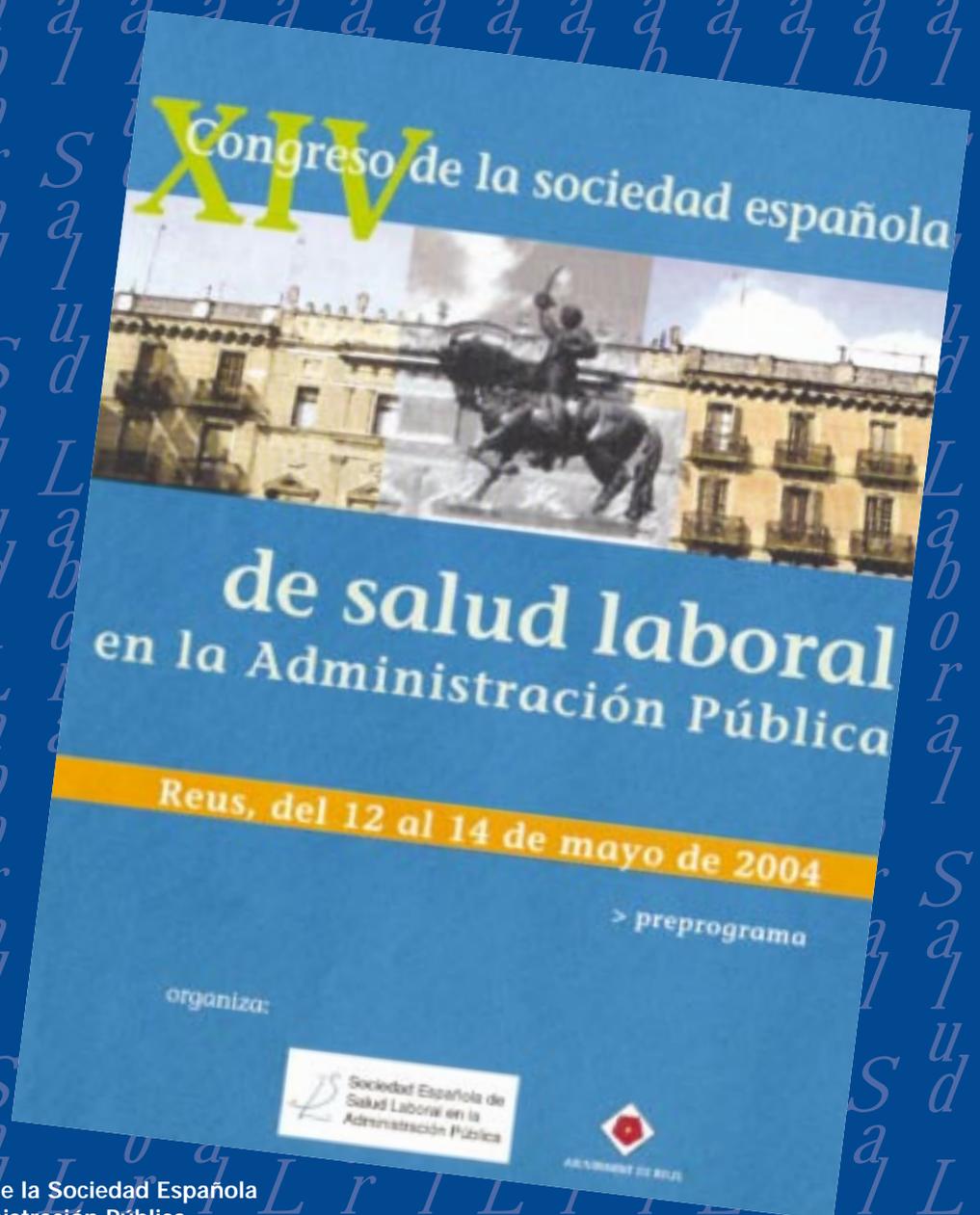




# S.E.S.L.A.P.

Enero - Junio 2004 • Volumen I • Número 9



## Sumario:

3 Editorial

## Artículos originales:

5 Acreditación de servicios de prevención de riesgos laborales: hacia la mejora continua de la calidad.

15 Adicción nicotínica en el medio laboral. Un modelo de intervención.

20 Agenda de congresos

21 Pre-programa XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

22 Reflexiones sobre la normativa de la L.P.R.L. y sus modificaciones.

25 Direcciones Webb

28 Legislación

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.<sup>1</sup>
- COZAAR® redujo el riesgo de ACV en un 25% vs. atenolol.<sup>1</sup>
- COZAAR® presentó mejor perfil de tolerabilidad que atenolol.<sup>1</sup>

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**<sup>®1</sup>  
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

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

## EN DEFENSA DE LA SALUD

Dr. Joan Pons Porta

# editorial

La aparición de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales supone un punto y aparte en la prevención de riesgos laborales dentro de las Administraciones Públicas. Con su implantación, la prevención ya no es solo un objetivo de las empresas privadas sino que también lo es para las Administraciones. Con ello, al mismo tiempo se corrige agravio comparativo, ya que iguala el nivel de protección de todos los trabajadores con independencia de la relación laboral que tengan con su empleador.

Se ha de reconocer que algunas Administraciones antes de la aparición de la nueva normativa, habían contratado a profesionales de diferentes campos y que con distintas denominaciones se encargaban de controlar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Hará aproximadamente unos diecisiete años un grupo de estos profesionales movidos por el afán de compartir experiencias y romper con el aislamiento en el que trabajaban, empezó a organizar jornadas en diversas localidades (Córdoba, Valencia, Sevilla, Málaga, Alicante, Santa Cruz de Tenerife, Valladolid). Estas primeras jornadas se llevaron a cabo con un inagotable esfuerzo personal y una gran ilusión, tanto de los profesionales que las organizaban como de los que participaban, ya que la colaboración de las Administraciones era muy limitada.

De estas convocatorias periódicas surgió la idea de crear una sociedad científica, que finalmente vio la luz a finales de 1993, la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP). A partir de ese momento y con la experiencia de los encuentros anteriores, nuestra Sociedad ha empezado a organizar congresos nacionales (en Madrid, Puerto de Santamaría, San Sebastián, La Coruña, Bilbao, Zaragoza y Cáceres) que cada año han tomado mayor importancia en el panorama de la prevención y salud laboral en las Administraciones, prueba de ello, es el número creciente de participantes en cada edición. Nuestra Sociedad, con su congreso anual, con su número creciente de asociados, con su revista periódica de alto nivel científico y con su excelente página WEB, es actualmente un referente en el campo de la seguridad y la salud laboral y prueba de ello es la participación de la misma en eventos de la comunidad científica tanto a nivel nacional como internacional.

No pasa desapercibida la tendencia cada vez más creciente de profesionalizar las Administraciones Públicas y sus gestores, con la búsqueda de parámetros en los modelos de gestión de las empresas privadas para poder extrapolarlos. Pero existen particularidades que hacen que las Administraciones Públicas deban tener una consideración especial. Si se considera el número de trabajadores que prestan sus servicios en las diferentes Administraciones Públicas veremos que estas son el principal empleador del Estado. En muchas localidades la Administración suele ser la principal empresa del municipio. En el campo de los riesgos laborales las Administraciones Públicas deben tener una consideración especial, en su seno acogen una

elevada gama de actividades laborales que suponen riesgos de todo tipo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales...). Pero a todo lo anteriormente expuesto se ha de añadir el doble papel de las Administraciones de empresa que debe cumplir unos preceptos y de entidad garante de que estos preceptos sean cumplidos.

Por otro lado, las administraciones se mueven en un entorno que cada vez exige más eficacia y eficiencia. La necesidad de gestionar con éxito, determina sus estrategias y procesos de innovación y mejora continua. La estrategia de la calidad total incorpora, entre los objetivos más importantes, la satisfacción del cliente. Como cliente se concibe el cliente externo, que recibe el servicio o producto de la organización, y también el cliente interno, que presta sus servicios dentro de la misma. Uno de los parámetros de satisfacción del cliente interno puede ser la adecuación de su lugar de trabajo con unos criterios de seguridad y comodidad. Este es el origen de la gestión de la prevención, desde el punto de vista de la eficacia y eficiencia del modelo organizativo.

En este empeño debemos trabajar todos, cada uno desde sus responsabilidades y ámbito de actividad: los gestores públicos, en tanto que empresarios garantes de estas políticas; los profesionales, como expertos asesores en estas materias; los representantes de los trabajadores, como órganos de participación y control de unas y otras actuaciones; y los propios trabajadores, desde la participación y colaboración responsable en el correcto desarrollo de los planes y programas preventivos. Para ello, se hace necesario conocer lo mejor posible las peculiaridades que la salud laboral y la prevención de riesgos pueden presentar en el contexto específico de las administraciones públicas.

Con la sana intención de foro para la formación continuada y para la discusión de los temas de prevención relacionados con las Administraciones, la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP) organiza un congreso nacional donde se dan cita los diferentes profesionales relacionados con la prevención de riesgos en las Administraciones Públicas: médicos, enfermeros, técnicos de prevención, técnicos de la administración, etc.

El XIV Congreso Nacional de Salud Laboral en la Administración Pública, organizado por la SESLAP y el Ayuntamiento de Reus, se celebrará en Reus, del 12 al 14 de mayo de 2004. Desde el comité organizador os invitamos a asistir y a participar a todos aquellos a quienes os pueda interesar.

Reus, es una población de cien mil habitantes situada en la provincia de Tarragona, con un importante número de edificios modernistas y donde nacieron ilustres personajes como el General Prim o el universal arquitecto Antoni Gaudí.

Reus por su situación a sido considerada siempre como una encrucijada entre la industria y el comercio, entre el mar y la montaña, prueba de ello es que su aeropuerto es utilizado cada año por miles de turistas que visitan los atractivos turísticos de una costa mediterránea situada a escasos kilómetros de la ciudad.

Es por ello que deseamos contar con vuestra presencia en nuestra ciudad para asistir al XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

¡Hasta pronto!



## Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

## Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

## Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERICIBAR

JOSEBA SOLOETA ERASO

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



## Comité Científico

JESUS ALBERT SANZ. Ayuntamiento de Valencia

ANA PEDREIRA GARCIA-RAPOSO. Ayuntamiento de A Coruña

FRANCISCO J. TRILLO HUERTAS. Tesorería General de la Seguridad Social de Málaga

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. INSALUD de Cáceres

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

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

JOAN PONS PORTA. Servicio de Prevención Ayuntamiento Reus.

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

**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

## "Acreditación de servicios de prevención de riesgos laborales: hacia la mejora continua de la calidad".

## "Accreditation of the prevention services of laboral risks: focusing toward ongoing the quality".

Autor: Zancajo Castañares, José Luis - Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SACYL.

### RESUMEN

Con el objetivo de conseguir la excelencia y la mayor eficiencia en la Prevención de Riesgos Laborales se propone la creación de una Agencia de Acreditación independiente, con credibilidad asegurada mediante la participación de todos los agentes implicados en la Salud Laboral que sea la responsable de elaborar criterios y estándares de calidad orientados hacia la mejora continua a la manera como se realiza en los procesos de acreditación de Organizaciones Sanitarias de mayor tradición y prestigio en el mundo, como EEUU o Canadá.

**Palabras Clave:** Prevención de Riesgos Laborales. Acreditación sanitaria. Agencia de Acreditación. Mejora de la calidad.

### SUMMARY

Getting the excellence and efficiency improvement of the prevention of laboral risks this paper propose the put in on of an Accreditation Agency. That Agency will be: independent, serious and with quality assurance thought the main agents participation on the way of laboral prevention risks. The Agency will have the responsibility to design criteria and standards focusing the improvement ongoing quality as its done in the accreditation programmes of healthcare facilities whith more experience and prestige in the world, as EEUU o Canada.

**Key Words:** Prevention of Laboral Risks. Healthcare accreditation. Accreditation Agency. Quality improvement.

*Este artículo fue presentado como ponencia en el Simposio Nacional de Prevención de Riesgos Laborales celebrado en Valladolid en marzo de 2003.*

### INTRODUCCIÓN:

La aprobación de la Ley 31/1.995 de Prevención de Riesgos Laborales ha representado, sin lugar a dudas, un hito histórico en la legislación orientada a proteger la salud de los trabajadores incorporando planteamientos novedosos y avanzados dentro de la normativa existente en los países de la Unión Europea. La norma ha venido a dar un nuevo enfoque a la prevención de riesgos, no limitándose exclusivamente a definir deberes de obligado cumplimiento empresarial o a la subsanación de posibles situaciones de riesgos que se podrían presentar, sino a establecer que la prevención de riesgos laborales se integra claramente en el conjunto de actividades y decisiones de la empresa, desde el mismo momento en que se inicia cualquier proyecto empresarial.

El marco legal de la Prevención de Riesgos Laborales incluye aspectos relevantes como la planificación de acciones preventivas, la regulación de derechos y obligaciones de empresarios y trabajadores, el papel activo de los trabajado-

res, la importancia crítica de la formación o el establecimiento de las responsabilidades y sanciones en caso de incumplimiento de la Ley lo que sin duda alguna es un avance de "gran calado" por lo que supone su constatación a través de requerimientos específicos incluidos en la normativa vigente. La acción preventiva de la empresa está configurada por la integración de la prevención de riesgos en el conjunto de decisiones y actividades de la misma, incluyendo tanto el análisis de actuaciones que se realizan en esta materia y la revisión de dichas actuaciones cuando sea necesario. Su establecimiento supone la elaboración de un Plan de prevención que ha de incluir una estructura organizativa, definición de funciones, prácticas, procesos, procedimientos y recursos necesarios para llevar a cabo dicha actuación.

El ámbito estructural de la acción preventiva viene establecido en el artículo 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en la que define los Servicios de Prevención como "el conjunto de medios materiales y humanos necesarios para realizar actividades preventivas a fin de garanti-



zar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores" desarrollado por el Real Decreto 39/1.997, de 17 de enero, que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. La constitución de los Servicios de Prevención representa la materialización concreta de las obligaciones empresariales sobre prevención de riesgos laborales para aquellas empresas en las que resulta insuficiente, en palabras del texto legal, la designación de uno o varios trabajadores para la realización de las actividades de prevención. Resulta, por tanto, de enorme importancia evaluar el grado de cumplimiento cuantitativo y cualitativo de estas obligaciones legales por parte de los Servicios de Prevención.

