



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Sumario

- 171** EDITORIAL / EDITORIAL
- ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES**
- 173** Estudio bibliométrico de la Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo
Bibliometric study of Occupational and Safety Spanish Society Magazine
Apellaniz González A, Manzanaro Arana R
- CASO CLÍNICO / CASE REPORTS**
- 178** A propósito de un caso de silicosis en un protésico dental
About one dental technician's case of silicosis
Uña Gorospe M
- REVISIONES / REVISIONS**
- 186** Responsabilidad de los médicos del trabajo en un Servicio de Prevención: últimas tendencias jurisprudenciales
The responsibility of company doctors in the Prevention Services: last tendencies of the jurisprudence
Molina Vega J
- ACTIVIDADES DE LAS SOCIEDADES / SOCIETIES ACTIVITIES**
- 194** JORNADAS INTERCONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO/BILBAO 2011
- 195** Ponencias
- 210** Comunicaciones orales
- 211** Pósteres





ELIN MEDICA, S. L.

ELECTRONICA E INFORMATICA MEDICA

Avda. San Adrián, 40, Lonja
Telf. 94 422 34 76
Fax 94 444 72 02
48003 BILBAO

VIGILANCIA DE LA SALUD Unidad Básica de Salud (UBS)

1. Electrocardiógrafos
2. Espirómetros
3. Audiómetros
4. Cabina audiométrica
5. Control Visión
6. Pequeño aparataje: oto-oftalmoscopio, rinoscopio, tensiómetros, fonendoscopio, basculas etc.....
7. Fungible: papel, boquillas, electrodos desechables, tiritas vendas....



SEGURIDAD, HIGIENE Y ERGONOMÍA

1. Sonómetros
2. Dosímetros
3. Bombas de alto y bajo caudal
4. Velómetro
5. Termohigrómetro, etc.



OTROS EQUIPOS DE INTERÉS

1. Tonómetro de no contacto
2. Doppler vascular periférico
3. Autoclaves
4. Rehabilitación
5. Desfibrilador semi-automático



Software para la
Prevención de Riesgos Laborales

WinMEDTRA - WinSEHTRA

A.T. MEDTRA, S.L.
C/San Fernando, 22
39010 Santander
Telf. 942.23.51.41
www.atmedtra.es

- **Vigilancia de la Salud.**
- **Seguridad e Higiene.**
- **Ergonomía.**
- **Psicosociología.**

¡¡Más de 1.000 instalaciones en España y Sudamérica!!
Integración con las aplicaciones de RR.HH. del cliente



MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

EDITOR

FRANCISCO V. FORNÉS ÚBEDA
presidente@semst.org

DIRECTOR

ALFONSO APELLANIZ GONZÁLEZ
directorrevista@semst.org
secretariarevista@semst.org

COMITÉ EDITORIAL

JESÚS BERRAONDO RAMÍREZ • ARTURO CANGA ALONSO • PEDRO DE CASTRO SÁNCHEZ • MARÍA JOSÉ CLAR ROCA • FRANCISCO DE LA GALA SÁNCHEZ • GUILLERMO GARCÍA VERA • PEDRO LUIS GONZÁLEZ DE CASTRO • ANDRÉS GUTIÉRREZ LAYA • IÑAKI IGARZABAL ELORZA • JOSÉ MARÍA LLEDÓ LÓPEZ-COBO • MYRIAM MALLAVIA ALCALDE • JESÚS MONTERREY MAYORAL • JOSÉ MIGUEL PARDILLOS LAPESA • ÁNGEL PLANS CAÑAMARES • JUAN PRECIOSO JUAN • ISABEL QUINTANA MEDINA • CARLOS QUINTAS FERNÁNDEZ • FELIPE RODRÍGUEZ MEDINA • JOSÉ FÉLIX SÁNCHEZ-SATRÚSTEGUI FERNÁNDEZ • BENILDE SERRANO SAIZ • PILAR VARELA PÉREZ • MIGUEL ÁNGEL VARGAS DÍAZ • MANUEL VIGIL RUBIO

COMITÉ DE REDACCIÓN

BARTOLOMÉ BELTRÁN PONS • JAVIER CEREZO URETA • JOSÉ MANUEL LEÓN ASUERO • PALMIRA MARUGÁN GACIMARTÍN • RAFAEL MONJO DALMAU • JUAN MURILLO RODRÍGUEZ • MIGUEL SANZ BOU • VICENÇ SASTRE FERRA

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

PATRICK BROCHARD (Francia) • RUDDY FACCI (Brasil) • CATHERINE GIMENEZ (Francia) • MARTINE MAGNE (Francia) • RENÉ MENDES (Brasil) • JOÃO MONTES (Brasil) • JULIETA RODRÍGUEZ-GUZMÁN (Colombia) • JUKKA TAKALA (UE) • ANTONIO WARNER (Argentina)

COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN JOSÉ ÁLVAREZ SÁEZ • CÉSAR BOROBIA FERNÁNDEZ • MARÍA CASTELLANOS ARROYO • ÁNGEL COELLO SUANZES • LUIS CONDE-SALAZAR • JUAN JOSÉ DÍAZ FRANCO • MONTSERRAT GARCÍA GÓMEZ • RAMONA GARCÍA I MACÍA • ANTON GARMENDIA GUINEA • JUAN GESTAL OTERO • JESÚS GOIKOETXEA IRIBARREN • ABELARDO GUARNER • GABRIEL MARTÍ AMENGOL • JAVIER MILLÁN GONZÁLEZ • PERE PLANA ALMUNI • ANDRÉS POMARES ALONSO • ANTONIO REBOLLAR RIVAS • CONSOL SERRA PUJADAS • RAFAEL TIMERMANS DEL OLMO • EDUARDO TORMO PÉREZ • CRISTINA VISPE ROMÁN

COMITÉ ASESOR A LA INVESTIGACIÓN

ANTONIO ARES CAMERINO • JUAN LUIS CABANILLAS MORUNO • GERO DOMÍNGUEZ CARRACEDO • ENRIQUE GEA IZQUIERDO • RICARDO MANZANARO ARANA • JAUME DE MONTSERRAT I NONO • SANTIAGO DÍAZ DE FREIJO • ENRIQUE ETXEBARRÍA ORELLA • JOSÉ VICENTE SILVA ALONSO



Editada por: Spanish Publishers Associates, S.L. Antonio López, 249, 1º. 28041-Madrid.

© Spanish Publishers Associates, S.L. Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del Copyright.

D.L.: AS-4.602/2004 • ISSN: 1699-5031 • S.V.:11/09-R-CM

Imprime: Gofer

Secretaría de Redacción: secretariarevista@semst.org

Suscripciones: Spanish Publishers Associates, S.L.

Tfno.: 91 500 20 77





JUNTAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS EN LA SEMST

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Pedro Luis González de Castro
 José M^º León Asuero, Salvador Muñoz Pérez,
 Antonio Ares Camerino, María Teresa Artillo Rambado,
 José Antonio Cardenete Almirón, Ángel Coello
 Suances, Jorge Cuadri Duque, María del Pilar Díaz
 Vega, Pedro Lucas Eguino Toscazo, Adoración Gómez
 del Castillo, Juan M^º León Asuero, Salvador Márquez
 Claros, Alfonso Prieto Cuesta, Antonio Rojas Castro,
 Rafael Sánchez Cano, Antonio Spínola Bretones,
 José Luis del Valle Coronel, José Martínez García



SOCIEDAD ASTURIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Manuel Vigil Rubio
 Neus Fernández Mundet, Luis Ángel Villoria Ordóñez,
 M^º Carmen Gómez Manrique, Laura Mallada Rivero,
 Arturo Canga Alonso, José Ramón González-Granda
 Rodríguez



SOCIEDAD DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO DE ARAGÓN Y LA RIOJA

PRESIDENTE: José Miguel Pardillos Lapesa
 Fernando Marzo Uceda, Juan Murillo Rodríguez,
 José Antonio Villalba Ruete, Miguel Ángel Guerrero
 Casedas, Miguel Ángel Daniel Calvo, Sergio Hijazo
 Larrosa, María José Loma-Osorio Jimeno, Óscar
 Montes Landajo, Natividad Pueyo Moy, Pilar Rubio del
 Val, Carmen Serrano Domínguez, Montserrat Vallés
 Anzano, Mar Pardos Ordovás



SOCIEDAD CANARIA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Felipe Rodríguez Medina
 Isabel Quintana Medina, Juan Carlos Álamo López,
 Francisco Florido López, José Luis Becerril Romero,
 Eugenio Zumbado Vega, Francisco Munguía López,
 Concepción Nogales Romero, Francisco Estupiñán
 Castro, Vicente González López, Zeltia Rodríguez
 Losada, Antonio Ruiz Santana, Sergio Ruiz Alonso



SOCIEDAD CÁNTABRA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

PRESIDENTA: Myriam Mallavia Alcalde
 Marcial De La Hera Martínez, Pedro Cabeza Díaz,
 Mónica Gutiérrez Piqueres, Fernando Vélez Viana,
 José Luis Ruiz Perales, Rosa González Casquero,
 Blanca Urcelay Zabarte, Carmen Santos Calero,
 Jesús Enríquez Ruiz, José Antonio Gutiérrez García,
 María Ángeles Jiménez Barca, R. Andrés Gutiérrez Laya



SOCIEDAD CASTELLANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTA: Benilde Serrano Saiz
 Miguel Ángel Vargas Díaz, Félix Alconada Carbonell,
 Carmen Marroquí López-Clavero, Francisco de la Gala
 Sánchez, Antonio Delgado Lacosta, María Dolores
 Galán Fernández, Fernando Mansilla Izquierdo,
 Eduardo Mascías Saracho, Javier Zubizarreta Yáñez,
 Rafael Timermans del Olmo



SOCIEDAD BALEAR DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTA: María José Clar Roca
 Paula Grau Sancho, Ana Moya Amengual,
 Andrés Sabater Espases, Vicenç Sastre Ferrà,
 Rafael Monjo Dalmáu



SOCIETAT CATALANA DE SEGRETAT I MEDICINA DEL TREBALL

PRESIDENTE: Àngel Plans Cañameres
 Pilar Varela Pérez, Gero Domínguez Carracedo,
 Charo Rodríguez Canovas, Lluís Desol Guitard,
 Elena Costa Farré, M. Carme Viladrich Pujol,
 Margarita León Sampol, Julia Pratdesava Villanueva,
 Silvia Martínez Marcos, M^º Ángeles Lorente del Prisco,
 Montserrat Closa Cañellas, Assumpció Piñol Morera



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE MEDICINA DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Jesús Monterrey Mayoral
 José Félix Sánchez-Satrústegui Fernández,
 Rogelio Torrescusa Maldonado, Javier Millán González,
 Jesús Mateos Rodríguez, Inmaculada Bernal Alonso,
 Concepción Olivares Sanabria



SOCIEDAD GALLEGA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (S.G.P.R.L.)

PRESIDENTE: José Carlos Quintas Fernández
 Antonio Faraldo García, Sonia Pardo Díaz,
 Manuel Pérez Gómez, José Ángel Fragueta Formoso,
 Hermenegildo Franco Suances, Antonio López-Sors
 González, Carlos Rodríguez Costas,
 Francisco Bernabeu Piñeiro, Federico López Vidal,
 Carmen Serrano Martínez, Estrella López Rois,
 Marta Caballé Roselló, Santiago Díaz de Freijo López,
 Carmen Rodicio Portela, Juan Mariñas Liste,
 Constantino García Fernández



SOCIEDAD NAVARRA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Guillermo García Vera
 Jesús Berraondo Ramírez, Idoia Mendaza Hernández,
 Félix Bella Pérez, Amaia Villanueva Fortún,
 Nieves Sagües Sarasa, Arantxa Percaz Arrayo,
 Salvador Goikoetxea Fernández, María José Sagredo
 Samames, Nieves Larrea Riribari



LAN MEDIKUNTZAREN EUSKAL ELKARTEA SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DEL TRABAJO

PRESIDENTE: Iñaki Igarzabal
 M^º José Llamas, Fernando de Mier, Alfonso Apellaniz,
 Adolfo Aranguren, Mikel Ayala, Pablo Barceló,
 Ana Collazos, Antón Garmendia, Miguel Martín
 Zurimendi, Montserrat Roldán, Nerea Saitua,
 Lina Sustatxa, Ángel Viana



SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

PRESIDENTE: José M^º Lledó López-Cobo
 Rosario Ballester Gimeno, Luis Ignacio Calderón
 Fernández, Victoria Martínez Sanz, José Gabriel Pérez
 Fernández, Juan Precioso Juan, Jesús Albert Sanz,
 José Manuel Álvarez Gómez, Carmen Celma Marín,
 Emilio Cogollos Pérez, Francisco Vicente Fornés
 Úbeda, Amparo de Leyva Sánchez, Palmira Marugán
 Gacimartín, Miguel Sanz Bou, Fernando Serrano
 Yuste, Aurelio Silvestre Alberola





MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

SUMARIO / CONTENTS

ISSN 1699-5031. Diciembre 2011 - Vol. 6 - Nº 4

EDITORIAL / EDITORIAL	171
ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES	
Estudio bibliométrico de la Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo	173
<i>Bibliometric study of Occupational and Safety Spanish Society Magazine</i> <i>Apellaniz González A, Manzanaro Arana R</i>	
CASO CLÍNICO / CASES REPORTS	
A propósito de un caso de silicosis en un protésico dental	178
<i>About one dental technician's case of silicosis</i> <i>Uña Gorospe M</i>	
REVISIONES / REVISIONS	
Responsabilidad de los médicos del trabajo en un Servicio de Prevención: últimas tendencias jurisprudenciales	186
<i>The responsibility of company doctors in the Prevention Services: last tendencies of the jurisprudence</i> <i>Molina Vega J</i>	
ACTIVIDADES DE LAS SOCIEDADES / SOCIETIES ACTIVITIES	194
JORNADAS INTERCONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO/BILBAO 2011	
Ponencias	195
Comunicaciones orales	210
Pósteres	211

Método DiaproKal®: nueva herramienta terapéutica en el tratamiento de la diabetes

PronoKal® ha conseguido desarrollar un método científico que abre nuevas y esperanzadoras perspectivas terapéuticas en el tratamiento efectivo de la diabetes

Por sus probados beneficios en la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 y en el control de las cifras de glucemia, perder peso –sobre todo a expensas de grasa visceral– es una de las claves en el manejo de la enfermedad en pacientes obesos o con sobrepeso. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) o la Sociedad Española de Diabetes (SED) recomiendan protocolos orientados a la mejora del estilo de vida. Ello incluye la pérdida de peso a través de una adecuada reeducación dietética, la práctica habitual de actividad física y el acompañamiento psicológico.

Partiendo de estas premisas, PronoKal®, líder en el tratamiento de los problemas de sobrepeso y obesidad, ha iniciado el estudio DiaproKal®. Los resultados obtenidos hasta el momento son muy alentadores y han impulsado el desarrollo del método DiaproKal®, un tratamiento médico para pacientes con exceso de peso y DM2 o prediabéticos.

El estudio DiaproKal® es un estudio clínico, abierto, controlado para evaluar la seguridad de una dieta proteinada frente a una dieta hipocalórica equilibrada en el tratamiento de pacientes diabéticos obesos. Coordinado por el Dr. Albert Goday, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital del Mar de Barcelona, en el estudio participan diferentes hospitales de todo el país. La población de estudio la componen un total de 90 pacientes. El segundo análisis preliminar tras dos meses de tratamiento revela datos muy interesantes.

Resultados alentadores

Dada la íntima relación probada entre la acumulación de grasa intraabdominal y la resistencia a la insulina, el perímetro de cintura (PC) es uno de los indicadores de riesgo en este tipo de pacientes. Teniendo en cuenta esto, es destacable que los pacientes tratados con DiaproKal® presentan una reducción media de su PC de 9,97 cm, más del doble que los que siguieron una dieta hipocalórica, en los que fue de 4,94 cm de media. Esta reducción permitió que en tan solo 2 meses, el 40% de los pacientes en tratamiento con DiaproKal® presentaran un PC fuera de alto riesgo cardiovascular, frente al 17,65% de los tratados con dieta hipocalórica.

Además, diversos estudios ponen de manifiesto que una reducción de entre el 5% y el 10% del peso corporal comporta una importante mejora de las patologías asociadas al exceso de peso, lo que implica un aumento significativo de su calidad de vida. En este aspecto, los resultados preliminares muestran que en 2 meses el grupo con DiaproKal® ya ha reducido de media un 12,02% su peso corporal, mientras que los que siguen la dieta hipocalórica tan solo lo han reducido un 3,47%. En términos absolutos, los pacientes del grupo con DiaproKal® han perdido de media 11,02 kg, casi cuatro veces más que los tratados con dieta hipocalórica (tan solo 2,92 kg).

En lo que respecta al IMC, los pacientes del grupo DiaproKal® consiguen un valor medio de 28,94 kg/m², lo que los sitúa por debajo

del rango considerado como obesidad (30 kg/m²). Sin embargo, los pacientes con dieta hipocalórica siguen estando por encima de ese rango.

En cuanto al perfil metabólico, la glucemia venosa de los pacientes con dieta hipocalórica no mostró una evolución con significación estadística, alcanzando una media de 143,69 mg/dL, mientras que los tratados con DiaproKal® pasaron de 140,15 mg/dL a 110,00 mg/dL de media (evolución estadísticamente significativa). Esto supone que el 60% de los pacientes de este grupo han logrado valores normoglucémicos (<110 mg/dL).

En cuanto a la evolución analítica de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) las cifras muestran que a los dos meses, el grupo tratado con DiaproKal® cuenta con un 85% de los pacientes por debajo del 7%; mientras que en el grupo con dieta hipocalórica tan solo el

60% tiene este valor normalizado. Además, en este último grupo, la evolución ha sido negativa, ya que al iniciar el tratamiento, era un 62,5% el porcentaje de pacientes con la HbA1c por debajo del 7%, mientras que en el grupo con DiaproKal® era del 50%.

Las conclusiones muestran que los pacientes tratados con DiaproKal® no han presentado efectos adversos graves. Solo se han documentado algunos efectos secundarios leves y transitorios, como náuseas y estreñimiento, lo que muestra que la seguridad del tratamiento en estos pacientes es similar a la de dieta hipocalórica habitual.



Un método específico para la diabetes

A partir de las evidencias científicas que demuestran la eficacia de la dieta proteinada, de los resultados del estudio DiaproKal® y de las recomendaciones de las guías terapéuticas de referencia, PronoKal® ha desarrollado el método DiaproKal®, un tratamiento médico multidisciplinar específico para pacientes con exceso de peso y con DM2 o prediabéticos que supone una novedad terapéutica en el manejo de estas patologías. Para ello combina dieta proteinada, productos con principios activos específicos para el control metabólico, un programa de actividad física ad hoc, pautas alimentarias concretas facilitadas por un equipo de dietistas especializadas y entrenamiento emocional. En su aplicación, el médico prescriptor es una pieza clave que, rodeado del resto del equipo también específicamente formado, trabaja con el objetivo de cambiar el estilo de vida de estos pacientes. Por otro lado, la presencia en sus compuestos de principios activos como el cromo, la biotina y el ginseng americano cultivado los hace especialmente eficaces en la mejora del perfil glucémico.

Con la experiencia acumulada en el abordaje de los problemas de obesidad y sobrepeso y con su afán investigador, PronoKal® ha conseguido desarrollar un método científico que abre nuevas y esperanzadoras perspectivas terapéuticas en el tratamiento efectivo de la diabetes.

DiaproKal[®]

Rigor y ciencia para la pérdida de peso

+ DM2

Metemos la diabetes en cintura

Método DiaproKal[®],
tratamiento médico de
pérdida y mantenimiento
de peso, específico para
pacientes con DM2
o prediabetes



ESTUDIO DiaproKal[®] 1 (en pacientes obesos y con DM2)

A los **2 meses**, los pacientes en tratamiento con DiaproKal[®]
vs. grupo dieta equilibrada hipocalórica

- Reducen el perímetro de cintura 2 veces más
- El 40% alcanza un perímetro de cintura fuera de alto riesgo cardiovascular
- Reducen más de un 12% el peso corporal
- Controlan el perfil glucémico
- Excelente perfil de seguridad

1. Estudio DiaproKal[®]: estudio clínico, abierto, controlado, randomizado y multicéntrico para evaluar la seguridad de una dieta proteinada frente a una dieta hipocalórica equilibrada en la reducción de peso en pacientes diabéticos obesos. Resultados preliminares tras 2 meses de tratamiento. Abstract/Póster Congreso SEMST 2011.

Para más información
901 100 272

I+D PronoKal[®]

Sociedad Española de Medicina
y Seguridad en el Trabajo

XIV Congreso

III Congreso Internacional de **Prevención de Riesgos Laborales**

Toledo | 17-19 de Octubre | **2012**

*La Salud Laboral y Prevención
de Riesgos, a debate:*

Información, Integración y Participación

Convoca



Organiza



Sociedad Castellana
de Medicina y Seguridad
en el Trabajo

www.semst.org

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS S.L.U.



Antonio López, 249 - 1.º • 28041 Madrid
Tel. 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax: 91 50 20 75
e-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com



EDITORIAL

CARTA DEL PRESIDENTE



Francisco Vte. Fornés Ubeda
Presidente de la SEMST

Hace ya cuatro años que fui elegido Presidente de la **Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST)** en el curso de las Jornadas Intercongresos que se celebraron en Lugo en el año 2007.

Ante todo quiero comenzar manifestando, y lo he dicho en numerosas ocasiones, que ser Presidente de la **SEMST** ha sido una suerte y un honor singulares, que ha marcado una de las etapas más intensas de mi vida que siempre recordaré con cariño y con orgullo, dada la trayectoria de la Sociedad, con más de cincuenta años de existencia y un número de socios que supera los tres mil, vertebrada por todo el Estado español, a través de las trece Sociedades federadas que la constituyen y que constituye un referente científico y profesional no solo en España sino también en muchos otros países.

Siempre me he sentido respaldado y acompañado por la Junta Rectora de la Sociedad compuesta por grandes profesionales y excelentes personas, que también me han hecho ver, cuando así era preciso, los aspectos y cuestiones que se me pudieran escapar, trabajando mucho y de una manera totalmente desinteresada, aunque nunca suficientemente reconocida. Además de haberlo hecho personalmente, quiero dejar constancia formal y escrita de mi sincero y profundo agradecimiento a todos ellos.

