas exigencias o criterios, se aplican unas reglas de decisión y se emite el correspondiente informe positivo o, en su caso, con una serie de deficiencias detectadas³⁴. Estas deficiencias pueden ser de tres tipos:

- Deficiencias críticas. Representadas por el incumplimiento de criterios que constituyen requisitos o aspectos contemplados como mínimos o imprescindibles por la normativa.
- Deficiencias mayores. Constituidas por criterios cuyo incumplimiento es de especial relevancia para el buen funcionamiento del servicio. Es prioritario subsanar las mismas, adoptando las pertinentes medidas correctoras.
- Deficiencias menores. Integradas por el incumplimiento de otros criterios de menor importancia. Esto no exime a la empresa de planificar y adoptar las medidas oportunas para su solución o corrección.

Esto se va a traducir en una conformidad o, en caso contrario, en la constatación de la presencia de una serie de no conformidades, que han de corregirse lo antes posible, y también de recomendaciones, que ayudarán a mejorar la calidad del sistema de prevención. Pero esto no se puede reducir a una interpretación meramente numérica, ya que un mayor número de cumplimientos no apareja en todos los casos una mejor calificación, pues en ocasiones una sola no conformidad puede ser de tal envergadura que afecte seriamente al sentido del conjunto de la auditoría³⁵.

Naturalmente, las no conformidades deben basarse siempre en evidencias objetivas debidamente constatadas. Además deben tener la necesaria graduación, especialmente orientada a destacar las que tengan un carácter más grave o crítico.

En todo caso se precisa disponer de una documentación suficiente y adecuada, al objeto de poder llevar a buen puerto la realización de la auditoría, pues de lo contrario será casi imposible realizarla. Existe una situación aún peor que la de un sistema de prevención con muchas no conformidades. Esto acontece si se le declara inauditable.

Tal como se ha citado al comienzo de este apartado, la empresa afectada debe mantener los resultados de estas evaluaciones externas "a disposición de la autoridad laboral competente y de los representantes de los trabajadores" (art. 31.1 RSP). Por tanto, una de las posibles actuaciones inspectoras derivadas es la comprobación de la adecuada corrección de las deficiencias detectadas por la auditoría, pues "resulta evidente que surge para el empresario una obligación de subsanar las deficiencias observadas en (...) la auditoría, así como reorganizar y destinar, en su caso, los



medios (...) para adecuar las medidas preventivas a las carencias detectadas"³⁶. Esto viene exigido por el art. 31.4 RSP ("*la empresa adoptará las medidas necesarias para subsanar aquellas deficiencias que los resultados de la auditoría hayan puesto de manifiesto y que supongan incumplimiento de la normativa*").

8. EVALUACIONES VOLUNTARIAS

Los expertos en salud laboral están mayoritariamente de acuerdo en crear un sistema de evaluación de la calidad de los servicios de prevención y, en cierta medida, apoyan la idea de elaborar un Código de Buenas Prácticas de los mismos³⁷.

Además de las citadas auditorías o evaluaciones externas obligatorias, con el alcance que da la normativa de prevención de riesgos laborales, "las empresas pueden tener sus propias auditorías internas fomentando así la calidad de su sistema de gestión de riesgos laborales"³⁸.

Esta posibilidad se ha recogido expresamente en el RSP, tras su reforma, al prever que "*las empresas podrán someter con carácter voluntario su sistema de prevención al control de una auditoría o evaluación externa para permitir la adopción de decisiones dirigidas a su perfeccionamiento y mejora*" (art. 33 bis). Se podrán hacer en los casos en que no sea obligatoria en virtud de las exigencias normativas. También, aunque lo sea, si se hace con mayor frecuencia o con un alcance más amplio.

Las empresas que realicen estas evaluaciones externas voluntarias, si hacen las mismas respetando las exigencias y requisitos contenidos en el capítulo V RSP, podrán ser incluidas dentro de los programas de fomento de la Administraciones públicas, con sus correspondientes incentivos, previstos en el art. 5.3 LPRL. Se debe recordar que sólo cuentan las realizadas por auditores autorizados. No se entiende muy bien que no se haya aprovechado la ocasión para aportar un valor añadido, exigiendo una orientación mucho mayor hacia la calidad.

Se ha señalado repetidamente la importancia de las auditorías internas, periódicas y sistematizadas, al permitir a la organización mantenerse y desarrollarse con la máxima amplitud y eficiencia en su fin preventivo, ya que "son imprescindibles y muy potentes para la generación de cambios positivos en todo el personal, siempre que se garantiza que su finalidad es la autoevaluación, su participación, la retroinformación de los resultados y el apoyo para la implantación de las mejoras que puedan identificarse"³⁹.

Tampoco parece descabellado que se promocionase la realización de auditorías voluntarias a las entidades especializadas como servicios de prevención ajeno, a pesar de que no existe obligación legal. De hecho diversas entidades de este tipo vienen desarrollando auditorías internas o evaluaciones externas, según el caso, de sus estructuras y sistemas. Se ha considerado, desde ciertos sectores, que la existencia de la acreditación y el seguimiento y control del mantenimiento de sus condiciones por la Administración, suponen suficiente garantía de la adecuación de las actividades llevadas a cabo por este tipo de servicios⁴⁰. Esto resulta discutible y, desde luego, muy poco ambicioso.

9. CONCLUSIONES

No se puede olvidar que la auditoría se realiza sobre el conjunto del sistema de prevención, por lo tanto ha de resultar

un documento final único, en el que también se han debido tener en cuenta los aspectos sanitarios correspondientes en su justa medida. No se debe caer en olvidos, pero tampoco en sobredimensionamientos.

Lógicamente se debe tener una visión a nivel macro, del conjunto del sistema de prevención de la empresa, pero es imprescindible haber evaluado previamente a nivel micro, sobre cada uno de los componentes esenciales de dicha actuación, entre ellos los sanitarios.

La legislación de prevención de riesgos laborales, en ocasiones, obvia lo sanitario o lo trata superficialmente, remitiéndolo a veces a una genérica competencia o norma sanitaria, que en muchos casos no se concreta en la realidad. Este cierto olvido o alejamiento se suele dar aún más en la práctica, en bastantes casos porque no se ha podido o no se ha sabido asumir un papel propio desde los correspondientes ámbitos sanitarios.

Debe definirse con más claridad la figura del auditor de los aspectos sanitarios en la prevención de riesgos laborales. Esto resulta aún más necesario con dichos aspectos que con otros, dadas las peculiaridades de esta actividad y las cautelas legales que rodean a un tema tan sensible y de especial protección como es el de los datos de salud.

No existen suficientes normas específicas y aceptadas, de tipo sanitario, respecto a lo que ha de ser una auditoría de un sistema de gestión de riesgos laborales. Apenas se encuentran tratamientos muy superficiales, a veces emanados desde otros ámbitos en un esfuerzo digno de agradecer, o, al contrario, se ha de acudir a referencias excesivamente complicadas y difíciles de adaptar, al ser elaboradas para organizaciones sanitarias de ámbito más complejo.

Se precisa la implicación de las Administraciones públicas competentes en la elaboración de dichos criterios y estándares específicos, sin olvidar la necesaria participación de los auditores sanitarios que tienen la obligación moral de alcanzar la suficiente masa crítica, prestigio y grado de influencia.

No puede haber verdadera integración de la prevención si no han sido capaces de coordinarse y trabajar en equipo los distintos miembros de los servicios de prevención, sean sanitarios o no. Una pretendida certificación de calidad del sistema y de integración será un espejismo, un auténtico papel mojado, que no reflejará una situación realmente creíble. Algo ha debido fallar en el procedimiento o se ha producido un extraño milagro, si se pretende hacer creer que hay una auténtica prevención integrada en todas las actividades y niveles de la empresa, cuando no se ha logrado conseguir en la unidad técnica básica y especializada en la materia.

En estas auditorías tiene un excesivo peso el control, la comprobación del cumplimiento normativo, a pesar de que también se pretende valorar la eficacia del sistema de prevención. Es necesario dimensionar aún más lo relativo a la calidad, pues de lo contrario será más correcto hablar de inspección técnica que de auditoría.

Deben fomentarse además las auditorías voluntarias, con un mayor énfasis en la mejora continua de la calidad del sistema. Algunas empresas están utilizando sistemas voluntarios de evaluación de su sistema de gestión de prevención de riesgos laborales de acuerdo a distintas normas técnicas y estándares, del tipo de la OHSAS 18001, de la fallida y derogada UNE 819001 EX y de otras referencias nacionales e internacionales, tendiendo incluso a la integración con



otros sistemas. Lo mismo debería realizarse respecto a la evaluación de las organizaciones sanitarias en el campo de la prevención de riesgos laborales. Pero para ello se deben definir claros sistemas de referencia y procedimientos adecuados o, en su caso, aplicar otros ya existentes y ampliamente experimentados, aunque con las lógicas adaptaciones a las actividades y dimensiones que se encuentran en el ámbito específico de los servicios de prevención y la actuación de salud laboral en la empresa.