6

**MARCO LEGISLATIVO DE LA EVALUACIÓN EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Para que se consigan todos los objetivos que la Ley y el Reglamento encomiendan a estos Servicios, el Real Decreto 39/1997 ha previsto la existencia de dos instrumentos de "control externo" de estos Servicios como mecanismo de garantía del adecuado cumplimiento de los fines que la Ley establece para los mismos: Por un lado, se regula la existencia de un procedimiento de acreditación de los Servicios de Prevención Ajenos, que en manos de la autoridad laboral competente, otorgará la conformidad sobre el cumplimiento por la entidad especializada correspondiente de los requisitos legales fijados para su actividad como tal Servicio de Prevención. Por otro, se establece que los Servicios de Prevención Propios deberán someterse con carácter periódico a una auditoria externa que certifique a través del correspondiente informe si dicho Servicio reúne los requisitos exigidos por la Ley para el desarrollo apropiado de las funciones de prevención de riesgos laborales.

En el sentido que nos ocupa, el capítulo IV del Real Decreto 39/1997 establece la metodología y los criterios que se han de cumplir para que los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales sean acreditados. Recoge los aspectos generales que se han de regir en las solicitudes de acreditación, delimitando a la autoridad laboral como la autoridad competente para conocerlas que remite copia a la autoridad sanitaria competente y a los órganos técnicos en materia preventiva de la Comunidad Autónoma o Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. A la vista de estos requerimientos la autoridad laboral dicta la resolución correspondiente. También regula la autorización provisional, y cómo tras un periodo provisional, se hace definitiva.

Más concretamente, la posible evaluación "externa" de la Entidades especializadas viene especificada en el artículo 27 del mencionado RD 39/1.997 al afirmar que "las autoridades laboral y sanitaria podrán verificar, en el ámbito de sus competencias, el cumplimiento de las condiciones exigibles para el desarrollo de las actividades del servicio, comunicando a la autoridad laboral que concedió la acreditación las deficiencias detectadas con motivo de tales verificaciones". "Si como resultado de las comprobaciones efectuadas, bien directamente o a través de las comunicaciones señaladas anteriormente, la autoridad laboral que concedió la acreditación comprobara el incumplimiento de requisitos que determinaron aquella, podrá extinguir la acreditación otorgada".

Si en este momento de la exposición establecemos una diferencia entre acreditación/certificación, autorización e inspección, comprobaremos que lo que el legislador recoge como acreditación es una autorización, tal y como se recoge en el cuadro siguiente.

	<b>ACREDITACIÓN</b>	<b>AUTORIZACIÓN</b>	<b>INSPECCIÓN</b>
<b>Definición</b>	Hacer digno de crédito	Facultar a Personas u Organizaciones para desarrollar su actividad	Examen actividades Velar por ellas
<b>Objetivo</b>	Mejora de la calidad Hacia la excelencia	Visto bueno para iniciar una actividad	Comprobar si se cumple la norma
<b>Finalidad</b>	Educadora, consultiva Motivadora	Legalizadora	Fiscalizadora
<b>Proceso</b>	Voluntario	Obligatorio	Obligatorio
<b>Producto</b>	Prestigio	Licencia	Control
<b>Criterios</b>	Óptimos (*)	Mínimos/Básicos	Mínimos/Básicos
<b>Situación de la Entidad</b>	En funcionamiento	Previo a apertura o inicio de las actividades	En funcionamiento

(\*) Mejor nivel posible que se puede alcanzar con los recursos disponibles (Canadian Council on Health Service Accreditation).



Además la acreditación legislativa no revisa directamente la situación del servicio, a excepción de lo referido en el articulado ya expuesto, y utiliza el análisis documental, que para alguna Mutua supuso, como especifica Álvarez a modo de anécdota, la incorporación en la solicitud de acreditación de más de 40 carpetas que incluían, por poner un ejemplo los currículos correspondientes a más de 300 profesionales, o las memorias de más de 70 laboratorios con los que tenían contratados los reconocimientos médicos.

#### **ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS**

Como podemos deducir fácilmente, hemos introducido un nuevo concepto diferenciando claramente en los procesos de evaluación externa a los que se "estancan" en la recogida de los aspectos que la legislación establece, y que deben de existir en la medida que garantizan el cumplimiento de la norma, y aquellos en los que se busca una mejora continua de la calidad. También así lo han entendido Empresas Auditoras del sector de Prevención de Riesgos Laborales, al diferenciar en sus procedimientos "Auditorías Reglamentarias" de las "Auditorías de Excelencia Preventiva".

La acreditación de Organizaciones Sanitarias no es nueva. Los primeros pasos fueron dados a principios del siglo XX en EE.UU., por Ernest Codman M.D., que fue quien puso los cimientos del proceso a través de una propuesta que contenía los primeros criterios conocidos y publicados: la "End Result System of Hospital Standardization". Posteriormente, desde la creación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations en 1951 (que publicó su primer Manual, el "Standard for Hospital Accreditation", en 1953) y la separación del Canadian Council on Health Service Accreditation en 1959 no se siguió extendiendo en el ámbito internacional la acreditación hasta que surgió la tercera en 1974: la Australian Council of Health Care Standards, y ha sido a partir de entonces cuando fueron surgiendo Agencias a escala internacional en

numerosos países (Japón, Sudáfrica, Irlanda, Francia, Finlandia, etc).

También en España, en 1981 se inició un proceso de acreditación en Cataluña y desde 1987 existe un proceso de acreditación para la Formación Sanitaria Especializada que sigue las mismas directrices que se van a exponer a continuación, y que en la actualidad propugnan las Comunidades Autónomas de Galicia, Valencia y Andalucía.

De forma general, estas Agencias de Acreditación independientes realizan un proceso de "autoevaluación" y de evaluación externa de Organizaciones sanitarias cuyo propósito es conseguir la mejora de la calidad en las instituciones evaluadas, orientando su actuación hacia la consecución de la excelencia como objetivo fundamental.

Desde que se propuso su primera definición en el Seminario Internacional sobre Acreditación de Sydney en 1.981 han surgido muchos protagonistas del proceso que han intentado conceptualizarla intentando acotar toda su esencia. La International Society for Quality in Health Care definió en 1.998 la acreditación como una autoevaluación y un proceso de revisión externa "por pares" utilizado por las Organizaciones sanitarias para precisar su nivel de cumplimiento en relación con criterios establecidos y para implementar el camino de la mejora continua en el Sistema de Salud. Los criterios de calidad y el proceso de revisión externa están lideradas por Entidades de acreditación de reconocido prestigio, autónomas e independientes con un compromiso en la mejora de la calidad de los cuidados de salud de la población. Por su parte, la Joint Commission International Accreditation en 1.999 en el Manual de "Estándares Internacionales para Hospitales" la definió como un proceso por el que una Entidad externa al Sistema sanitario, usualmente no gubernamental, evalúa una Organización para determinar si responde a los requerimientos de una serie de criterios y estándares diseñados para la mejora continua de la calidad de los cuidados de salud.

Sea cual sea la definición que se acepte, desde mi punto de vista, la acreditación incluye siempre cuatro **elementos básicos**:

- Existencia de un Organismo acreditador, que es el titular y responsable del programa (tanto del proceso de evaluación como de la decisión), y emite los certificados de acreditación.
- Criterios y estándares fiables y válidos conocidos por las organizaciones a las que se va a acreditar y que se incluyen en el Manual de acreditación.
- En el proceso de evaluación se requiere que la opción de la acreditación sea voluntaria, que la visita sea realizada por evaluadores externos a la organización acreditada, y que la decisión se adopte por un Órgano o Comité de Acreditación.
- La aplicación de la acreditación conlleva beneficios económicos, de prestigio o para promover cambios hacia la mejora de calidad.

Con estos antecedentes, consideramos la acreditación como "un proceso continuo y dinámico solicitado voluntariamente por una Organización Sanitaria con el fin de obtener beneficios sociales y/o económicos que, aplicado por evaluadores expertos y externos a la Institución a acreditar, permite verificar el nivel de cumplimiento de criterios y estándares fiables y previamente validados, que se incluyen en un Manual de Acreditación elaborado por una Agencia de acreditación independiente que es la responsable de los procesos de evaluación y de la decisión de la acreditación".

#### **DIFERENCIA CONCEPTUAL ENTRE EVALUACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS**

A partir de la publicación del Real Decreto 39/1.997, de 17 de Enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y de la Orden Ministerial de 27 de Junio de 1997 que lo desarrolla, las Comunidades Autónomas tienen el mandato legal de poner en marcha el referido procedimiento de acreditación de los Servicios de Prevención Ajenos. Para hacer efectivo dicho mandato sería aconsejable disponer de criterios objetivos sobre los que basar las decisiones de acreditación a partir del análisis de los proyectos presentados por las entidades especializadas y de la verificación de los recursos y organización existentes.

Si comparamos lo que expuso anteriormente sobre el concepto de acreditación de Organizaciones Sanitarias con lo incluido en el marco legal de los Servicios de Prevención de

Riesgos Laborales se constata que la verificación externa de éstos carece de algunos de los elementos básicos considerados. Ejemplo de alguna de estas diferencias serían las siguientes:

- La Entidad de Acreditación responsable del proceso de evaluación y de la decisión de la acreditación no es independiente, ya que en nuestro caso es la autoridad laboral la que concede la acreditación.
- Finalidad del proceso de verificación externa legalizadora o fiscalizadora. Los procesos de acreditación de Organizaciones Sanitarias tiene una finalidad incentivadora, educativa, consultiva, motivadora, etc.
- El objetivo de la evaluación externa de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales es verificar el cumplimiento de la norma. La acreditación de Organizaciones Sanitarias tiene por objetivo servir de mecanismo para la mejora continua de la calidad.
- Los criterios de evaluación externa para Servicios de Prevención de Riesgos Laborales son de mínimos o básicos, mientras que los de acreditación son de óptimos, definido éste último como "mejor nivel posible que se puede alcanzar con los recursos disponibles" (Canadian Council on Health Service Accreditation).
- El producto de la acreditación es una certificación que en el caso de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se trata de una licencia y/o control y el caso de la Agencias de Acreditación es de prestigio.

Básicamente, los objetivos que persiguen los procesos de acreditación de Organizaciones sanitarias se centran en promover la excelencia y constituirse en mecanismo de garantía de calidad que actúe como dinamizador de la mejora continua. El hecho de acreditar una Institución sanitaria significa "verificar el nivel de confianza que dicha Institución posee en relación con el servicio asistencial que ofrece a los usuarios". Un dictamen positivo de la Entidad Acreditadora representa un símbolo ante la sociedad, usuarios y consumidores de la asistencia sanitaria que refleja el nivel de calidad del servicio en la medida en la que satisface las expectativas de excelencia y buena práctica de los mismos.

#### **ASPECTOS TERMINOLÓGICOS COMUNES Y CONTENIDO DE UN MANUAL DE ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS**

Desde principios de la última década las Agencias de Acreditación más experimentadas han dado un vuelco en el fondo conceptual del Manual. Así ya en 1.995 la Joint Comisión publicó un Manual revisado en el que se exponía

la nueva filosofía de los criterios: Se centraban en el paciente, se enfocaban en la actuación y se organizaban alrededor de funciones que son comunes a todas las Organizaciones de Cuidados de Salud.

Esencialmente, las características de los criterios en el nuevo enfoque funcional se centraban en: ser máximos alcanzables, centrarse en elementos esenciales para brindar una asistencia de calidad, reconocidos en el ámbito nacional, enfocados sobre el Organismo para el Cuidado de la Salud, agrupados por funciones, basados en el consenso, y en los últimos avances de la tecnología, y existencia de una revisión con periodicidad anual.

En el proceso de acreditación de Organizaciones sanitarias, los criterios representan aquellos aspectos estructurales o funcionales que constituyen los requerimientos exigidos para la acreditación, mientras que los estándares son los niveles de cumplimiento para dichos criterios, es decir, los valores umbrales para la evaluación positiva de los criterios. Por poner un ejemplo teórico fácilmente entendible: un criterio podría ser la exigencia de la revisión de stocks de medicamentos en los Centros Asistenciales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, para su estándar habría que fijar la periodicidad de su revisión.

Como para cualquier instrumento de medida, todo criterio y su correspondiente estándar deberán reunir los siguientes atributos:

- **Fiabilidad o precisión**, es decir, producir resultados constantes cuando se apliquen de forma repetitiva, aunque la medida sea realizada por diferentes observadores o en distintos momentos.
- **Validez o exactitud**, en otros términos, tener la capacidad de medir lo que realmente deben, sin introducir variables de confusión.
- **Sensibilidad**, es decir, que permitan detectar fácilmente diferencias de la variable estudiada. A mayor validez y fiabilidad, mayor sensibilidad.
- **Especificidad** o capacidad del criterio para detectar únicamente situaciones mejorables.
- **Otros atributos** que hay que tener en cuenta son los siguientes: adaptabilidad, aceptabilidad, accesibilidad, eficiencia, flexibilidad, objetividad, pertinencia y suficiencia.

Los criterios y sus estándares respectivos pueden ser de diversas clases: **implícitos**, es decir, no establecidos de antemano, que se dejan a juicio del evaluador al que se le supone un mayor conocimiento del tema en cuestión; y **explícitos**, o establecidos previamente, aplicados por tanto

de manera uniforme por todos los evaluadores. Es deseable en el terreno de la acreditación de Organizaciones sanitarias que con independencia de la profesionalidad de los evaluadores que llevan a cabo el trabajo de verificación, los criterios utilizados sean explícitos al objeto de propiciar una mayor objetividad de las actividades de evaluación.