En estos cuatro años hemos consolidado la Revista de la **SEMST** como referente de

las revistas de Medicina del Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales de nuestro país, desarrollando también plenamente nuestra página web y convirtiendo ambas en excelentes órganos de expresión, formación y comunicación de la Sociedad.

En todos los proyectos y épocas hay luces y sombras, y esta no podría ser diferente, pero con toda seguridad puedo decir que las luces han iluminado por completo las sombras. Hemos celebrado Jornadas Intercongresos en Pamplona en 2009 y estas del 2011 en Bilbao, así como dos Congresos, uno en Santander en 2008 y otro en Valencia en 2010. Estos eventos han constituido rotundos éxitos en todos los aspectos, especialmente en el científico, con la ayuda que han supuesto al desarrollo integral de la Medicina y la Enfermería del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales, y a la formación y comunicación de todos los asistentes.

Con gran satisfacción hemos recibido todos la incorporación a la **SEMST** de la Sociedad Canaria de Medicina y Seguridad del Trabajo como la decimotercera Sociedad federada, cumplimentando así nuestra implantación en todo el territorio español.

También hemos saneado la economía de la **SEMST**, a pesar de los tiempos tan difíciles que corren en el aspecto económico y que hacen que las Sociedades científicas tengan muy difícil su sustento. La estabilidad económica es necesaria para desarrollar nuestra labor científica, formativa y en defensa de los profesionales que integran la **SEMST**. Con los convenios de colaboración recientemente firmados y con los ya existentes, estoy seguro de que la economía de la **SEMST** será



lo suficientemente robusta para poder continuar como hasta ahora, y más aún, con todas sus actividades y manteniendo sus órganos de expresión y comunicación, intentando estar cada día más presentes en la sociedad española, expresando nuestra opinión en los temas que afecten a la **SEMST** y a sus socios, colaborando con la Administración siempre que se nos requiera, organizando las actividades científicas que constituyen nuestra razón de ser y estando presentes allí donde sea necesaria la defensa de los intereses de sus socios. Además de esto, estoy seguro de que estos convenios permitirán también contribuir al mantenimiento económico de las Sociedades federadas.

A partir de ahora tenemos un horizonte complicado para todos los profesionales que desarrollamos nuestro quehacer diario en el mundo de la salud laboral; las recientes medidas legislativas que regulan la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención pueden repercutir de una manera muy negativa en todos los profesionales de este campo. Desde la **SEMST** vamos a estar vigilantes y reivindicativos para que la aplicación del Real Decreto no perjudique ni a los profesionales ni a los trabajadores, poniendo todos los medios a nuestro alcance para que así sea.

En estas Jornadas Intercongresos de la **SEMST**, que se celebran en Bilbao, se van a producir las elecciones a nuevo presidente de la **SEMST**; aunque en principio existían dos candidaturas, la sintonía de ambas, los puntos en común del programa y de los planteamientos de futuro para el funcionamiento de la Sociedad, han dado lugar al convenci-

miento de que con dos candidaturas no se iba a enriquecer la vida de la **SEMST** y por ello en una muestra de generosidad y de ansia de integración se ha retirado uno de los candidatos. Estoy seguro de que el nuevo Presidente va a continuar con el esfuerzo de mejorar la Medicina y la Enfermería del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales en todo el territorio español y el beneficio de todos los profesionales que desarrollan su labor en estas especialidades, y de que recibirá la colaboración absoluta de todos los integrantes de la Junta Rectora de la **SEMST**. También estoy convencido de que está próxima etapa servirá para ir resolviendo muchas de las cuestiones que hemos comenzado en estos cuatro últimos años y que aún no se han completado, así como para afrontar nuevos retos, que sin ninguna duda se superarán con éxito.

Quiero que esta carta no suponga una despedida de los socios; al contrario, quiero ofrecerme a todos, tanto a nivel personal como profesional, para que en el futuro podáis contar conmigo para cualquier cosa que necesitéis. Yo seguiré estando y trabajando, desde el lugar que a partir de ahora me corresponda, a disposición de nuestra Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo y de todos sus socios.

Un fuerte abrazo.

*Francisco Vte. Fornés Ubeda
Presidente de la SEMST*



ORIGINALES

ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Alfonso Apellaniz-González^{1,3}, Ricardo Manzanaro-Arana^{2,3}

¹Director de la Revista de la SEMST.

²Miembro del comité asesor a la investigación de la Revista de la SEMST.

³Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.

RESUMEN

La “Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo”, “Rev SEMST”, lleva siete años de publicación, con seis volúmenes y 24 números editados. **Material y métodos:** revisión manual de todos los números publicados, valorando las características de los artículos, así como de la bibliografía aportada. **Resultados:** se han publicado 93 artículos y 739 documentos de otro tipo (entre estos 343 resúmenes de comunicaciones a congresos). El 43% fueron originales, el 30,2% revisiones y el 19,3% casos clínicos. La media de autores por artículo fue de 3,47. El número total de autores con al menos un artículo fue de 314. Se incluyeron 306 palabras clave –3,3 por artículo–. Se aportaron 1.517 referencias bibliográficas (media de 16,3 por artículo, 7,6 en castellano y 8,7 en inglés). El índice de Price de las referencias fue de 29,8.

Palabras clave: bibliometría, estadística, Medicina del Trabajo, bibliografía, revista.

ABSTRACT

Bibliometric study of Occupational and Safety Spanish Society Magazine

“Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo”, “Rev SEMST”, is the Spanish Occupational Medicine and Security Society journal. Now is in the 7th publishing year, with six volumes and 24 issues. **Material and methods:** manual revision of every published issue, reviewing articles features and bibliography. **Results:** 93 articles were published just as 739 another type documents (including 343 congress communication abstracts), 43% were originals, 30,2% reviews and 19,3% clinical cases. Authors average per article was 3,47. 314 authors have signed at least in one article. 306 key words were included –3,3 per article– as well as 1,517 bibliographic references (16,3 per article average, 7,6 in spanish and 8,7 in english). The bibliographic references Price Index was 29,8.

Key words: bibliometrics, statistics, Occupational Medicine, bibliography, journal.

INTRODUCCIÓN

Está establecido en el actual modelo de desarrollo científico que la manera de comunicar los resultados y los posibles avances de una investigación es a través de la publicación en una revista científica o la comunicación en un congreso. Asimismo, los nuevos estudios deben avanzar basándose en los logros pre-

vios, que son difundidos por los citados medios. Por último, resulta de interés cuantificar la actividad investigadora, ya que facilita la toma de decisiones en política científica (1-5). De todo esto se concluye la importancia de los estudios bibliométricos, que obtienen datos numéricos referidos a la publicación científica mediante el cálculo de diversos indicadores (1, 5-7).

Contacto: A. Apellaniz-González. Director de la Revista de la SEMST. E-mail: alfonso.apellaniz@ehu.es



La “Revista de la Sociedad de Medicina y Seguridad del Trabajo” (“Rev SEMST”), sociedad en la que se encuentran federadas 13 sociedades autonómicas, tiene como objetivo servir de cauce para que los miembros de la SEMST difundan los resultados de sus investigaciones, y así colaboren a actualizar los conocimientos científicos que la complejidad del mundo del trabajo y su relación con la salud requieran. Asimismo, busca contribuir a la prevención de riesgos laborales. Esta revista ha servido de medio de difusión de las ponencias y comunicaciones de los congresos de la SEMST de Santander (mayo de 2008) y Valencia (mayo de 2010), de las Jornadas Intercongresos de la SEMST, como la de Bilbao de noviembre de 2011, y de diferentes eventos organizados por las sociedades autónomas, como el IV Simposio Andaluz de Medicina y Seguridad del Trabajo, de marzo de 2011, los Congresos Vasco-Aquitano organizados por Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte –Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo– y los organizados por las Sociedades Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo, de Aragón y La Rioja, o Valenciana entre otros.

La publicación, indexada en Inbiomed, Dialnet, Latindex y Dulcinea, lleva siete años de funcionamiento y ha editado seis volúmenes y 24 números, por lo que consideramos que es un plazo de tiempo razonable para llevar a cabo una revisión bibliométrica de la revista.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha procedido a una revisión manual de todos los números publicados hasta la fecha de la revista de la SEMST. Se han incluido todos los documentos de cada número de la revista, con exclusión de los editoriales y varios artículos especiales de presentación de la publicación en el primer número editado. Por un lado, se han valorado los artículos publicados, incluyendo en esta denominación los artículos de investigación, las revisiones, los casos clínicos y los artículos de opinión. De cada uno de estos artículos se

recogieron los datos de cada una de las siguientes variables: año de publicación, volumen, número, tipo de documento, número de páginas, número de autores, comunidad autónoma o país de origen de los autores y palabras clave. Asimismo, en cada artículo se ha analizado la bibliografía aportada, tomando los siguientes datos: número de referencias, número de referencias con autores individuales y con autoría institucional, número de autores –en el caso de artículos con autores individuales–, referencias que son documentos (notas técnicas, informes, recomendaciones, documentos de consenso y otros), referencias que son de corte legislativo, referencias que son libros o capítulos de libros, año de publicación de la referencia, dividiéndose entre las que tienen menos de cinco años de antigüedad y el resto, con el fin de obtener el índice de Price (porcentaje de referencias con menos de cinco años).

Igualmente se ha contabilizado el número de documentos incluidos en la revista en otros apartados: comentarios bibliográficos, análisis de libros, noticias, actividades de la SEMST, eventos y resúmenes de comunicaciones a congresos.

Para el análisis de los datos tomados, se utilizaron los programas Excel y Epi-Info.

RESULTADOS

La “Rev SEMST” ha publicado un total de 93 artículos, distribuidos en seis volúmenes y 24 números. La distribución de números publicados por año se muestra en la Tabla 1. Asimismo, en el conjunto de todos los números se han incluido 40 comentarios bibliográficos (1,7 por número), 27 análisis de libros (1,1 por número), 159 noticias (6,6 por número), 47 actividades de la Sociedad (1,9 por número), 123 eventos (5,1 por número) y 343 resúmenes de comunicaciones a congresos y ponencias (14,3 por número).

De los 93 artículos, un 43% fueron originales, un 30,2% revisiones y un 19,3% casos clínicos (Tabla 2). La extensión media de los artículos fue de 7,6+/-3,7 páginas.

**Tabla 1.** Número de artículos publicados según año

Año	N.º de artículos	%
2004	7	7,5
2005	14	15
2006	3	3,2
2007	10	10,7
2008	16	17,3
2009	13	14
2010	14	15
2011	16	17,3

Tabla 2. Número de artículos publicados según tipo

Tipo de artículo	N.º de artículos	%
Original	40	43
Revisión	28	30,2
Caso clínico	18	19,3
Otros	7	7,5

Tabla 3. Número de artículos publicados en la revista según procedencia de los autores

Origen	N.º de artículos única procedencia	N.º de artículos procedencia compartida	Total
País Vasco	15	3	18
Madrid	12	2	14
Valencia	13	1	14
Andalucía	11	2	13
Aragón	4	2	6
Cantabria	3	2	5
Variada	4	0	4
Extremadura	2	0	2
Asturias	1	0	1
Castilla y León	1	0	1
Castilla-La Mancha	1	0	1
Cataluña	0	1	1
Hispanoamérica	3	0	3
Europa	1	0	1
No figura	12	0	12

Por comunidades autónomas, respecto al origen de los autores de los artículos, las más frecuentes fueron la Comunidad Autónoma Vasca –18 artículos (19,3% del total)–, las comunidades de Madrid y Valencia –14 (15,7%)–, y la comunidad de Andalucía con 13 (12,4%) (Tabla 3).

La media de autores por artículo fue de 3,37. En 24 artículos (25,8%) hubo un único autor. Con dos autores se publicaron 14 artículos (15%), con tres autores 13 (14%), con cuatro autores 12 (12,9%) y con cinco autores 10 (10,7%). Hubo 16 artículos (17,2%) con seis o más autores.

Los artículos publicados en la revista fueron escritos por un total de 314 autores. Un autor firmó en cinco ocasiones, cuatro autores firmaron en tres artículos y 19 autores en dos artículos. El resto apareció en la revista en una única ocasión.

En el apartado de “Palabras clave” se incluyeron un total de 306 en los artículos publicados, con una media de 3,3 palabras clave por artículo. A lo largo de todos los números de la revista figura en cinco ocasiones “salud laboral” y en cuatro ocasiones las siguientes palabras clave: enfermedad profesional, evaluación, obesidad, prevención. En la Tabla 4 se detallan las palabras clave que han aparecido dos o más veces en la revista.

En el conjunto de los 93 artículos publicados se han incluido 1.517 referencias bibliográficas. La media de referencias por artículo fue de 16,3+/-14,1. La media de referencias en castellano por artículo fue de 7,6+/-7,5. La

Tabla 4. Palabras clave que han aparecido en la revista en dos o más ocasiones y frecuencia con la que han aparecido

Frec.	Palabra clave	Frec.	Palabra clave	Frec.	Palabra clave
5	Salud laboral	2	Costes	2	Orlistat
4	Enfermedad profesional	2	Desfibrilador	2	Prevención de riesgos laborales
4	Evaluación	2	Detección precoz	2	País Vasco
4	Obesidad	2	Estadística	2	Percloroetileno
4	Prevención	2	Estrés laboral	2	Profesionales sanitarios
3	Estrés	2	Factores de riesgo	2	Riesgo laboral
3	Medicina del Trabajo	2	Hospitales	2	Sibutramina
3	Prevalencia	2	Maltrato	2	Violencia doméstica
3	Riesgo cardiovascular	2	Medicina de Empresa		
3	Vigilancia de la salud				
3	Ultrasonidos				

Tabla 5. Datos referidos a las referencias incluidas en los artículos publicados

	N.º	%
N.º de referencias	1.517	
Autor institucional	327	21,5
Documentos	257	16,9
Legislación	85	5,6
Libros/capítulos de libros	209	13,8

media de referencias en inglés por artículo fue de 8,7+/-7,1. En 327 referencias la autoría era institucional y, de ellas, 257 fueron documentos. Ochenta y cinco referencias eran de corte legislativo y 209 citas bibliográficas eran libros o capítulos de libros (Tabla 5). Con respecto a referencias que incluyeran enlace a página web, la media por artículo fue de 0,8.

DISCUSIÓN

La "Rev SEMST" ha desarrollado una notable actividad editora durante sus años de existencia, dando cuenta de la actualidad de la disciplina y aportando numerosos artículos. Tras un periodo inicial irregular, desde 2007 los originales suponen aproximadamente un 45-50% de los artículos publicados por año, las revisiones un 25-30% y los casos clínicos un 15-22%. Esto supone una proporción inferior de originales respecto a otras revistas médicas (2, 6, 8, 9).

Con respecto al número de autores por artículo, destaca la amplia distribución por autores, ya que la proporción de autores que han publicado en una única ocasión -93%- es superior a los datos de otros estudios bibliométricos (6,10-12). Asimismo, el número medio de autores por artículo se sitúa en la franja baja del intervalo que presenta este valor en investigaciones similares (2-6). Analizando la relación de número de autores según tipo de estudio, se observa una diferencia significativa ($p < 0,01$) y son los originales los que presentan más autores (4,3+/-4,4) y los incluidos en el apartado de "Otros" los que menos (Tabla 6).

También en el apartado de la extensión de los artículos se obtienen valores diferentes

Tabla 6. Número de autores por artículo según tipo de artículo

N.º de autores	Media	Desviación típica
Original	4,3	4,4
Revisión	3,3	17,1
Caso clínico	2,8	3,9
Otros	1,3	0,7

Tabla 7. Número de páginas por artículo según tipo de artículo

N.º de páginas	Media	Desviación típica
Original	7,6	2,8
Revisión	9,7	3,6
Caso clínico	3,9	1,1
Otros	8,6	4,7

según el tipo de estudio ($p < 0,01$), siendo las revisiones las que presentaban mayor número de páginas -11,5- (Tabla 7).

En el apartado de bibliografía, la media de referencias por artículo -16,3+/-14- es inferior a otros estudios, en los que oscila entre 25 y 27 referencias (2, 5). En cambio, es semejante la proporción de artículos en castellano e inglés, que es cercana al 50% (2, 5). Por tipo de artículo, las revisiones tuvieron una media de 23,9 referencias, los originales 17,2, los casos clínicos 9,4 y los restantes artículos 8,3 ($p < 0,01$).

Para valorar la antigüedad de las referencias incluidas en los estudios se suele utilizar el índice de Price, que calcula la proporción de los estudios de menos de cinco años con respecto al total, que en el caso de la revista de la SEMST es 29,8. Este índice presenta valores muy variables, superiores e inferiores en otros artículos bibliométricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bordons M, Zulueta MA. Evaluación de la actividad científica a través de indicadores bibliométricos. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 790-800.
2. Granda-Orive JI, García Río F, Gutiérrez Jiménez T, Jiménez Ruiz CA. Análisis y evolución de los indicadores bibliométricos de producción y consumo del área de tabaquismo a través de Archivos de Bronconeumología (periodo 1970-2000). Comparación con otras áreas neurológicas. Arch Bronconeumol 2002; 38 (11): 523-529.



3. López AA, Núñez C, Vicente Herrero MT, Monroy N, Sarasibar H, Tejado E. Análisis bibliométrico de la productividad científica de los artículos originales relacionados con la salud laboral publicados por diferentes revistas españolas entre los años 1997 y 2006. *Medicina Balear* 2008; 23 (1): 17-24.
4. Aguelo D, Bretón-López J, Buela-Casal G. Análisis bibliométrico de las revistas de Psicología Clínica editadas en castellano. *Psicothema* 2003; 15 (4): 507-516.
5. Villar Álvarez F, Estrada Lorenzo JM, Pérez Andrés C, Rebollo Rodríguez MJ. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte tercera: análisis referencias bibliográficas. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 247-259.
6. Bojo C, Carabantes D, Veiga J, Martínez D. Análisis bibliométrico de la Revista Española de Quimioterapia. *Rev Esp Quimioterapia* 2004; 17 (2): 161-168.
7. López González A, Núñez Fernández C, Vicente Herrero MT, Mouray Fuenmayor N, Sarasibar Excurra H, Tejado Benito E. ¿Qué se publica en Archivos de Prevención de Riesgos Laborales? Indicadores bibliométricos para una década de la revista. *Arch Prev Riesgos Laborales* 2008; 11(3): 132-158.
8. Pajares Vinardell M, Freire Macías JM. Veinticinco años de la Revista Española de Medicina Nuclear. Estudio bibliométrico. *Rev Esp Med Nuc* 2007; 26: 345-353.
9. Lozano León T, Gómez Fernández JA, Romero Indiano EM, Peral Belchior B. Producción científica de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica durante los años 2005-2008. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2010; 13 (4): 223-227.
10. Aleixandre R, Porcel A, Agulló A, Maset S, Abad F. Diez años de la revista Atención Primaria (1984-1993): análisis bibliométrico y temático. *Aten Primaria* 1996; 17 (3): 225-230.
11. Díez Zamorano M. Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *Rev Internac de Psicología Clínica y de la Salud* 2003; 3 (1): 645-653.
12. Sanz Valero J, Veiga de Cabo J, Rojo-Alonso C, D'Agostino MJ, Wanden-Berghe C, Espulges Pellicer JX, Rodríguez Guillam D. Los filtros metodológicos: aplicación a la búsqueda bibliográfica en la medicina del trabajo en España. *Med Segur Trab* 2008; LIV (211): 75-83.



CASO CLÍNICO

A PROPÓSITO DE UN CASO DE SILICOSIS EN UN PROTÉSICO DENTAL

Mikel Uña-Gorospe
CFP Servicio de Prevención.

RESUMEN

En nuestro estado, la actividad de protésico dental no ha venido siendo considerada de riesgo por la exposición a sílice libre cristalina. Consideramos fundamental el estudio de la condición ambiental laboral real y la aplicación en consecuencia de la vigilancia sanitaria específica adecuada a ese riesgo.

Palabras clave: protésico dental, silicosis, enfermedad profesional.

ABSTRACT

About one dental technician's case of silicosis

In our country, dental technicians labour has not been considered as a risk by the exposition to cristalline free silica. In our opinion it is essential to study the real investigation and valuation of their environmental (occupational) condition, and thus to apply the appropriate medical surveillance.

Key words: dental technician, silicosis, occupational disease.

INTRODUCCIÓN

La sílice o dióxido de silicio (SiO_2) es un componente primario de la corteza terrestre (tierra, arena, gres, pizarras, rocas graníticas...); de hecho es el predominante (1). Se presenta habitualmente en forma cristalina (cuarzo, cristobalita, tridimita, coesita...) o amorfa (tierra de diatomeas, tierra de infusorios, *Kieselguhr*, ópalo...), y su forma más común es el cuarzo (2). Con numerosísimas aplicaciones en la industria, aparece en gran variedad de actividades: desde aquellas en las que alteramos la corteza terrestre, como en la industria extractiva (minería, canteras, en las obras públicas, y en estas no solo al construir túneles y galerías...); en la siderometalúrgica; en la fabricación de refractarios y de abrasivos (también durante el uso de estos últimos); en la del papel, pintu-

ras, plásticos, gomas, cerámicas; en la construcción en los trabajos de canterías o al chorrear con arena las fachadas..., actividades todas ellas (y otras más) recogidas en el Real Decreto 1299/2006 (3), en el que explícitamente se listan las (literal) “enfermedades profesionales con la relación de las **principales actividades capaces de producirlas**”, y me permito incidir en el destacado en negrita, ya que no dice “únicas” actividades sino “principales”, siendo además de interés –en el caso particular que nos ocupa de la silicosis– que nos fijemos en lo que dice bajo su epígrafe de referencia para la silicosis 4.A.01 “Trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre, y especialmente”, y vuelvo a insistir en que no dice “exclusivamente” sino “especialmente”.

La silicosis es una enfermedad causada por inhalación y depósito de sílice en los pulmo-



nes, y su definición, propuesta por un grupo de expertos reunidos por la Comisión Europea, es: “Fibrosis pulmonar bilateral provocada por la inhalación y el depósito de polvos que contienen dióxido de silicio (SiO_2) bajo forma cristalina (cuarzo, cristobalita y tridimita)” (4); el riesgo de aparición y su gravedad dependerán de la dosis inhalada, de la concentración ambiental, del tiempo de exposición, del tipo/tamaño de la partícula y también de las características de la persona expuesta. Para su diagnóstico debiéramos tener en cuenta en primer lugar la historia laboral de exposición de la persona, y después tanto la presencia de las alteraciones radiológicas típicas (conforme a las normas de la Organización Internacional del Trabajo –OIT–, con exclusión de otras enfermedades que puedan cursar con patrón radiológico similar), como la alteración de su función pulmonar.

