



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y DEL TRABAJO DE
SORIA

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

TRABAJO FIN DE GRADO

**Prevención de Riesgos Laborales en el sector
sanitario: la siniestralidad en la Gerencia de
Asistencia Sanitaria de Soria**

Presentado por Blanca Uriel Vega

Tutelado por José Pedro Gómez Cobo

Soria, septiembre de 2018

CET

FACULTAD de CIENCIAS EMPRESARIALES y del TRABAJO de SORIA



Agradecer a Felipe Las Heras García, jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y a Luis Lázaro Vallejo, Director de Recursos Humanos de la GASSO por la colaboración prestada.

“A mis padres por su apoyo, dedicación, aportaciones y consejos”



ÍNDICE

BLOQUE 1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	6
1.2 Objetivos	7
1.3 Metodología	7
BLOQUE 2. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO: LA SINIESTRALIDAD EN LA GASSO	9
Apartado 1. Seguridad y salud en el trabajo: perspectiva jurídico- preventiva	9
1.1 Marco normativo	9
1.2 Seguridad y salud. La salud en el trabajo	10
1.3 Factores de riesgo	12
1.4 Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional	17
1.4.1 Accidente de Trabajo.....	18
1.4.2 Enfermedad Profesional	18
Apartado 2. La Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Pública. La Administración sanitaria	20
2.1 Protección de los trabajadores: evolución histórica	20
2.2 Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Pública.....	23
2.2.1 Peculiaridades de la Administración en materia preventiva.....	23
2.2.2 Los Servicios de Prevención en la Administración Pública.....	26
2.3 Prevención de Riesgos Laborales en Castilla y León, la Administración sanitaria y la Administración sanitaria de Castilla y León: comparativa	28
Apartado 3. Estudio de la siniestralidad en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.....	30
3.1 Índices de siniestralidad.....	30
3.2 Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.....	31
3.3 Análisis y evolución de la siniestralidad en la GASSO.....	32

BLOQUE 3. CONCLUSIONES	39
BLOQUE 4. BIBLIOGRAFÍA	42
BLOQUE 5. ANEXOS.....	45

BLOQUE 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

Tras terminar mis Prácticas Externas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), escoger el tema de mi Trabajo de Fin de Grado no fue complicado. Allí tuve la oportunidad de conocer desde dentro la organización y funcionamiento de la Administración, así como los aspectos que diferencian una entidad pública de una privada.

Durante el tiempo que estuve en el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales me di cuenta de la gran importancia que tiene la labor que desarrollan los profesionales que en él trabajan, especialmente teniendo en cuenta que en el ámbito sanitario existen todo tipo de riesgos y se debe atender a una extensa plantilla, la más numerosa de la provincia. Debido a que analizar la Prevención de Riesgos Laborales en términos generales es inabarcable, decidí acotar el campo de estudio a la Administración, en particular al SACYL en Soria.

Sin duda, el éxito de toda organización pasa por el cuidado y protección de su activo más importante, el capital humano, objetivo que se alcanza plenamente con la integración de la Prevención de Riesgos Laborales en su estructura, en todos sus niveles y actividades. Una política adecuada de seguridad y salud favorece un ambiente de trabajo seguro, repercutiendo de manera positiva tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo, dando como resultado una mayor satisfacción y motivación en la plantilla, que será más productiva, y, consecuentemente, beneficios superiores para la empresa. Además, se traduce en una menor incidencia de los factores de riesgo, y por lo tanto, de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Recopilar estos datos, además de ser un imperativo legal, permite calcular los índices de siniestralidad y conocer su evolución, pudiendo así la empresa gestionar los recursos humanos de manera más eficiente. Esta información no es útil únicamente para el Departamento de Prevención, para tomar las medidas correspondientes, sino que de manera periódica, la Dirección, guiada por Recursos Humanos, debe analizarlos para tomar las decisiones oportunas en cuanto a contratación, con las consecuencias que ello supone para el presupuesto, lo que evidencia la transversalidad de esta disciplina.

En muchas ocasiones, la labor sanitaria de atender los efectos de accidentes y enfermedades en otros sectores, hace olvidar que en este ámbito existen nuevos, numerosos y diversos riesgos que afectan a un gran número de trabajadores. La importancia de este sector y de la Administración en Soria, de conocer los datos de siniestralidad y su interpretación, junto con lo expuesto anteriormente, han sido los principales motivos para analizar la Prevención en la Administración sanitaria, con sus características y particularidades, así como los índices de siniestralidad de los últimos cuatro años.

1.2 Objetivos

En este contexto, los objetivos que con este trabajo se pretenden alcanzar son:

- Informar sobre la normativa que ha dado lugar al actual panorama preventivo en España y la relación entre trabajo y salud.
- Conocer y clasificar los diferentes factores de riesgo existentes y establecer los daños a los que su exposición laboral puede dar lugar: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, así como diferenciar estos dos conceptos.
- Estudiar la evolución histórica de la Prevención y protección a los trabajadores.
- Determinar las características que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece para la Administración Pública y sus obligaciones y particularidades en esta materia.
- Definir los puntos comunes y diferencias en la Administración en general y sanitaria en particular dentro del territorio nacional.
- Comparar la realidad preventiva en la Administración de Castilla y León, la Administración Sanitaria nacional y en nuestra comunidad: normativa, Servicio de Prevención, participación de los trabajadores e instrumentos de control.
- Realizar un estudio de la siniestralidad en la GASSO en el periodo 2014-2017, con los siguientes objetivos específicos:
 - Analizar los datos facilitados por el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales de la GASSO: distribución genérica de los accidentes e incidencia de los contaminantes biológicos.
 - Calcular e interpretar los índices de siniestralidad para este periodo.
 - Estudiar la evolución de cada índice de acuerdo con las magnitudes que lo definen.

1.3 Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, la metodología que se ha seguido ha sido, en primer lugar, la revisión de la estructura legal y técnico-preventiva existente para analizar una serie de conceptos teóricos necesarios para el desarrollo de la parte práctica. De esta manera, el primer apartado analiza la relación existente entre seguridad y trabajo y los principios preventivos que en todo momento deben tenerse en cuenta. Posteriormente, se clasifican los factores de riesgo que dan lugar a Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, conceptos que se explican detalladamente, así como las principales diferencias entre ambos. Para la redacción de este apartado se ha consultado diferente bibliografía sobre factores de riesgo, daños derivados del trabajo y la normativa que lo regula.

Para la elaboración del segundo apartado, se ha sintetizado el proceso que ha seguido la protección social desde 1900 hasta la actualidad. A continuación, se establecen las principales características de la Administración en materia preventiva, enumerando los deberes y especificaciones de los organismos.

Como último punto, se ha procedido a comparar los servicios de Prevención, la participación y representación de los trabajadores y los instrumentos de control existentes en diferentes ámbitos de la Administración. Para todo ello, se ha consultado la legislación aplicable en cada organismo, manuales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y otras entidades públicas.

El objetivo del último apartado es el estudio general de la siniestralidad, la obtención de los índices de la GASSO y el estudio de su evolución mediante el cálculo y análisis de los mismos, así como un pequeño estudio de la organización. Para ello, se han realizado las operaciones necesarias para hallar los índices a partir del estudio completo de los datos facilitados por el Departamento de Prevención y de la Memoria 2017, elaborado gráficas de cada Índice y comentado su evolución de manera individual.

Para finalizar el trabajo, se repasan las principales conclusiones obtenidas de cada uno de los apartados y las específicas de la parte práctica.

BLOQUE 2. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO: LA SINIESTRALIDAD EN LA GASSO

Apartado 1. Seguridad y salud en el trabajo: perspectiva jurídico-preventiva

El primer objetivo de este estudio es hacer un breve repaso del principal marco normativo en base al cual se ha estructurado la Prevención de Riesgos Laborales en España, así como de los conceptos más importantes que han dado lugar a la visión prevencionista contemporánea.

El capítulo finaliza con una revisión de los factores de riesgo existentes clasificados en función de su naturaleza.

1.1 Marco normativo

Aunque la legislación en materia preventiva es extensa y variada, el contexto nacional actual se ha cimentado sobre seis pilares principales:

La Constitución Española de 1978 reconoce, en su artículo 15, como derecho fundamental la integridad física y moral y encomienda, en el artículo 40.2, a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

El Estatuto de los Trabajadores¹, en su artículo 4.2, identifica los derechos a la integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene. El artículo 5 enumera, dentro de los deberes de todo trabajador, el de observar las medidas de seguridad e higiene. El artículo 19 está dedicado íntegramente a la seguridad e higiene en el trabajo, los artículos 62 y 63 hacen referencia a las funciones de los delegados de personal y del comité de empresa respectivamente.

En tercer lugar, la Ley General de Seguridad Social (LGSS)² establece las responsabilidades, cotizaciones, prestaciones sanitarias y económicas y, como se verá más adelante, define los conceptos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales³ (LPRL) se aprobó a finales de 1995 como imperativo legal de la Unión Europea a sus estados miembro para que adecuaran la normativa en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo a lo dispuesto en la Directiva 89/391/CEE (Directiva Marco). También hace referencia a las Directivas sobre protección de la maternidad (92/85/CEE), protección de los jóvenes (94/33/CEE) y trabajo temporal (91/383/CEE), al ya mencionado artículo 40.2 de la Constitución, al 118A del Acta Única Europea y al Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo.

¹ España. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *BOE núm. 255*, de 24 de octubre de 2015.

² España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *BOE núm. 261*, de 31 de octubre de 2015.

³ España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE núm. 269*, de 10 de noviembre de 1995.

Los principios fundamentales que defiende esta Ley son la eficacia, coordinación y participación. Por ello, su propósito es fomentar una auténtica cultura preventiva promocionando la formación en esta materia en todos los niveles educativos, involucrando a la sociedad en su conjunto. Representó un punto de inflexión respecto al modelo, hasta entonces en vigor, de las relaciones entre empresarios, trabajadores y Administraciones Públicas.

El primer Real Decreto que se publicó tras la LPRL fue el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)⁴. Regula la obligación de incluir la Prevención en todos los niveles jerárquicos y actividades que se realicen, los procedimientos de evaluación de riesgos, la necesidad de implantar un plan de Prevención, realizar evaluaciones de riesgos y planificar la Prevención. Enumera, así mismo, las diferentes modalidades preventivas en función del tamaño y actividad de la empresa.

Por último, las Guías y Notas Técnicas de Prevención elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como herramientas técnicas de consulta. Su finalidad es ayudar a la interpretación de los reglamentos derivados de la LPRL y servir como instrumento técnico de apoyo y consejo para el cumplimiento de los requerimientos legales.

1.2 Seguridad y salud. La salud en el trabajo

Trabajo y salud son términos interdependientes: la actividad laboral contribuye al pleno desarrollo del ser humano al proporcionar recursos económicos, prestigio social, oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas o contactos sociales. Pero si en el lugar en que se desarrolla existen factores de riesgo, éstos pueden afectar de manera negativa a la salud de los trabajadores. De acuerdo con González Muñoz, pasamos aproximadamente una tercera parte de nuestra vida trabajando, por lo que la exposición a estos factores es recurrente y elevada, aunque no siempre homogénea, ya que es en determinados sectores en los que se concentra un mayor número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Para completar la relación entre trabajo y salud hay que hacer referencia al concepto de riesgo, concretamente al de riesgo laboral. La LPRL, en su artículo 4, lo define como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valoran conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo. Para ésta última se deben tener en cuenta tanto las partes del cuerpo que pueden verse afectadas como la propia naturaleza del daño, que puede ser ligeramente dañino, dañino o extremadamente dañino. Así mismo, la probabilidad será alta si el daño ocurre siempre o casi siempre, media cuando éste se materialice en algunas ocasiones y baja cuando se dé rara vez. Teniendo en cuenta estas dos magnitudes, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), organismo por excelencia en materia de PRL, propone el siguiente modelo binario de evaluación de riesgos: $\text{Riesgo} = \text{Probabilidad} \cdot \text{Consecuencias}$.