El control previo realizado sobre los servicios de prevención ajenos mediante el proceso de acreditación y el teórico seguimiento posterior por parte de las Administraciones públicas del mantenimiento de sus condiciones, resulta claramente insuficiente y, en cierta medida, discriminatorio respecto a las empresas que utilizan recursos propios. El

proceso de acreditación está orientado primordialmente hacia el cumplimiento de requisitos estructurales, pero cualquier auditoría tiene un alcance mucho más amplio, abarcando otros aspectos del conjunto de un sistema de gestión. Sería aconsejable que, al menos de forma voluntaria, estas entidades especializadas se sometieran periódicamente a evaluaciones externas adaptadas a sus peculiaridades, al objeto de potenciar su calidad y favorecer la continua adecuación y mejora de sus actuaciones, entre ellas las sanitarias.

La auditoría de los sistemas de prevención de riesgos laborales, tanto en el ámbito privado como en el de las Administraciones públicas, puede resultar útil y necesaria si, además de atender su carácter legal, potencia su orientación hacia la mejora continua de la calidad.



10. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Boix Ferrando P, Gil Alcamí JM, Rodrigo Cencillo F. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la estrategia en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo (OSL:WP05-002). Observatorio de Salud Laboral, Barcelona [on line], 2006 (citado 6-9-2007). Disponible en <http://www.osl.upf.edu/document.htm>. p. 15.
- 2 Moreno Márquez A. Los Servicios de Prevención. Valencia: Tirant lo Blanc; 1997. p. 87.
- 3 Tudela Cambroner G, Valdeolivas García Y. La seguridad y salud en el trabajo: síntesis de un problema y propuestas de solución (A propósito del Informe sobre riesgos laborales y su prevención). Relaciones Laborales 2002; 1: 181.
- 4 Díaz Moliner R. Derecho de prevención de riesgos laborales, vol. II. Madrid: Dijusa; 1998. p. 118.
- 5 Igartua Miró MT. Manual del Servicio de prevención. Madrid: Tecnos; 2002. p. 101.
- 6 Blasco Mayor. La externalización de las actividades de prevención de riesgos laborales. Aranzadi Social 2001; V: 913.
- 7 Díaz Moliner R. Derecho de prevención de riesgos laborales, vol. II. Madrid: Dijusa; 1998. p. 167.
- 8 Igartua Miró MT. Manual del Servicio de prevención. Madrid: Tecnos; 2002. p. 141.
- 9 Manzano Sanz F. Auditoría del sistema de prevención: una interpretación jurídica y técnica sobre su alcance.: Boletín de Prevención de Riesgos Laborales, Tomo I, Parte Estudio. Pamplona: Aranzadi; 2004. p. 20.
- 10 Tejero González JM, Fernández Martín J, Rodríguez Díaz C, Gutiérrez Fernández R. Auditorías de calidad en instituciones sanitarias. La Auditoría operativa como instrumento de evaluación de la calidad en centros sanitarios del SESCAM. Auditoría Pública 2005; 36: 66.
- 11 Pérez Juste R. La evaluación externa y sus implicaciones. Aspectos técnicos, prácticos y éticos. Avances en Supervisión Educativa [on line], 2007; 6 (citado el 26-10-2007). Disponible en <http://www.adide.org/revista/index.php>,
- 12 Sempere Navarro AV. Aspectos jurídicos del Reglamento de Prevención de Riesgos Laborales. Aranzadi Social 1997; V: 591.
- 13 Ministerio de Sanidad y Consumo. Acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención, 3ª ed. MSC, Madrid [on line], 2007 (citado 17-11-2007). Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/serviciosPrevencion.htm>.
- 14 Martínez Jarreta, MB. "Formación del personal sanitario y técnico en materia de prevención de riesgos laborales". En: Gil Hernández, F (editor). Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona: Masson; 2005, p. 219.
- 15 Aguilera Díaz E. El perfil del auditor de prevención de riesgos laborales. Capital Humano 2002; 155: 92-100.
- 16 Zancajo Castañares JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. Revista de Calidad Asistencial 2001; 16: 213.
- 17 González-Carbajal García JM. Aspectos jurídico-públicos de la prevención de riesgos laborales. Madrid: Colex; 2000. p. 162.
- 18 Luque Parra M. La auditoría de los servicios de prevención. Estudios Financieros, Revista de Trabajo y Seguridad Social 1999; 195: 29.
- 19 García Ureta A. La potestad inspectora de las Administraciones públicas. Madrid: Marcial Pons; 2006. p. 336-338.
- 20 Díaz Morales J. Auditoría de la prevención de riesgos laborales. Partida doble 2001; 120: 86-93.
- 21 Zancajo Castañares JL. Acreditación de servicios de prevención de riesgos laborales: hacia la mejora continua de la calidad. SESLAP 2001; 1 (9): 9.
- 22 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Criterios del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para la realización de las auditorías del sistema de prevención de riesgos laborales reguladas en el Capítulo V del Reglamento de los Servicios de Prevención. MTAS, Madrid [on line], 2001 (citado 9-9-2007). Disponible en <http://www.mtas.es/insht/practice/guias.htm#Criterios>.
- 23 Zancajo Castañares JL. Acreditación de servicios de prevención de riesgos laborales: hacia la mejora continua de la calidad. SESLAP 2001; 1 (9): 7-8.
- 24 Carrasco Prieto A. Estándares de la JCI 2002 frente al modelo EFQM: ¿hacia la complementariedad?. Revista de Administración Sanitaria 2006; 4 (2): 303-304.
- 25 Díaz Moliner R. Derecho de prevención de riesgos laborales, vol. II. Madrid: Dijusa; 1998. p. 168.
- 26 Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de Calidad Asistencial 1991; 6 (1): 1-6.
- 27 Zancajo Castañares JL. Acreditación de servicios de prevención de riesgos laborales: hacia la mejora continua de la calidad. SESLAP 2001; 1 (9): 6.
- 28 Villalobos Cabrera F et al. Memento Práctico Francis Lefebvre. Prevención de riesgos laborales 2006-2007. Madrid: Ediciones Francis Lefebvre; 2006. p. 208-224.
- 29 Tejedor Muñoz JM. Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 1999; 2 (3): 111-123.
- 30 Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. MSC, Madrid [on line], 2005. Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigITrabajadores/protocolos.htm> (citado 28-1-2007).
- 31 García Gómez M, Esteban Buedo V, Gallo Fernández M, Guzmán Fernández A. La vigilancia de la salud de los trabajadores doce años después. Cuadernos de relaciones laborales 2007; 25 (1): 71.
- 32 González Ortega S. El marco normativo de la seguridad y la salud laboral. En: Agustí Juliá J (coordinador). Estudio de la prevención de riesgos laborales. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1999. p. 41.
- 33 Pedrosa Alquézar SI. La vigilancia de la salud en el ámbito laboral. Madrid: CES; 2005, p. 42.
- 34 Carrasco Prieto A, Cisnal Gredilla JM, Díez Mediavilla M, Hernández Manso J, Moro Aguado J, Tejedor Muñoz JM, Zancajo Castañares JL. Propuesta de manual de acreditación para servicios de prevención. Madrid: Longares; 1997. p. 155-160.
- 35 Beltrán de Guevara Berecibar C. Auditorías de la vigilancia de la salud. Conformidades y recomendaciones. SESLAP 2001; 1 (4): 15.
- 36 Igartua Miró MT. Manual del Servicio de prevención. Madrid: Tecnos; 2002. p. 143.
- 37 Boix Ferrando P, Gil Alcamí JM, Rodrigo Cencillo F. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la estrategia en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo (OSL:WP05-002). Observatorio de Salud Laboral, Barcelona [on line], 2006 (citado 6-9-2007). Disponible en <http://www.osl.upf.edu/document.htm>. p. 14-15.
- 38 Pedrosa Alquézar SI. La vigilancia de la salud en el ámbito laboral. Madrid: CES; 2005, p. 42.
- 39 Tejedor Fernández M, Martín Gómez F, Torres Ortiz MA. Criterios de calidad en los servicios de prevención de riesgos laborales. Medicina y Seguridad del Trabajo 2001; 48 (191): 6.
- 40 Montserrat Nonó J, Plana Almuni P. "Organización de la prevención en la empresa". En: Benavides FG, Ruiz Frutos C, García García AM (editores). Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2002. p. 184.

FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO

MOYLU YENI YILLAR

BON NADAL I FELIÇ ANY NOU

FELIZ AÑO NOVO

GOTT NYTT ÅR

ZORIONAK ETA URTE BERI ON

BONNE ET HEUREUSE ANNÉE

BONES NAVIDAES FELIZ AÑU NUEU

FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR

BO NADAL E FELIZ ANINOVO

MERRY CHRISTMAS AND HAPPY NEW YEAR

BON NADAU E ERÓS ANNAU

GOTT NYTT ÅR

CELUKKIC NIEUWJAAR

SELAMIA TTAHUN BARU

MESTOS ULA QUÉ TA BUTÉN CERÓ DE BERG

祝新年好!

שְׂמֵחִים וְשְׂמֵחִים

STVAHNY NOVÝ ROK

GOTT NYTTÅR

שְׂמֵחִים וְשְׂמֵחִים

新年好(“Xin Nian Hao”)

شاد و شاد

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

ΚΑΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΑ



Boletín de solicitud de MIEMBRO DE LA S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Departamento / Ministerio / Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:

E-mail:



16

DATOS DOMICILIACION BANCARIA:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC _____ Cuenta _____

Fecha: Firma:



Boletín de solicitud de SUSCRIPCION a la revista S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:

Profesión: Fecha Nacimiento:

Organismo Público:

Dirección Particular:

Localidad: Provincia:

C.P.: Teléfono: Fax:

E-mail:

Entidad pagadora: (sólo cumplimentar si no coincide con el Departamento/Organismo)

N.I.F.: Dirección:

Banco o Caja:

Dirección:

Localidad: C.P.: Provincia:

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja _____ Oficina _____ DC _____ Cuenta _____

Fecha: Firma:

El precio de la suscripción a la revista es de 10 euros anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)
 c/ Urbiete, 39 - 1º Izquierda
 20006 SAN SEBASTIAN

Sarna noruega como riesgo laboral en profesionales sanitarios y su prevención. Estudio de un caso.

Servicio Extremeño de Salud. Complejo Hospitalario de Cáceres.
Mateos Rodríguez, J. *Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.*
Stoduto García, M P. *Especialista en M. Preventiva y Salud Pública. Servicio de M. Preventiva y Salud Pública.*

RESUMEN:

Se revisa la sarna noruega como variante altamente contagiosa de la ectoparasitosis por *Sarcoptes scabiei* y su importancia como riesgo laboral de origen biológico para los trabajadores sanitarios. Se presenta un caso con las actuaciones preventivas llevadas a cabo.

PALABRAS CLAVES: Sarna noruega. Trabajadores sanitarios. Prevención.

INTRODUCCIÓN

La sarna es una enfermedad ectoparasitaria de la piel producida por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* que se transmite por un contacto físico estrecho.^{2,7,10,12,18}

La variedad denominada sarna noruega, costrosa o hiperqueratósica, consiste en una forma clínica peculiar, más frecuente en ancianos e inmunodeprimidos, caracterizada por una erupción eritemato-descamativa generalizada, que comienza a veces sin prurito y se acompaña de placas hiperqueratósicas distribuidas por el cuerpo (especialmente en manos, codos, antebrazos, rodillas y pies), lo que difiere bastante de las lesiones típicas de la sarna común y puede dificultar el diagnóstico precoz.^{2,6,7,9,12,15,18}

Bajo estas placas hiperqueratósicas pueden encontrarse miles de parásitos y huevos, también puede haber parásitos bajo las uñas, lo que hace a esta variedad altamente contagiosa y la convierte en un riesgo laboral para los trabajadores sanitarios que atienden a éstos pacientes, así como para otros pacientes en contacto directo^{4,6,9,14,16}, e incluso a través de fomites¹⁵, siendo su período de incubación medio de 15 a 17 días y hasta de un mes.^{9,10,14} De hecho, en los últimos años se han registrado varios episodios de contagio de escabiosis a trabajadores sanitarios o a otros pacientes a partir de un caso de sarna noruega.^{1-5,9,13-17}

En los trabajadores infestados la sintomatología suele consistir en prurito intenso de predominio nocturno asociado a una erupción cutánea eritemato-papulosa y lesiones por rascado en diversas localizaciones como brazos, flexuras o zonas de roce.^{9,15-17}

En el presente artículo abordamos el estudio de un caso de sarna noruega atendido en nuestro hospital en el mes de abril del presente año, de las medidas preventivas y terapéuticas adoptadas y de sus resultados.

SUMMARY:

A review of norwegian scabies like a highly contagious variant of the external parasitism by *Sarcoptes scabiei* and its importance as laboral biological risk for the sanitary workers. A case with the preventive actions is presented in this article.

KEY WORDS: Norwegian scabies. Health workers. Prevention.

MATERIAL Y MÉTODO

Partimos de un caso índice (persona anciana residente en ámbito familiar) que ingresa por el servicio de urgencias a causa de otras patologías. Tras un período de unas tres horas en un box de urgencias estuvo ingresada seis días en la 3ª planta (cardiología-neurología) y posteriormente en la 2ª planta (medicina interna) durante cinco días hasta que se diagnosticó la presencia asociada de sarna noruega mediante raspado cutáneo y biopsia de las lesiones que mostraron abundantes ácaros adultos, ninfas y huevos. Momento a partir del cual se instauró el tratamiento adecuado para esa patología asociada de la paciente.

En la fotografía número 1 pueden apreciarse las placas hiperqueratósicas de la sarna noruega en la paciente en el momento de su ingreso hospitalario.

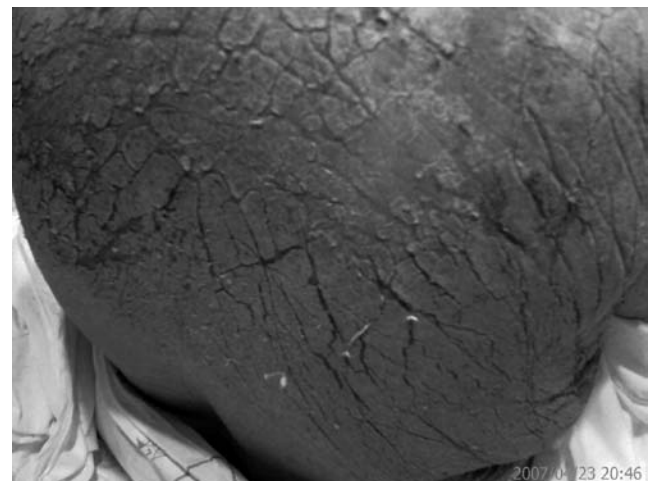


Foto 1. Caso índice. Placas hiperqueratósicas en región dorsal. (Cortesía: Dr. Crespo Rincón. Servicio de Medicina Interna, CHCC.)



Una vez que el caso fue comunicado a los servicios de medicina preventiva y de prevención de riesgos laborales se establecieron las siguientes medidas de prevención:

- ❑ Aislamiento cutáneo inmediato de la paciente: habitación individual con antesala en la que se disponía de guantes, calzas y batas desechables de manga larga, así como contenedor para el material utilizado y equipo para lavado y antisepsia de manos. Así mismo se restringió la entrada a la habitación y se dieron las instrucciones oportunas para el adecuado tratamiento de la ropa de cama y de la paciente.
- ❑ Recogida de datos sobre personal que pudiera haber tenido contacto con la paciente antes de adoptarse las medidas especiales de aislamiento, en las diferentes áreas en las que estuvo ingresada.
- ❑ Charla informativa a los trabajadores que pudieron haber tenido dicho contacto, relativa a las características de esta patología y a las posibilidades de prevención y tratamiento.
- ❑ Se ofertó a estos trabajadores realizar, de forma simultánea, profilaxis (o tratamiento, en su caso) con crema de permetrina al 5% tal como se recomienda para contactos y convivientes próximos así como para el personal sanitario,^{6,14,15} dada la menor toxicidad y la menor absorción percutánea de este producto en comparación con otros utilizados anteriormente como el lindane¹¹. Se elaboraron listados de los mismos para que, a través de las supervisoras de cada área, se llevase el control de la misma.
- ❑ Se distribuyeron instrucciones para la realización de la profilaxis/tratamiento con la permetrina:
 - Ducha con agua templada por la noche.
 - Administración de la crema por todo el cuerpo desde el cuello para abajo (también detrás de las orejas) con la precaución de no contactar con mucosas ni heridas.
 - Mantener la crema al menos 8 a 12 horas.
 - Por la mañana, lavarse abundantemente en la ducha y ponerse ropa limpia.
 - Retirar toda la ropa personal, de cama y de aseo utilizada y lavarlas en agua caliente o con lejía. En caso de no poder hacerse, también puede introducirse en una bolsa cerrada durante tres días (el ácaro no sobrevive fuera del cuerpo más de 24 a 48 horas) y lavarla después por el procedimiento habitual.
- ❑ Seguimiento del desarrollo de las medidas adoptadas.