Desde otro punto de vista, los criterios pueden establecerse bien de forma **empírica** en función de una evidencia de índole práctica razonable, o bien de forma **normativa**, en función de fuentes autorizadas, ya sea a partir de la legislación vigente, de opiniones de expertos, de publicaciones de reconocido prestigio, etc., o como en el caso de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de EEUU, fruto de líneas de **investigación** específicamente desarrolladas para tal fin.

En nuestro caso, los criterios deberían de ser establecidos por todos los expertos y agentes que tienen una mayor credibilidad en el sector de la Prevención de Riesgos Laborales: Entidades Auditoras, Sociedades científicas, Instituciones Oficiales, etc. agrupados en un Manual aprobado por una Entidad independiente en la que estén incluidos todos los sectores mencionados (tal y como ocurre en las Agencias Internacionales mencionadas).



## PROPUESTA DE MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La construcción de criterios y estándares es un proceso complejo de análisis técnico de la realidad que se desea evaluar y requiere un conocimiento profundo del sector y de las características de los centros o servicios para los que se pretenda desarrollar un Manual de Acreditación. La propuesta que a continuación se efectúa tiene como objetivo señalar las áreas y funciones que podrían integrar un futuro Manual de Acreditación de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que, aunque no sea de forma exhaustiva, tenga como valor añadido el que pueda servir de referencia y orientación sobre los aspectos a los que se van a someter en futuras "evaluaciones externas".

En primer lugar tendríamos que partir de la base de que el propósito de la acreditación es la mejora de la calidad en la prestación de servicios de prevención, con lo que su organización ha de permitir "hacer lo correcto de forma correcta": Si esta es su misión, habrá de:

- Desarrollar actividades y prestar servicios de prevención de riesgos laborales orientados hacia la excelencia.
- Disponer de una estructura organizativa en la que se incluya un adecuado liderazgo, y una gestión y mejora tanto de la calidad como de la información de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

Así pues en el Manual de Acreditación para Servicios de Prevención de Riesgos Laborales podríamos distinguir dos bloques funcionales claramente diferenciados:

- **Bloque funcional de criterios centrados en la Organización:** Que estaría integrado por las Áreas siguientes:
  - Liderazgo y Organización del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
  - Gestión y Mejora Continua de la Calidad.
  - Gestión de la Información.
  - Recursos Humanos.
- **Bloque funcional de criterios centrados en las actividades preventivas:** Integrado por las Áreas de:
  - Análisis y evaluación de riesgos.
  - Planificación de actividades preventivas.
  - Control de riesgos.
  - Vigilancia de la salud de los trabajadores.
  - Formación de los trabajadores en materia de salud laboral.

Por motivos de espacio, a continuación se va a exponer únicamente los aspectos más esenciales de éste último bloque funcional.

### ÁREA I

#### ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES

Los criterios de éste área debería delimitar la evaluación inicial y su contenido, refiriendo una serie de factores que habría que tener en cuenta relacionados con las condiciones de trabajo y de los puestos de trabajo, incluyendo el procedimiento general de evaluación. Habrían de recoger que la acción preventiva en la empresa se planifica por el empresario a partir de una evaluación inicial de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, que se realizará, con carácter general, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, y en relación con aquellos que estén expuestos a riesgos especiales. Igual análisis deberá hacerse con ocasión de la elección de los equipos de trabajo, de las sustancias o preparados químicos y del acondicionamiento de los lugares de trabajo.

Además, los mencionados criterios han de tener en cuenta aquellas otras actuaciones que deban desarrollarse de conformidad con lo dispuesto en la normativa sobre protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. La evaluación será actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y, en todo caso, se someterá a consideración y se revisará con ocasión de los daños a la salud que se hayan producido.

Las funciones que se incluirían en esta área y que permitirían la verificación de la existencia de una adecuada evaluación de riesgos serían las siguientes:

- Existencia de una evaluación de riesgos.
- Esa evaluación de riesgos se implementaría mediante una metodología correcta.
- La evaluación incluye todas las variables y factores de riesgo más relevantes.

### ÁREA II

#### PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

Una vez que se ha realizado el análisis de los riesgos, y siempre que de su resultado se pudiera inferir situaciones de riesgo, el empresario ha de planificar una actividad preventiva que tiene por objetivo fundamental eliminar, reducir o controlar dichos riesgos conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y número de trabajadores expuestos.



Los criterios de planificación de la actividad preventiva han de incluir medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos. Aunque forme parte de otro Área del Manual, y así se podrá constatar posteriormente, habrá que tener en cuenta la elaboración de criterios que permitan verificar que la acción preventiva incluye las medidas de emergencia, vigilancia de la salud y la formación e información a los trabajadores.

Teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa así como la posible presencia de personas ajenas a la misma, los criterios deberán permitir evaluar si se analizan los riesgos específicos que se deriven de las posibles situaciones de emergencia y si se adoptan las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los trabajadores, comprobando periódicamente su funcionamiento. Cuando se verifique el cumplimiento de los criterios que integran éste área también se tendrán en cuenta las referencias a los riesgos específicos y a lo señalado como principios de la acción preventiva incluidos en el artículo 15 de la Ley 31/1.995.

Las funciones que se incluirían en esta área y que permitirían la verificación de la existencia de una adecuada planificación de riesgos serían las siguientes:

- Disponibilidad de un Plan de Prevención.
- Programas específicos para el desarrollo de actividades preventivas frente a riesgos específicos.

### **AREA III CONTROL DE RIESGOS LABORALES**

Una vez desarrollado el análisis de riesgos y perfilado correctamente un Plan de Prevención de Riesgos, los Servicios de Prevención ha de procederse a diseñar e implementar un control de aquellos para que, en la medida de sus posibilidades, no vuelvan a producirse o se reduzca el riesgo de forma ostensible, mediante técnicas de reducción de accidentes y daños. La aplicación de estas técnicas procurará unos niveles de optimización en la seguridad. El objetivo de esta área del Manual es verificar si en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales hay un seguimiento de los programas de prevención y si existe un diseño adecuado de las actividades de investigación ante cualquier accidente de trabajo que se presente.

### **ÁREA IV VIGILANCIA DE LA SALUD**

El área de vigilancia de la salud incluida en el Manual de acreditación persigue establecer una serie de criterios, que

agrupados en funciones, permiten verificar que los empresarios, a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, garantizan a los trabajadores a su servicio vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes a su trabajo. Para ello deberá contar con una estructura adecuada (tanto física, como de recursos humanos y organizativa) que le permita realizar una serie de actividades desarrolladas para tal fin.

Las funciones que integrarían éste Área del Manual serían las siguientes:

- Estructura física: Instalaciones y equipamiento.
- Actividades desarrolladas en función de las necesidades de los usuarios.

### **ÁREA V FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES**

Resulta incuestionable que si lo que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales persigue es garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, una de las que mayor interés posee es asesorar y formar a todos los trabajadores incluidos su ámbito de actuación. Es un requerimiento que la normativa estatal vigente ya recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, al afirmar que "Los Servicios de Prevención deberán de estar en condiciones de proporcionar a la empresa el asesoramiento y apoyo que precise en función de los tipos de riesgo en ella existentes y en lo referente a la formación de los trabajadores".

Como establece el legislador, en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de esta como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo.

La formación deberá centrarse en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente si fuera necesario. Para alcanzar este objetivo se hace precisa una actuación coordinada por parte del personal del Servicio de Prevención. Este sentir ya viene expresado como exigencia específica de los Servicios Ajenos; así se establece que "Los expertos en las especialidades de Medicina del Trabajo, Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía, y Psicología aplicada actuarán de forma coordinada, en particular en relación con las funciones relativas a los planes de formación de los trabajadores".



Cabe dar crédito al Área de Formación de los Trabajadores en materia de prevención de un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, siempre que se cumplan una serie de requisitos para cada una de las actividades desarrolladas. Por cuestiones didácticas, éstas se agrupan en las siguientes funciones:

- Planificación de la formación teórica y práctica de los trabajadores en función de las necesidades de formación detectadas y de los puestos de trabajo existentes, con el fin de garantizar una adecuada acción preventiva sobre las empresas de su ámbito de actuación.
- Gestión de las actividades formativas que se encontraban incluidas en el Plan docente.
- Evaluación periódica de las actividades impartidas para así conseguir un progreso constante de los conocimientos y actitudes de los trabajadores, y, con ello, una mejora continua en la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

#### CONCLUSIONES:

Con los principios generales especificados anteriormente e incluidos en los modelos de acreditación que están implantados desde hace más de medio siglo a escala internacional, e incluso de los nacionales, como el caso del proceso para la Formación Sanitaria Especializada, se propone la creación de una Agencia de Acreditación de Servicios de Prevención que fuese una Entidad de prestigio, y que con independencia, credibilidad y rigor científico, sea reconocida por el Gobierno, comunidad y profesionales del sector como clave

para la mejora continua, mediante la provisión de servicios eficaces de acreditación nacionales basados en criterios de calidad que apoyen la mejora de la actuación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

La Agencia de Acreditación tendría como visión ser líder de la acreditación de Servicios de Prevención en Salud Laboral y su misión sería la de promover la excelencia en la provisión de cuidados de salud laboral y la eficiencia en el uso de los recursos existentes.

En sus Comités de Dirección y Acreditación deberían de estar representados todos los agentes implicados en la Salud Laboral (Sociedades científicas, Institutos, auditores, trabajadores, etc.) y su primer objetivo sería la definición de un Manual de Acreditación que incluiría los criterios y estándares necesarios para la autoevaluación y evaluación externa. Esta última sería realizada por profesionales expertos y externos al Servicio a acreditar, seleccionados por la Entidad de Acreditación mediante un sistema previamente establecido y delimitado por un Comité de revisión de criterios y proceso de evaluación.

La Agencia que se propone crear tendría su máxima responsabilidad en los procesos de:

- **Evaluación:** Establece normas y metodología, realiza evaluaciones externas y asesora en las autoevaluaciones.
- **Decisión:** Establece niveles de acreditación y emite certificados e informes de acreditación.
- **Otras competencias:** Captación de clientes, marketing, exposición pública de resultados, relaciones con la Administración.



**BIBLIOGRAFÍA:**

- Acreditación de Centros Sanitarios. Jornadas de debate, 28 de abril de 1.998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid. 1.998.
- Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des Établissements de Santé. ANAES. Paris.1.999.
- ALPHA agenda. Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation. ISQua. Ed. Ms.Lee Tregloan. Abr. 1.999; 1:1-16.
- Álvarez C. La actuación de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social dentro de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Seminario "Las normas de seguridad y salud en el trabajo". Universidad Menéndez Pelayo. Ed. MAFRE S.A. Madrid. 1999.
- Beltrán de Guevara C. Auditorías de la Vigilancia de la Salud. Conformidades y recomendaciones. Rev. SESLAP. 2001. Vol 1; nº4. 15-20.
- Bohigas L, Suñol R, Otero A. Los programas de acreditación. En Saturno PJ, Parra P, Gascon JJ (eds): Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo III. Cap. 28. Universidad de Murcia/Dupont Pharma. Madrid. 1.997, 287-309.
- Bohigas L. Acreditación hospitalaria. En Asenjo M A: Gestión diaria del hospital. Cap.19. Masson, S.A. Barcelona. 1.998, p 307-320.
- Canadian Council on Health Facilities Accreditation. Proposed Standards for Acute Care Organizations. A client-centred Approach. CCHFA. Ottawa. 1.994.
- Carrasco AL, Císnal JM, Díez M, Hernández J, Moro J, Tejedor JM, Zancajo JL. Propuesta de Manual de Acreditación para Servicios de Prevención en Salud Laboral. Longares I y R. Madrid 1997.
- Carrasco AL, González E, Ibañez AJ, Mata FJ, Ruiz MC, Tejedor JM, Zancajo JL. Manual Práctico de Acreditación de hospitales. Editora Médica Europea. Valladolid. 1.993.
- Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid. 1998.
- Joint Commission International Accreditation. Standards for Hospital. Preview edition. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1.999.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales 1.996. SG editores. Barcelona. 1.995.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Fundación Avedis Donabedian. Estándares de acreditación de hospitales. Viena Serveis Editorials. Barcelona. 1.997.
- Simon J., Ruiz U. Accreditation trends in Spain. Rev International Journal of Health Planning and Management 1.995; 10: 193-200.
- Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. Rev Calidad Asistencial. 1.999; 14: 359-364.
- Zancajo JL. Correlación entre el manual de acreditación de hospitales para la formación sanitaria especializada en España y el Manual de la Joint Commission International Accreditation. Rev. Calidad Asistencial 2000; 15:437-442.
- Zancajo JL. Acreditación de Organizaciones Sanitarias. En Rescalvo F: Medicina del Trabajo. Tomo I. Cap. 10. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Ed. PyCH & Asociados SL. Madrid. 2000.
- Zancajo JL. El perfil profesional del auditor sanitario. Madrid. Comunicación III Jornadas técnicas del Cuerpo Sanitario de la Seguridad Social. 1.986.
- Zancajo JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: 208-214.