⁴ España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE núm. 27*, de 31 de enero de 1997.

Tabla 1.1: Modelo para estimar los niveles de riesgo

		Niveles de riesgo		
		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino LD	Dañino D	Extremadamente Dañino ED
Probabilidad	Baja B	Riesgo trivial T	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO
	Media M	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I
	Alta A	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I	Riesgo intolerable IN

Fuente: INSHT

Pero, ¿qué implica cada nivel de riesgo? Ante un riesgo trivial, la empresa no está obligada a llevar a cabo una acción específica. Cuando se trata de un riesgo tolerable, la empresa tampoco tiene la obligación de imponer medidas pero sí plantearse ciertas mejoras y asegurar la eficacia de las ya instauradas. Ante un riesgo moderado, se deben establecer medidas preventivas en un periodo de tiempo determinado. Un riesgo importante supone la paralización de la actividad hasta eliminar o disminuir el mismo, lo que debe hacerse de manera prioritaria. Cuando se haya valorado un riesgo como intolerable, la actividad se paralizará hasta que esta calificación disminuya.

Igualmente, el artículo 4 de la LPRL define la Prevención como el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Como tal, la Prevención de Riesgos Laborales se estructura en base a los principios enumerados en el artículo 15 de la LPRL:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la Prevención buscando un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Por lo tanto, teniendo siempre presentes estos principios, el fin es preservar, y siempre que sea posible, mejorar la salud de los trabajadores. La OMS define salud como *“el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o enfermedad”*. Y es que el trabajo cuando se realiza en condiciones seguras es, en muchas ocasiones, el único modo de alcanzar esa triple dimensión de salud, principal objetivo de la PRL. Pero también puede actuar negativamente sobre el bienestar de los empleados, dando lugar a los ya definidos daños derivados de él, ya sea por la existencia de factores de riesgo o por el desgaste físico y psíquico que puede suponer.

1.3 Factores de riesgo

El vertiginoso ritmo al que cambian las condiciones de trabajo hace que la naturaleza de los riesgos laborales sea muy amplia y diversa. Este apartado analiza los factores del proceso productivo, los diversos agentes contaminantes presentes en la esfera laboral, las dimensiones física y mental de la tarea y su componente social, cuya característica común es su capacidad para ocasionar accidentes e influir en la aparición de enfermedades.

Tabla 1.2: Clasificación de los factores de riesgo

FACTOR DE RIESGO LABORAL	CLASIFICACIÓN		DAÑO DERIVADO DEL TRABAJO	ESPECIALIDAD PREVENTIVA	
Condiciones materiales de seguridad	Estructurales: pasillos, escaleras, instalación eléctrica, etc.		Accidente de Trabajo	Seguridad Laboral	
	Manejo de equipos de trabajo: elementos fijos y móviles, herramientas, etc.				
Condiciones medioambientales	Contaminantes químicos	Forma de presentarse: aerosol, gas, vapor	Enfermedad Profesional Accidente de Trabajo	Higiene Industrial	
		Daños sobre el organismo: irritantes, corrosivos, nemoconióticos, anestésicos y narcóticos, sensibilizantes, asfixiantes, cancerígenos, teratógenos y mutágenos			
	Contaminantes físicos	Ruido (Energía mecánica)			Más de 80 dB: perjudicial
					100 – 120 dB: umbral doloroso
					Más de 140 dB: nocivo
		Vibraciones (Energía mecánica)			Parte del cuerpo expuesta: - Mano – brazo - Globales (todo el cuerpo)
					Frecuencia: - Muy baja: < 2 Hz - Baja: 2-20 Hz - Alta: 20-1.000 Hz
Temperatura (Energía térmica)	Calor Frío				
Radiaciones (Energía electromagnética)	Ionizantes No ionizantes				
Contaminantes biológicos	Virus Bacterias Protozoos Hongos Endoparásitos	Riesgo de infección (RD 664/1997): - Grupo 1 - Grupo 2 - Grupo 3 - Grupo 4			
Carga de trabajo	Carga física de trabajo	Depende de: - Esfuerzo físico - Postura de trabajo - Movimientos repetitivos - Manipulación manual de cargas	Accidente de Trabajo Fatiga física y mental	Ergonomía	
	Carga mental de trabajo	Incluye aspectos: Da lugar a: - Cuantitativos - Sobrecarga - Cualitativos - Subcarga			
Factores psicosociales y organizativos	Factores de organización temporal	Jornada, trabajo a turnos y nocturno, etc.	Daños físicos, psicológicos y sociales	Psicosociología	
	Factores dependientes de la tarea	Trabajo con incentivos, monotonía, complejidad, etc.			

Fuente: elaboración propia

Para completar la tabla, cabe añadir a estos cuatro factores los humanos: aquellos provocados por el hombre, por un mal desarrollo, consciente o inconsciente, de su trabajo, es decir, todo comportamiento y actitud peligrosos. Mencionar también la Medicina del Trabajo como la quinta técnica preventiva: aquella que se hace cargo de la promoción de la salud, curación de enfermedades y su rehabilitación, estando vinculada con todos los factores de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo.

A continuación, se desarrolla la clasificación de los factores resumidos en la tabla:

- a) Condiciones materiales de seguridad: el conjunto de requisitos que deben cumplir instalaciones, equipos, productos, etc. de cara a evitar la materialización de accidentes. Entre ellos destacan las características de los lugares de trabajo (RD 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo), uso de máquinas, herramientas y equipos de manipulación o transporte, la existencia de riesgo eléctrico (presente en prácticamente todas las instalaciones, ya sean o no laborales), riesgo de incendio, mantenimiento y señalización de seguridad.
- b) Condiciones medioambientales: los contaminantes, cuyo número y variedad se han multiplicado en los últimos años, suponen una de las clases más importantes de los factores de riesgo. Su presencia en los lugares de trabajo favorece la aparición de enfermedades, estableciendo una relación causa-efecto. Castejón hace referencia al descenso de los niveles de contaminación en el puesto de trabajo, contrariamente a lo que ha ocurrido con el medio ambiente exterior. Esta mejora cuantitativa ha supuesto un empeoramiento cualitativo: a diario estamos en contacto con miles de sustancias químicas de las que apenas se conocen sus efectos en el ser humano. Un contaminante es toda sustancia, energía o ser vivo presente en el medio laboral, que, en concentración suficiente, puede afectar a la salud de las personas que entren en contacto con él. Atendiendo a su naturaleza se pueden clasificar en contaminantes químicos, biológicos o físicos.
 - i. Contaminante químico: toda sustancia inerte orgánica o inorgánica que puede incorporarse al aire en forma de molécula individual o agregados moleculares, en cantidad suficiente para producir daños en la salud de quienes entran en contacto con él.
Estos contaminantes son absorbidos, distribuidos, metabolizados y finalmente eliminados (proceso conocido por sus siglas como ADEME) por el organismo. Su naturaleza y estado físico son los principales factores que condicionan la vía de entrada: respiratoria, dérmica, digestiva y parenteral.
 - ii. Contaminante físico: la exposición laboral a estos contaminantes hace alusión a las diferentes formas de energía agresivas presentes en el lugar de trabajo: mecánica, térmica y electromagnética. Este tipo de agentes suelen actuar sobre nuestro organismo de manera paulatina, dando lugar a medio y largo plazo a enfermedades profesionales.

- Ruido: este es el contaminante presente con mayor frecuencia en el entorno, ya sea o no laboral. Se define como todo sonido molesto y no deseado, inútil y peligroso para la salud. La escala usual de medida es el decibelio (dB).
- Vibraciones: movimientos oscilatorios de las partículas de los cuerpos sólidos respecto a una posición de referencia transfiriendo energía mecánica a objetos o al cuerpo humano. Según la OIT, la exposición a vibraciones se produce cuando se transmite a alguna parte del cuerpo el movimiento oscilante de una estructura sólida capaz de producir un efecto nocivo o molestia. Esta definición es muy similar a la de ruido, y es que frecuentemente ambos emanan de la misma fuente, pero mientras que el ruido afecta principalmente al oído, las vibraciones actúan sobre todo el cuerpo. Se miden en hertzios (Hz).
- Energía térmica: es la energía que influye en la temperatura de los lugares de trabajo. Las condiciones termohigrométricas incluyen las variables de temperatura, humedad y ventilación en el ambiente laboral. La exposición a calor o frío extremo supone una situación potencial de riesgo para la salud de los trabajadores, ya que el ser humano necesita mantener una temperatura interna constante. Para ello, el organismo, mediante su sistema de autorregulación, mantiene una temperatura en torno a los 37° C, aunque el intervalo de supervivencia se extiende desde los 26 a los 44° C.

Tabla 1.3: Temperatura corporal y efectos sobre la salud

44° C	Golpe de calor
42° C	- convulsiones, coma
41° C	- piel caliente y seca
40° C	Hiperpirexia
38° C - 36° C	Intervalo de temperatura normal
34° C	Tremenda sensación de frío
33° C	Hipotermia
32° C	- descenso de la frecuencia cardiaca, hipotensión
30° C	- somnolencia, apatía
28° C	- musculatura rígida
26° C	Límite inferior de supervivencia: - parada cardiaca, fibrilación

Fuente: Espluga, J.; Caballero, J. (2005): *Introducción a la Prevención de Riesgos Laboreles. Del trabajo a la salud*. Barcelona, Editorial Ariel SA

- Radiaciones: forma de energía de naturaleza electromagnética (en forma de onda) o corpuscular (partículas subatómicas), que no necesitan de ningún soporte material para desplazarse y, si es lo suficientemente intensa, es capaz de atravesar los objetos que encuentra a su paso.

En función de la frecuencia se distinguen radiaciones ionizantes (de alta frecuencia y capaces de ionizar la materia sobre la que inciden, lo que da lugar a alteraciones de las moléculas de los organismos) y no ionizantes (desde muy bajas a medias frecuencias que no tienen suficiente poder para incidir sobre el cuerpo, pero destacan por su amplia presencia en numerosos puestos de trabajo: radiación ultravioleta, infrarroja, láser o microondas). El conjunto de ellas constituye el espectro electromagnético.

- iii. Contaminante biológico: el RD 664/1997⁵ lo define como *"microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptible de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad"*. Las fuentes de infección pueden ser los propios humanos, animales enfermos, muestras biológicas, el aire o el suelo, por lo que estos contaminantes pueden afectar a la población en general o a quienes se encuentran expuestos a nivel laboral, lo que se da con mayor frecuencia.

- c) Carga de trabajo: conjunto de demandas físicas y mentales de las actividades laborales para quienes las desempeñan. En mayor o menor medida todo trabajo conlleva cierta parte de actividad física y otra de actividad mental, lo que supone la realización de un esfuerzo, que de no estar adecuadamente dimensionado puede dar lugar a problemas de salud. La continua introducción de tecnología en todos los sectores ha dado lugar a la disminución de las exigencias físicas y al aumento por el contrario los esfuerzos psíquicos.