En la tabla 1 se detallan, por categorías profesionales y áreas de trabajo los trabajadores objeto del estudio.

	Urgencias	2ª planta	3ª planta	Otros Sº (*)	TOTAL
Médicos	1	3		3	7
ATS/DUE	4	7	11		22
Aux. Enfermería	4	14	16		34
Celadores			16		16
Total					79

(*) Médicos que habían atendido alguna interconsulta

Tabla 1. Trabajadores sanitarios que podían haber tenido contacto con la paciente antes de establecer las medidas de aislamiento.

RESULTADO

De los 79 trabajadores que pudieron haber tenido un contacto de riesgo previo a la instauración de las medidas de aislamiento cutáneo, 58 (el 73,4 %) consideraron haber tenido un contacto relevante, 13 (el 16,4 %) presentaron sintomatología (una de ellas ya la presentaba en el momento de la charla informativa) -si bien la mitad de ellos sólo refirió prurito inespecífico sin lesión alguna, que no permite descartar un origen psicógeno- y 62 trabajadores (el 78,5%) decidieron realizar profilaxis (o tratamiento en el caso de los que presentaron síntomas de contagio).

En la tabla 2 puede verse un resumen de estos resultados.

	Objeto del estudio	Considera el contacto relevante	Presenta sintomatología	Realiza profilaxis o tratamiento	NO realiza profilaxis o tratamiento
Médicos	7	2	2	4	3
ATS/DUE	22	14	1	15	7
Aux. Enfermería	34	27	4	28	6
Celadores	16	15	6(*)	15	1
TOTAL	79	58	13	62	17

(*) En éstos 6 trabajadores no se constató sintomatología objetiva (erupción), manifestando solamente un prurito difícilmente valorable.

Tabla 2. Trabajadores sanitarios que rellenaron los formularios de recogida de datos y que realizaron profilaxis o tratamiento con permetrina.

No se comunicaron efectos secundarios reseñables como consecuencia de la aplicación tópica de permetrina y 3 trabajadores de los que presentaron manifestaciones clínicas requirieron una segunda aplicación del tratamiento a la semana del primero por persistir el prurito y las lesiones.

No se ha detectado ningún caso de contagio a otros pacientes del hospital.

DISCUSIÓN

A pesar de que cuando se tuvo conocimiento del caso y se pudieron poner en marcha todas las medidas preventivas casi había transcurrido el tiempo de incubación promedio citado por diversos autores, solamente 7 trabajadores llegaron a presentar lesiones cutáneas (el 8,86% de los que pudieron haber tenido contacto laboral) y otros 6 manifestaron haber tenido prurito, aunque sin lesiones cutáneas acompañantes. Este número es algo inferior al recogido en otros estudios,¹⁴⁻¹⁶ lo que hace pensar que la instauración de la profilaxis con permetrina en los trabajadores sanitarios que habían tenido un contacto relevante con la paciente pudo evitar la infestación de un mayor número de trabajadores.

La aceptación de la profilaxis fue amplia en general, especialmente entre los auxiliares de enfermería, celadores y enfermeras/os.

CONCLUSIONES

Dada su alta contagiosidad, la sarna noruega supone un riesgo biológico a tener en cuenta en trabajadores sanitarios, así como una potencial enfermedad nosocomial. La prevención del contagio tanto a trabajadores como a otros pacientes se basa en la rápida sospecha y el diagnóstico precoz de esta patología, en el establecimiento de medidas de aislamiento cutáneo y en la profilaxis de los contactos íntimos o intensos con crema de permetrina al 5%.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ ABC.es 24/01/2003. Detectado otro caso de sarna, al parecer aislado, en paraplégicos. <http://www.abc.es/hemeroteca/historico-24-01-2003/abec/toledo/...>
- ² Bueno C. Arácnidos acarinos: sarna. En: Lázaro P. Dermatología tomo I. Ed. Luzan 5 SA. Madrid 1987.
- ³ Consumer.es. Salud Noticias. Un brote de sarna del hospital de paraplégicos de toledo afecta a tres pacientes y once operarios. <http://www.consumer.es/web/es/salud/2002/11/02/53735.php>.
- ⁴ Diario Clarín 08/11/2006. Efectaron 18 casos de sarna entre pacientes y enfermeros en un hospital del PAMI. <http://www.carin.com/diario/2006>
- ⁵ Diario Médico 14/10/1998, pg.5. Controlado el brote de sarna en Segovia.
- ⁶ Díaz-Maroto S. Sarna y sarna noruega: diagnóstico, prevención y tratamiento actuales. Farmacia Hospitalaria 1998; 22(1):1-9.
- ⁷ Documentación científica Semar. La sarna. En: Parasitología, clínica y diagnóstico, terapéutica. Ed. Glosa, Barcelona 1998: 209-212.
- ⁸ El país 28/11/1990. Brote de sarna en una planta del hospital de San Sebastián
- ⁹ Fajardo M, Urdez E, Ysita A. Brote intrahospitalario de escabiosis a partir de un caso de sarna noruega. Salud Pública Mex. 2004; 46(3):251-254.
- ¹⁰ Fitzpatrick TB, Polano MK, Suurmond D. Atlas de dermatología clínica. Doyma. Barcelona 1986: 266-271.
- ¹¹ Franz TJ, Lhman PA, Franz SF, Guin JD. Comparación de la absorción percutánea de lindane y permetrina. Arch Dermatol 1996; 132:901-5.
- ¹² García C, Luelmo J, Travería FJ. Sarna humana. Atención Primaria 1996; 17(5):358-360.
- ¹³ Gobierno de Aragón. Información 13/12/2002. Salud analiza la aparición de varios casos de sarna en Barbastro. <http://www.aragob.es/pre/cido/s0212133.htm>
- ¹⁴ Larrosa A, Cortés-Blanco M, Martínez S, Clerencia C, Urdaniz LJ, Urban J, Garcá J. Brote nosocomial de escabiosis en un hospital español. Euro Surveill 2003; 8(10):199-203.
- ¹⁵ Martínez JI, Arce A. Brote de escabiosis en una residencia de ancianos. Importancia de la transmisión por fomites. Medicina Preventiva 1999, V(4):15-19.
- ¹⁶ Mateos J, Monrobel E, Gómez C. Brote de escabiosis (sarna) en trabajadores sanitarios. Revista Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo 1993; II(30): 21-23.
- ¹⁷ Mateos J. Ectoparasitosis por *sarcoptes scabiei* de origen laboral. Medicina del Trabajo, Imágenes diagnósticas 1994; (3):117-117.
- ¹⁸ Taplin D, Meinking TL. Sarna, pediculosis y micosis. En: Pariser R. Temas actuales de medicina general. Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1989: 567-573.



agenda de congresos



XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO.

Fechas: 21, 22 y 23 de mayo de 2008.

Lugar: Santander - Palacio de la Magdalena.



XVIII CONGRESO MUNDIAL SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Fechas: 29/06/2008 - 02/07/2008

Categoría/s: General, Calidad, Psicosociología, Higiene, Formación, Legislación, Gestión, Seguridad, Ergonomía, Medicina, Medio ambiente

Organizador: KOSHA, OIT, AISS

Lugar: Centro de Convenciones COEX, Seúl, Corea.

E-mail: safety2008@kosha.net • Web: www.safety2008korea.org



XVII CONGRESO SESLAP.

Fechas: 1, 2 y 3 de octubre de 2008 - Girona

Días 1, 2 y 3 de octubre de 2008

XVII

CONGRESO

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE SALUD LABORAL
EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PRE-PROGRAMA



GIRONA

*Por una efectiva prevención de riesgos
laborales en las Administraciones Públicas*



Girona, a 15 de noviembre de 2007

La Sociedad Española de Salud Laboral en las Administraciones Públicas (SESLAP) está preparando su XVII Congreso, que se celebrará en Girona durante los próximos días 1, 2 y 3 de octubre de 2008, bajo el lema "Por una efectiva prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas". Este encuentro científico es fruto de un convenio de colaboración suscrito entre la propia SESLAP y el Ayuntamiento de Girona. A través de él pretendemos una vez más aportar una mayor proyección y excelencia profesional a nuestra tarea preventiva cotidiana.

Deseamos que estas jornadas científicas sean no sólo un punto de encuentro entre los profesionales que trabajamos por y para la prevención dentro de la Administración, sino también que todas las instituciones - tanto públicas como privadas - implicadas en este ámbito de actuación sientan como propio este encuentro profesional y participen activamente en él.

Nuestra obligación como sociedad científica es tratar de lograr que la prevención de riesgos laborales sea verdaderamente efectiva en todas y cada una de las Administraciones Públicas. De esta premisa surge precisamente el lema de este Congreso, que debe recordarnos a todos que nuestra primera y última pretensión debiera ser contribuir a lograr el bienestar del trabajador en todos los escenarios laborales en que desarrolle su tarea profesional.

