

# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO



## SUMARIO

- 77 EDITORIAL/Editorial  
Una medicina del trabajo para Europa  
*Labour Medicine for Europe*  
Canga, A.
- ORIGINALES/Original Articles
- 79 Siniestralidad Laboral y Envejecimiento de la Población Trabajadora. España, 1997-2002  
*Labour-related Accidents and Aging of the Working People*  
García Barreiro, A.; Gallego, I.; Maqueda, J.
- 87 Riesgos psicosociales y bienestar en el trabajo: la satisfacción laboral desde el modelo de Warr  
*Psychosocial hazards and workers well-being: work satisfaction from Warr's model*  
García-Layunta, M.; Manuel Tomás, J.; Oliver, A.
- REVISIONES/Review Articles
- 95 La Medicina del Trabajo en Europa. Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), Sección de Medicina del Trabajo  
*The Labour Health in Europe. European Union of Medical Specialists (UEMS)*  
Serra Pujadas, C.
- 98 Aspectos legales de los servicios de prevención.  
El derecho a la confidencialidad y el secreto profesional. La Historia Clínica  
*Legal aspects of Preventive Risk Labour Department. The right of confidentiality and the professional secret. The Occupational Medical Examination*  
Montero Juanes, J.
- CASO CLÍNICO/Cases reports
- 111 Infiltrado masivo intersticial micronodular bilateral  
*Massive Bilateral Micronodular Interstitial Infiltrates*  
García Méndez, P.; Delgado Lacosta, A.R.; Llamas Cascón, E.; Corbatón Anchuelo, A.; de la Gala Sánchez, F.; Bartolomé Villar, A.
- 116 Cervicobraquialgia y masa supraclavicular  
*Cervical Radioculopathy and Supraclavicular Tumor*  
Iborra García, R.; Fornes Ubeda, F. V.
- 120 Comentarios bibliográficos / *Medical Literature*
- 123 Análisis de libros / *Book Analysis*
- 125 Noticias / *News*
- 126 Actividades de las Sociedades / *Societies Activities*
- 134 Eventos / *Events*



La Seguridad y Salud en el Trabajo es

**Calidad** de Vida  
de Empresa

[www.cfnavarra.es/insl](http://www.cfnavarra.es/insl)



**Normativa**  
**Estadísticas**  
**Documentación**

*Sector Agrario, Sector Construcción*

*Sustancias Químicas, Legislación, Accidentes de Trabajo*

*Investigación y Estudios, Guías y Manuales Técnicos, Documentos*

*Divulgativos, Folletos y Catalogos, Carteles y Calendarios*

*Medios Audiovisuales*

**Formación**  
**Ayudas**

**Toda la información  
a un sólo "Click"**

**Instituto Navarro de Salud Laboral**



**Gobierno  
de Navarra**



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

**EDITOR:**

FRANCISCO DE LA GALA SANCHEZ

**DIRECTOR:**

ALFONSO APELLANIZ GONZALEZ

**COMITÉ DE REDACCION:**

JESUS ALBERT SANZ  
JAVIER CEREZO URETA  
CARLOS QUINTAS FERNANDEZ  
ANGEL COELLO SUANZES  
JAVIER MILLAN GONZALEZ  
VICENÇ SASTRE FERRA

**COMITÉ EDITORIAL:**

ANGEL BARTOLOME PINEDA  
JESUS BERRAONDO RAMIREZ  
ARTURO CANGA ALONSO  
MARIA JOSE CLAR ROCA  
FRANCISCO VICENTE FORNES UBEDA  
GUILLERMO GARCIA VERA  
ANTTON GARMENDIA GUINEA  
PEDRO LUIS GONZÁLEZ DE CASTRO  
ANDRES GUTIERREZ LAYA  
JESUS MONTERREY MAYORAL  
JUAN MURILLO RODRÍGUEZ  
JOSE MIGUEL PARDILLOS LAPESA  
PERE PLANA ALMUNI  
ANGEL PLANS CAÑAMARES  
JUAN PRECIOSO JUAN  
RAFAEL TIMMERMANS DEL OLMO  
MIGUEL ANGEL VARGAS DIAZ  
MANUEL VIGIL RUBIO

**COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL:**

JULIETA RODRÍGUEZ-GUZMAN  
(Colombia)  
RENE MENDES (Brasil)  
JOAO MONTES (Brasil)  
HANS-HORST KONKOLEWSKY (UE)  
RUDDY FACCI (Brasil)  
ANTONIO WARNER (Argentina)

**COMITÉ CIENTIFICO:**

VICTOR ALCALDE LAPIEDRA  
JUAN JOSE ALVAREZ SAEZ  
CESAR BOROBIÁ FERNANDEZ  
MARIA CASTELLANOS ARROYO  
LUIS CONDE-SALAZAR  
JACINT CORBELLA CORBELLA  
PEDRO DE CASTRO SANCHEZ  
JUAN JOSE DIAZ FRANCO  
MONTSERRAT GARCIA GOMEZ  
RAMONA GARCÍA I MACIA  
MONTSERRAT GONZALEZ ESTECHA  
JESUS GOIKOETXEA IRIBARREN  
ABELARDO GUARNER  
RAFAEL LOBATO CAÑON  
GABRIEL MARTI AMENGOL  
BEGOÑA MARTINEZ JARRETA  
ANDRÉS POMARES ALONSO  
ANTONIO REBOLLAR RIVAS  
FELIX ROBLEDO MUGA  
CONSOL SERRA PUJADAS

**COMITE ASESOR A LA INVESTIGACION:**

JOSÉ LUIS CABANILLAS MORUNO  
JAUME DE MONTSERRAT I NONO  
ANTONIO DELGADO LACOSTA  
SANTIAGO DIAZ DE FREIJO  
ENRIQUE ETXEBARRIA ORELLA  
MANUEL GALAN  
JOSE VICENTE SILVA ALONSO

**SECRETARIA DE REDACCION:**

S & G

**E-mail:**

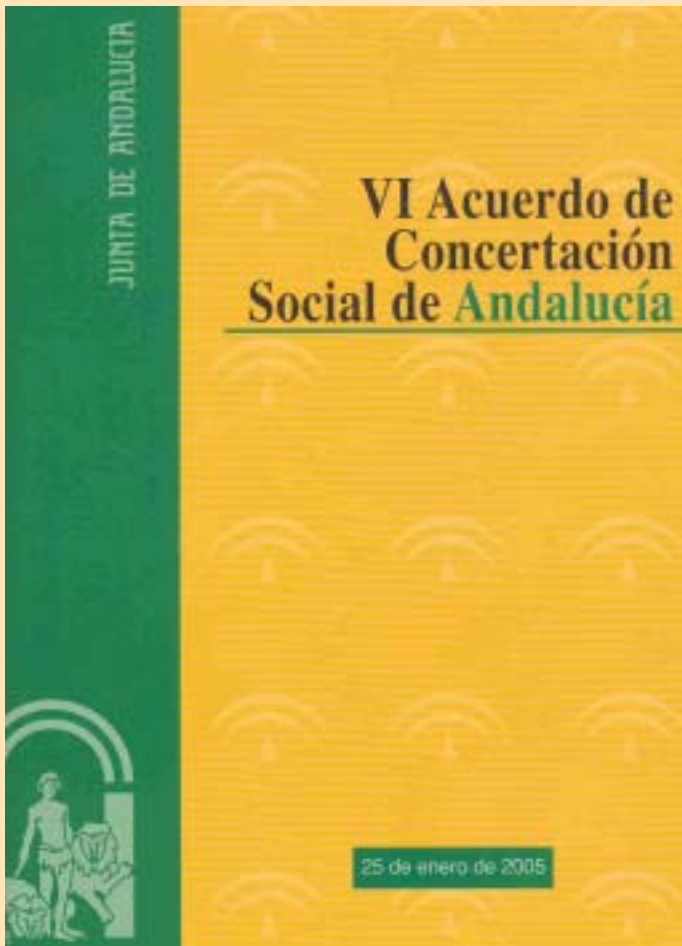
directorrevista@semst.org  
secretariarevista@semst.org  
presidente@semst.org

**EDICIÓN Y PUBLICIDAD:**

GABINETE DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA  
APARTADO DE CORREOS 5005  
33080 OVIEDO - ASTURIAS  
TELÉFONO 985 980 339  
FAX 985 980 346  
E-mail: semst@mixmap.com

**SECRETARÍA TÉCNICA:**

GABINETE DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA



## SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

Las partes firmantes de este acuerdo, preocupadas por la siniestralidad laboral existente en Andalucía, se comprometen al impulso del cumplimiento del objetivo general de promoción de la salud laboral, reducción de la siniestralidad y mejora de las condiciones de trabajo contenido en el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales en Andalucía, aprobado por el Decreto 313/2003 de 11 de noviembre, así como a la consecución de todos y cada uno de los objetivos estratégicos y acciones específicas fijados en el mismo, con los medios humanos, técnicos y económicos necesarios.

Para garantizar este cumplimiento, se potenciará la actividad del Consejo Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales en la coordinación, seguimiento y control del Plan General de Prevención de Riesgos para Andalucía.

No obstante, se realizan nuevas propuestas que implementen el Plan y se propone incidir más concretamente en las siguientes:

- Creación, en el primer año de vigencia del acuerdo, del Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales.
- Creación de laboratorios que sean observatorios de la realidad andaluza e impulsores de iniciativas para el estudio de problemáticas específicas en materia de seguridad y salud laboral. Se crearán, entre otros, los siguientes laboratorios:
  - o Riesgos psicosociales, con especial incidencia en el hostigamiento moral y en el síndrome del quemado.
  - o Riesgos emergentes y enfermedades profesionales. Análisis de las causas de la siniestralidad y determinación del perfil del trabajador accidentado.
  - o Aspectos económicos de la seguridad y salud laboral.
- Creación del Pabellón de la Prevención en el Parque de las Ciencias de Granada para trasladar a la sociedad el valor de la prevención.
- Potenciar acciones de choque para reducir la siniestralidad laboral, mediante la actuación conjunta de la inspec-

ción de trabajo y los técnicos de los centros de prevención de riesgos laborales, estableciendo programas específicos.

- Promover la mejora de la información estadística de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en Andalucía.
- Desarrollar campañas preventivas específicas orientadas a colectivos tales como trabajadores autónomos, inmigrantes y discapacitados.
- Adoptar medidas que contemplen el tratamiento singular de las circunstancias de género en todo lo relativo a la prevención y, especialmente análisis de riesgos en profesiones en las que exista una mayor presencia de la mujer trabajadora.
- Impulsar acciones en todos los niveles educativos para mejorar la formación en materia de prevención de riesgos laborales.
- Incentivar la generación y difusión de buenas prácticas preventivas en operaciones y/o actividades concretas, especialmente en las pymes.
- Incorporar en la contratación pública de la Junta de Andalucía criterios de valoración adicional positivos de aquellas empresas que pongan en marcha acciones que favorezcan y mejoren una efectiva implantación de medidas preventivas.
- Profundizar en la adopción de medidas en el sector de la construcción que haga más eficaz el tratamiento (implantación de la Cartilla de Formación y de la Cartilla de Vigilancia de la Salud, mayor control de las empresas y de su organización del trabajo, etc.).
- Propiciar la coordinación de todos los estamentos de la Junta de Andalucía en lo referente a la prevención de riesgos laborales.
- Promover la implantación de la Cartilla de Formación y de Vigilancia de la Salud para los trabajadores del sector de empresas de trabajo temporal.





# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

## EDITORIAL/*Editorial*

### Una medicina del trabajo para Europa

*Labour Medicine for Europe*

Canga, A. .... 77

## ORIGINALES/*Original Articles*

### Siniestralidad Laboral y Envejecimiento de la Población Trabajadora. España, 1997-2002

*Labour-related Accidents and Aging of the Working People*

García Barreiro, A.; Gallego, I.; Maqueda, J. .... 79

### Riesgos psicosociales y bienestar en el trabajo: la satisfacción laboral desde el modelo de Warr

*Psychosocial hazards and workers well-being: work satisfaction from Warr's model*

García-Layunta, M.; Manuel Tomás, J.; Oliver, A. .... 87

## REVISIONES/*Review Articles*

### La Medicina del Trabajo en Europa. Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), Sección de Medicina del Trabajo

*The Labour Health in Europe. European Union of Medical Specialists (UEMS)*

Serra Pujadas, C. .... 95

### Aspectos legales de los servicios de prevención.

#### El derecho a la confidencialidad y el secreto profesional. La Historia Clínica

*Legal aspects of Preventive Risk Labour Department. The right of confidentiality  
and the professional secret. The Occupational Medical Examination*

Montero Juanes, J. .... 98

## CASO CLÍNICO/*Cases reports*

### Infiltrado masivo intersticial micronodular bilateral

*Massive Bilateral Micronodular Interstitial Infiltrates*

García Méndez, P.; Delgado Lacosta, A.R.; Llamas Cascón, E.; Corbatón Anchuelo, A.;  
de la Gala Sánchez, F.; Bartolomé Villar, A. .... 111

### Cervicobraquialgia y masa supraclavicular

*Cervical Radioculopathy and Supraclavicular Tumor*

Iborra García, R.; Fornes Ubeda, F. V. .... 116

Comentarios bibliográficos / *Medical Literature* ..... 120

Análisis de libros / *Book Analysis* ..... 123

Noticias / *News* ..... 125

Actividades de las Sociedades / *Societies Activities* ..... 126

Eventos / *Events* ..... 134



Velar por la seguridad y la higiene en el trabajo es uno de los principios esenciales de nuestra sociedad. Con esta intención se desarrolló una política de protección para la salud de los trabajadores que acabó, finalmente, por plasmarse en la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales** de 1995 (B.O.E. nº269 de 10 de noviembre).

Entre los diferentes contenidos en los que se divide esta ley: competencias administrativas, implicación empresarial, obligaciones de los trabajadores, evaluación de riesgos, infracciones y sanciones, etc..., cabe destacar su artículo nº 6 en el que se indica el seguimiento de normas reglamentarias que garanticen la seguridad y la salud en los lugares de trabajo.

En este mismo sentido, dentro del ámbito de la Unión Europea se han fijado unos criterios en cuanto a las acciones que se deben llevar a cabo para la protección contra accidentes y situaciones de riesgo. Concretamente, la Directiva 89/654/CEE, de 30 de noviembre, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo. Esta directiva se transpone al Derecho español mediante el **Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, Lugares de Trabajo** (B.O.E. nº97, de 23 de abril).

Además de este Real Decreto, existen toda una serie de normas y publicaciones que son de gran apoyo para el desarrollo de la actividad preventiva. Entre otras, destacamos las siguientes:

#### **UNE EN 27243:1995**

Ambientes calurosos. Estimación del estrés térmico del hombre en el trabajo basado en el índice WBGT (temperatura húmeda y temperatura de globo).

#### **UNE EN ISO 7730:1996**

Ambientes térmicos moderados. Determinación de los índices PMV y PPD y especificaciones para condiciones del confort térmico.

#### **UNE EN 27726:1995**

Ambientes térmicos. Instrumentos y métodos de medida de los parámetros físicos.

#### **UNE EN 28996:1995**

Ergonomía. Determinación de la producción de calor metabólico

**TLVs VALORES LIMITE** Para Sustancias Químicas y Agentes Físicos en el ambiente de Trabajo

#### **BEIs INDICES BIOLÓGICOS DE EXPOSICIÓN**

Por lo tanto, toda aquella empresa que lleve a cabo acciones relacionadas con la Prevención de los Riesgos Laborales - Mutuas, servicios de prevención propios y ajenos - tienen un marco legal muy bien definido, y sus profesionales - técnicos o delegados en prevención, mayoritariamente - también disponen de las herramientas de consulta necesarias.

Otro de los aspectos importantes que debe tenerse en cuenta es la medición. Para valorar los efectos que las condiciones ambientales - temperaturas, humedad, corrientes de aire, gases tóxicos...- tienen sobre las personas es imprescindible medir.

Por esta razón, siempre que una empresa quiera acreditarse como servicio de prevención es imprescindible que disponga de un mínimo de equipamiento.

En materia preventiva se trabaja en 4 especialidades:

1. Seguridad
2. Higiene
3. Ergonomía y Psicosociología
4. Vigilancia de la Salud

La instrumentación, dirigida básicamente al campo de la higiene, es muy variada: equipos de termometría, velómetros, luxómetros, sonómetros, lectura de contaminantes químicos, etc.

En Testo, como empresa dedicada a la instrumentación, estamos totalmente implicados en resolver los problemas que existen a la hora de realizar mediciones: escoger la tecnología (tipo de sensores) más adecuada, cómo realizar la medida, dónde medir ... así como demostrar que a partir de una buena medición y tras conclusiones bien fundamentadas, muchos de los problemas existentes quedan resueltos.

Sencillez de manejo, cómodo para trabajar y ajustado a las necesidades de la medición... así son algunas de las características de nuestros instrumentos.

Por ejemplo, nuestra nueva **sonda para la medición del estrés térmico**.



Esta sonda, según la norma UNE EN 27243 citada anteriormente, exige la medición de la Tª seca o ambiente, Tª húmeda natural y Tª radiante para, finalmente, calcular el índice WBGT. En Testo lo que hemos fabricado ha sido una sonda que cumple al

100% todos los requisitos de la norma y además, en conexión con el testo 400, ya calcula directamente los índices WBGT interior y exterior.

Por otra parte, uno de los aspectos más importantes que dan seguridad y confianza a un técnico, es saber cual es la desviación -en la medida- que presentan sus equipos. Para ello, es necesaria una calibración. En Testo tenemos 2 laboratorios ubicados en Barcelona y Madrid, desde donde podemos certificar los instrumentos y también repararlos.

Un ejemplo de los generadores y patrones utilizados en nuestros laboratorios son los siguientes:



Tras lo comentado en este artículo, deben sacarse 4 conclusiones:

- **Existe una exigencia por ley**
- **Existen medios y herramientas para el desarrollo de la misma**
- **La medición es la herramienta que más ayudará a evaluar de forma objetiva**
- **Cualquier tipo de instrumentación debe estar previamente calibrada**

A partir de esta realidad, la seguridad y la higiene empieza por uno mismo.

JAVIER MESTRE  
Responsable IAQ

**ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** ANDRÉS POMARES ALONSO  
 PEDRO DE CASTRO SÁNCHEZ  
 JUAN M<sup>º</sup> LEÓN ASUERO  
 ÁNGEL COELLO SUANZES  
 JUAN LUIS CABANILLAS MORUNO  
 PEDRO LUIS GONZÁLEZ DE CASTRO  
 D. RAFAEL TRUJILLO LEÓN  
 EMILIO GARCÍA HERNÁNDEZ  
 M<sup>º</sup> DOLORES MAESTRO ALCÁNTARA  
 JOSÉ MILLÁN ACOSTA  
 FRANCISCO FELIPE GÓMEZ  
 JOSÉ LUIS DEL VALLE CORONEL  
 JORGE CUADRI DUQUE  
 SALVADOR MUÑOZ PÉREZ  
 PEDRO LUCAS EGUINO TOSCANO  
 SALVADOR MÁRQUEZ CLAROS  
 RAFAEL PALENZUELA RODRÍGUEZ  
 ALFONSO PRIETO CUESTA  
 JOSÉ ENRIQUE ARROYO FIESTAS  
 JUAN JURADO GRIMALDO



**SOCIEDAD BALEAR DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** VICENÇ SASTRE FERRA  
 MARÍA JOSE CLAR ROCA  
 PAULA GRAU SANCHO  
 AINA MOYA AMENGUAL  
 JOSE DEL TORO



**SOCIETAT CATALANA DE SEGURETAT I MEDICINA DEL TREBALL**

**PRESIDENT:** ÀNGEL PLANS  
 MÓNICA BALLESTER  
 MIQUEL MIRA  
 IMMA AGUADO  
 MONTSE CORTIJO  
 GERO DOMÍNGUEZ  
 ANTONI NICOLAU  
 ASSUMPCIÓ ORRI  
 JORDI PARDELL  
 MONTSERRAT PUIGGENÉ  
 ISABEL RAMÍREZ  
 MARTA TORTAJADA



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

**PRESIDENTE:** JUAN MURILLO RODRÍGUEZ  
 IGNACIO EZPELETA ASCASO  
 MIGUEL ANGEL GUERRERO CASEDAS  
 SERGIO HIJAZO LARROSA  
 FERNANDO MARZO UCEDA  
 CLARISA MURILLO ESTEBAN  
 JOSÉ MIGUEL PARDILLOS LAPESA  
 MAR PARDOS ORDOVÁS  
 CARLOS PISERRA BOLAÑOS  
 PILAR RUBIO DEL VAL  
 MARÍA ISABEL UBEDA PÉREZ  
 JOSÉ ANTONIO VILLALBA RUETE  
 CRISTINA VISPE ROMÁN



**ASOCIACION EXTREMEÑA DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** JAVIER MILLÁN GONZÁLEZ  
 FRANCISCO JOSÉ BARRIGA MEDINA  
 JESUS MATEOS RODRIGUEZ  
 FRANCISCO BARQUERO MURILLO  
 JESUS MONTERREY MAYORAL  
 JOSÉ FELIX SANCHEZ SATRUSTEGUI FERNÁNDEZ  
 AUGUSTO PINTADO VIDAL



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

**PRESIDENTE:** JOSÉ CARLOS QUINTAS FERNÁNDEZ  
 ANTONIO FARALDO GARCÍA  
 RAFAEL ROSSI IZQUIERDO  
 SONIA PARDO DÍAZ  
 MARTA CABALLÉ ROSELLÓ  
 JOSÉ ANGEL FRAGUELA FORMOSO  
 HERMENEGILDO FRANCO SUANCES  
 CARLOS RODRÍGUEZ COSTAS  
 FRANCISCO BERNABEU PIÑEIRO  
 NABOR DÍAZ RODRÍGUEZ  
 FEDERICO LÓPEZ VIDAL  
 MANUEL J. RODRÍGUEZ QUINTELA



**SOCIEDAD ASTURIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** ARTURO CANGA ALONSO  
 JOSE M<sup>º</sup> SOTO GONZÁLEZ  
 CARMEN GÓMEZ MANRIQUE  
 JOSEFA GONZÁLEZ GUTIERREZ  
 MANUEL VIGIL RUBIO  
 SUSANA RODRÍGUEZ SUÁREZ



**SOCIEDAD NAVARRA DE MEDICINA Y ENFERMERIA DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** GUILLERMO GARCIA VERA  
 JESÚS BERRAONDO RAMIREZ  
 FELIX BELLA PEREZ  
 BENITO GOÑI GARCIA  
 SALVADOR GOICOECHEA FERNÁNDEZ  
 BALTAZAR MARTOS SÁNCHEZ  
 M<sup>º</sup> DOLORES GONZALEZ CABRERA



**SOCIEDAD CANTABRA DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** R. ANDRÉS GUTIÉRREZ LAYA  
 ANGELES JIMÉNEZ BARCA  
 FERNANDO VÉLEZ VIANA  
 JOSÉ LUIS RUIZ PERALES  
 JUAN ALONSO DÍAZ  
 JESÚS ENRÍQUEZ RUIZ  
 MARCIAL DE LA HERA MARTÍNEZ  
 BLANCA URCELAY ZABARTE  
 ISABEL FERNÁNDEZ DÍEZ  
 CARLOS GARCÍA FERNÁNDEZ



**LAN MEDIKUNTZAREN EUSKAL ELKARTEA  
 SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** ALFONSO APELLANIZ  
 IÑAKI KORTA  
 FERNANDO DE MIER  
 MIKEL AYALA  
 ADOLFO ARANGUREN  
 JAVIER CORTADI  
 EUGENIO DOMINGUEZ  
 LORENZO FERNANDEZ DE RETANA  
 ANTON GARMENDIA  
 IÑAKI IGARZABAL  
 MIREN MARTIN IZAOLA  
 LINA SUSTATXA



**SOCIEDAD CASTELLANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** RAFAEL TÍMERMAN DEL OLMO  
 MIGUEL ÁNGEL VARGAS DÍAZ  
 FERNANDO RUIZ GUTIÉRREZ  
 JAVIER CEREZO URETA  
 OLGA SÁNCHEZ-GIRÓN  
 FÉLIX ALCONADA  
 MIGUEL ÁNGEL DE LA ASUNCIÓN  
 JOSÉ MANUEL DE LA FUENTE  
 ALFONSO GÓMEZ ACEBO  
 EDUARDO MASCÍAS  
 ROBERTO MUÑOZ ESQUER  
 BENILDE SERRANO



**SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

**PRESIDENTE:** FRANCISCO VTE. FORNÉS UBEDA  
 JUAN PRECIOSO JUAN  
 JOSÉ GABRIEL PÉREZ FERNÁNDEZ  
 JESÚS ALBERT SANZ  
 JOSÉ M<sup>º</sup> LLEDÓ LÓPEZ-COBO  
 MIGUEL SANZ BOU  
 LUIS IGNACIO CALDERÓN FERNÁNDEZ  
 CARMEN CELMA MARÍN  
 PALMIRA MARUGAN GACIMARTÍN  
 JOSÉ GONZALEZ RODRIGUEZ-FLORES  
 JOSÉ F. FOLCH GARCÍA  
 FERNANDO SERRANO YUSTE  
 EMILIO COGOLLOS PÉREZ  
 JOAQUÍN SILVESTRE BIOSCA  
 ALBERTO FUSTER GARCÍA



# NEOBRUFEN<sup>®</sup>

Ibuprofeno (DOE)

LA VIDA ES COMO UN DEPORTE

La meta es **VIVIR SIN DOLOR**

E f i c a c i a

**analgésica**

**antiinflamatoria**

FICHA TÉCNICA  
EN PÁGINA 71

## ACCIÓN PROLONGADA<sup>(1-3)</sup>



- Sistema de liberación exclusivo
- Única toma nocturna: eficacia 24 horas<sup>(3,5)</sup>
- Previene la rigidez matutina<sup>(2,3)</sup>

## ACCIÓN RÁPIDA<sup>(4)</sup>



- Agradable sabor
- Cómoda presentación
- Disolución fácil y completa

■ Artrosis  
■ Espondilitis Anquilopoyética

■ Artritis Reumatoide  
■ Lesiones de tejidos blandos

■ Esguinces  
■ Torceduras

■ Tendinitis  
■ Otitis

■ Faringitis  
■ Dismenorrea

■ Cefaleas  
■ Dolor dental



# UNA MEDICINA DEL TRABAJO PARA EUROPA

Canga Alonso, A.

*Presidente de la Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo*

*Miembro de la Comisión nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo (Ministerio de Sanidad)*

Ya en 1950 el Comité conjunto OIT-OMS sobre la Salud en el Trabajo, adoptaba la siguiente definición: *“la Salud en el trabajo debe tender a: la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; la prevención de las pérdidas de salud de los trabajadores causadas por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus puestos de trabajo, frente a los riesgos derivados de factores que puedan dañar dicha salud; la colocación y el mantenimiento de los trabajadores en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y, en síntesis, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo”*.

Al hilo de ésta declaración programática se inicia en nuestra nación la formación en Medicina del Trabajo, en el ya lejano 1959, a través de los Cursos Regulares de Medicina de Empresa que se mantiene hasta 1989, solapándose en su última etapa con el inicio de la Especialidad en Medicina del Trabajo, nacida al amparo de la Ley de 20 de julio de 1955 e iniciada en Granada en la primera Escuela Profesional de nuestro país en 1965.

A pesar de la tenacidad de numerosas Juntas Rectoras de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del trabajo ha sido necesario esperar al siglo XXI para que por R.D. 139/2003 de 7 de Febrero, que actualiza la formación médica especializada, pudiéramos ver a **nuestra especialidad** en el lugar que le correspondía y que no es otro que el apartado segundo del Anexo del RD 127/84 de 11 de Enero, lo que implica que la formación, que pasa a ser retribuida, se realice, por el **“sistema de residencia”**, en **Unidades Docentes** específicamente acreditadas para ello, con un programa oficial nuevo que se ha elevado a cuatro años y al que se han incorporado periodos de formación tanto en hospitales y centros de salud como en Servicios de Prevención y otras entidades acreditadas relacionadas con la salud de los trabajadores; así cómo un importante periodo formativo de 800 horas con contenidos no impartidos en el pregrado.