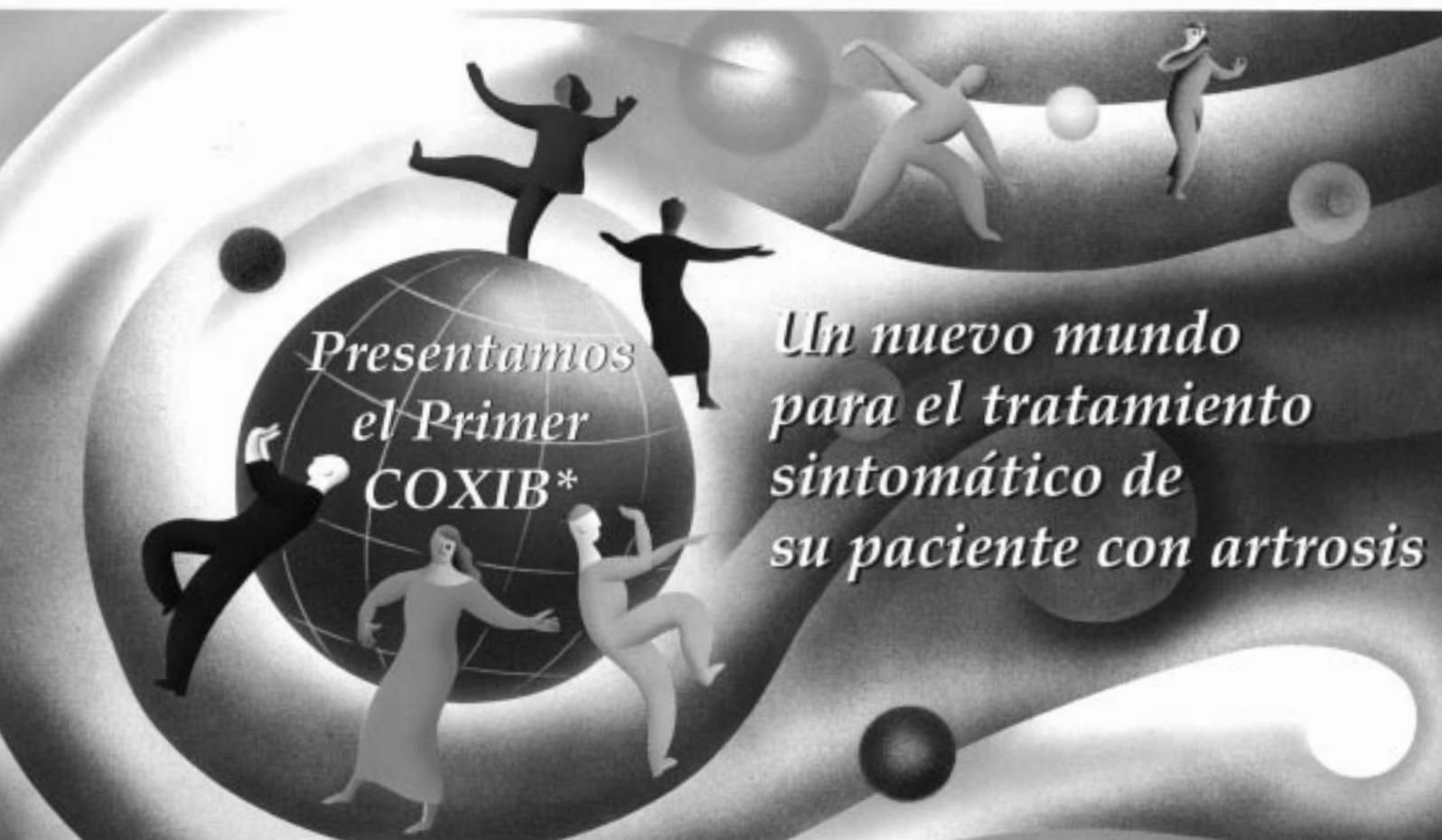




REALMENTE UNA VEZ AL DIA

**VIOXX**<sup>®</sup> †  
(rofecoxib)

**Selectivo. Potente. Sencillo.**



Presentamos  
el Primer  
**COXIB\***

*Un nuevo mundo  
para el tratamiento  
sintomático de  
su paciente con artrosis*

- La potencia de dosis elevadas de AINEs–diclofenaco e ibuprofeno<sup>1</sup>
- Perfil de seguridad gastrointestinal superior al de los AINEs convencionales<sup>1</sup>
- Realmente una vez al día; para una gran variedad de pacientes<sup>1</sup>
- Buen perfil de tolerabilidad<sup>1</sup>

Antes de prescribir consulte la Información Esencial de VIOXX sobre precauciones, contraindicaciones e interacciones en la página adjunta.

1. Documentación desarrollada por la Compañía que, según normativa de MSD se refiere exclusivamente a la documentación clínico-farmacológica contenida en el dossier de registro del producto o en la Ficha Técnica. Disponible bajo petición.

\* Comercializado en España



GRUPO MSD

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Merek Sharp & Dohme de España, S.A. Josefa Valcárcel, 38 - 28027 Madrid  
[www.msd.es](http://www.msd.es)

† Marca registrada de MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

# Adicción nicotínica en el medio laboral. Un modelo de intervención.

## Nicotinic addiction at work. An intervention model.

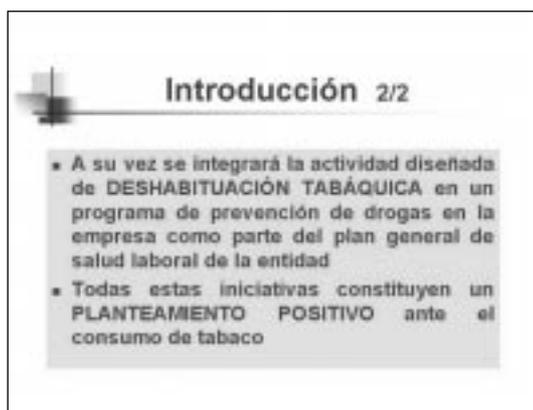
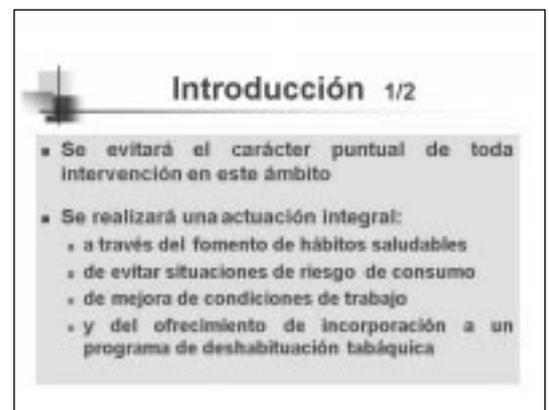
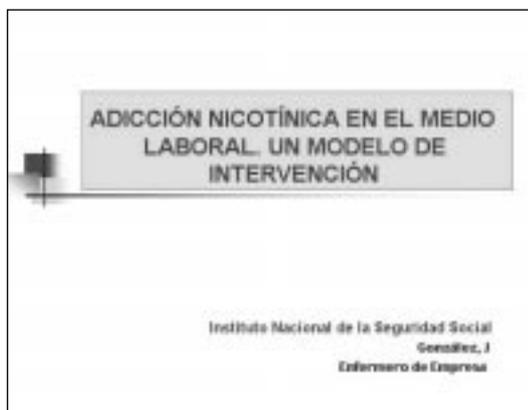
Autor: Javier Gonzalez Caballero - Enfermero de Empresa - Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bilbao

### RESUMEN

- El entorno laboral proporciona una gran oportunidad para realizar intervenciones sobre tabaquismo, al acceder a grandes sectores de población.
- Deben plantearse de acuerdo con las características de cada empresa implicando a todos los estamentos, con un planteamiento de objetivos reales, priorizando inicialmente lo realizable sobre la deseable.

### SUMMARY

- Labor environment gives a great opportunity to take part in tabaquism, as you can get access to a great population on sectors.
- They have to be proposed in agreement with each company involving all estates, with a proposal of real targets, first giving priority to what can be done over what is desirable.



Estudios que describen la ausencia de actividades preventivas en materia de drogas en la empresa según trabajadores y empresarios

	TRABAJADORES %	EMPRESARIOS %
FUNDACIÓN AYUSA DROGADICCION 1996	92,4	-
COMUNIDAD AUTÓNOMA MADRID 1996	79,8	51,9
COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUCÍA 1997	88,7	43,3
COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIA 1998	83,9	58,6
COMUNIDAD AUTÓNOMA CANARIAS 1999	72,3	56,9
FUNDACIÓN AYUSA DROGADICCION 2001	73,1	-

COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA, 2000. PROGRAMA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. Conflicto y Departamento Industria Gobierno Vasco: 181 empresas (86 Guipúzcoa, 64 Vizcaya, 30 Álava)

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ABUSO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL: 1ª y 2ª ediciones (4/5-10 días laborales)

Cánceres de pulmón diagnosticados

2002	Hombres	Mujeres	↑Hombres	↑Mujeres
Mundo	900.000	300.000	810.000	292.000
Europa	300.000	72.000	280.000	67.000
España	17.000	1.500	16.000	1.350

España: 1ª país comunitario europeo en hombres y 2ª en mujeres

Fuente: AECC



### Ventajas del ámbito laboral como espacio de intervención tabáquico

- Población laboral homogénea
- Continuidad en la intervención
- Espacio de convivencia durante largos periodos de tiempo
- Recursos humanos cualificados
- Permite una detección precoz
- Posibilita un "control terapéutico"
- Favorece la motivación para el abandono

### Constitución de una comisión de trabajo

- Representantes de los trabajadores
- Representantes de la dirección
- Representantes de RRHH
- Servicio de prevención (personal sanitario)

ACTITUD DE CONSENSO  
REDACCIÓN ESCRITA DE LOS ACUERDOS ALCANZADOS

### Determinación de objetivos

- Sensibilización de los distintos estamentos
- Concienciación de los beneficios que reporta la actividad preventiva
- Cada estamento que asuma su responsabilidad
- El principal beneficiario es el empleado
- Enmarcar la acción preventiva dentro del plan de salud de la empresa

### Determinación de actividades

- Elaboración de una normativa consensuada
- Divulgación de la normativa
- Recordar la normativa a empleados y visitantes
- Habilitar "espacios con/sin tabaco"
- Búsqueda de apoyos externos
- Reuniones periódicas

### Legislación básica en materia de tabaco

- Constitución Española: artículo 43
- Ley General de Sanidad: artículo 25.2
- Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo
- Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre
- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril
- Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo
- Legislación propia de cada Comunidad Autónoma

### Estadios de actitud ante el tabaco según el modelo de Prochaska & Di Clemente

- Precontemplación
- Contemplación
- Preparación para la acción
- Acción
- Mantenimiento
- Recaída
- Finalización

### Prochaska & Di Clemente PRECONTEMPLACIÓN

No hay intención de cambiar en un futuro previsible: 6 meses (tiempo prudencial para modificar un comportamiento)

Resistencia a reconocer el tabaco como problema

Escasa receptividad a las propuestas de cambio

Según los fumadores los pros para continuar fumando superan a los contras

En esta fase se encuentran entre 30-35% de los fumadores

"A mí fumar de momento no me sienta mal. Me gusta..."

### Prochaska & Di Clemente CONTEMPLACIÓN

Se acepta el tabaco como problema y se comienza a pensar en la posibilidad de abandonar el hábito en los próximos 6 meses  
Aumenta la receptividad para hablar de cambios  
Se observa la figura del contemplador crónico  
Entre el 50-60% de los fumadores están en esta fase  
*"Últimamente noto que el tabaco me sienta peor..."*

### Prochaska & Di Clemente PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN

- El fumador se ha planteado modificar su conducta en los próximos 30 días incluso después de varios intentos fallidos
- El fumador tiene una fecha concreta para el abandono del hábito tabáquico. Mejor que la establezca el interesado y aún mejor si coincide con aspectos personales
- Del 10 al 15% de los fumadores se encuentran en esta fase
- "Algo tendré que hacer para dejar de fumar..."*

### Prochaska & Di Clemente ACCIÓN

- El fumador se mantiene abstinente durante 6 meses
- Se producen cambios físicos, psicológicos, sociales y de comportamiento. Se deben considerar todos estos aspectos
- Se hacen muchos esfuerzos para evitar recaídas. En este período las posibilidades son considerables
- "Hace una semana que no fumo ni un cigarrillo..."*

### Prochaska & Di Clemente MANTENIMIENTO

- Corresponde a los segundos seis meses desde el cese del consumo
- Se hacen esfuerzos personales para prevenir recaídas y mantener los cambios realizados. Los esfuerzos son menores en cantidad pero más intensos que en la fase de ACCIÓN
- Gran probabilidad de recaídas
- "Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena seguir sin fumar..."*

### Prochaska & Di Clemente RECAÍDA

- La recaída forma parte del proceso de deshabituación tabáquica y como tal hay que incluirla
- Se necesita una media de tres intentos para consolidar un cambio de comportamiento y conseguir el objetivo final
- La recaída se acepta como derrota o fracaso al principio pero también puede interpretarse como un refuerzo positivo
- "No se cómo sucedió, pero vuelvo a fumar..."*

### PRECONTEMPLACIÓN Actuaciones 1/2

- 2/3 fumadores no tienen pensado dejar de fumar a corto plazo
- Conviene aconsejarle de la conveniencia del abandono y que sepa que estamos a su disposición para brindarles ayuda
- INTERVENCIÓN MÍNIMA O CONSEJO PROFESIONAL: 10% abandonos**
  - Sabe las mejoras que conseguiría?
  - Sabe los efectos deletéreos del tabaco?
- Conoce...?
  - los métodos para dejar de fumar
  - su grado de adicción
  - o alguien que ha dejado de fumar

### PRECONTEMPLACIÓN Actuaciones 2/2

- Y si no desea cambiar que considere:
  - Reducir la dosis
  - No fumar en presencia de niños o personas mayores
- Realizar el test de Fragerström de dependencia a la nicotina
- Realizar cuestionario de motivación de Richmond
- Realizar espirometría para conocer su función pulmonar
- Determinar el CO en aire espirado (valores de 0-3 en no fumadores)



### CONTEMPLACIÓN Actuaciones 1/2

- **Análisis de pros y contras:**
  - Ganancias y pérdidas que percibe la persona, no el profesional
  - Motivos por los que quiere dejar de fumar
  - Formular preguntas abiertas
- **Inicio de cambios:**
  - Retraso del primer cigarrillo
  - Disminución de dosis
  - Realización de ejercicio físico si se puede simultáneas
  - Observaciones para disminuir la ansiedad

### CONTEMPLACIÓN Actuaciones 2/2

- **Observación del hábito:** circunstancias, dónde, cuándo, asociación de conductas...
- **Negociar cualquier aspecto**
- **Las condiciones son consensuadas**

### PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN Actuaciones 1/4

El individuo determina la fecha  
Si otras personas no fuman en su casa la probabilidad de éxito es mayor  
Qué va a hacer para cambiar  
Explicar alternativas terapéuticas:

- Tratamiento farmacológico: TSN, Bupropion y otros
- Tratamiento reforzante: acudir a consultas programadas (3-5)
- Tratamiento en cuanto al comportamiento: pautas de actitud ante determinadas situaciones

### PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN Actuaciones 2/4

Tratamiento reforzador: sistematizar el seguimiento a través de acciones programadas y con objetivos concretos en cada una de ellas  
CONSULTA 1: planteamiento e inicio del plan terapéutico. Designar fecha dentro del mes  
TELEFONO 1: día que deja de fumar (opcional)  
CONSULTA 2: valoración farmacológica y análisis del registro de cambios comportamentales a los 15 días después de dejar de fumar

### PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN Actuaciones 3/4

CONSULTA 3: seguimiento a la 4ª/6ª semana del inicio  
CONSULTA 4: prevención de recaídas a la 8ª semana  
CONSULTA 5: a los 6 meses de dejar el hábito  
TELEFONO 2: al año de dejar de fumar  
CONSULTAS POSTERIORES...  
Mostrar nuestra disposición ante cualquier eventualidad

### PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN Actuaciones 4/4

Tratamiento aplicado al comportamiento:

- Evitar estímulos externos: ambientes con humo, fumadores, bares, asociaciones con alcohol, café...
- Retardar respuesta: mecanismos de distracción, objetos en las manos, cálculo mental, actividades manuales, técnicas de respiración...
- Cambio de respuesta: racionalización, sustitución por otros comportamientos, ejercicio físico, apoyo social...