La exposición laboral a la sílice cristalina respirable se puede dar “en cualquier situación de trabajo en la que se genere polvo de sílice cristalina y este pase al ambiente. Por lo tanto, en aquellas operaciones en las que se trituran, cortan, perforan, tallan o muelen materiales, productos o materias primas que contienen sílice cristalina, se pueden liberar al ambiente de trabajo partículas de sílice cristalina respirable (fracción de la masa de polvo inhalada que penetra hasta las vías respiratorias no ciliadas y se deposita en ellas)” (5). La nota técnica de prevención (NTP) más reciente hasta el momento de todas las editadas en la serie del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), la n.º 890 “Aglomerados de cuarzo: medidas preventivas en operaciones de mecanizado”, nos descubre como riesgo emergente la manipulación de los aglomerados o compactos de cuarzo, de aparición en el mercado en los años 90 del pasado siglo como alternativa al uso de los tableros de piedra natural (granito, mármol). El caso del que vamos a dar cuenta, sin ser una novedad en el panorama clínico conocido a nivel mundial, sí

que parece ser el primero, al menos en cuanto a registro en nuestro estado, para con las tareas que los protésicos dentales desarrollan.

CASO CLÍNICO

Se obtienen consentimientos informados del trabajador tanto para la realización del reconocimiento en nuestro centro -en un primer momento-, como para -en una segunda fase- acceso y tratamiento de sus datos personales de salud obrantes en otros centros, para su cesión-entrega de cara a investigación por el correspondiente instituto territorial competente y para la explotación encaminada a publicación (siempre salvaguardando tanto sus datos personales como los de la empresa en la que ha trabajado) para la mejora de la prevención/condición de trabajo en empresas similares.

Varón de 39 años de edad que lleva trabajando 22 años como protésico dental por cuenta ajena en una pequeña empresa familiar (de seis trabajadores), y que acude a revisión por primera vez el 06/04/2011 al servicio médico de su Servicio de Prevención ajeno (CFP servicio de prevención) a raíz de la detección de un caso de enfermedad pulmonar el mes anterior (marzo de 2011) en un compañero del laboratorio dental, aún por diagnosticar definitivamente a fecha actual (en estudio en el Instituto Nacional de la Silicosis [INS] de Oviedo).

Antecedentes laborales

Los referidos, sin haber tenido otra ocupación de riesgo. Utiliza una mascarilla de tipo FFP3 (tras la detección de la contingencia en su compañero). Refiere que con anterioridad usaba mascarilla de papel. Expuesto a las diferentes amalgamas y metales (Cr, Co, Ni, resinas) realiza revestimiento con sílice de las piezas.

Antecedentes personales

Exfumador (10 cigarrillos/día) desde 2004. En tratamiento con antihipertensivos. Rinconjuntivitis con sensibilización a ácaros que fue tratada con inmunoterapia durante tres años. En la infancia tomaba inhaladores. No hay animales en su hogar. Se fracturó dos costillas en un accidente de moto.

Antecedentes familiares

Sin interés para patología respiratoria; madre: HTA y arritmias; padre: ictus.

Historia actual

Refiere buen estado general, sin alteración cardiorrespiratoria alguna. Sus datos antropométricos son: talla, 171 cm; peso, 85 kg; índice de masa corporal, 29,06. Su tensión arterial es de 125/70 mm Hg y su frecuencia cardiaca de 66 latidos por minuto. La exploración física es anodina y la auscultación cardiopulmonar es normal (murmullo vesicular conservado y tonos cardiacos puros y rítmicos; no se detectan soplos ni roces). El electrocardiograma no presenta alteraciones de interés. La analítica de sangre y orina está dentro de límites normales. La espirometría forzada proporciona los siguientes datos: FVC, 4.260 ml (86%); FEV₁, 2.590 ml (67%) y cociente FEV₁/FVC, 60,80. Se califica como de patrón obstructivo ligero siguiendo los criterios dados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) (6).

La exploración radiológica realizada el 31/03/2011, tórax PA (Figura 1) y lateral (Figura 2) es informada como "imágenes micronodulares y reticulares de lesión intersticial en ambos vértices, aunque sin hiliros densos que suelen ir asociadas a una silicosis. Debido a su clínica de exposición a polvos minerales puede ser sospechoso de inicio de una silicosis. Se aconseja completar estudio para descartar lesiones antiguas residuales específicas".

Se concluye para el trabajador con una calificación de no apto temporal, y se le remite para valoración a su servicio asistencial mutual.

Su mutua le reconoce y, tras enviarle a consulta de Neumología y realizarle un TACAR (Figura 3), le remite al INS de Oviedo por "patrón nodular y obstrucción respiratoria", comenzando tratamiento con broncodilatadores.



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax del día 31/03/2011.



Figura 2. Radiografía lateral de tórax del día 31/03/2011.

Es estudiado el 25/05/2011 en el servicio de Neumología Ocupacional del INS con los siguientes resultados:



- Historia actual: ausencia de tos, expectoración ocasional, estornudos aislados; no hay rinorrea, lagrimeo, sibilancias, ni disnea.
- Tensión arterial, 131/92 mm Hg; auscultación cardiopulmonar, normal; electrocardiograma con ritmo sinusal; espirometría: FVC, 5.310 ml (108,4%); FEV₁, 2.670 ml (69,8%), y cociente FEV₁/FVC, 50,25. Se concluye que el paciente presenta obstrucción respiratoria.
- Tras recibir tratamiento con β_2 , los datos de la espirometría son: FVC, 5.410 ml; FEV₁, 2.940 ml, y cociente FEV₁/FVC, 54,32. Se concluye que hay obstrucción respiratoria que tras tratamiento con β_2 solo revierte un 10% en el FEV₁.
- Determinación de óxido nítrico exhalado: FENO 122,9 ppb (valora como normal hasta 30 ppb).
- Analítica: 5,5% de eosinófilos (valora como normal hasta 5%).
- Rx de tórax PA y lateral: “patrón intersticial micronodular tipo “p-q” de profusión 1/2 de predominio en lóbulos superiores, con tendencia a conglomerar en ambos campos superiores sin identificar masas

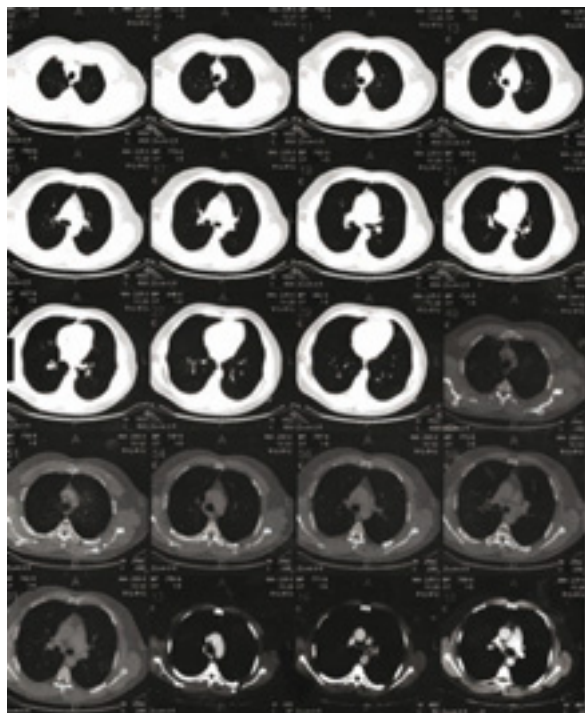


Figura 3. TACAR practicada el día 02/05/2011.

de fibrosis masiva progresiva, en relación con neumoconiosis simple. Callos de fractura en parrilla costal izquierda”.

- TACAR de tórax (aportado por paciente, realizado fuera de INS, corresponde a Figura 3) que informa como: “patrón intersticial micronodular de predominio en lóbulos superiores con pequeños nodulillos subpleurales y cisurales con tendencia a la conglomeración en lóbulo superior derecho, sin llegar a identificar masas de más de 1 cm, en relación con neumoconiosis simple. Adenopatías mediastínicas, algunas de ellas hiperdensas, en el mismo contexto clínico”.
- Impresión diagnóstica (01/06/2011):
 - Neumoconiosis simple.
 - EPOC que no revierte, sospecha de asma crónica (eosinófilos elevados y FENO elevado).
- Recomendación: revisión anual (por tendencia a conglomerar) y “solicitar valoración si le interesa porque en este momento le correspondería una silicosis de primer grado más enfermedad intercurrente por EPOC”. Se aconseja tratamiento con Seretide® 50/500, una inhalación/12 h; Salbutamol® Aldo, dos inhalaciones si hay disnea; Spiriva®, una cápsula inhalada/24 horas, y revisión por su neumólogo. Nuevamente valorado por un neumólogo consultor de mutua el 20/06/2011 quien detecta: auscultación pulmonar, ruido respiratorio normal; auscultación cardíaca, RsCsRs a 70 pm puros; espirometría: FVC, 5.550 ml (123%); FEV₁, 3.440 ml (92%); cociente FEV₁/FVC, 62; FEF_{25-75%}, 1,65 l/s (38%); PEF, 9,9 l/s (110%). Obstrucción respiratoria leve. (Véase la evolución de la espirométrica en la Tabla 1).

Tratamiento: Seretide® 50/500 Accuhaler, una inhalación/12 h.

Estudio de contaminantes en el puesto del trabajador

Realizado por el Servicio de Higiene Ambiental de CFP Servicio de Prevención el

Tabla 1. Evolución espirométrica

	CFP		INS ₁		INS ₂		Consultor	
FVC	4,26	85,7%	5,31	108,4%	5,41	110,5%	5,55	123%
FEV₁	2,59	66,9%	2,67	69,8%	2,94	76,9%	3,44	92%
FEV₁/FVC	60,80	-	50,25	-	54,32	-	62	-
FEF_{25-75%}	-	-	-	-	-	-	1,65	38%
PEF	-	-	-	-	-	-	9,9	110%

CFP: espirometría forzada realizada/valorada en el servicio médico de CFP Servicio de Prevención el 06/04/2011.

INS₁: espirometría forzada realizada/valorada en el servicio de Neumología Ocupacional del Instituto Nacional de la Silicosis (INS) el 25/05/2011.

INS₂: espirometría forzada realizada/valorada en el servicio de Neumología Ocupacional del INS el 25/05/2011, tras administración de β_2 .

Consultor: espirometría forzada realizada/valorada por neumólogo consultor de su mutua el 20/06/2011.

24/05/2011. No se dispone de dato alguno con anterioridad.

Se estudian los puestos de “protésico dental (metales)” –en el que ha venido trabajando habitualmente el sujeto a estudio, de hecho es él mismo el trabajador muestreado–, y los de “protésico dental (resinas)” y “protésico dental (ceramista)”.

Las tareas habituales que realiza el “protésico dental (metales)” son:

- Fresado, corte y pulido de estructuras metálicas mediante uso de micromotor con diferentes fresas, discos y gomas (tarea principal).
- Retirado del revestimiento de las estructuras metálicas mediante el uso de arenadoras, gruesa y fina, y mediante corte con disco radial en vitrina con aspiración.
- Otras tareas menores en taller (encerado, acopio de material...).

Descripción del lugar de trabajo (véase croquis en la Figura 4).

Se realiza estudio de:

- Polvo total: fracción inhalable como partículas, insolubles o poco solubles, no calificadas de otra forma (PNCOF).
- Polvo respirable: fracción respirable como PNCOF.
- Sílice cristalina.
- Metales (*screening* de 25 metales: Ag, Al, As, B, Ba, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe,

K, Mg, Mn, Mo, Na, Ni, Pb, Sb, Se, Sn, Ti, V, y Zn).

Se siguieron los criterios indicados por el INSHT tanto para los valores límites ambientales de exposición (7) (VLA-ED), como para la calibración de los equipos y estrategia de muestreo personales de los citados agentes contaminantes (siguiendo al respecto la guía técnica [8] de referencia).

Las muestras se tomaron entre las 10:15 y las 11:50 horas para polvo total y metales, y entre las 08:30 y las 14:30 horas para polvo respirable y sílice cristalina.

El trabajador realizó en todo ese tiempo las tareas habituales de su puesto. Para ello, permaneció la mayor parte del tiempo en el puesto identificado con el n.º 5 en el croquis (Figura 4) y en la vitrina adyacente (identificada con la letra F), y puntualmente en el

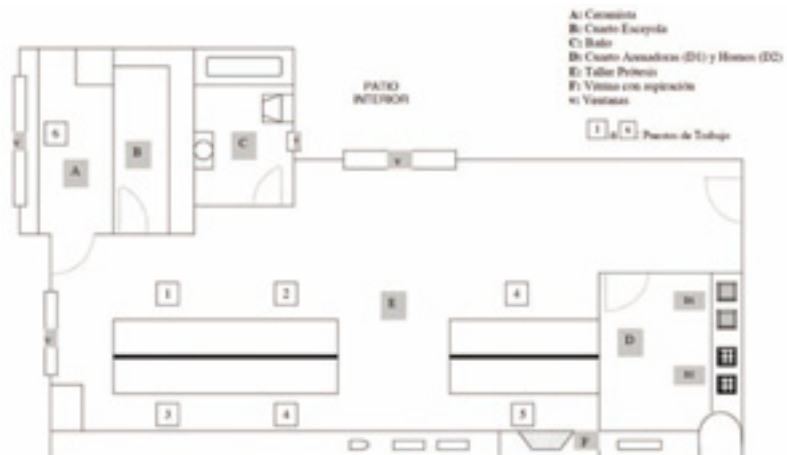


Figura 4. Croquis del centro de trabajo.

**Tabla 2.** Resumen de las mediciones realizadas para el puesto de “protésico dental (metales)”

Agente químico	ED (mg/m ³)*	VLA-ED 2011 (mg/m ³)	Índice de exposición (I)
Polvo total, fracción inhalable PNCOF	-	10	-
Co	0,0001	0,02	0,005
Cr	0,003	2	0,002
Ni	0,006	1	0,006
Al	0,001	10	0,0001
Mo	0,001	10	0,0001
Resto de metales			<0,1
Polvo respirable, fracción respirable PNCOF	0,15	3	0,05
Sílice cristalina, cuarzo fracción respirable	0,02	0,10**	0,20
Sílice cristalina, cristobalita fracción respirable	0,02	0,05	0,40

*ED: exposición diaria referida a 8 horas.

**En el estudio previo de las fichas de seguridad de los productos utilizados en el puesto se detecta la presencia de cristobalita en la composición de los revestimientos utilizados en el colado de metales, en porcentajes que varían entre el 10 y el 80%; por ello consideramos aconsejable tomar el VLA-ED de la cristobalita al ser más restrictivo que el del cuarzo. Ha de tenerse en cuenta también la propuesta del INSHT en el documento “Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España” de referencia para el 2011, en donde aconseja pasar desde los 0,1 mg/m³ actuales a 0,05 mg/m³ para el cuarzo.

cuarto de arenadoras. Tanto la astillera (apoyo de la mesa para la realización de los trabajos), como la vitrina, disponen de aspiración localizada que estuvo en funcionamiento durante la toma de la muestra. El taller no cuenta con sistema de ventilación o extracción forzada.

Durante todo el proceso el trabajador utilizó una mascarilla buconasal autofiltrante FFP3. Se aportan resultados finales para el puesto de “protésico dental (metales)” resumidos y tabulados (Tabla 2), y los índices de exposición de los tres puestos estudiados en el taller (Tabla 3).

Conclusiones del estudio higiénico para el puesto del trabajador afecto:

- Polvo total, fracción inhalable como PNCOF: la cantidad de polvo total detectada por el análisis del laboratorio es inferior al límite de cuantificación, por lo que no es posible determinar la concentración exacta; en cualquier caso, siempre daría un índice de exposición (I) $\leq 0,1$, por lo que puede considerarse como una exposición aceptable, esto es, se entiende como improbable que supere el valor límite en cualquier jornada.

Tabla 3. Resumen de los diferentes índices de exposición para los puestos estudiados

Agente químico	Índice de exposición (I) puesto 1	Índice de exposición (I) puesto 2	Índice de exposición (I) puesto 3
Polvo total, fracción inhalable PNCOF	-	0,26	-
Co	0,0050	0,0050	-
Cr	0,0020	0,0120	0,0050
Ni	0,0060	0,0400	0,0020
Al	0,0001	0,0002	0,0002
Ag	-	0,0900	0,30
Resto metales	<0,1	<0,1	<0,1
Polvo respirable, fracción respirable PNCOF	0,05	-	-
Sílice cristalina, cuarzo fracción respirable	0,20	0,10	-
Sílice cristalina, cristobalita fracción respirable	0,40	0,20	-

Puesto 1: protésico dental (metales). Puesto 2: protésico dental (resinas). Puesto 3: protésico dental (ceramista). Aparecen como “-” cuando las cantidades detectadas de los agentes en cuestión son indeterminables por ser inferiores a los límites de cuantificación de la técnica de análisis. Serían en cualquier caso siempre inferiores a 0,1.

Los valores superiores a 0,1 aparecen en negrita.



- Metales: para todos los metales detectados en el análisis, el $I \leq 0,1$, por lo que puede considerarse igualmente como una exposición aceptable.
- Polvo respirable, fracción respirable como PNCOF: el $I \leq 0,1$, por lo que puede considerarse también como una exposición aceptable.
- Sílice cristalina: considerando tanto al cuarzo como la cristobalita, el índice de exposición se encuentra $0,1 < I \leq 1$, por lo que se considera como indeterminado y se trata de una exposición a controlar, debiendo procederse a obtener por lo menos dos valores más de ED para disponer de un mínimo de tres índices de exposición (I) y seguir con el procedimiento descrito en la guía técnica de referencia, y así poder llegar a concluir si la exposición es aceptable o no.

No obstante, y aun siendo la mayoría de las exposiciones “aceptables” (véanse las salvedades de la exposición a la plata (Ag) en el puesto de “protésico-ceramista” y de las correspondientes a polvo total y cristobalita para “protésico-resinas” en la Tabla 3), se recomienda continuar con esas mediciones de manera periódica, y muy especialmente si varían las condiciones de trabajo.

Junto a las medidas apuntadas en el informe por el Servicio de Higiene Ambiental de orden organizativo y técnico (resumidas):

- Informar a los trabajadores de los resultados de las mediciones.
- Formar/informar sobre las medidas específicas como el uso de las aspiraciones y extracciones disponibles en cada puesto y el uso y mantenimiento de los EPI (equipo de protección individual) adecuados.
- Mantener correctamente los sistemas de aspiración y ventilación (motor-compresor-filtros).
- Estudiar la posibilidad de instalar un sistema de extracción forzada.
- Adoptar medidas de control por parte de la empresa para garantizar tanto el uso de esos EPI como su adecuado estado de conservación.

- Formar/informar sobre medidas higiénicas generales (comer/fumar/aseo/limpieza de ropa de trabajo...).

Dada la presencia de dos casos patológicos que afectan a la función respiratoria en ese colectivo de seis trabajadores, y desconociendo cuáles han podido ser las condiciones durante los años previos (tanto el responsable del taller como los trabajadores han referido que se han ido mejorando las condiciones ambientales paulatinamente, y en mayor medida durante los últimos meses), entendemos desde el servicio médico recomendable realizar a todos los trabajadores un control médico semestral consistente en anamnesis de síntomas respiratorios, y exploración cardiopulmonar acompañada de espirometría forzada, aconsejando la radiografía de tórax (PA y lateral) de forma anual.

Consecuencias profesionales para el trabajador

Aun teniendo en cuenta la clara mejoría de su capacidad ventilatoria (reflejada en la Tabla 1, de evolución de la espirometría forzada), que podríamos calificar en resumen como un patrón de tipo obstructivo leve, el juicio diagnóstico –que compartimos– del INS de Oviedo de considerarlo una neumoconiosis simple y corresponderlo con una “silicosis de primer grado más enfermedad intercurrente por EPOC”, implica también que asumamos lo dispuesto por el INSS en la precitada publicación (6) y así convenimos que no se le puede considerar apto para la actividad generadora de su contingencia, o lo que es igual, que resulta no apto para el desempeño de la actividad de protésico dental, y le recomendamos también al trabajador solicitar ante el INSS la valoración/determinación de incapacidad total para su profesión habitual de protésico dental.



DISCUSIÓN

A modo de resumen, en nuestro Estado la actividad de protésico dental no ha venido siendo considerada de riesgo para con la exposición a sílice libre cristalina.

Entendemos imprescindible el estudio de la condición ambiental laboral real, esto es, la determinación de las diferentes sustancias (conocer tanto las amalgamas de base como los distintos cementos y aceleradores que vienen usándose y sus concentraciones-niveles de exposición), para la aplicación, en consecuencia, de la vigilancia sanitaria específica adecuada a esos riesgos higiénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enciclopedia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), 4.^a edición inglesa / 3.^a edición española, 1998; Capítulo 10, p.48. España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, disponible en la web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
2. Solans-Lampurlanés X, Freixa-Blanxart A, Goberna-Ortiz R, *et al.* Aglomerados de cuarzo: medidas preventivas en operaciones de mecanizado. Nota Técnica de Prevención (NTP) n.º 890 del INSHT, 2010. Disponible en la web del INSHT.
3. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE n.º 302 de 19/12/2006.
4. Notas explicativas de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales. Versión castellana, 1999; Capítulo 0067, Silicosis, p.111. Comunidades Europeas-Dirección General de Empleo, Relaciones Industriales y Asuntos Sociales, 1997. España-Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.
5. Solans-Lampurlanés X, Freixa-Blanxart A, Goberna-Ortiz R, *et al.* Aglomerados de cuarzo: medidas preventivas en operaciones de mecanizado". NTP n.º 890 del INSHT, 2010. Disponible en la web del INSHT.
6. Manual de actuación para médicos del INSS. 2003. Capítulo Patologías neumológicas, p.14. España-Instituto Nacional de la Seguridad Social.
7. Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España. 2011. España-Ministerio de Trabajo e Inmigración-INSHT. Disponible en la web del INSHT.
8. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos presentes en los lugares de trabajo relacionados con agentes químicos (Real Decreto 374/2001, de 6 de abril). España-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-INSHT. Disponible en la web del INSHT.