- i. Carga física de trabajo: requerimientos físicos a los que un trabajador está sometido durante la jornada laboral. Para determinarla es preciso conocer los esfuerzos físicos, las posturas de trabajo, los movimientos repetitivos y la manipulación manual de cargas.
- ii. Carga mental de trabajo: incluye aspectos cualitativos (complejidad de la tarea) y cuantitativos (cantidad de información), que en conjunto pueden ser insuficientes o excesivos, en función con las aptitudes de cada empleado, hablando así de sobrecarga y subcarga mental, ambas negativas para la salud. Tiene su origen principalmente en un mal diseño del puesto y organización del trabajo, pero también se debe

⁵ Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo

prestar atención a factores extralaborales como pueden ser problemas familiares.

- d) Factores psicosociales y organizativos: la falta de atención a ciertos aspectos de la organización del trabajo y del ambiente social, puede dar lugar a daños a nivel físico, psicológico o social. La incidencia de estos riesgos en la salud de los trabajadores europeos y españoles muestra una tendencia creciente; de acuerdo con Espluga y Caballero, son la causa de entre un 20 y un 30% de las bajas laborales y en nuestro país suponen la segunda causa, por detrás de los problemas musculoesqueléticos, de problemas de salud derivados del ámbito laboral, si bien no resulta fácil demostrar la existencia de una relación causa-efecto unívoca.

1.4 Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

Los daños a la salud producidos por los factores de riesgo se pueden presentar en forma de accidente o enfermedad. Las diferencias entre ambos conceptos se muestran en la siguiente tabla, a la que hay que añadir que los accidentes son causados principalmente por las condiciones ambientales, agentes contaminantes y factores psicosociales.

Tabla 1.4: Diferencias entre Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

	ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD PROFESIONAL
MOMENTO DE INICIO	De forma súbita, en un momento concreto fácilmente identificable.	Resultado de un proceso lento y progresivo. Difícil de determinar el momento exacto en que se inicia.
CAUSA QUE LO PROVOCA	Causas externas, provocando lesión directa al organismo.	Si bien las causas que lo motivan provienen del exterior, los agentes que la causan deben penetrar en el organismo, iniciándose el proceso patológico.
FORMA DE MANIFESTACIÓN	Rápida y violenta, a veces de forma traumática.	Se manifiesta de forma progresiva mediante síntomas y deficiencias en el organismo.
IDENTIFICACIÓN	Fácilmente identificable por la asociación directa entre causa y momento en que se produce.	Difícil de identificar. Puede originar síntomas comunes con otras enfermedades cuyo origen no es profesional
TRATAMIENTO	Requiere tratamiento médico de choque.	Tratamiento médico adecuado para el proceso patológico concreto.
PREVISIBILIDAD	Casi siempre es imprevisible.	Su aparición puede preverse mediante reconocimientos y análisis médicos, siendo previsible su padecimiento.

Fuente: Instituto Europeo de Desarrollo y Tecnología. (2016): *Prevención de Riesgos Laborales*.

1.4.1 Accidente de Trabajo

La definición legal de Accidente de Trabajo (AT) habla de “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena*”⁶. De esta definición se desprende que se debe tratar de trabajo por cuenta ajena, es necesario que se produzca una lesión corporal (no necesariamente de manera súbita, violenta y externa, ya que la LGSS considera como AT aquellas enfermedades que no siendo profesionales “*contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo*”) y que exista una relación de causalidad entre trabajo por cuenta ajena, fuerza lesiva y lesión corporal.

Desde la perspectiva legal, se diferencia entre: accidente con baja, que es aquel sufrido por el trabajador que le impide acudir al trabajo por tiempo superior a una jornada de trabajo; y accidente sin baja, que, aún produciendo lesiones, no impide al trabajador reincorporarse al trabajo en la misma jornada.

El artículo 156.3 de la LGSS establece la existencia de presunción de que las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo se tratan de accidentes de trabajo.

Sin embargo, no tendrán la consideración de Accidente de Trabajo: los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo ni a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador. Tampoco se calificarán como Accidente de Trabajo los incidentes: sucesos que no causan una lesión directa al trabajador, pero dificultan su normal comportamiento y pueden ser la causa de un accidente futuro.

Desde el punto de vista técnico-preventivo encontramos la definición del INSHT de AT: todo suceso anormal, no querido ni deseado, que se presenta de forma brusca e inesperada, que interrumpe la continuidad del trabajo y puede causar lesiones a las personas. Normalmente es evitable.

De acuerdo a sus resultados, se diferencian tres tipos de accidentes de trabajo: accidente sin pérdidas o accidentes blancos, accidentes con daños, que solo afectan a bienes, y accidentes con lesiones.

1.4.2 Enfermedad Profesional

A nivel laboral, las enfermedades han sido tenidas en cuenta a efectos de protección social e indemnización, aunque en bastante menor medida que los accidentes. Es por eso que la definición de Enfermedad Profesional (art 157 LGSS) es todavía más restrictiva que la de AT. Se entiende por Enfermedad Profesional (EP) la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en la normativa que desarrolla la LGSS y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicha normativa se indican para cada Enfermedad Profesional.

⁶ Artículo 156 LGSS

Se trata de un constructo médico legal, es decir, debe se deben cumplir unos requisitos legales sin los cuales no será considerada Enfermedad Profesional:

- a) La enfermedad debe ser contraída como consecuencia del trabajo por cuenta ajena.
- b) Sea contraída única y exclusivamente en la relación a actividades capaces de producirla, según se encuentra regulado en el Anexo I del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social.
- c) Ser consecuencia de la acción de las sustancias que en este cuadro se indican.

Por lo tanto, para que una enfermedad sea clasificada como profesional tiene que existir un agente publicado y declarado en el RD 1299/2006, debe haber una exposición a ese agente, como consecuencia de dicha exposición debe aparecer una enfermedad y, además, existir una relación de causalidad entre la exposición y la enfermedad. Por lo tanto, los factores determinantes son la concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo, el tiempo de exposición, las características individuales de cada trabajador, la presencia de varios contaminantes al mismo tiempo y la relatividad de la salud.

Si la relación del párrafo anterior no se da, aunque el origen de la enfermedad sea laboral, será calificada como enfermedad común. El art 158.2 de la LGSS considera como tal las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.

El Cuadro de enfermedades profesionales del Anexo I del RD 1299/2006, las clasifica en los seis grupos que se muestran en el siguiente cuadro:

Grupo 1	Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos
Grupo 2	Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos
Grupo 3	Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos
Grupo 4	Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados
Grupo 5	Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados
Grupo 6	Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos

La restricción del cuadro de enfermedades profesionales, al no tener en cuenta numerosos contaminantes, actividades, ni los riesgos psicosociales, ha llevado al INSHT a plantear una definición alternativa desde el punto de vista preventivo: aquel deterioro lento y gradual de la salud del trabajador; producido por una exposición crónica a situaciones adversas, sean éstas producidas por el entorno en el que se realiza el trabajo o por la forma en que éste está organizado.

Por último, cabe hablar de la enfermedad laboral, la cual integra tanto las enfermedades profesionales como las comunes contraídas o agravadas por consecuencia del trabajo. Cuando las enfermedades comunes tengan como causa exclusiva la actividad laboral serán consideradas Accidente de Trabajo.

Apartado 2. La Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Pública. La Administración sanitaria

El desarrollo de la protección de los trabajadores desde principios del siglo XX en sus distintas vertientes, ha dado lugar a que la actual relación de la Administración General del Estado (AGE) con sus empleados tenga una serie de características propias, recogidas dentro de su marco normativo específico, que la diferencian del sector privado. En el caso de la Prevención de Riesgos Laborales, la Administración tiene la capacidad de regular mediante normas concretas la organización de recursos especializados, la definición de funciones y niveles de cualificación del personal, el procedimiento a seguir en la negociación colectiva y el modo de auditar el sistema de Prevención.

En este apartado se analiza la situación de esta disciplina en la Administración General, a nivel autonómico y dentro del sector sanitario.

2.1 Protección de los trabajadores: evolución histórica

Los antecedentes de nuestro sistema de Seguridad Social se encuentran en la Alemania de Von Bismark (finales del s XIX), en la que se crearon los seguros sociales con carácter profesional, y en la Inglaterra de William Beveridge (1942), donde se desarrolla una asistencia universal destinada a dar cobertura a las necesidades básicas de todos los ciudadanos.

El Sistema español de Seguridad Social, de manera muy cercana a la evolución de la Prevención de Riesgos Laborales, se ha formado y desarrollado en tres etapas:

Tabla 2.1: Evolución histórica de la protección social en España

PRIMERA ETAPA 1900–1962: DEFINICIÓN PRESTACIONAL E INSTITUCIONAL			
Fecha		Hito	Efectos
Primer periodo (1900-1931): Cobertura exclusiva de riesgos profesionales	1900	Ley de Accidentes de Trabajo	Inicio de la acción protectora frente a AT en el sector industrial y la correspondiente responsabilidad empresarial
	1902	Jornada máxima de 8 horas al día 48 horas a la semana	
	1908	Creación del Instituto Nacional de Previsión (INP)	Germen de los seguros sociales y origen del actual Sistema Nacional de Salud
	1919	Retiro Obrero Obligatorio (ROO)	Primer seguro obligatorio de jubilación
	Dictadura de Primo de Rivera	Introducción de la Higiene Industrial y del seguimiento de las EP	
Segundo periodo (1932-1962): Cobertura de riesgos comunes y seguros sociales a nivel nacional	Segunda República	Elevación a constitucional del derecho a la Seguridad Social	
		Ratificación de convenios internacionales: trabajo nocturno de la mujer, edad mínima de acceso al trabajo, indemnizaciones por AT...	
	1939	Conversión del ROO al Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez	Cobertura de accidentes no laborales y enfermedades comunes
	Los seguros existentes eran insuficientes, por lo que surgen sistemas complementarios de aseguramiento social como mutualidades laborales y cajas de empresa		
	Tras la Guerra Civil	Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo	<i>“Proteger al trabajador contra los riesgos propios de su profesión, que ponen en peligro su salud y su vida”.</i>
	1942	Seguro Obligatorio de Enfermedad	Extensión de la acción protectora a trabajadores, cónyuges, ascendientes y descendientes para enfermedad común
	1944	Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Mecanismos representativos y participativos en las empresas para vigilar el cumplimiento de la normativa
	Mediados de los 50	Servicios Médicos de Empresa obligatorios	
Hasta 1962	Extensión de la protección al ámbito comercial Unificación de los seguros sociales Primer seguro por desempleo		

Continúa en página siguiente...

SEGUNDA ETAPA 1962-1978: CONFIGURACIÓN NORMATIVA		
Fecha	Hito	Efectos
1963	Ley de Bases de la Seguridad Social	Modelo unitario e integrado de protección social
1966	Ley General de Seguridad Social	Seguridad Social como un sistema único de asistencia universal
1970	Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo	Creación de una conciencia colectiva sobre el daño profesional
1972	Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General	Adaptación de las cotizaciones a los salarios reales
1974	Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social	Modificación y ampliación de las prestaciones sanitarias públicas
Pactos de Moncloa (1977)	Real Decreto Ley 36/1978	<p>Sistema de participación institucional en el que las prestaciones son gestionadas por nuevos organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS): prestaciones económicas. - Instituto Nacional de Salud (INSALUD): prestaciones sanitarias. - Instituto Nacional de Servicios Sociales. - Instituto Social de la Marina: gestión de los trabajadores del mar. - Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS): recaudación y gestión el dinero del sistema.