Para comprender el reto que tienen ante sí los futuros profesionales que se formen a partir de éste momento hemos de partir de la consideración que la Organización Mundial de la Salud hace de la Medicina del Trabajo cuando la define cómo: “*La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo*”.

Estamos pues, ante una Especialidad de orientación clínica y social en la que confluyen cinco vertientes o áreas de competencia fundamentales: *Preventiva, Asistencial, Pericial, Gestión, Organización y Conocimientos Empresariales y Docencia e Investigación*.

Este ambicioso proyecto supone la transformación de las actuales Escuelas Profesionales en Unidades Docentes, así cómo la creación de nuevas Unidades en las Comunidades Autónomas, entendidas cómo: “*El conjunto de dispositivos de diverso carácter, que en un área geográfica determinada permiten desarrollar el programa formativo de la Especialidad de Medicina del Trabajo*” y que deben cumplir con los siguientes requerimientos:

- **Solicitud**, formulada por Órgano de las Comunidad Autónoma que ostente la Autoridad Sanitaria.
- **Acreditación**, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo en coordinación con la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, previo informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- **Dispositivos:**
  - o **Mínimos:**
    - Un Centro formativo, Unidad o Departamento Universitario donde se imparta el Curso Superior en Medicina del Trabajo.
    - Hospital/es donde se imparta la formación clínica hospitalaria.
    - Centro/s de Salud, acreditado/s para la docencia.
    - Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
    - Unidad/es, Servicio/s o Institutos de Salud Laboral de la Administración Estatal, Autonómica.
  - o **Opcionales:**
    - Equipos de valoración de incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social o sus equivalentes en las Comunidades Autónomas.
    - Unidades o Servicios de Salud Medioambiental en el ámbito laboral de las distintas administraciones públicas.
    - Servicios de Inspección Sanitaria en las CC.AA. u otros recursos relacionados con la salud laboral, según las características específicas de cada una de ellas.
    - Otras entidades relevantes en salud laboral siempre que se acredite su interés para la formación en la especialidad.
  - o **Unidades de referencia**
- **Recursos humanos:**
  - o Director del Centro Formativo
  - o Coordinador docente
  - o Tutores, al menos uno por cada eslabón de la rotación
  - o Comisión Asesora, a constituir por las CCAA.

Este es el reto que tenemos ante nosotros y en el que la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo está comprometida, en beneficio de nuestra profesión y de los trabajadores que, en definitiva son **nuestra razón de ser**.

ORIGINAL

# SINIESTRALIDAD LABORAL Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

ESPAÑA, 1997-2002

García Barreiro, A.<sup>1</sup>, Gallego, I.<sup>2</sup>, Maqueda, J.<sup>3</sup><sup>1</sup>Director Sanitario Contingencias Comunes. Asepeyo<sup>2</sup>Médico Asepeyo. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III<sup>3</sup>Subdirector Jefe de Área de Servicios Especiales. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III

## Resumen

**Contexto:** Explorar potenciales relaciones entre envejecimiento de la población trabajadora y siniestralidad laboral es un proceso engorroso y difícil si no se dispone de índices de envejecimiento para este grupo, a partir de los índices se puede explorar el comportamiento conjunto de ambos fenómenos incluso sin contar con la distribución de la siniestralidad por edad, que es el problema principal en las series disponibles. Con los resultados de este estudio se da inicio a la generación de hipótesis sobre el rol del envejecimiento en el contexto de la salud laboral

**Objetivos:** Caracterizar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y buscar potenciales relaciones entre el envejecimiento poblacional y el comportamiento de estos eventos.

**Metodología:** Se revisan fuentes de información sobre accidentalidad laboral, enfermedades profesionales y población en el último quinquenio y se utilizan tres índices de envejecimiento de la población trabajadora, por Comunidad Autónoma y por año, entre los años 1997 y 2002

**Resultados:** A mayor nivel de envejecimiento mayor duración de la Incapacidad Temporal por accidente en jornada de trabajo, mayor gravedad de los accidentes en jornada de trabajo con baja y mayor cantidad de accidentes mortales, en tanto que a mayor nivel de envejecimiento menor frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja. En enfermedad profesional es mayor la incidencia cuanto mayor es el nivel de envejecimiento de la población trabajadora.

**Conclusiones:** Los cambios en frecuencia y duración de la siniestralidad laboral pueden atribuirse, en parte, a los cambios demográficos que muestran un proceso de envejecimiento de la población trabajadora.

**Palabras clave:** vejez, envejecimiento, accidente de trabajo, enfermedad profesional, trabajadores.

## Abstract

**Title:** Labour-related Accidents and Aging of the Working People

**Background:** The exploration of potential relationships among aging in working population and occupational injury is one process very difficult because it doesn't dispose of aging index for this group. If the index are designed we can explore the combined behavior of both phenomena without having the distribution of illness or injury by age that is the main problem in the available series. The results of this study allow beginning it is the generation of hypothesis related with the aging in the occupational health context

**Aims:** To characterize occupational injury and professional illness and to look potentials relationships between the population aging and the performance of these events.

**Methods:** Sources of information are revised for occupational injury, occupational diseases and population in the last period of five years besides three indexes used for aging of working population, in the Autonomous Community and per annum, among 1997 and 2002.

**Results:** If the population has high level aging, then the duration of temporary inability is bigger, the serious injuries are more frequently, and the fatal injuries are more common, on the other hand if the population has high aging, then the frequency of accidents with inability is smaller. In occupational illness, is bigger the incidence, if level of aging of working population is bigger.

**Conclusions:** The changes in frequency and duration of occupational injury and professional illness can be attributed, partly, to the demographic changes that show a process of aging in working population.

**Key words:** aging, age, ageing, occupational injury, occupational illness, worker.

## Introducción

En España la incidencia de accidentes de trabajo tiene tendencia claramente creciente entre los años 1997 y 2000, a partir de este año desciende paulatinamente, pero en menor medida que el crecimiento, los valores del año 2002 están por debajo de los del año 1999, pero muy por encima de los de 1998. De 5036 accidentes por cien mil trabajadores ocupados, en el año 1997, las cifras pasan a 5964 por cien mil en el año 2000 y luego bajan a 5729 por cien mil en el año 2002 <sup>(1)</sup>

Las enfermedades profesionales, por su parte, tienen tendencia creciente sostenida, en ese mismo período. En 1997 la tasa de incidencia de enfermedades profesionales por cien mil trabajadores ocupados era de 72 y en el 2002 de 153, un valor de incidencia de más del doble en este corto período de tiempo.

Para los grupos más jóvenes de la población trabajadora (16 a 19 y 20 a 24 años de edad) la incidencia de accidentes de trabajo tiene la misma tendencia que ya se ha descrito para la población trabajadora total, es creciente entre los años 1997 y 2000 y a partir de este año disminuye. Para los grupos de edad por encima de los 25 años la tendencia es creciente en el mismo período, pero con una pendiente menor que los grupos más jóvenes y luego es plana. De esta forma, podemos afirmar que los grupos más jóvenes son los que tienen las cifras de incidencia de accidentalidad más altas, son los que están explicando el comportamiento general del fenómeno y al mismo tiempo encubriendo el comportamiento de los grupos por encima de los 24 años de edad.

La incidencia de enfermedades profesionales por cien mil trabajadores ocupados, por grupos de edad, muestra crecimiento sostenido de los grupos de 25 a 54 y 55 años y más en todo el período, mientras que los grupos más jóvenes empiezan a crecer a partir del año 1998, con una pendiente mucho mayor. Los de 20 a 24 años de edad superan a todos los grupos desde el año 1999, en tanto que las tasas de incidencia de los de 16 a 19 años, a partir de ese mismo año, se colocan por encima de las tasas de los trabajadores con 55 años de edad o más, que son los que tienen tasas de incidencia menores.

La pregunta es si el envejecimiento de la población trabajadora puede tener alguna participación en este comportamiento de la siniestralidad. Para dar respuesta se asume el análisis por Comunidades Autónomas año a año, en función de los indicadores de envejecimiento. Las relaciones que se buscan son de carácter exploratorio. No se asumen supuestos de cambio en el riesgo laboral en función del envejecimiento de la población trabajadora.

Se ha encontrado que a medida que aumentan las tasas de envejecimiento de la población laboral disminuye el índice de incidencia de accidentes en jornada de trabajo con baja. Para las Comunidades Autónomas con mayores tasas de envejecimiento es mayor el índice de gravedad de los accidentes en jornada de trabajo con baja. A medida que aumentan los niveles de envejecimiento aumenta la duración de la incapacidad temporal por accidentes en jornada de trabajo. A medida que aumentan los niveles de envejecimiento aumenta el índice de incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo. A mayores niveles de envejecimiento corresponden menores niveles de accidentalidad in-itinere. A mayor nivel de envejecimiento corresponde mayor tasa de incidencia de enfermedades profesionales.

Estos hallazgos parecen triviales, puesto que el comportamiento es similar al que se describe cuando se analiza la accidentalidad laboral por edad, sin estudio de tendencias temporales, sin embargo, no hay referentes recientes conocidos que analicen la situación en función de índices de envejecimiento de la población trabajadora <sup>(2)</sup>.

Encontrar que las tasas de incidencia de accidentes de trabajo son menores cuando aumenta el nivel de envejecimiento y que el índice de gravedad es mayor, es fundamental, puesto que se describe un perfil de accidentalidad en el que puede intervenir con medidas de prevención. Es pues un reto para la salud laboral el control de los accidentes graves.

El aumento en la duración de la incapacidad temporal por accidente de trabajo puede ser explicado por el aumento que experimenta el índice de gravedad, lo mismo que por el comportamiento de la incapacidad temporal en función de la edad <sup>(2)</sup>.

Encontrar mayores tasas de incidencia de accidentes mortales cuando las tasas de envejecimiento son mayores es un hallazgo inesperado, pero que no está en discordancia con el aumento en el índice de gravedad en función del envejecimiento.

Los hallazgos relacionados con la enfermedad profesional tienen menos solidez puesto que la distribución por edad es muy particular y el crecimiento del índice de incidencia para los más jóvenes no tiene una explicación clara en el contexto de la legislación, el tipo de enfermedad profesional que se registra parece imprimir sesgos a la distribución por edad.

Desde el punto de vista metodológico, el alcance de este estudio en el tiempo y en la estructuración por zonas depende fundamentalmente de las fuentes de información disponible, en accidentalidad laboral se incluyen datos para los años 1989 a 2002 y en enfermedad profesional sólo se cuenta con datos para los años 1997 a 2002.

Las Comunidades Autónomas con mayores niveles de envejecimiento de la población laboral son Asturias, País Vasco, Navarra, Castilla y León, Aragón y Madrid. Son estas mismas Comunidades las que tienen mayor índice de incidencia de accidentes mortales y son prácticamente las mismas las que tienen mayor índice de gravedad de los accidentes en jornada de trabajo con baja.

Los resultados permiten dar respuestas en cuanto a la forma como ha evolucionado el fenómeno la siniestralidad en función del envejecimiento, sin embargo, con series de datos tan cortas sería muy arriesgado hacer proyecciones a futuro.

De momento puede afirmarse que el envejecimiento influye sobre la siniestralidad, pero no puede definirse su peso específico porque no se dispone de datos para análisis multivariable o control de los potenciales factores de confusión que influyen en estas relaciones, tales como división social del trabajo por edad, cambios en puestos de trabajo determinados por la edad, tipo de contrato, definición de la población a riesgo y tipo de régimen de Seguridad Social, entre otros.

## Metodología

Tipo de estudio: exploratorio

Fuentes de Información:

- Encuesta de Población Activa<sup>(3)</sup>.
- Encuesta de Coyuntura Laboral<sup>(1)</sup>.
- Trabajadores afiliados a la Seguridad Social<sup>(1)</sup>.
- Datos anuales de AT<sup>(1)</sup>.
- Base de datos de EP<sup>(1)</sup>.

Se utilizan tres indicadores de envejecimiento de la población trabajadora, contruidos así<sup>(4)</sup>:

- Índice de menores: número de personas de 16 a 19 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 25 a 54 años de edad en esa misma población.
- Índice de jóvenes: número de personas de 20 a 24 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 25 a 54 años de edad en esa misma población.
- Índice de juventud: número de personas menores de 25 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 55 años de edad o más en esa misma población.

Su interpretación: "a menor valor del indicador, mayores niveles de envejecimiento".

Estos indicadores se calculan para cada Comunidad Autónoma, año a año en el período 1989-2002.

La información sobre accidentalidad laboral y enfermedad profesional incluida en el estudio es la siguiente:

1. Accidentes en jornada de Trabajo con baja (AT) por grupo de edad.
2. Índices de incidencia de accidentes con baja en jornada de trabajo para el total y para los accidentes "in itinere", por separado.
3. Jornadas no trabajadas por AT por Comunidad Autónoma.
4. Índice de incidencia de AT.
5. Índice de frecuencia de AT.

6. Índice de gravedad de AT.
7. Duración media de las bajas por AT
8. AT mortales (Incidencia y frecuencia)
9. Enfermedades Profesionales con baja en jornada de trabajo.

## Siniestralidad e Índices de Envejecimiento

### Accidentes de Trabajo

Se exploran potenciales relaciones entre los índices de envejecimiento y los índices de accidentalidad.

Las Comunidades Autónomas con mayores niveles de envejecimiento de la población trabajadora son Asturias, País Vasco, Navarra, Castilla y León, Aragón. Seguidas muy de cerca por Galicia, Madrid y La Rioja.

El índice de incidencia de accidentes de trabajo por cien mil trabajadores expuestos al riesgo tiene los valores más altos en Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Cana-

rias, en el año 2002 y 2001. Con cifras entre 9139,7 y 7885.5 accidentes en jornada de trabajo, con baja, por cien mil trabajadores.

En accidentes mortales en jornada de trabajo, por cien mil trabajadores, las tasas más altas en el año 2002 son las de Asturias, La Rioja, Galicia, Navarra, País Vasco, Castilla y León. Con cifras entre 13,8 y 11,4 accidentes mortales en jornada de trabajo por cien mil trabajadores.

Entre los años 1989 y 2002 no ha cambiado la dispersión de la accidentalidad en el conjunto de las comunidades. Las cifras más bajas de accidentalidad laboral son las de los años 1993 y 1994, con ascenso posterior hasta el año 2000. En accidentes de trabajo mortales, en cambio, han descendido las cifras y ha disminuido la dispersión. (Figura 1)

Los índices de gravedad de la accidentalidad, para accidentes en jornada de trabajo con baja, por mil horas trabajadas tienen sus cifras más altas en Asturias, País Vasco, Baleares, Castilla-La Mancha, Cantabria, en el año 2002. Las cifras fluctúan entre 1,28 y 1,06 días no trabajados por

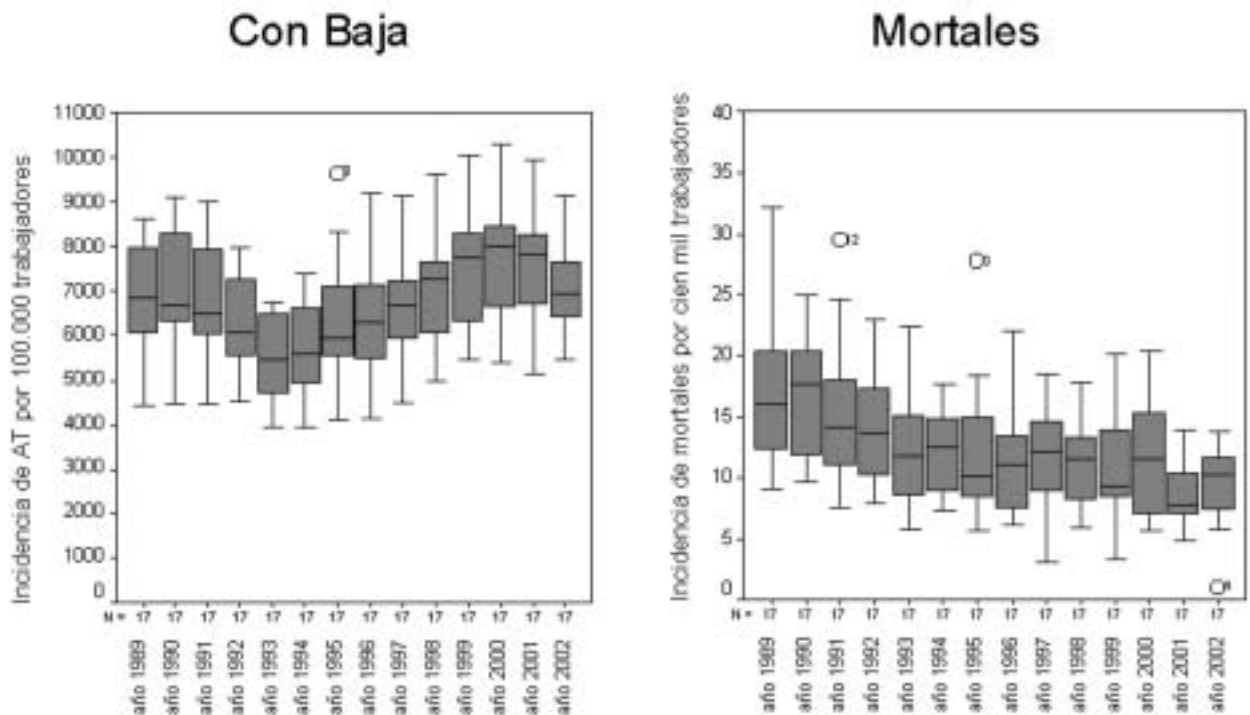


Figura 1

Índice de incidencia de accidentes en jornada de trabajo con baja y mortales por cien mil trabajadores, por Comunidades Autónomas. España, 1989 a 2002. Datos fuente MTAS<sup>(1)</sup>.

accidentes ocurridos durante la jornada de trabajo por cada mil horas trabajadas por los trabajadores expuestos al riesgo.

La duración media más alta de las incapacidades temporales por accidente de trabajo en jornada, son las de Asturias, Galicia, Cantabria, País Vasco, y Aragón, con cifras de 28,9 días, 28,0 días, 27,9 días, 25,2 días y 25,2 días.

Hay coincidencia entre altos índices de envejecimiento y altos niveles en el índice de incidencia de accidentes de trabajo mortales. También hay mayores valores para índice de gravedad y duración media de la incapacidad temporal en las Comunidades más envejecidas.

En el análisis de correlaciones bivariadas, índices de incidencia e índice de frecuencia y de gravedad tienen correlaciones significativas, del mismo modo índice de incidencia de accidentes mortales e índice de frecuencia de mortales.

No hay correlación entre duración media de la incapacidad temporal por accidente en jornada de trabajo y el índice de gravedad.

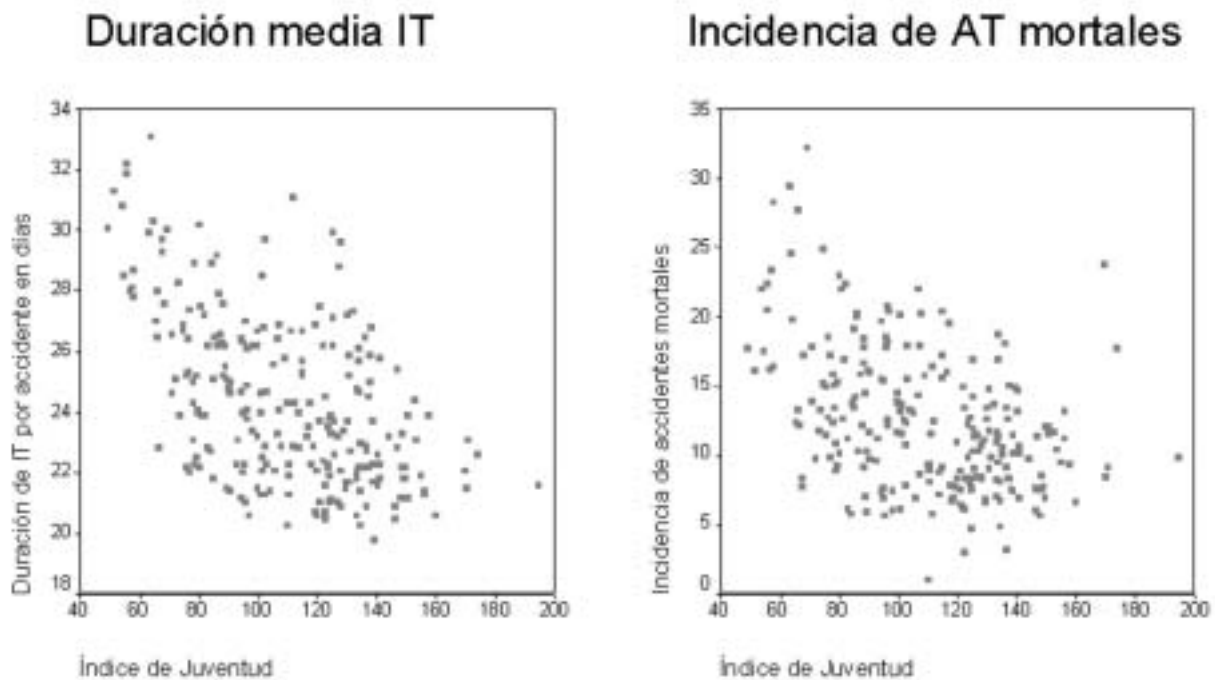
Utilizando los valores para los índices de accidentalidad de las 17 Comunidades Autónomas

y de los años 1989 a 2002 se construyen las correlaciones con los índices de envejecimiento.

El índice de menores se correlaciona significativamente con la duración de la incapacidad, con correlación negativa. A menor valor del índice, mayor duración de la incapacidad, lo que significa que a mayor nivel de envejecimiento de la población trabajadora, mayor duración de la incapacidad temporal por accidente de trabajo en jornada laboral con baja.

El índice de juventud tiene el mismo comportamiento en su correlación con la duración de la incapacidad, de la misma manera que el índice de jóvenes en la correlación con la duración de la incapacidad temporal por accidente en jornada de trabajo. A mayor nivel de envejecimiento mayor duración, hallazgo que se corresponde con lo encontrado en otros estudios para incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral.

De igual forma hay correlación significativa (con signo negativo) entre índice de menores y el índice de gravedad de accidentes en jornada de trabajo con baja. A menor valor del índice de



**Figura 2**

*Índice de juventud vs duración media de las incapacidades por accidente en jornada de trabajo, en días naturales, por Comunidades Autónomas y en relación con índice de incidencia de accidentes mortales. España por Comunidades Autónomas, 1989 a 2002*

menores mayor valor del índice de gravedad, esto significa que a mayor nivel de envejecimiento mayor gravedad del accidente de trabajo.

Las correlaciones entre índice de jóvenes e índice de gravedad se comporta igual. Sin embargo, entre el índice de juventud y el de gravedad de los AT no hay correlación.

El índice de juventud, se correlaciona positivamente con el índice de incidencia, así, a mayores niveles de envejecimiento menor número de Accidentes en jornada de trabajo con baja. Igual ocurre en la correlación con el índice de frecuencia, a mayores niveles de envejecimiento menor frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja. En ambos casos, aunque la correlación es significativa el coeficiente es bajo.

El índice de juventud, contrario a los otros índices de envejecimiento, se correlaciona negativamente con el índice de incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo. Así a menor valor del índice de juventud mayor número de AT mortales, lo que significa que a mayor nivel

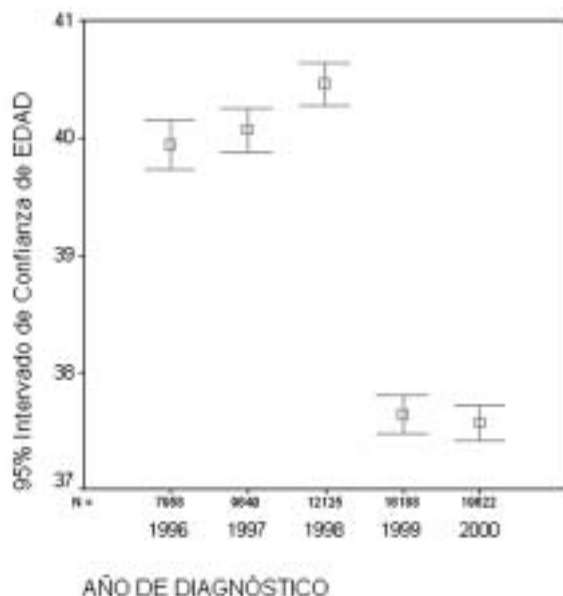
de envejecimiento hay mayor número de AT mortales. Igual comportamiento se observa con el índice de frecuencia. Este resultado no puede explicarse sólo en función del cambio demográfico de la población trabajadora, también influye la división del trabajo por edad.

Los tres indicadores de envejecimiento se correlacionan con el índice de incidencia de accidentes de trabajo in-itinere. La correlación es positiva. Esto significa que a menor nivel del indicador menor cantidad de accidentes de trabajo in-itinere, o lo que es lo mismo, a mayores niveles de envejecimiento corresponden menores niveles de accidentalidad in-itinere. Este hallazgo no puede explicarse sólo por el cambio demográfico de la población trabajadora, también influye la división del trabajo por edad.

En resumen, a mayor nivel de envejecimiento mayor duración de la incapacidad temporal por accidente en jornada de trabajo, mayor gravedad de los accidentes en jornada de trabajo con baja y mayor cantidad de accidentes mortales..

En tanto que a mayor nivel de envejecimiento menor frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja.

### Intervalo de Confianza 95%



**Figura 3**

*Distribución por edad de los casos de Enfermedad Profesional declarados. España, años 1996-2000. Datos fuente MTAS (1).*

### Enfermedad Profesional

En la distribución del número absoluto de enfermedades profesionales por edad no se encuentran evidencias que respalden el potencial efecto del envejecimiento sobre la salud de la población trabajadora<sup>(1)</sup>.

Las enfermedades profesionales no siguen ninguna tendencia en función del tipo de Comunidad, más o menos envejecida.

El cálculo de las tasas de enfermedad profesional se ha realizado usando como denominador la población ocupada. Las tasas más altas no se encuentran en las Comunidades con mayor industrialización o con mayor concentración de trabajadores, situación que corrobora las grandes diferencias en el comportamiento entre la accidentalidad laboral y la enfermedad profesional.

La distribución de las enfermedades profesionales, por edad, por antigüedad en el puesto y



por Comunidad Autónoma, no hace más que resaltar el potencial sesgo en la declaración.

Las correlaciones son significativas cuando se calculan entre índice de incidencia de enfermedades profesionales y los índices de envejecimiento. Como la correlación es negativa, esto significa que a menor valor del índice de envejecimiento mayor incidencia de enfermedades profesionales, esto es, a mayor envejecimiento mayor cantidad de enfermedades profesionales ( $p < 0,01$ ). En los tres casos los coeficientes de regresión son pequeños.

Para el índice de incidencia de enfermedades profesionales graves la correlación con los índices de envejecimiento no es significativa.

En definitiva, con estos datos podríamos afirmar que hay relación entre la incidencia de enfermedades profesionales y el índice de envejecimiento, con mayor número en las Comunidades Autónomas más envejecidas.

## Discusión

Encontrar que en las poblaciones más envejecidas disminuye el número de accidentes de trabajo, pero aumenta la gravedad de las lesiones y es mayor la cantidad de días perdidos en cada evento, posiblemente no cambia la línea de razonamiento que siempre han conocido los expertos en salud laboral, pero, aproximarnos a la medición del impacto muestra más claramente la tendencia que puede tener la accidentalidad a medida que se estructura el envejecimiento de la población trabajadora<sup>(5)</sup>.

A pesar de las dificultades para el análisis de los eventos de origen laboral, derivadas de las fuentes de información, se encuentran evidencias para pensar que hay un cambio en frecuencia y duración atribuible en parte a los cambios demográficos: los accidentes de trabajo disminuyen en los grupos más jóvenes (16 a 19 años) y la duración media de las bajas por Accidente de Trabajo son más altas en las Comunidades con mayores tasas de envejecimiento.