Como presidente de la SESLAP os invito a participar activamente con vuestras aportaciones científicas, con vuestras comunicaciones y pósters, y también con vuestros trabajos de investigación. Os agradezco de antemano vuestro esfuerzo, que a buen seguro contribuirá a la consecución del éxito científico del XVII Congreso de la SESLAP.

Gracias por tu colaboración.

Espero tener ocasión de saludarte en Girona.



CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERCEIBAR
Presidente de la SESLAP

01

COMITÉ ORGANIZADOR Y COMITÉ CIENTÍFICO

- Sr. D. Jaume Abat Dinarès
Política de Salud Laboral. Instituto Catalán de la Salud.
- Sr. D. Xavier Albar Perxés
Oficina de Salud Laboral. Universidad de Girona.
- Sr. D. Jesús Albert Sanz
Vicesecretario y Vocal de las Comunidades Valenciana y Murciana de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Antonio Albesa Vilalta
Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Barcelona.
- Sr. D. José Manuel Álvarez Gómez
Vicepresidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Amado Cuadrado Fernández
Tesorero de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Iñigo Apellaniz González
Secretario de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. Rosa Bague i Qller
Unidad Básica de Prevención Ambito Territorial ICS Girona.
- Sr. D. Carlos Beltrán de Guevara Berceibar
Presidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. Carme Bertran Noguera
Vicerrectora de Organización, Comunicación y Calidad. Universidad de Girona.
- Sr. D. Manuel Bestratén Belló
Centro Nacional de Condiciones de Trabajo Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - MTAS.
- Sra. Dña. Marisa Bonmati Guindonet
Departamento de Agricultura, Alimentación y Acción Rural. Generalitat de Catalunya.
- Sr. D. Rafael Casado Martínez
Servicio de Prevención. Ayuntamiento de Sabadell.
- Sra. Dña. Anna Costa Bo
Servicio de Prevención. Ayuntamiento de Girona.
- Sr. D. Manuel de Gracia Blanco
Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Girona.
- Sr. D. Jaume de Montserrat i Nonó
Centro de Seguridad y Salud Laboral de Girona. Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya.
- Sra. Dña. Núria de Montserrat i Nonó
Oficina de Salud Laboral. Universidad de Girona.
- Sr. D. Juan José Díaz Franco
Vocal de las Comunidades de Madrid y Castilla León de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Antonio Doce Feliz
Vocal de las Comunidades de Galicia y Asturias de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

02



- Sr. D. Jordi Doltra Centellas
Plan de Salud Laboral. Universidad de Girona.
- Sr. D. Francesc Fransi Fontanet
Dirección General de la Función Pública. Departamento de Gobierno y Administraciones Públicas. Generalitat de Catalunya.
- Sr. D. Gregorio Gil López
Gabinete Médico. Ministerio de la Presidencia.
- Sr. D. Javier González Caballero
Servicio Prevención. Instituto Nacional de la Seguridad Social de Bilbao.
- Sr. D. Javier Guerrero Fonseca
Vocal de Castilla la Mancha de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. Marta Huici Germán
Servicio de Prevención. Ayuntamiento de Girona.
- Sr. D. Ramon Jovall Aguilera
Servicio de Prevención. Grupo B.Braun España.
- Sra. Dña. M^a Angeles Lorente del Prisco
Vocal de las Comunidades de Cataluña y Baleares de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. María Mercedes Martínez Aso
Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Girona.
- Sr. D. Jesús Mateos Rodríguez
Vocal de la Comunidad de Extremadura de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Pedro R. Mondelo
Centro de Ergonomía y Prevención ETSEIB. Universidad Politécnica de Cataluña.
- Sra. Dña. Pilar Moreno Martínez
Vocal de la Comunidad de Aragón de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. M^a José Ochoa Cepero
Coordinadora protocolo XVII Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sr. D. Bonaventura Rebés i Torra
Servicio médico. Departamento de Presidencia. Generalitat de Catalunya.
- Sr. D. José Luis Ruiz Círgelos
Vocal de las Comunidades del País Vasco, Navarra, Cantabria y La Rioja de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.
- Sra. Dña. Marta Sabaté Solanes
Dirección General de la Función Pública. Departamento de Gobierno y Administraciones Públicas. Generalitat de Catalunya.
- Sr. D. Joan Samper Bustins
Sección de Personal. Ayuntamiento de Girona.
- Sr. D. Josep Serra Palomar
Oficina de Salud Laboral Universidad de Girona.
- Sr. D. Antonio Spínola Bretones
Vocal de la Comunidad de Andalucía de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

03

RESUMEN

CONFERENCIAS MAGISTRALES

- SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
- RESPONSABILIDADES PENALES Y CIVILES DERIVADAS DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.
- LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS ADMINISTRACIONES LOCALES. MODELOS DE GESTIÓN.

MESAS

- LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS. PROPUESTAS DE MEJORA.
- LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y LA SEGURIDAD VIAL.
- COORDINACIÓN EMPRESARIAL EN LA ADMINISTRACIÓN.
- DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.
- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
- CUERPOS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. VALORACIÓN DE SUS RIESGOS.
- TRANSTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS.
- INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN EN TODAS LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES.
- ASPECTOS PSICOSOCIALES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE SOPORTE.
- PREVENCIÓN, EXCELENCIA Y GESTIÓN ÉTICA EN LA ADMINISTRACIÓN.
- GESTIÓN DE LA APTITUD Y RIESGOS A TERCEROS.
- LA VISIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.
- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A AGRESIONES EN EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

04



21



- PAPEL DE LOS SINDICATOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
- COLECTIVOS ESPECIALMENTE SENSIBLES.

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS

- TRABAJOS EN ALTURA.
- CONDUCCIÓN SEGURA.

TALLERES

- TALLER DE DEFENSA.
- SOPORTE VITAL BÁSICO. BOTIQUINES.
- EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. EJEMPLOS PRÁCTICOS.
- ALCOHOL Y EMPRESA. UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.
- MEDICIÓN Y CONTROL DEL RUIDO.
- EMPRESAS SALUDABLES, SOSTENIBLES Y SOCIALMENTE RESPONSABLES.
- CUALIFICACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
- ERGONOMÍA EN LA MOVILIZACIÓN DE PERSONAS.
- ALIMENTACIÓN Y MEDIO LABORAL.
- TÉCNICAS DE CONTROL DEL ESTRÉS.

FOROS

- CUERPOS SEGURIDAD. POLICIA NACIONAL, POLICIA LOCAL, GUARDIA CIVIL Y POLICIA AUTONÓMICA.
- SANITARIO.
- CONTRATACIÓN EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.
- PLANES DE EMERGENCIA EN EDIFICIOS DE ALTA CONCURRENCIA.
- EDUCACIÓN.

MIÉRCOLES 1 DE OCTUBRE DE 2008

8:30 h	Recepción – Acreditación – Entrega Documentación		
9:00 h	Acto inaugural Sr. D. Carlos Beltrán de Guevara Berecibar Presidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública		
9:30 h	Conferencia magistral SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.		
10:30 h	Descanso – Café. Stands y Pósters		
11:00 h	Mesa LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS. PROPUESTAS DE MEJORA.	Mesa LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD VIAL.	Mesa COORDINACIÓN EMPRESARIAL EN LA ADMINISTRACIÓN.
11:00 h	Experiencias prácticas TRABAJOS EN ALTURA.		



12:30 h	Mesa DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.	Mesa CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.	Mesa CUERPOS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. VALORACIÓN DE SUS RIESGOS.
14:00 h	Almuerzo		
16:00 h	Foro CUERPOS DE SEGURIDAD. POLICIA NACIONAL, POLICIA LOCAL, GUARDIA CIVIL, Y POLICIA AUTONÓMICA.	Foro SANITARIO.	Foro CONTRATACIÓN EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.
16:00 h	Taller TALLER DE DEFENSA.	Taller SOPORTE VITAL BÁSICO. BOTIQUINES.	Taller EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. EJEMPLOS PRÁCTICOS.
16:00 h	Comunicaciones		
16:00 h	Informaciones comerciales. Espacio cedido a empresas, donde expondrán sus productos o servicios		
18:00 h	Visita guiada casco antiguo de la ciudad de Girona		
20:00 h	Cóctel de Bienvenida. Claustro de Sant Domènec		

JUEVES 2 DE OCTUBRE DE 2008

9:30 h	Conferencia magistral RESPONSABILIDADES PENALES Y CIVILES DERIVADAS DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.		
10:30 h	Descanso – Café. Stands y Pósters		
11:00 h	Mesa TRANSTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS.	Mesa INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN EN TODAS LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES.	Mesa ASPECTOS PSICOSOCIALES EN SITUACIONES DE EMERGENCIA. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE SOPORTE.
11:00 h	Experiencias prácticas CONDUCCIÓN SEGURA.		
12:30 h	Mesa PREVENCIÓN, EXCELENCIA Y GESTIÓN ÉTICA EN LA ADMINISTRACIÓN.	Mesa GESTIÓN DE LA APTITUD Y RIESGOS A TERCEROS.	Mesa LA VISIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.