TERCERA ETAPA 1978-ACTUALIDAD: ESTADO DE BIENESTAR		
Fecha	Hito	Efectos
1978	Constitución Española	Sistema público de Seguridad Social
1995	Ley de Prevención de Riesgos Laborales	
1997	Reglamento de los Servicios de Prevención	Integración de la actividad preventiva en la empresa
2002	Fin de la reestructuración autonómica	Transferencia de las competencias del INSALUD a cada CCAA
Actualidad	<p>El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias.</p> <p>En lo que a Prevención se refiere, la concepción actual está basada en la seguridad integral, que unifica la seguridad en el trabajo, la calidad y el medio ambiente en la gestión empresarial.</p>	

Fuente: elaboración propia

2.2 Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Pública

Como se ha señalado en el Apartado 1, el artículo 40.2 de la Constitución exige a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este precepto es desarrollado en la LPRL, concretamente en su artículo 3.1, que establece la aplicación de esta Ley tanto en el ámbito de las relaciones laborales reguladas en el Estatuto de los Trabajadores, como en los diferentes regímenes en los que se enmarcan los empleados públicos. Esto quiere decir que, tanto la LPRL como las normas que la desarrollan, son de aplicación en la Administración General del Estado (AGE).

Con el objeto de adaptar la LPRL y el RSP se aprobó el Real Decreto 1488/1998, de 10 de julio, de Adaptación de la legislación de Prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado, ahora derogado. La entrada en vigor de esta norma supuso un punto de inflexión para la Administración, que realizó un gran esfuerzo para su cumplimiento, especialmente en lo relativo a la constitución de Servicios de Prevención y Comités de Seguridad y Salud, así como en la formación de los empleados públicos en esta materia.

El Acuerdo Administración-Sindicatos de 13 de noviembre de 2002, junto con este esfuerzo, dio lugar a la aprobación del Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales para la Administración General del Estado, por la Resolución de 17 de febrero de 2004 de la Secretaria de Estado para la Administración Pública. El objetivo de este Sistema era la consecución de una gestión actualizada, basada en la calidad, la eficacia y la eficiencia.

Desde entonces se han producido constantes modificaciones normativas en este ámbito, entre las que destaca el Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado.

Señalar que la LPRL no es aplicable a toda la AGE, las actividades cuyas particularidades lo impiden, como el Cuerpo Nacional de Policía o las Fuerzas Armadas, cuentan con normativa propia adaptada a sus especialidades.

2.2.1 Peculiaridades de la Administración en materia preventiva

La Prevención de Riesgos Laborales en la Administración cuenta con características propias justificadas por su disposición funcional y orgánica, que hacen necesarios ciertos matices, modificaciones y desarrollo normativo propio para garantizar la seguridad y salud de todos los empleados públicos, independientemente de su relación contractual, su sector de actividad y la tarea que realicen. En este apartado se analizan los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de integrar la Prevención de Riesgos Laborales en la AGE:

Tabla 2.2: Actividad preventiva en la AGE

	DEBER DEL ORGANISMO PÚBLICO (OP)	DEBER DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN (SP)
INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Velar por su integración en el sistema de gestión: en todas las actividades y niveles jerárquicos - Disponer de un Servicio de Prevención que le asesore - Aprobar, vigilar el cumplimiento y difundir el Plan de Prevención - Someter el sistema a un control externo periódico 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de los recursos humanos y materiales, tanto sanitarios como técnicos en función de la modalidad organizativa - Realizar las tareas que le son propias y apoyar al OP en la integración
CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar a los trabajadores y reconocer su participación en lo relativo a la seguridad y salud - Favorecer la actividad del Delegado de Prevención 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar sobre la forma y momento de realizar las consultas - Atender a los representantes de los trabajadores
EVALUACIÓN DE RIESGOS	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la realización de la evaluación de riesgos y determinar la naturaleza y urgencia de las medidas a llevar a cabo 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar la evaluación de riesgos - Determinar y priorizar qué medidas preventivas, correctivas y de control se deben llevar a cabo. - Valorar el grado de integración de la Prevención, detectando los fallos y proponiendo soluciones
PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Planificar las actividades preventivas (plazos y tipo de medidas) - Asegurar la ejecución y seguimiento de lo planificado - Dar las instrucciones y medios necesarios para cumplir con la normativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de la vigilancia de la salud (individual y colectiva), la información y formación y las medidas en situaciones de emergencia - Fijar revisiones y controles de riesgos que no necesitan corrección - Asesoramiento al OP en información y formación práctica y teórica
ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES DE EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar el desarrollo de las funciones del SP y el cumplimiento de lo establecido para situaciones de emergencia - Situaciones de riesgo grave e inminente: informar, tomar las medidas y dar las instrucciones necesarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar este tipo de situaciones y fijar las medidas necesarias - Planificación y control de las situaciones de emergencia

Continúa en página siguiente...

<p>ACTUACIÓN FRENTE A CAMBIOS</p>	<p>- Adoptar las medidas precisas para que el peligro derivado de cualquier cambio no se materialice</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los cambios que puedan afectar a la seguridad y salud - Informar sobre qué tipo de cambios deben ser comunicados por requerir su intervención - Asistir en la planificación, organización y evaluación posterior a los cambios - Determinar los requisitos preventivos durante el cambio y si fueran necesarios, cuando este finalice
<p>ACTUALIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA</p>	<p>- Asegurarse de que el Servicio de Prevención actualice la evaluación de riesgos, la valoración del sistema de Prevención y la planificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar, y si es preciso actualizar, la evaluación de riesgos, la valoración del sistema de Prevención y la planificación
<p>DOCUMENTACIÓN</p>	<p>Documentar, conservar y mantener a disposición de la Autoridad Laboral y los representantes de los trabajadores el Plan de Prevención, la evaluación de riesgos, la planificación, la práctica de la vigilancia de la salud y las conclusiones obtenidas y la relación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que hayan dado lugar a incapacidades laborales superiores a un día de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recoger las actividades que realice y los resultados que en ellas obtenga - Elaborar la documentación establecida por la Ley

Fuente: elaboración propia a partir de INSHT (2015): *Directrices básicas para el desarrollo de la Prevención de los riesgos laborales en la Administración General del Estado*

La existencia de relaciones de carácter laboral y administrativo (personal funcionario y estatutario) es otra particularidad del sector público que caracteriza la elección de los representantes, que se realiza por separado y de manera independiente para cada uno de los grupos. Las competencias y facultades de los Delegados de Prevención, recogidas en el artículo 36 de la LPRL, son las mismas, ya presenten sus servicios para una empresa privada o para un ente público. En la Administración existe la posibilidad de crear, además, órganos colegiados para la participación de las Organizaciones Sindicales en lo relativo al sistema retributivo y el régimen del personal a su servicio.

Por último, en cuanto a los instrumentos de control de la actividad preventiva en la Administración, pese a que el RSP establezca la no aplicación en la AGE de las obligaciones en materia de auditorías contenidas en el Reglamento (lo cual evidencia la diferencia en el control con el ámbito empresarial), es igualmente necesaria la existencia de instrumentos y procedimientos efectivos que aseguren la eficacia preventiva pública. La auditoría permite conocer la efectividad y deficiencias de la Prevención y por ese motivo, resulta necesaria en cualquier ámbito.

Pese a que la AGE se encuentra excluida de la obligación de ser sometida a auditorías externas, es el INSHT el encargado de llevar a cabo estos controles, que serán realizados de manera sistemática, documentada y objetiva. Este órgano elabora tras la auditoría un informe, que debe ser entregado a la Autoridad Laboral y a los representantes de los trabajadores, en el que se recogen las propuestas de mejora. En las instituciones sanitarias públicas esta auditoría puede realizarla la propia Inspección Sanitaria.

2.2.2 Los Servicios de Prevención en la Administración Pública

Los Servicios de Prevención, definidos en el artículo 31.2 de la LPRL, son el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados. Este mismo artículo establece que, para su puesta en marcha en la Administración Pública, se deben tener en cuenta los riesgos, la peligrosidad de la actividad realizada, la estructura organizativa y la existencia, en su caso, de ámbitos sectoriales y descentralizados. Por lo tanto, los Servicios de Prevención en el ámbito público presentan ciertas características diferenciadoras de aquellos constituidos en el sector privado.

Debido al interés de la Administración por optimizar tanto sus recursos como los de otros organismos públicos, la AGE, previa consulta a los representantes de los trabajadores, únicamente puede recurrir a tres de las modalidades organizativas: designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo, constituyendo un Servicio de Prevención Propio (SPP) o recurriendo a un Servicio de Prevención Ajeno (SPA). Es decir, pese a la identificación de la Administración como empresario, no existe la posibilidad de que la actividad preventiva sea asumida por este ente dado que, en última instancia, no existe

ninguna persona física responsable de ella. A continuación se estudian las tres alternativas posibles.

A) DESIGNACIÓN DE UNO O VARIOS TRABAJADORES PÚBLICOS

Los requisitos que deben cumplir los trabajadores de la Administración designados para el desarrollo de la actividad preventiva no difieren de sus homólogos en la esfera privada: tener capacidad necesaria, disponer del tiempo y los medios precisos y ser suficientes en número para el ejercicio de sus funciones. Por su parte, el OP del que dependen debe facilitarles el acceso a la información y documentación que necesiten.

Si la designación de trabajadores fuera insuficiente, se debe recurrir a uno o varios Servicios de Prevención Propios o Ajenos, que colaborarán cuando sea necesario. De lo anterior, se deducen la compatibilidad y coordinación que debe haber entre las diferentes modalidades preventivas cuando concurren. Además, siempre que sea a tiempo parcial, los trabajadores designados pueden formar parte del SPP.

B) CONSTITUCIÓN DE UN SERVICIO DE PREVENCIÓN PROPIO (SPP)

Constituir un SPP es obligatorio siempre que, en una misma provincia, un OP cuente con más de 500 empleados o entre 250 y 500 si desarrolla alguna actividad calificada como peligrosa en el Anexo I del RSP, tal es el caso del ámbito sanitario. Cabe la posibilidad de que, de acuerdo con su actividad y necesidades, la Administración recurra a esta modalidad de forma voluntaria.

En cualquier caso, el Servicio constituirá una unidad organizativa específica, con los medios necesarios y sus integrantes se dedicarán de forma exclusiva su actividad. Debe de contar como mínimo, con dos de las disciplinas preventivas, desarrolladas por expertos con la capacitación requerida, así como personal que desarrolle funciones de los niveles básico e intermedio. Cuando el SPP lo sea para varios centros de trabajo, se debe tener en cuenta la ubicación del mismo en relación con todos ellos.

La creación de un SPP es perfectamente compatible con otras modalidades de organización. Por lo tanto, las actividades que no asuma éste se concertarán con uno o más SPA, con los que se debe trabajar de manera coordinada. Si bien es cierto que la premisa de fomentar y optimizar la utilización de los recursos públicos parece apoyar una mayor asunción de los Servicios Propios y no acudir a los Ajenos.