La EP no tiene la misma tendencia que la Accidentalidad Laboral (subdeclaración evidente y declaración presumiblemente sesgada). La

distribución por edad no aporta evidencias relacionadas con el envejecimiento de la población trabajadora, en la enfermedad profesional. La distribución por edad y por antigüedad en el puesto hace visible el sesgo en el registro y cambios a lo largo del tiempo que no tienen explicación ni son atribuibles a ajustes legislativos.

El comportamiento de las cifras de accidentalidad por edad en España es distinto del que refiere la Unión Europea de los 15. En el conglomerado de la Unión Europea no se aprecia la disminución en índice de incidencia de accidentes de trabajo en los grupos más jóvenes<sup>(6, 7)</sup>.

El índice de incidencia de accidentes en jornada de trabajo en el grupo de 16 a 19 años está descendiendo desde el año 2000. No obstante es el grupo con mayor frecuencia de accidentalidad<sup>(1)</sup>.

Las cifras más bajas de incidencia de accidentes en jornada de trabajo con baja son para el grupo de 55 años y más.

“La edad es uno de los más importantes determinantes de la duración de la Incapacidad Temporal, con mayor duración para las personas de edad más elevada”<sup>(2)</sup>.

Las enfermedades profesionales no obedecen a un patrón especial de distribución por edad y no son más frecuentes en los grupos de mayor edad.

La información relacionada con la declaración de enfermedades profesionales contribuye muy poco a la comprensión de los efectos del envejecimiento, principalmente por los potenciales sesgos que se evidencian en la distribución por edad y la independencia entre los índices de enfermedad y variables tales como empleo, concentración de mayor actividad económica, tiempo en el oficio y tipo de diagnóstico.

Los hallazgos de este estudio son importantes porque revelan relaciones entre envejecimiento y siniestralidad. Si el envejecimiento siguiera aumentando y no se lograra el control de los factores de riesgo laboral posiblemente aumentarían los accidentes de trabajo graves y mortales. Sin embargo es en este aspecto en el que se encuentra mayor esperanza porque el control a nivel de seguridad, higiene y ergonomía actúa fundamentalmente sobre la incidencia de acci-

dentos de trabajo graves y mortales, de esta forma el reto está en la mejora de las condiciones de trabajo para evitar que las condiciones de salud de la población trabajadora se vean afectadas por la accidentalidad<sup>(8, 9, 10)</sup>.

Hace falta información más completa para generar modelos explicativos donde pueda valorarse el peso del envejecimiento en el comportamiento de la accidentalidad laboral y las enfermedades profesionales.

Las Comunidades Autónomas con mayor avance en el envejecimiento de su población trabajadora pueden contribuir de forma significativa al estudio del efecto del envejecimiento sobre la siniestralidad laboral, con datos que aporten mayor precisión.

La poca participación de los más jóvenes en las actividades productivas puede convertirse en una situación deseable, que se asimila a otros momentos históricos en los que se limitó el trabajo para los niños en los países desarrollados. Adicionalmente se limitarían las lesiones de origen profesional y se podría disponer de una población trabajadora mejor preparada para asumir los riesgos laborales y su protección frente a ellos<sup>(4, 10)</sup>.

El reto de la salud laboral es con la población trabajadora que vivirán más que las generaciones precedentes y por eso, hoy más que nunca la prioridad es garantizar mayor seguridad, mayor confort, más tranquilidad y en definitiva mejores condiciones de trabajo que aseguren mejores condiciones de vida<sup>(9, 10)</sup>.

Se requiere garantizar calidad de vida y productividad. Si la esperanza de vida es mayor, los esfuerzos por garantizar mejores condiciones deben ser también más grandes. Este es un reto profesional a conseguir mediante una actuación eficaz y efectiva de los Servicios de Prevención, tanto en sus aspectos técnicos, incluidos los psicosociales, como en las actuaciones sanitarias.

## Bibliografía

1. MTAS (2004). Información Estadística. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ediciones 1998 a 2003.
2. Artieda L, Cipriáin C, Ceberio P, Extramiana E, Fernández J. (2004) Evolución de los Indicadores de Incapacidad Temporal en Navarra durante el período 1998-2002. Comunidad Foral de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral 2004
3. INE (2004) Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística. Inebase. Sociedad, Mercado Laboral, Encuesta de población activa. Principales resultados nacionales, autonómicos y provinciales (desde trimestre 3/1976 hasta el último publicado). <http://www.ine.es>
4. García Barreiro A, Gallego I, Maqueda J. (2004) Índices de Envejecimiento de la Población Trabajadora Española. Medicina y Seguridad en el Trabajo, 2004; 196. En prensa.
5. Gallego MI, García-Barreiro A, Maqueda J. (2003) Envejecimiento en España: ¿Afecta a la población trabajadora?. Medicina y Seguridad en el Trabajo, 2003; 193:15-21
6. European Communities. (2004) Work and health in the EU. A statistical portrait. Data 1994-2002. European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004
7. European Communities. (2004-a) Living conditions in Europe. Statistical pocketbook. Data 1998-2002. European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004
8. European Communities. (2004) Population statistics. Data 1998-2002. Data 1960-2002. European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004
9. Ilmarinen J. (2002) Challenges of the aging of the workforce in the European Union. Work in the Global Village. People and work. Finnish Institute of Occupational health, Helsinki, Research Reports, 2002; 49: 57-63
10. Maqueda J, García Barreiro A, Gallego I. (2004) Envejecimiento de la Población Trabajadora frente a Inmigración, Prejubilaciones y Empleo Femenino. Medicina y Seguridad en el Trabajo, 2004; 197. En prensa.

# RIESGOS PSICOSOCIALES Y BIENESTAR EN EL TRABAJO:

## La satisfacción laboral desde el modelo Warr

García-Layunta, M.<sup>1</sup>, Manuel Tomás, J.<sup>2</sup>, Oliver, A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *S.P.R.L.: Sectores Administración Pública y Justicia. Generalitat Valenciana*

<sup>2</sup> *Universitat de València*

### Resumen:

El modelo de estrés laboral de Warr es uno de los mejor desarrollados teóricamente para entender las relaciones de los riesgos psicosociales con el bienestar en el trabajo. Presenta algunas características diferenciales con respecto a otros modelos, como el de demanda-control de Karasek o el de esfuerzo-recompensa de Siegrist. Entre estos aspectos diferenciales destacan: el planteamiento de que las relaciones entre los riesgos y el bienestar son de naturaleza no lineal; que las características personales moderan las relaciones entre los riesgos y el bienestar; y la división del bienestar laboral en tres dimensiones o ejes principales. Aunque detallado en su concepción y elegante en sus predicciones este modelo teórico se ha puesto a prueba empíricamente en pocas ocasiones, y cuando se ha sometido a prueba los resultados son contradictorios. Los objetivos del trabajo son poner a prueba las dos principales predicciones del modelo: las relaciones no lineales entre los riesgos y el bienestar y el efecto de moderación de variables personales. Para ponerlos a prueba se utiliza una muestra de trabajadores de hospital, y se escoge como variable de bienestar laboral una de las tres dimensiones planteadas por Warr, la satisfacción laboral. Los resultados no ofrecen apoyo empírico a las relaciones no lineales, y si bien existe un pequeño efecto de moderación de las variables personales, éste desaparece cuando se consideran las relaciones en un contexto complejo, multivariante.

**Palabras clave:** Riesgos psicosociales, bienestar, satisfacción laboral, modelos no lineales, moderación.

### Summary:

**Title:** Psychosocial hazards and workers' well-being: work satisfaction from Warr's model

Warr's stress model is one of the best developed theoretical contributions to study the relationships between psychosocial hazards and well-being. The model posits some differential characteristics with respect to other stress models, such as Karasek's demand-control model or Siegrist's effort-reward model. These differential characteristics are: the relationships between hazards and well-being are thought to be non-linear; personal characteristics moderate these hazards and well-being relationships; and well-being is decomposed into three main dimensions. The model clearly details the prediction of these three dimensions. However, and contrary to the aforementioned stress models, it has not been widely tested in the literature. When the model has been tested the results are contradictory. The aim of this paper is twofold: to test for non-linear relationships between psychosocial hazards and well-being, and to test for moderating effects of personal characteristics on these relationships. A sample of hospital workers has been used to test the effects of psychosocial factors on job satisfaction, the dimension of well being selected as the dependent variable in the study. Results of the study do not support for non-linear relationships, while there is a small moderator effect of personal characteristics. However, this moderator effect disappears when relationships are considered in a multivariate context.

**Key words:** Psychosocial hazards, well-being, job satisfaction, non-linear models, moderation.

José Manuel Tomás

Dpto. Metodología CC Comportamiento, Facultad de Psicología, Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia (SPAIN)

GARCÍA-LAYUNTA, M.; TOMÁS, J.M.; OLIVER, A. *Riesgos psicosociales y bienestar en el trabajo: La satisfacción laboral desde el modelo Warr*  
Rev. SEMST 2005; 1: 87-94

## Introducción

Peter W. Warr (1,2,3,4,5,6) ha desarrollado una teoría del estrés organizacional que puede considerarse como una reacción y una añadidura al conocido modelo de demanda-control de Karasek (7), basándose en parte en conceptos de las teorías de ajuste persona-entorno de Lewin (8,9). Warr utiliza la analogía de los efectos biológicos de las vitaminas en el cuerpo humano para tratar las relaciones entre los estresores y sus consecuencias en la salud y el bienestar en el trabajo. La idea central es que el entorno, y en particular el entorno de trabajo o características del trabajo, pueden tener un efecto adverso en la salud mental y, en general en el bienestar de los trabajadores, de la misma manera que las vitaminas afectan a la salud física. Algunas de estas características del trabajo tendrán un efecto de tipo lineal, bien positivo o negativo sobre la salud mental, pero otras tendrán una relación más compleja, de tipo curvilíneo. En este caso la mejora de las condiciones de trabajo (por ejemplo una mayor participación del trabajador) produce mejoras, pero llega un punto en que posteriores aumentos no producen mejora (efecto techo) o incluso empeoran la salud mental (relación de U invertida).

Un primer aspecto distintivo del modelo es el detalle en la conceptualización del bienestar afectivo. Warr define el estrés como una reacción emocional que puede deteriorar el bienestar afectivo, como indicador o marcador de salud mental en el trabajo. Este bienestar afectivo o psicológico constaría de tres dimensiones:

- [1] Contento-descontento. En el contexto organizacional esta dimensión suele hacerse operativa mediante medidas de *satisfacción laboral*, aunque también a través de mediciones de apego al trabajo y compromiso organizacional.
- [2] Ansioso-confortable. Medida principalmente a través de variables de tensión y *ansiedad*.
- [3] Deprimido-activado. Las medidas utilizadas han sido principalmente el burnout (síndrome de quemado), *depresión*, aburrimiento y fatiga.

El planteamiento teórico de Warr pasa por identificar las características más importantes del entorno de trabajo que podían afectar a estas dimensiones del bienestar, y si sus relaciones son lineales o no. Así habla de nueve características del entorno, tres de ellas con relaciones con efecto techo, y seis con características en U (invertida o no). Los predictores con efecto techo asociados positivamente a la salud serían la seguridad en el empleo, el salario y el significado del trabajo. Por contra, algunos de los estresores presentarían efectos en forma de U (o U invertida) sobre el bienestar del trabajador. En concreto serían la sobrecarga (demanda) de trabajo, la autonomía (control), el apoyo social, la utilización de las habilidades, la variedad de habilidades necesarias para el puesto, y la retroalimentación (feedback) en el puesto.

Warr plantea la hipótesis general de que estas relaciones no solamente pueden ser lineales o no lineales, sino que son diferencialmente importantes en función de los estresores (características del trabajo) considerados, y de la medida de salud particular utilizada como criterio. Por ejemplo, se plantea que la demanda de trabajo está más relacionada con las medidas de confort-ansiedad. Por contra, las medidas de entusiasmo-depresión se verían especialmente relacionadas con el control que el trabajador puede ejercer en la toma de decisiones, y el flujo de sus tareas. Algunos trabajos han encontrado evidencia empírica para ésta y otras predicciones diferenciales (10, 11).

Además, las características individuales se ven como moderadoras de los efectos de los estresores sobre el bienestar. De entre las características personales relevantes, se señalan tres tipos: a) habilidades, entendidas como capacidades individuales relativamente estables; b) valores, esto es, preferencias, motivos y actitudes; y c) la salud mental basal del individuo. En el modelo se hace hincapié, especialmente, en dos rasgos de personalidad como principales variables personales: afecto positivo y negativo. La puntuación elevada en afecto negativo sería propia de individuos con tendencias a afecto negativo y bajo autoconcepto (12). Por su parte, el afecto positivo sería propia de personas con altos niveles de

energía y entusiasmo. De estos dos conceptos el más investigado es el de afecto negativo (13). Este efecto moderador del afecto negativo no se ha encontrado de forma sistemática: se ha encontrado en algunos estudios (14, 15, 13), pero no en otros (16, 17, 18, 19).

La evidencia recogida en la literatura desde que se planteara el modelo de Warr es inconsistente con las diversas predicciones teóricas del modelo. El propio Warr (5) presenta un resumen de las evidencias empíricas sobre las relaciones curvilíneas del modelo, y concluye que cuando se consideran las relaciones bivariadas los efectos curvilíneos aparecen. Sin embargo, una serie de estudios recientes de otros autores encuentran resultados menos claros (20, 11, 21, 22), pues en su mayoría encuentran relaciones curvilíneas para demanda y control con alguno de los aspectos de salud mental considerados por Warr, pero ninguna evidencia de relaciones complejas para el apoyo social. Jeuriseen y Nyklícek (19) no encontraron ninguna relación de tipo curvilíneo ni para demanda ni para control, tanto sobre ansiedad como depresión y con la satisfacción laboral.

En cuanto a las características personales como moderadoras de las relaciones entre los estresores y la salud mental, se ha probado sobre todo con el rasgo de afecto negativo (negative affectivity) o indicadores de éste, como el autoconcepto y autoestima. Efectivamente algunos estudios (14, 15, 13) encontraron un efecto moderador importante del afecto negativo. Sin embargo otros no lo han encontrado (17, 19, 18, 16).

El objetivo de este trabajo es poner a prueba las predicciones distintivas del modelo vitamínico de Warr. En concreto las hipótesis a poner a prueba son:

[1] *Hipótesis 1.* Algunas de las condiciones de trabajo presentaran efectos techo sobre la satisfacción, mientras en otros casos, de acuerdo a la clasificación de Warr, los efectos serán en forma de U (o U invertida).

[2] *Hipótesis 2.* Las características personales moderarán las relaciones de los estresores con la salud mental. En concreto el afecto negativo modera las relaciones entre las

condiciones de trabajo y la satisfacción laboral.

## Método

### *Participantes y procedimiento*

El diseño es transversal y de encuesta. La población objetivo eran todos los trabajadores de tres hospitales sitos en la Ciudad de Valencia. La tasa de respuesta global fue del 49.93%. La encuesta se realizó durante mayo de 2003. Con anterioridad se remitió a todo el personal una carta detallando el objetivo de la encuesta, garantizando anonimato y confidencialidad y solicitando su colaboración.

La muestra total la componen 366 trabajadores y trabajadoras de los tres hospitales, con tasas de respuesta similares, y que en cualquier caso no afectaron a los resultados. En cuanto a las características personales, la edad promedio de estos profesionales es de 37 años, así como su mediana. La edad más frecuente es la de 26. La dispersión de estos valores es de 10 años y medio, mientras que la asimetría y curtosis son prácticamente inapreciables ( $As= 0.39$  y  $Cu= 0.29$ ). El 25% de los trabajadores y trabajadoras tienen edades inferiores a 28 años, mientras que los mayores de 45 años son el 25% de la muestra. Por sexos, la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres, un 79.9%

Se han analizado también las características de la muestra en cuanto a las características profesionales. De los trabajadores encuestados, el 70.1% trabaja a turnos. En cuanto a los años trabajados en la empresa, la media de años trabajados es de diez años y siete meses, mientras la mediana es de ocho años. La desviación típica, es de nueve años y tres meses. La variable muestra asimetría y curtosis muy ligeras, de 0.9 y  $-0.36$ . Por lo que respecta al tipo de contrato, la gran mayoría de los encuestados (88%) tienen una relación laboral de tipo estable, bien con contratos indefinidos o fijos.

### *Medidas*

Las medidas de sobrecarga laboral, control, comunicación, apoyo social, justicia y recompensa

sa se han medido mediante los correspondientes factores del Organizational Check-up Survey. Sus coeficientes de fiabilidad pueden consultarse en la *tabla 1*. Como medida de conflicto de rol se ha utilizado la medida de Rizzo, House y Lirtzman (23), de cinco items, cuya fiabilidad y estadísticos descriptivos pueden consultarse en la *tabla 1*. La autoestima, como indicador de afecto negativo, se ha medido mediante el cuestionario de 10 items de Rosenberg (24), y su fiabilidad puede consultarse en la *tabla 1*. La medida de satisfacción laboral es la presentada y validada por el propio Warr (25).

La primera tabla (ver tabla 1) ofrece los estadísticos descriptivos más relevantes para las variables que posteriormente serán utilizadas en los modelos estadísticos propuestos. Así puede consultarse la tendencia central y la variabilidad de todas las variables en la muestra, y también la asimetría y curtosis, de especial relevancia para evaluar la adecuación de los modelos estadísticos aplicados. De hecho, a la vista de los estadísticos de asimetría y curtosis, puede decirse que éstas son mínimas. La mayoría de las variables presentan asimetría negativa, mayor concentración en los valores altos, pero ésta es mínima. De la misma manera, la mayoría de variables se aproximan razonablemente a la mesocurtidad.

#### *Análisis de datos*

Todos los análisis se han realizado en el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Se han realizado regresiones lineales simples, regresiones curvilíneas, en concreto con ajustes cuadrático y cúbico. Aunque las regresiones curvilíneas plan-

teadas no agotan, obviamente, las posibilidades de relaciones curvilíneas entre variables y, por tanto, la falta de ajuste de estos dos modelos no implicaría necesariamente que la relación no es curvilínea, resulta evidente que hay que tomar una decisión sobre el número de modelos curvilíneos a probar, y estos dos son los más utilizados en psico-sociología (26). Adicionalmente se han realizado regresiones múltiples con satisfacción como variable dependiente y los estresores, así como algunas variables personales. La introducción de predictores se ha realizado por bloques.

## Resultados

La primera hipótesis de la teoría de Warr es la que hace referencia a las relaciones de tipo curvilíneo entre algunos estresores y la satisfacción laboral, por similitud a los efectos de algunas vitaminas sobre la salud, efectos nocivos de avitaminosis e hipervitaminosis, y efectos positivos de ciertos niveles “centrales” de las vitaminas. En concreto, de las variables que se han medido en el estudio, la teoría de Warr predice relaciones curvilíneas de este tipo con la sobrecarga, el control en el trabajo, el conflicto de rol, la comunicación y el apoyo social. Adicionalmente, las condiciones de trabajo justicia y recompensa debieran presentar relaciones con efecto techo, también por tanto curvilíneas. Para poner a prueba esta hipótesis se han estimado tres modelos estadísticos para cada relación estresor-satisfacción: modelo lineal; y dos modelos curvilíneos, uno cuadrático y otro cúbico. La *tabla 2* pre-

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables del estudio y coeficientes alfa

<i>Variable</i>	$\bar{X}$	$S_x$	<i>As</i>	<i>Cu</i>	$\alpha$
Sobrecarga	3.43	0.92	-0.23	-0.73	0.83
Control	3.17	0.85	-0.27	-0.09	0.58
Conflicto de rol	2.97	0.86	0.26	-0.44	0.78
Comunicación	2.98	0.91	-0.17	-0.78	0.72
Apoyo Social	3.67	0.82	-0.69	0.07	0.83
Justicia	2.8	0.83	-0.17	-0.48	0.75
Recompensa	2.72	0.95	-0.07	-0.59	0.80
Satisfacción	4.07	1.19	-0.02	-0.52	0.91

senta los resultados de ajuste de estos modelos, en forma de coeficiente de correlación simple y múltiple para cada uno de estos modelos. En el caso de regresión lineal el coeficiente de correlación al cuadrado es simple, en el caso de los modelos curvilíneos es múltiple.

Los resultados de la *tabla 2* muestran que, en ningún caso, las relaciones de tipo no lineal suponen una mejora estadísticamente significativa con respecto a la predicción lineal, más parsimoniosa. Sin embargo, las relaciones lineales de las condiciones de trabajo con la satisfacción son todas estadísticamente significativas, del signo esperado, e importantes. Se encuentra que las variables control, comunicación, apoyo social, justicia y recompensa se relacionan positiva y estadísticamente ( $p < 0.05$ ) con la satisfacción laboral.

Por el contrario, la sobrecarga laboral y el conflicto de rol se relacionan negativa y estadísticamente ( $p < 0.01$ ) con la satisfacción laboral. Todas estas relaciones son las esperadas por hipótesis, aunque no siendo curvilíneas, sino lineales.

La segunda hipótesis plantea la moderación de las relaciones entre las condiciones de trabajo y la satisfacción en función del afecto negativo, la autoestima en este caso. Para poner a prueba esta hipótesis se han realizado regresiones múltiples para cada condición de trabajo, incluyendo además la autoestima y la interacción autoestima-condición de trabajo en cada modelo. Los resultados para los efectos de interacción (moderación) se presentan en la *tabla 3*. Solamente en un caso, el del apoyo social, se produce un efecto de moderación estadísticamente significativo. Este efecto

**Tabla 2.** Coeficientes de correlación simple y múltiple al cuadrado para los tres modelos planteados en la predicción de la satisfacción laboral a partir de cada uno de los estresores: modelos lineal, cuadrático y cúbico.

<i>Variable dependiente satisfacción</i>			
<i>Predictor</i>	<i>R<sup>2</sup> lineal</i>	<i>R<sup>2</sup> cuadrática</i>	<i>R<sup>2</sup> cúbica</i>
Sobrecarga	0.233	0.241	0.249
Control	0.331	0.331	0.337
Conflicto de rol	0.350	0.350	0.352
Comunicación	0.313	0.318	0.321
Apoyo Social	0.086	0.091	0.101
Justicia	0.471	0.472	0.473
Recompensa	0.398	0.398	0.398

**Tabla 3.** Efectos de moderación de la autoestima sobre las relaciones entre condiciones y satisfacción.  $\beta$  = efecto de interacción estandarizado,  $p$  = valor de significación.

<i>Dependiente satisfacción</i>		
<i>Predictor</i>	<i><math>\beta</math></i>	<i>p</i>
Sobrecarga	0.031	0.507
Control	-0.016	0.714
Conflicto de rol	-0.064	0.133
Comunicación	-0.023	0.598
Apoyo Social	-0.114	0.028
Justicia	-0.003	0.933
Recompensa	0.035	0.395

de moderación supone que la relación entre apoyo social y satisfacción laboral para los participantes con autoestima baja, una desviación típica por debajo de la media de autoestima, es positiva y significativa ( $\beta = 0.188$ ,  $p = 0.004$ ), mientras que para los participantes de autoestima alta también es positiva y significativa pero sustancialmente mayor en cuantía ( $\beta = 0.381$ ,  $p < 0.001$ ).

Finalmente se ha realizado una regresión múltiple por bloques, prediciendo satisfacción. En un primer bloque se introducen variables personales de control, edad y sexo, y la autoestima, variable moderadora. En el segundo bloque se introducen todos los estresores considerados en el estudio. Finalmente, un tercer bloque incluye el efecto moderador que resultó estadísticamente significativo, la interacción entre apoyo social y autoestima. Las variables personales son capaces de explicar un 5.3%, que se ve elevado a un 69.7% tras la introducción de los estresores. La introducción de la interacción (69.9% de varianza explicada) no supone, sin embargo, una ganancia significativa en la capacidad predictiva del modelo. Por tanto, nos centraremos en los resultados del modelo con variables personales y estresores, pero sin el efecto moderador. Los efectos que resultaron estadísticamente significativos fueron los de la sobrecarga de trabajo ( $\beta = -0.13$ ,  $p = 0.002$ ), control ( $\beta = 0.12$ ,  $p = 0.005$ ), conflicto de rol ( $\beta = -0.21$ ,  $p < 0.001$ ), comunicación ( $\beta = 0.11$ ,  $p = 0.018$ ), justicia ( $\beta = 0.296$ ,  $p < 0.001$ ), y recompensa ( $\beta = 0.219$ ,  $p < 0.001$ ). Es también importante reseñar que si bien el género no presentaba un efecto significativo cuando las variables personales eran los únicos predictores en la ecuación, las otras dos variables personales sí presentaban efecto significativo, con coeficiente estandarizado de 0.121 ( $p = 0.047$ ) para la edad y  $-0.214$  ( $p < 0.001$ ) para la autoestima. Sin embargo al introducir el segundo bloque de predictores, las condiciones de trabajo, estos efectos desaparecen:  $\beta = 0.002$  ( $p = 0.96$ ) para el género y  $\beta = 0.04$  ( $p = 0.25$ ) para la autoestima.

## Conclusiones y discusión

El estudio ha presentado evidencia empírica que pone a prueba algunas de las hipótesis del

modelo vitamínico de Warr en la predicción de la satisfacción laboral, y en un contexto muy determinado, trabajadores de hospital. Las hipótesis eran dos. Por un lado, las relaciones de tipo curvilíneo predichas por Warr entre las condiciones de trabajo y la satisfacción constituían la primera hipótesis. Por otro lado, se planteaba el posible papel que podía jugar el afecto negativo, utilizando como indicador del mismo una medida de autoestima, como moderador de las relaciones entre las condiciones de trabajo y la satisfacción. Además de poner a prueba las hipótesis de Warr, el estudio presenta otros resultados relevantes. Es relevante atender a la capacidad explicativa (o predictiva) que tienen diversas variables personales y condiciones de trabajo sobre la satisfacción laboral, y cuál es la contribución diferencial de estas variables.

En cuanto a la primera de las hipótesis, los efectos curvilíneos, no hay ningún apoyo empírico en los datos de nuestra muestra de trabajadores para afirmar que se producen efectos tipo techo, en el caso de los predictores justicia y recompensa, ni efectos de U en el caso de los predictores sobrecarga, control, conflicto de rol, comunicación y apoyo social. En todos los casos la relación lineal es más adecuada (parsimoniosa) para representar los efectos de las condiciones del trabajo sobre la satisfacción. En cuanto a la segunda de las hipótesis, el efecto moderador de la autoestima sobre las relaciones condiciones-satisfacción, los datos revelan una única interacción significativa, la que se da con el apoyo social. Este efecto de interacción se encuentra al estudiar de forma aislada la relación apoyo social-satisfacción. Estas interacciones suponen una relación más fuerte entre el apoyo y la satisfacción a medida que la autoestima de los empleados es mayor. Sin embargo, al estudiar de forma multivariante las relaciones entre condiciones de trabajo y satisfacción, este efecto de interacción se revela como estadísticamente no significativo. Por tanto, en conjunto puede decirse que no se ha encontrado apoyo empírico a ninguna de las hipótesis planteadas desde el modelo vitamínico de Warr en nuestros datos.

De interés es analizar los resultados de relación entre las variables, al margen de las hipótesis



de Warr. El primer resultado relevante es conocer si las relaciones encontradas son del signo de las esperadas en base a otros modelos, como el de Karasek o Siegrist. Efectivamente es así: las relaciones lineales y positivas ocurren para control, comunicación, apoyo, justicia y recompensa, mientras que las relaciones son negativas con sobrecarga de trabajo y conflicto de rol. No obstante hay que hacer hincapié en que el apoyo social desaparece como predictor significativo al introducir simultáneamente el resto de condiciones de trabajo en la ecuación. Por lo que respecta a las variables personales, éstas no presentan relaciones significativas una vez se controla estadísticamente por las condiciones de trabajo. Tampoco aparece el efecto moderador de la autoestima sobre las relaciones entre las condiciones de trabajo y la satisfacción, y tampoco aparece, siquiera, el efecto de atenuación de las relaciones que sí encontraron otros trabajos (por ejemplo, 18), sino al contrario, el efecto de la autoestima desaparece al controlar por las condiciones de trabajo.