REVISIONES

RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS DEL TRABAJO EN UN SERVICIO DE PREVENCIÓN: ÚLTIMAS TENDENCIAS JURISPRUDENCIALES

Javier Molina-Vega

Abogado Socio de Cuatrecasas, Gonçalves Pereira.

RESUMEN

Con frecuencia, la posición del médico del trabajo dentro del Servicio de Prevención no está debidamente definida. Es por ello que en este artículo se pretenden abordar cuáles han sido los distintos ámbitos de imputación en los que se ha manifestado la responsabilidad de los médicos del trabajo de los Servicios de Prevención, su fundamento, así como cuáles han de ser las pautas y prácticas a seguir por los mismos en aras de hacer efectiva su autoprotección.

Palabras clave: responsabilidad, vigilancia de la salud, médicos del trabajo.

ABSTRACT

**The responsibility of company doctors in the Prevention Services:
last tendencies of the jurisprudence**

The role of company doctors working in the Prevention Services is not always clearly defined. This article focuses on the different areas in which company doctors assume responsibilities in the Prevention Services, and the rules and practices they follow to justify self defense.

Key words: responsibility, healthcare, company doctors.

Nota: Ponencia desarrollada en Valencia, el 5 de mayo de 2010, en el XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST).

Contacto: J. Molina-Vega. Abogado Socio de Cuatrecasas, Gonçalves Pereira. E-mail: Javier.molina@cuatrecasas.com



INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende fijar los párrafos que los juzgados de órdenes penales, civiles y sociales utilizan para derivar responsabilidad a los miembros del Servicio de Prevención. En este sentido, se analizarán los criterios y ámbitos de imputabilidad con especial referencia a los aspectos relacionados con la vigilancia de la salud.

A dicho fin, fijaremos la trazabilidad que las distintas normas jurídicas aportan y las acciones u omisiones de las que se deriva responsabilidad.

Así, cuando la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) concreta la posibilidad de concertar las funciones en materia de protección y prevención de riesgos con entidades especializadas en el desarrollo de actividades de prevención no implica que se exima al empresario del cumplimiento de esta materia, sin perjuicio de las acciones que esta pueda ejercitar contra el Servicio de Prevención o sus miembros, ya que con bastante frecuencia a los miembros de dicho Servicio se les derivan distintas responsabilidades.

Estas situaciones se producen como consecuencia del auxilio que los miembros del Servicio de Prevención prestan al empresario. Sin embargo, este auxilio o trabajo por delegación no debe mutar la posición del miembro del Servicio de Prevención en autor de los daños que puedan producirse por falta de medidas de seguridad o por deficiencias en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Por ello, concretaremos las actuaciones que los miembros del Servicio de Prevención deberían llevar a cabo para evitar o reducir su exposición en el ámbito de responsabilidad.

MAYOR EXPOSICIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL MARCO DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN

Debemos partir de que la LPRL posiciona al Servicio de Prevención propio o ajeno como auxilio del empresario, sin que el mismo exima a este de sus obligaciones preventivas,

aun cuando la intervención de terceros pueda modularla (Alfonso Mellado).

No obstante, en el ámbito del auxilio a empresarios existen especialidades más expuestas que otras y así, cuando en concreto se fijan las diversas fórmulas de organización de la actividad preventiva, se excluye de la asunción personal por el empresario la vigilancia de la salud, que por mor del artículo 11.2 RSP concreta que *deberá cubrirse mediante el recurso a algunas de las restantes modalidades de organización preventiva*.

Esta referencia normativa no es baladí, ya que acentúa la autonomía de la especialidad de Medicina del Trabajo, la cual, además, se encuentra extramuros de la habilitación del RSP, pues la obtención de esa titulación no se soporta en el RSP, sino que requiere, a diferencia de la seguridad, higiene y ergonomía, un proceso formativo diferente y peculiar.

Esta peculiaridad supone para el facultativo que la desarrolle en el marco de un Servicio de Prevención propio o ajeno una mayor exposición a las futuras responsabilidades que se derivan de su actuación profesional, ya que la capacitación actuará como imán a la hora de asumir responsabilidades.

CRITERIOS DE IMPUTABILIDAD DE RESPONSABILIDADES

La responsabilidad del empresario en el ámbito de la prevención de riesgos laborales viene fijada por una maraña de normas de distintos órdenes (LPRL, LISOS, LGSS, LET, C.P., C.C, etc.). Ello no obsta para que el empresario pueda desarrollar su deber de seguridad de tres maneras, a saber: directa, indirecta y por delegación.

Junto a la inmediata dirección de sus subordinados, cabe también hacerlo de forma indirecta a través de instrucciones precisas a otras personas que carezcan de un margen relevante de autonomía debido a la definición de órdenes y al deber jurídico de obediencia que deriva de su posición subordinada (Morillas Cueva).

En este sentido, los tribunales (véase STS 26.3.1994; SAP Madrid 6.10.2003) vienen fijando en empresas de gran dimensión que *no es humanamente posible que quienes deben ejercer su posición de garante, que requiere, por su naturaleza, una distribución de funciones, puedan realizar personalmente todas las operaciones necesarias para el cumplimiento de un deber. Por ello, el ordenamiento reconoce el valor exonerante de la responsabilidad a la delegación de la posición del garante, cuando tal delegación se efectúa en personas capacitadas para la función y que disponen de los medios necesarios para la ejecución de los cometidos que corresponde al deber de actuar.*

Esta tesis, mantenida en el ámbito jurisdiccional penal por ser más restrictivo que otros órdenes jurisdiccionales, nos confirma que puede ser un tercero toda persona diferente al empresario que de algún modo debe responder de la deuda de seguridad.

Es cierto que esta delegación o la intervención de terceros operadores en el ámbito de la prevención de riesgos laborales no exonera al empresario por mor del artículo 14.4 y 30 LPRL, e incluso puede verse obligado a responder por ellos como consecuencia de los actos de sus empleados, bajo el prisma de los artículos 1903 y 1904 del Código Civil. Esta responsabilidad empresarial se encuadra dentro de lo que se ha venido llamando por la doctrina como responsabilidad por los actos de los auxiliares. Se trata de la responsabilidad que se deriva para el deudor –el empresario– del incumplimiento de una obligación previa, cuya realización ha sido encargada por el mismo a terceros (Gutiérrez-Solar Calvo).

Si bien podemos afirmar la responsabilidad de terceros cuando se ocupan de la gestión de la prevención, bien en atención a la que las normas le asigna, o por delegación o encargo de las funciones en materia preven. No obstante, concurre una responsabilidad siempre directa del empresario, que se puede fundamentar de manera acumulativa en dos criterios: el criterio de la identificación y por el daño producido, sin que esta sea de-

legable al empresario, y por los incumplimientos llevados a cabo por estos terceros, con base en la culpa *in eligendo*, por ser inadecuada la elección de ese tercero para desempeñar las funciones preventivas. Tal es así, que incluso si el lesionado es el tercero, el empresario no responderá por una responsabilidad por culpa y sí por riesgo.

Cuestión distinta es cuando el tercero, de forma negligente, causa un daño a otro trabajador, lo que provocará, de conformidad con el artículo 1902 CC, la responsabilidad extracontractual de este.

ÁMBITOS DE LA IMPUTACIÓN

A diferencia de los cuatro órdenes en los que puede ser responsable el empresario, esto es, penal, civil, administrativo laboral y social –social como prestación y laboral desde el punto de vista disciplinario–, los terceros colaboradores personalmente no son objeto de responsabilidad en el ámbito social ni administrativo al no ser imputables en este ámbito.

Por el contrario, la responsabilidad laboral, penal y civil les puede ser imputada, no por la posición que ocupan en el ámbito de la prevención de riesgos, sino por las acciones u omisiones negligentes que produzcan o no un daño.

En el ámbito laboral

Dos son los conflictos que han sido analizados por la jurisprudencia, y ello se traduce en lo que la doctrina (Iglesias Cabero) ha denominado un *equilibrio inestable*, ya que por un lado estos trabajadores han de materializar el cumplimiento del deber de prevención de riesgos laborales y, por otro, se deben a las órdenes que reciban del empresario.

Y, aun cuando como preceptúa el artículo 30.4 LPRL los trabajadores integrantes o designados no podrán sufrir ningún perjuicio derivado de sus actividades de protección y prevención de los riesgos profesionales en la empresa, es posible que la actividad preventiva



desarrollada pueda levantar alguna ampolla no solo al empresario, sino a los trabajadores a quienes también prestamos el servicio.

El artículo 29 LPRL fija las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos, si bien a los miembros del Servicio de Prevención adicionalmente a estas les son exigibles una profesionalidad en su quehacer diario, así como un deber de sigilo cualificado en el ámbito de la vigilancia de la salud al tratar datos médicos o relativos a la salud.

Así, a los miembros del Servicio de Prevención se les exigirá con mayor rigor su proactividad en los deberes en esta materia, si bien su abuso de confianza, la transgresión de la buena fe, su negligencia o un incumplimiento grave y culpable en su proceder, pueden activar un conjunto de responsabilidades en cadena.

No obstante, ese “equilibrio inestable” tiene respuesta en la norma, pues el artículo 30.4 LPRL como protección adicional establece que el miembro del servicio de prevención no sufrirá ningún perjuicio derivado de su actividad, y en el ejercicio de esa actividad gozará de las garantías de los representantes de los trabajadores.

Esta no es una cuestión anecdótica, ya que se están produciendo resoluciones judiciales; valga por todas la del TSJ de Madrid, de 4 de diciembre 2009, que, ante un despido del miembro del Servicio de Prevención, otorga al trabajador la opción entre ser readmitido o ser indemnizado; *sensu contrario*, se ha detectado la procedencia del despido por una actuación negligente y culpable del responsable de prevención (TSJ de Castilla y León, 7 de mayo 2008).

En el ámbito penal

Como habrá podido advertirse, los sistemas de organización de la prevención juegan un importante papel a la hora de imputar el delito contra la seguridad en el trabajo, por cuanto, no en vano, fundamentan la extensión de la responsabilidad penal a los sujetos

que, mediante la correspondiente delegación, asumen efectivamente la función de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en el transcurso de su prestación laboral.

Ciertamente, en aquellos supuestos en que el empresario, persona física, o los administradores que ostentan la representación en los casos en que reviste la forma de una persona jurídica, delega/n la función de control de los riesgos laborales a trabajadores o técnicos en prevención cualificados, dotándoles de la información y los recursos materiales, humanos y financieros suficientes para desarrollarla adecuadamente, el empresario o los administradores (delegantes) se liberan parcialmente de su control y, consiguientemente, de su posible responsabilidad, operando la delegación como fundamento de la atribución de responsabilidad penal a los trabajadores designados y a los técnicos que componen el correspondiente Servicio de Prevención propio (delegados).

Por ello, como consecuencia de la delegación operada, los trabajadores y técnicos (delegados) ven ampliado su ámbito de competencia y, por tanto, de responsabilidad, pudiendo responder en concepto de autor de todas las puestas en peligro grave de la vida, integridad física y salud de los trabajadores imputables al defectuoso cumplimiento de la función delegada, siempre y cuando cuenten con los medios personales, materiales e inmateriales precisos para dominar fácticamente el ámbito de competencia delegado: el control de los riesgos laborales (Hortal Ibarra).

De ahí que la SAP de Teruel de 31 de enero 2000 estime que el técnico que da instrucciones al encargado de la obra delegando en él las funciones de vigilancia de la seguridad de los trabajadores, responderá junto a este de que dichas instrucciones no hubieran sido respetadas, por cuanto “el arquitecto (como) director ejecutivo material y directo... no solo debe impartir instrucciones para la ejecución de las medidas de seguridad..., sino que debe controlar que dichas medidas se han ejecutado realmente y si confía en un tercero y hace dejación de sus facultades y obli-

gaciones, tal delegación no le exime de la responsabilidad que pueda seguirse por la omisión de tales medidas legales”.

Sin que quepa excluir, por lo anteriormente dicho, la posibilidad de autoría, cuando (dolosamente) el delegante conoce y acepta las limitaciones del delegado y los previsibles efectos (incluso eventuales) que de aquellas pueden esperarse. La omisión del delegante es estructuralmente semejante a la prevista con carácter general en el artículo 11, sin que a ello sea obstáculo el hecho de que se trate de un delito de peligro. Pues, aunque el artículo 11 CP restrinja su campo de aplicación a “los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado”, como resultado ha de ser considerada la puesta en peligro de un bien jurídico (Terradillos Basoco).

Especial mención exige que la función del técnico asesor en materias de seguridad o en materias con una implícita dimensión de seguridad no es inherente un dominio de control o de protección. Por ello, tampoco asume necesariamente una **posición de seguridad** en el sentido aquí manejado. Su misión consiste en informar al que decide, que es el que tiene el dominio y la posición de seguridad. De esta situación ha de diferenciarse la del técnico cuya misión, aparentemente de mero consejo, se revela ejecutiva en un análisis más profundo. Nos referimos a supuestos en los que el monopolio de la información y la ausencia de un control posterior de su dictamen deshacen el proceso asesoría-decisión y sitúan fácticamente el dominio en manos del técnico. En estos casos, frecuentemente de difícil delimitación, el ejecutivo decide lo que el técnico informa por conveniente, esto es, delega en él, convirtiendo su acto en un acto ejecutivo.

Así, a modo de ejemplo, el facultativo de la empresa tiene entre sus funciones las de investigación, estudio, información y orientación al empresario acerca de cómo organizar la producción de una manera más salubre y segura para los trabajadores. También ha de reconocer a los trabajadores y determinar la adecuación de sus características físicas a la prestación que deben realizar. Su in-

formación en este último campo, en la medida en que corresponda específicamente a sus conocimientos especializados y, por tanto, no sea susceptible de revisión y control por un lego, equivale a una decisión (Lascuain Sánchez).

AP Vizcaya 26-11-02 ha de afirmarse que no solo el empresario estará obligado a facilitar los medios garantizadores del nivel adecuado de seguridad, sino que quienes le sustituyan de la forma anteriormente descrita asumen obligaciones en nuevas posiciones de garante, siendo precisamente la normativa laboral la que impone diferentes obligaciones a quienes forman parte del proceso de trabajo, hasta el punto de que la posición de garante no se deriva de una relación jerarquizada entre sujetos, sino de una relación objetiva de hechos.

AP Guipúzcoa 13-12-01 viene exigiendo que para que se impute la responsabilidad penal al miembro del Servicio de Prevención, exige *acciones u omisiones dolosas o imprudentes, en la adopción de las medidas de seguridad, en la valoración o en la elaboración de un plan de prevención de riesgos*.

Al margen de las penas privativas de libertad y las multas, cuando estos delitos se cometen por profesionales sanitarios, puede llevar aparejada la pena de inhabilitación especial que impediría el ejercicio profesional durante un tiempo determinado.

En el ámbito civil

Como antes hemos referido, la posición del tercero se identifica con la figura que la doctrina civilista denomina “auxiliar contractual”, esto es, la persona de quien se sirve el deudor –empresario– para el cumplimiento de su obligación.

En este sentido, la actuación del Servicio de Prevención no exime al empresario de su obligación, por lo que debe concluirse que los daños producidos serán siempre responsabilidad del empresario, si bien la actuación del tercero en ningún caso puede agravar la responsabilidad del empresario (Herrero



García), quedando a salvo *por mor* del artículo 14.4 las acciones que el empresario pueda entablar contra aquellos.

Dado que el trabajador lesionado o sus causahabientes solo pueden ejercitar la responsabilidad contractual ante el empresario, cuando el responsable del daño no sea directamente el empresario podrán ejercer contra ese tercero una acción de daños y perjuicios por la responsabilidad extracontractual (Garrigues Giménez).

El fundamento de esta responsabilidad extracontractual ha de encontrarse en el artículo 1902 CC, según el cual quien por acción u omisión causa un daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Así como ejemplo un reconocimiento médico negligente que no ha detectado una determinada patología que convierte al trabajador de ordinario en especialmente sensible y que pueda derivar en una enfermedad profesional como una hipoacusia, y que da lugar a una lesión permanente no inhabilitante. Y ello por cuanto (STS Sala 4.^a de 22.6.05 [Rec. 786/04]), *si cualquier persona por acción u omisión interviniendo culpa o negligencia (cause) lesiones o daños a uno o varios trabajadores, la responsabilidad se inserta en el campo propio del derecho laboral, aunque exista vinculación contractual alguna entre el responsable y el trabajador, de forma que esta especial responsabilidad extracontractual queda englobada e inmersa en la extensa y compleja materia, la prevención de riesgos.*

Por ello, a los Servicios de Prevención (propio o ajeno) les es exigible una eficacia en la misión pues un comportamiento imprudente de los componentes de los Servicios de Prevención en sus obligaciones de asesoramiento, asistencia e información que origine o posibilite accidente de trabajo/enfermedad profesional les puede acarrear responsabilidades penales (Álvarez Sacristán).

Ciertamente había una resistencia por parte de los Juzgados de lo Social a integrar a los Servicios de Prevención como sujetos responsables en este ámbito; sin embargo, se

están produciendo resoluciones judiciales que extienden en sede social a los Servicios de Prevención una responsabilidad extracontractual por los daños producidos.

APROXIMACIÓN A PRÁCTICAS DE AUTOPROTECCIÓN

Merced a lo cual, y puesto que la especialidad de la vigilancia de la salud por los motivos antes descritos está especialmente expuesta, resulta necesario incidir en algunas pautas de conducta que coadyuvarán a modo de autoprotección, a saber:

- Siempre se debe protocolizar la actuación profesional, con base en protocolos probados (OMS, INSHT, OIT, Normas UNE, TLV, GUIAS, etc.); por ello deben ser autodidactas.
- Siempre se deben documentar las decisiones y evidenciar las prácticas que no sean recomendables.
- Toda decisión fuera de esta órbita, o que se encuentre en la frontera, debe sujetarse en sede administrativa sanitaria.
- No debemos olvidar ordenar y tener al día los seguros de responsabilidad civil, por si fallese lo anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Monereo Pérez JL. Los servicios de prevención de riesgos laborales. Evolución y régimen jurídico. Granada: Comares.
- Sala Franco T. La responsabilidad de los Servicios de Prevención ajenos a la empresa y del personal a su servicio. VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario.
- Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 1994.
- Lascurain Sánchez JA. La protección penal de la seguridad e higiene en el trabajo. Madrid: Civitas, 1994.
- García Murcia J. Responsabilidades y sanciones en materia de seguridad y salud en el trabajo. Pamplona: Aranzadi, 1998.
- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Núm. 1360/1998 de 12 de noviembre. RJ\1998\7764.
- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Núm. 1355/2000 de 26 de julio. RJ\2000\7920.



- Herrero García MJ. Responsabilidad de los Servicios de Prevención. La Ley, 2001.
- Sala Franco T. La responsabilidad de los Servicios de Prevención. La Ley, 2001.
- Auto del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Núm. 2382/2001 de 6 de noviembre. RJ\2001\9829.
- Luque Parra M. La responsabilidad civil del empresario en materia de seguridad y salud laboral. Consejo Económico y Social, Madrid, 2002.
- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Núm. 1233/2002 de 29 de julio. RJ\2002\8826.
- De Vicente Martínez R. Sujetos responsables de la seguridad y salud en el trabajo en el ámbito laboral y en el ámbito penal. En especial la responsabilidad penal de los técnicos en prevención de riesgos laborales. La Ley, 2003.
- Herrero García MJ. Responsabilidad civil en el ámbito de los riesgos laborales (reflexiones sobre algunos problemas actuales y perspectivas de futuro). La Ley, 2003.
- Purcalla Bonilla MA. Los servicios de prevención: notas a propósito de la jurisprudencia del TJCE y del proyecto de ley de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. La Ley, 2003.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de la Rioja (Sección Única). Núm. 5/2003 de 21 de enero. ARP\2003\214.
- Sentencia del Juzgado de lo Social n.º 2 de Badajoz. Núm. 253/2003 de 23 de junio. AS\2003\3428.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 6 de octubre de 2003.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de León (Sección 2.ª). Núm. 336/2002 de 16 de octubre. JUR\2003\90161.
- García Salas AM. Directivos y mandos en materia de seguridad y salud en el trabajo. Sevilla: Consejo Andaluz de Relaciones Laborales, 2004.
- Garrigues Giménez A. Accidente de trabajo y responsabilidad civil del empresario y del Servicio de Prevención externo. BIB 2003\1520. Pamplona: Aranzadi, 2004.
- López García de la Serrana JM (Direct.). Prevención de riesgos laborales, salud laboral y siniestralidad laboral. Aspectos penales, laborales, administrativos e indemnizatorios. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 2004.
- Lousada Arochena JF. Las responsabilidades de los técnicos de prevención. La Ley, 2004.
- Vida Soria J. La situación jurídica y la responsabilidad de los Servicios de Prevención ajenos en el sistema normativo de la prevención de los riesgos laborales: responsabilidades y controles a los que está sometida su actividad. La Ley, 2004.
- Hortal Ibarra JC. Protección penal de la seguridad en el trabajo. Barcelona: Atelier, 2005.
- López Parada R (Direct.). Hacia una ley integral en materia de accidentes de trabajo. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 2005.
- Navarro Nieto F. Coordinación de actividades empresariales y prevención de riesgos laborales Albacete: Bomarzo, 2005.
- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 4.ª) de 22 de junio de 2005. Núm. rec. 786/2004.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). Núm. 657/2005 de 15 de julio. JUR\2005\185599.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3.ª). Núm. 1088/2005 de 16 de septiembre. Núm. Rec. 1737/2003.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Burgos (Sección 1.ª). Núm. 218/2005 de 30 de diciembre. JUR \2007\35641.
- Varcárcel Sáez R (Direct.). Siniestralidad laboral y derecho penal. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 2005.
- Martínez Lucas JA. La modificación del Reglamento de los Servicios de Prevención. La Ley, 2006.
- Moreno Márquez A. Modificaciones en materia de prevención de riesgos laborales introducidas por el Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo. La Ley, 2006.
- Pumar Beltrán N (Coord.). La responsabilidad laboral del empresario: siniestralidad laboral. Albacete: Bomarzo, 2006.
- Terradillos Basoco JM. La siniestralidad laboral como delito. Albacete: Bomarzo, 2006.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Burgos (Sección 2.ª). Núm. 56/2007 de 13 de febrero. JUR \2007\217907.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Sala de lo Social). Núm. Rec. 1047/2007 de 10 de julio
- Agustí Juliá J (Coord.). La imputación de responsabilidad en las relaciones laborales. Albacete: Bomarzo, 2008.
- Álvarez Sacristán I. Una supuesta responsabilidad de los técnicos de prevención en los accidentes de trabajo. BIB 2008\918. Pamplona: Aranzadi, 2008.
- Del Rey Guanter S (Coord.). Responsabilidades en materia de seguridad y salud laboral. Propuestas de reforma a la luz de la experiencia comparada. La Ley, Madrid, 2008.
- Iglesias Cabero M (Coord.). Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Civitas, 2008.
- Moreno Solana A. La Responsabilidad disciplinaria en materia de prevención de riesgos laborales de los empleados públicos. BIB 2008\1740. Pamplona: Aranzadi, 2008.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de A Coruña (Sección 2.ª). Núm. 261/2008 de 23 de junio de 2008. Núm. Rec. 23/2008.



- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Civil y Penal, Sección 1.ª). Núm. 14/2008 de 23 de junio. RJ\2009\508.
- Gutiérrez-Solar Calvo B, y Lahera Forteza J. Compensaciones económicas derivadas de accidentes de trabajo. Problemática y reformas. Granada: Comares, 2009.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 9.ª). Núm 53/2009 de 3 de febrero. ARP\2009\335.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia (Sección 4.ª). Núm. 186/2009 de 26 de marzo. Núm. Rec. 28/2009.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Social, Sección 1.ª). Núm. 898/2009 de 4 de diciembre. AS\2010\488.
- Mateos Beato A y Martín Jiménez R. Conceptos y temas prácticos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Madrid: Aranzadi, 2010.



ACTIVIDADES DE LAS SOCIEDADES



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Iñaki Igarzabal

Vocales

M. ^a José Llamas Rivas	Antón Garmendia
Fernando de Mier	Miguel Martín Zurimendi
Alfonso Apellaniz	Montse Roldán
Adolfo Aranguren	Nerea Saitua
Mikel Ayala	Lina Sustatxa
Pablo Barcelo	Ángel Viana
Ana Collazos	

COMITÉ CIENTÍFICO

Alfonso Apellaniz. **Director de la Revista SEMST**

Francisco Vicente Fornés Úbeda.

Presidente de la SEMST

Pedro Luis González de Castro. **Vicepresidente de la SEMST. Presidente de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad en el Trabajo**

Juan Murillo Rodríguez. **Tesorero de la SEMST. Vocal Electo de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja**

Benilde Serrano Saiz. **Presidenta de la Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo**

Pedro de Castro. **Vocal Emérito de la SEMST**

Francisco de la Gala Sánchez.

Expresidente de la SEMST

José Miguel Pardillos Lapesa. **Presidente de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja**

Manuel Vigil Rubio. **Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo**

M.^a José Clar Roca. **Presidenta de la Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo**

Felipe Rodríguez Medina. **Presidente de la Sociedad Canaria de Medicina y Seguridad del Trabajo**

Myriam Mallavia Alcalde. **Presidenta de la Sociedad Cantábrica de Medicina y Enfermería del Trabajo**

Ángel Plans Cañamares. **Presidente de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball**

Jesús Monterrey Mayoral. **Presidente de la Asociación Extremeña de Medicina y Seguridad del Trabajo**

José Carlos Quintas Fernández. **Presidente de la Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales**

Guillermo García Vera. **Presidente de la Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo**

Juan Precioso Juan. **Vocal Electo de la Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo**

Juan Manuel Álvarez. **Vicepresidente de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública**

Juan Goiría Ormazabal. **Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**

Catherine Jiménez. **Presidenta de la Sociedad Aquitana de Medicina de Trabajo**

Jesús Berraondo Ramírez. **Secretario de la Federación Española de Enfermería del Trabajo (FEDEET)**

SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Ongi etorri Bilbora

Queridos compañeros:

Como presidente del Comité Organizador de las Jornadas Intercongresos de la SEMST/BILBAO 11, quiero daros la bienvenida a Bilbao. Cuando esta revista llegue a vuestras manos, habremos culminado un largo camino que iniciamos cuando la SEMST confió a nuestra sociedad vasca la organización de su Intercongreso. Durante todo este tiempo, cada uno de los componentes del Comité Organizador ha demostrado una enorme ilusión, un compromiso personal y una dedicación permanente, que han posibilitado que, en este momento, estemos en disposición de iniciar la actividad del congreso. Para todos ellos, **mila esker**. Hay que agradecer, por su esfuerzo y compromiso, a todos los ponentes elegidos por su trayectoria profesional, sus conocimientos y experiencia en los temas que van a desarrollar. Estamos convencidos de que, con su presencia, el nivel científico de este congreso está asegurado. Quiero expresar, también, mi agradecimiento a todos los profesionales que habéis acudido desde las diferentes disciplinas relacionadas con la salud laboral y la prevención de riesgos laborales, especialmente la Medicina y la Enfermería del Trabajo, pero sin olvidarnos del resto de especialidades técnicas y de los profesionales que, desde la dirección de las empresas, sois los responsables de la implantación de un sistema de prevención capaz de garantizar la salud y la seguridad de todos los trabajadores a vuestro cargo. También un agradecimiento especial a Osalan por su apoyo incondicional.

Por último, os recuerdo que el lema de este congreso es **Aptos para el trabajo pero ¿trabajo apto para todos?** en cuyo diseño hemos primado la participación de todos, ponentes y congresistas, para intentar abordar dos áreas de nuestro trabajo: la aptitud para el trabajo y la vigilancia colectiva de la salud con el objetivo de obtener conclusiones que sirvan como referente en el desarrollo de nuestra especialidad. Además, deseaba que este congreso sirviera para establecer e iniciar todos unidos un camino ante los retos que se plantean a nuestra especialidad como las enfermedades profesionales, las patologías relacionadas con el envejecimiento de la población trabajadora, el trabajo inestable y precario, y otras que se derivan de la realidad socio-laboral actual.

Nuestro más sincero reconocimiento a todos vosotros, los congresistas, por asistir y participar en el mismo. Bihotz bihotzez eskerrik asko.

Disfrutad del congreso. Ondo izan Kongresuan.



RESÚMENES DE PONENCIAS DE LAS JORNADAS INTERCONGRESOS DE LA SEMST/BILBAO 2011

CONFERENCIAS

CONFERENCIA PLENARIA: LA SALUD LABORAL, UN RETO DE FUTURO

Moderador: Pedro Pablo Uriarte Astarloa

Subdirector de Planificación de OSALAN (Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral). Médico especialista en Medicina del Trabajo.

SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

¿NECESIDAD DE CAMBIO?

Nieves Sagiés Sarasa

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Presidenta de la Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS).

Los cambios legislativos que se han producido recientemente con la aprobación del Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención y la publicación de la nueva Ley de Salud Pública, nos debe hacer plantearnos cómo puede ser el futuro de la especialidad de Medicina del Trabajo y cuál es el papel de las sociedades científicas en este proceso de cambio.

El futuro de la Medicina del Trabajo como especialidad se basa, en mi opinión, en tres aspectos clave:

- La **formación** en Medicina del Trabajo:
 - La Medicina del Trabajo debe ser una asignatura en el pregrado de licenciatura de Medicina como base de la formación de los futuros especialistas y como método de integración de la patología laboral en la salud general de los pacientes.
 - La formación de los MIR debe tener una garantía de calidad por parte de las Unidades Docentes, a través de una financiación similar al del resto de especialidades y tras un análisis claro de las necesidades de la especialidad.
- La **investigación** como elemento clave para impulsar no solo la Medicina del Trabajo como especialidad, sino también para facilitar políticas adecuadas en materia de salud en el trabajo.
- La **nueva perspectiva ocupacional** que surge en relación a los cambios legislativos que se están produciendo, que requiere la integración del médico de trabajo en el sistema sanitario.

Las sociedades científicas deben impulsar este cambio mediante el apoyo técnico a los médicos del trabajo, la

elaboración de propuestas concretas ante los organismos competentes en materia de formación, investigación y la integración de la actividad de medicina del trabajo en el Sistema Nacional de Salud.

CONFERENCIA PLENARIA: BUENAS PRÁCTICAS DE LA INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN EN LA GESTIÓN EMPRESARIAL

Moderador: Alfonso Apellaniz González

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de la revista SEMST.

GESTIÓN ESTRATÉGICA CON CRITERIOS DE EXCELENCIA

José Ignacio Larretxi

Director General de la Unidad de Excelencia de Negocio. Gamesa.

Con más de quince años de experiencia, Gamesa es líder tecnológico global en el mercado del diseño, fabricación, instalación y mantenimiento de aerogeneradores, con cerca de 22.000 MW instalados en 30 países de cuatro continentes y cerca de 14.000 MW en mantenimiento.

Gamesa cuenta con 30 centros de producción en Europa, Estados Unidos, China, la India y Brasil, y cerca de 8.000 empleados en todo el mundo.

Gamesa es también referencia mundial en el mercado de la promoción, construcción y venta de parques eólicos, con más de 4.100 MW instalados y una cartera de 24.500 MW en parques eólicos en Europa, América y Asia.

El equivalente anual de la producción de sus cerca de 22.000 MW instalados representa más de 5 millones de toneladas de petróleo (TEP)/año y evita la emisión a la atmósfera de una cantidad cercana a los 31 millones de toneladas de CO₂/año.

Gamesa considera la seguridad y salud de las personas un valor esencial de su estrategia, con criterios de excelencia, y nuestro reto es ser referente a nivel mundial, como así lo indican ya los principales índices de sostenibilidad y los principios de responsabilidad corporativa de la compañía.

La política integrada de excelencia concreta este compromiso y se entiende como un instrumento estratégico, en el que participan trabajadores y representantes sindicales, para la sostenibilidad de la propia empresa, con el objetivo de conseguir una actividad con cero incidentes.

La seguridad y la salud son pilares esenciales en la búsqueda de la excelencia de Gamesa y constituyen



un compromiso que debemos asumir todos, por nuestro propio beneficio y el de la organización.

La promoción de un entorno laboral seguro y saludable es un aspecto clave de la estrategia de Gamesa. Disponer de información sobre las exigencias en materia de seguridad y salud en cada entorno de trabajo y mantener y promover condiciones de trabajo seguras contribuye a mejorar la satisfacción laboral y, con ella, la productividad y competitividad en el mercado.

Para alcanzar este objetivo, la compañía cuenta con planes de gestión de la prevención de riesgos laborales, fomenta la cultura de seguridad y salud, promueve la mejora de las condiciones físicas del entorno de trabajo y desarrolla acciones formativas en esta materia. Las actuaciones, junto con el desarrollo de una política integral de excelencia, han permitido una continua reducción de los niveles de siniestralidad laboral.

Gamesa es la primera empresa española que ha certificado su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con AENOR en su red mundial de centros, según el estándar internacional OHSAS 18001. Este certificado incluye los servicios centrales de Gamesa en todo el mundo y sus más de treinta centros productivos distribuidos en Europa, Estados Unidos y Asia. La implantación de un sistema de gestión, como una herramienta de mejora continua, ayuda a prevenir cualquier acto o condición insegura y muestra tareas correctivas, cuando es necesario.

Gamesa ha implantado una sistemática propia para el desarrollo de observaciones preventivas con los siguientes objetivos:

- Identificar actos o condiciones inseguras derivadas fundamentalmente del comportamiento humano.
- Contribuir a la mejora continua del proceso de identificación de peligros y evaluación y control de riesgos.
- Determinar necesidades específicas y verificar la efectividad de la formación y adiestramiento de los trabajadores.
- Verificar la necesidad, la idoneidad o las carencias de los procedimientos de trabajo.
- Corregir *in situ* de forma inmediata y por convencimiento situaciones y actos inseguros.
- Reconocer y “reforzar” hábitos y comportamientos eficaces y seguros, estén contemplados o no en los procedimientos de trabajo.
- Implicar en la mejora de las condiciones de trabajo a la totalidad del personal.
- Dar visibilidad al liderazgo de la línea de mando en materia de H&S.

Gamesa quiere hacer especial hincapié en la importancia de desarrollar hábitos saludables – como la actividad física y una alimentación sana–, así como en la implantación de un programa de seguridad vial, no solo durante el desempeño de nuestra actividad laboral, sino también fuera de los centros de trabajo.

Gamesa está desarrollando un nuevo proyecto denominado GRMS (*Gamesa Risk Management System*), cuyo objetivo fundamental es, por una parte, el desarrollo de una nueva metodología de análisis de riesgos de seguridad y, por otra, la mejora en la gestión de

riesgos desde un punto de vista estratégico, que nos permite focalizar nuestras oportunidades de mejora, dotar de los medios necesarios y tomar decisiones adecuadas para alcanzar nuestra meta de cero incidentes.

El desarrollo de una nueva herramienta informática de acuerdo con el diseño de nuestros procesos de gestión H&S, con el objeto de seguir garantizando la mejora continua.

Por quinto año consecutivo, Gamesa ha celebrado el Día Mundial hacia la Excelencia el 17 de octubre bajo el lema “Nuestro compromiso, ventaja para todos”, con el objetivo de impulsar la sensibilización y el compromiso de todos los trabajadores de la compañía en materia de seguridad y salud, calidad y medio ambiente. Para Gamesa, mantenerse como referente en el mercado pasa también por disponer de una rigurosa política integral en materia de seguridad y salud, calidad y medio ambiente, que promueva un entorno de trabajo seguro, que prime el trabajo bien hecho y que concilie con el cuidado de nuestro entorno natural.

La seguridad y salud de los trabajadores, la calidad de todos sus productos y servicios y el respeto al entorno y el medio ambiente son aspectos claves de esta estrategia de la compañía y elementos fundamentales de la gestión de cada uno de sus profesionales.

POLÍTICA DE SEGURIDAD EN GERDAU SIDENOR

José Antonio Jainaga Gómez

Ingeniero Industrial. CEO. Gerdau Sidenor.

Gerdau Sidenor, compañía líder europea en aceros especiales, dispone de centros de producción en el País Vasco, Cantabria, Madrid y Barcelona.

Su capacidad de producción de acero supera el millón de toneladas al año que son destinados principalmente para la fabricación de automóviles, máquinas y bienes de equipo, construcción naval y civil, defensa, energía, minería y sector petroquímico.

En todos estos sectores, el acero especial de Gerdau Sidenor se utiliza para la fabricación de productos de alta responsabilidad. A partir de chatarra la compañía fabrica acero para piezas de alta responsabilidad. El proceso comienza en la acería para seguir en el tren de laminación y terminar en el departamento de acabado.

Además, Gerdau Sidenor también fabrica grandes piezas forjadas y fundidas, que se realizan únicamente en la planta productiva de la empresa en Reinosa. Así, Gerdau Sidenor es uno de los principales proveedores de este tipo de piezas en Europa.

La compañía, que opera a nivel internacional con clientes de distintos países, sobre todo en Europa, se encuentra en la vanguardia del sector debido a su fuerte compromiso con la investigación. Posee uno de los mayores centros de I+D del sector siderúrgico de Europa, ubicado en la planta de Basauri, que lleva a cabo desarrollos tecnológicos para la optimización de sus productos y procesos.



El departamento de I+D de Gerdau Sidenor ha desarrollado procesos y productos nuevos, ha mejorado otros ya existentes y ha investigado en colaboración con otras empresas, centros tecnológicos y universidades europeas.

Seguridad: Gerdau posee un eficaz sistema de seguridad total, alineado con las más exigentes metodologías internacionales, cuyo objetivo es alcanzar el índice cero de accidentes en todas las plantas de la compañía. Además, la empresa invierte continuamente en nuevas tecnologías y equipos para la prevención de accidentes, así como en software globales de gestión destinados al área de salud y seguridad. En 2010, las inversiones en el área sumaron R\$ 49,1 millones. En el ejercicio, también se realizó una rigurosa evaluación de las actividades de riesgo elevado para perfeccionar todavía más la seguridad en el ambiente de trabajo, un proyecto que tendrá seguimiento en 2011. En 2010 destacó también la implantación de extenso entrenamiento de los liderazgos en el ámbito mundial, que abarcaba todos los niveles y buscaba desde la sensibilización sobre el tema hasta el perfeccionamiento de la percepción de riesgos y técnicas de abordaje de los equipos.

PROYECTO ADI: PREVENCIÓN DESDE LA BASE

Miguel Ángel Lujua Murga

Economista. Director General de Mutualia. Presidente de Confebask.

Promover la cultura preventiva en la juventud de la Formación Profesional en Euskadi, futuros trabajadores y trabajadoras del mercado laboral, es el propósito que se han fijado las entidades impulsoras del Proyecto ADI. Los impulsores pretenden que los jóvenes se den cuenta de los peligros que se encuentran en su actual ámbito personal y en su futuro ámbito laboral, la adquisición de una actitud proactiva hacia la prudencia y la conducta de tener el hábito de tomar las medidas preventivas necesarias en función de los riesgos identificados. Este objetivo se logrará mediante la realización de unos talleres en los centros formativos, con la participación de seniors que “sensibilizarán a través de sus experiencias vitales en materia preventiva”.

La iniciativa, promovida por la Fundación de Trabajadores de la Siderurgia Integral, Mutualia y Osalan, con el apoyo de Confebask, CC. OO. y UGT, pretende facilitar a las personas jóvenes experiencias reales que les ayuden a tomar conciencia de los riesgos, así como contribuir a que la juventud tenga un conocimiento específico de la aplicación de la cultura preventiva, reforzando el carácter práctico y las experiencias reales en el ámbito laboral.

En una primera fase piloto, que se extenderá hasta diciembre, este foro de sensibilización se llevará a cabo en los centros formativos CPES Somorrostro BHIP (Muskiz), IEFPS Tartanga GLHBI (Erando), CPES Txorri S. Coop BHIP (Derio), IES Máquina Herramienta de Elgoibar e IES Construcción (Vitoria-Gasteiz).

En la segunda fase piloto, de enero a junio de 2012, la experiencia se extenderá a 46 centros integrales de Formación Profesional del País Vasco, seleccionando a dos grupos por cada centro de modo que se consiga la mayor representación posible de familias profesionales y titulaciones.

Una vez realizadas las experiencias piloto, se pretende consolidar el proyecto de sensibilización, extendiendo el proyecto a la totalidad de la Formación Profesional de la comunidad autónoma vasca.

Talleres en los centros formativos

Para realizar los talleres en los centros educativos se contará con la participación de tres personas: la figura de dinamización/coordination, el senior (persona jubilada-prejubilada) y la figura especializada en prevención (personas en activo de diferentes empresas de la CAPV, responsables del área preventiva). Hasta el momento, han confirmado su presencia empresas como Mercedes Benz, Petronor, Astilleros, Arcelor, Alcoa o Sidenor. La iniciativa cuenta, asimismo, con la participación de voluntarios seniors como José Luis González, Juan José Ruiz y Roberto González, con una larga trayectoria profesional y con numerosas experiencias que poder transmitir a los jóvenes.

La persona responsable de dinamizar los talleres se encarga de introducir la actividad, promover la participación del alumnado y generar un debate en el aula. Para ello se servirá de diferentes materiales como vídeos, imágenes impactantes, noticias de prensa y un cómic en materia preventiva diseñado específicamente para este proyecto. La figura de empresa en el ámbito de la prevención aportará sus vivencias profesionales vinculadas con los riesgos, mientras que la persona jubilada o prejubilada (senior) expondrá sus experiencias y relatos personales en materia de prevención de riesgos laborales.

Como conclusión se resumirán los tres elementos clave que definen la adquisición de una cultura preventiva: tomar conciencia de los peligros, adoptar una actitud proactiva de prudencia y la adquisición de hábitos para aplicar las medidas preventivas.

Las entidades impulsoras de esta iniciativa crearán un *blog* de cultura preventiva, que servirá para participar activamente en el proyecto, y como herramienta de medición del grado de impacto y sensibilización alcanzado por el mismo.

Participación

El *blog* de Cultura Preventiva dispondrá de un apartado informativo con contenidos del proyecto, imágenes y datos aportados durante los talleres, fotos, etc.; un apartado de opinión en el que la juventud, los agentes dinamizadores y las entidades colaboradoras puedan intercambiar sus opiniones y valoraciones del proyecto; y un apartado de participación y concursos. En el apartado de concursos se podrá participar en la definición del nombre y el diseño del logotipo del proyecto, en un concurso fotográfico y en un concurso de relatos. Los premios de estos tres concursos consisten en un Ipad, un Iphone y un Ebook.



Club de la prevención

Junto a la realización de estos talleres, el proyecto ADI contempla la puesta en marcha de otras acciones paralelas como la creación del Club de la Prevención. Esta herramienta se concibe como un espacio de encuentro en el que cualquier entidad interesada en colaborar en el proyecto, se una a las entidades promotoras y colaboradoras del mismo, aportando desinteresadamente su experiencia y conocimientos en la materia.

Colaboración de los medios de comunicación

Otra de las líneas estratégicas de este proyecto consiste en promover la participación de los medios de comunicación en el mismo. Para eso, se buscará la suscripción de convenios de colaboración entre las entidades promotoras y los medios de comunicación interesados en colaborar en el proyecto ADI.

MESAS

MESA A1: LA APTITUD EN EL TRABAJO: CONCEPTO DIFUSO. DISTINTAS VISIONES

Moderador: Mikel Ayala García

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Médico asistencial de Mutua. Médico de Empresa de Patentes TALGO S. L.

UN PROBLEMA REAL PARA LA EMPRESA

Manuel Guerrero Igea

Asesor jurídico laboral de Adegí. Representante institucional de Adegí

Cuando se emite un parte de alta para reincorporarse al trabajo, es deber del personal sanitario de los Servicios de Prevención la realización de un reconocimiento de retorno al trabajo para conocer si el operario se encuentra en condiciones de asumir las exigencias psicofísicas del puesto de trabajo, y dar cumplimiento así a lo previsto en la LPRL. Ello supone que hay casos en que el Médico del trabajo considera que el operario no se encuentra en condiciones de asumir dichos requerimientos psicofísicos, desconocidos para el médico de cabecera por otro lado, informando en tal sentido tanto al trabajador como a la empresa de esta circunstancia, mediante el correspondiente certificado de **no apto**.