C) CONCERTACIÓN CON UN SERVICIO DE PREVENCIÓN AJENO (SPA)

La Administración únicamente recurrirá a esta opción cuando las circunstancias así lo requieran (la Ley no enumera cuales son estas circunstancias), siempre previa consulta a los representantes de los trabajadores.

Se entiende como SPA el prestado por una entidad especializada, a cambio de una contraprestación económica, correspondiente a la realización de las

actividades preventivas y al asesoramiento y apoyo que se precise en función de los tipos de riesgo presentes o ambas actuaciones conjuntamente.

Existe la posibilidad de gestionar la Prevención de Riesgos Laborales de manera mancomunada, cuyas principales ventajas son la mayor integración de la actividad preventiva, el planteamiento y práctica de una estrategia común y una buena relación calidad/precio.

2.3 Prevención de Riesgos Laborales en Castilla y León, la Administración sanitaria y la Administración sanitaria de Castilla y León: comparativa

El traspaso de funciones y servicios desde el Estado a las CCAA, se traduce en que hoy, en lo que ha sanidad se refiere, cada Comunidad cuenta con un servicio propio de salud.

El grado de extensión y adopción de la LPRL y el RSP, en la Administración en general y la Administración sanitaria en particular, varía notablemente dependiendo de cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, todas, a excepción de Madrid, han adaptado la normativa estatal de Prevención a sus Administraciones, y, salvo Madrid y las Islas Baleares (que carecen de normativa autonómica en Prevención de Riesgos Laborales), todas lo han hecho con la Administración sanitaria.

Cabe destacar el caso de Castilla y León, cuya Administración sanitaria (SACYL) optó por la concertación con un SPA, ante lo que fue demandada por la representación sindical al entender que lo procedente era la creación de un SPP. Es importante analizar la jurisprudencia existente sobre esta cuestión, en particular la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 3 de noviembre de 2005 la cual, al estudiar la posibilidad de externalización de los Servicios de Prevención en grandes empresas o en las dedicadas a ciertas actividades de riesgo, establece que únicamente se podrá optar por un SPA si existe normativa propia que así lo establezca. La mencionada doctrina resulta aplicable en las Administraciones sanitarias autonómicas

Sentado este precedente, la modalidad por la que mayoritariamente se han decantado las CCAA ha sido el Servicio de Prevención Propio, con las asunciones complementarias citadas. Dependiendo de cada Comunidad, se ha optado por la creación de un mismo Servicio para todo el ámbito sanitario, o bien se han implantado subdivisiones del mismo (de menor rango) en cada área de salud.

La siguiente tabla muestra una comparativa de los aspectos principales en cada una de estas tres esferas:

Tabla 2.3: Comparación de la PRL en la Administración de Castilla y León, la Administración sanitaria nacional y la Administración sanitaria de Castilla y León

		ADMINISTRACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN	ADMINISTRACIÓN SANITARIA ESTATAL	ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN
SERVICIOS DE PREVENCIÓN	Normativa	- Decreto 44/2005 - Decreto 143/2000	Resolución de 1999	Inexistente en el ámbito sanitario → Resolución de 1999
	Modalidades preventivas posibles	Servicio de Prevención Propio Servicio de Prevención Ajeno	Servicio de Prevención Propio Excepcionalmente: - Trabajador designado - SPA	Servicio de Prevención Propio Excepcionalmente: - Trabajador designado - SPA
	Características del servicio	Basado en la homogeneidad, eficacia, eficiencia y calidad Plan de actuación anual Actuaciones del SPP: art 5 Decreto 44/2005 Requisitos concertación SPA: art 6 Decreto 143/2000	Incluye todas las especialidades y disciplinas preventivas Asunción de funciones de acuerdo con la LPRL y el RSP	Carácter interdisciplinario Unidad organizativa específica cuyos integrantes se dedican de manera exclusiva Un SPP por cada área de salud (11 en Castilla y León) Ámbito de actuación: atención Especializada, Primaria y unidades administrativas
PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN DE TRABAJADORES	Normativa	Decreto 143/2000	LPRL	Orden PAT/1151/2005
	Delegado de Prevención	Número, constitución y paridad de acuerdo con la LPRL	Todo trabajador puede ser designado Número de Delegados: - De acuerdo con la LPRL - Cierta número de Delegados en la Admón sanitaria con respecto a la general	Designados por las organizaciones sindicales presentes en los órganos de representación unitarios del área de salud (Junta de Personal y Comité de empresa)
	Comité de Seguridad y Salud	Constitución de un Comité Intercentros de Seguridad y Salud a nivel regional cuyas competencias se establecen por convenio.	La composición siempre será paritaria pero, dependiendo de la CCAA: - Uno por cada área de salud - En cada centro hospitalario - En los centros con más de 50 trabajadores - Un Comité para toda la Admon sanitaria	Un Comité por cada área de salud Compuesto por los Delegados de Prevención y los representantes de la Administración sanitaria Cada Comité cuenta con un número estipulado de Delegados de Prevención (ver Anexo I)
INSTRUMENTOS DE CONTROL	Normativa	Decreto 143/2000 Decreto 44/2005	Comunidad Valenciana: Decreto 123/2001 Cantabria: Acuerdo Marco ⁷ Resto CCAA: Resolución de 1999	Resolución de 1999
	Características	Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales, Consejería de Presidencia y Admón Territorial, posible colaboración de entidades especializadas	Únicamente la Comunidad Valenciana regula este aspecto, estableciendo una periodicidad máxima de las auditorías de 5 años	Los Servicios de Prevención están sometidos a un control interno y periódico. Periodicidad máxima de auditorías: 3 años Responsables: Inspección de Servicios e Inspección Sanitaria del INS

Fuente: elaboración propia

⁷ Acuerdo Marco en salud laboral y participación de los trabajadores en materia de Prevención de riesgos laborales en el Servicio Cántabro de Salud. BOC nº 61 de 27 de marzo de 2007

Apartado 3. Estudio de la siniestralidad en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

3.1 Índices de siniestralidad

Realizar un seguimiento y control de la siniestralidad en la empresa, además de ser un imperativo legal, ofrece una información de gran relevancia para la dirección. En el caso de la GASSO, estos datos son revisados mensualmente y en base a ellos, el Departamentos de Recursos Humanos toma las decisiones oportunas en cuanto, principalmente, a contratación, con la correspondiente incidencia en el presupuesto. Manejar estos datos, permite al mismo tiempo conocer los valores de accidentabilidad de una empresa y marcar objetivos para la reducción de los mismos.

A continuación, se recogen, a nivel teórico, los índices estadísticos que se analizarán en el caso práctico:

- a) Índice de Frecuencia (IF): relación entre el número de accidentes registrado y el total de horas-hombre trabajadas durante un periodo (generalmente un año). Representa el número de AT que se producen por cada millón de horas trabajadas.

$$IF = \frac{N^{\circ} \text{ accidentes}}{N^{\circ} \text{ horas trabajadas}} \cdot 10^6$$

Algunas notas para el cálculo de los índices que deben tenerse en cuenta son:

- No incluir los accidentes in itinere, ya que ocurren fuera de horas de trabajo.
 - Descontar todo tipo de ausencia en el trabajo (bajas, vacaciones, permisos...) para computar las horas de trabajo reales.
 - Se recomienda calcular los índices para cada sección o ámbito de trabajo homogéneo.
 - Separar los accidentes con y sin baja, calculando un IF de accidentes con baja y uno global (accidentes con y sin baja).
- b) Índice de Gravedad (IG): relación entre el número de jornadas perdidas a causa de los accidentes y el total de horas-hombre trabajadas en un periodo dado. Representa las jornadas no trabajadas como consecuencia de accidentes con baja por cada mil horas trabajadas. El número de jornadas perdidas son las correspondientes a los días laborales de incapacidad temporal más las fijadas en el baremo para la valoración del IG (ver Anexo II). De esta manera se relaciona la gravedad de las lesiones con el tiempo de trabajo perdido, con el mayor o menor coste que supone.

$$IG = \frac{N^{\circ} \text{ jornadas perdidas}}{N^{\circ} \text{ horas trabajadas}} \cdot 10^3$$

- c) Índice de Incidencia (II): relación entre el número de accidentes registrado y el promedio de personas expuestas al riesgo. Representa el número de accidentes sucedidos por cada mil empelados expuestos.

$$II = \frac{\text{Nº accidentes con baja}}{\text{Nº medio de trabajadores expuestos}} \cdot 10^3$$

Puede igualmente expresarse en forma de porcentaje (10^2), representando en tal caso el número de accidentes por cada cien trabajadores.

Este índice se utiliza cuando no se dispone de información sobre horas trabajadas. Es preferible utilizar el índice de frecuencia, ya que aporta información de mayor exactitud y, a diferencia del de incidencia, permite la comparación con diferentes periodos.

- d) Índice de Duración Media: relación entre las jornadas perdidas y el número de accidentes. Representa el tiempo promedio, computado en número de jornadas de trabajo, que se pierde como consecuencia de un accidente.

$$IDM = \frac{\text{Nº jornadas perdidas}}{\text{Nº accidentes}}$$

3.2 Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), que forma parte del Sistema Público de Salud de Castilla y León (SACYL), es la organización que gestiona todo el dispositivo sanitario de la provincia de Soria en sus dos niveles asistenciales: Atención Especializada y Primaria. Cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios, así como con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Su carácter de organismo público le obliga a cumplir la normativa vigente en materia de contratación administrativa, recursos humanos y gestión económica, además de tener que estar sometida al control financiero permanente.

La GASSO desarrolla su actividad en el Área de Salud de Soria, ámbito que coincide con el territorio de la provincia, además de seis localidades de Burgos y Zaragoza. De esta manera, cumple con lo dispuesto en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León de prestación de servicios sanitarios, en sus distintas modalidades y en todos los núcleos de población: en los medios urbano (lo que supone el 46,43% de la población) y rural (el 53,57%).

El Área de Salud está formada por 14 Zonas Básicas de Salud que se corresponden con los municipios cabecera de comarca. El conjunto de profesionales que presta sus servicios en esta zona se denomina Equipo de Atención Primaria.

La plantilla de la Gerencia, la mayor en la provincia de Soria, se encuentra en torno a los 1.610 trabajadores, superando los 2.000 en los meses de verano.

Esto supone que, de manera directa o indirecta, da empleo a más del 5% de la población activa de la provincia y representa un 7% de su PIB.

Desde 2011 cuenta con la acreditación de su nivel de calidad según el modelo europeo EFQM. En febrero de 2014 obtuvo la máxima calificación EFQM, el nivel 5 estrellas, 500+, colocando a la organización como la única sanitaria integrada de España con esta distinción, motivo por el que fue elegida como una de las empresas para representar a España en el Programa Embajadores de la Excelencia, que tiene como objetivo promocionar en Europa la Marca España. Aunque ese mismo año la calificación se rebajó al nivel 4. Manteniéndose también en 2016 y 2017 año en el que se le ha otorgado una puntuación entre 450 y 500, por lo que actualmente, cuenta con un sello EFQM 400+.

Al margen de este reconocimiento, en 2012 se inició un nuevo “*modelo de organización sanitaria basado en atender todas las necesidades de la población con los recursos disponibles, de la manera más resolutiva, eficaz y eficiente posible, con las menores molestias y la mayor seguridad para los pacientes y buscando la excelencia por la mejora continua de la calidad asistencial*”. En 2017, tras la integración de unidades, este modelo, incluido en el Plan Estratégico 2015-2020 es una realidad.