14:00 h	Almuerzo		
16:00 h	Foro PLANES DE EMERGENCIA EN EDIFICIOS DE ALTA CONCURRENCIA.	Foro EDUCACIÓN.	Taller CUALIFICACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
16:00 h	Taller ALCOHOL Y EMPRESA. UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.	Taller MEDICIÓN Y CONTROL DEL RUIDO.	Taller EMPRESAS SALUDABLES, SOSTENIBLES Y SOCIALMENTE RESPONSABLES.
16:00 h	Comunicaciones		
16:00 h	Informaciones comerciales. Espacio cedido a empresas, donde expondrán sus productos o servicios		
18:00 h	Asamblea de la SESLAP		
20:00 h	Traslado a Perelada y Cena de gala		

09



VIERNES 3 DE OCTUBRE DE 2008

10:00 h	Mesa PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A AGRESIONES EN EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	Mesa PAPEL DE LOS SINDICATOS EN LA INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	Mesa COLECTIVOS ESPECIALMENTE SENSIBLES.
10:00 h	Taller ERGONOMIA EN LA MOVILIZACIÓN DE PERSONAS.	Taller ALIMENTACIÓN Y MEDIO LABORAL.	Taller TÉCNICAS DE CONTROL DE ESTRES.
10:30 h	Descanso - Café. Stands y Pósters		
12:00 h	Conferencia magistral LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS ADMINISTRACIONES LOCALES. MODELOS DE GESTIÓN.		
13:00 h	Conclusiones del Congreso		
13:30 h	Entrega de premios y Clausura del Congreso		
14:00 h	Cóctel de Despedida		

10



DATOS PERSONALES

Tratamiento
 Nombre y Apellidos
 Dirección particular
 CP Población
 Provincia Teléfono
 Correo electrónico NIF
 Empresa
 Actividad / Sector
 Cargo
 Dirección
 CP Población Provincia
 Teléfono Fax
 Facturar a nombre de
 NIF

INSCRIPCIÓN	Antes del 01/07/2008	Después del 01/07/2008
SOCIOS SESLAP u Otras Sociedades de Salud Laboral	400 €	450 €
NO SOCIOS	450 €	500 €
PROFESIONALES EN FORMACIÓN EN SALUD LABORAL (Con acreditación)	300 €	350 €
ACOMPANANTES	200 €	225 €

*Las inscripciones de los socios y profesionales deben ir acompañadas de una carta de referencia o del correspondiente nº de socio.
 *La inscripción al Congreso incluye almuerzos de trabajo, coffe breaks y cena de gala.
 *Cancelaciones: Deberán comunicarse por escrito mediante email o fax a la Secretaría Técnica del XVII Congreso de la SESLAP, teniendo derecho a la devolución de la totalidad del importe de la inscripción abonada, salvo 60 €, en concepto de gastos de gestión, si se comunica antes del 4 de septiembre de 2008. La devolución de la inscripción es del 50% si la cancelación se realiza antes del 15 de septiembre de 2008.
 Con posterioridad a esta fecha no se realizarán devoluciones por cancelación.

15

HOTEL	Habitación Doble. Uso Individual	Habitación Doble
HOTEL CIUTAT DE GIRONA****	130 €	151 €
HUSA FORNELLS***	156 €	166 €
HOTEL CARLEMANY****	106 €	129 €
MELIA GIRONA****	116 €	129 €
HUSA ULTÒNIA***	97 €	107 €
HOLIDAY INN EXPRESS****	107 €	107 €

* Precios por habitación y noche. Desayuno e IVA incluidos. Posibilidad de reserva en otros establecimientos bajo petición.

1ª Elección Hotel 2ª Elección Hotel
 Fecha de Llegada Fecha de Salida
 Noches Nº de Habitaciones
 Tipo de Habitación IMPORTE TOTAL

FORMA DE PAGO

TARJETA DE CRÉDITO Por favor, cargue en mi tarjeta de crédito
 VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS
 Nº Tarjeta de Crédito
 Fecha de Vencimiento (mes / año)
 Titular Tarjeta de Crédito
 Firma

TRANSFERENCIA BANCARIA

VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. Ref. CONGRESO SESLAP
 Banco BANESTO Número de cuenta bancaria: 0030 1844 58 5268502740

¡IMPORTANTE: No se aceptarán solicitudes de reservas que no incluyan la copia de la transferencia bancaria sellada por el banco, o la firma del titular de la tarjeta de crédito.

COMUNICACIONES

Nota: Toda persona que esté interesada en presentar comunicaciones en el XVII Congreso SESLAP podrá en breve consultar las bases y enviar las comunicaciones a través de la web: www.seslap.com, o dirigirse directamente a la Secretaría Técnica del Congreso, Viajes el Corte inglés, teléfono: 933 635 760, E-mail: seslap@viajeseci.es

ENVIAR A: VIAJES EL CORTE INGLÉS
 Avda. Diagonal, 545 Centro Comercial Sfera - L'illa 1a Planta
 08029 Barcelona - Fax: 93 410 19 05 - E-Mail: seslap@viajeseci.es

16



23

Factores de riesgo inusuales.

Los músicos del Romanticismo y los clásicos Vieneses en un síndrome del óperculo torácico.

José Torres Pont. *Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio Médico del Ayuntamiento de Valencia.*
Lluís Calderer Salvi. *Profesor de la Orquesta Municipal de Valencia. Especialidad en Viola.*

24

RESUMEN:

Los profesionales de la música constituyen un colectivo de trabajadores con unas características técnicas especiales para el desarrollo de su actividad. Estas características, en muchas ocasiones poco conocidas por los profesionales sanitarios, condicionan la presencia de riesgos laborales que no son valorados en la aparición y/o evolución de posibles lesiones y patologías.

A propósito de un síndrome del óperculo torácico (SOT) que afectaba a un músico profesional especialista en Viola se valorará la influencia de la programación musical (temporada 2006-2007) como factor de riesgo en su evolución clínica.

PALABRAS CLAVES: Óperculo torácico. Música. Viola.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del óperculo torácico (SOT) es un conjunto de síntomas y signos ocasionados por la compresión orgánica o funcional de los elementos neurovasculares al nivel de uno o ambos desfiladeros costo-claviculares, debido a las

SUMMARY:

The professionals of music constitute a group of workers with special technical characteristics for the development of their activity. These characteristics, in many occasions little known by the sanitary professionals, condition the appearance of labor risks that are not valued in the appearance and/or evolution of possible injuries and pathologies.

With regard to a thoracic outlet syndrome (SOT) that affected a specialist professional musician in Viola will value the influence of the musical programming (season 2006-2007) like factor of risk in its clinical evolution.

KEY WORDS: Thoracic outlet. Music. Violates.

estructuras anatómicas normales o anormales que conforman la zona. (1).

El plexo braquial, arteria y vena subclavia en su trayectoria hacia el brazo, pasan por un triángulo (Imagen 1) cuya base es el borde superior de la primera costilla, su lado posterior,

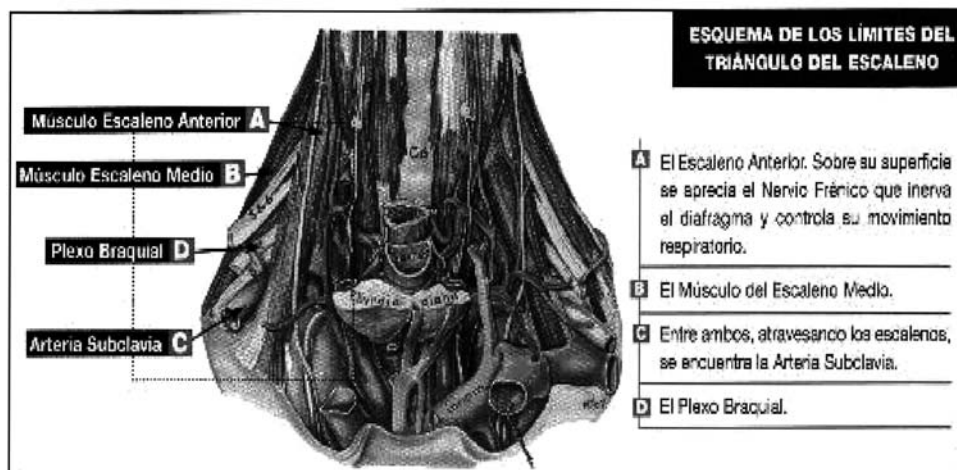


Imagen 1. Triángulo del escaleno.

es el músculo escaleno medio y el lado anterior es el escaleno anterior (desfiladero costo-clavicular). (2). Entre las principales causas responsables de las diversas variantes de compresión, la mayor incidencia corresponde a la presencia de una costilla cervical supernumeraria (Imagen 2) que reduce el espacio interescalénico y mantiene en posición forzada la arteria subclavia y el plexo braquial. (3).