## Referencias

1. Warr, P.B. (1987a). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.
2. Warr, P. B. (1987b). Job characteristics and mental health. In P. B. Warr (Ed.), *Psychology at work* (3<sup>rd</sup> Edn). Harmondsworth: Penguin Books.
3. Warr, P. B. (1990a). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.
4. Warr, P. B. (1990b). Decision latitude, job demands, and employee well-being. *Work and Stress*, 4, 285-294.
5. Warr, P. W. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*, 8, 84-97.
6. Warr, P. W. (1996). Employee well-being. In P. B. Warr (Ed.). *Psychology at Work* (4<sup>th</sup> Edn). Harmondsworth: Penguin Books.
7. Karasek, R. and Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
8. Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
9. Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper & Row.
10. De Jonge, J., Mulder, M., y Nijhuis, J. (1999). The incorporation of different demand concepts in the job demand control model: effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 48, 1149-1160.
11. De Jonge, J., y Schaufeli, W. B. (1998). Job characteristics and well being : A test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modelling. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 387-407.
12. Watson, D., y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
13. Schaubroeck, J., Ganster, D. C., y Fox, M. L. (1992). Dispositional affect and work-related stress. *Journal of Applied Psychology*, 77, 322-335.
14. Brief, A. P., Burke, M. J., George, J. M., Robinson, B. S., y Webster, J. (1998). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress? *Journal of Applied Psychology*, 73, 193-198.
15. Watson, D., y Pennebaker, W. (1998). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
16. Levin, I., y Stokes, J. P. (1989). Dispositional approach to job satisfaction: Role of negative affectivity. *Journal of Applied Psychology*, 74, 752-758.
17. Chen, P. Y., y Spector, P. E. (1991). Negative affectivity as the underlying cause of correlations between stressors and strains. *Journal of Applied Psychology*, 76, 398-407.
18. Jez, S. M. , y Spector, P. E. (1996). The impact of negative affectivity on the stressor-strain relations: A replication and extensión. *Work & Stress*, 10, 36-45.
19. Jeurissen, T., y Nyklicek, I. (2001). Testing the vitamin model of job stress in Dutch health care workers. *Work & Stress*, 15, 254-264.
20. Fletcher, B. (C.), y Jones, F. (1993). A refutation of Karasek's demand-discretion model

- of occupational stress with a range of dependent measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 319-330.
21. Parkes, K. R. (1991). Locus of control as moderator: An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? *British Journal of Psychology*, 82, 291-312.
  22. Xie, J. L., y Johns, G. (1995). Job scope and stress: Can job scope be too ing.? *Academy of management journal*, 38 (5) 1288-1309.
  23. Rizzo, J. R., House, R. J., and Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
  24. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
  25. War, P., Cook, J., y Wall, T. (1978). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of pshychological well-being. *Jouirnal of Occupational Psychology*.
  26. Pedhazur, E.J., y Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design and analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



# LA MEDICINA DEL TRABAJO EN EUROPA

UNIÓN EUROPEA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS (UEMS), SECCIÓN DE MEDICINA DEL TRABAJO

Serra Pujadas, C.

*Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Sociedad Española de Medicina del Trabajo. Universidad Pompeu Fabra*

## La Unión Europea de Médicos Especialistas

Entre las organizaciones de médicos de la Unión Europea (UE) se encuentra la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas)<sup>1,2</sup>. Se trata de una organización europea no gubernamental, fundada en Bruselas en 1958, en la que están representados los 25 países de la UE, Noruega, Suiza y los estados miembros asociados. Su objetivo principal es contribuir a lograr un alto y homogéneo nivel de calidad de las especialidades médicas en la UE. Tiene una notable influencia y dedica sus esfuerzos a armonizar y mejorar la calidad de la práctica médica en los países de la UE. La UEMS ha elaborado estándares de formación de especialistas, educación médica continuada y calidad de la práctica médica, y defiende de forma activa las especialidades médicas, así como su papel en la sociedad. La UEMS se organiza en Secciones que representan las distintas especialidades médicas. Dentro de las secciones están las subsecciones, equiparables a las subespecialidades, y comisiones transversales sobre temas determinados, como por ejemplo formación o el desarrollo profesional. Existen también los comités conjuntos multidisciplinarios (áreas comunes de diferentes secciones) y recientemente se han añadido grupos de trabajo (formación de post-grado, educación médica continuada / desarrollo profesional, relaciones con las secciones y las comisiones, asistencia al paciente y la práctica de los es-

pecialistas en los actuales sistemas de atención sanitaria). Debido a la importancia de armonizar la política de las asociaciones nacionales y europeas en materia de formación médica continuada (CME), se creó en enero de 2000 un Consejo Europeo de Acreditación de la CME (EACCME) el cual tiene las funciones de autorizar la acreditación internacional de los proveedores de CME formalmente planificada, el intercambio internacional de créditos y facilitar la transferencia de créditos obtenidos por los especialistas individuales en CME de la especialidad. Otro de los temas de debate actual en la UEMS es la re-certificación obligatoria de los médicos especialistas, que ya es una realidad en varios países.

## La Sección de Medicina del Trabajo

En 1994 se creó la de Sección de Medicina del Trabajo (SMT) de la UEMS. Como el resto de Secciones de la UEMS, la SMT está compuesta por dos representantes nacionales nominados por su organización médica nacional, a propuesta de la/s sociedad/es científica/s. Otros países europeos que no pertenecen a la UE pueden mandar también representantes como observadores. La SMT está actualmente constituida por representantes de diecinueve países, la mayoría de la UE, entre los que se encuentra España. En nuestro país, esta representación ha sido articulada por el Consejo General de Colegios de Médicos

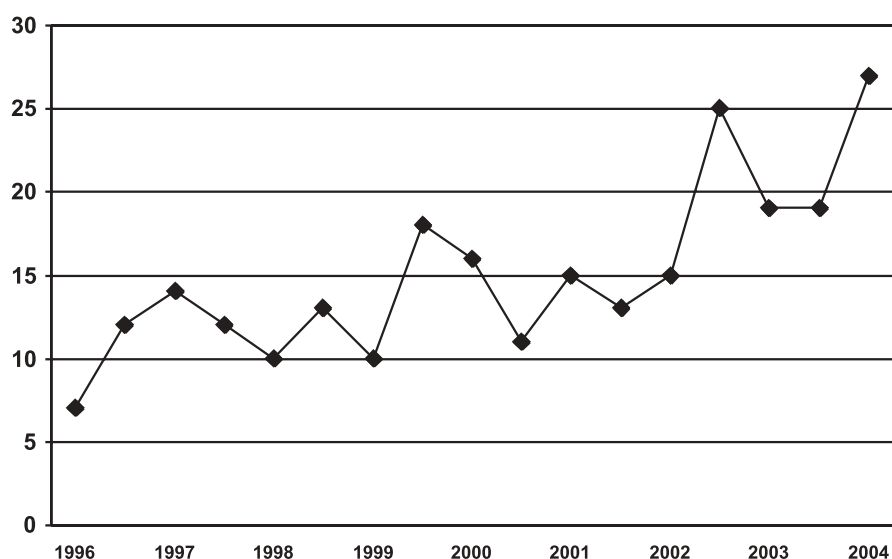
y vehiculizada hasta ahora a través de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo y la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball.

La misión de la SMT es promover el desarrollo de la especialidad de Medicina del Trabajo en Europa con el fin de mejorar la salud de los trabajadores, a través de su influencia sobre los legisladores de la UE, la colaboración con instituciones apropiadas, esfuerzos para armonizar la calidad de la práctica profesional, y la identificación de áreas comunes de la disciplina. Para ello, la SMT celebra reuniones periódicas con sus representantes, participa en reuniones con los políticos de la UE, elabora documentos y organiza actividades abiertas.

### Actividades

Desde su creación, la SMT ha celebrado diecisiete reuniones, con una periodicidad bianual, y con un nivel de participación creciente (figura 1). Las actividades y acciones realizadas y/o promovidas hasta ahora incluyen iniciativas para lograr una colaboración mutua con el resto de sociedades europeas, concretamente con la Asocia-

ción Europea de Escuelas de Medicina del Trabajo (EASOM) y la Red Europea de Sociedades de Médicos del Trabajo (ENSOP). Esta última ha sido recientemente fusionada a la SMT. Otras actividades son la elaboración y discusión de diversos documentos sobre formación<sup>3</sup> y educación médica continuada, un análisis sobre la situación actual en los distintos países de la UE sobre las características de los programas de formación de especialistas<sup>4</sup>, el análisis de la situación académica y profesional de la medicina del trabajo en Europa, dos estudios Delphi para identificar uno las competencias de los médicos del trabajo<sup>5</sup> y el otro la situación de la especialidad en Europa, la participación en una encuesta sobre los servicios médicos del trabajo en la UE<sup>6</sup>, el apoyo en situaciones especiales, la realización de diversas publicaciones, disponibles en la web de la UEMS, y la organización de un taller sobre el futuro de Medicina del Trabajo en Europa (Barcelona, 2002), con la participación de 60 médicos del trabajo, de 23 países. Actualmente, las principales líneas de trabajo de la SMT incluyen el análisis de los programas actuales de formación de especialistas y formación médica continua, y la propuesta de recomendaciones; la identificación de vías para la comunicación y difu-



**Figura 1.** Sección de Medicina del Trabajo de la UEMS: número de miembros participantes en las reuniones (dos cada año).

sión de las actividades de la SMT; la definición de los aspectos más relevantes de la especialidad en Europa y la visión consensuada de cómo debe ser la Medicina del Trabajo en Europa<sup>7</sup> y en general la Salud Laboral en Europa, especialmente dirigida a empresarios y políticos; y la participación y apoyo a las iniciativas de salud laboral basada en la evidencia, específicamente la creación de una entidad de Salud Laboral en la Colaboración Cochrane.

Más recientemente, la SMT está en vías de proponer un sistema de evaluación y auditoría de la calidad de la práctica profesional de los médicos del trabajo que pueda aplicarse en todos los países miembros, a partir de un sistema que ya existe actualmente en Alemania, y establecer las bases para la recomendación de un modelo europeo, ya sea basado en el sistema alemán o creado a propósito para dicho objetivo. Finalmente, la SMT está trabajando en el planteamiento de un proyecto cuyo objetivo es explorar los diferentes métodos de evaluación de la formación especializada en Medicina del Trabajo en los países miembros, con la intención de proponer un método de evaluación común para todos los países (por ejemplo: un cuestionario de respuesta múltiple o una base de datos de preguntas). Ello permitiría la armonización de las evaluaciones de los Residentes, creando una mayor transparencia y facilitando el reconocimiento de la titulación de especialista en Medicina del Trabajo entre los diferentes países de la UE.

En conclusión, el desarrollo de la UE ha supuesto retos y oportunidades para la especialidad de Medicina del Trabajo. El principio de movimiento libre de especialistas a través de Europa requiere del acuerdo en las competencias básicas de la formación de especialistas, la armonización y sistemas de calidad para asegurar que esta especialidad sea respetada por sus habilidades, y contribución clara a la mejora de la salud de los trabajadores en Europa. En este sentido, la SMT tiene como retos fortalecer el papel del médico del trabajo, mejorar la efectividad de la Salud Laboral y los médicos del trabajo, convertir-

se en un elemento de alta influencia en la Comisión de la UE y ampliar la representación de otros países. Entre sus oportunidades están el envejecimiento de los trabajadores, los cambios demográficos en Europa, la posibilidad de establecer redes de instituciones de medicina del trabajo, mejorar la formación de los especialistas y promover un elemento de evaluación común.

## Referencias

1. European Union of Medical Specialists. Disponible en: <http://www.uems.net>
2. Harvey LP, Kennedy TE. UEMS compendium of medical specialists 2000. Londres: Kensington Publications Ltd., 2000.
3. Occupational Medicine. Chapter 6, Charter on Training of medical specialists in the EU requirements for the Specialty Occupational Medicine. Draft of the UEMS European Section of Occupational Medicine, June 2001. (Mimeo).
4. Union of European Medical Specialists, Section of Occupational Medicine. Training of occupational physicians, in Europe. Disponible en: <http://www.dasamnet.dk/dasam/UEMS/training%20europe/head.htm>
5. Macdonald E, Baransky B, Wilford J. Occupational Medicine in Europe: scope and competencies. Health, Environment and Safety in Enterprises Series n. 3. WHO European Centre for Environment and Health. Bilthoven, 2000.
6. Ad Hoc Group "Multidisciplinary Services", Advisory Committee on Occupational Health and Safety. Multidisciplinary Protective and Preventive Services. May 2001 (mimeo).
7. Van der Vliet J, en nombre de la Sección de Medicina del Trabajo de la UEMS. Documento sobre la visión europea de la Salud Laboral. La organización saludable y el papel de los médicos del trabajo (traducción del mismo documento en inglés). Arch Prev Riesgos Laborales (en prensa).

# ASPECTOS LEGALES DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

## EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL LA HISTORIA CLÍNICA

Montero Juanes, J. M.

*Médico Forense. Director del Instituto de Medicina Legal de Cáceres*

### Resumen:

El interés manifestado por la Medicina del Trabajo en torno a los diferentes problemas legales a los que se enfrenta en su actividad profesional, requiere efectuar un análisis profundo sobre los principales asuntos que pueden surgir al profesional sanitario. Por ello, además de destacar aspectos como la confidencialidad, el secreto profesional, el tratamiento de los datos en la historia clínica, es conveniente abordar aquellas situaciones, frecuentes en el trabajo diario que pueden entrar en conflicto con la legislación penal, laboral o que también pueden suponer una responsabilidad administrativa del profesional que trabaja en los servicios de prevención.

### Summary:

The interest showed by the Medicine of Work about the different legal problems it faces off in their professional activity, requires to carry out a deep analysis on the main subjects that can arise to the sanitary professional. For that reason, besides to emphasize aspects like the confidentiality, the professional secret or the treatment of the data in clinical history, it is advisable to approach those other situations, which frequently happen in the daily work and are capable enough to enter in conflict with the penal and labour legislation, or also can suppose an administrative responsibility of the professional who works in the prevention services.

Con carácter previo a la exposición del tema que nos ocupa, es necesario resaltar la importancia del mismo, por su trascendencia social, al ser una actividad de creciente importancia, siendo cada vez más necesarios adoptar eficientes sistemas de prevención dada la elevada siniestralidad laboral y jurídica por existir en el momento actual una lógica preocupación por los aspectos legales que afectan a los profesionales que desarrollan esta actividad.

La ley de prevención de riesgos laborales transpone al derecho español las directivas comunitarias que armonizan, en el ámbito de la unión, la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos laborales. La Constitución española es el marco legal que asegura que los poderes públicos velaran de forma activa por la seguridad de estos, determinándose a partir de ella, el conjunto de medidas

a adoptar cara a una adecuada atención a los empleados en el medio de trabajo. Surge así la ley ya mencionada de prevención de riesgos laborales y el Reglamento de los servicios de prevención de 1997 con su modificación posterior de 1998, constituyéndose en el eje legal que va a velar por la salud física y psíquica del trabajador.

Pero además del manifiesto interés de la ley por preservar la salud de los trabajadores, existe de forma marcada una tendencia en la misma, cual es la protección de la confidencialidad y el respeto a la intimidad en el tratamiento de todas estas actuaciones. Esta protección que además esta consagrada por otras leyes de primer rango hace que sea esta una de las situaciones que debemos de analizar en el presente trabajo.

Pero es necesario precisar ya que entendemos por servicios de prevención y que mejor manera

que remitirnos a la propia ley, la cual en su artículo 31.2, los define como “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”. Estos servicios estarán debidamente informados de:

- Los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función.
- Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos señalados en el apartado anterior.
- Las medidas de emergencia adoptadas.

Los **servicios de prevención** adquieren en la ley de prevención una enorme importancia como elementos de detección de posibles enfermedades de los trabajadores y les faculta para la prescripción de las medidas a adoptar con la finalidad primera y última de proteger y vigilar la salud. **Las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales** pueden desarrollar para las empresas a ellas asociadas las funciones correspondientes a dichos servicios, con las mismas prescripciones legales. Estos servicios, en la importante tarea de la vigilancia de la salud, **deberán de efectuar los reconocimientos médicos periódicos** del estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. (Art. 22 LPRL). Reconocimientos que **no pueden ser efectuados si no existe el consentimiento expreso del trabajador**, salvo aquellos casos en los que los reconocimientos sean imprescindibles para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando esté así establecido en una disposición legal con relación a la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligro-

sidad. La realización de estos reconocimientos contra la expresa voluntad del trabajador, puede suponer un delito de **coacciones** castigado en el Código Penal de 1995 como un delito contra la libertad y sancionado con prisión de 6 meses a 3 años y multa de 6 a 24 meses. En todo caso estos reconocimientos deberán ser efectuados mediante los métodos que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo. Además deberá ser efectuado por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada con arreglo a lo dispuesto en el Reglamento de los servicios de prevención en su artículo 37.3 y que son:

- Médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa.
- ATS/DUE de empresa.

## VIGILANCIA DE LA SALUD

En esta materia la actividad de estos servicios encaminada a conocer periódicamente el estado de salud de los trabajadores:

- Una evaluación de la salud de los trabajadores **inicial** después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
- Una evaluación de la salud de los trabajadores **que reanuden el trabajo** tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
- Una vigilancia de la salud a **intervalos periódicos**.

**Es también importante señalar que estos reconocimientos serán efectuados conforme a protocolos específicos emanados del Ministerio de Sanidad, Comunidades autónomas y sociedades científicas, estableciéndose la periodicidad y contenidos de los mismos.**

Es en este aspecto en donde podemos encontrar **supuestos de responsabilidad** del servicio de

prevención, ya que en aquellos casos en que por conductas no sujetas a las normas contempladas en materia laboral se ocasione un daño a la salud del trabajador, estos pueden incurrir en:

- Una falta o delito de lesiones.
- Un delito de homicidio.

Para ello lógicamente habría que determinar la conducta dolosa o imprudente y establecer el nexo de causalidad de esta conducta con el daño producido en el trabajador. Es en este caso de vital importancia, para determinar esa posible responsabilidad, el análisis pormenorizado de los reconocimientos médicos efectuados, siempre que estos hayan sido realizados, que se han cumplido los protocolos específicos para cada puesto de trabajo, que se han efectuado conforme a la periodicidad establecida legalmente y que se han efectuado las indicaciones medicas y comunicaciones debidas al trabajador, empresario y servicios sanitarios de atención primaria y especializada para preservar al primero de los riesgos inherentes al trabajo y al tratamiento de las patologías halladas. Es por ello fundamental la conservación de todos los datos del historial clínico del trabajador, pues la Historia Clínica bien hecha va a constituirse en un documento de primer orden para salvaguardar una actuación médica bien hecha.

La LPRL prevé en su articulado que las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Los resultados de la vigilancia solo serán comunicados al trabajador afectado, recibiendo el empresario únicamente un informe sobre la aptitud del empleado con las especificaciones necesarias para la mejora de las medidas de protección y prevención. Señala de forma expresa la ley que el acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.

Estos exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que constaran los datos de la anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo. Además constará en ella una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo y las medidas de prevención adoptadas. Es deseable que conste también una descripción de los anteriores puestos de trabajo, y sus riesgos y tiempo de permanencia en los mismos.

**La historia clínica es un documento en el que se expresa todo el proceso de un enfermo, desde un punto de vista médico y en relación con la enfermedad que padece, desde que surge la enfermedad hasta su alta en un centro médico.** En ella se reflejan todos los datos de la anamnesis, exploración, tratamiento, evolución y catamnesis final. Asimismo, recoge otros documentos médicos, como gráficos, radiografías, análisis de sangre, anatomía patológica... que se convierten en información base e imprescindible para médicos y colaboradores.

**Una correcta HC debe ser:**

- a.- completa
- b.- ordenada
- c.- inteligible
- d.- respetuosa

## LEGISLACIÓN SOBRE HISTORIA CLÍNICA

El Código de Ética y Deontología Médica del año 1995 dice respecto de la Historia Clínica:

- 1º. Todo acto médico quedará registrado en la HC que el médico tiene el deber y el derecho de redactar. Este primer artículo sobre la HC, establece, por un lado, la necesidad de que el Médico registre sus actos médicos en el correspondiente documento clínico. Y señala, por otro, que llevar la HC no solo es un deber: es también un derecho del médico. El Médico goza de amplia libertad para decidir el formato y el contenido de este importante documento.



- Llevar la HC al día es un derecho del Médico, es decir, tiene derecho a obtenerla personalmente y a disponer del tiempo de los medios necesarios para redactarla.
- 2º. El médico o el centro sanitario tienen obligación de conservar la historia clínica junto los elementos materiales del diagnóstico.
  - 3º. La destrucción por el paso del tiempo podrá realizarse con el consentimiento del paciente. Es decir que existe una obligación de conservar, y por ella, el médico debe cuidar, personalmente o a través de la institución en que trabaja, de la seguridad física de su archivo, protegiéndolo contra cualquier riesgo de robo, incendio, deterioro o violación de secreto. No se determina el tiempo de custodia mínima de una historia, pero se acepta ya que estas grandes cantidades de datos se almacenen en soportes ópticos o informáticos. Son aquí de aplicación las normas emanadas por la Asociación Médica Mundial en sus postulados sobre el uso de ordenadores en Medicina, que impone el deber de cuidar escrupulosamente el secreto y la seguridad de la información guardada, y de oponerse a las legislaciones que puedan poner en peligro el secreto médico.
  - 4º. Las historias se redactan y conservan para la asistencia al paciente. Se prohíbe cualquier otra finalidad, a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del paciente y del médico.
  - 5º. Se admite el uso de la historia para fines científicos, estadísticos y docentes, siempre que se respete el derecho a la intimidad del paciente.
  - 6º. Cuando el médico cese en su trabajo, su archivo podrá ser transferido a otro colega, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido.

Tras la exigencia Constitucional de salvaguardar el derecho a la intimidad, la existencia

de la historia clínica viene recogida en la vigente **Ley General de Sanidad de 1986**, en la cual en su **Art. 10.11**, señala como derecho del usuario “a que quede constancia escrita de todo su proceso, recibiendo un informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria”. **El artículo 61** de la misma ley regula de forma muy sucinta los aspectos relativos a dicha historia clínica, así señala textualmente que “ En cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la información clínica relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a **disposición** de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes”. **El Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud** señala de forma clara que “el paciente tiene derecho al acceso a toda su historia clínica, pudiéndola solicitar en su totalidad por los motivos que considere oportunos”. Pero no puede en modo alguno aceptarse este Real Decreto como norma que desarrolla el artículo 61 de la Ley General de Sanidad, dada su parquedad (Cantero Rivas).

**Igualmente la Ley de Protección del Honor, Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen**, es norma de obligada referencia al tratar este tema dado que en ella se establece de forma clara la necesidad de una adecuada utilización y reserva de los datos que afectan a la intimidad personal y establece claramente la obligatoriedad de mantener el secreto o confidencialidad de los hechos conocidos por un profesional en el ejercicio de su profesión.

Sin embargo en nuestro país, existe un vacío normativo, o podríamos llamarlo mejor, una confusa situación en cuanto a una regulación es-

pecífica en torno a las historias clínicas y con aplicación coordinada en todo el Estado, derivada de una obsoleta y poco clara normativa, mas si cabe en estos momentos en que las Autonomías con competencias transferidas están regulando este ámbito de forma que viene a resolver muchos de los problemas que se nos plantean a los médicos y centros en nuestro cotidiano ejercicio. Es por ello que la **Directiva 95/46 del Comité de Ministros del Consejo de Europa**, adoptada en desarrollo de la Convención Europea sobre el Tratamiento automatizado de datos personales, ha venido a proporcionar a los facultativos un soporte normativo, que si bien no es vinculante, si tiene la autoridad de una organización internacional y que esta sirviendo de soporte para las nuevas regulaciones autonómicas.

La Recomendación que trata los datos automatizados, aunque sus disposiciones pueden extenderse a otros soportes, aclara otros de los problemas que surgen a los profesionales, hasta cuando debe de conservarse la Historia. En general, los datos deben conservarse no mas tiempo del necesario para alcanzar el propósito para el que fueron recogidos y procesados. Regula la entrada a las instalaciones de procesamiento, control de la memoria del sistema, separación de los datos por estratos, garantiza la verificación sobre a que personas se pueden transmitir los datos...

La recomendación dedica un capitulo a los datos genéticos y limita su empleo a fines de prevención, diagnostico o tratamiento, al tiempo que vela por los derechos de terceros.

Exige una ley específica para su tratamiento con fines judiciales y de investigación criminal, además de establecer que deben de emplearse exclusivamente con fines de esclarecimiento de un delito específico y no de otras cuestiones del sujeto. Este aspecto no desarrollado por ninguna normativa constituye no solo una necesidad, sino un deseo de todos los que tenemos participación en este ámbito de la medicina.

**Surge la Ley de tratamiento Automatizado de Datos del 99 que viene a subsanar algunos de los defectos anteriores.**

Esta Ley es de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda moda-

lidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado. Define como datos de carácter personal a "cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables". Como fichero señala a "Todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso". Por último por tratamiento de datos define a "Operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias".

Va a considerar como datos especialmente protegidos a "los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual", permitiendo su utilización cuando su tratamiento resulte necesario para la prevención o diagnostico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se efectúe por un profesional sometido al SECRETO PROFESIONAL. Se extrapola esta posibilidad de uso cuando se trate de personas incapacitadas para prestar un consentimiento valido.

Autoriza por otra parte en su artículo 8 el tratamiento de los datos relativos a la salud, tanto a los centros públicos como a los privados y a los profesionales correspondientes, siempre de acuerdo a las legislaciones tanto estatal como autonómica.

**Aspecto de gran importancia es la referencia a la comunicación de los datos a terceros o a instituciones. En este sentido y tras establecer la obligatoriedad del consentimiento del titular de los datos, exime del mismo cuando la comunicación deba efectuarse al Ministerio Fiscal, Jueces o Tribunales en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas. También anula la necesidad del consentimiento cuando esta cesión de datos sea necesaria para solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos. EN TODOS AQUELLOS CASOS EN QUE LA COMUNICACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES ESTE CONTEMPLADA EN UNA**

**NORMATIVA ESPECIFICA TAMBIEN SERA IRRELEVANTE EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL AFECTADO, hecho que en el caso de la vigilancia de la salud viene expresamente contemplada en lo relativo a la colaboración de los servicios de prevención con el Sistema Nacional de Salud para él diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo.**

Por otra parte, en donde si están muy claras y definidas las sanciones para aquellos que incumplan el deber de guardar en razón de su cargo los datos recogidos en la Historia Clínica es en nuestro **Código Penal del año 1995**, que si han venido a regular, a diferencia del anterior, las diferentes violaciones del secreto médico sobre los datos contenidos en las historias, como Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen:

- ARTÍCULO 199 dice: El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o de sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de seis a doce meses.
- El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona será castigado con prisión de 1 a 4 años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para ejercer la profesión por tiempo de dos a seis años.
- ARTICULO 197 castiga el simple acceso no autorizado a datos de salud en cualquier soporte con hasta 4 años de prisión y si se difunden esos datos o se ceden a terceros la prisión sube a 5 años. Por ultimo el Art. 413, castiga la infidelidad en la custodia de documentos también con hasta 4 años de prisión y 6 de inhabilitación.

## PRINCIPALES PROBLEMAS EN RELACION A LA HISTORIA CLINICA

Los fundamentales problemas a los que nos vamos a referir son amplios y conflictivos ya que

van a confluir varios intereses jurídicamente protegidos y derechos subjetivos contrapuestos como son: **el acceso a los archivos públicos por los interesados, la protección de los intereses del médico y del secreto profesional y el derecho a la intimidad del propio paciente.**

Surgen así problemas que podemos sintetizar como los siguientes:

- 1º. Propiedad de la Historia Clínica.
- 2º. Derechos de propiedad intelectual de la Historia Clínica.
- 3º. Obligación de Guarda y Custodia de la Historia Clínica.
- 4º. Acceso a la Historia Clínica.
- 5º. Destrucción de la Historia Clínica.
- 6º. Aportación judicial de la Historia Clínica.
- 7º. Disponibilidad de la Historia Clínica.
- 8º. Secreto profesional con relación a los datos de la historia.