3.3 Análisis y evolución de la siniestralidad en la GASSO

Los datos relativos a la siniestralidad laboral en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria entre los años 2014 y 2017, facilitados por el jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Felipe Las Heras García, son los recogidos en la siguiente tabla:

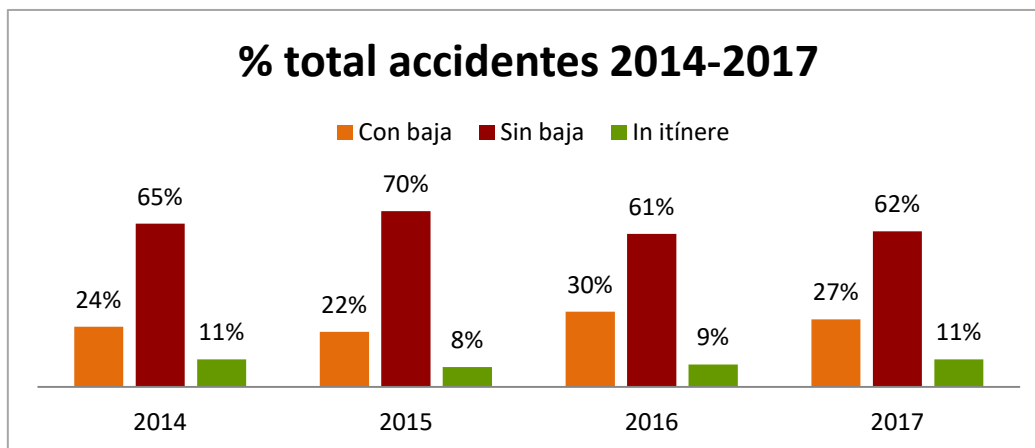
Tabla 3.1: Datos siniestralidad laboral GASSO 2014-2017

	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Nº de accidentes con baja	30	29	40	30
IT	30	29	40	30
IPT	-	-	-	-
IPP	-	-	-	-
Nº de accidentes sin baja	81	94	81	70
Nº accidentes in itinere	14	11	12	13
Nº de horas/hombre trabajadas	1.607	1.607	1.600	1.599,5
Nº medio de trabajadores expuestos	1.652	1.584	1.602	1.571
Nº de jornadas perdidas como consecuencia de los accidentes de trabajo	740	977	1.774	2.788

Fuente: Departamento de Prevención de Riesgos Laborales GASSO

Porcentualmente, los accidentes ocurridos en el periodo 2014-2017, tanto durante la jornada de trabajo (con y sin baja) como los denominados in itinere, se distribuyen de la siguiente manera:

Gráfico 3.1: Distribución del total de accidentes ocurridos en la GASSO entre los años 2014 y 2017



Fuente: elaboración propia

Como se puede apreciar, los valores se mantienen en torno a las mismas cifras durante los cuatro años. En este periodo, los accidentes que han conllevado baja, siempre han dado lugar a una incapacidad temporal, nunca permanente total o absoluta. Es en 2016 cuando tanto el valor porcentual como el absoluto alcanzan su mayor punto, con un 30%, lo que se corresponde con 40 accidentes con baja.

Todos los años el número de accidentes sin baja es notablemente superior a los que dan lugar a periodos de incapacidad temporal, representando siempre este tipo de siniestros más del 60% y llegando hasta el 70% (94 accidentes) en 2015.

La misma homogeneidad presentan los accidentes in itinere, es decir, los ocurridos al ir o al volver del lugar de trabajo, cuyo porcentaje máximo es del 11% en 2014 (14 accidentes) y 2017 (13).

En el sector sanitario, los contaminantes a los que mayor atención se presta son los biológicos. Por este motivo, se diferencian dentro de los siniestros ocurridos durante la jornada de trabajo los accidentes biológicos y el resto. El porcentaje que estos en los cuatro años analizados es constante, con una diferencia máxima del 5%. En 2014 hubo 44 accidentes biológicos (40%), en 2015, 48 (39%), 42 en 2016 (35%) y en 2017 39 (39%).

A partir de los datos de la GASSO, y tras calcular los índices de siniestralidad (ver Anexo III), teniendo en cuenta las especificaciones arriba indicadas, los resultados obtenidos son:

Tabla 3.2: Índices de siniestralidad en la GASSO 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
Índice de Frecuencia accidentes con baja	11,30	11,39	15,61	11,94
Índice de Frecuencia global	41,81	48,32	47,21	39,80
Índice de Gravedad	0,28	0,38	0,69	1,11
Índice de Incidencia	18,16	18,31	24,97	19,10
Índice de Duración Media	24,67	33,69	44,35	92,93

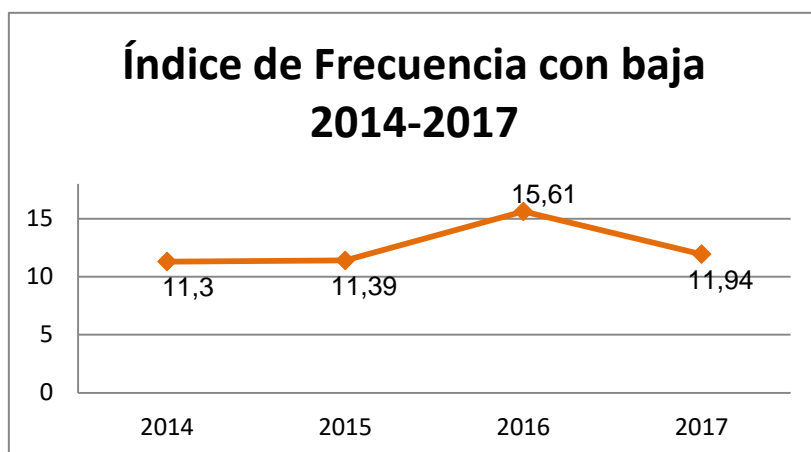
Fuente: elaboración propia

La interpretación de cada uno de los Índices es la siguiente, tomando como ejemplo los datos del año 2017:

- a) Índice de Frecuencia:
 - Por cada millón de horas de exposición al riesgo en 2017, se produjeron 39,80 accidentes, de los cuales 11,94 conllevaron incapacidad.
 - 11,94 trabajadores se accidentaron con baja por cada millón de horas trabajadas en 2017.
- b) Índice de Gravedad: en 2017 se perdieron 1,11 jornadas por cada mil horas trabajadas como consecuencia de los accidentes de trabajo.
- c) Índice de Incidencia: en 2017 se produjeron 19,10 accidentes con baja por cada mil trabajadores expuestos.
- d) Índice de Duración Media: la duración promedio de las incapacidades temporales originadas por un Accidente de Trabajo en 2017 fue de 92,93 días.

En segundo lugar, se analiza la evolución de cada Índice:

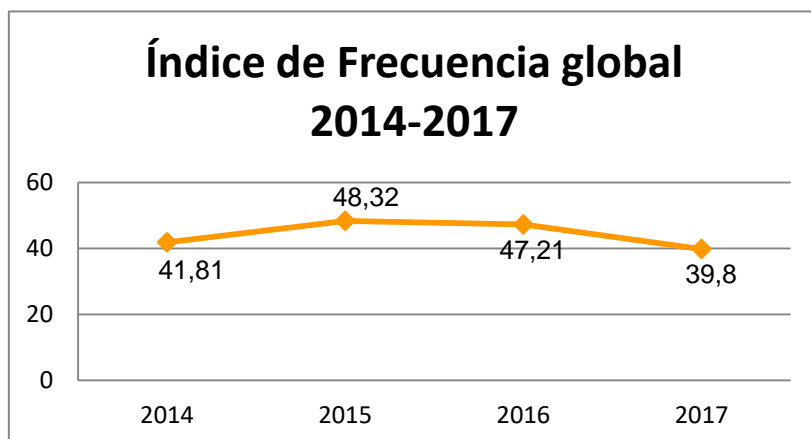
Gráfico 3.2: Evolución Índice de Frecuencia accidentes con baja en la GASSO 2014-2017



Fuente: elaboración propia

En 2014 la frecuencia de los accidentes con baja es la menor de toda la serie temporal, con un valor de 11,3 trabajadores accidentados con baja por cada millón de horas de trabajo. En 2014, pese a que el número de siniestros de este tipo es menor, con las mismas horas-hombre trabajadas y una plantilla menor, el IF aumenta hasta 11,39, lo que supone un crecimiento del 0,82%. En 2016 este valor experimenta la mayor subida (cercana al 37%) dentro del periodo analizado, llegando a 15,61. Este aumento es debido tanto al aumento del dividendo (40 accidentes), como a la disminución del divisor (1.600 horas y 1.602 trabajadores). En el último año, se produce un descenso del 23,50%, por lo que el $IF_{baja2017}$ es 11,94, situándose el Índice en su segundo mayor valor.

Gráfico 3.3: Evolución Índice de Frecuencia global en la GASSO 2014-2017

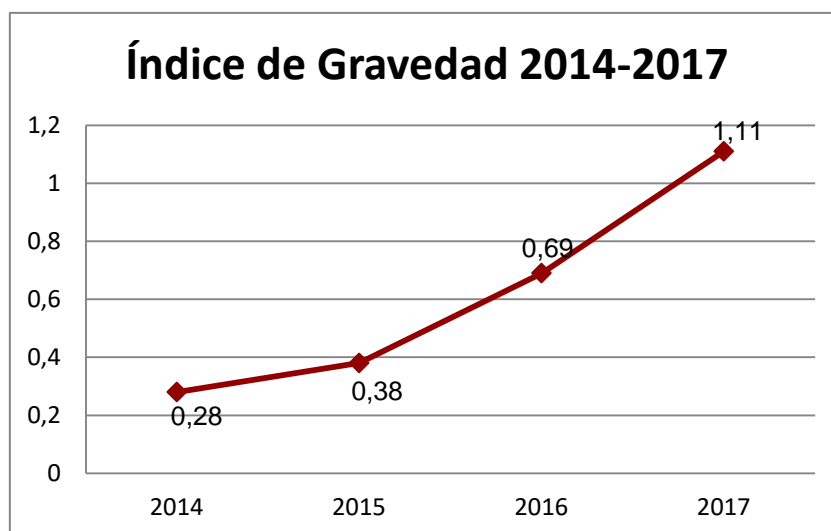


Fuente: elaboración propia

La serie parte con un IF_{global} de 41,81, lo que supone que por cada millón de horas, se produjeron 41,81 accidentes, de los que, como se ha visto en la tabla anterior, 11,3 dieron lugar a periodos de incapacidad temporal. En 2015 este Índice aumenta un 15,57%, subida principalmente motivada por el mayor número de accidentes sin baja ocurridos en este periodo (un total de 94, un 16,05% más que en el año anterior). Si bien los accidentes con baja alcanzan

su máximo en 2016, los sin baja disminuyen hasta 81, dando lugar una disminución global del 2,3%. Por último, 2017 representa el mínimo tanto en accidentes sin baja, 70, con baja con una disminución con respecto al año anterior del 25%, como al valor del Índice de Frecuencia global, que desciende hasta 39,8.