Imagen 2. Costilla Cervical.

Lo insidioso de la sintomatología, en especial la compresión del plexo braquial en los casos no complicados, desconcierta no pocas veces a traumatólogos, neurólogos y con mayor frecuencia a médicos en el primer nivel asistencial que tienden a pensar que se encuentran en presencia de una simple cervicobraquialgia o de alguna de las afecciones inflamatorias del hombro o periarticulares.

El SOT por compresión del plexo braquial tiene como síntoma principal el dolor en la región lateral del cuello y fosas supraclaviculares irradiándose a brazo, antebrazo incluso manos y dedos, preferentemente en el lado cubital.

Puede ser intermitente o continuo, no claramente localizable y aumenta con las actividades físicas o laborales que debido a su naturaleza exijan de una permanencia prolongada de las extremidades superiores en elevación.

Las parestesias y disestesias son frecuentes y muy rebeldes, alternándose con sensaciones de adormecimiento. El dolor se acompaña de pérdida de fuerza en la mano por atrofia muscular de los músculos interóseos e hipotenares, finalizando con impotencia funcional de todo el miembro superior ante maniobras de elevación y abducción. (4).

Estos casos crónicos de compresión neurológica constituyen los de más difícil diagnóstico y suelen ser sometidos durante demasiado tiempo a múltiples tratamientos infructuosos por supuestas afecciones. No es extraño encontrar pacientes con SOT a los que se aplica cirugía erróneamente sobre patologías como periartrosis del hombro, síndrome del túnel carpiano, síndrome acromio clavicular, etc. (5).

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años, músico profesional (profesor de la orquesta municipal en la especialidad de viola) diagnosticado de SOT por costilla cervical bilateral en el año 2006. El cuadro clínico se inició en el año 2004 y tal como hemos reflejado en la introducción de este artículo, el paciente fue diagnosticado de diversas patologías, recibiendo diferentes tratamientos. Incluida una acromioplastia del hombro derecho por posible rotura del tendón del supraespinoso.

Con el diagnóstico definitivo de SOT y descartada temporalmente la intervención quirúrgica por posibles secuelas (daño del plexo braquial con fenómenos de distrofia neurovascular dolorosa). El paciente se encuentra a la espera de consulta en la unidad del dolor.

Su estado clínico actual condiciona su labor profesional al mismo tiempo que la peculiaridad del puesto de trabajo determina la evolución en forma recurrente. Remisiones aparentemente espontáneas seguidas de periodos de agravamiento sintomático de duración variable, relacionados con los movimientos posturales que exigen elevación y/o abducción del miembro superior.

Estos movimientos del miembro superior dependen, tanto en su intensidad como en su duración, de la interpretación de la pieza musical que como violista debe de realizar en cada ensayo y actuación.

FACTORES DE RIESGO MUSICALES EN EL SOT

A partir de las características del instrumento musical (viola) y de la programación musical de la temporada 2006 – 2007 se pretenden establecer unos factores de riesgo particulares e inusuales determinados por la profesión del trabajador. La viola es un instrumento musical de cuerda frotada, en el que la cuerda se pone en vibración por medio del frotamiento con un arco. La viola es similar en cuanto a materiales y construcción al violín pero de mayor tamaño entre 2 y 7 cm. (Imagen 3).



Imagen 3. Violín y Viola. Imagen comparativa.



La viola se sostiene con el brazo izquierdo en posición horizontal y se apoya su caja armónica debajo de la barbilla mientras que el brazo derecho desliza un arco sobre las cuerdas para hacerla vibrar (Imagen 4). Su papel en la orquesta es fundamental, otorga profundidad y apoya la armonía.



Imagen 4. Posición del músico respecto a la viola.

Relacionar los movimientos repetitivos que nuestro músico trabajador debe de realizar al interpretar los diferentes conciertos, a la par que se produce el agravamiento de su sintomatología por el SOT nos proporcionara que tipo de música puede ser considerada como un factor de riesgo. Veamos pues un resumen de la programación musical 2006-2007 (el romanticismo musical y los clásicos vieneses) y sus efectos.

La **música del periodo del romanticismo** (1830 – 1850) se caracteriza por unos tratamientos armónicos muy complicados donde resalta el tono menor (necesidad de elevación del miembro superior derecho que sujeta el arco de la viola) y la duración de las obras. Así mientras una sinfonía típica de Haydn o Mozart puede durar aproximadamente veinte o veinticinco minutos. Ya la tercera sinfonía de Beethoven, que se suele considerar como del romanticismo inicial, tiene una duración de alrededor de cuarenta y cinco minutos. Y esta tendencia crece notablemente en las sinfonías de Antón Bruckner, alcanzando sus cotas máximas en el caso de Mahler, con sinfonías que tienen una hora de duración (como es el caso de la primera y la cuarta) hasta sinfonías que duran más de una hora y media (como la segunda, tercera o novena). (6).

La duración elevada de las obras del romanticismo complican la clínica del SOT, pero además algunos de sus compositores determinan un plus de dificultad técnica que ensombrece todavía más la evolución clínica de nuestro trabajador.

Así la interpretación de las obras de Gustav Mahler (sinfonías nº 1 y nº 5) se caracteriza por tener unas notas musicales intensas, con esquemas tonales progresivos que finalizan en una tonalidad diferente y de gran densidad de escritura, lo que obliga a mantener el miembro superior constantemente elevado. Además poseen un fondo musical per-

manente. Es decir, la viola no deja de sonar durante toda la obra mientras que los otros instrumentos descansan, con lo que la sobrecarga muscular es muy elevada.

Antón Bruckner (sinfonía nº 8) se caracteriza por una orquestación que puede resultar laboriosa, como buscando algo fuera del alcance del músico, con "cumbres" musicales a las que se llega después de una enorme "cuesta". Esta dificultad técnica supone una tensión constante del brazo derecho sin apenas momentos en que se pueda relajar la posición para tocar el instrumento, con lo que la sintomatología del SOT se agudiza. Idéntico perfil tienen obras de Johannes Brahms con estructuras muy complejas, como la sinfonía nº 4 y la serenata nº 1.

Dentro de este grupo de autores del romanticismo, no podemos olvidar las "Escenas de Fausto" de R. Schumann tanto por su duración como por su complejidad. Pues, desde la overtura hasta el final se despliega un inmenso crescendo, que no decae, antes bien, aumenta progresivamente desde la primera a la tercera parte de la obra. (6)

En general podemos concluir, que las obras musicales del periodo del romanticismo se caracterizan por su larga duración, dificultad técnica, densidad de la escritura musical y por una tensión constante en su ejecución. De tal forma que obligan al músico a mantener el brazo elevado y en abducción durante mucho tiempo, a la vez que se conceden pocos intervalos de descanso o recuperación. En definitiva, se están realizando maniobras que son capaces de estrechar los espacios costo-claviculares, y en presencia de una costilla cervical supernumeraria se reduce el espacio interescafélico y se mantiene en posición forzada la arteria subclavia y el plexo braquial agravando los síntomas del SOT.

Por el contrario las características musicales del **clasicismo vienés** (Mozart, Haydn, Haendel, etc) se basan en crear una música lo más simple posible, donde la melodía es el elemento básico. Sus obras son melodías enormemente regulares con ritmos naturales y variados. (6) Las tonalidades son fáciles y simples, con preferencia de los tonos mayores, por lo que el miembro superior derecho que sujeta el arco de la viola no tiene que estar tan elevado como en los tonos menores. Y por tanto la sintomatología del SOT no empeora.

A diferencia del romanticismo, la duración de las sinfonías es corta. Ya hemos mencionado que una sinfonía típica de Mozart o de Haydn tienen una duración máxima de veinte a veinticinco minutos. Lo cual condiciona menos carga de trabajo y menos movimientos repetitivos del brazo. Como consecuencia, no aparecen síntomas recurrentes por agravamiento del SOT.

En lo particular, en este periodo, destacaremos los conciertos de Mozart, (a excepción del Réquiem por su larga duración) caracterizados por tiempos de música breves. Es decir hay ciclos de elevar y descender el brazo de corta duración que permiten periodos de descanso, con lo que la sintomatología del SOT no se agudiza.