Debemos de partir, no obstante de un principio, que hoy parece mas claro, el de la **propiedad de la Historia Clínica** (1º). Se entienden derechos de titularidad de la HC del paciente (que contrata unos servicios, entre los cuales esta la Historia Clínica, que paga directamente al médico o al centro a través de sus cotizaciones), al Centro como encargado de la custodia y depositario de la misma, aportando el material que supone el soporte de la misma y a los médicos como autores intelectuales que han dirigido la confección de la misma. Vemos pues que existe una imbricación entre estos actores, que nos llevan a entender como más adecuada la tesis de Romeo Casabona, en el sentido de reconocer derechos de propiedad a todos esos actores, ya que el paciente, titular de los datos, concierta servicios que le son prestados por el centro, que aporta los medios materiales y que tiene el deber de custodia y de guardar la confidencialidad, facilitando al paciente la información adecuada, incluso una copia, pero no pudiendo el paciente disponer del original, de los datos de terceros o incluso solicitar su completa destrucción y por ultimo al medico que atiende al paciente el cual percibe una retribución del centro a cambio de sus conocimientos, reconociéndosele el derecho a retirar

todas aquellas anotaciones subjetivas que haya efectuado en la Historia Clínica.

Mas en concreto, con relación a este tema, la ley 1/03 de 28 de enero de derechos e información al paciente de la Valenciana, en su artículo 23.1, ha resuelto de forma clara el debate de la propiedad de la historia clínica en el sentido de que la "propiedad de la historia clínica es de la administración sanitaria. En forma similar se ha pronunciado la comunidad de Galicia.

**2º.- Derechos de propiedad intelectual de Historia Clínica:** Tras lo ya dicho en el epígrafe anterior, cabe pues concluir que el médico mantiene el derecho de retirar todas aquellas anotaciones subjetivas que se hayan efectuado en la Historia Clínica. Mención aparte tiene la relación privada paciente-médico en la cual además, mantiene la obligatoriedad de custodia.

**3º.- Obligación de Guarda y Custodia de la Historia Clínica:** Es un hecho evidente que esta obligación es del servicio de prevención, la Mutua o del médico en una relación privada y por lo tanto no es necesaria una mayor precisión.

**4º.- El acceso a la historia clínica:** La LPRL ya señalábamos que contemplaba como únicas personas con acceso a la información clínica al personal médico y a las autoridades sanitarias que llevan a cabo la vigilancia de la salud. La ley General de Sanidad en su artículo 61 establece claramente que las personas que tendrán acceso a la historia clínica serán los usuarios (pacientes) y los facultativos implicados directamente en el diagnóstico y tratamiento del paciente obligados al secreto profesional. El Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 5, apartado sexto, anexo I, va mas allá en ese derecho al señalar de forma tajante como derecho del usuario el de recibir, a petición suya, un ejemplar de la historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de su conservación en el centro sanitario. El Convenio de Bioética del Consejo de Europa, suscrito por España, que entro en vigor en nuestro país el 1-01-00, reconoce en su artículo

10 el derecho de " toda persona a conocer toda información obtenida respecto de su salud", precisando que " de forma excepcional, la ley podrá establecer restricciones" en esta materia siempre que sea "en interés del paciente". En esta misma línea y años antes de este Convenio el Dr. Agustín Ríos, eminente Hematólogo y sacerdote, señalaba que al "enfermo hay que darle la información que puede soportar". Vemos pues, que existe una corriente ya generalizada que impone límites a lo contemplado en el Decreto de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Circunstancia esta que se ve aumentada en aquellos casos en los que las anotaciones subjetivas de los facultativos sobre sospechas o circunstancias a confirmar constituyen también informaciones que deben de ser limitadas. Para ello, las leyes Holandesas obligan a consultar con otro colega si se quiere retirar información de la Historia y en Inglaterra, la Ley obliga a acudir al Comité Hospitalario de Ética.

Pero nos encontramos con otros problemas, como es el acceso a la historia de personas que no sean los propios pacientes. Parece claro que en caso de menores trabajadores y personas incapacitadas, es el tutor legal el que puede ejercer el derecho de acceso a la historia. En tanto que no pueden ejercer el derecho de acceso familiares de personas vivas que estén en pleno uso de su capacidad de obrar si estas no lo han hecho por sí mismos. Pero, que ocurre en el caso de personas fallecidas. El informe del Defensor del Pueblo recoge que no debería negarse a los padres acceder a la historia de un hijo fallecido, ya que este no puede ejercerlo, todo ello a raíz de un caso ocurrido en el Hospital "La Paz". Invocándose fundamentos jurídicos de tipo sucesorio recogidos en el Código Civil se recomendó a la Secretaria General de Asistencia Sanitaria que se debía de facilitar el acceso a la Historia Clínica de aquellas personas, ascendientes o descendientes de los fallecidos, titulares de la HC. Se sugirió además que se instruyera al Hospital para que se facilitara el acceso de los padres a la historia de sus hijos fallecidos. La Secretaria General acepto la argumentación, considerando que procedía permitir el acceso a las historias clínicas de los herederos del paciente fallecido, con la única limitación de

los datos que afectaran a la intimidad del paciente o de los datos de terceras personas.

**5º.- La destrucción de la Historia Clínica:** Hemos analizado ya lo dispuesto en el Código de Ética y Deontología Médica, no obstante la reciente legislación autonómica ha establecido de forma mucho más precisa el tiempo mínimo de conservación y en que momento pueden destruirse de forma parcial o total los documentos recogidos en la HC. No obstante en el ámbito laboral parece lógico entender que debe de conservarse mas allá de la vinculación de la persona al trabajo, al objeto de valorar posibles enfermedades profesionales una vez finalizada la vida laboral.

Para la **conservación de la historia clínica**, la Ley Catalana aprobada el 2-02-01 dice que se ha de conservar hasta 20 años tras la muerte del paciente, si bien los elementos de la historia no relevantes podrán destruirse tras dos años de la última asistencia. En caso de datos de gran interés epidemiológico o asistencial a efectos de prevención, pueden mantenerse todo el tiempo que sea necesario según criterio facultativo. La ley de autonomía del Paciente, de ámbito nacional establece que La historia clínica debe conservarse como mínimo hasta cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Esta documentación clínica se conservara también a efectos judiciales de conformidad a la legislación vigente. También por razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del sistema de salud

**6º.- Aportación Judicial de la Historia Clínica:** En nuestro país, la administración se muestra partidaria de proporcionar al Juez toda la información que precise de la Historia Clínica, si bien ya se entiende que se pueden retirar determinados datos importantes del paciente por herir su intimidad-sensibilidad así como los datos de terceros y las apreciaciones subjetivas de los médicos. También se pronuncian a favor de facilitar un informe resumen de la Historia, ocultando esos mismos datos.

En este aspecto conviene recordar, que en principio un Juez al solicitar un historial y como

conocedor de la ley, debe de aplicar esta y por lo tanto dicha petición estará refrendada por la normativa vigente y una referencia de primer orden es la LORTAD de 1.999. Además, disposiciones legales de la importancia de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, establecen de forma clara la obligatoriedad de denunciar cualquier noticia que se tenga de la comisión de un delito por parte de los profesionales de la Medicina, Farmacia o Biología y de colaborar con la administración de justicia. Concluiremos pues que la obligatoriedad de la aportación de la Historia Clínica al Juzgado queda clara. Otro problema es la petición indiscriminada desde los Juzgados de la HC completa. En este punto entendemos que para una correcta protección de los datos, se debería de solicitar por parte del Juzgado aquella parte indispensable para la resolución del problema judicial en auto motivado, reservándose el médico la retirada de sus anotaciones subjetivas y el centro los datos de terceros. Una certificación por parte del Centro o del Médico Privado acompañando a esta historia en donde conste la retirada de esos datos es indispensable enviarla al Juzgado junto a la Historia, para su conocimiento por parte del Juzgador.

**7º.- Disponibilidad de la historia Clínica:** La historia clínica estará disponible en todo momento para el personal encargado del diagnóstico y tratamiento (Art. 61 LGS) y para fines de inspección médica o para fines científicos, todo ello bajo el deber de confidencialidad que obliga la ley y el deber de secreto profesional al que están sometidos todos y cada uno de los intervinientes. Esta disponibilidad no debe de ser limitada por razones horarias o de personal, ya que es un elemento básico para un correcto cuidado del paciente.

Es interesante traer a colación en este momento la sentencia de un Juzgado de lo Penal, en la que se condena a tres médicos por una imprudencia que no se hubiera producido si se hubiera efectuado una simple consulta a la historia clínica en donde constaba la alergia de un paciente.

Por ello también es necesario que señalemos como adecuado y exigible a los responsables de cada centro que establezcan los mecanismos ne-

cesarios para que en todo momento la HC este accesible para el personal responsable del cuidado de los pacientes, disponibilidad que debe de ser compatible con la adecuada custodia y seguridad de los datos en ella contenidos para los no autorizados, ya que la propia LGS establece que solo serán los “**directamente**” relacionados con el paciente los que tendrán esa disponibilidad, incluso aunque trabajen en el mismo centro sanitario.

#### 8º.- Secreto profesional en relación con la HC.

Este es un aspecto que se encuentra perfectamente regulado en nuestro ordenamiento jurídico, tanto desde el punto de vista administrativo, en el sentido de que todos los reglamentos o estatutos que regulan la actividad pública o privada recogen la obligatoriedad de guardar el secreto de los datos conocidos en el ejercicio de una profesión o cargo, como en el sentido punitivo, al establecerse como ya hemos visto las duras penas contempladas en el Código Penal.

Aunque ya ha sido tratado en otra ponencia, es necesario insistir en que la HC solo puede ser utilizada por personal **DIRECTAMENTE IMPLICADO EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE** y **SOMETIDO AL SECRETO PROFESIONAL**.

Únicamente **deberemos desvelarlo** en aquellos casos en que seamos debidamente citados a comparecer ante una autoridad judicial en el seno de un proceso judicial y en el que esos datos son importantes para la resolución del mismo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal no exime a los médicos a mantener el Secreto Profesional, como si hace con otras profesiones como Abogados, Procuradores o Ministros de las Confesiones Religiosas.

Otro límite que se impone a la obligatoriedad del secreto **son las enfermedades de declaración obligatoria**, en los que lógicamente el interés general prima siempre sobre el derecho individual. La obligatoriedad de comunicar por el médico cualquier noticia conocida de la perpetración de un delito así como la comunicación de datos de ingresos psiquiátricos son otras excepciones al secreto.

#### La Ley catalana sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica.

El día 21/12/2000 fue aprobada por el parlamento de Cataluña, publicada en el BOE el 2-2-01, la que es la primera ley que regulaba de forma específica la información y la documentación clínica. Responde a una marcada inquietud entre los profesionales de la medicina y adquiere una gran importancia por ser pionera en esta regulación y por lo tanto referente futuro de nuevas leyes autonómicas, **además de recoger las recomendaciones del Convenio de Bioética del Consejo de Europa y del comité de expertos del M. de Sanidad en esta materia**.

De entrada llama la atención el enorme interés que la ley presta a la Historia Clínica, dedicándola seis artículos, al contrario que la Ley General de Sanidad, que solo recoge en un artículo lo relativo a tan importante tema.

Si el articulado de esta última es muy escueto e incompleto, la ley catalana, mucho más dinámica que la nacional, regula en diferentes apartados y de forma rigurosa la definición y tratamiento de la Historia Clínica, su contenido, sus usos, la conservación, el derecho de acceso a la historia Clínica y los derechos en relación con el contenido de la historia clínica.

Así en lo relativo al **tratamiento** que se debe de hacer con respecto a la historia clínica establece de forma clara que es el centro sanitario de forma integrada el que almacenará en los diferentes soportes existentes en la actualidad todos los datos y en instalaciones que garanticen la seguridad, la conservación correcta y la recuperación de la información. Da una gran importancia a la identificación de los médicos y a los profesionales sanitarios que han intervenido en el proceso. Obliga a los centros sanitarios a adoptar todas las medidas necesarias y adecuadas para proteger los datos y evitar su pérdida, destrucción, acceso, alteración o comunicación.

El contenido, si bien no es tan preciso como el Decreto del País Vasco 45/1998 de 17 de marzo por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencia y de las Histo-

rias Clínicas Hospitalarias, si desgrana de forma adecuada el conjunto de datos que debe de incluir la Historia Clínica, estableciendo tres tipos de datos:

- Datos de identificación del paciente y de la asistencia.
- Datos Clínico-asistenciales.
- Datos sociales.

En cuanto a los **Usos de la Historia Clínica**, parte del principio de que es la asistencia al paciente, garantizando y exigiendo al centro la total disponibilidad por parte de los profesionales del centro de la historia y la posibilidad de su utilización para otros usos, como es, la investigación o docencia con los lógicos límites que impone la Ley de tratamiento automatizado de datos del año 1.999, en el sentido de que salvo que medie autorización expresa por parte del paciente se preservaran los datos de identificación personal de los de carácter clínico-asistencial. La función de inspección, por los profesionales acreditados es otro de los usos fundamentalmente dirigido a controlar los niveles de calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos de los pacientes o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes. Establece de forma clara que todos los que en uso de sus competencias acceden a la historia Clínica están obligados al deber de guardar secreto.

Para la **conservación de la historia clínica**, la Ley dice que se ha de conservar hasta 20 años tras la muerte del paciente, si bien los elementos de la historia no relevantes podrán destruirse tras dos años de la última asistencia. En caso de datos de gran interés epidemiológico o asistencial a efectos de prevención, pueden mantenerse todo el tiempo que sea necesario según criterio facultativo.

Por último en cuanto a los **derechos con relación a la historia Clínica, en lo relativo al acceso**, si bien en la normativa estatal se establece el derecho a recibir una copia de la historia clínica, la Ley autonómica pone límites a ese derecho, que no se podrá ejercer si ello supone un perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos que sobre ellos figuren en la menciona-

da documentación. Al mismo tiempo reconoce el derecho de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que podrán invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas. Reconoce sin embargo el derecho de acceso del paciente a la historia clínica por representación debidamente acreditada.

La disposición adicional de la Ley invita a la administración sanitaria a que en el ámbito territorial de Cataluña se unifique en un solo historial clínico, la atención a los pacientes, posibilitándose el uso compartido de la documentación a fin de que no se repitan exploraciones o procedimientos. Es decir la confección de un sistema que permita acceder desde cualquier centro a todos los registros sanitarios de un paciente.

#### LEY SOBRE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN CONCERNIENTES A LA SALUD Y A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

En el año 2.002 el Congreso de los Diputados, ha dado luz verde a esta Ley 41/02 que entre otras situaciones va a regular las historias clínicas. Esta Ley, ya en vigor en nuestro país, viene a regular también otras situaciones como las voluntades anticipadas y el derecho a la información del paciente. En el horizonte de la ley esta la adopción de una tarjeta sanitaria que podrá incluir todos los datos relacionados con la salud en un chip incorporado a la misma. Igualmente, en coordinación con las Comunidades Autónomas, promoverá la implantación de un sistema que posibilite el uso de las historias clínicas en los centros asistenciales, para evitar ser atendidos doblemente y el aprovechamiento de las pruebas efectuadas en los diferentes centros de la red sanitaria nacional.

**En términos generales esta basada en los mismos principios que la ley catalana que acabamos de analizar y ha sido ampliamente consensuada por los principales grupos del arco parlamentario.**

Destaca de forma expresa en su exposición de motivos el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la

dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito el día 4-4-1997 y al que hemos hecho amplia referencia, que se encuentra en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2.000. Convenio con carácter jurídico vinculante para los países que los han suscrito y que establece un marco común en las materias señaladas. El convenio reconoce explícitamente los derechos del paciente, como información, consentimiento informado, la intimidad, persiguiendo la armonización de las legislaciones de los diferentes países es estas materias.

Con respecto a las HISTORIAS CLÍNICAS, la ley destaca los siguientes aspectos:

### DEFINICIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo identificando los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el mismo. Debe procurarse la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Esta integración debe hacerse, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe existir una historia clínica única para cada paciente.

El centro debe almacenar las historias clínicas en instalaciones que garanticen la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información.

Las historias clínicas se pueden elaborar mediante soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido de las mismas y su plena reproductibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado.

Los centros sanitarios deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sean autorizados.

### CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe tener un número de identificación y debe incluir los siguientes datos:

a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia:

- Nombre y apellidos del enfermo.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Domicilio habitual y teléfono, con vistas a localizarle.
- Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
- Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.
- Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.
- Médico responsable del enfermo.

Asimismo, cuando se trata de usuarios del Servicio Catalán de la Salud y la atención se presta por cuenta de dicho ente, debe hacerse constar también el código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual.

b) Datos clínico-asistenciales.

- Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos.
- Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta.
- Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta.
- Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
- Hojas de tratamiento médico.
- Hoja de consentimiento informado si procede.
- Hoja de información facilitada al pa-



ciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.

- Informes de epicrisis o de alta, en su caso.
- Documento de alta voluntaria, en su caso.
- Informe de necropsia, si existe.

En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.

#### c) Datos sociales:

- Informe social, si procede.

En las historias clínicas hospitalarias, en que con frecuencia participan más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

Los centros sanitarios deben disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen.

## USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Por ello, los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo deben tener acceso a la historia clínica.

Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta asistencia a un paciente concreto, los profesionales que le atienden puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente.

Se puede acceder a la historia clínica con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y la Ley

14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y las disposiciones concordantes. El acceso a la historia clínica con estas finalidades obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, salvo si éste ha dado antes el consentimiento.

El personal que se ocupa de las tareas de administración y gestión de los centros sanitarios puede acceder sólo a los datos de la historia clínica relacionados con las mencionadas funciones.

El personal al servicio de la Administración sanitaria que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, puede acceder a las historias clínicas, a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes o la Administración sanitaria.

Aquel personal que accede en uso de sus competencias a cualquier clase de datos de la historia clínica queda sujeto al deber de guardar el secreto de los mismos.

## LA CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe conservarse como mínimo hasta cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Esta documentación clínica se conservará también a efectos judiciales de conformidad a la legislación vigente. También por razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del sistema de salud. Su tratamiento debe de hacerse de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas. Por último señala que los profesionales tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de la documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

Es conveniente señalar que esta regulación dista mucho del texto del proyecto que establecía un horizonte de 20 años tras la muerte del paciente para conservar la historia.

## DERECHOS EN RELACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA

### Derechos de acceso a la historia clínica.

El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de la historia clínica y a obtener una copia de los datos que figuran en ella. Corresponde a los centros sanitarios regular el procedimiento para garantizar el acceso a la historia clínica.

El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica nunca puede ser en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos de los mismos que figuran en la mencionada documentación, ni del derecho de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que pueden invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación, siempre que esté debidamente acreditada.

### Derechos en relación con el contenido de la historia clínica.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia debe permitir la recogida, recuperación, integración y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad en los términos establecidos por la presente Ley.

**Para finalizar resaltar que la mayoría de los autores y legislaciones se pronuncian de forma clara y tajante a favor de una sola HC en la vida de una persona, circunstancia enormemente deseable en el ámbito laboral,** en donde consten todos los datos médicos del paciente a lo largo de su vida, de tal forma que se posean los antecedentes completos de la persona y se vayan añadiendo los nuevos diagnósticos, tratamientos efectuados en los reconocimientos laborales efectuados, con sus resultados e indicaciones, para tener una información completa de toda la historia laboral del paciente y de la vigilancia de su salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Código de ética y deontología médica de 1.995  
 Código Penal de 1.995  
 Constitución Española. 1978  
 Decreto del país vasco 45/1998 de 17 de marzo por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencia y de las Historias Clínicas Hospitalarias.  
 GIBBERT CALABUIG. J. A. Medicina Legal y Toxicología. 4ª Edición. Salvat Edit. Barcelona 1991.  
 GALLEGO RIESTRA. S. "Prueba y valoración de daños". Cuadernos de Derecho Judicial. 1995.  
 Ley de prevención de riesgos laborales (B.O.E. nº 269, Viernes 10 de noviembre de 1995, Pág. 32590 - 32611)  
 Ley de salud de Aragón. Ley 6/2002, de 15 de abril.  
 Ley 1/03 de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. (Boe 25-02-03)  
 Ley de salud de Extremadura. Ley 10/2001 de 28 de junio.  
 Ley foral 29/03 de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la ley foral 11/02 sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. (Navarra)  
 Ley del Parlamento de Cataluña sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica.  
 Ley gallega reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de 8 de mayo de 2.002  
 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, 29 abril 1986  
 Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.  
 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº 298, 14 diciembre 1 999.  
 Ley 8/2003, de 8 de abril de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.  
 Ley 41/2.002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 274/02 de 15-11-02)  
 LUNA MALDONADO. "Problemas procesales de la Historia Clínica. Med. Clínica 87.  
 MARTÍNEZ MARCO, RAMOS MUÑOZ, CARRATO MENA Y GALLEGO PLAZAS. Manual de Valoración de la incapacidad laboral en las Enfermedades Oncológicas. INMST y Mutua Universal.  
 Real decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 35, 10 febrero 1995.

CASOS CLÍNICOS

# INFILTRADO MASIVO INTERSTICIAL MICRONODULAR BILATERAL

García Méndez, P<sup>1</sup>; Delgado Lacosta, A.R.<sup>1</sup>; Llamas Cascón, E.<sup>1</sup>; Corbatón Anchuelo, A.<sup>1</sup>; de la Gala Sánchez, F.<sup>1</sup> Bartolomé Villar, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico.  
Centro de Rehabilitación Fremap. Majadahonda. Madrid

## Resumen:

Se presenta un caso de silicosis complicada diagnosticada a partir de un cuadro respiratorio agudo sufrido por un trabajador de un matadero, debido a la inhalación de vapores de detergente de naturaleza desconocida. Se realiza una revisión de las diferentes entidades que originan un infiltrado intersticial micronodular de tipo masivo y se llega al diagnóstico definitivo por medio del TAC de alta resolución, confirmado por histopatología.

**PALABRAS CLAVE:** silicosis, infiltrado intersticial micronodular, calcificaciones pleurales.

## Abstract:

Title: Massive Bilateral Micronodular Interstitial Infiltrates

A case of complicated silicosis is presented, in which diagnosis was made out of its clinical presentation (acute distress respiratory syndrome) in a slaughter house worker, after inhalation of cleaning - powder of unknown origin. A review of the various entities showing massive bilateral micronodular interstitial infiltrates is made and the final diagnose was provided by high resolution TAC and posterior histology.

**KEY WORDS:** silicosis, micronodular interstitial infiltrates, pleural calcifications.

## RESUMEN DE HISTORIA Y EXPLORACIONES

Paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, trabajador en cuadras de matadero, remitido para diagnóstico y tratamiento de neumopatía detectada a raíz de cuadro asfíctico sufrido 15 días antes en relación con inhalación de vapores de detergente de naturaleza desconocida. Aportaba Rx de tórax (Figura 1) en que destaca intenso infiltrado intersticial diseminado de tipo nodular, con numerosas opacidades de unos 5 mm de diámetro, redondeadas y bien definidas; aparecen varios nódulos de mayor tamaño, de

unos 2 cm de diámetro, en segmento VI del lóbulo inferior izquierdo y base pulmonar derecha; aumento de ambos hilios pulmonares sin aumento de trama vascular ni signos de sobrecarga cardiaca.

Rehistoriado, refería haber trabajado en su juventud 2 años en minería de plomo y otros 10-12 en construcción de galerías y pozos para alcantarillado. No alergias conocidas, siendo fumador de 20 cigarrillos al día desde la adolescencia. Había sufrido sendos episodios asfícticos

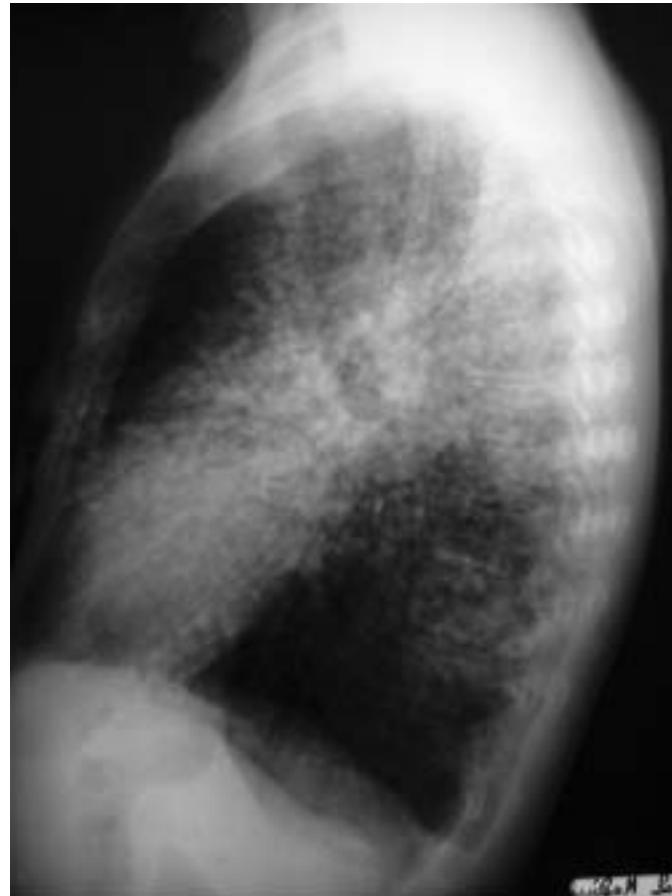


Figura 1



Figura 2

por inhalación de vapores de detergente, 3 meses y 15 días antes respectivamente, siendo atendido en ambas ocasiones en Servicio de Urgencias de SS, sin guardar baja en el primero y con ella en el segundo, administrándole en esta ocasión Prednisona, inicialmente 30 mg al día para reducir dosis, después de forma progresiva.

A su llegada manifestaba disnea de pequeño esfuerzo sin tos, expectoración, ruidos bronquiales ni fiebre junto a dolor epigástrico continuo que aliviaba con la ingesta. De la exploración física fueron valorables hábito leptosómico, normocoloreado, bien perfundido e hidratado, eupneico; auscultación cardiopulmonar sin hallazgos; TA 115/70; dolor epigástrico a palpación aun superficial; no adenopatías, masas ni visceromegalia abdominales. Sistema nervioso, vascular periférico y locomotor sin hallazgos.

Las complementarias realizadas no aportaron datos de interés: analítica (hemograma, reac-

tantes, bioquímica, enzimología, proteinograma, factor reumatoide, ANA, anticuerpos antimicrobacterias, estudio funcional tiroideo y tiroglobulina, gasometría arterial y sistemática de orina), Mantoux y ecografía abdominopélvica. La espirometría mostró una moderada insuficiencia respiratoria mixta de predominio obstructivo y la TAC torácica de alta resolución (Figura 2) aportaba una mejor definición de las lesiones radiológicas pulmonares con la visualización de adenopatías calcificadas en ambos hilos y engrosamiento del intersticio central en hilio derecho: el patrón pulmonar era claramente intersticial de tipo nodular con afectación difusa y presencia de lesiones pequeñas nodulares de unos 5 mm, respetando únicamente segmento anterior de lóbulo superior izquierdo; además se aprecian lesiones coalescentes de unos 2.2 cm en lóbulo superior izquierdo y en base pulmonar derecha de unos 4 cm, ambas con engrosamiento y calcifi-

caciones pleurales, que podrían corresponder a masas intrapulmonares o bien a zonas de fibrosis masiva progresiva en el seno de una silicosis complicada; también existían pequeños engrosamientos pleurales calcificados y diseminados por ambos campos pulmonares.

Se interpretó el dolor abdominal como síndrome de acidismo en relación con corticoterapia, resolviéndose con la administración de omeprazol y se plantea el diagnóstico diferencial desde el punto de vista radiológico entre las entidades responsables de nódulos pulmonares múltiples que reúnen las características de ser muy numerosos, uniformes, de tamaño pequeño, densidad alta, distribución generalizada con fibrosis masiva y conglomerados en la transición de lóbulos superiores, definición nítida y ausencia de cavitación: fundamentalmente metástasis de carcinoma papilar o medular de tiroideos, melanoma, carcinoma mamario o de páncreas, condrosarcoma o metástasis sometidas previamente a tratamiento, neumoconiosis, silicosis simple o complicada, tuberculosis miliar, sarcoidosis, amiloidosis y neumonía varicelosa; remotamente carcinoma bronquioalveolar difuso y alveolitis alérgica. Los datos de anamnesis, exploración física y complementarias reseñados permiten descartar razonablemente cuadros metastásicos tumorales, tuberculosis, amiloidosis y neumonía varicelosa, restando como posibles diagnósticos sarcoidosis y neumoconiosis.