### RESTO DE ETAPAS

- **ACCIÓN:** desde las 24h posteriores a dejar de fumar hasta los 6 meses
- **MANTENIMIENTO:** desde los seis hasta el año o cinco años de abstinencia
- **FINALIZACIÓN:** más de cinco años. A partir de aquí se considera ex-fumador
- **Resultados:** 1 de cada tres personas cesa en el hábito al año del inicio

# sabias que...?



La Dirección de ésta revista quiere comunicaros la reciente publicación del libro:  
**CON EL SUDOR DE TU FRENTE (Tu trabajo y tu salud)**  
 del Dr. Jesús Mateos, libro de carácter divulgativo, de una gran riqueza bibliográfica, de lectura muy amena y que nos refresca y recuerda que la salud laboral es muy necesaria e importante.



19



Foro Formación y Publicaciones Extremadura, S.L.  
 Tfno.: 927 23 92 22 • Fax: 927 23 61 71 • E-mail: foroformacion@terra.es

## 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.

# agenda de congresos



## **SAFETY 2004**

### **VII CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LESIONES Y LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD.**

(Viena – Austria, del 6 al 9 de Junio de 2004)

Safety 2004 – VII Conferencia Mundial sobre la prevención de Lesiones y la Promoción de la Seguridad, tendrá lugar entre los días 6 y 9 de junio de 2003 en Viena (Austria).

El principal tema de la Conferencia será “Desigualdades en riesgos de lesiones y acceso a soluciones seguras”.

Para más información:

KURATORIUM FÜR SCHUTZ UND SICHERHEIT INSTITUT SICHER LEBEN

Olzeltgasse 3 / Postfach 190

A-1031 VIENA (Austria)

Tel.: +43 1 715 66 44 0

Fax: +43 1 715 66 44 30

E-mail: [safety2004@sicherleben.at](mailto:safety2004@sicherleben.at)

[www.safety2004.info](http://www.safety2004.info)



## **3<sup>er</sup> CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Santiago de Compostela, Galicia. 2,3 y 4 de junio de 2004.



## **X CONGRESO INTERNACIONAL DE TOXICOLOGIA**

Tampere, Finlandia, del 11 al 16 de Julio de 2004

[ictx2004@congreszon.fi](mailto:ictx2004@congreszon.fi)

ICT X Congress Secretariat, Italahdenkatu 22 A, 00210-Helsinki (Finlandia).



## **SICUR 2004**

Madrid del 24 al 27 de febrero de 2004

[sicur@ifema.es](mailto:sicur@ifema.es)



## **INTERNATIONAL CONFERENCE ON OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES 2005**

25-27 JANUARY 2005, MARINA CONGRESS CENTRE

HELSINKI, FINLAND

Contact info

OHS2005 Secretariat

Finnish Institute of Occupational Healthw

Ms Taina Paakkonen

[taina.paakkonen@ttl.fi](mailto:taina.paakkonen@ttl.fi)

[www.ttl.fi/OHS2005](http://www.ttl.fi/OHS2005)





secretaría:

**FIRA DE REUS**  
PALAU DE FIRAS I CONGRESSOS

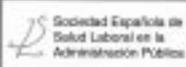
Ax. Sant Jordi, s/n - 43201 REUS  
Tel. 977 32 63 63 - Fax 977 31 63 59  
E-mail: direccio.comercial@firareus.com  
www.firareus.com

# XIV Congreso de la sociedad española de salud laboral en la Administración Pública

Reus, del 12 al 14 de mayo de 2004

> preprograma

organiza:




21

## pre-programa XIV congreso nacional de la seslap

<b>Mesa redonda seguridad (MRS 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: decisiones</li> <li>La formación e información como fundamento del cambio cultural. El experimento formativo de los accidentes</li> <li>La incidencia actual de los litigios</li> <li>Los accidentes laborales y los riesgos de seguridad</li> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: los controles periódicos</li> <li>La coordinación-impugnación en los procedimientos judiciales</li> <li>Resolución para de adaptación de equipos y tratamientos</li> <li>Responsabilidades en la contratación y subcontratación de servicios en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda seguridad (MRS 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: los controles periódicos</li> <li>La coordinación-impugnación en los procedimientos judiciales</li> <li>Resolución para de adaptación de equipos y tratamientos</li> <li>Responsabilidades en la contratación y subcontratación de servicios en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda gestión (MRC 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gestión de recursos: una estrategia necesaria</li> <li>Selección de personal: día y modalidad de evaluación</li> <li>Clasificación de actividades y puestos de trabajo de la inspección de trabajo</li> <li>La inspección temporal como indicador de salud laboral en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda higiene (MRH 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad ambiental</li> <li>Contaminación ambiental: ruido, temperatura, luz y contaminación ambiental en espacios</li> <li>Clasificación del ruido: un espacio de desarrollo</li> </ul>
<b>Mesa redonda higiene (MRH 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de riesgos químicos</li> <li>Exposición de polvos de carbón</li> <li>Métodos regulatorios en las administraciones públicas</li> <li>Resolución judicial en los accidentes laborales</li> </ul>
<b>Mesa redonda ergonomía (MRE 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La oficina y sus riesgos ergonómicos</li> <li>Clasificación ergonómica de la oficina moderna en las administraciones públicas</li> <li>Resolución judicial en los accidentes laborales</li> <li>El diseño de productos y servicios en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda ergonomía (MRE 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control y gestión de los riesgos psicosociales en las administraciones públicas</li> <li>Resolución judicial en los accidentes laborales</li> <li>El diseño de productos y servicios en las administraciones públicas</li> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: decisiones</li> <li>La formación e información como fundamento del cambio cultural. El experimento formativo de los accidentes</li> <li>La incidencia actual de los litigios</li> <li>Los accidentes laborales y los riesgos de seguridad</li> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: los controles periódicos</li> <li>La coordinación-impugnación en los procedimientos judiciales</li> <li>Resolución para de adaptación de equipos y tratamientos</li> <li>Responsabilidades en la contratación y subcontratación de servicios en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda Vig. Salud (MRVS 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La vigilancia de la salud como herramienta de promoción de la salud</li> <li>Los nuevos riesgos</li> <li>Atención a la integración (promoción de trabajadores y promoción a investigadores)</li> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: decisiones</li> <li>La formación e información como fundamento del cambio cultural. El experimento formativo de los accidentes</li> <li>La incidencia actual de los litigios</li> <li>Los accidentes laborales y los riesgos de seguridad</li> <li>El desarrollo de gestión de la seguridad: los controles periódicos</li> <li>La coordinación-impugnación en los procedimientos judiciales</li> <li>Resolución para de adaptación de equipos y tratamientos</li> <li>Responsabilidades en la contratación y subcontratación de servicios en las administraciones públicas</li> </ul>
<b>Mesa redonda Vig. Salud (MRVS 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las lesiones laborales causadas en los trabajadores de la administración pública</li> <li>El rol como factor de riesgo laboral</li> <li>Demografía laboral</li> <li>Demografía de accidentes</li> </ul>

## programa

día 12\_05\_2004

HORA	AUDITORIO	SALA TALLERES	SALA COMUNICACIONES
9:00 - 10:30	Recepción y entrega de documentación		
10:30 - 11:30	Conferencia inaugural	Pausa - café	
11:30 - 12:00			
12:00 - 13:00	Acto inaugural		
13:00 - 14:00	Conferencia		
14:00 - 16:00		Comida	
16:00 - 17:30	Mesa redonda seguridad	Taller 1	Comunicaciones ergonomía
17:30 - 18:00		Pausa - café	
18:00 - 19:30	Mesa redonda seguridad	Taller 2	Comunicaciones ergonomía

Acto social - recepción Ayuntamiento - visita turística.

día 13\_05\_2004

HORA	AUDITORIO	SALA TALLERES	SALA COMUNICACIONES
9:00 - 10:15	Mesa redonda gestión	Taller 3	Comunicaciones U.Salud
10:15 - 10:30		Pausa - café	
10:30 - 11:45	Mesa redonda higiene	Taller 4	Comunicaciones seguridad
11:45 - 12:15			
12:15 - 13:30	Mesa redonda higiene	Taller 5	Comunicaciones seguridad
14:00 - 16:00		Comida	
16:00 - 17:15	Mesa redonda ergonomía	Taller 6	Comunicaciones gestión
17:15 - 17:45		Pausa - café	
17:45 - 19:00	Mesa redonda ergonomía	Taller 7	Comunicaciones higiene
19:00 - 20:00	Asamblea SESLAP		

Cena oficial

día 14\_05\_2004

HORA	AUDITORIO	SALA TALLERES	SALA COMUNICACIONES
9:00 - 10:15	Mesa redonda vig. salud	Taller 8	Comunicaciones higiene
10:15 - 10:30		Pausa - café	
10:30 - 11:45	Mesa redonda vig. salud	Taller 9	Comunicaciones
11:45 - 12:15		Pausa	
12:15 - 13:30	Entrega de premios		
	Acto de clausura		

Apertivo

### contenido de los de los talleres

- Escala de estrés
- Taller RCP
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Ecografía muscular
- Investigación
- Vendajes funcionales
- Técnicas de farrografía
- Señales
- Extinción de incendios

# Reflexiones sobre la normativa de la L.P.R.L. y sus modificaciones.

## Reflections about L.P.R.L. established norms and its modifications

Autor: Alvarez Gómez, José Manuel - Jefe Servicio Médico del Parque de Bomberos de Valencia. Vicepresidente de SESLAP.

**Palabras Clave:** Riesgos Laborales. Mecanismos de Control. Cultura de la Prevención. Cumplimientos de Normativas.

**Key Words:** Labor Risks. Mechanisms of Control. Culture of Prevention. Established Norms Execution.

22

Atendiendo la invitación de esta prestigiosa revista (Protección Laboral), quisiéramos desde la Sociedad Española de Salud Laboral en las Administraciones Públicas, dar nuestro punto de vista sobre la actual legislación sobre prevención de riesgos y más concretamente del RD 707/02 de 31 de Julio, que regula el procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado.

En primer lugar quiero constatar que nuestra sociedad (SESLAP) reúne a profesionales que desarrollan su trabajo específicamente en las Administraciones Públicas, no solo Médicos del Trabajo o Diplomados en enfermería de empresa, contamos con Ergónomos, Higienistas y Técnicos en Seguridad. La sociedad se fundó en 1993, (es decir dos años antes de la promulgación de la conocida Ley 31/1995) e intentó reunir a aquellos profesionales que ya llevábamos años trabajando en Ayuntamientos, Diputaciones, Organismos del Estado o en la Administración Central; el compañerismo, la necesidad de puesta en común, la constatación de idénticos problemas y el hecho de que todos trabajábamos en el campo de la salud y la prevención en las Administraciones Públicas, llevó a que celebráramos las primeras Jornadas de Salud Laboral en 1986, concretamente en Córdoba, donde ya se detectaban una serie de propuestas de actuación sobre siniestralidad laboral o mapas de riesgo, etc.

Por aquellos años trabajábamos sin un marco jurídico de obligado cumplimiento, algunos Ayuntamiento y no pocas Instituciones del Estado, constituían los llamados Servicios Médicos de Empresa al amparo, (por similitud al resto de los trabajadores) del Reglamento de 1959, que paradójicamente excluía a los funcionarios de la obligatoriedad de disponer de dichos servicios. Pero era evidente que tanto la presión de los trabajadores como la amplitud de miras de los dirigentes políticos apostaron por la equiparación del funcionario como un trabajador más, asalariado y con un patrón que en este caso era la Administración Pública.

La promulgación de la Ley 31/1995 supuso un salto cualitativo en esa catalogación del funcionario en pie de igualdad en el plano de la salud laboral con el resto del personal asalariado, se eliminaba la voluntariedad que hasta entonces existía y pasábamos a la obligatoriedad de crear los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los Servicios Públicos.

Sin embargo las administraciones públicas como sector de servicios que son, se caracterizan por una gran diversidad de tareas que van desde tareas meramente administrativas (trabajadores de oficina, pantallistas, atención en ventanilla, etc.) hasta funciones de seguridad ciudadana (Policía, Bomberos) pasando por las instituciones militares, funcionarios de prisiones, vigilancia aduanera, personal de oficinas, personal docente, etc., etc.

La enumeración de los servicios que la administración presta a los ciudadanos es verdaderamente amplia, por lo tanto la relación de puestos de trabajo, la evaluación de los riesgos en cada uno de ellos y la implantación de los planes de prevención son una tarea ardua y dificultosa de realizar. Quizás por esta razón, el legislador pensando en la dificultad y complejidad de algún sector determinado, excluyó taxativamente en el artículo 3.2 de la ley 31/1995 a determinados colectivos, concretamente Policía, seguridad y resguardo aduanero, servicios operativos de protección civil, peritaje forense, estos últimos solo en aquellos casos de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.