Para la empresa, el artículo 48.4 de la L.P.R.L., y, a partir del 01.01.01 el artículo 13.4 del R. D. L. 5/2000 de 4 de agosto, texto Refundido de la L. I. S. O. S., que considera como falta muy grave: “**la adscripción de los trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales conocidas o...**”

¿Cómo lo puede conocer el empresario a través de su Servicio de Prevención?, ¿Quién asume las responsabilidades por altas médicas en las que el Servicio de Prevención considera que el trabajador no reúne las condiciones adecuadas para volver a su puesto de trabajo?

EL CONCEPTO LEGAL DE APTITUD LABORAL TIENE VARIAS ACEPCIONES

Juan Carlos Iturri Gárate

Juez de Carrera. Magistrado Sala de lo Social del TSJPV.

El concepto aptitud laboral no es unívoco, ni en las conversaciones comunes ni en el lenguaje jurídico. Interesa desarrollar este segundo aspecto.

La realidad nos demuestra que hay personas que no pueden trabajar en nada, otras que pueden trabajar en algunas profesiones o puestos de trabajo y no en otros, o no pueden trabajar toda la jornada y sí solo parte de ella, etc.

Pues bien, cuando hablamos de aptitud laboral de qué hablamos. ¿De aptitud laboral para todos los trabajos, para los de la empresa, para los de la categoría del trabajador en cuestión o para desarrollar el concreto puesto de trabajo que se está ocupando? Supongo que en su práctica cotidiana, el concepto que tratamos les evoca a la aptitud en el ámbito de la prevención laboral, a la aptitud para las bajas y altas laborales y la aptitud para las declaraciones de incapacidad permanente de la Seguridad Social.

En estos tres campos no cabe trasladar automáticamente el concepto de uno a otro campo sin matices, aún y cuando pretendamos generalizar.

Así, tratándose de prevención de riesgos laborales, se suele estudiar el puesto y sobre el mismo, fijar si procede declarar a la persona apta, sin o con restricciones o no apta. Por tanto, en este campo es la susceptibilidad de desarrollar los cometidos de ese concreto puesto de trabajo lo que se trata de valorar. Con algunos matices, a parecida conclusión podría llegarse tratándose de las incapacidades temporales (la antigua incapacidad laboral transitoria), aunque cabría la hipótesis de valorar otros puestos de trabajo compatibles con la enfermedad transitoria. Mayor diferencia hay con la incapacidad permanente total, prevista como prestación de Seguridad Social, contributiva o no contributiva.

En estos casos, a falta de concreción legal, la moderna jurisprudencia se inclina por considerar la aptitud en relación con los puestos de trabajo a los que el empresario puede destinar el trabajador en uso de sus facultades de movilidad funcional ordinarias. Lo que no se prevé en nuestro ordenamiento y es una pena -sobre todo en los procesos de incapacidad temporal- es la posibilidad de alta condicionada a desarrollar una jornada laboral reducida, incrementándose esta de forma gradual y progresiva hasta llegar a la jornada ordinaria, a medida que va desarrollándose el tratamiento médico encaminado a la superación de la enfermedad, pues hay estadios en los que el sujeto puede trabajar unas horas al día, compatibilizando ese trabajo y el proceso recuperador, pero no está para trabajar todo el día.



LA APTITUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MÉDICO DE TRABAJO EN LA EMPRESA

Anttón Garmendia Guinea

MT, MFC. Vocal de la LMEE-SVMT. Médico de la MSM-384.

Aptitud, desde el punto de vista de la vigilancia de la salud en la empresa establecido en el artículo 22 de la Ley 31/1995 de PRL, es el estado en el que se encuentra el trabajador para dar cumplimiento a los requerimientos psicofísicos del puesto de trabajo precisos para realizar las tareas encaminadas a lograr la producción o la misión de la unidad de trabajo, sin que ese trabajo suponga para su salud alguno de los riesgos señalados en los objetivos del procedimiento de vigilancia de la salud.

Esta consideración se origina en los diferentes reconocimientos preceptivos que se llevan a cabo en la empresa y que motivan la adscripción o no del trabajador a un determinado puesto de trabajo, compatibilizando su estado psicofísico con los requerimientos del puesto de trabajo.

En la concepción de actividad de la empresa se definen:

- A. Un **objetivo o misión** de la unidad de trabajo.
- B. Unas **tareas** para lograrlo, con sus procedimientos.
- C. Unos **requerimientos** materiales, técnicos y humanos de las tareas. Entre los **humanos** se encuentra la dotación suficiente de personal, la formación específica y la **aptitud**.

Equiparar aptitud a la ausencia de incapacidad, como hacen el INSS, las Mutuas de ATEP, los Servicios Públicos de Salud, etc., utilizando una simplificación de tareas y requerimientos de estas, no se ajusta a las circunstancias de las empresas ni a la realidad de los requerimientos de los puestos de trabajo. Se requiere mayor protagonismo de los médicos del trabajo.

CRITERIOS, MÉTODOS Y PRINCIPIOS DE LA VALORACIÓN DE LA APTITUD PARA TRABAJAR

Consol Serra Pujadas

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Miembro de CiSAL, Universidad Pompeu Fabra. Jefa del Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut MAR. Barcelona.

La valoración de la aptitud para trabajar (VAT) suele suscitar gran polémica debido a las implicaciones legales, éticas y económicas que conlleva. Se define en la literatura internacional como la evaluación de la capacidad de un trabajador para trabajar sin riesgo para su propia salud y seguridad o la de otros. Se evalúa, generalmente, alrededor de la contratación y cuando se producen cambios en el trabajo o la salud. Los criterios principales son la determinación de la capacidad y los riesgos del trabajador, éticos, económicos y legales. Los instrumentos utilizados deben ser específicos del objeto de la valoración y existe confusión sobre el proceso de toma de decisiones utilizados para juzgar la capacidad para trabajar. La escasa investigación cien-

tífica muestra que la concordancia entre médicos del trabajo en la interpretación y utilización de pruebas médicas de VAT es baja. La VAT debe realizarse a partir del conocimiento profundo y detallado de las funciones esenciales del trabajador, de acuerdo a criterios específicos, preestablecidos y validados. No está justificada como un método de selección de los individuos más capaces ni los más resistentes a eventuales riesgos en el trabajo, debe realizarse preservando los derechos de no discriminación, confidencialidad, intimidad, información y equidad. Los dictámenes sobre aptitud deberían enfocarse a lo que la persona puede hacer, no a lo que no puede hacer. Finalmente, el médico del trabajo que realice la VAT debe mantener su independencia profesional y encontrar un equilibrio en su doble función de protección de la salud del trabajador y de asesoramiento hacia el empresario.

MESA V1: NUEVAS PERSPECTIVAS ANTE EL RD DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EMPRESA. LA VIGILANCIA MÉDICA ESPECÍFICA: CONTENIDOS, OBLIGATORIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Moderadora: Lina Sustatxa Ortega

Especialista en Enfermería del Trabajo y Técnico Superior en Prevención. Metro de Bilbao.

VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA

Contenidos, obligatoriedad y confidencialidad

Aitor Guisásola Yeregui

Responsable de la Unidad de Salud Laboral de OSALAN en Gipuzkoa.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) recoge en su artículo 22 cómo ha de ser la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST), regulando los contenidos, la obligatoriedad y la confidencialidad de la misma.

Contenidos

La Ley General de Salud Pública (LGSP) aprobada en octubre de este año deroga los artículos del Capítulo IV de la Ley General de Sanidad (LGS), que se referían a la salud laboral, e incluye en su Capítulo VI tres artículos que tratan sobre la salud laboral. Pero esta ley incluye otros artículos que hacen referencia a la actuación sanitaria en salud laboral, tales como los que regulan la realización de las pruebas de cribado en nuestro ámbito.

El recién aprobado Real Decreto 843/2011, que establece los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, también establece las condiciones que deben cumplir las exploraciones y pruebas médicas, en tanto deben realizarse únicamente en función de los riesgos que las justifiquen.

La historia clínico-laboral regulada en el reglamento de los servicios de prevención y, en nuestra comunidad



autónoma, en el Decreto 306/99 establecen el contenido mínimo que permite garantizar esta vigilancia específica de la salud.

Obligatoriedad

Podemos referirla a dos aspectos:

- La obligatoriedad de someterse al proceso de vigilancia de la salud.
- El consentimiento informado.

El primer aspecto lo referimos a la LPRL y el segundo a la Ley de Autonomía del paciente (LAP), en el sentido de que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita disponer del consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información, haya valorado las opciones propias de su caso.

Confidencialidad

Es un derecho recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y nuestra legislación la recoge en múltiples lugares. La LPRL, la LGS, la LAP, el Decreto 306/99 y el código penal establecen, entre otras normas, no solo su necesidad sino también las responsabilidades derivadas de la violación de la misma.

Una pregunta

Siendo estas las condiciones para una vigilancia específica de la salud de los trabajadores, ¿se dan las condiciones necesarias para llevarla a cabo de una forma correcta? La respuesta está más allá de la normativa.

RD 843/2011: LECTURA COMPRESIVA, LECTURA CRÍTICA. LECTURA CONSTRUCTIVA

Esperanza María Alonso Jiménez

Especialista en Enfermería del Trabajo. Oficina Técnica de la Sociedad de Prevención de IBERMUTUAMUR. Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad. Vicepresidenta de FEDEET.

Hacer una lectura comprensiva, crítica y constructiva de este RD no es tarea fácil, tal vez porque me afecta personalmente como a todos los presentes en estas jornadas, ya que el RD pretende modificar la estructura de trabajo de profesionales de la salud laboral y de la prevención de riesgos, que ya de por sí no tienen una estructura sólida laboralmente hablando. No puedo entender que un RD como este, que ha pasado los procedimientos normales de consenso como agentes sociales, sociedades científicas, asociaciones afectadas o expertos cualificados en las materias al final tenga unas carencias de base, unas lagunas legales y “un desierto” de aplicación que van a permitir un vاپuleo de los profesionales sanitarios y no sanitarios, que nos dedicamos a la prevención de riesgos laborales con el consecuente deterioro que eso va a ocasionar en la aplicación de la LPRL ya deteriorada y manipulada desde que salió y más concretamente en la actividad de la vigilancia de la salud, ya

que este nuevo RD modifica tanto los RR. HH. como la actividad en sí de la propia vigilancia... siguiendo con mi reflexión en voz alta, si esto es así... ¿entonces a quien beneficia este RD? Me imagino que todos los presentes conocen la respuesta y no voy a descubrir nada: “empresarios y administración ganan en la ejecución de este RD”, en un sector donde la empresa privada es la que mueve más volumen de contratación y cobertura a los trabajadores, ya que de todos es conocido que la administración (salvo honrosas excepciones) no lleva a “raja tabla” la norma en este materia. La vigilancia de la salud, al igual que cualquier tema sanitario no puede ni debe regirse por intereses aislados y puramente económicos.

No sería justo que en esta lectura del RD no hiciera una autocrítica a los profesionales sanitarios, a las sociedades científicas y a otro tipo de asociaciones que participaron en el desarrollo del RD. Señores... ¿cómo hemos podido consentir que esto saliera así?, la falta de movilización en nuestro sector laboral y profesional, el desinterés y la comodidad de cada uno de nosotros nos obliga ahora a admitir este “RD”; pues sí, las sociedades científicas hemos enviado modificaciones al RD (me consta); pero de que sirve si no hemos sido capaces de que se nos escuche?; no hemos tenido la autoridad ni el peso específico para conseguir que nuestras enmiendas aparezcan; ¿somos invisibles al ministerio como especialidad sanitaria?, ¿cómo sector laboral? Bueno, no a todos nos ha ido igual, algunos han conseguido algunas cosas (Art. 4), bien por ellos o no; pero a veces las ganancias unilaterales son pérdidas generales... y efectos colaterales devastadores; pero esto puede ser tema de otro debate.

El concepto de equipo sanitario que se definía con la UBS y con el equipo multiprofesional desaparece para verse modificado por otros profesionales no especializados y que no pertenezcan de forma exclusiva a la actividad de prevención y de la salud laboral.

COMENTARIOS AL RD 843/2011

Miguel Ángel Uña Gorospe

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Responsable del Área Médica de CFP. Servicio de Prevención.

El preámbulo de la nueva norma, en el que se explicita a la vigilancia de la salud (con objetivos como detectar alteraciones precozmente, descubrir situaciones de riesgo y proponer medidas) como parte fundamental, contiene también el principio de la interdisciplinariedad de los servicios y la base ineludible de la vigilancia colectiva. Todos ellos son condiciones de partida y no son nuevas. Junto a ello, estimamos fundamental el estudio y conocimiento previos de la real condición ambiental laboral (factores tanto químicos, físicos, biológicos como psicosociales) tanto para con las funciones habituales cotidianas como para con aquellas otras tareas -que sin ser diarias- son usuales. Esa valoración de riesgo, que entendemos aún inadecuada



en numerosos casos, es la que ha de marcar el contenido de nuestro trabajo para aplicar en consecuencia una vigilancia sanitaria, “la vigilancia”, específica y adecuada a esos riesgos, mesurables siempre. ¿Es suficiente esa ratio de personal para desempeñar todas las funciones previstas de modo correcto y no “formal”? ¿Hay personal sanitario especializado suficiente (en número se entiende) para cubrir esas demandas/ratios?

LA VIGILANCIA MÉDICA ESPECÍFICA (CONTENIDOS, OBLIGATORIEDAD, CONFIDENCIALIDAD)

Vicente Fernández Imaz

Ingeniero industrial y Máster en PRL. Director Territorial de Gipuzkoa de la Sociedad de Prevención de Mutua.

A los conocidos artículo 22 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, Real Decreto 39/1997 Reglamento de los Servicios de Prevención, Decreto CAPV 306/1999 regulador de las actuaciones sanitarias de los servicios de prevención en la CC. AA. de Euskadi y Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, se le suman las recientes modificaciones del marco normativo que regula la vigilancia de la salud de los trabajadores (Decreto 843/2011 de 17 de junio, que establece los criterios básicos sobre la organización de los recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención y fija los requisitos técnicos y condiciones mínimas de los estándares de calidad; Ley 33/2011 de 4 de octubre, Ley General de Salud Pública, que deroga los artículos que se referían a la salud laboral de la Ley General de Sanidad y establece un articulado adicional sobre la actividad sanitaria en salud laboral) que nos llevan, ante la manifiesta incapacidad actual del cumplimiento con las nuevas obligaciones establecidas, a plantearnos seriamente y siendo cercanos conocedores de la realidad pasada (donde tampoco se ha cumplido a día de hoy de manera generalizada con lo regulado y existen criterios de interpretación y exigencia por parte de la administración no uniformes, por no decir diferentes, entre diferentes comunidades autónomas y dentro ellas entre distintos territorios) y presente, si estamos todos los actores involucrados (la administración, los empresarios, los servicios de prevención, los trabajadores y sus representantes, así como los propios profesionales tanto sanitarios como técnicos) preparados y sobre todo dispuestos a asumir con mayúsculas, la realización del gran esfuerzo que va ser necesario realizar para cumplir en un futuro cercano no solo con las condiciones anteriores (como se ha indicado actualmente no cumplidas de manera generalizada), sino también con las recientes adicionales, o si estamos una vez más en este país, ante otra modificación legal más que pretende mejorar instantánea y drásticamente lo existente conociendo la imposibilidad real de lo pretendido (al no cumplirse con lo básico vamos a exigir adicionalmente), pero sin querer reconocerlo explícitamente, se hace implícitamente, pretendiendo que rebuscadas

vías no controlables, como por ejemplo, la autonomía técnico-científica y la negociación colectiva, posibiliten lo que es jurídicamente importante, es decir, el cumplimiento legal, sin que importe que se pueda seguir haciendo lo mismo en contra de lo que realmente es importante, es decir, la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores para garantizar su salud, dando a veces la impresión que esta meta, que debería de ser la única existente, se convierte en la práctica en algo accesorio.

MESA A2: LA APTITUD EN EL TRABAJO: CONTROVERSIAS Y CONSECUENCIAS

Moderadora: Ana Isabel Collazos Dorronsoro

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Jefa del Servicio de Prevención de Osakidetza.

LA APTITUD LABORAL: CONTROVERSIAS Y CONSECUENCIAS. LA VISIÓN DEL MÉDICO DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN PROPIO

Iñaki Korta Murua

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Jefe del Área Sanitaria del Servicio de Prevención de C. A. F. S. A.

El objetivo de esta ponencia es poner sobre la mesa aquellas preguntas sobre los aspectos más controvertidos sobre la valoración de la aptitud laboral que, a mi juicio, aún no presentan una respuesta clara y mucho menos consensuada.

- ¿Corresponde al médico del trabajo calificar la aptitud para el trabajo en general y/o para el trabajo en concreto?
- ¿Podemos graduar la calificación de la aptitud? ¿En qué grados? ¿Cuál es el significado de cada uno de dichos grados y qué consecuencias debería de tener para el trabajador y la empresa?
- ¿Qué significa valoración de la aptitud para el trabajo?
- ¿Cuándo tenemos que calificar la aptitud?
- ¿Tiene responsabilidad el MT sobre las consecuencias laborales de dicha calificación? ¿Cuál es esa responsabilidad?
- ¿Cómo se resuelve en la práctica la diferencia de criterio entre el INSS y el MT?
- ¿Qué sucede con la altas médicas (INSS) de los que consideramos no aptos?
- ¿Es discriminatoria la calificación de la aptitud?
- ¿Qué papel juegan en la determinación de la aptitud otros profesionales sanitarios?

Es necesaria la reflexión y el debate sobre este asunto. Hay que continuar el camino desarrollado por los grupos referidos, intentando llegar más allá de principios generales (necesarios pero insuficientes).

Hay que consensuar con las distintas administraciones y profesionales un modo de actuar normalizado (procedimentado y legalizado) para dar respuesta a los distintos escenarios generadores de problemas.



Es decir, es preciso elaborar una “Guía de la valoración de la aptitud laboral” que, partiendo de los principios generalmente asumidos, aclare y resuelva las contradicciones entre la LGSS y la LPRL definiendo el papel del MT en ellos, concrete los criterios para realizar la evaluación para cada uno de los escenarios previstos, especifique los instrumentos necesarios para dicha valoración, estandarice las expresiones de calificación de la aptitud incorporando el significado de cada una de ellas, establezca recomendaciones de actuación para el MT, el empresario y el trabajador en función de cada calificación, proceda en el modo de actuación ante discrepancias de valoración con los otros agentes emisores de calificaciones.

Sería interesante estudiar la creación de la figura de la “comisión de arbitraje de valoración de aptitud” que actúen ante discrepancias y se admitan sus propuestas por las partes.

LA CAPACIDAD, LA APTITUD: VISIÓN DESDE LOS EVI

Emilio Jardón Dato

Médico Inspector. Coordinador de EVIS en la Dirección General del INSS.

La Seguridad Social surgió para proteger todas aquellas circunstancias del trabajador, por las que su capacidad laboral se vea mermada o anulada y en consecuencia no pueda seguir desarrollando su trabajo y como respuesta deje de percibir el salario.

Entre esas causas de cese o reducción de la capacidad de desarrollar el trabajo (las otras son circunstancias temporales como el descanso maternal y otras permanentes como el cumplimiento de la edad máxima) una de las que producen más problemas son las que surgen de las consecuencias de los accidentes o enfermedades y que pueden aparecer de forma súbita.

El desarrollo de un trabajo (**la capacidad**) que hasta ese momento era completa y permitía seguir desarrollándolo con normalidad y adecuado rendimiento se ve entonces mermado.

Si esto es así, la Seguridad Social compensa esa pérdida del salario ocasionada por la pérdida del rendimiento mediante las prestaciones de incapacidad. Para valorar esa pérdida de rendimiento nos apoyamos en la valoración de los nuevos funcionamientos del trabajador (de su organismo) y lo enfrentamos a los requerimientos de su puesto de trabajo. Si la balanza se inclina hacia estos últimos, nos encontramos con un trabajador **no apto**.

En ocasiones esta circunstancia es pacífica (las cosas están claras), pero en muchas ocasiones el criterio puede ser dudoso y entonces se deniega la prestación y se invita al trabajador a reincorporarse a su puesto de trabajo. Téngase en cuenta que la definición de incapacidad que dicta la Ley General de la Seguridad Social es cuando la merma producida en el funciona-

miento del organismo, o lo que suele ser lo mismo en el rendimiento laboral, es superior al 33%.

Cuando esto es así, la empresa recibe un trabajador que puede presentar algún tipo de limitación (teóricamente inferior al 33%) y esto no siempre implica la aptitud para seguir desarrollando su trabajo.

La dificultad estriba en determinar cómo se calcula ese 33% (el legislador no lo especifica).

Por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y desde la Subdirección general de Coordinación de Unidades Médicas, se viene trabajando en métodos de medida que objetiven esa pérdida funcional y que dicha medida sea uniforme en todo el territorio. Todo esto desde el aspecto médico.

Pero la balanza tiene dos brazos y es el otro en el que surgen mayores dificultades, la de conocer con detalle los requerimientos específicos del puesto de trabajo. Algunas cosas se han hecho, pero son generalizaciones de los puestos y no el detalle concreto del puesto del trabajador en cuestión y es en esta circunstancia que surgen los problemas (el trabajador no percibe la prestación y en su puesto de trabajo puede ser rechazado).

Creemos que la solución pasa por una adecuada comunicación entre los Servicios de Prevención y los Médicos del INSS o la obligatoriedad de disponer de documentación al respecto dentro de la instrucción de los expedientes de incapacidad.

MESA V2. NUEVAS PERSPECTIVAS ANTE EL RD DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EMPRESA. LA VIGILANCIA MÉDICA COLECTIVA. PLANIFICACIÓN Y EVOLUCIÓN. EXPERIENCIAS Y CONCLUSIONES

Moderador: Fernando de Mier Osma

Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención y Salud Laboral. Ayuntamiento de Barakaldo.

VIGILANCIA COLECTIVA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Félix Urbaneja Arrúe

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Responsable de Epidemiología e Información Sanitaria de OSALAN.

- Marco de referencia de la vigilancia colectiva. Se exponen los principios legales y conceptuales en el que desarrollar la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención (SS. PP.).
- Objetivos. Identificar los objetivos de la vigilancia colectiva.
- Elementos clave para la práctica de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención. La puesta en marcha de la vigilancia colectiva requiere cumplir una serie de fases. Visualizar las implicaciones y necesidades que suponen para los SS. PP.
- Una aplicación concreta de la vigilancia colectiva: el estudio de *clusters* o agrupamientos de casos. Cómo llevarlo a cabo.