Ante esta situación se decide realizar biopsia mediante microtoracotomía posterolateral izquierda con toma de muestra de llingula.

El informe histopatológico describe varios nódulos fibrosos bien delimitados densamente colagenizados e hialinizados, uno de ellos calcificado; focos de fibrosis de forma irregular con proliferación fibroblástica y abundantes macrófagos con pigmento pardo y/o antracótico y escasos linfocitos y alguno con proliferación muscular; estos nódulos se disponen sobretodo en localización subpleural o en relación con arterias de pequeño tamaño, observándose, con luz polarizada, en estas zonas pequeñas partículas birrefringentes que no se encuentran en los nódulos fibrosos mas evolucionados; en el resto del pa-

rénquima pulmonar se encuentran áreas relativamente conservadas, con congestión vascular y hemorragia intraalveolar, y otras áreas con fibrosis intersticial, macrófagos intraalveolares y en menor número en intersticio, que en escasas ocasiones contienen vacuolas que parecen corresponder a lípidos. Diagnóstico anatomopatológico: Neumoconiosis compatible con silicosis nodular; no puede descartarse fibrosis por polvo mixto; mínimas alteraciones compatibles, aunque no diagnósticas, con neumonía lipoidea exógena.

## COMENTARIO

Dentro de la fase crónica de la silicosis se consideran una forma complicada y otra simple, ésta manifestada como lesiones micronodulares similares a las de la tuberculosis miliar con preferente compromiso de los campos pulmonares superiores en razón de la propagación por vía aerógena para la silicosis y exigencia de mayor grado de oxigenación para el desarrollo de la diseminación miliar. En la silicosis complicada, también denominada fibrosis masiva progresiva, las lesiones corresponden a auténticas masas pulmonares de elevada densidad, localizadas en lóbulos superiores, de bordes irregulares con neto límite en su contorno superoexterno, denominadas conglomerados silicóticos; en muchos casos existen lesiones micronodulares difusas combinadas con conglomerados apicales y adenopatías hilio-mediastínicas calcificadas en cáscara de huevo.

## BIBLIOGRAFIA

- Brown K, Mund DF, Aberle DR et al: Intrathoracic calcifications: Radiographic feature-sandm differential diagnoses. *Radio Graphics*, 1994; 14, 1247-1261
- Chai JL, Patz EF: CT of the lung: Patterns of calcifications and other high-attenuation abnormalities. *AJR*, 1994; 162: 1063-1066.
- Gala Sánchez F de la, García Méndez P: Neumoconiosis. Actualización Clínica: aparato respiratorio. Fundación Mapfre, 1983:495-522.

- Genevois PA, Abehsera M, Knoop Ch et al: Disseminated osseous ossification in end-stage pulmonary fibrosis: CT demonstration. AJR 1994; 162: 1303-1304
- Guembe Arteaga P: Semiología torácica: nódulo y masa pulmonar. Lesión cavitaria y quística. Calcificación pulmonar. Lesión hilar. Pedrosa diagnóstico por imagen. Vol I; segunda edición. Mc GraW- Hill. Interamericana, 1997: 338-344.
- Haramati LB, Schulman LL, Austin JHM: Lung nodules and masses after cardiac transplantation. Radiology, 1993; 188: 491-497.
- Pedrosa CS, Cepeda Izquierdo T: El Tórax: lesiones intersticiales. Lesión infiltrativa difusa. Pedrosa diagnóstico por imagen. Tratado de Radiología Clínica. Vol I; primera edición. Interamericana, 1986: 159-179.
- Reed JC.: Chest Radiology: Plain film patterns and differential diagnoses: second edition. Year Book Medical Publishers Ins., 1987.



# CERVICOBRAQUIALGIA Y MASA SUPRACLAVICULAR

Iborra García, R.; Fornes Ubeda, F.V.  
*Ayuntamiento de Valencia (Policía Local)*

## Resumen:

Se presenta el caso de un paciente que acude por cervicobraquialgia unilateral, de un año de evolución e intensidad creciente, y que a la exploración presenta una masa supraclavicular homolateral. Se plantea el diagnóstico diferencial ante los hallazgos encontrados y la resolución del problema.

**Palabras clave:** cervicobraquialgia, costilla cervical del adulto, compresión del plexo braquial.

## Abstract:

**Title:** Cervical radiculopathy and supraclavicular tumor

We present the patient case that consults about a cervical radiculopathy, unilateral, that has appeared one year before, increasing its intensity progressively and that presents a supraclavicular tumor in the same side. We propose the differential diagnosis in the presence of this findings and the problem resolution.

**Key words:** cervical radiculopathy, adult cervical rib, thoracic outlet syndrome.

## INTRODUCCIÓN:

Aunque el dolor lumbar es la afección más frecuente de la columna, el dolor cervical también es visto con frecuencia por los médicos que ejercen su función asistencial en el ámbito laboral. Las raíces C5, C6 y C7 son las más frecuentemente comprometidas, aunque no se deben olvidar otras raíces superiores por su menor incidencia, y obliga, en ausencia de traumatismo previo, a un diagnóstico diferencial exhaustivo, tanto por patologías de la propia columna cervical como dolores referidos de otras partes del cuerpo.

## CASO CLÍNICO:

Varón de 64 años, sin antecedentes familiares de interés.

Como antecedentes personales destacan una tuberculosis en la infancia y gastritis crónica desde los 35 años. Tras varios episodios de Pancreatitis Aguda inducida por el alcohol, entre los 35 y los 40 años, desarrolla una Pancreatitis Crónica Alcohólica con reagudizaciones periódicas. Anemia ferropénica e hiperuricemia desde los 50 años, y tres intentos de autólisis en los últimos 10 años.

FORNES UBEDA, F.V.  
Servicio Médico de Policía Local. Avda. del Cid nº 37. 46018 VALENCIA

IBORRA GARCÍA, R.; FORNES UBEDA, F.V. *Cervicobraquialgia y masa supraclavicular*  
Rev. SEMST 2005; 1: 116-119



El paciente acude a consulta por presentar un cuadro de parestesias en miembro superior derecho, desde hace 3 ó 4 meses, molestias cervicoescapulares desde hace algo más de un mes, que cada vez son más intensas; también refiere tener un “bulto” en el hombro derecho, desde hace alrededor de un año, que ha ido creciendo paulatinamente.

A la exploración se observa una masa supraclavicular derecha, de aproximadamente 3 cm. de diámetro, consistencia pétreo y adherida a planos profundos, sugestiva de adenopatía metastásica.

RX: tórax “sucio” sin imágenes sugestivas de patología tumoral.

RX columna cervical: sin hallazgos patológicos (Figura 1).

Análítica completa sin hallazgos patológicos.

Se remite para estudio a ORL, que intenta punción de la masa, no consiguiendo aspirar ningún material y emitiendo informe de que la masa no es ganglionar. Enviamos a Cirugía que solicita TAC de cuello y ECO; durante este periodo los dolores cervicoescapulobraquiales y las parestesias se van incrementando.

Ecografía: se confirma la naturaleza no quística de la masa.

RMN: Masa de consistencia cartilaginosa que ocupa el espacio supraclavicular derecho, con compresión extrínseca del paquete vasculonervioso braquial derecho. Diagnóstico de costilla cervical de aparición en la edad adulta (Figura 2).

El equipo de cirugía decide no intervenir dada la alta probabilidad de secuelas neurológicas por la posición de la nueva costilla y las adherencias creadas en el año de evolución, y se remite a Unidad del Dolor para control por su parte.

## COMENTARIO

La costilla cervical accesoria o de Eva (Galeno y Vesalio) es una anomalía poco frecuente, que suele ser más común en mujeres, y cuyos síntomas son consecuencia de la compresión de las estructuras que pasan por la zona, ya que la presencia de la costilla supernumeraria reduce el espacio interescalénico y mantiene en posición forzada la arteria y vena subclavia y el plexo braquial (1).

Puede ocasionar parestesias, cianosis e hipotermia del miembro superior, dolor y hormigueo en el cuello y los hombros y, en ocasiones, atrofia de la eminencia tenar e hipotenar (2)

Puede ser bilateral (3) y es más frecuente que la sintomatología se inicie en la tercera década de la vida.

El diagnóstico suele hacerse por el hallazgo radiográfico de la costilla cervical, pero en ocasiones, como la que presentamos, aparecen las manifestaciones clínicas y la costilla no se observa radiográficamente (4).

La clínica comprende síntomas neurológicos subjetivos (dolor en la región supraclavicular que irradia hasta la mano, parestesias, impotencia funcional), síntomas neurológicos objetivos (atrofia de los interóseos de la mano), síntomas vasculares subjetivos (enfriamiento de los dedos e intolerancia al frío, parestesias y dolor), síntomas arteriales objetivos (Fenómeno de Raynaud, debilitamiento del pulso radial y cubital,) y síntomas objetivos venosos (edema del miembro superior y circulación colateral) (5).

Las complicaciones más frecuentes son de índole neurológica, como dolor crónico, arteriales como el tromboembolismo, la isquemia aguda o la aparición de un aneurisma postestenótico, o venosas como la trombosis (6)

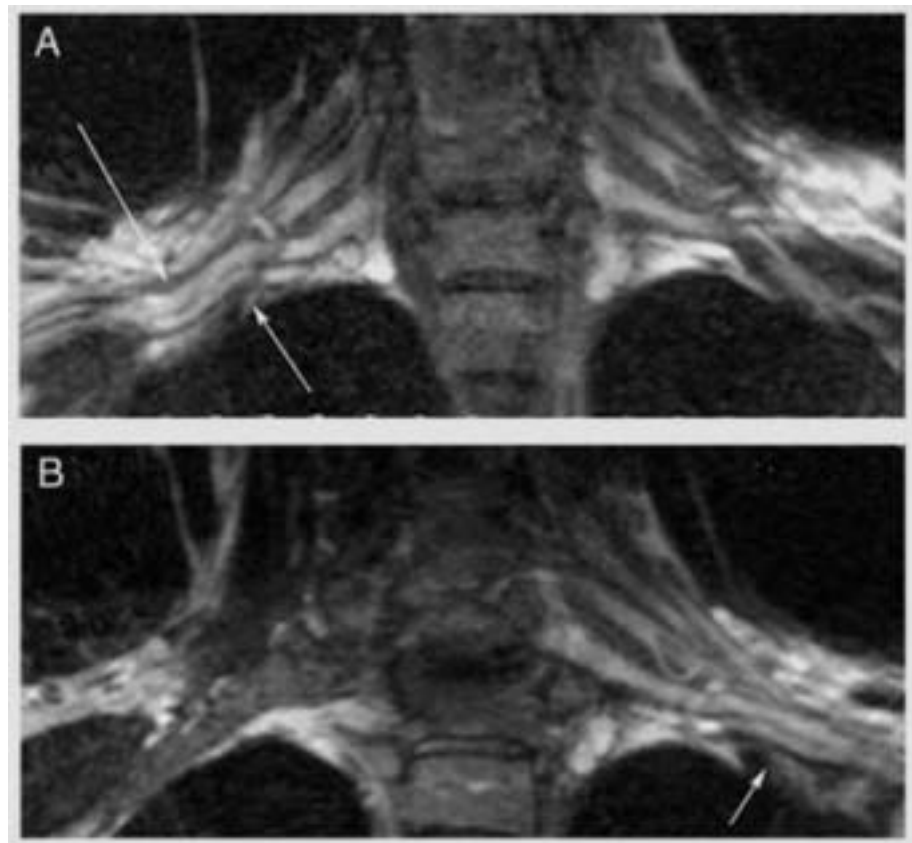
En el diagnóstico diferencial de este síndrome cabe mencionar (7).

1. Síndrome del escaleno anterior.
2. Síndrome costoclavicular.
3. Síndrome de hiperabducción del brazo.
4. Síndrome de pinzamiento neurovascular.
5. Afecciones primarias del hombro.
6. Callo óseo clavicular prominente.
7. Artrosis cervical.
8. Tumor de Pancoast.
9. Enfermedad del martillo neumático.
10. Arteritis por muletas.
11. Artrosis cervical.
12. Drogas (ergotismo).
13. Miofascitis del trapecio.

El tratamiento inicialmente debe ser en todos los casos conservador, (8) seleccionando los casos con síntomas intensos que no mejoran para tra-



**Figura 1.** *Rx cervical*



**Figura 2:** *Imagen de RMN con costilla cervical y compresión del desfiladero torácico.*

tamiento quirúrgico (teniendo en cuenta que la fibrosis postquirúrgica puede producir consecuencias peores que las previas a la intervención) (9).

El tratamiento médico consiste en fisioterapia, vitaminoterapia, vasodilatadores y espasmolíticos, analgésicos y relajantes musculares (7).

Si es necesario acudir a la cirugía se prefiere la vía transaxilar de Roos, que consiste en la resección de la primera costilla y la costilla supernumeraria, con desinserción de los músculos escalenos anterior y medio, por ser más estética, menos cruenta y con mejor control de los vasos principales (7).

El caso que nos ocupa es atípico, tanto por lo infrecuente de esta patología como por su aparición en un varón de edad avanzada, y no se intervino por el alto riesgo que entrañaba la operación.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Cooley D.A.. Técnicas en Cirugía Vascular: Editora Médica Panamericana S.A, 1982. p 48-53.
2. Abrahms H. Angiography; vascular and interventional angiography: 3ª edición: Medical Research Inc. New Castle. 1983; (1): 1001-10014.
3. Hamilton B. Demonstrations of phisycal signs in clinical surgery. 16ª edición. Ed. Bristol: John Wrigt &son, 1980. p 44-149.
4. Kenny R., Taylor G. Toracic outlet syndrome. Care and Treatment. Exercice therapy, American Journal of Surgery 1993;165(2): 282-83.
5. Heberer H. Angiología y cirugía vascular: Ed. Ciencias Médicas, 1988. p 145-162.
6. Sanders R. Haug S. Subclavian vein obstruction and toracic outlet syndrome; a review of etiology and management. Annals of Vascular Surgery 1990; 4: 347-409.
7. Roos DB. Congenital anomalies with thoracic outlet syndrome, anatomy, symptoms, diagnosis and treatment. The American Journal of Surgery. 1976; 132: 771-778.
8. Francis WR. Thoracic outlet syndrome. In Mitchel CW, ed. Disorders of the Cervical Spine. MD: Williams & Wilkins; 1992. p 183-198.
9. Brunet P. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de la salida torácica e influencia en la vida militar. Rev. Med. Militar. 1982; 11:89.



**Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?**

(¿Es la presión en el trabajo una causa principal de riesgo de enfermedad cardiovascular?)

K.L. Belkic, P.A. Landsbergis, P.L. Schnall, D. Baker.

Karolinska Institute, Dpt. Oncology-Medical Radiation Physics, P.O. Box 260, Stockholm, SE-17176, Sweden. E-mail: karen.belkic@radfys.ki.se

*Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 2004;30 (2):85-128.*

Churruca I, Zárate J, Rada D, Etxebarria E

*Departamento de Fisiología, Facultad de Farmacia, Euskal Herriko Unibertsitatea. Universidad del País Vasco*

*El término "job strain", que podría traducirse por presión en el trabajo, puede ser definido como una situación laboral en la que el trabajador tiene poco margen para tomar decisiones y una alta exigencia psicológica, lo que suele frecuentemente producir estrés. Parece claro que esta situación incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, aunque aún son necesarios estudios de intervención para poder actuar con mayor eficacia sobre ello.*

**Resumen:**

Se examinaron varios estudios empíricos sobre presión en el trabajo y enfermedad cardiovascular. Concretamente, se analizó su validez interna y la posible evolución de los daños. Los 17 estudios longitudinales fueron los que tuvieron las tasas más altas de validez. En todos menos en dos, predominaron las lesiones conducentes a incapacidad. Ocho estudios, incluyendo algunos de los más extensos, presentaron resultados significativamente positivos, mientras que tres presentaron resultados positivos pero no significativos. De los nueve estudios caso-control, 6 presentaron resultados positivos significativos, siendo mínimos los casos de reincidencia conducentes a sobrestimación. Cuatro de los ocho estudios transversales presentaron resultados positivos significativos. Así, en el caso de los hombres, se apreciaba *una evidencia consistente de asociación entre la exposición a presión en el trabajo y enfermedad cardiovascular*. Los datos en mujeres eran más dispersos y menos consistentes, pero, al igual que en el caso de los hombres, la mayoría de los estudios probablemente minusvaloraban posibles efectos existentes. Otros elementos de inferencia casual, principalmente plausibilidad biológica, corroboraron que *la presión en el trabajo es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*. Son necesarios estudios adicionales de intervención para examinar el impacto de la mejora de la presión en el trabajo sobre la aparición de enfermedad cardiovascular.

**Valutazione degli effetti di noxae lavorative sull'apparato cardiovascolare**  
(Evaluation of the effects of occupational noxae on the cardiovascular system)  
(Evaluación de los efectos de causas patológicas laborales sobre el aparato cardiovascular)  
Muzi G, Locati EH, Murgia N, Ambrosio G, Abbritti G

*Medicina del Lavoro (2004) 95 (2): 145-157.*

Vallejo G, Prado V, Abasolo E, Abecia LC, Etxebarria E  
*Departamento de Fisiología, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. Euskal Herriko Unibertsitatea - Universidad del País Vasco*

*Este trabajo recopila información sobre la valoración del riesgo cardiovascular en el medio laboral y valida algunos métodos clásicos que usamos habitualmente los médicos en las empresas. Sin embargo, deja abierta la discusión sobre el empleo de la monitorización electrocardiográfica, la utilización de nuevos métodos diagnósticos para la valoración de anomalías cardiovasculares derivadas de riesgos laborales específicos, e incluso propone el empleo de recursos técnicos extremadamente caros, como la tomografía computarizada de emisión de electrones, para el estudio rápido y no invasivo de las arterias coronarias.*

#### Resumen:

Las condiciones de trabajo y el ambiente pueden contribuir a la etiología multifactorial de los trastornos cardiovasculares. Objetivos: Aportar una valoración crítica de los métodos clínicos y epidemiológicos para la evaluación de los efectos de diversas causas patogénicas ocupacionales sobre el sistema cardiovascular. Métodos: Se realizó una revisión de los estudios epidemiológicos y clínicos publicados en las principales revistas científicas sobre medicina del trabajo y cardiología, en el periodo 1980-2003. Las fuentes utilizadas fueron bases electrónicas de datos médicos y resúmenes de comunicaciones a congresos. Resultados y conclusión: Son aproximaciones útiles la recopilación de historias clínicas, realizadas de forma libre o empleando entrevistas basadas en cuestionarios preestablecidos, la observación de signos clínicos específicos, la detección de cambios en diversos parámetros bioquímicos plasmáticos y la identificación de anomalías morfológicas o funcionales en el corazón y los vasos sanguíneos. Algunos de los parámetros bioquímicos sanguíneos que pueden ser modificados por exposición laboral o por condiciones específicas derivadas de la organización del trabajo son el colesterol, los triglicéridos, apolipoproteínas A y B, plaquetas, fibrinógeno, factor VIIc, productos de la fibrinólisis, factor tisular activador del plasminógeno, complemento y hemoglobina glicosilada. Todos ellos pueden ser medidos fácil y rápidamente, y aportan una estimación del riesgo cardiovascular. La presión arterial elevada está claramente correlacionada con la patología cardíaca y los niveles de presión arterial en un colectivo de trabajadores pueden ser monitorizados mediante el empleo de un esfigmomanómetro de mercurio estándar. La medición electrónica antes y después de la jornada laboral y la monitorización de 24 horas mediante Holter ayudan a reducir el efecto de "bata blanca" y aportan información suplementaria útil. Diversos factores de riesgo laboral, tales como tóxicos (metales, disolventes, pesticidas), campos electromagnéticos, temperaturas extremas, ruido, radiación y estrés psicofísico, pueden afectar el equilibrio neurovegetativo cardíaco en los trabajadores expuestos y causar anomalías cardiovasculares que pueden ser detectadas por monitorización electrocardiográfica a largo plazo, manifestándose como una reducción de la variabilidad del ritmo cardíaco y un alargamiento del intervalo QT. Recientemente se han adoptado sistemas no invasivos para detectar lesiones cardiovasculares debidas fundamentalmente a arteriosclerosis. Así, la medición del grosor de las capas arteriales íntima y media y la reactividad de las arterias braquiales se han empleado en diversos estudios ocupacionales y ambientales con el fin de determinar el efecto de la exposición laboral a sulfuro de carbono y las alteraciones que aparecen en los fumadores pasivos. La medicina laboral debe aún incluir la utilización de técnicas muy caras, como la tomografía computarizada de emisión de electrones, para el estudio rápido y no invasivo de la patología de las arterias coronarias.

**Conditions psychosociales de travail et santé dans la distribution de la presse.****Résultats descriptifs d'une enquête épidémiologique menée en médecine du travail.**

(Psychosocial work environment and health in the sector of press distribution. Results from an epidemiologic survey conducted in occupational medicine.)

(Condiciones psicosociales de trabajo y salud en la distribución de prensa. Resultados descriptivos de una encuesta epidemiológica llevada a cabo en medicina del trabajo.)

Niedhammer I., Barouhiel L., Barrandon G., Chastang JF., David S., Barragué A., Gai-lliot MP., Guilman J., Heim A., Kerlirzin L., Laguitton E., Leget MC.

INSERM. Unité 88. Hôpital national de Saint-Maurice.

*Arch. Mal. Prof. 2004; 65-4: 311-325*

Apellaniz A.

*Departamento de Especialidades Medico-Quirúrgicas. Facultad de Farmacia. Euskal Herriko Unibersitatea-Universidad del País Vasco.*

*Este artículo recoge los resultados de una encuesta epidemiológica transversal realizada entre distribuidores de prensa, con el objetivo de conocer los riesgos psicosociales a los que están expuestos y su consecuencia para la salud, en un entorno de reestructuración empresarial.*

**Resumen:**

Se estudian los trabajadores de una empresa dedicada a la distribución de prensa en la región de París. El número de trabajadores estudiados fue de 2500, de los que participaron 1530 (80%). El método utilizado fue el de realizar 2 cuestionarios, uno médico y otro auto-administrado. Este último recogía las características socio-demográficas y profesionales del trabajador, incluyendo datos sobre el tiempo de traslado del domicilio a la empresa, horarios de trabajo, modificaciones de ritmo laboral, cursos de reciclaje. También se recogen datos sobre exposición a riesgos físicos y químicos (ruido, temperaturas extremas, polvo, PVD) y ergonómicos. Los riesgos psicosociales se analizan mediante el estudio de la demanda psicológica, grado de autonomía y reconocimiento social (modelo de Karasek) y los esfuerzos y recompensas (modelo de Siegrist). También se estudian comportamientos relacionados con la salud, como práctica de deportes, alimentación y consumo de alcohol y tabaco. El cuestionario se completa con tests de síntomas músculo-esqueléticos y la escala GHQ (test de Goldberg) y el CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression scale). El cuestionario médico recoge datos socio-demográficos, características profesionales, antecedentes médicos objetivos, alteraciones del sueño, antropometría, tensión arterial, y tratamientos, atendiendo especialmente a la medicación psicotrópica. Se completa con los datos de absentismo del trabajador.

Las conclusiones a que llegan los autores se refieren a la importancia de los estudios de riesgo psicosocial en la empresa, más aún en aquella de "riesgo", como las de sectores muy competitivos o que se enfrentan a reconversiones.

# Análisis de libros

**AUTORES:** Zuher Handar, Ren Mendes y Ruddy Facci

**TÍTULO:** El desafío de la igualdad en salud y seguridad en el trabajo

**EDITORIAL:** VK

El libro **EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO** de los autores Zuher Handar; René Mendes y Ruddy Facci, tiene un antecedente en el pasado Congreso de ICOH en Iguazu de 2003 con el acuerdo de cooperación entre la Comisión Organizadora del mismo y el BID - Banco Interamericano de Desarrollo -, en la Conferencia Internacional sobre Salud y Seguridad del Trabajo- celebrada en junio de 2000 en la ciudad de Washington.

El libro parte de la realidad de los 210 millones de trabajadores de América Latina y de cómo uno de los elementos centrales para el desenvolvimiento económico y social de la América de idiomas ibéricos serán las enfermedades y accidentes originados en el trabajo y que se reflejan directa o indirectamente sobre el mercado de trabajo, la productividad de los trabajadores, el bienestar familiar, los niveles de pobreza, los sistemas de previsión social y el medio ambiente.

En el texto se pone en evidencia los distintos sistemas de coberturas de accidentes de trabajo, desde la privatización total, Argentina, a sistemas de Mutuales sin ánimo de lucro, Chile, pasando por modelos de seguros monopolizados por el estado, Uruguay y Costa Rica, sistemas de seguridad social tradicionales, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Nicaragua; Paraguay; República Dominicana y Venezuela o sistemas mixtos, estatales y privados como Colombia. Los niveles de cobertura de los distintos tipos de seguros no son universales, así en Chile el porcentaje de trabajadores protegidos con relación al total es del 66,9%; en El Salvador el 20%; Méjico el 32,2%; Nicaragua el 12,7% y Panamá el 53,1 %, por ejemplo.

Los tres coordinadores han recibido la ayuda de los diversos autores de los capítulos para poner en evidencia las dificultades de implantar sistemas de Salud Laboral, cuando los sistemas de Seguridad Social de carácter general, brillan por su ausencia. El libro es un alegato a los Gobiernos y Sistemas Económicos Mundiales de la situación del mundo del trabajo en América Latina y el Caribe.

**Francisco de la Gala Sánchez**  
*Presidente SEMST*



**AUTORES:** Isabel Gallego, Jerónimo Maqueda y Antonio García Barreiro

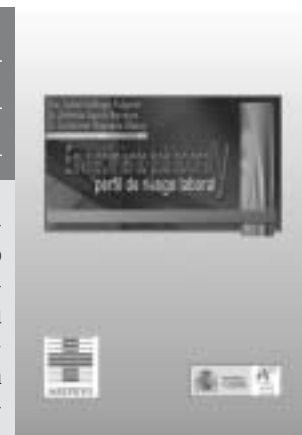
**TÍTULO:** Envejecimiento Poblacional y Perfil de Riesgo Laboral

**EDITORIAL:** Asepeyo-Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

El libro *Envejecimiento Poblacional y Perfil de Riesgo Laboral*, escrito por los doctores Isabel Gallego, médico de Asepeyo, Jerónimo Maqueda, Subdirector Jefe de la Escuela Nacional de Medicina, y Antonio García Barreiro, Director de Contingencias Comunes de Asepeyo, es fruto de un Proyecto de Investigación sobre el aumento de la edad media en la población, su incidencia en la población trabajadora y su repercusión en las tasas de siniestralidad laboral y mortalidad. Esta investigación de Medicina del Trabajo es pionera en España y Europa, ya que los estudios que hasta el momento se disponían se basaban en la salud pública, afectando a la población general, siendo éste el primero específico de población laboral.

La obra desarrolla un estudio demográfico de los cambios observados y esperados en la población laboral española, segmentado por provincias, Comunidades Autónomas, y a nivel Estatal, comparándolo finalmente con los países de nuestro entorno. Además recoge las incidencias en la evolución de la siniestralidad y enfermedades profesionales en España y plantea supuestos constructivos de soluciones a la nueva situación creada.