Quedan también excluidos los establecimientos y centros militares, y el personal de prisiones que quedaba en espera de una legislación especial.

No obstante, habíamos dado un gran paso, la ley determinaba que se legislaría quedando pendiente de una regulación especial.

No debemos olvidar que en estos colectivos reseñados es sumamente complejo evaluar los riesgos y no menos dificultoso implantar planes de prevención y medidas correctivas que eliminen los riesgos puesto que algunos de ellos son inherentes al desarrollo de la función.

Analizaremos someramente que se ha legislado específicamente en el tema desde 1995, pasando de puntillas sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1986, en el que no se hace mención específica a estos colectivos.

En 1998 se publicó un Real Decreto, concretamente el 10 de Julio, que adaptaba o pretendía adaptar la legislación de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado, adecuando su contenido a las "peculiaridades organizativas y de participación del personal a su servicio", siendo vinculante a los organismos públicos dependientes de la Administración del Estado. En su artículo primero sobre ámbito de aplicación, mantenía las mismas excepciones de la ley 31/1995, fijando instrumentos de control (auditorías), debiendo realizarse por el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) y otorgando a la Dirección General de la Función Pública la coordinación en material de prevención, asumiendo la interlocución con las organizaciones sindicales representativas.

Dos circunstancias quisiera comentar con respecto a este Real Decreto, la primera, la posibilidad de que existe un único Servicio de Prevención que pueda extender su actividad a todo el ámbito nacional, y la segunda, el cambio cualitativo que supone el hecho de que si existen servicios médi-

cos "colaboraran" con el Servicio de Prevención, siendo la norma anterior la de "integrarse" en el mencionado servicio.

Desconozco si esta situación ha sido deliberada, pero la disposición adicional primera sobre los servicios médicos de departamentos y organismos públicos rompe con la necesaria integración multidisciplinaria que es la Prevención de Riesgos dejándolo como voluntad de colaboración

Por último fijaba el plazo máximo de un año la constitución de los servicios de prevención. Solo una pregunta ¿se ha cumplido?

En Agosto de 1998 se llegaba a un acuerdo Administración-Sindicatos, donde se establecían los criterios de aplicación del Decreto 1488/98 y se creaba la Comisión Sanitaria de Salud Laboral.

Siguiendo el relato cronológico legislativo, el 11 de Setiembre del mismo año 1998 se publicó un Real Decreto 1932/98 sobre la adaptación de los capítulos II y V de la ley 31/95 al ámbito de los centros y establecimientos militares, haciendo una distinción clara entre el personal civil y el militar, siendo los primeros los que pueden estar presentes en el Comité de Seguridad y Salud, quedando excluidos el personal militar.



Desde 1998, no me constan nuevas modificaciones, hasta la producida en el año 2002, concretamente el Real Decreto 707 que aprueba el Reglamento sobre el procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado, incluyendo en su disposición adicional, al personal civil de las restantes administraciones públicas.

Analizando el RD, podemos concluir en principio que la misma administración se ha dado cuenta que existen o pueden existir incumplimientos en materia de Prevención de Riesgos en las administraciones públicas, y quiere poner los mecanismos de control para que se establezcan medidas correctoras.

Por otra parte el Decreto ha sido contestado desde distintos ámbitos, alguna central sindical, como Comisiones Obreras votó en contra entre otras razones por la imposibilidad de instar a la inspección en aquellos lugares donde no existe representación sindical, pequeños ayuntamientos, etc. y por el tema de la paralización de actividades de riesgo grave e inminente que refleja el artículo 21 de la ley 31/1995, que ha de ratificar la Dirección de la Unidad Administrativa y al Delegado del Gobierno, los que resolverán su anulación o ratificación.

Dicho punto entra en contradicción en lo estipulado en el apartado 2 del artículo 21 de la ley 231/1995, que textualmente consagra que "el trabajador tendrá derecho a interrumpir su actividad y abandonar el lugar de trabajo en caso necesario, cuando considere que dicha actividad entraña un riesgo inminente". Puede haber un acuerdo en la mayoría de los Delegados de Prevención, y especifica que los trabajadores no podrán sufrir perjuicio alguno, derivado de la adopción de dichas medidas, a menos que hubiera obrado mala fe o cometido negligencia grave.

Este principio se respeta en la legislación de centros y establecimientos militares, artículo 2 apartado b, quedando en entredicho en el citado RD 707 en donde los supuestos de paralización corresponde al Inspector de Trabajo comprobar la existencia de riesgo grave o inminente ¿Qué hacen los trabajadores en tanto no se resuelve la situación? El citado decreto ha sido modificado en fechas recientes (BOE 11 de Junio), dando contestación al requerimiento de incompetencia formulada por la Generalitat de Catalunya y por la sentencia dictada por el Tribunal Supremo, anulando el apartado 3 del artículo 3º y el que contemplaba la obligación de preaviso artículo 4 apartado 1º dando una nueva redacción al desarrollo de las actuaciones.

Independientemente de estas modificaciones u otras posteriores que pudieran producirse, quisiera hacer algunas reflexiones o dejar en el aire algunas preguntas.

La primera de ellas es que con toda la batería de leyes, Reglamentos y Reales Decretos, es cierto y constatable que existen ciertos colectivos, a los que sistemáticamente se les excluye del ámbito competencial, una esperanza se prevé que se legislará (ley 31/1995) Policía, servicios de peritaje forense, protección civil, resguardo aduanero, etc. Pero para cuando?.

En lo que respecta al tema específico del decreto 707 y sus modificaciones posteriores, constatar que la misma administración quiere paliar una situación que podríamos hablar al menos de "posibles irregularidades" dando a la Inspección del Trabajo unas atribuciones para proponer medidas correctoras y plazo de ejecución pero que deben de contar con el visto bueno y aprobación del responsable del organismo inspeccionado, es decir ¿Ser juez y parte?.

Por otra parte la labor de auditorías del INHST pasa por este Decreto, de jugar un papel relevante (En el RD 1488/98) a no ser tenida en consideración por la Inspección de Trabajo, no se hace ninguna mención a la misma. ¿No debería la Inspección de Trabajo solicitar la auditoría realizada por el INST?.

Para concluir una reflexión, todos los profesionales que realizamos nuestra labor en la Prevención de Riesgos en las Administraciones Públicas, conocemos las dificultades técnicas que conllevan desarrollar nuestros trabajos.

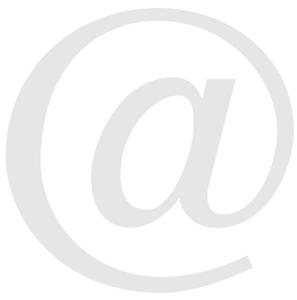
Es la Administración la que se exige a sí misma que cumpla con sus reglas y bien es cierto, que frente a la empresa privada, puede actuar de forma contundente a la hora de aplicar sanciones económicas que hacen que el empresario cumpla la ley. En la Administración estas sanciones no son, no pueden ser el instrumento válido del cumplimiento de la ley. La cultura de la prevención que se reclama debe ser asumida por la propia Administración y sobre todo por sus dirigentes.

Una esperanza, hemos avanzado con una posible modificación de la Ley 31/1995 que puede abrir nuevos caminos. Deberemos estar vigilantes para revisar el nuevo texto y poder aportar nuestras opiniones, existe un documento de trabajo fechado el 2 de junio de un anteproyecto de Ley de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, de una lectura rápida deducimos que los colectivos no incluidos siguen igual. Si bien se habla mucho y bien de la necesidad de fomentar la cultura de la Prevención.

Un recuerdo pues a todos aquellos colectivos en los que sistemáticamente siguen sin regular la actividad preventiva.

Un deseo: Seguir avanzando y que en las Administraciones Públicas se logre el cumplimiento de la normativa.





# direcciones webb

<http://www.babylon.com/>

Babylon Dictionary and Information at your fingertips! Babylon-Pro is a powerful Translation, Information and Conversion tool, that instantly provides relevant information about any word or value you click on.

<http://www.graylab.ac.uk/omd/>

On-line Medical Dictionary The On-line Medical Dictionary is a searchable dictionary of terms from medicine and related fields.

<http://www.aforo.com/>

Aforo, el auténtico valor de la opinión Aforo es una nueva aplicación en Internet que ha nacido con una vocación de servicio y de utilidad para todos los usuarios. Su función es ayudar a las personas a resolver problemas a partir de una gran plataforma de información. Esta plataforma se forma a partir de la inagotable fuente de conocimiento procedente de los Newsgroups (grupos de noticias), de la aportación exclusiva para Aforo de expertos en múltiples materias, de guías temáticas y de las opiniones seleccionadas de los usuarios.

<http://www.guideline.gov/index.asp>

National Guideline Clearinghouse Welcome! You are connected to the National Guideline Clearinghouse™ (NGC), a public resource for evidence-based clinical practice guidelines. NGC is sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality (formerly the Agency for Health Care Policy and (Research) in partnership with the American Medical Association and the American Association of Health Plans.

<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/index.html>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) was formed in 1993. Our objective is to improve the quality of health care for patients in Scotland by reducing variation in practice and outcome, through the development and dissemination of national clinical guidelines containing recommendations for effective practice based on current evidence.

<http://salud.medicinatv.com/>

MedicinaTV.com .Más de 7000 links comentados, emisiones en webcast, congresos, formación médica continuada, encuestas, reportajes, casos clínicos, medline, y acceso a noticias médicas de máxima actualidad y todo clasificado por especialidades

<http://www.cfnavarra.es/insl>

Departamento de Salud. Gobierno de Navarra

<http://www.inmst.es/>

INMST: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo

<http://www.sicuris.com/>

Sicuris dispone de noticias muy actualizadas sobre prevención. También es posible recibirlas mediante un boletín que se recibe de lunes a viernes por correo electrónico, mediante suscripción gratuita.

<http://www.prevencion.com/>

Prevencion.com también ofrece noticias, que pueden recibirse a diario mediante suscripción gratuita. Es el portal de creación más reciente, y muy abierto a incorporar nuevos contenidos.

www.sejar.com

FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO

MOYLU YENI YILLAR

BON NADAL I FELIÇ ANY NOU

FELIZ ANO NOVO

GODT 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 AN NAU

GOTT NYTT ÅR

GELUKKIG NIEUWJAAR

SELAMA TAHUN BARU

MISTÓS ULA QUÉ TA BUTÉN CERÓ DE BERG

祝你们 新年好!

**С НОВЫМ ГОДОМ!**

ST' ASTNÝ NOVÝ ROK

GODT NYTÅR

שנה טובה ושנה טובה יותר

新年 おめでとうございます

سنة مباركة

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

ΚΑΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ

2004

**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: .....

**DATOS DOMICILIACION BANCARIA:**

Banco o Caja: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Titular de la Cuenta: .....

Banco o Caja \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha: ..... Firma: .....

**27****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: .....

**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 9 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/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda  
20006 SAN SEBASTIAN



# legislación



## RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN DE 19/09/2003 RELATIVA A LA LISTA EUROPEA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

LA COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, en particular, su artículo 211, Considerando lo siguiente:

- (1) La Recomendación 90/326/CEE de la Comisión, de 22 de mayo de 1990, relativa a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales<sup>1</sup> tuvo una amplia aplicación por parte de los Estados miembros, que llevaron a cabo un importante esfuerzo para ajustarse a las disposiciones del anexo I de la Recomendación, tal como afirmó en 1996 la Comunicación de la Comisión<sup>2</sup> relativa a la lista europea de enfermedades profesionales.
- (2) Durante el periodo transcurrido desde la Recomendación 90/326/CEE, el progreso técnico y científico ha permitido conocer mejor los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y las relaciones de causalidad. Conviene, pues, introducir en una nueva recomendación y en la lista europea de enfermedades profesionales, así como en la lista complementaria, las modificaciones correspondientes.
- (3) La experiencia adquirida desde 1990 gracias al seguimiento de la Recomendación 90/326/CEE en los Estados miembros ha permitido discernir mejor diferentes aspectos que pueden mejorarse para alcanzar de forma más completa los objetivos de la Recomendación, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos de prevención y de recogida y comparabilidad de los datos.
- (4) La Comunicación de la Comisión<sup>3</sup> «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)» concede especial importancia a la prevención intensificada de las enfermedades profesionales. La presente Recomendación debe constituir un instrumento privilegiado para la prevención a escala comunitaria.
- (5) La citada Comunicación destaca la importancia de la participación de todos los agentes, y en particular de las autoridades públicas y los interlocutores sociales, para promover la mejora de la salud y la seguridad en el trabajo, en el marco de una buena gobernanza que se apoya en la participación de todos, conforme al Libro Blanco sobre la gobernanza europea<sup>4</sup>. En este contexto, conviene

instar a los Estados miembros a que hagan participar activamente a todos los agentes interesados en la elaboración de medidas de prevención eficaz de las enfermedades profesionales.

- (6) La Comunicación menciona también que deberán adoptarse objetivos nacionales cuantificados destinados a reducir las tasas de enfermedades profesionales reconocidas.
- (7) La Resolución del Consejo de 3 de junio de 2002 sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2002-2006<sup>5</sup> insta también a los Estados miembros a desarrollar y aplicar políticas de prevención coordinadas, coherentes y adaptadas a las realidades nacionales fijando, en este contexto, objetivos que puedan medirse en cuanto a la reducción de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, especialmente en aquellos sectores de actividad que registran tasas de incidencia superiores a la media.
- (8) La Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo, creada en virtud del Reglamento (CE) n° 2062/94 del Consejo<sup>6</sup>, tiene por misión, entre otras tareas, facilitar a los organismos comunitarios y a los Estados miembros las informaciones técnicas, científicas y económicas objetivas, necesarias para la formulación y aplicación de políticas sensatas y eficaces destinadas a proteger la seguridad y la salud de los trabajadores y recoger y difundir información técnica, científica y económica en los Estados miembros. En este contexto, la Agencia debe desempeñar también un papel importante en los intercambios de información, experiencias y buenas prácticas respecto a la prevención de las enfermedades profesionales.
- (9) Los sistemas nacionales de salud pueden desempeñar una importante función para una mejor prevención de las enfermedades profesionales, en particular mediante una sensibilización del personal sanitario para mejorar el conocimiento y el diagnóstico de dichas enfermedades.