VIGILANCIA COLECTIVA DE LA SALUD Y AUDITORÍA

Alfonso Tovar López

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Auditor Senior en Prevención de Riesgos Laborales en Ondoan Auditoría y Control SLU.

En la realización de las auditorías, tanto legales como de certificación Ohsas nos estamos encontrando con todo tipo de situaciones y problemáticas que afectan al ejercicio de la Medicina del Trabajo y en concreto a la vigilancia colectiva de los trabajadores.

Por ejemplo:

- La sensación de frustración de los profesionales al ver que los reconocimientos se han transformado en automatismos que, al final aportan poco al conocimiento real de la situación sanitaria de la población que vigilan, ya que no pueden realizar comparaciones homogéneas con poblaciones expuestas de similares características por falta de información o con poblaciones no expuestas para determinar la relación causal entre la patología detectada y los riesgos a los que están expuestos.
- La falta de comunicación con el resto de áreas técnicas de los Servicios de Prevención para poder realizar su trabajo con mayor conocimiento de los diferentes procesos, hay servicios médicos que no disponen de la evaluación de riesgos de la empresa que tienen la responsabilidad de vigilar la salud de sus trabajadores.
- Etcétera.

La auditoría es una herramienta de gestión que debe servir para la mejora, en este contexto todas las dificultades que se detectan, deberían, a nuestro juicio analizarse en equipos de trabajo liderados por las diferentes administraciones en cada ámbito de competencia para buscar e implantar acciones de mejora.

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SP MUTUALIA

Charo Alfageme Mediavilla

Médico especialista en Medicina del Trabajo de la SP Mutualia.

Según se establece en las distintas normativas, la vigilancia de salud es la herramienta que tiene por objeto detectar sistemática y regularmente síntomas y signos precoces de los daños derivados del trabajo y detectar situaciones de riesgo. Sirve, por tanto, para verificar la eficacia de las medidas preventivas adoptadas y para proponer nuevas medidas preventivas. Para ello partimos de una vigilancia de la salud individual, fundamental, bien hecha, que nos dará la base para luego poder hacer una vigilancia de la salud colectiva.

Hablaremos no solo de cómo hacemos vigilancia de la salud colectiva en empresas individuales, sino de la importancia de extender esta vigilancia a sectores concretos, poniendo como ejemplo el sector de las fundiciones de hierro.

MESA A3: LA APTITUD PARA EL TRABAJO: COMPATIBILIDAD DE CRITERIOS DE APTITUD E INCAPACIDAD LABORAL

Moderador: José María Llamas Rivas

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Haritz Ortega Longarte

Médico especialista en Medicina del Trabajo y Medicina de Familia. Prevención FREMAP.

La aptitud para trabajar se define como la evaluación de la capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros. A pesar de ser una actividad relevante de la medicina del trabajo, no existen criterios claros o recomendaciones para su realización en España.

La valoración de la aptitud para trabajar es, en el contexto de la medicina del trabajo, un acto sanitario cuya finalidad es emitir un juicio médico de idoneidad o compatibilidad entre las condiciones de salud de una persona y las exigencias de un determinado trabajo. Esto implica no solo la **evaluación del estado de salud**, sino también la recopilación de **información exhaustiva y detallada de las demandas y requisitos del puesto de trabajo** en cuestión. No existe una aptitud genérica, sino que cada caso debe valorarse de forma individual y respecto a un trabajo concreto.

En el día a día, cuando un trabajador cae en situación de incapacidad temporal son numerosos los actores que intervienen en la valoración, asistencia sanitaria y seguimiento sobre el proceso, como son los médicos del sistema público de salud, los médicos de las mutuas, los médicos del INSS... Una vez realizan dicha asistencia sanitaria y el trabajador se cura o se estabiliza de sus dolencias emiten el alta médica para trabajar. Durante este proceso, muchas veces, se centra únicamente en la situación clínica del trabajador sin conocer, preguntar ni indagar en el trabajo que desempeña. Los problemas surgen cuando es dado de alta y continua con molestias o presenta secuelas y se demanda un reconocimiento médico al Servicio de Vigilancia de la Salud por parte de la empresa para valorar aptitud y si es necesario adaptación de su puesto de trabajo, siendo este uno de los campos de intervención preventiva multidisciplinar y en esto debieran concentrarse todos los esfuerzos en primera instancia.

Por otra parte, es cada vez más frecuente que acudan a nosotros trabajadores para la realización de un reconocimiento tras una ausencia prolongada a los que se ha denegado una incapacidad permanente y que insisten en no poder trabajar para que emitamos una aptitud al respecto. Los médicos del trabajo quedamos como valoradores de una situación que con el alta o denegación de la incapacidad debería haber quedado suficientemente clara. La realidad demuestra que en la mayoría de las ocasiones, debemos orientar, junto con el resto del Servicio de Prevención, a la empresa sobre



la adaptación del puesto de trabajo incluso en ocasiones emisiones de no aptitud ante la imposibilidad de realización de las tareas fundamentales de su puesto de trabajo.

Con la idea de llenar este vacío existente, en cuanto a conocimiento del puesto de trabajo, cada vez en más ocasiones, fundamentalmente ante una valoración de incapacidad permanente, acompañando al resto de informes, desde nuestro Servicio de Vigilancia de la Salud derivo un informe detallado de las tareas que realiza en su puesto de trabajo junto con los datos clínicos que presenta, concluyendo el informe, la opinión al respecto del médico del trabajo que lleva la vigilancia de la salud del trabajador.

LA APTITUD Y LA DISCAPACIDAD

Mercedes García de Iturrate

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Instituto Foral de Bienestar Social (Araba).

Si la emisión de aptitud por parte del médico del trabajo es una actividad controvertida, con escasez de criterios estandarizados y pocas referencias en la bibliografía profesional, el abordaje del empleo en personas con discapacidad adquiere unas características específicas que hacen necesaria una intervención multidisciplinar.

Cuestiones como la acreditación de discapacidad en las personas con incapacidad permanente en grado total, absoluta o gran invalidez, la posible compatibilidad entre pensión contributiva por incapacidad permanente y el trabajo remunerado, la obligación, tanto en el ámbito privado como público de medidas proactivas de contratación, legislaciones y normativas redactadas desde ámbitos distintos y todo bajo el imperativo legislativo de igualdad de trato y discriminación positiva, hacen necesario que el médico del trabajo, junto con el resto del Servicio de Prevención, sepa manejar estas situaciones y sea conocedor de las posibilidades de adecuación, ya sea por medio de ayudas técnicas, adaptaciones de los puestos de trabajo o adecuaciones organizativas para poderlas aconsejar e indicar en el momento de emisión del informe de aptitud ya sea en el reconocimiento previo o en el inicial.

La existencia del dictamen de aptitud emitido por las instituciones calificadoras de la discapacidad (Centros de Orientación y Valoración de las Diputaciones Forales) no sustituye el papel del médico del trabajo, que es el conocedor real de las características de los puestos, sino que debe ser un complemento a su labor.

MESA V3: NUEVAS PERSPECTIVAS ANTE EL RD DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EMPRESA. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Moderadora: Nerea Saitua Iribar

Médico especialista en Medicina del Trabajo. BOMS/Red de Salud Mental Osakidetza.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Edurne Jiménez Cortázar

Coordinadora de Programas de Salud en Athlon Scoop.

Existen ciertas enfermedades cuyo origen es exclusivamente laboral, pero no deja de ser cierto que los factores extralaborales y hábitos de conducta influyen de manera importante en el estado de salud de los trabajadores. El cambio de hábitos de vida de nuestra sociedad, la evolución de los sistemas de transporte, la tecnología laboral, los nuevos modos de ocio... todo ha contribuido a que todos -niños y mayores- hemos asumido comportamientos sedentarios y, por tanto, perjudiciales para nuestra salud. Para conseguir una sociedad saludable la labor de instituciones, asociaciones y de diferentes agentes de salud es imprescindible, así mismo la aportación de las empresas es también parte importante para conseguir este objetivo.

Conocemos empresas y organizaciones que han implantado programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo (alimentación adecuada, consumo del tabaco, inactividad física...). Este tipo de actividades son apoyadas por entidades de reconocido prestigio; así la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, considera que "la promoción de la salud en el trabajo puede redundar en una disminución de las enfermedades y los costes derivados de ellas, en un incremento de la productividad, así como en una población trabajadora más sana, más motivada, con la moral más alta y con un mejor clima laboral". Ambicionamos una población trabajadora con estilos de vida activos y saludables, desarrollamos acciones para conseguir este objetivo pero... ¿Estas intervenciones realmente impulsan cambios de hábitos? Efectivamente los trabajadores adquieren conocimientos, pero ¿desarrollan actitudes positivas que consigan dar continuidad a este cambio de hábitos? Desarrollamos campañas, cursos, talleres, actividades, conferencias ¿Cómo generamos ilusión, motivación y estímulo para hacerles partícipes de estas acciones?

PROGRAMAS DE SALUD EN COPRECI

Ignacio Astiasaran Anchia

Médico especialista en Medicina del Trabajo. Copreci S. Coop.

La charla trata de exponer cuáles han sido los diferentes programas de salud que se han ido realizando en Copreci. Los programas se iniciaron en el año 1995 dada la problemática de lesiones osteomusculares que se detectaba en la empresa. Los programas iban dirigidos tanto a nivel de trabajadores como de mandos para dotarlos de conocimientos, capacidades y herramientas para la realización de una buena prevención en materia de ergonomía y,



consecuentemente, el logro de una mejora de la salud individual y colectiva.

Se hace un repaso de la evolución del proceso desde los inicios con el programa de la “escuela de espalda”. Posteriormente, se realizó el programa llamado de “actividad física y salud”, se continuó con los programas de ergonomía activa I y II, hasta el momento actual con el programa de la “ergonomía activa III”.

Se explica el *modus operandi* del servicio de prevención en este determinado aspecto así como los resultados obtenidos en el ámbito de la salud y de la satisfacción de todo el personal implicado.

ESTAR SANO, VIVIR SEGURO, SENTIRSE BIEN EN VODAFONE ESPAÑA

Félix Sanz Herrero

Manager de Prevención de Riesgos Laborales. Vodafone.

Se puede decir que en mi presentación voy a mostrar cómo estamos pasado de un sistema de gestión de la PRL tradicional, que incluye la vigilancia de la salud como uno de los servicios a los trabajadores, a un modelo que llamamos “Estar sano, vivir seguro, sentirse bien” pensado para las personas.

Nuestro modelo actual, más que estar centrado en el cumplimiento normativo, tiene como objetivo fundamental aportar valor a las personas e impactar en el negocio. En este sentido, traspasa la frontera de la empresa. Desarrollamos iniciativas que además de ser buenas para el empleado durante su jornada laboral y ayudarle a mejorar su conciliación de la vida familiar y personal, pueden ser compartidas en su entorno con familiares o amigos e, inclusive, podrían llegar a ser utilizadas por nuestros clientes. Indudablemente estas actuaciones también ponen de manifiesto el modo en que Vodafone desarrolla sus negocios de una forma responsable.

En relación al modelo, comenzaré presentando nuestra forma de desarrollar cultura preventiva orientada a la persona y el rol del equipo de prevención. Hemos pasado de ser básicamente técnicos, a convertirnos en comerciales que desarrollan “productos y servicios” que tienen que ser atractivos para los empleados. Nuestra “obsesión” es conseguir que los empleados quieran “comprar voluntariamente” lo que les ofrecemos y que nada sea obligatorio.

Dentro de este modelo, me centraré en lo que hacemos para que las personas estén sanas y se sientan bien. En concreto, lo que rodea a los tres pilares difícilmente separables para nosotros, que son:

- Disponer de unas buenas condiciones de trabajo (lo que sería la ergonomía tradicional). Adjunto un vídeo para que se vea nuestra forma actual de gestionarla: <http://www.youtube.com/watch?v=jbV5dGvJWyo%20>.
- Productos y servicios específicos de salud, agrupados en tres bloques: los que son para “apoyar al empleado en caso de problemas de salud propios o de familiares”; los que son para “aportar valor a los empleados dónde se encuentre y cuando lo necesiten, y

ayudarles a optimizar su tiempo” evitando desplazamientos innecesarios; y los de “promoción de hábitos saludables”.

- La flexibilidad/conciliación también es importante para que los empleados estemos en perfectas condiciones para dar lo mejor de nosotros mismos.

Para terminar, describiré algunos de los indicadores cuantitativos y cualitativos (de percepción de los empleados) que estamos utilizando para medir el impacto de nuestro trabajo y para plantearnos mejoras y nuevos productos.

En definitiva, tenemos diseñado e implantado un modelo de salud dinámico y abierto, adaptable a las necesidades individuales de cada empleado, que cuida al máximo todos los detalles, al objeto de proporcionarle la mejor experiencia posible. De este modo, contribuimos a la motivación y compromiso de los empleados con la empresa para conseguir que den lo mejor de sí mismos en su día a día.

SITUACIÓN EN LA UPV/EHU Y NECESIDAD DE UNA LEY DE MOVILIDAD QUE DERIVE EN PLANES DE MOVILIDAD SOSTENIBLE Y EN ESTUDIOS DE EVALUACIÓN Y VIABILIDAD

Ángel Elías Ortega

Profesor titular de universidad y director de la E. U. de Relaciones Laborales. Investigador principal en el equipo de investigadores de la UPV/EHU que participan en el proyecto Arquímedes y presidente de la Asociación Batubide.

Situación en la UPV/EHU

La Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), en virtud del convenio firmado por el rector de la UPV/EHU y el director de Osalan con fecha 21 de noviembre de 2006 y cumpliendo con los acuerdos del Consejo de Gobierno del Gobierno Vasco y de la Junta de Gobierno de la UPV/EHU que previamente habían aprobado y autorizado la firma de dicho convenio, se comprometió a iniciar en el primer semestre siguiente a la firma del citado convenio la elaboración de un Plan de Movilidad Segura y Sostenible a los tres campus de la propia universidad y su posterior implementación, donde debieran contemplarse los objetivos, actuaciones e indicadores de evaluación, en cuyo proceso jugaran un papel destacado el Servicio de Prevención y los diferentes Comités de Seguridad y Salud de la UPV/EHU, amén de todos los distintos estamentos de la Universidad, procurando la participación de toda la comunidad universitaria. Igualmente se promovería la coordinación con las administraciones públicas competentes.

Dicho convenio ha posibilitado que en diciembre de 2009 se entregase al equipo rectoral una propuesta de Plan Marco de Movilidad Segura y Sostenible 2009-2012, donde se contemplan ocho líneas estratégicas, con sus objetivos y acciones correspondientes. Desgraciadamente todavía el equipo rectoral no lo ha presentado a debate ante el Consejo de Gobierno.



Igualmente, desde septiembre de 2008 y durante cuatro años, la UPV/EHU, a través de un equipo de investigadores que coordino, participa en el proyecto de investigación *Achieving Real Change with Innovative transport Measures Demonstrating Energy Savings*, que cuenta con una financiación de 250.668,80 € concedida conjuntamente por las áreas de Energía y Transporte de la Comisión Europea en la convocatoria del Programa Marco de 2008. En el seno de dicho proyecto y referido al campus de Ibaeta (Donostia), podemos citar la realización de las actividades siguientes:

- Formación de un equipo investigador.
- Contratación de un gestor de movilidad en el marco del proyecto.
- Recogida de información en los decanatos y direcciones de los diferentes centros del campus de Gipuzkoa para la adaptación de la Propuesta del Plan Marco de Gestión de Movilidad de la UPV/EHU al campus de Ibaeta.
- Elaboración de un Plan de Movilidad Sostenible.
- Primera campaña de comunicación: celebración de la jornada: La movilidad sostenible: territorio y movilidad sostenible.
- Celebración del curso anual de formación al personal de Prevención de Riesgos.
- Laborales de la UPV/EHU en la materia.
- Celebración del curso de *eco-driving* en colaboración con el Ente Vasco de la Energía Gobierno Vasco.
- Realización de 800 encuestas sobre hábitos de movilidad al conjunto de la comunidad universitaria del campus.
- Edición del folleto divulgativo sobre líneas de transporte público a la y desde la universidad.
- Definición de los elementos que componen el Observatorio de la Gestión de la Movilidad. Definición de los indicadores de seguimiento en coordinación con los indicadores de evolución planteados para el proyecto.
- Participación en el Consejo de la Bicicleta de Gipuzkoa. Órgano permanente y asesor de la Diputación Foral de Gipuzkoa en materia de bicicleta, integrado por los principales agentes concernidos.
- Colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa en el intercambio de información.
- Distribución de la revista foral *Bizikletaz* en el campus universitario. Publicación de un artículo sobre el proyecto Archimedes y la medida 83.
- Participación en el Observatorio de la Bicicleta del Ayuntamiento de San Sebastián.
- Colaboración con la Asociación de Ciclistas Urbanos Kalapie.
- Colaboración con el Observatorio del Transporte de Gobierno Vasco Oteus en el intercambio de información.
- Creación de la Asociación Batubide por una Movilidad Sostenible en la UPV/EHU y edición mensual de un boletín electrónico.
- Diseño de una asignatura transversal sobre educación vial. Pendiente de aceptación en el programa docente.
- Celebración de dos talleres de participación con alumnado sobre la movilidad sostenible.
- Segunda campaña de comunicación. Jornada sobre la movilidad sostenible en el marco de la universidad 29 de octubre de 2010.
- Realización de encuestas anuales.
- Colaboración con el ayuntamiento de San Sebastián en la toma de datos relativos a la movilidad sostenible y la movilidad vertical en la ciudad.
- Reedición del folleto divulgativo sobre líneas de transporte público a la y desde la universidad por su buena acogida.
- Edición en castellano y euskera del folleto divulgativo genérico del proyecto Archimedes, donde destaca la medida 83.
- Distribución de la revista *Dbus* del ayuntamiento de San Sebastián, en el campus, con la colaboración de este ayuntamiento.
- Coincidiendo con la Semana de la Ciencia 2010 de la UPV/EHU distribución del material informativo (folletos) mediante una bicicleta-carro muy llamativa explicando la información distribuida, junto con un concierto musical muy atrayente para el alumnado y la exposición de una instalación artística de pintura y otros elementos. La comunidad universitaria también tenía la posibilidad de montar en una bicicleta que a través del pedaleo individual podía generar energía.
- Publicación de un artículo sobre el proyecto Archimedes en la revista de la UEU. "La movilidad en el marco de la sostenibilidad. De la teoría a la práctica". Autoras Amaia Lizarralde e Itziar Eizagirre.
- Diseño de elementos divulgativos para la promoción del *car-pooling* en el campus de cara a los meses de febrero y marzo. Coordinación en la misma materia con el resto de campus universitarios de las dos provincias restantes.
- Celebración de talleres participativos sobre movilidad sostenible en la facultad de Derecho con 160 alumnos.
- Participación en el Congreso Anual sobre Seguridad Vial celebrado en Córdoba entre los días 17 y 18 de febrero de 2011. Ponencia y póster.
- Colaboración con la página web del vicerrectorado de Gipuzkoa en materia de Sostenibilidad y Movilidad Sostenible.
- Posgrado en Desarrollo Sostenible y AL21. Asignatura sobre movilidad sostenible referenciando en proyecto Civitas-Archimedes.
- Participación en la Comisión sobre Aparcamientos de la UPV-EHU.
- Póster sobre movilidad en la web de Ecoeuskadi 2020.
- Participación en el concurso de póster de medio ambiente organizado por la UPV/EHU en junio 2011.

Se mantienen como actividades permanentes:

- Participación en el Consejo de la Bicicleta de Gipuzkoa.
- Colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa en el intercambio de información.



- Distribución de la revista foral *Bizikletaz* en el campus universitario.
- Participación en el Observatorio de la Bicicleta del Ayuntamiento de San Sebastián.
- Colaboración con la Asociación de Ciclistas Urbanos Kalapie.
- Colaboración con el Observatorio del Transporte de Gobierno Vasco Oteus en el intercambio de información.
- Asociación Batubide por una Movilidad Sostenible en la UPV/EHU y edición mensual de un boletín electrónico (puede verse en el link http://www.lan-harremak.nak.ehu.es/p231-content/es/contenidos/informacion/rll_batubide/es_batubide/boletin.html).

A pesar de todas estas actividades considero que es mucho más lo que la UPV/EHU debe realizar y soy pesimista en que lo lleve a cabo en la medida que no se vea obligada por la legalidad, de ahí la siguiente reflexión.

Necesidad de una ley de movilidad que derive en planes de movilidad sostenible y en estudios de evaluación y viabilidad

Sabemos que el transporte se ha convertido en una de las fuentes principales de contaminación atmosférica, de siniestralidad y de emisiones de gases de efecto invernadero, causantes del cambio climático. Cada uno de estos impactos tiene unos altísimos costes económicos, sociales, sanitarios y ambientales, por lo que merece una reflexión y urgente actuación. En el origen de estos problemas está una política de transporte de personas y mercancías, que ha considerado como objetivo central la estimulación de la máxima movilidad, por medio del incremento de infraestructuras al servicio del transporte privado, y de un modelo de transporte dependiente de los combustibles fósiles.

Hay que modificar esta política y pasar del incremento de la oferta a la gestión de la demanda, no tanto de la movilidad como de la accesibilidad. De esta forma se pueden reducir los actuales impactos negativos y aumentar la eficiencia, la sostenibilidad y la seguridad del sistema de transporte terrestre actual.

Modificar el modelo de transporte es un imperativo ético y político si queremos contribuir eficazmente a la lucha contra el cambio climático. Por eso, hay que diseñar una estrategia global de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero a través del fomento de la accesibilidad y la movilidad sostenible, así como del reforzamiento de la seguridad del tráfico de personas y mercancías. Es preciso contar con dos tipos de instrumentos centrales: los planes de movilidad sostenible y los estudios de evaluación y viabilidad.