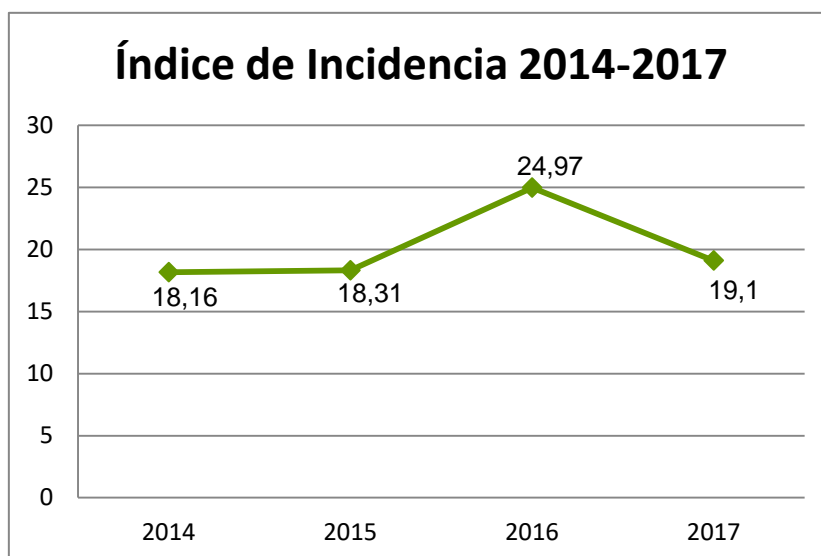
Gráfico 3.4: Evolución Índice de Gravedad en la GASSO 2014-2017



Fuente: elaboración propia

El Índice de Gravedad manifiesta una tendencia claramente creciente a lo largo de estos cuatro años. Partiendo en 2014 con un valor de 0,28, en 2017 alcanza 1,11, lo que representa un aumento global de casi el 300%. En 2015, las jornadas perdidas debido a AT fueron 977, lo que principalmente hace crecer a este índice hasta 0,38. En 2016 se da la mayor subida porcentual del IG, del 81,13%, y del número de jornadas perdidas que aumenta más del 81%, alcanzando las 1.774 jornadas. 2017 continúa la senda del crecimiento con un importante auge de las jornadas no trabajadas, con el mayor valor en este periodo: 2.788 (más del 57% con respecto a 2016).

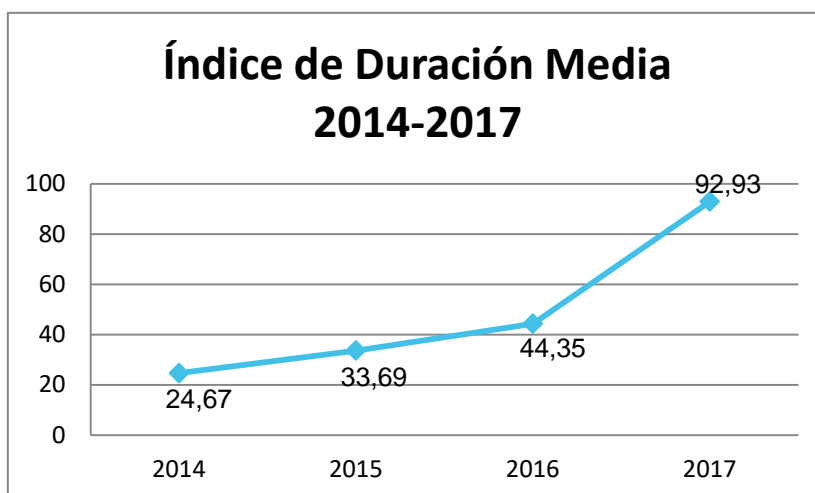
Gráfico 3.5: Evolución Índice de Incidencia en la GASSO 2014-2017



Fuente: elaboración propia

A excepción de 2016, la relación entre el número de accidentes con baja y los trabajadores expuestos es bastante constante. De 2014 a 2015 pasa de 18,16 a 18,31, lo que representa un pequeño crecimiento del 0,82 para un menor número de siniestros con baja y de trabajadores expuestos (de 30 a 29 y de 1.652 a 1.584 respectivamente). Sí es notable la variación en 2016, con una subida del 36%, donde lo más significativo es el crecimiento de accidentes. Es igualmente notable el descenso del último año, de algo más del 23%, situándose en 19,1, lo que supone 30 accidentes y 1.571 trabajadores expuestos, la segunda menor plantilla en estos cuatro años (la primera es en 2014 con 1.652 empleados expuestos al riesgo).

Gráfico 3.6: Evolución Índice de Duración Media en la GASSO 2014-2017



Fuente: elaboración propia

De igual manera que el IG, el IDM mantiene desde 2014, donde su valor es 24,67 una senda creciente. El crecimiento en 2015 es de más del 35%, principalmente motivado por un notable aumento del número de jornadas perdidas, llegando el IDM₂₀₁₅ a 33,69. El año siguiente, donde las jornadas perdidas se multiplican por 1,8, alcanzando las 1.774, el Índice experimenta un crecimiento del 31,64%, situándose en este ejercicio en 44,35. Es en 2017 cuando el IDM sufre la mayor crecida, de aproximadamente el 110%, justificada por 1.014 jornadas pedidas más que en 2016, lo que da lugar al Índice más elevado de toda la serie, situándose en 92,93.

BLOQUE 3. CONCLUSIONES

La entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales supuso un punto de inflexión en nuestro país. Su aprobación facilitó avanzar notablemente a nivel normativo, pero también cultural, ya que su fin último es una población comprometida con la seguridad y la salud en el trabajo. Junto con las normas que la complementan y refuerzan, se ha conseguido que hoy España sea un país involucrado en esta materia, si bien es cierto que todavía queda camino por recorrer, especialmente de cara a una Prevención real, más allá de los trámites burocráticos, y que sea concebida verdaderamente como una inversión.

Trabajo y salud son términos que se complementan: únicamente a través de la actividad laboral se puede alcanzar la triple dimensión que la OMS atribuye a la salud ("*estado completo de bienestar físico, mental y social*"). Un mal ambiente de trabajo en el que existan factores de riesgo sin gestionar, puede perjudicar seriamente la salud. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) propone un modelo para estimar los diferentes niveles de riesgo existentes en el ámbito profesional y establece las medidas a seguir para cada uno de ellos. Estos factores de riesgo, de igual forma que lo hacen las características del trabajo, se actualizan continuamente. Cada una de las especialidades preventivas se encarga del estudio y atenuación de un tipo de factor, que a su vez se clasifica de acuerdo a su naturaleza y da lugar a multitud de condiciones que inciden de manera nociva en la salud de quien se encuentra expuesto en forma de Accidente de Trabajo (AT), Enfermedad Profesional (EP), fatiga, daños fisiológicos, psicológicos y sociales.

Por lo tanto, los daños a la salud producidos por los factores de riesgo se materializan en forma de AT y EP, conceptos que es de vital importancia identificar y diferenciar. Los accidentes ocurren de manera brusca e inmediata, en forma de lesiones traumáticas y son causados principalmente por agentes físicos, químicos y mecánicos. Las enfermedades se manifiestan a medio o largo plazo, tras un largo periodo de exposición y suelen estar ocasionadas por las condiciones ambientales, agentes contaminantes y factores psicosociales. Para ambos conceptos existe una definición desde el punto de vista legal, recogida en la LGSS, y otra desde el técnico-preventivo, propuesta por el INSHT.

En términos históricos, desde 1900, con la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo, se inicia la acción protectora frente a estas situaciones. De manera progresiva la protección social a trabajadores y sus familias ha ido dando cobertura a un mayor número de contingencias, tanto profesionales como comunes, desarrollándose al mismo tiempo una mayor conciencia preventiva mediante la imposición de ciertas obligaciones en esta área a los empresarios. Desde los años 60 se han promulgado multitud de leyes cuyo objetivo es la creación de un modelo único, integrado y universal de protección a través de la Seguridad Social, con nuevas prestaciones gestionadas por organismos creados a tal efecto, como es el caso de las sanitarias y el INSALUD respectivamente. Debido a la reestructuración de España en Comunidades Autónomas, se transfieren estas competencias a cada una de ellas, creándose el Sistema Nacional de Salud. A nivel preventivo destaca,

como se ha señalado, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales junto con el Reglamento de los Servicios de Prevención, que han dado lugar a que en la actualidad prime el concepto de seguridad integral.

Las características de la Administración Pública, hacen que, pese a que estas dos normas son de aplicación en la esfera pública (con excepción de algunos cuerpos de seguridad) y privada, tuvieran que ser desarrolladas normativamente para adaptarse a las peculiaridades que esta presenta: la elección de representantes separada del personal funcionario y estatutario, la posible participación de los sindicatos en cuanto al sistema retributivo y el régimen del personal mediante la creación de órganos colegiados, la no obligación de someterse a auditorías y, pese a esta dispensa, la elaboración de estos controles por parte del INSHT debido a la necesidad de comprobar la efectividad y localizar las deficiencias del sistema preventivo. Además, no existe la posibilidad de que en la Administración la actividad preventiva sea asumida por el empresario pese a la identificación de la organización como tal, ya que no se puede hacer responsable a ninguna persona física de esta actividad. Para cualquiera de las otras tres modalidades, será necesaria la coordinación entre los diferentes tipos de Servicio para hacerse cargo de todas las disciplinas.

La descentralización del Estado ha dado lugar a que el seguimiento de la LPRL y el RSP en la Administración en general y la sanitaria en particular, difiera en cada CCAA: todas, salvo Madrid, han desarrollado normativa preventiva propia y, salvo Madrid y la Comunidad Balear, para la Administración sanitaria. La sentencia del Tribunal Supremo que determinó que únicamente se podrá concertar la actividad preventiva con un Servicio de Prevención Ajeno (SPA) cuando así figure en la normativa autonómica, ha dado lugar a que se haya adaptado mayoritariamente el Servicio de Prevención Propio (SPP).

Todas las Comunidades, excepto la valenciana, se remiten a lo establecido en la Resolución de 1999, que determina que los controles internos se realizarán como máximo cada 3 años y cuyos responsables son la Inspección de Servicios y la Inspección Sanitaria del INS.

La Administración de Castilla y León solo contempla como posibles modalidades preventivas el SPA y SPP, mientras que la Administración sanitaria en general y la de nuestra Comunidad en particular, deben optar por el SPP, y de manera excepcional, por el SPA o designar un trabajador. En el ámbito sanitario de Castilla y León existen 11 SPP y 11 Comités de Seguridad y Salud, uno por cada área de salud, que desarrollan su actividad para los niveles de Atención Especializada, Primaria y unidades administrativas.

Toda empresa debe registrar y clasificar los accidentes e incidentes que ocurran a sus empleados, ya sea durante la jornada laboral o en los desplazamientos al trabajo. Ello permite calcular y controlar los índices de siniestralidad, tarea fundamental para detectar los riesgos existentes, saber cuáles son sus causas, la forma en que se han producido y determinar los puestos de trabajo con más riesgo para poder tomar las medidas oportunas. Toda organización, en cuya estructura esté integrada la Prevención, debe manejar esta información y actuar en consecuencia. Especialmente, los Índices

de Frecuencia y Gravedad analizados de forma periódica permiten estudiar la accidentabilidad. Además, gracias a estos Índices, es posible expresar en cifras relativas los valores de siniestralidad, marcar objetivos para reducirlos y, de esta manera, mejorar las condiciones de trabajo.