### RECOMIENDA:

#### Artículo 1

Sin perjuicio de las disposiciones nacionales legislativas o reglamentarias más favorables, se recomienda a los Estados miembros:

- 1) que introduzcan cuanto antes la lista europea que figura en el anexo I en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas relativas a las enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente, que pueden dar lugar a indemnización y que deben ser objeto de medidas preventivas;

<sup>1</sup> DO L 160 de 26.6.1990, p. 39.

<sup>2</sup> COM(96) 454 final.

<sup>3</sup> COM(2002) 118 final.

<sup>4</sup> COM(2001) 428 final.

<sup>5</sup> DO C 161 de 5.7.2002, p.1.

<sup>6</sup> DO L 216 de 20.8.1994, p. 1.

- 2) que procuren introducir en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas un derecho de indemnización por causa de enfermedad profesional para el trabajador afectado por una enfermedad que no figure en la lista del anexo I pero cuyo origen y carácter profesional puedan establecerse, en particular si dicha enfermedad figura en el anexo II;
- 3) que elaboren y mejoren medidas de prevención eficaz de las enfermedades profesionales recogidas en la lista europea del anexo I, haciendo participar activamente a todos los agentes interesados y recurriendo, si fuera preciso, al intercambio de información, experiencias y buenas prácticas por medio de la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo;
- 4) que establezcan objetivos nacionales cuantificados para la reducción de las tasas de enfermedades profesionales reconocidas y, de forma prioritaria, de las que se mencionan en la lista europea del anexo I;
- 5) que garanticen la declaración de todos los casos de enfermedades profesionales y que hagan que sus estadísticas de enfermedades profesionales vayan siendo paulatinamente compatibles con la lista europea del anexo I y se ajusten a los trabajos en curso en el marco del programa estadístico comunitario sobre el sistema de armonización de las estadísticas europeas de enfermedades profesionales, de forma que, para cada caso de enfermedad profesional, se disponga de información sobre el agente o factor causal, sobre el diagnóstico médico y sobre el sexo del paciente;
- 6) que introduzcan un sistema de recogida de información o de datos sobre la epidemiología de las enfermedades descritas en el anexo II o de cualquier otra enfermedad de carácter profesional;
- 7) que promuevan la investigación en el ámbito de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular para las enfermedades que se describen en el anexo II y para los trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo;
- 8) que garanticen una amplia difusión de los documentos de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales incluidas en sus listas nacionales, teniendo en cuenta, en particular, las notas de ayuda al diagnóstico de enfermedades profesionales publicadas por la Comisión;
- 9) que transmitan a la Comisión los datos estadísticos y epidemiológicos relativos a las enfermedades profesionales reconocidas a escala nacional y permitan el acceso a ellos a los medios interesados, en particular a través de la red de información creada por la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo;
- 10) que promuevan una contribución activa de los sistemas nacionales de salud a la prevención de las enfermedades profesionales, en particular mediante una mayor sensibilización del personal médico para mejorar el conocimiento y el diagnóstico de estas enfermedades.

#### Artículo 2

Compete a los Estados miembros fijar por sí mismos los criterios para el reconocimiento de cada enfermedad profesional conforme a su legislación y sus prácticas nacionales vigentes.

#### Artículo 3

La presente Recomendación sustituye a la Recomendación 90/326/CEE.

#### Artículo 4

Se insta a los Estados miembros a que informen a la Comisión de las medidas adoptadas para dar curso a la presente Recomendación a más tardar el 31 de diciembre de 2006.

Hecho en Bruselas, el 19/09/2003.

Por la Comisión

Anna DIAMANTOPOULOU  
Miembro de la Comisión

### ANEXO I

#### LISTA EUROPEA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las enfermedades enumeradas en esta lista deben estar directamente ligadas con la actividad ejercida. La Comisión establecerá los criterios de reconocimiento de cada una de las enfermedades profesionales que se citan a continuación:

#### 1. Enfermedades causadas por los agentes químicos siguientes:

- |        |  |
|--------|--|
| 100    | Acrolonitrilo  |
| 101    | Arsénico o sus compuestos.   |
| 102    | Berilio (glucinio) o sus compuestos  |
| 103.01 | Oxido de carbono   |
| 103.02 | Oxicloruro de carbono  |
| 104.01 | Ácido cianhídrico  |
| 104.02 | Cianuros y compuestos  |
| 104.03 | Isocianatos  |
| 105    | Cadmio o sus compuestos.   |
| 106    | Cromo o sus compuestos   |
| 107    | Mercurio o sus compuestos  |
| 108    | Manganeso o sus compuestos   |
| 109.01 | Ácido nítrico  |
| 109.02 | Oxidos de nitrógeno  |
| 109.03 | Amoniaco   |
| 110    | Níquel o sus compuestos  |
| 111    | Fósforo o sus compuestos   |
| 112    | Plomo o sus compuestos   |
| 113.01 | Oxidos de azufre   |
| 113.02 | Ácido sulfúrico  |
| 113.03 | Sulfuro de carbono   |
| 114    | Vanadio o sus compuestos   |
| 115.01 | Cloro  |
| 115.02 | Bromo  |
| 115.04 | Yodo   |
| 115.05 | Flúor o sus compuestos   |
| 116    | Hidrocarburos alifáticos o alicíclicos que entran en la composición del éter de petróleo y de la gasolina  |
| 117    | Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos o alicíclicos  |
| 118    | Alcohol butílico, metílico e isopropílico  |
| 119    | Etilenglicol, dietilenglicol, 1-4 butanediol así como los derivados nitrados de los glicoles y del glicerol  |
| 120    | Éter metílico, éter etílico, éter isopropílico, éter vinílico, éter dicloroisopropílico, éter metílico del guayacol y éter etílico del etilenglicol                              |
| 121    | Acetona, cloroacetona, bromoacetona, hexafluoroacetona, metil-etil-cetona, metil n-butilcetona, metilisobutilcetona, alcohol diacetona, óxido de mesitilo, 2-metil ciclohexanona |
| 122    | Esteres organofosfóricos   |
| 123    | Ácidos orgánicos   |
| 124    | Formaldehído   |
| 125    | Nitroderivados alifáticos  |
| 126.01 | Benceno o sus homólogos (los homólogos del benceno se definen por la fórmula C <sub>n</sub> H <sub>2n-6</sub> )  |
| 126.02 | Naftaleno o sus homólogos (los homólogos del naftaleno se definen por la fórmula C <sub>n</sub> H <sub>2n-12</sub> )   |
| 126.03 | Vinilbenceno y divinilbenceno  |
| 127    | Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos  |
| 128.01 | Fenoles u homólogos, o sus derivados halogenados   |
| 128.02 | Naftoles u homólogos, o sus derivados halogenados  |
| 128.03 | Derivados halogenados de los óxidos sometidos a alquilación  |
| 128.04 | Derivados halogenados de los sulfuros sometidos a alquilación  |
| 128.05 | Benzoquinonas  |
| 129.01 | Aminas aromáticas o hidracinas aromáticas o sus derivados halogenados, fenólicos, nitrosados, nitrados o sulfonados  |
| 129.02 | Aminas alifáticas y sus derivados halogenados  |
| 130.01 | Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos   |
| 130.02 | Nitroderivados de los fenoles o de sus homólogos   |
| 131    | Antimonio y derivados  |
| 132    | Esteres del ácido nítrico  |
| 133    | Ácido sulfhídrico  |
| 135    | Encefalopatías debidas a disolventes orgánicos no recogidos en otros epígrafes   |
| 136    | Polineuropatías debidas a disolventes orgánicos no recogidos en otros epígrafes  |

#### 2. Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes

- |        |  |
|--------|--|
| 201    | Enfermedades de la piel y cánceres cutáneos debidos a:   |
| 201.01 | el hollín  |
| 201.03 | el alquitrán   |
| 201.02 | el asfalto   |
| 201.04 | la brea  |
| 201.05 | el antraceno o sus compuestos  |
| 201.06 | los aceites y grasas minerales   |
| 201.07 | la parafina bruta  |
| 201.08 | el carbazol o sus compuestos   |
| 201.09 | los subproductos de la destilación de la hulla   |
| 202    | Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias alergizantes o irritantes científicamente reconocidas y no consideradas en otros epígrafes |

#### 3. Enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes

- |        |  |
|--------|--|
| 301    | Enfermedades del aparato respiratorio y cánceres   |
| 301.11 | Silicosis  |
| 301.12 | Silicosis asociada con tuberculosis pulmonar   |
| 301.21 | Asbestosis   |
| 301.22 | Mesotelioma provocado por la inhalación de polvo de amianto  |
| 301.31 | Neumoconiosis debidas al polvo de silicatos  |
| 302    | Asbestosis complicada por un cáncer broncopulmonar   |
| 303    | Afecciones broncopulmonares debidas al polvo de los metales sinterizados   |
| 304.01 | Alveolitis alérgicas extrínsecas   |
| 304.02 | Afección pulmonar provocada por la inhalación de polvo de algodón, lino, cáñamo, yute, sisal y bagazo  |
| 304.04 | Trastornos respiratorios provocados por la inhalación de polvo de cobalto, estaño, bario y grafito   |
| 304.05 | Siderosis  |
| 305.01 | Afecciones cancerosas de las vías respiratorias superiores provocadas por el polvo de la madera  |
| 304.06 | Asmas de carácter alérgico provocados por la inhalación de sustancias alergizantes reconocidas como tales e inherentes al tipo de trabajo            |
| 304.07 | Rinitis de carácter alérgico provocadas por la inhalación de sustancias alergizantes reconocidas cada vez como tales e inherentes al tipo de trabajo |
| 306    | Afecciones fibróticas de la pleura, con restricción respiratoria, provocadas por el amianto  |
| 307    | Bronquitis obstructiva crónica o enfisema de los mineros de hulla  |
| 308    | Cáncer de pulmón provocado por la inhalación de polvo de amianto   |



- 309 Afecciones broncopulmonares provocadas por los polvos o humos de aluminio o sus compuestos
- 310 Afecciones broncopulmonares causadas por el polvo de escorias Thomas
- 4 Enfermedades infecciosas y parasitarias**
- 401 Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o sus residuos
- 402 Tétanos
- 403 Brucelosis
- 404 Hepatitis viral
- 405 Tuberculosis
- 406 Amebiasis
- 407 Otras enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, curas médicas, asistencia domiciliar y otras actividades similares en las que se ha probado un riesgo de infección
- 5 Enfermedades provocadas por los agentes físicos siguientes:**
- 502.01 Catarata provocada por la radiación térmica
- 502.02 Afecciones conjuntivales a consecuencia de exposiciones a los rayos ultravioleta
- 503 Hipoacusia o sordera provocada por el ruido lacerante
- 504 Enfermedad provocada por compresión o descompresión atmosféricas
- 505.01 Enfermedades osteoarticulares de manos y muñecas producidas por las vibraciones mecánicas
- 505.02 Enfermedades angio-neuríticas producidas por las vibraciones mecánicas
- 506.10 Enfermedades de las cavidades periariculares debidas a la presión
- 506.11 Bursitis prerrotuliana y subtrotuliana
- 506.12 Bursitis olecraniana
- 506.13 Bursitis del hombro
- 506.21 Enfermedades por exceso de esfuerzo de las vainas tendinosas
- 506.22 Enfermedades por sobreesfuerzo del tejido peritendinoso
- 506.23 Enfermedades por sobreesfuerzo de las inserciones musculares y peritendinosas
- 506.30 Lesiones de menisco a consecuencia de trabajos prolongados efectuados de rodillas o en cuclillas
- 506.40 Parálisis por compresión de un nervio
- 506.45 Síndrome del túnel carpiano
- 507 Nistagmo de los mineros
- 508 Enfermedades provocadas por las radiaciones ionizantes.