Los planes se deben establecer a todos los niveles de la Administración, descendiendo incluso al plano de los polígonos industriales y las empresas. Concretamente las empresas o administraciones públicas con centros de trabajo de más de 200 trabajadores debieran elaborar y desarrollar planes de transporte de empresa que reduzcan la utilización del automóvil en el transporte de sus trabajadores y fomenten otros modos menos contaminantes. Las empresas debie-

ran presentar estos planes al ayuntamiento correspondiente y en su elaboración y desarrollo participarían los representantes de los trabajadores. Igualmente a partir de los planes de movilidad urbana los ayuntamientos debieran desarrollar planes de movilidad sostenible a los polígonos industriales o empresariales, así como a las grandes áreas comerciales, parques de ocio o campus universitarios de su ámbito territorial.

Los estudios de evaluación y viabilidad tienen el fin de establecer una rutina organizativa de control y medición, evaluación y previsión del desarrollo de los planes.

TALLERES

TALLER 3: ACTUALIZACIÓN EN MANEJO DE APARATAJE AUXILIAR: LA ECOGRAFÍA OSTEOMUSCULAR

Juan Pablo Barceló Galíndez

Especialista en Medicina del Trabajo. Diplomado en Ecografía por el Hospital Universitario de Nimes Motpellier.

Introducción: la ecografía se está imponiendo en todos los ámbitos de la práctica médica como un método excelente complementario al diagnóstico en el mismo acto clínico en la consulta.

Objetivos: presentar al médico de medicina del trabajo las diferentes posibilidades de la técnica y de forma específica la ecografía MSK.

Método:

- Exposición teórica de los fundamentos y anatomía ecográfica de los tejidos.
- Exposición somera sobre la visualización de las diferentes zonas anatómicas y su patología.
- Introducción al manejo práctico de los equipos de ecografía visualizando los diferentes tejidos y alguna zona anatómica de especial interés (hombro, codo, etc.).

TALLER 4: UNA EXPERIENCIA EFICAZ EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Miguel Ángel de la Iglesia Peralta

Médico ergónomo. Colaborador de la empresa Gamesa.

Javier Guiral Alda

Ingeniero Técnico Industrial. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Health&Safety Support Manager Gamesa Corporación Tecnológica.

Con más de quince años de experiencia, Gamesa es líder tecnológico global en el mercado del diseño, fabricación, instalación y mantenimiento de aerogeneradores, con cerca de 22.000 MW instalados en 30 países de cuatro continentes y cerca de 14.000 MW en mantenimiento. Gamesa cuenta con 30 centros de producción en Europa, Estados Unidos, China, la India y Brasil, y cerca de 8.000 empleados en todo el mundo.



Gamesa es también referencia mundial en el mercado de la promoción, construcción y venta de parques eólicos, con más de 4.100 MW instalados y una cartera de 24.500 MW en parques eólicos en Europa, América y Asia.

El equivalente anual de la producción de sus cerca de 22.000 MW instalados representa más de 5 millones de toneladas de petróleo (TEP)/año y evita la emisión a la atmósfera de una cantidad cercana a los 31 millones de toneladas de CO₂/año.

Gamesa considera la seguridad y salud de las personas un valor esencial de su estrategia, con criterios de excelencia, y nuestro reto es ser referente a nivel mundial, como así lo indican ya los principales índices de sostenibilidad y los principios de responsabilidad corporativa de la compañía.

La promoción de un entorno laboral seguro y saludable es un aspecto clave de la estrategia de Gamesa. Disponer de información sobre las exigencias en materia de seguridad y salud en cada entorno de trabajo y mantener y promover condiciones de trabajo seguras contribuye a mejorar la satisfacción laboral y, con ella, la productividad y competitividad en el mercado.

Gamesa desarrolla intervenciones ergonómicas en los procesos de manufactura de los componentes del aerogenerador, dentro de su estrategia de lugares de trabajo saludables, basada en el confort y bienestar de las personas.

Los principios que rigen nuestras intervenciones ergonómicas son los siguientes:

- Global.
- Multidisciplinar.
- Participativa.

Análisis del trabajo real *in situ*.

La integración de la gestión de las intervenciones ergonómicas en nuestra organización es clave, garantizando la participación e implicación de todas las personas que intervienen en el proceso, diseñadores, técnicos, gestores y trabajadores.

La dinámica de trabajo de las intervenciones ergonómicas consiste en definir una sistemática clara que nos ayude a focalizar nuestros esfuerzos en mejorar estos aspectos. El análisis de la demanda es nuestra primera etapa de la intervención. Para su desarrollo nos basamos fundamentalmente en dos herramientas:

- A través de las evaluaciones de riesgos detectamos inicialmente los puntos críticos de los procesos.
- El análisis de las causas raíces derivadas de las investigaciones de los incidentes, así como el análisis de los paretos de dichas causas.

Otra línea importante es el conocimiento exhaustivo de los procesos, como es la descripción de las tareas y los ciclos de trabajo.

A continuación se desarrolla *in situ*, con la participación activa de los trabajadores y los especialistas, el diagnóstico, que nos permite identificar los factores de riesgo, así como la percepción subjetiva de las personas afectadas.

La definición de soluciones de mejora mediante la determinación de un plan de acción consensuado es la

etapa más innovadora, donde los principios de mejora continua en el diseño de las medidas técnicas es un trabajo en equipo, que incluye también la adopción de las medidas organizativas eficaces para eliminar o minimizar los riesgos.

El liderazgo del Project Manager en Ergonomía y el compromiso de la Dirección en la gestión de las intervenciones es un factor determinante para garantizar una implantación efectiva de las soluciones de mejora enfocada a resultados.

El desarrollo de una cultura preventiva basada en el comportamiento seguro es un factor clave en el éxito de nuestras intervenciones. Gamesa define como pauta el “Aprendizaje del gesto profesional” y promueve hábitos saludables como el ejercicio físico y ejercicios de movilización y estiramiento, tanto dentro como fuera del entorno de trabajo.

La formación es una herramienta preventiva eficaz para evitar los trastornos musculoesqueléticos; Gamesa ha instaurado su Facultad, con el objetivo de trasladar el conocimiento integral de la organización para mejorar el bienestar de sus trabajadores.

Nuestro sistema integrado de gestión garantiza el retorno de experiencia de dichas intervenciones, desarrollando documentos específicos como son las lecciones puntuales, notas logísticas, especificaciones funcionales y *best practices*.

Nuestra experiencia en el análisis de los riesgos existentes nos ha permitido también el desarrollo de una nueva metodología de evaluación de riesgos a nivel mundial, centrando nuestras oportunidades de mejora y la toma de decisiones apropiadas para lograr nuestra meta de cero incidentes.

La integración de los aspectos ergonómicos en el diseño de nuestros procesos y productos es clave de éxito. Gamesa desarrolla herramientas técnicas de diseño, así como fichas divulgativas derivadas de las mismas.

Parte fundamental de la gestión del comportamiento es el desarrollo de los valores y principios en materia preventiva a través de campañas de sensibilización y concienciación de los riesgos. Nuestra cultura se basa en la promoción de la salud, y no exclusivamente en la gestión de los sucesos.

Los beneficios de esta experiencia eficaz en la prevención de trastornos musculoesqueléticos son:

- Excelente oportunidad para desarrollar una cultura preventiva.
- Reforzar el compromiso de mejora continua en orden de consolidar la observación de las mejores prácticas y estándares guiados por criterios de excelencia.
- Mejora nuestra imagen corporativa y la percepción de la gestión del bienestar, con la consiguiente mejora del clima social.
- Apuesta por el desarrollo sostenible y el espíritu preventivo.
- Ejemplo de integración de la prevención.

Para Gamesa, mantenerse como referente en el mercado pasa también por disponer de una rigurosa política integral en materia de seguridad y salud, calidad y



medio ambiente, que promueva un entorno de trabajo seguro, que prime el trabajo bien hecho y que concilie con el cuidado de nuestro entorno natural.

La seguridad y salud de los trabajadores, la calidad de todos sus productos y servicios y el respeto al entorno y el medio ambiente son aspectos claves de esta estrategia de la compañía y elementos fundamentales de la gestión de cada uno de sus profesionales.

TALLER 7: TERMINOLOGÍA ENFERMERA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Carlos García Valdespina

Enfermero del Trabajo.

El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, especifica que la enfermería debe dejar reflejado en la historia clínica del paciente:

- Los diagnósticos enfermeros NANDA resueltos que sean de interés para posteriores cuidados.
- Los diagnósticos de enfermería NANDA actualmente activos o presentes tanto reales como potenciales.
- Los resultados de Enfermería NOC, seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas.
- Las intervenciones NIC, que se están llevando a cabo en el momento de redacción del informe.

La utilización de esta terminología enfermera NANDA-NOC-NIC (NNN) se realizará dentro del proceso de atención de Enfermería (PAE). El PAE es la aplicación del método científico en la práctica enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Durante el Taller de Terminología Enfermera para especialistas en Enfermería del Trabajo, y partiendo de la descripción de los principales diagnósticos NANDA utilizados por estos especialistas, se trabajará en el desarrollo de diferentes planes de cuidados, incluyendo los resultados de enfermería NOC y las intervenciones NIC.



ÍNDICE DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN LAS JORNADAS INTERCONGRESOS DE LA SEMST/BILBAO 2011

ADAPTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD: UN ANÁLISIS BIOÉTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RESIDENTE

Luz María Montoya Martínez (ponente), **César Escalante Sánchez**, **Esperanza Álvarez Maeztu**, **Teresa Mendoza Altuna**

Hospital de Cruces, Bilbao.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL TURNO DE NOCHE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. RESULTADOS PRELIMINARES

(1) R. Bausà Peris, **(1) L. Navarro Blasco** (ponente), **(1) M. Ruiz Herrerías**, **(2) A Selva Olid**

(1) Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. (2) Servicio de Epidemiología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

APLICACIÓN DE CRITERIOS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA IDENTIFICACIÓN DE CONSUMOS DE ALCOHOL

J. González Caballero (ponente)

Instituto Nacional de la Seguridad Social.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA EMPRESA DEL SECTOR METAL

(1) Susana Fierro González, **(2) Luísl Blázquez Fernández**

(1) MAPSA Soc. Coop. Enfermera del Trabajo, Orkoien, Navarra. (2) MAPSA Soc. Coop. Médico del Trabajo, Orkoien, Navarra.

DISEÑO DEL ESTUDIO TIROVAL: PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO (HS) Y ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO EN MUJERES LABORALMENTE ACTIVAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

(1) Victoria Martínez Sanz (ponente), **(2) Palmira Marugán Gacimartín**, **(3) Rosana Iborra García**, **(4) Francisco V. Fornés Úbeda**

(1) Telefónica Valencia. (2) EMT Valencia. (3) Ayuntamiento de Valencia. (4) Policía Local Valencia.

EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA UNA MINIMIZACIÓN DEL RIESGO EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

(1) M. Unanue Ibáñez, **(2) Carlos Fernández Téllez**, **(3) Ester Vaquero Sáez**, **(4) M. Aránzazu Errazkin Ugarte**

(1) Médico Salud Laboral, UBP Hospital, Arrasate, Gipuzkoa. (2) DUE Salud Laboral, UBP Hospital, Arrasate, Gipuzkoa. (3) Supervisora Hospitalización, Arrasate, Gipuzkoa. (4) Médico Salud Laboral, UBP Hospital, Irun, Gipuzkoa.

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA PROMOCIONAR LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN LOS TRABAJADORES DE TRANSPORTES METROPOLITANOS DE BARCELONA (TMB)

Nerea Ventura Zorrilla (ponente), **Marta Espinos Aritzi**, **Ángel Mencías Valero**, **Montserrat Sisa García**

Transportes Metropolitanos de Barcelona.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA

Esperanza Alonso Jiménez (ponente), **M.^a Victoria Cortés Arcas**, **Ana Fernández Meseguer**, **Tomás Gómez Larios**, **Julián Martín Barallat**, **Juan C. Sainz Gutiérrez**

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN DOS UNIDADES MÉDICAS DE UN ORGANISMO DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

Esperanza Varo León, **Teresa Olalla García**

Médico Inspectora. Dirección Provincial INSS. Madrid.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESLUMBRAMIENTO EN CONDUCTORES DE AUTOBÚS URBANO

Palmira Marugán (ponente)

EMT Valencia.

EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD MÉDICA DE UN ORGANISMO DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO, AÑOS 2005-2011

Teresa Olalla García (ponente), **Enrique Luna Porta**, **Juan Antonio Martínez Herrera**, **Luis Sánchez Galán**

Médico Inspector. Dirección Provincial INSS. Madrid.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS TIROIDEOS EN MUJERES SOMETIDAS A RECONOCIMIENTO MÉDICO LABORAL

Javier López Pérez

Spril Norte, S. L.

IMPACTO DE IMPLANTACIÓN DE UNA MEDIDA PREVENTIVA EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

J. B. Borda Olivas (ponente), **B. Cabrero Martín**, **M. L. Arredondo Velez**, **E. Tovar Benito**

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

LA REGLA DEL MÁXIMO Y FINAL EN SALUD LABORAL

(1) M. C. Gutiérrez Díez (ponente), **(1) A. Suárez Rodríguez**, **(2) R. Eiró Alonso**

(1) Médico Residente Medicina del Trabajo, Unidad Docente de Salud Laboral de Cantabria, Dispositivo Mutua Montañesa MATEPSS n.º 7, Santander, Cantabria. (2) Médico Residente Medicina del Trabajo, Unidad Docente de Salud Laboral de Cantabria, Dispositivo Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

METODOLOGÍA PARA VALORAR LA APTITUD

Jesús Goicoechea Iribarren

Hospital Galdakao Usansolo.

RIESGOS DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO QUIRÚRGICO EN TRABAJADORES SANITARIOS

(1) J. B. Bordas Olivas (ponente), **(1) A. de la Ossa González**, **(2) L. Clemente Yélamos**, **(1) M. A. Maestre Naranjo**

(1) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.



VALORACIÓN DEL RIESGO DE ESTRÉS TÉRMICO EN PUESTOS DE SOLDADURA MEDIANTE EL ÍNDICE WBGT
Eugenio Muñoz Camacho
 Escuela Politécnica Superior-UDC.

VIDEOCONFERENCIA ENTRE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, UNA NUEVA FORMA DE COMUNICACIÓN Y TRANSMISIÓN DE EXPERIENCIAS
(1) Victoria López Clemente, (1) Pilar Peña García, (2) Rafael Padros Selma, (2) Roser Bausa Peris
 (1) Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. (2) Hospital de la Santa Creu y Sant Pau.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO NOTIFICADAS DURANTE EL 2009 Y 2010

(1) Montserrat Puiggené Vallverdú (ponente), **(2) Helena Galdeano Bonel**
 (1) Responsable USL. Unitat de Salut Laboral-Regió Sanitària Lleida i RS Alt Pirineu i Aran. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Lleida. (2) Unitat de Salut Laboral-Regió Sanitària Lleida i RS Alt Pirineu i Aran. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Lleida.

ÍNDICE DE PÓSTERES PRESENTADOS EN LAS JORNADAS INTERCONGRESOS DE LA SEMST/BILBAO 2011

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA COMO MECANISMO FRENTE A LA PROLIFERACIÓN DE *LEGIONELLA*
(1) A. Apellániz González (ponente), **(2) E. Gea-Izquierdo**
 (1) Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Facultad de Medicina y Odontología. (2) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

NECESIDAD PREVENTIVA DE LENTES PROGRESIVAS DE SEGURIDAD EN PUESTOS DE TRABAJO EN UNA INDUSTRIA MATRICERA
(1) A. Pascual Izaola (ponente), **(1) A. Apellániz González, (2) J. A. Libano Amézaga**
 (1) Médico del Trabajo. (2) DUE Empresa.

EMBARAZO-LACTANCIA Y ACTIVIDAD LABORAL. ¿ES POSIBLE?
(1) Carlos Fernández Téllez, (2) M. Arritokieta Unanue Ibáñez, (3) M. Dolores Arratibel Mendizábal, (4) M. Teresa Bustinduy Bascaran
 (1) Hospital Alto Deba. DUE Salud Laboral, UBP Hospital, Arrasate, Gipuzkoa. (2) Hospital Alto Deba. Médico Salud Laboral, UBP Hospital, Arrasate, Gipuzkoa. (3) Hospital Bida-soa. DUE Salud Laboral, UBP Hospital, Irun, Gipuzkoa. (4) Hospital Mendaro. DUE Salud Laboral, UBP Hospital, Mendaro, Gipuzkoa.

EFICACIA DEL MÉTODO PRONOKAL® PARA LA PÉRDIDA DE PESO EN COMPARACIÓN CON UNA DIETA HIPOCALÓRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS PRIMEROS SEIS MESES
Ignacio Sajoux (ponente)
 Medical Adviser, Pronokal, Barcelona.

EFICACIA DE LA DIETA PROTEINADA PARA LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN COMPARACIÓN CON UNA DIETA HIPOCALÓRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS PRIMEROS DOS MESES DE TRATAMIENTO
Ignacio Sajoux
 Medical Adviser, Pronokal, Barcelona.

MAPA DE RIESGOS PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL COMARCAL
Concepción Aristimuño Arizaga (ponente), **María Rosario Hidalgo García, Nuria Pedrosa Chamorro, Isabel de la Piedad Mendia**
 Hospital Zumarraga.

CONTROL MICROBIOLÓGICO DE *LEGIONELLA* EN SISTEMAS DE ENFRIAMIENTO EVAPORATIVO: INTERVALOS DE CONCENTRACIÓN Y RIESGO POTENCIAL
(1) A. Apellániz González (ponente), **(2) E. Gea-Izquierdo**
 (1) Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Facultad de Medicina y Odontología. (2) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

ACTUACIÓN SANITARIA ANTE PINCHAZO ACCIDENTAL CON AGUJA SUBCUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO
(1) Gorka Vallejo de la Hoz, (1) Maite del Hierro Gurruchaga, (2) Leire Reglero García, (3) Olatz Apellániz Calderaro
 (1) E. U Enfermería Leioa. (2) Hospital Basurto. (3) Osakidetza.

VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
(1) Gorka Vallejo de la Hoz, (1) Maite del Hierro Gurruchaga, (2) Leire Reglero García, (3) Olatz Apellániz Calderaro
 (1) E. U Enfermería Leioa. (2) Hospital Basurto. (3) Osakidetza.

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES
Dulce M.ª Platero García (ponente), **Margarita Álvarez Gutiérrez, Víctor Manuel Hermida Argente del Castillo, Juan Castañón Álvarez**
 Hospital Cabueñes, Gijón.

ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EMPRESA DEL SECTOR METAL
Susana Fierro González
 MAPSA, Soc. Coop. Enfermera del Trabajo, Orkoien, Navarra.



DISPERSIÓN DE *LEGIONELLA* A TRAVÉS DEL RIEGO DE INSTALACIONES DEPORTIVAS

(1) A. Apellániz González (ponente), **(2) E. Gea-Izquierdo**
(1) Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Facultad de Medicina y Odontología. (2) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

LAS AGRESIONES A MÉDICOS

Rafael Rodríguez Fernández (ponente)
Centro de Salud "Fuensanta".

SEGURIDAD LABORAL A BORDO: INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES EN BUQUES MERCANTES

Raúl García Bercedo (ponente)
ETS de Náutica y Máquinas Navales de la Universidad del País Vasco UPV/EHU.

CÓMO REDUCIR EL N.º DE BAJAS POR PATOLOGÍA DE ESPALDA Y/O REDUCCIÓN DE LA DURACIÓN DE LAS MISMAS

Juan Carlos de la Cruz (ponente)
Bridgestone, Bilbao.

FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LOS NUEVOS GRADOS (INGENIERÍA MARINA E INGENIERÍA NÁUTICA Y TRANSPORTE MARÍTIMO) DE LA UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

Amaia Castaños Urkullu (ponente)
Universidad del País Vasco UPV/EHU.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON EN EL CABILDO INSULAR DE TENERIFE

(1) Antonio Javier Cortés Aguilera (ponente), **(1) Juan Enciso Higuera**, **(2) Carlos Manuel Reyes González**, **(2) Mercedes Hernández Casal**
(1) Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo. Servicio de Prevención Propio del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife. (2) Médico especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención Propio del Excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife.

VIGILANCIA DE LA SALUD EN TRABAJADORES POSTEX-PUESTOS A AMIANTO. ¿LLEGAMOS TARDE?

Martín Recalde Aldunate (ponente), **Valentín Martín Monge**, **Belén Sanz Lumbier**, **Elena Ruza Paz-Curbera**
Prevención Navarra.

DIEZ REGLAS QUE PUEDEN SALVARTE LA VIDA

Javier Guiral Alda (ponente)
Gamesa Corporación Tecnológica.

CORRELACIÓN ECOGRÁFICO-HISTOLÓGICA EN UN CASO DE LIPOATROFIA SEMICIRCULAR LOCALIZADA

(1) F. Oliveros Rodríguez (ponente), **(2) R. Linares García-Valdecasas**, **(2) E. Cuerda Galindo**, **(3) J. Montáns Araujo**
(1) BP Oil España. (2) Universidad Rey Juan Carlos. (3) Centro Anatomopatológico de Madrid.

CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN TRABAJADORA

(1) J. A. Gelpi Méndez, **(1) S. Madrazo Regidor** (ponente), **(1) E. Farre Perejuán**, **(2) J. A. Pinto Blázquez**, **(2) E. Alonso Jiménez**, **(2) J. Marín David**
(1) Madrid. (2) Cáceres.

HERRAMIENTAS PARA VALORACIÓN DE APTITUD EN OSAKIDETZA

(1) César Escalante Sánchez (ponente), **(2) Luz María Montoya Martines**, **(3) Esperanza Álvarez Maetzu**, **(3) Borja González Robledo**
(1) MIR4, Osakidetza. Hospital de Cruces, Barakaldo. (2) MIR3, Osakidetza. Hospital de Cruces, Barakaldo. (3) FEM, Osakidetza. Hospital de Cruces, Barakaldo.

DESPISTAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN LA AUTORIDAD PORTUARIA DE BILBAO

J. G. Calvo Larrondo (ponente), **M. Bouza García**, **A. Ojanguen Bergaz**; **D. Etxebarria García**
Puerto de Bilbao.



Bienvenido a la Prevención



La Prevención de Riesgos Laborales en Internet

www.prevention-world.com



MÁS VIDA PARA CADA VIDA

En **Oximesa** somos **líderes** en servicios de salud a domicilio. Nuestra experiencia nos permite dar respuestas al gran reto sanitario del siglo XXI, la **atención domiciliaria al paciente crónico**.



OXIMESA
GRUPO PRAXAIR