Las conclusiones específicas del estudio de siniestralidad en la GASSO son:

De acuerdo con la plantilla expuesta, el tipo de actividad y la multitud y peligrosidad de los riesgos existentes en el sector sanitario, el número de accidentes, con y sin baja, sobre los que desde la empresa se pueden tomar medidas, refleja unas cifras que se pueden considerar bastante aceptables, más aún teniendo en cuenta que todas las bajas dieron lugar a incapacidades temporales. Todos los accidentes (con baja, sin baja e in itinere) oscilan en torno a valores similares en los cuatro años estudiados (de 2014 a 2017). De manera sistemática los accidentes sin baja son muy superiores a los que dan lugar a periodos de baja, lo que muestra la levedad de los mismos.

En sanidad, los riesgos que mayor peligrosidad entrañan y a los que se debe prestar una mayor atención, son los biológicos debido a su elevada exposición y a las graves consecuencias que esta pueden tener. Por este motivo, representan en torno al 40% de los accidentes, con y sin baja, ocurridos cada año.

En cuanto a los Índices calculados, los resultados obtenidos, bastante continuos durante la serie temporal analizada, permiten interpretarlos de manera que se puede conocer anualmente la cantidad de accidentes ocurridos por cada millón de horas de exposición, y de ellos los que dieron lugar a baja; o por cada mil trabajadores expuestos, las jornadas perdidas como consecuencia de AT y la duración media de los periodos de baja derivados de contingencias profesionales.

Por último, en cuanto a cada Índice, el de Frecuencia presenta su valor máximo en los años 2016 y 2015, para accidentes con baja y global respectivamente, coincidiendo con los ejercicios en los que hubo un mayor número de siniestros con baja y totales, y representando igualmente el mayor crecimiento porcentual de cada uno de ellos. Por su parte, es en 2017 cuando el Índice de Gravedad y el de Duración Media alcanzan su nivel más alto, coincidiendo con el mayor número de jornadas perdidas en estos cuatro años, que han aumentado más del 275% durante dicho periodo, no así los accidentes. Considero que ello es debido a la ocurrencia de uno o más accidentes con lesiones de las establecidas en el Baremo de valoración. Para finalizar, el Índice de Incidencia, con el número más alto de accidentes con baja, y el segundo mayor número de personal expuesto, en 2016 presenta el valor y el crecimiento más altos.

BLOQUE 4. BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones, libros y artículos

BARTUAL SÁNCHEZ, J. (1984): *NTP 108: Criterios toxicológicos generales para los contaminantes químicos.* INSHT

BESTRATÉN BELLOVÍ, M. (1982): *NTP 1: Estadísticas de accidentabilidad en la empresa.* INSHT

CHEVARRÍA COSAR, R. (1980): *NTP 177: La carga física de trabajo: definición y evaluación.* INSHT

CONSEJERÍA DE SANIAD. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2007): *Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León.* Impresos Angelma SA, Valladolid

ESPLUGA, J. y CABALLERO J. (2005): *Introducción a la Prevención de riesgos laborales.* Editorial Ariel SA, Barcelona.

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA (2017): *Memoria 2017*

GONÁLEZ MUÑIZ, R. (2003): *Manual básico: Prevención de riesgos laborales.* Thompson Editoriales Spain Paraninfo SA, Madrid.

INSTITUTO EUROPEO DE DESARROLLO Y TECNOLOGÍA (2016): *Prevención de Riesgos Laborales.* Indetec, Sevilla.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (2000): "Evaluación de Riesgos Laborales". Revista electrónica del INSHT nº 5.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (2015): *Directrices básicas para el desarrollo de la Prevención de riesgos laborales en la Administración General del Estado.* INSHT, Madrid

LÓPEZ HURTADO, M. y VALENTÍN RUIZ, F. (2009): *La Prevención de Riesgos Laborales en las Administraciones públicas: Administración sanitaria.* Universidad Complutense de Madrid, Madrid

MOLINA BENITO, J.A. (2006): *Historia de la seguridad en el Trabajo.* Gráficas Germinal, Valladolid

MOLTÓ GARCÍA, J.I. (2003): *Prevención de Riesgos laborales en las Administraciones Públicas (La imputación de responsabilidades).* Editorial Tecnos (Grupo Anaya SA), Madrid.

MONDELO, P. R.; GREOGI TORADA, E.; COMAS ÚRIS, S. y CASTEJÓN VILELLA, E. (1995): *Ergonomía: Confort y estrés térmico.* Edicions UPC – Mutua Universal, Barcelona.

NOGAREDA CUIXART, M. (1980): *NTP 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación.* INSHT

NOGAREDA CUIXART, M. (1999): *NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.* INSHT

PASCUAL BENÉS, A. (2000): *NTP 614: Radiaciones ionizantes: normas de protección.* INSHT

SEBASTIÁN GARCÍA, O.; DEL HOYO DELGADO, M.A; CENTRO NACIONAL DE NUEVAS TECNOLOGÍAS E INSHT (2002): *La carga mental de trabajo.* INSHT, Madrid

Legislación

España. Constitución Española. *BOE núm. 311*, de 29 de diciembre de 1978, 40

España. Decreto 143/2000, de 29 de junio, de adaptación de la legislación de Prevención de riesgos laborales a la administración de la Comunidad de Castilla y León. *BOCYL núm. 128*, de 4 de julio de 2000, 4

España. Decreto 44/2005, de 2 de junio, por el que se modifica el Decreto 143/2000, de 29 de junio, de adaptación de la legislación de Prevención de riesgos laborales a la Administración de la Comunidad de Castilla y León. *BOCYL núm. 110*, de 10 de junio de 2005, 2

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE núm. 269*, de 10 de noviembre de 1995.

España. Orden PAT/1151/2005, de 31 de agosto, por la que se crean Comités de Seguridad y Salud en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud. *BOCYL núm.175*, 3

España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE núm. 27*, de 31 de enero de 1997.

España. Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. *BOE núm. 36*, de 10 de febrero de 2010, 16

España. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *BOE núm. 255*, de 24 de octubre de 2015.

España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *BOE núm. 261*, de 31 de octubre de 2015.

España. Resolución de 4 de marzo de 1999, de la Dirección General de Trabajo, por la que se admite a depósito y se dispone la publicación del Pacto sobre la Constitución de los Servicios de Prevención en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud adoptado por los representantes del Instituto Nacional de la Salud y las organizaciones sindicales: Convergencia Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios, Unión General de Trabajadores, Comisiones Obreras, Confederación Sindical Independiente-Confederación Sindical Independiente de Funcionarios y Sindicato de Ayudantes de Enfermería. *BOE núm. 71*, de 24 de marzo de 1999, 5, 11507 a 11511

Páginas web

Página web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo:

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

Página web del Portal de Salud de Castilla y León

<https://www.saludcastillayleon.es/>

BLOQUE 5. ANEXOS

Anexo I. Número de Delegados de Prevención por Área Sanitaria en Castilla y León

En Castilla y León, cada Comité de Seguridad y Salud, en lo que se refiere al número de Delegados de Prevención, cuenta con:

Tabla I.1: Relación Delegados de Prevención por Área Sanitaria.

Áreas Sanitarias/ Comités de Seguridad y Salud	Número de Delegados de Prevención
Área Ávila	6
Área Burgos	8
Área León	8
Área Ponferrada / El Bierzo	5
Área Palencia	6
Área Salamanca	8
Área Segovia	5
Área Soria	5
Área Valladolid Este	7
Área Valladolid Oeste	6
Área Zamora	6
TOTAL	70

Fuente: Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León

Anexo II. Baremo de valoración del número de jornadas perdidas de acuerdo con la naturaleza de la lesión

Figura II.1: Baremo para la valoración del Índice de Gravedad de los accidentes de trabajo según la pérdida de tiempo inherente a la incapacidad causada

Naturaleza de la lesión	Jornadas trabajo perdidas
Muerte	6.000
Incapacidad permanente absoluta (I.P.A.)	6.000
Incapacidad permanente total (I.P.T.)	4.500
Pérdida del brazo por encima del codo	4.500
Pérdida del brazo por el codo o debajo	3.600
Pérdida de la mano	3.000
Pérdida o invalidez permanente del pulgar	600
Pérdida o invalidez permanente de un dedo cualquiera	300
Pérdida o invalidez permanente de 2 dedos	750
Pérdida o invalidez permanente de 3 dedos	1.200
Pérdida o invalidez permanente de 4 dedos	1.800
Pérdida o invalidez permanente pulgar y un dedo	1.200
Pérdida o invalidez permanente pulgar y dos dedos	1.500
Pérdida o invalidez permanente pulgar y tres dedos	2.000
Pérdida o invalidez permanente pulgar y cuatro dedos	2.400
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	4.500
Pérdida de una pierna por la rodilla o debajo	3.000
Pérdida del pie	2.400
Pérdida o invalidez permanente de dedo gordo o de 2 o más dedos del pie	300
Pérdida de la vista (un ojo)	1.800
Ceguera total	6.000
Pérdida de un oído (uno sólo)	600
Sordera total	3.000

Fuente: NTP 1: Estadísticas de accidentabilidad en la empresa. INSHT

Anexo III. Cálculo de los Índices de siniestralidad

a) Índice de Frecuencia:

a.1) Índice de Frecuencia accidentes con baja

$$IF_{\text{acc baja 2014}} = \frac{30}{1.652 \cdot 1.607} \cdot 10^6 = 11,30$$

$$IF_{\text{acc baja 2015}} = \frac{29}{1.584 \cdot 1.607} \cdot 10^6 = 11,39$$

$$IF_{\text{acc baja 2016}} = \frac{40}{1.602 \cdot 1.600} \cdot 10^6 = 15,61$$

$$IF_{\text{acc baja 2017}} = \frac{30}{1.599,5 \cdot 1.571} \cdot 10^6 = 11,94$$

a.2) Índice de Frecuencia global

$$IF_{\text{global 2014}} = \frac{111}{1.652 \cdot 1.607} \cdot 10^6 = 41,81$$

$$IF_{\text{global 2015}} = \frac{123}{1.584 \cdot 1.607} \cdot 10^6 = 48,32$$

$$IF_{\text{global 2016}} = \frac{121}{1.602 \cdot 1.600} \cdot 10^6 = 47,21$$

$$IF_{\text{global 2017}} = \frac{100}{1.599,5 \cdot 1.571} \cdot 10^6 = 39,80$$

b) Índice de Gravedad:

$$IG_{2014} = \frac{740}{1.652 \cdot 1.607} \cdot 10^3 = 0,28$$

$$IG_{2015} = \frac{977}{1.584 \cdot 1.607} \cdot 10^3 = 0,38$$

$$IG_{2016} = \frac{1.774}{1.602 \cdot 1.600} \cdot 10^3 = 0,69$$

$$IG_{2017} = \frac{2.788}{1.571 \cdot 1.599,5} \cdot 10^3 = 1,11$$

c) Índice de Incidencia

$$II_{2014} = \frac{30}{1.652} \cdot 10^3 = 18,16$$

$$II_{2015} = \frac{29}{1.584} \cdot 10^3 = 18,31$$

$$II_{2016} = \frac{40}{1.602} \cdot 10^3 = 24,97$$

$$II_{2017} = \frac{30}{1.571} \cdot 10^3 = 19,10$$

d) Índice de Duración Media

$$IDM_{2014} = \frac{740}{30} = 24,67$$

$$IDM_{2015} = \frac{977}{29} = 33,69$$

$$IDM_{2016} = \frac{1.774}{40} = 44,35$$

$$IDM_{2017} = \frac{2.788}{30} = 92,93$$