30

**ANEXO II**  
**Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que deberían declararse y cuya inclusión en el anexo I de la lista europea podría contemplarse en el futuro**

- 2.1 Enfermedades provocadas por los agentes químicos siguientes:**
- 2.101 Ozono
- 2.102 Hidrocarburos alifáticos distintos a los considerados en el epígrafe 1.116 del anexo I
- 2.103 Bifenilo
- 2.104 Decalina
- 2.105 Ácidos aromáticos - anhídridos aromáticos, o sus derivados halogenados
- 2.106 Óxido de bifenilo
- 2.107 Tetrahydrofurano
- 2.108 Tiofeno
- 2.109 Metacrilonitrilo. Acetonitrilo
- 2.110 Tioalcoholes
- 2.111 Mercaptanos y tioéteres
- 2.112 Talio o sus compuestos
- 2.113 Alcoholes o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.118 del anexo I
- 2.114 Glicoles o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.119 del anexo I
- 2.115 Éteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.120 del anexo I
- 2.116 Cetonas o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.121 del anexo I
- 2.117 Ésteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el punto 1.122 del anexo I
- 2.119 Furfural
- 2.120 Tiofenoles, sus homólogos o sus derivados halogenados
- 2.121 Plata
- 2.122 Selenio
- 2.123 Cobre
- 2.124 Zinc
- 2.125 Magnesio
- 2.126 Platino
- 2.127 Tantalio
- 2.128 Titanio
- 2.129 Terpenos
- 2.130 Boranos
- 2.140 Enfermedades provocadas por la inhalación de polvo de nácar
- 2.141 Enfermedades provocadas por sustancias hormonales
- 2.150 Caries dental debida al trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina
- 2.160 Óxido de silicio
- 2.170 Hidrocarburos aromáticos policíclicos no incluidos en otros epígrafes
- 2.190 Dimetilformamida
- 2.2 Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes**
- 2.201 Afecciones cutáneas alérgicas y ortórgicas no reconocidas en el anexo I
- 2.3 Enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias no incluidas en otros epígrafes**
- 2.301 Fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en la lista europea
- 2.303 Afecciones y cánceres broncopulmonares consecutivos a la exposición a
  - el hollín,
  - el alquitrán,
  - el asfalto,
  - la breña,
  - el antraceno o sus compuestos,
  - los aceites y grasas minerales.
- 2.304 Afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales artificiales
- 2.305 Afecciones broncopulmonares debidas a fibras sintéticas
- 2.307 Afecciones respiratorias, en concreto el asma, causadas por sustancias irritativas no recogidas en el anexo I
- 2.308 Cáncer de laringe producido por la inhalación de polvos de amianto
- 2.4 Enfermedades infecciosas y parasitarias no descritas en el anexo I**
- 2.401 Enfermedades parasitarias
- 2.402 Enfermedades tropicales
- 2.5 Enfermedades provocadas por los agentes físicos**
- 2.501 Arrancamientos por sobreesfuerzo de las apófisis espinosas
- 2.502 Discopatías de la columna dorsolumbar causadas por vibraciones verticales repetidas de todo el cuerpo
- 2.503 Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** Boostrix - Suspensión inyectable. Vacuna combinada antídifterica, antitetánica, antitostoterina acelular (adsorbida). **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (0,5 ml) contiene: Toxide diftérico ≥ 2 UI. Toxide tetánico ≥ 20 UI. Antígenos de pertussis (Toxide pertúsico: 8 microgramos; Hemaglutinina filamentosa: 8 microgramos; Pertactina: 2,5 microgramos) Adsorbidos en hidróxido de aluminio (Total: 0,3 miligramos Al<sup>3+</sup>). Fosfato de aluminio (Total: 0,2 miligramos Al<sup>3+</sup>). Lista de excipientes en el punto 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión inyectable. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Boostrix está indicada para la vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos y tos ferina a partir de 10 años de edad. Boostrix no está indicada para la inmunización primaria. **4.2. Posología y forma de administración.** Posología. Se recomienda una única dosis de 0,5 ml de la vacuna. Boostrix puede administrarse de acuerdo con las prácticas médicas locales actualmente utilizadas para la vacunación de recuerdo con la vacuna combinada antídifterica y antitetánica tipo adulto, cuando se desee administrar una dosis de recuerdo frente a tos ferina. No debe vacunarse con Boostrix a aquellos individuos con una historia incompleta o sin historia de serie primaria de vacunación con los toxoides diftérico y tetánico. Boostrix no está contraindicada en sujetos con una historia incompleta o sin historia de vacunación previa frente a tos ferina. Sin embargo, sólo se indicará una respuesta de recuerdo en sujetos que hayan sido previamente inmunizados mediante vacunación o infección natural. No se ha estudiado Boostrix en sujetos con lesiones potencialmente letales y no debe usarse en estas circunstancias. No existen datos sobre la duración de la protección frente a tos ferina tras la vacunación con Boostrix. La vacunación repetida frente a difteria y tétanos debe realizarse en los intervalos establecidos en las recomendaciones oficiales (generalmente 10 años). No es necesario reanudar la vacunación primaria, si se ha excedido el intervalo recomendado oficialmente entre las dosis de recuerdo. **Forma de administración.** Boostrix se debe inyectar por vía intramuscular profunda. **4.3. Contraindicaciones.** Boostrix no debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna (ver 6.1.), ni que hayan presentado hipersensibilidad después de la administración previa de vacuna antídifterica, antitetánica o antitostoterina. Boostrix está contraindicada si la persona ha presentado una encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la vacunación previa con una vacuna con componente antitostoterina. En estas circunstancias debe utilizarse una vacuna combinada frente a difteria-tétanos tipo adulto. Como con otras vacunas, se debe posponer la administración de Boostrix en personas que padecen enfermedades febriles agudas. La presencia de una infección leve no es una contraindicación. Boostrix no debe administrarse a individuos que hayan padecido trombocitopenia pasajera o complicaciones neurológicas tras una inmunización previa frente a difteria y/o tétanos. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La vacunación debe ir precedida por una revisión de la historia médica (en particular respecto a las vacunaciones anteriores y la posible aparición de acontecimientos adversos) y por una exploración clínica. Si se produce alguno de los siguientes acontecimientos, en relación temporal con la administración de una vacuna con componente antitostoterina, deberá considerarse cuidadosamente la decisión de administrar nuevas dosis de vacunas que contengan el componente antitostoterina: Temperatura ≥40,0 °C en las primeras 48 horas, no debida a otra causa identificable. Colapso o estado similar al "shock" (episodio hipotónico-hiporreflexivo) en las 48 horas siguientes a la vacunación. Llanto inconsolable, persistente de ≥3 horas de duración, producido en las 48 horas siguientes a la vacunación. Convulsiones con o sin fiebre, producidas en los 3 días siguientes a la vacunación. Pueden existir circunstancias, tales como una elevada incidencia de tos ferina, en las que los potenciales beneficios superen los posibles riesgos. Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuados, para el caso poco común de aparición de una reacción alérgica tras la administración de la vacuna. Boostrix debe administrarse con precaución en individuos con trombocitopenia (ver también 4.3) o algún trastorno hemorrágico ya que puede producirse una hemorragia tras la administración intramuscular en estos individuos. Debe ejercerse una presión firme en el lugar de inyección (sin fricción) durante al menos dos minutos. Boostrix no debe, bajo ninguna circunstancia, administrarse por vía intravascular. La existencia de una historia familiar de convulsiones y acontecimientos adversos tras la vacunación con DTP, no constituyen contraindicaciones. La infección por el VIH no se considera una contraindicación. Tras la vacunación de pacientes inmunodeprimidos podría no obtenerse la respuesta inmunológica esperada. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha estudiado el uso concomitante de Boostrix con otras vacunas inactivadas o con inmunoglobulina. No es probable que la administración conjunta provoque interferencias con las respuestas inmunes. Cuando se considere necesario, Boostrix puede administrarse simultáneamente con otras vacunas o inmunoglobulina en sitios diferentes de inyección. Como con otras vacunas, en pacientes que reciben terapia inmunosupresora o en aquellos con inmunodeficiencia, puede no alcanzarse una respuesta adecuada. **4.6. Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos adecuados en humanos del uso de Boostrix durante el embarazo y no se han realizado estudios de toxicidad reproductiva en animales. Como con otras vacunas inactivadas, no se espera que la vacunación con Boostrix dañe al feto. Sin embargo, la vacuna debe utilizarse durante el embarazo sólo cuando sea claramente necesario, y los beneficios potenciales superen los posibles riesgos para el feto. No se dispone de datos de su administración durante el periodo de lactancia en humanos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Es poco probable que la vacuna tenga algún efecto sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Un total de 1.243 vacunados, de los cuales 1.032 eran mayores de 10 años de edad, han recibido una dosis de Boostrix en los ensayos clínicos realizados. Los efectos adversos más comunes se muestran a continuación. En la mayoría de los casos, no se ha establecido una relación causal con la vacuna. **Muy frecuentes (≥10%):** Reacciones locales (dolor, enrojecimiento e inflamación en el lugar de inyección). Reacciones sistémicas (dolor de cabeza, malestar y fatiga, mareos, fiebre >37,5°C). Reacción de comienzo tardío (≥48 horas tras la vacunación): dolor, enrojecimiento, inflamación, induración en el lugar de inyección, mareos, fatiga, fiebre >37,5°C, malestar, vómitos. **Infrecuentes (≥0,1% <1%):** Fiebre >39°C, aumento de la sudoración, hipertensión, artrosis, migraja, prurito, linfadenopatía. Se ha comunicado de forma infrecuente colapso o estado similar al "shock" (episodio de hipotensión-hiporreflexia) y convulsiones tras la inmunización de niños con productos que contienen uno o más de los componentes antígenos de Boostrix. No se ha evaluado la reactividad de la revacunación con Boostrix. **4.9. Sobredosis.** No se ha comunicado ningún caso de sobredosis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacológico: Vacunas combinadas bacterianas, Código ATC: J07A FMJ. Boostrix contiene toxide diftérico, toxide tetánico y tres antígenos purificados de B.pertussis (toxide pertúsico, hemaglutinina filamentosa y pertactina), adsorbidos en sales de aluminio. Los toxoides diftérico y tetánico se obtienen mediante tratamiento con formaldehído de las toxinas purificadas de *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani*. Los componentes de la vacuna antitostoterina acelular se obtienen por extracción y purificación de cultivos de *Bordetella pertussis* en fase I de crecimiento, seguido de una detoxificación irreversible de la toxina de B.pertussis mediante tratamiento con glutaraldehído y formaldehído y de la hemaglutinina filamentosa y la pertactina mediante tratamiento con formaldehído. Los toxoides diftérico y tetánico y los componentes de B.pertussis acelular se adsorben en sales de aluminio. La vacuna final se formula en solución salina y contiene 2-fenoxietanol como conservante. Boostrix cumple con los requisitos de la Organización Mundial de la Salud para la fabricación de Sustancias Biológicas, para las vacunas combinadas antídifterica y antitetánica, así como las directivas para la vacuna antitostoterina acelular. **Difteria y tétanos.** Un mes después de la vacunación, el 91,6-100% de los sujetos vacunados con Boostrix tenía títulos de anticuerpos ≥ 0,01 UI/ml para difteria y el 99,8-100% tenía títulos de anticuerpos ≥ 0,1 UI/ml para tétanos. Los estudios comparativos han demostrado que un mes después de la vacunación, los títulos de anticuerpos para difteria son similares a los de las vacunas DT tipo adulto con el mismo contenido antigénico que Boostrix, se observaron títulos de anticuerpos antitétanos más bajos cuando se compararon con vacunas DT tipo adulto. Como con otras vacunas DT tipo adulto, Boostrix induce títulos de anticuerpos anti-D y anti-T más bajos en adultos que en adolescentes. Los datos de persistencia de hasta 24 meses, han demostrado que los porcentajes de sujetos con niveles de protección (≥ 0,1 UI/ml) para ambos anticuerpos, son similares a los obtenidos con las vacunas DT tipo adulto usadas como comparador. No se dispone actualmente, de datos sobre la protección a largo plazo frente a tétanos y difteria. **Pertussis.** Un mes después de la vacunación, la tasa de respuesta global para cada uno de los tres antígenos individuales de pertussis (toxide pertúsico, hemaglutinina filamentosa, pertactina) se encontraba entre el 92,1-100%, el 95,0-99,8% y el 97,9-100%, respectivamente. Los antígenos de pertussis contenidos en Boostrix, son una parte integral de la combinación antitostoterina acelular de la vacuna pediátrica (Infanrix), para la que se ha demostrado su eficacia tras vacunación primaria en un estudio de eficacia en contactos en el ámbito familiar. Después de la vacunación con Boostrix, los títulos de anticuerpos para los tres componentes de B.pertussis son más elevados que los observados durante el ensayo de eficacia en contactos en el ámbito familiar. Basándose en estas comparaciones, Boostrix proporcionaría protección frente a tos ferina, sin embargo el grado y la duración de la protección proporcionado por la vacuna no se han determinado. No se ha evaluado la inmunogenicidad de la revacunación con Boostrix. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** No se requiere evaluación de las propiedades farmacocinéticas para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos revelan que no existe especial peligro para los humanos, basándose en estudios convencionales de seguridad, toxicidad específica y compatibilidad de los componentes. **6. DATOS FARMACOLÓGICOS.** **6.1. Reacción de excipientes.** Formaldehído, 2-fenoxietanol, polisorbato 80, cloruro de sodio, glicina y agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** Boostrix no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas. **6.3. Periodo de validez.** La fecha de caducidad se indica en la etiqueta y en el envase. Cuando se almacena en las condiciones establecidas, el periodo de validez es de 36 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Boostrix debe conservarse entre +2°C y +8°C. No congelar. Desecchar la vacuna si se ha congelado. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Boostrix se presenta como una suspensión inyectable en jeringa precargada (vidrio Tipo I) (0,5 ml) con tapones de goma. Envases de 1, 10, 20, 25, 50 jeringas precargadas. Pueden no estar comercializados todos los envases. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Antes de la administración, la vacuna debe agitarse bien, para obtener una suspensión blanca, turbia y homogénea y se debe examinar visualmente para observar si existe alguna particularidad o variación del aspecto físico. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desecchar la vacuna. Una vez fuera de la nevera, la vacuna se establece durante 8 horas a +21°C. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** SmithKline Beecham, S.A. C./ Valle de la Fuente 3, 28034 Madrid. Dirección para comunicaciones. C/ Severo Ochoa 2, 28780 - TRES CANTOS (Madrid). Teléfono: 91 807 03 01. Fax: 91 807 03 10. **8. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Especialidad Farmacéutica Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. PVP: 13,52 €. PVP-IVA: 14,06 €.

PUBLICIDAD  
BOOSTRIX  
color  
HAY FOTO-  
LITOS

31

# Menos Riesgo es Más Productividad



## 3M Ergonómicos

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.

3M le ayuda así a cumplir el Real Decreto 488/1997 del 14 de Abril de 1997 que establece legalmente las disposiciones mínimas de seguridad y salud para los trabajadores que utilizan equipos informáticos.

Con un nuevo diseño más actual y sencillo, los productos ergonómicos 3M le aseguran la máxima calidad en dos líneas bien diferenciadas:

### Línea de Prevención Total 3M

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

Diseñados para usuarios intensivos, que necesitan la máxima prevención porque pasan la mayor parte de su jornada laboral (más de 20 horas semanales) frente al ordenador.



La Línea de Ergonómicos de Prevención Total 3M cumple la Norma Europea prEN 29241 (ISO 9241) y ayuda a cumplir el Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril de 1997 sobre disposiciones mínimas de Seguridad y Salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.

### Línea Comfort 3M

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

Pensada para garantizar la comodidad de las personas que utilizan su ordenador ocasionalmente (menos de 10 horas semanales) pero quieren comodidad y prevención.



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.soluciones3m.com/sistemas.htm](http://www.soluciones3m.com/sistemas.htm)

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