Algo similar ocurre con Haydn y Haendel, donde la viola es el instrumento musical de acompañamiento a otros instrumentos considerados como solistas. En estos casos el esfuerzo del brazo derecho es leve y no interfiere en la evolución de la sintomatología.

En resumen, la música del clasicismo por la breve duración de sus obras, la sencillez de sus melodías, la existencia de

pausas propias en la composición de las obras y la dominancia de los tonos mayores, no compromete el espacio interescalénico de forma añadida a la presencia de la costilla cervical supernumeraria. Consecuentemente no se agrava la sintomatología del SOT al interpretar este tipo de música.

CONCLUSIONES

Aunque la programación de la temporada de la orquesta municipal es mucho más amplia que el romanticismo y el clasicismo, hemos querido caracterizar estos dos grandes períodos para poder agrupar las actuaciones de nuestro paciente, analizar los movimientos necesarios del miembro superior que hacen vibrar el instrumento musical, en este caso la viola y poder identificar que sinfonías deberían ser considerados como factores de riesgo en un SOT cuya causa es una costilla cervical supernumeraria.

A partir de las premisas anteriores debemos considerar que las obras del romanticismo musical, suponen un riesgo sobre la evolución del SOT. Al contrario que las obras del clasicismo, siendo los movimientos repetitivos los responsables de los daños a la salud en este síndrome.

El problema del músico profesional reside en que para conseguir un nivel suficiente de destreza, y luego, mantenerlo, debe repetir todo lo que hace infinidad de veces. "Casi siempre las suficientes como para lesionarse". Además este movimiento repetitivo se suele realizar bajo una cierta tensión usando un instrumento musical que está pensado para que se puedan realizar sobre él los más inimaginables virtuosismos, para que tenga proyección y potencia sonora e, incluso, que sea estético pero, en ningún caso, pensado en que se adapte al músico. (7).

A este respecto debemos señalar que en ninguno de los casos, el diseño del instrumento se adapta suficientemente a las características anatómicas del músico. Pensemos que los instrumentos se diseñaron en un principio en función de lo que había, "a partir de un tubo se soplaban y así comenzó la trompeta que luego se perfeccionó con el tiempo". De alguna manera la evolución comprendía primero lo que había, luego lo que se quería hacer con ese instrumento, para lo cual se modificaba, y finalmente lo que otros escribían en sus partituras, que requería que el instrumento fuese más rápido y preciso, pero nada de esto estaba en función del cuerpo (hoy ergonomía).

Podemos afirmar, que salvo casos aislados como las guitarras Ovation o las Fanned Fret y las flautas transversas anguladas, no hay ningún instrumento que haya evolucionado

por el lado de la ergonomía, sino que han evolucionado para facilitar la cantidad de notas que se pueden tocar. La mayoría de obras fueron escritas para instrumentos que no tienen nada que ver con lo que el músico ejecuta hoy en día. (8).

Como medidas preventivas generales, el propio músico (de forma elemental) y el profesional de la vigilancia de la salud deberían conocer que estructuras anatómicas son las responsables de la ejecución instrumental y que limitaciones tiene. Al mismo tiempo que conozcamos bajo que condiciones el organismo trabaja con una máxima eficacia y en qué situaciones se coloca bajo riesgo de enfermar. Todo esto permitiría entender la necesidad de realizar cambios relacionados con la higiene del trabajo, la ergonomía y el condicionamiento físico y psíquico del profesional de la música.

Si el músico comprende en qué condiciones la fatiga muscular o mental es más intensa, en que gestos técnicos se sobrecargan las articulaciones o bajo que régimen de trabajo se acumula mayor tensión, más fácilmente se incorporarán pausas durante el trabajo, pausas progresivas cuando se planteen cambios de intensidad de tocar o utilizar el trabajo mental en períodos en que necesite ensayar más de lo que su cuerpo esté preparado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford F: Thoracic outlet síndrome. Surg Clin NA 1989; 12 : 410-9
2. Testut, L: Tratado de Anatomía Humana. Barcelona. Salvat Editores 1959; 902-03.
3. Roos D: Congenital anomalies associated with thoracic outlet syndrome. Anatomy, Symtoms, Diagnosis and Treatment. Am J Surg 1976; 132: 771-8.
4. Poblete R: Síndrome del opérculo torácico. Patología arterial y venosa. Santiago de Chile: Yuri Ed 1994; 479-503.
5. Pobrete R; Draper S; Suárez L: Cirugía en el síndrome del opérculo torácico. Revista chilena de cirugía. 1987; 39(4): 302-5.
6. Alsina J; Sesé F: La música y su evolución. Historia de la música con propuestas didácticas. Edit Graó.1994; 5ª Edición.
7. Rosset J. XXVI Conferencia de la International Society for Music y Seminario de la CEPROM. Barcelona. Julio 2004.
8. Cides G: Música y Medicina. Stickcenter 2005.





sabias que...?



28

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

- Título completo (español e inglés)
- Autor/es, indicando puesto de trabajo
- Procure incluir los siguientes epígrafes: Introducción, método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía
- Remitir un ejemplar mecanografiado y un disquete con el artículo, en formato Word (versiones 6 ó 97) a la dirección de la S.E.S.L.A.P.





direcciones webb

Organismos nacionales de carácter público

Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
www.mtas.es/insht/cnsst

Consejo superior de Investigaciones científicas
www.csic.es

Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales
www.mtas.es/insht/enlaces/organizaciones.htm

Instituto biomecánico de Valencia
www.ibv.org

Instituto nacional de medicina y seguridad del trabajo
www.inmst.es

Instituto nacional de silicosis
www.ins.es

Instituto nacional de toxicología
www.justicia.es/portal/public

Organismos autonómicos de carácter público

Andalucía
www.juntaandalucia.es

Aragón
www.aragob.es

Asturias
www.princast.es

Canarias
www.gobcan.es

Cantabria
www.cantabria.org

Castilla la Mancha
www.jccm.es

Castilla y León
www.jcyl.es

Catalunya
www.gencat.net

Ceuta
www.ciceuta.es

Euskadi
www.euskadi.net

Extremadura
www.juntaex.es

Galicia
www.xunta.es

Illes Balears
www.caib.es

La Rioja
www.larioja.org

Madrid
www.madrid.org

Melilla
www.camelilla.es

Murcia
www.carm.es

Navarra
www.cfnavarra.es

Valencia
www.gva.es

Organismos internacionales de carácter público

OIT
www.ilo.org

Agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo
www.europe.osha.eu.int

OMS
www.who.int

Instituto nacional de investigación y seguridad de Francia
www.inrs.fr

American industrial hygiene association
www.ahia.org

www.seslap.com

Twinrix™



Primera vacuna combinada
Hepatitis A y B

Doble Protección frente a un Doble Riesgo

PEDIATRICO



Indicada en **niños**
y **adolescentes**
de 1 a 15 años,
que estén en riesgo
de infecciones
por los virus de
las Hepatitis A y B



Pauta de
vacunación
(meses)

0

1

6

ADULTOS

Indicada en **adultos** y
adolescentes
a partir de 16 años,
que estén en riesgo
de infecciones
por los virus de
las Hepatitis A y B



Y PARA ADULTOS TAMBIÉN
NUEVA PAUTA ACELERADA

0

7

21

días

Cuarta dosis (de recuerdo) a los 12 meses



centro de información gsk
902 202 700
es-ci@gsk.com

gsk
GlaxoSmithKline

www.worldwidevaccines.com

Menos riesgo es Más productividad



Sistemas de
Ergonomía

La gama de productos de los Sistemas de Ergonomía 3M le ofrece innovadoras soluciones para contribuir a la prevención de riesgos y mejorar así la productividad y la comodidad de los usuarios de puestos de trabajo informatizados.

Línea de Prevención Total 3M

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

Línea desarrollada para prevenir problemas visuales y musculoesqueléticos derivados de la adopción de malas posturas al trabajar con el ordenador. Fabricada según las Normas ISO 9241 y pensada para aquellas personas que trabajan de manera intensiva con el ordenador.



Línea Comfort 3M

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

Esta línea ha sido pensada para aquellas personas que trabajan de manera ocasional con el ordenador, una línea cómoda y moderna que te permitirá disfrutar del máximo confort.



Línea Portátil 3M

PARA USUARIOS DE ORDENADORES PORTÁTILES

Si viajas y necesitas cambiar de ubicación tu portátil, ésta es tu línea de productos para adoptar siempre posturas correctas frente al ordenador.



Para más información contacte con:
3M España, S.A.
Dpto. Productos para la Oficina
C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 19-25 • 28027 Madrid
Tel.: 91 321 60 00 • Fax: 91 321 61 51
www.3m.com/es/oficina

Llamada Gratuita
900 210 584
3M Centro de Información al Cliente

3M Ergonómicos