**Alfonso Apellaniz**  
*Revista de la SEMST*





**AUTORES:** Juan María León Asuero y Mª de los Angeles Moreno Martín

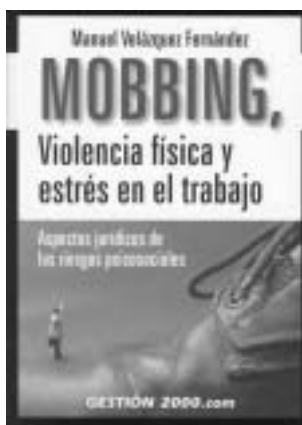
**TÍTULO:** Polimorfismo de los genes, cardiopatía isquémica y accidente de trabajo

**EDITORIAL:** Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla-Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo

Que la cardiopatía isquémica en general, y el infarto agudo de miocardio en particular, constituye una de las principales causas de morbi mortalidad es algo que no puede presentar ninguna duda. En la actualidad si su manifestación clínica se produce durante la jornada laboral o incluso fuera de ella, pero que se argumente que pueden existir condiciones de trabajo que la puedan haber originado, es considerada accidente de trabajo, aún cuando en otras épocas era todo lo contrario. Dependiendo en muchas ocasiones que sean calificadas como accidentes de trabajo o no de la decisión de un juez y no de criterios médicos. Con el presente libro, "**Polimorfismo de los genes, cardiopatía isquémica y accidente de trabajo**", los autores responden de forma clara y sencilla, y me atrevería a decir que incluso de forma valiente, entre otras, a las preguntas que en el prólogo del libro se hacen, ¿existe una correlación racional y científica entre esta patología y la profesión ejercida? ¿es el estrés un factor determinante en su génesis?, ¿deben considerarse siempre como accidentes de trabajo, aun cuando se produzcan en el lugar de trabajo?. Creo que es un libro que todo Médico del Trabajo debe leer, no sólo para así conocer y entender mejor la enfermedad de nuestros trabajadores-pacientes, función principal de nuestro ejercer diario, sino también para poder desarrollar de forma provechosa y correcta otra de sus funciones, como es la pericial. Además con el presente trabajo los autores recibieron el Premio "Dr. Pedro de Castro Sánchez", convocado anualmente por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, bajo el Patrocinio de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo, con el objetivo de estimular y reconocer la labor investigadora en el campo de la Medicina del Trabajo con un galardón que lleva el nombre de uno de los maestros, además de impulsor y máximo exponente, de esta especialidad en Andalucía.

Angel Coello

Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo



**AUTOR:** Manuel Velázquez Fernández

**TÍTULO:** Mobbing, violencia física y estrés en el trabajo

**EDITORIAL:** Gestión 2000.com

Manuel Velázquez es el responsable de la Inspección de Trabajo en Bizkaia y uno de los grandes estudiosos del problema ocasionado por el Mobbing. Desde su labor profesional es un testigo de primera línea de las consecuencias de este fenómeno, de su diagnóstico y tratamiento.

De las situaciones laborales que se describen en las definiciones de Mobbing se han ocupado diversos autores, pero el estudio de sus efectos y consecuencias en el Ordenamiento Jurídico no ha sido aún el objeto de un estudio completo y sistemático. Mientras que la violencia física en el trabajo solo ha tenido hasta ahora un tratamiento penal, la violencia psicológica, y en particular el acoso moral o mobbing, ha tenido predominantemente un enfoque civil y laboral de reparación de daños y perjuicios de la persona que lo ha sufrido.

frido.

Analizar jurídicamente el tratamiento de la Violencia y Estrés en el Trabajo desde el enfoque del derecho penal, civil, administrativo y laboral y del derivado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y tratar de combinarlos y complementarlos en sus distintos ámbitos de aplicación (en el seno de las empresas, en la actuación de las Administraciones Públicas y de los Órganos Jurisdiccionales) ha sido el principal objetivo del Autor de este libro a lo largo de sus diez capítulos. Además aporta en sus apéndices la traducción de textos legislativos sobre violencia y acoso en el trabajo en algunos países europeos, recomendaciones de la OIT y la Comisión Europea sobre violencia en el trabajo y acoso sexual y el Acuerdo colectivo de la Universidad del País Vasco sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso.

Alfonso Apellaniz

Revista SEMST



# NOTICIAS

## SEMANA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: STOP AL RUIDO

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo de Bilbao dedica este año a la prevención del ruido en el medio laboral. Además de las actividades que durante todo el año 2005 se van a desarrollar, y de las que se podrá tener cumplida información en la página web <http://agency.osha.eu.int>, en Octubre se convoca la SEMANA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, bajo el lema STOP AL RUIDO.

Recordamos que las actividades de la Agencia comprenden 30 países de la UE, estando coordinados por los Centros de Referencia de la Agencia en los Estados miembros.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo promoverá actividades en apoyo de esta campaña, haciendo nuestros sus objetivos que no son otros que los de proponer buenas prácticas de seguridad y salud en el trabajo para la prevención de la exposición al ruido. La SEMANA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO se celebrará del 24 al 28 de Octubre.

Más información: <http://agency.osha.eu.int>

Email de contacto: [information@osha.eu.int](mailto:information@osha.eu.int)



## JORNADAS SOBRE "ESPACIOS LABORALES LIBRES DE HUMO DE TABACO"

Existen evidencias de que el consumo de tabaco en espacios públicos, y concretamente en el medio laboral, genera importantes costes económicos y sociales, con repercusión en la salud y la calidad de vida de los trabajadores, y va en detrimento de la capacidad de producción y competitividad de las empresas.

Para conseguir superar la actual situación, se requiere el desarrollo de un plan estratégico comprehensivo y sostenible que contemple la aplicación de una política adecuada que tome en consideración la experiencia ya dis-

ponible en muchos de los países de la Unión Europea (UE), así como del ámbito internacional.

Entre las medidas políticas de probada eficacia para la prevención del tabaquismo, se encuentra el desarrollo de una estrategia que asegure la protección de toda la población frente al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT), en especial en el Medio Laboral. Su desarrollo y aplicación se debe garantizar mediante el desarrollo de procesos de cooperación entre todos los sectores que intervienen en el Medio Laboral, la aplicación de medidas de regulación del uso de tabaco en las empresas, la amplia difusión pública de las razones de protección de la salud en las que se basan dichas medidas y el seguimiento necesario para asegurar su cumplimiento.

En este contexto, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, CNPT, propone un encuentro en el que puedan participar todos los sectores del mundo laboral interesados en la protección de la salud y la calidad de vida de los trabajadores.

Este encuentro se realizará los próximos días 28 y 29 de Abril en Madrid, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los profesionales interesados, pueden inscribirse, rellenando la solicitud de inscripción disponible en: <http://www.healthnet.es/cnpt/solicitud.doc> La inscripción es gratuita y las plazas disponibles son limitadas.

## XVII PREMIO EN SALUD LABORAL convocados por la SOCIETAT CATALANA DE SEGURETAT I MEDICINA DEL TREBALL

La SOCIETAT CATALANA DE SEGURETAT I MEDICINA DEL TREBALL convoca sus ya clásicos premios en SALUD LABORAL, en su XVII edición. El lema de esta edición es EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIONES EN SALUD LABORAL y estará dotado en 4.500 euros.

Podrán presentarse a este premio trabajos inéditos, y deberán ser enviados a la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, calle Tapineria, núm. 10 pral. 08002 - Barcelona.

El Plazo de Presentación finaliza el 28 de octubre de 2005, proclamándose el premio coincidiendo con la celebración de la Diada de Medicina del Treball que organiza la Societat y que se celebrará el día 24 de noviembre de 2005 en Barcelona.

Más información:

Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball  
c/ Tapineria 10 pral. 08002 Barcelona Tel: 93 310 11 44  
Fax: 93 310 52 30

[www.scsmt.org](http://www.scsmt.org) e-mail: [scsmt@scsmt.org](mailto:scsmt@scsmt.org)  
[www.scsmt.org/archivos](http://www.scsmt.org/archivos)



# Actividades de las Sociedades

## Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo



El pasado 1 de octubre de 2004 tuvo lugar en Cádiz, organizado por la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo, el Simposio Andaluz “**El Mobbing: ¿riesgo psicosocial emergente? Nuestra apuesta para mejorar la salud de los trabajadores.**”

Tras el acto inaugural en el que el Dr. Pomares Alonso, Presidente de la Asociación Andaluza, tuvo palabras de agradecimiento para todos los asistentes y, sobre todo, para los patrocinadores, tomó la palabra el **Prof. Dr. D. Alfonso Blanco Picabia**, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Sevilla, quien en la Conferencia inaugural desglosó los “*Mitos y realidades del acoso psíquico en el trabajo*”. Comenzó su intervención diciendo que, sin negar su existencia, no es Mobbing todo lo que se sufre ni todo lo que se denuncia. A partir de aquí desgana cuales son los mitos y las realidades del Mobbing a través de preguntas que va formulándose, como, por ejemplo, el problema terminológico, los factores predisponentes, quien hace las valoraciones, de qué depende que aparezcan unas manifestaciones u otras, como detectarlo, como diferenciar quien sufre acoso o problemas adaptativos o que aconsejar a la víctima para superar su problema.

A continuación se celebró la primera Mesa Redonda, en la que se abordó el problema del Mobbing desde distintos prismas, mientras éste se encuentra “dentro de los límites de la empresa”. **D. Domingo de Pedro Jiménez**, DUE de Empresa, resaltó la importancia del enfermero de empresa en el “*Diagnóstico precoz de los posibles casos de Mobbing*”, basándose en los diagnósticos de enfermería de la NANDA, y como ante trabajadores que acuden al Servicio Médico de Empresa de forma periódica, en principio con ausencia de signos y síntomas luego consulta por cuestiones anodinas de forma repetida, tras los que pueden aparecer cambios de personalidad y disminución de la autoestima, verbaliza síntomas y evita hablar de sus relaciones sociales en la empresa, con un historial de deterioro progresivo, debe ponerse en conocimiento del equipo de salud porque podríamos encontrarnos ante un posible caso de Mobbing.

Tras este diagnóstico de presunción, basado en diagnósticos de enfermería, habría que intentar confirmar dicho diagnóstico. Para ello el **Dr. D. Jorge Cuadri Duque**, Médico del Trabajo de Telefónica

España, planteó los “*Enfoques diagnósticos y posibles tratamientos*”, indicando que estos deben hacerse desde la constitución de un equipo multidisciplinar formado por la Unidad de Vigilancia de la Salud en la que se apreciara una sintomatología muy variada, pero la mayoría de la veces inespecífica; la Unidad de Trabajo Social, en la que pueden detectarse manifestaciones sociales anómalas; la Unidad de prevención de Riesgos Laborales, que pueden detectar anomalías genéricas durante la realización de la Evaluación de Riesgos; así como el Departamento de RR. HH., en el que se pueden detectar reclamaciones laborales o incoación de expedientes disciplinarios; ya que por si solas cada una de estas unidades no podrían diagnosticar posibles situaciones de acoso. Y, una vez diagnosticado, el tratamiento también lo llevaría a cabo este equipo multidisciplinar al que, en estos momentos, se debería incorporar la Representación social.

**D. Francisco Pelaez Torres**, Jefe de Departamento de RR.HH. de la Refinería CEPESA de Tenerife, expuso su enfoque de la Prevención e intervención en el acoso laboral desde el punto de vista de la organización empresarial, y dijo que la prevención del acoso en el trabajo principalmente responsabilidad de la organización, ya que esta debe desarrollar e implantar un plan de prevención e intervención claro y público, por parte de la dirección de la empresa, que transmita su política ante estas situaciones. A continuación comentó que desde la organización se puede tanto prevenir para que no se dé el proceso (prevención proactiva) como intervenir una vez que el proceso esté iniciado e incluso consumado (prevención reactiva), para terminar diciendo que la estrategia más útil en la prevención es la formación dirigida a los tres niveles de una organización: los individuos, los grupos y la organización, dado que el acoso es un resultado disfuncional del trabajo.

En su exposición el **D. Francisco Revuelta Pérez**, Profesor Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Huelva, hizo un repaso exhaustivo de cuales son las “*Aportaciones de la Psicología a la prevención y Rehabilitación del Mobbing*”, haciendo hincapié que si lo que se pretende es hacer una prevención la atención ha de dirigirse hacia los factores causales, mientras que si lo que pretendemos es una rehabilitación nuestros esfuerzos han d dirigirse hacia los factores de mantenimiento. Tras un repaso sobre las aportaciones de dis-

tintos autores a cada uno de estas facetas, es decir la prevención y la rehabilitación, se hacía una serie de preguntas para terminar, como eran ¿funcionan todas o algunas de las técnicas mencionadas? ¿son adecuados los pasos o fases señaladas. Concluyendo que es más que probables, pero que faltan estudios, como en la prevención, que muestren su eficacia específica en el terreno del acoso laboral.

Para finalizar esta primera mesa redonda el **Dr. D. Indalecio Leonseguí Quintero**, Médico Psiquiatra, Consultor de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, intervino para hablar sobre la *“Clínica y diagnósticos diferenciales del Mobbing”*, diciendo que Mobbing es un factor de riesgo de enfermar, no siendo, en absoluto, un síndrome clínico, ni un trastorno, ni, mucho menos, una enfermedad. Concluyendo que si, efectivamente, el Mobbing no es una enfermedad médico-psiquiátrica, plantear el diagnóstico diferencial desde el ámbito de la medicina era improcedente, y que alcanzar este “diagnóstico” en cada caso, cuando otros agentes socio-laborales han mostrado su incompetencia, debe ser responsabilidad de la administración de justicia.

La segunda mesa redonda se inició con la intervención del **Dr. D. Juan Luis Cabanillas Moruno**, Médico Inspector UVMI Delegación de Salud de Sevilla. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Sevilla, que habló sobre la *“Valoración Médica de la capacidad laboral en el acoso psíquico en el trabajo”*, y comentó que la valoración médica de la capacidad laboral en el acoso moral en el trabajo se hace a partir de la valoración de los cuadros clínicos que pueda producir, y que, con criterio general, la persona, además de presentar la sintomatología de cada trastorno, debe tener disminuida su capacidad funcional. Continuó su exposición diciendo que el Mobbing no puede ni debe ser motivo de baja laboral, ya que no se trata más que de un factor de riesgo psicosocial en el trabajo que debe abordarse desde el prisma de la Ergonomía, terminando diciendo que en el caso de IT esta debe atenerse a unos criterios, como que no debe extenderse por el propio conflicto, sino ante un cuadro psiquiátrico en tratamiento, para valorar su evolución.

**D. Carlos Domínguez Perejón**, Jefe de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, en su exposición *“El papel de la Inspección de Trabajo ante el Mobbing”* resaltó que el primer dato a considerar era que no existe definición en el ordenamiento jurídico del acoso laboral, lo que obliga a basarse en definiciones doctrinales., para a continuación exponer el criterio técnico 34/2003 de la Autoridad Central que determina el modo de proceder antes la realidad laboral

del mobbing, planteándose si este criterio es el camino más adecuado para perseguir las prácticas del mobbing como infracciones laborales y no como infracciones del prevención de riesgos laborales, ya que según su criterio existen razones que justifican el tratamiento en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, como es el incumplimiento del deber de protección del empresario contemplado en el artículo 14 L.P.R.L.

La **Dra. D<sup>a</sup>. Julia Cano Valero**, Profesora de Psiquiatría Forense en Criminología de la Universidad de Cádiz, en su ponencia *“La prueba médico-psiquiátrica pericial ante una situación de Mobbing”* comenzó diciendo que el problema del acoso moral del trabajo no es un problema psiquiátrico, como otros graves problemas sociales, sino que es un asunto multidisciplinar, para continuar diciendo que, como en cualquier caso de litigio, las pruebas van a ser necesarias, no así la pericial psiquiátrica, que sólo estaría indicada en los supuestos en que la patología mental esté en relación con el conflicto y cuando gran parte de la argumentación se base en ella, concluyendo que este informe pericial tiene que responder a cuestiones básicas en el pleito por mobbing, como que ha de establecer la veracidad, la naturaleza e intensidad de la patología y la eventual relación causal entre el sufrimiento en lo laboral y el padecimiento psiquiátrico.

El **Excmo. Sr. D. José Chamizo de la Rubia, Defensor del Pueblo Andaluz**, representó la voz de los acosados y comentó que es un hecho que en su oficina va en aumento, sobre todo a nivel de las administraciones públicas, y que él opinaba que este aumento era sobre todo por el mayor número de denuncias y animaba a que se siguieran denunciando todos los casos de acoso laboral en el trabajo, como una forma eficaz de combatirlo.

En la Conferencia de clausura el **Excmo. Sr. D. Jesús M<sup>a</sup> García Calderón, Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía**, concluía su exposición *“¿Hacia un delito de acoso psíquico en el trabajo?”* diciendo que era preciso abordar este problema del acoso psíquico en el trabajo desde una perspectiva penal, pero para ello era necesario crear un tipo penal estrictamente referido al problema, ya que en la actualidad hay que reconocer que nos encontramos ante una tutela incompleta. Asimismo, comentó que la dificultad probatoria de los hechos deben ser resueltas con la ayuda de la evolución científica, partiendo de la realidad incontestables que es su carácter de hecho investigable y la valoración del daño producido en las víctimas. Para finalizar dijo que era imprescindible dotar con medios suficientes a los Servicios de Siniestralidad Laboral de las fiscalías del apoyo técnico necesario.



## Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte-Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo

Lan Medikuntzaren Elkarte-Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo ha organizado junto con los Colegios de Médicos de Bizkaia, Araba y Gipuzkoa tres talleres sobre el tema "Tareas y Competencias del Médico del Trabajo", los días 21 de Abril, 19 de Mayo y 12 de Noviembre de 2004. En estos talleres participaron un gran número de médicos de trabajo e intervinieron Alfonso Apellaniz, Presidente de LMEE-SVMT y Juan Carlos Coto, actual responsable de la Unidad de Salud Laboral de OSALAN y ex-director de dicho organismo. Entre los documentos analizados destaca la Encuesta Europea sobre condiciones de trabajo, el Estado de la Seguridad y la Salud en la Unión Europea, Encuesta nacional de España, el Programa de formación de la Especialidad de Medicina del Trabajo y documentos de consenso sobre tareas y competencias del Médico del Trabajo.

### Tareas y competencias del Médico de Trabajo

Alfonso Apellaniz

*Presidente de Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte-Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo*

Los Servicios Médicos de empresa se encuentran en estos momentos atravesando unos importantes cambios con la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los Reglamentos que la desarrollan. Se vivieron largos años en un Marco que se estableció en 1956 con la creación de los Servicios Médicos de Empresa, del Reglamento de estos y la creación de la OSME en 1959. Tras una época de estudio y transición, en la que aparecieron interesantes documentos, básicos para el desarrollo posterior de la Salud Laboral, como los Convenios y Recomendaciones de la OIT de 1981 y 1985 la entonces CEE, Comunidad Económica Europea, publica la Directiva Marco de 1989. También hay que constar que, tras la creación del INSHT en 1978, actualmente contamos a nivel de la CAV con OSALAN, desde 1993, y en el ámbito europeo, y desde 1994, con la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, con sede en Bilbao. Todos estos cambios tienen su reflejo en la organización de los Servicios Médicos de Empresa y en las funciones y competencias de sus integrantes, estando en este momento las diferentes sociedades científicas, y la nuestra entre ellas, organizando talleres y publicando informes sobre estas funciones y sus competencias.

La OMS define nuestra especialidad como "*la especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el*

*más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo*".

La Medicina del Trabajo es una especialidad médica que tiene como objetivos principales :

La prevención del riesgo que puede afectar a la salud humana como consecuencia de las circunstancias y condiciones de trabajo.

Las patologías derivadas del trabajo, en sus tres grandes vertientes de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo y, en su caso, la adopción de las medidas necesarias de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador.

La valoración pericial de las consecuencias que tiene la patología laboral para la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades.

Las organizaciones empresariales y sanitarias con el fin de conocer su tipología a fin de gestionar con mayor calidad y eficiencia la Salud Laboral.

La historia natural de la salud y la enfermedad en general, y en particular, el estudio de la salud de los individuos y grupos en sus relaciones con el medio laboral y la Promoción de la Salud en dicho ámbito.

En resumen, es una especialidad de orientación fundamentalmente social en la que confluyen cinco vertientes o áreas de competencia fundamentales:

Preventiva,  
Asistencial,  
Pericial,  
Gestora y  
Docente e Investigadora.

### Elementos prácticos en la vigilancia de la salud

Juan Carlos Coto

*Responsable de la Unidad de Salud Laboral de OSALAN*

La práctica de la vigilancia de la salud de los trabajadores tanto en el País Vasco como en el Estado Español ha tenido una implantación y un desarrollo que se puede valorar como arbitrario e inconsistente, sobre todo hasta la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

De entrada, existía una discriminación legal entre trabajadores con derecho a reconocimientos médicos y los que no tenían reconocido ese derecho. La realización de reconocimientos médicos -previos y periódicos- a los trabajadores solamente era obligatoria para las empre-

sas que debían de disponer de servicios médicos de empresa y para los puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional. Esta situación discriminatoria era compensada con la oferta de reconocimientos médicos periódicos al resto de trabajadores (pequeñas empresas, administraciones públicas y trabajadores autónomos) por parte del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, de los Gabinetes Autonómicos de Seguridad e Higiene, de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales y de múltiples gabinetes y centros privados de reconocimientos médicos.

El modelo de reconocimientos utilizado se correspondía con los clásicos chequeos o cribados de carácter preventivo general, que tanto auge tuvieron en los años sesenta y setenta y que han sido desaconsejados en los países donde fueron propuestos como modelo preventivo.

El nuevo marco que supone la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales debe permitir modificar radicalmente el contenido y la utilidad de los exámenes médicos que se realizan a los trabajadores. En primer lugar, la Ley reconoce el derecho de todos los trabajadores a la vigilancia periódica de su salud, incluso prolongándola más allá de la finalización de la relación laboral en algunos supuestos. Asimismo, establece que la vigilancia médica se haga en función de los riesgos inherentes al trabajo, con consentimiento del trabajador, salvo determinadas excepciones, y que no se utilice con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador. En segundo lugar, encomienda a las Administraciones Sanitarias la tarea de dar homogeneidad y coherencia a los objetivos y contenido de la vigilancia de la salud mediante la elaboración de protocolos o guías de actuación, con la mirada puesta en implantar un modelo de vigilancia de la salud en el trabajo que sea eficaz para la prevención.

Esta unidad se plantea revisar algunos de los elementos clave para comprender en qué consiste la vigilancia de la salud en el trabajo y que nos permitan:

- Ubicar adecuadamente el papel que les corresponde a los reconocimientos médicos que se hacen a los trabajadores en el marco más general de la prevención de riesgos laborales
- Delimitar claramente conceptos habitualmente utilizados como sinónimos, pero que son diferentes, como reconocimientos médicos (cribados médicos) y vigilancia de la salud, y comprender las diferentes estrategias de trabajo e implicaciones que tienen uno y otro concepto.
- Conocer cuáles son los criterios que deben guiar la práctica de reconocimientos (cribados o screening) médicos en el medio laboral.

- Conocer algunas de las técnicas médicas utilizadas, en concreto las técnicas de monitorización biológica.
- Adoptar un criterio respecto a algunos temas polémicos que rodean a la vigilancia de la salud en el trabajo, como la obligatoriedad de los reconocimientos, la confidencialidad de los resultados y la identificación de trabajadores susceptibles.

### Las técnicas médicas de vigilancia de la salud en el trabajo

Juan Carlos Coto

*Responsable de la Unidad de Salud Laboral de OSALAN*

En la práctica y en la literatura científica de medicina del trabajo, términos como vigilancia médica y cribado médico (screening) se utilizan como conceptos equivalentes para referirse a la práctica de reconocimientos médicos a los trabajadores. En un examen médico se pueden buscar signos clínicos de una enfermedad, síntomas, molestias o deterioro, vulnerabilidad, cambios funcionales o bioquímicos, presencia de un metabolito de una sustancia o un cambio genético. Todo ello puede ser buscado desde un planteamiento de cribado médico o desde un planteamiento de vigilancia médica.

Cribado médico y vigilancia médica son dos estrategias fundamentales para optimizar la salud de los trabajadores, pero son conceptos diferentes. El cribado médico sólo es un componente de la vigilancia médica. Distinguir ambos conceptos no es cuestión semántica, sino que tiene implicaciones médicas, de salud pública y éticas.

La Vigilancia médica es la sistemática recogida y evaluación de datos de salud del trabajador para identificar efectos específicos o tendencias que sugieran un efecto adverso de la exposición laboral, acoplada a acciones dirigidas a reducir o eliminar la exposición de riesgo. En esta definición hay varios elementos con claras implicaciones:

- a) El objetivo fundamental de la vigilancia médica es detectar y eliminar las causas -condiciones de trabajo de riesgo- que están en el origen de los problemas de salud. Es una práctica orientada a la prevención primaria.
- b) La vigilancia médica puede basarse en la detección de casos individuales, específicos, de una determinada patología o alteración -método de suceso centinela que alerta e indica una falla de la prevención- aunque, con mayor frecuencia, se basa en el análisis, de los resultados de salud agregados, que mediante el método epidemiológico, per-

- mite describir y cuantificar los fenómenos y detectar las causas comunes.
- c) Los efectos a vigilar son los que pueden estar causados o favorecidos por las condiciones de trabajo, de riesgo. Para ello, los reconocimientos médicos deben ser específicos, es decir, que sean válidos y útiles para detectar esos efectos.
  - d) La realización de exámenes de salud en ausencia de programas para controlar y reducir los riesgos laborales no es una vigilancia médica aceptable. La vigilancia de la salud en el trabajo debe de formar parte de programas más amplios de control y mejora de las condiciones de trabajo.

El cribado médico (screening) consiste en la aplicación de procedimientos médicos a individuos aparentemente sanos con objeto de identificar, en la fase precoz de la enfermedad, aquellos que pueden estar enfermos o que tienen un riesgo incrementado de padecer la enfermedad porque presentan un factor de riesgo. El objetivo del cribado es el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad y es una técnica de prevención secundaria.

#### Sociedad Cantabra de Medicina del Trabajo



La Sociedad Cantabra de Medicina del Trabajo ha realizado una Jornada Técnica sobre "FIBROMIALGIA Y ACTIVIDAD LABORAL" el 19 noviembre 2004 en Santander, en la que han participado Andrés Gutierrez Laya, Presidente de la Sociedad Cantabra de Medicina del Trabajo, José Luis Alonso Valdivielso, Especialista en Reumatología, Baltasar Rodero Vicente, Especialista en Psiquiatría, Francisco Maneiro Higuera, Médico Evaluador, INSS Cantabria y Javier Gómez Oviedo, Asesor Jurídico de Mutua Montañesa

#### La Fibromialgia como "enfermedad emergente" dentro del medio laboral.

Andrés Gutierrez Laya  
*Presidente de la Sociedad Cantabra de Medicina del Trabajo*

El objetivo de esta reunión es conocer de forma más objetiva esta enfermedad, (que puede afectar al 2% de las personas) para comprenderla y así entender a las personas que la padecen, en su justa medida porque, al final, vamos a tener la responsabilidad de adecuar las condiciones de trabajo a las capacidades individuales de cada persona trabajadora, que dependiendo de la intensidad manifestada, podrá ser más o menos dificultosa su compatibilización. Estamos convencidos de que cualquier persona con la

"mejoría suficiente" puede ser capaz de desarrollar una actividad laboral, no hay, salvo raras excepciones, personas que no pueden hacer nada y no se está utilizando esa actividad laboral como auténtica terapia recuperadora, normalizadora porque, de eso se trata, de normalizar lo más posible el estado de salud de esas personas.

Cada ponente nos expondrá su punto de vista desde su especialidad y experiencia profesional lo que, en este momento, se está interpretando sobre el origen, sintomatología o manifestación de la enfermedad, tratamientos farmacológicos o terapias dirigidas hacia el conocimiento, por parte de la persona afectada, de su enfermedad y cómo debe participar, ella misma, activamente, con los tratamientos y hábitos de vida. También veremos cómo la Sociedad, la Administración Sanitaria, da respuesta a estos procesos. Porque, el objetivo final siempre debe ser, recuperar a estas personas trabajadoras, no sólo reduciendo el dolor, la ansiedad, los síntomas que la limitan, sino recuperarlas lo suficiente, física y anímicamente, en definitiva enseñarles a vivir con la enfermedad, sólo así podrán realizar una actividad sociolaboral tolerable.

#### Fibromialgia desde la perspectiva del reumatólogo.

José Luis Alonso Valdivielso  
*Especialista en reumatología.  
 Hospital general Yagüe (Burgos)*

El término fibromialgia (FM) se ha utilizado durante las últimas décadas para designar el cuadro clínico caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado y crónico sin causa orgánica aparente, estableciéndose en 1990 los criterios de clasificación actualmente vigentes. Sin embargo, en la práctica, lo más importante es descartar la existencia de otra enfermedad (musculoesquelética, sistémica o psiquiátrica) que pueda originar los síntomas asociados con la FM, o bien coexistir con ella.

Los trastornos depresivos y de ansiedad son frecuentes en los pacientes diagnosticados de FM y pueden ser independientes del dolor; además, algunos pacientes pueden ser clasificados como somatizadores. El tratamiento, que sigue siendo en gran medida empírico, debe individualizarse según la severidad de los síntomas y realizarse, en general, en el ámbito de la Atención Primaria. Cuando el tratamiento es correcto y la FM no se asocia con problemas psico-sociales graves, el pronóstico es bueno en la mayoría de los pacientes, justo al contrario de la impresión tenebrosa, en términos de invalidez y sufrimiento, que tan a menudo se transmite en los medios de comunicación.

## Fibromialgia y Salud Mental

Baltasar Rodero Vicente  
Especialista en Psiquiatría

Uno de los síntomas fundamentales de la fibromialgia son los problemas psiquiátricos, cuya incidencia se sitúa entre el 50% y 70% de los pacientes que la sufren, siendo los cuadros depresivos y ansiosos los de mayor incidencia.

En el diagnóstico diferencial tendremos en cuenta los trastorno somatomorfos, los hipocondríacos, la neurastenia, el síndrome de la fatiga crónica, los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad generalizada. En el tratamiento es importante que el paciente adquiera protagonismo en su tratamiento, subrayando la disposición favorable al cambio sin la que es muy difícil conseguir cuotas de bienestar. La educación sanitaria como adquisición de conductas saludables, la terapia cognitivo conductual y la terapia farmacológica basada fundamentalmente en benzodiazepinas y anti-depresivos dopaminérgicos completan el abordaje.

### ¿Es la fibromialgia una condición incapacitante?

Francisco Maneiro Higuera  
Médico Evaluador, INSS Cantabria

Ésta es la pregunta que deberíamos ser capaces de contestar y no es fácil. Se han publicado muchos trabajos en los que mediante cuestionarios de auto valoración se ha comprobado que los enfermos con fibromialgia (FM) se consideran en gran parte incapacitados. Pero esto parece contrastar con la opinión de los especialistas expresada en artículos o libros.

El artículo 136 de la ley General de la Seguridad Social establece que para que una condición sea incapacitante ha de presentar: "...reducciones anatómicas o funcionales graves susceptibles de valoración objetiva...". Los métodos de valoración que más se han usado son los puntos dolorosos y los cuestionarios para medir el impacto en la vida diaria o la intensidad del dolor. Todos ellos no son objetivos ni están validados para un ámbito tan peculiar como es la valoración del enfermo con el fin de percibir una prestación económica.

Lamentablemente en España nunca se codificaron los diagnósticos de las pensiones de incapacidad permanente, luego no hay datos oficiales. Sí dispongo de datos relativos a los informes que yo hago y con ellos parece probable que se esté dando incapacidad por algunos de los diagnósticos que suelen acompañar al de FM, más que por ella misma.

Se han publicado muchos trabajos que comparan la incapacidad por FM entre diferentes países o incluso, estados dentro del propio país, constatándose diferencias importantes. Se han comunicado también epide-

mias de FM en relación con la disponibilidad de prestaciones económicas como el caso de Noruega. Estos datos se pueden tomar como indicador de que se está usando la FM como base de una incapacidad buscada, más que basada en una enfermedad real.

### Fibromialgia. Aspectos de la jurisprudencia

Javier Gómez Oviedo  
Asesor Jurídico de Mutua Montañesa

Ante la falta de datos objetivos, tanto en los despachos profesionales como en las Entidades Gestoras o en los Tribunales se muestra una cierta prevención y una tendencia restrictiva hacia la concesión de incapacidades a enfermos de fibromialgia. Los casos en que se otorgan incapacidades suelen ser de larga evolución y concurriendo otras dolencias, singularmente las de tipo psíquico. Hay como veremos en los ejemplos siguientes pronunciamientos dispares sobre la cuestión. En contra vemos las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria (TSJC) de 27-1-1999, la de 12-1-1999, la de 28-4-1999, la de 3-6-1999. La del 7-6-2004, la de 8-10-2003. La de 19-9-2001. La de 19-4-2004 del TSJ de Murcia y la de 22-3-2004 del TSJ de Andalucía. Vemos en todos los supuestos citados como se rechaza la incapacidad con el argumento principal de no tratarse de lesiones objetivadas o que aún reconociendo lesiones, estas no son tan significativas como para anular la capacidad laboral.

Sentencias favorables como la del TSJ de Cantabria de 8 de octubre de 2004, 31-12-99 y la del 11-2-2004. Así como la del TSJ de Cataluña de 24-7-2003. A la vista de éstas, podemos comprobar que cuando la fibromialgia está comprobada, es rebelde a tratamiento y se asocia a otros padecimientos singularmente los psíquicos, los Tribunales se pronuncian de forma favorable a la concesión de la Incapacidad en sus diferentes grados.

### Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo

La Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo ha celebrado el pasado 25 de Noviembre de 2004 las II JORNADAS DE CONTROVERSIAS EN MEDICINA DEL TRABAJO: LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA PRACTICA DIARIA DE LA MEDICINA DEL TRABAJO en colaboración de la Escuela de Medicina del Trabajo y el Colegio de Médicos de Alicante. La Jornada fue inaugurada por el Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante, Dr: Ricardo Ferré Aleman y clausurada por el Presidente de la SVMST Dr. Fran-



cisco Vte. Fornés Ubeda. Participaron como ponentes José María Roel Valdés, del Gabinete de Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Generalitat Valenciana, Leocadio Vegara Fernández, del Servicio de Prevención de Asepeyo y Rafael Lobato Cañón, de la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo de la Universidad Miguel Hernández,

### **Informe sobre las enfermedades profesionales en la provincia de Alicante desde 1990 hasta 2002**

Dr. JM. Roel Valdés.

*Gabinete de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Generalitat de Valencia*

Con la entrada en vigor de la Ley 31/95 de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales se crean nuevos conceptos en la prevención de riesgos laborales, entre los que destaca el daño para la salud, que es definido en el artículo 4 como aquellas enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, incluyendo las enfermedades profesionales.

Por otro lado, el artículo 116 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, (BOE del 29 de junio de 1994) establece que "se entenderá por enfermedad profesional la contraída como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que este provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

En la definición anterior se hace mención al cuadro que en España fue aprobado en el Decreto 792/1961 y modificado por medio del Real Decreto 1995/78 de 12 de mayo (BOE 25/8/78).. El cuadro delimita una serie de factores de riesgo que, dependiendo de las condiciones de trabajo podrían producir enfermedades, y para cada uno de estos las posibles actividades.

Tradicionalmente la atención de los daños en salud laboral es acaparada por los accidentes laborales, de los que se realiza un seguimiento estadístico detallado y desde hace años viene desarrollándose debate intenso. Sin embargo las enfermedades profesionales no han sido objeto de igual atención, publicándose pocos datos estadísticos y estudios sobre las mismas.

Sin embargo en los últimos años se está operando, en nuestro país un profundo cambio en la declaración de enfermedades profesionales, con crecimiento espectacular en sus números absolutos. Es por ello, junto a la finalidad preventiva que debe tener la obligación de las empresas de declarar las enfermedades profesionales ante la autoridad laboral, que se hace necesario profundizar en el conocimiento de las en-

fermedades profesionales, sobre todo desde el punto de vista sanitario-preventivo.

Este informe tiene como objetivo analizar la evolución de las declaraciones de Enfermedad Profesional, en la provincia de Alicante durante el periodo que va desde el año 1990 al 2002. Se analiza para ello la evolución de los diferentes grupos de enfermedades profesionales, según la clasificación de establecida en la Lista de Enfermedades Profesionales vigent, así como su distribución por sexo, edad y por sectores de actividad ( Códigos Clasificación Nacional de Actividades).

Asimismo se establece la comparación de las tasas de declaración en la provincia de Alicante tanto a nivel de la Comunidad Autónoma Valenciana, como con las tasas de declaración de enfermedad profesional a nivel nacional.

Finalmente se realiza una estimación de la gravedad de los procesos declarados, analizando el número de incapacidades laborales sobrevenidas a partir de estas enfermedades profesionales y comparándolas con el otro gran grupo de daños laborales que son los accidentes laborales

Como fuentes de información contamos con la base de datos de partes de enfermedad profesional de la Generalitat Valenciana, abarcando el período de 1990 a 2002 y para la elaboración de los tasas, los datos de estadísticos de los anuarios de Ministerio de Trabajo, las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

### **Valoración de la capacidad funcional en las enfermedades profesionales. clasificación de sus secuelas.**

Dr. José Rafael Lobato Cañón

*Escuela Profesional de Medicina del Trabajo, Universidad Miguel Hernández*

Partiendo del concepto clásico de enfermedad derivada del trabajo de Bernardino Ramazzini, se repasan de forma general los riesgos para la salud derivados de las condiciones de trabajo desde el punto de vista clásico y de su adaptación a la situación actual del mundo del trabajo, estableciendo el patrón patológico actual derivado del trabajo.

Se revisan y contraponen los conceptos de enfermedad profesional y de daños derivados del trabajo, analizando el enfoque preventivo y el enfoque reparador del abordaje las enfermedades laborales, analizando su soporte y desarrollo legal y conceptual, introduciendo la relación con la Lista Europea de Enfermedades profesionales.

Finalmente se establecen los principios generales de valoración de la capacidad laboral teniendo en cuenta: La capacidad funcional entendida como capacidad de esfuerzo (físico, mental y psíquico), capacidad de res-



puesta los requerimientos biomecánicos y condicionamientos derivados de las servidumbres terapéuticas. La posibilidad de agravamiento de la patología que presente el trabajador por el trabajo. El riesgo para sí mismo y/o terceros derivado de la patología que presente el trabajador. Todo ello aplicado a la enfermedad profesional desde el punto de vista reparador.

**Actividades preventivas ante las enfermedades profesionales. Reconocimientos médicos laborales específicos en los Servicios de Prevención.**

Dr. Leocadio Vegara Fernández

*Servicio de Prevención, Asepeyo MATEPSS*

Se repasó la baja declaración de la EEPP existente en nuestra comunidad y en el resto del estado español, y las causas que explican esta subdeclaración, siendo la EEPP es la gran olvidada de La Ley y el Reglamento de los S.P. de Riesgos Laborales. Se hizo énfasis si realmente los exámenes de salud que se están realizando en los Servicios de Prevención, son realmente específicos, siendo una cuestión fundamental la visita del médico de trabajo junto al técnico de seguridad para realizar la evaluación de riesgos y poder efectuar la Planificación de Vigilancia de la salud que es la guía que ha de seguir el médico reconecedor.

Se habló de la Metodología seguida en la vigilancia de la salud, desarrollando las partes que integran la planificación de la vigilancia especificando:

Plazos de ejecución corto, medio o largo según la gravedad y frecuencia de efectos para la salud, de la intensidad de la exposición laboral y número de trabajadores afectados.

Intervenciones sanitarias del S.P:

Examen de Salud Específico: Inicial, Periódico, Situaciones especiales

Analíticas clínica: Se hizo especial mención al Control Biológico, de moda por su múltiple aparición tanto en la Ley como en el Reglamento. Incidiendo que es una exploración analítica más complementaria de los estudios higiénicos, que sólo debe realizarse cuando tenemos medidas ambientales (VLA) elevadas y unos índices (VLB) para poder comparar valores.

Vacunas

Exploraciones instrumentales aisladas

Carácter o indicación de la intervención sanitaria Obligatorio o Voluntario

Finalmente se especificó los pasos que se deben realizar a la hora del diagnóstico de la enfermedad profesional, y las posibles soluciones a la subdeclaración actual.



# EVENTOS



## ABRIL

**SEMINARIO MRO (Medical Review Officer), DROGAS Y ALCOHOL EN EL MUNDO LABORAL, BARCELONA, 1 de Abril de 2005.** Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM)-Societat Catalana Seguretat i Medicina del Treball. Más información: [www.scsmt.org](http://www.scsmt.org)

**CODIGO INTERNACIONAL DE ETICA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD LABORAL.** Utopía o punto de partida, PAMPLONA, 15 de Abril 2005. Fundacion FIMET. Más información: [www.fundacionfimet.com](http://www.fundacionfimet.com)

**VI SEMINARIO SOBRE EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y MOLECULAR DEL CANCER. BARCELONA, 18-22 de Abril 2005,** Unidad Docente de la UAB. Más información: [iegea@imim.es](mailto:iegea@imim.es)

**ESPACIOS LABORALES LIBRES DE HUMO DE TABACO. MADRID, 28 y 29 de Abril 2005.** Ministerio de Sanidad y Consumo-Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Más información: [www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)



## MAYO

**JORNADA NACIONAL INTERCONGRESO ¿Dónde están las enfermedades profesionales? BADAJOZ, 6 y 7 de Mayo 2005.** Sociedad Española de Medicina del Trabajo-Asociación Extremeña de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Más información: [semst.org](http://semst.org)



**XVI JORNADAS DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO.** Simposio Nacional de prevención de riesgos laborales. VALENCIA, 12 y 13 de Mayo de 2005. Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo, Conselleria de Sanitat, Conselleria de Economia, Hisenda y Empleo, Feria Valencia, Laboralia. Más información: [www.svmst.com](http://www.svmst.com)

**XII JORNADAS DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO SANITARIO.** Evaluación e intervención. PALAMOS (Girona), 20 de Mayo de 2005. Ser-

# EVENTOS



veis de Salut Integrats. Baix Empordà. (en colaboración con la Sociedad Catalana de de Seguridad y Medicina del Trabajo). Más información: [www.scmst.org](http://www.scmst.org)

## JUNIO

**XV CONGRESO DE LA SESLAP. CORDOBA, 1-3 de Junio de 2005.** Sociedad Española de Salud Laboral en al Administración Pública. Más información en: [www.seslap.es](http://www.seslap.es)

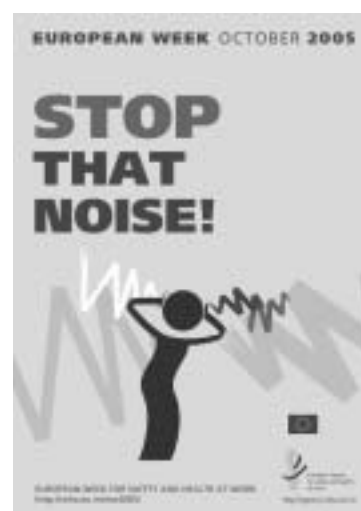
## SEPTIEMBRE

**XVI CONGRESO ESPAÑOL DE TOXICOLOGIA. CACERES, 28-30 de Septiembre de 2005.** Sociedad Española de Toxicología. Unidad de Toxicología. Más información: [www.unex.es/eweb/toxicologia](http://www.unex.es/eweb/toxicologia)

## OCTUBRE

**SEMANA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

Stop al ruido. **BILBAO, 24 al 28 de Octubre de 2005,** Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Mas información : <http://agency.osha.eu.int>



## NOVIEMBRE

**XX ANIVERSARIO DE LAN MEDIKUNTZAREN EUSKAL ELKARTEA-SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DEL TRABAJO. BILBAO, 7-11 de Noviembre 2005:** Más información: [www.lmee-svmt.org](http://www.lmee-svmt.org)

**II REUNION NACIONAL SOBRE MUJER Y SALUD MENTAL. BURGOS, 10 de Noviembre de 2005,** Asociación Castellano-Leonesa de Enfermería y Salud Mental.

## AÑO 2006

**50 ANIVERSARIO CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, 1956-2006. MADRID, 21-23 de Junio 2006,** Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (Preaviso). Más información: [www.semst.org](http://www.semst.org)



**REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO** publica trabajos relacionados con Medicina del trabajo, Higiene industrial, Seguridad, Ergonomía, Enfermería del trabajo, Psicología del trabajo y Derecho del trabajo.

Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

**Originales.** Trabajos empíricos relacionados con cualquier aspecto de la investigación en el campo de los Riesgos laborales que tengan forma de trabajo científico con los siguientes apartados: introducción, métodos, resultados y discusión. La extensión recomendada es de doce (12) páginas de 30 líneas en hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose hasta un máximo de seis (6) figuras y (6) tablas.

**Revisión.** La revista incluye además artículos de revisión, información profesional, información bibliográfica, actividades científicas, etc. Los trabajos en estas secciones pueden ser encargados por el Comité de Redacción.

**Opiniones**

**Notas clínicas.** Breve descripción de un problema determinado a través de la experiencia personal, cuya publicación resalte de interés por la rareza del problema y las nuevas perspectivas preventivas que aporta.

**Cartas al director.** Esta sección pretende incluir observaciones científicas formalmente aceptables sobre los temas de la revista, así como aquellos trabajos que por su extensión reducida no se adecuen a la sección de originales. La extensión máxima será de dos hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose una tabla o figura y hasta diez citas bibliográficas.

**Educación Continuada**

*¿Cuál es su Diagnóstico?*

**Reseñas de libros**

**Resúmenes de reuniones de las Sociedades federadas a la SEMST**

**Carta de presentación**

– En ella el autor explicará en 3-4 líneas cuál es la aportación original del trabajo que presenta.

**Manuscrito**

– El autor debe enviar tres juegos completos del manuscrito y mecanografiados a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas y pies de figura). Se emplearán folios DIN-A4 dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.

– La revista publica los artículos en castellano, euskera, gallego y catalán. Los manuscritos escritos en estas tres últimas lenguas deberán ser remitidos junto con su versión castellana. La corrección y equivalencia de ambas versiones es responsabilidad de los autores.

– Las secciones se ordenan, preferiblemente, como sigue: página del título, resumen, *summary*, introducción, métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.

– Todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título.

– **Abreviaciones:** éstas deberán ser evitadas, exceptuando las unidades de medida. Evite el uso de abreviaciones en el título y en el resumen. El nombre completo al que sustituye la abreviación debe preceder el empleo de ésta, a menos que sea una unidad de medida estándar. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

**Página del título**

– Figurará el título conciso, pero informativo, los nombres y apellidos de los autores, nombre del(los) departamento(s) y la(s) institución(es) a las que el trabajo debe ser atribuido y el reconocimiento de cualquier beca o soporte financiero, si lo hubiera.

– Un título abreviado para la cabecera del artículo. Resaltará el tema principal del manuscrito.

– Incluir el nombre completo, número de teléfono (y de fax o e-mail si se dispone), y la dirección postal completa del autor responsable de la correspondencia y las galeradas. Estos datos deben figurar en el cuadrante inferior derecho de esta primera página.

**Resumen y palabras clave**

– Deberán aparecer en la segunda página. Se recomienda que el resumen de los artículos sea semiestructurado (máximo 250 palabras) es decir, que contenga los siguientes encabezamientos e información:

– **Objetivo:** debe incluir una declaración explícita de los objetivos del estudio. Si el estudio tiene objetivos múltiples, se indicará primero el objetivo más importante y después los secundarios. Si se contrastaron hipótesis *a priori*, éstas deberán ser descritas. **Métodos:** incluirá una descripción del diseño del estudio. Si resulta adecuado, se deberá indicar el período de tiempo o las fechas a que se refieren los datos. Se debe realizar una descripción sucinta del tipo de población o grupos estudiados. Asimismo, se describirá la naturaleza de la intervención, si la hubiera. También se indicará el tipo de análisis realizado. **Resultados:** deberá detallar los principales hallazgos del estudio. **Conclusiones:** sólo se incluirán aquellas que se deduzcan directamente de las evidencias presentadas en el artículo. Se deberá tener especial cuidado en evitar la especulación o la generalización desmesurada. A igualdad de mérito científico, se deben enfatizar por igual los resultados positivos y los negativos.

– Sin embargo, los autores podrán presentar el resumen no estructurado, no sobrepasando las 150 palabras.

– En la misma hoja aparecerá una relación con las palabras clave. Las palabras clave (de tres a ocho en total) complementan el título y ayudan a identificar el trabajo en las bases de datos.

**Summary and key words**

– Es una traducción correcta del resumen al inglés. Se escribirá en hoja aparte donde también figure el título del trabajo y las Key words, ambos igualmente en inglés.

**Introducción**

– Deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensivamente el tema. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

**Métodos**

– Debe describir la selección de personas o material estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficiente detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Alguna información detallada de gran interés puede incluirse como anexo.

– Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales se describirán brevemente. Los estudios en humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito.

– Exponer los métodos estadísticos y de laboratorio empleados. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.

**Resultados**

– Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.

**Discusión**

– Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No debe repetirse con detalles los resultados del apartado anterior. Deben señalarse las implicaciones de los resultados y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios importantes. El contenido de esa sección ha de basarse en los resultados del trabajo y deben evitarse conclusiones que no estén totalmente apoyadas por los mismos. Comentaré los hallazgos propios en relación con los de otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores. Las hipótesis y las frases especulativas quedarán claramente identificadas.

**Agradecimientos**

– Podrán reconocerse: a) contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría; b) agradecimiento por ayuda técnica; c) agradecimiento de apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan causar conflicto de intereses.

**Bibliografía**

– Las citas bibliográficas se identificarán en el texto con la correspondiente numeración correlativa mediante números arábigos en superíndice.  
– Se escribirán a doble espacio y se numerarán consecutivamente en el orden de aparición en el texto.  
– Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deben aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).

**LISTADO DE COMPROBACIONES**

- ° Una vez finalizada redacción de su trabajo debe realizar las comprobaciones que se especifican en el listado adjunto, a fin de suprimir posibles errores antes de su remisión para publicación.
- ° Se incluyen tres copias del texto e ilustraciones.
- ° La totalidad del texto, incluyendo las referencias, está en páginas numeradas, escritas a doble espacio.
- ° Se incluyen los siguientes apartados en la primera página del artículo: título, autores, departamento, centro, dirección de la correspondencia, teléfono (y fax y/o e-mail, si se dispone).
- ° El título es corto, conciso y no ambiguo.
- ° El estudio ha seguido las normas éticas de investigación.
- ° Se han detallado la totalidad de las abreviaturas tras su primera citación.
- ° La Introducción sitúa al estudio dentro del contexto de otros trabajos publicados.
- ° Se indica en la Introducción por qué el estudio fue propuesto o qué hipótesis es contrastada.
- ° Si se ha empleado una nueva técnica, se ha descrito detalladamente.
- ° Se describen todos los materiales, equipo y elementos usados, tanto en términos de grupos investigados como la globalidad del estudio.
- ° Se indica claramente cuántas medidas se realizaron o con cuánta periodicidad fueron repetidas.
- ° Se indica la variabilidad de los datos.
- ° Las conclusiones objetivas se apoyan en un análisis estadístico.
- ° La bibliografía se adapta a las normas editoriales.
- ° Las citas en el texto se corresponden con la lista bibliográfica.
- ° Los títulos de las tablas y figuras son autoexplicativos.
- ° Los datos de las tablas y figuras están correctamente presentados en filas y columnas.
- ° Las figuras son originales, de calidad profesional, y no copias.
- ° Incluyo disquete conteniendo el texto (se indica programa utilizado).
- ° Incluyo documento de declaración de autoría y cesión de derechos.

**Ejemplo de citas correctas**

**Revistas:**

1. Artículo normal (citar los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, citar los seis primeros y añadir «y cols.»). Llacuna J. La enseñanza lógica de la prevención. Salud y Trabajo 1996; 18: 24-32.
2. Autor corporativo International Labour Organization (ILO). Rosin core solder pyrolysis products. En: Occupational Exposure Limits for Airborne Toxic Substances, 3ª ed. Geneva: ILO; 1994. p. 350.
3. Sin autor Anónimo. La fuerza de la evaluación de riesgos. Erga Noticias 1996; 45: 1.
4. Suplemento de revista Wesley S. Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? Scan J Work Environ Health 1997; 23 supl 3: 17-34.
5. Fascículo sin volumen Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements. Monogr Am Assoc Ment Defic 1978; (3): 353-384.
- Libros y otras monografías:**
6. Autor(es) Monson RR. Occupational epidemiology 2ª ed. Boca Raton: CRC Press; 1990.
7. Directores de edición como autor(es). Townsend P, Davison N, dirs. Inequalities in health. Harmondsworth: Penguin Books, 1982. p. 18-23.
8. Capítulo de un libro Williams S. Ways of creating healthy work organizations. En: Cooper CL, Williams S, dirs. Creating healthy work organizations. Chichester: John Wiley & Sons, 1994. p. 7-24.
9. Material legal Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre.
10. Ponencias publicadas De Mingo M. Gestión de la prevención sanitaria en la empresa. Libro de resúmenes del II Congreso de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Santander: Sociedad Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, 1997. p. 9.
11. Tesis doctorales o conferencias publicadas Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [tesis doctoral]. Pittsburgh, PA: Universidad de Pittsburgh, 1988.

**Otros artículos:**

12. Artículos de periódico Gil C. El estrés laboral es accidente de trabajo, dice el Tribunal Vasco. Diario Médico 19 Nov 1997, 2 (col 3-4).
13. Archivo de ordenador Renal system (programa Informático). Versión MS-DOS. Edwardsville, KS: MediSim, 1988.
14. Citas extraídas de Internet Cross P, Towe K. A guide to citing Internet sources [online]. Disponible en: [http://www.bournemouth.ac.uk/service-depts/lis/LIS\\_Pub/harvards](http://www.bournemouth.ac.uk/service-depts/lis/LIS_Pub/harvards).

**Material no publicado:**

15. En prensa: Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science. En prensa.

**Tablas**

– Irán numeradas de manera correlativa. Escritas a doble espacio en hojas separadas se identifican con un número arábigo y un título en la parte superior. Deben contener las pertinentes notas explicativas al pie.

**Figuras**

– Las figuras no repetirán datos ya escritos en el texto.  
– Los pies de figura se escribirán a doble espacio y las figuras se identificarán con números arábigos que coincidan con su orden de aparición en el texto. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto.

**RESPONSABILIDADES ÉTICAS**

- Permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.
- La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.
- **Conflicto de intereses:** la revista espera que los autores declaren cualquier asociación comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.
- **Autoría:** En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo (nombre y apellido o en el caso de utilizar los dos apellidos unirlo por su guión). Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada.

**REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.**

**Consentimiento informado**

Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras la obtención de un consentimiento informado.

**TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR**

Se incluirá con el manuscrito el anexo a estas normas firmado por todos los autores.

**PROCESO EDITORIAL**

Una vez evaluado en primera instancia por el Comité de Redacción, todo manuscrito recibido es enviado a evaluadores externos, generalmente dos. La valoración, que seguirá un protocolo establecido a tal efecto, será anónima.

**REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO** se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive el cambio de su contenido.

Los manuscritos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de **REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO** y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

1. **REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO** acusa recibo de los trabajos remitidos.

2. **Corrección de pruebas:** se enviará una prueba de composición del artículo al autor responsable de la correspondencia. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas a la redacción de la revista en un plazo de 48 horas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.

3. **Política editorial:** los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente aquellos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.

4. **Separatas:** el autor responsable de la correspondencia recibirá 25 separatas del trabajo, inmediatamente a su publicación. En caso de desear mayor número de separatas deberá comunicarlo a la editorial, al remitir las pruebas corregidas.

**Remisión de trabajos**

Enviar el manuscrito con tres copias: **REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**. Editorial, e-mail:

- Junto al artículo deberá enviar:
  - Carta de presentación.
  - Listado de comprobaciones formales del trabajo.
  - Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
  - Disquete informático con el texto, especificando nombre del archivo y programa utilizado.

**REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

Acerca del manuscrito titulado .....  
.....  
remitido para su publicación a la revista arriba mencionada, sus autores, abajo firmantes,  
**DECLARAN:**

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos ellos han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Que todos ellos han leído y aprobado el manuscrito remitido.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.
- Que convienen que la editorial no comparte necesariamente las afirmaciones que en el artículo manifiestan los autores.

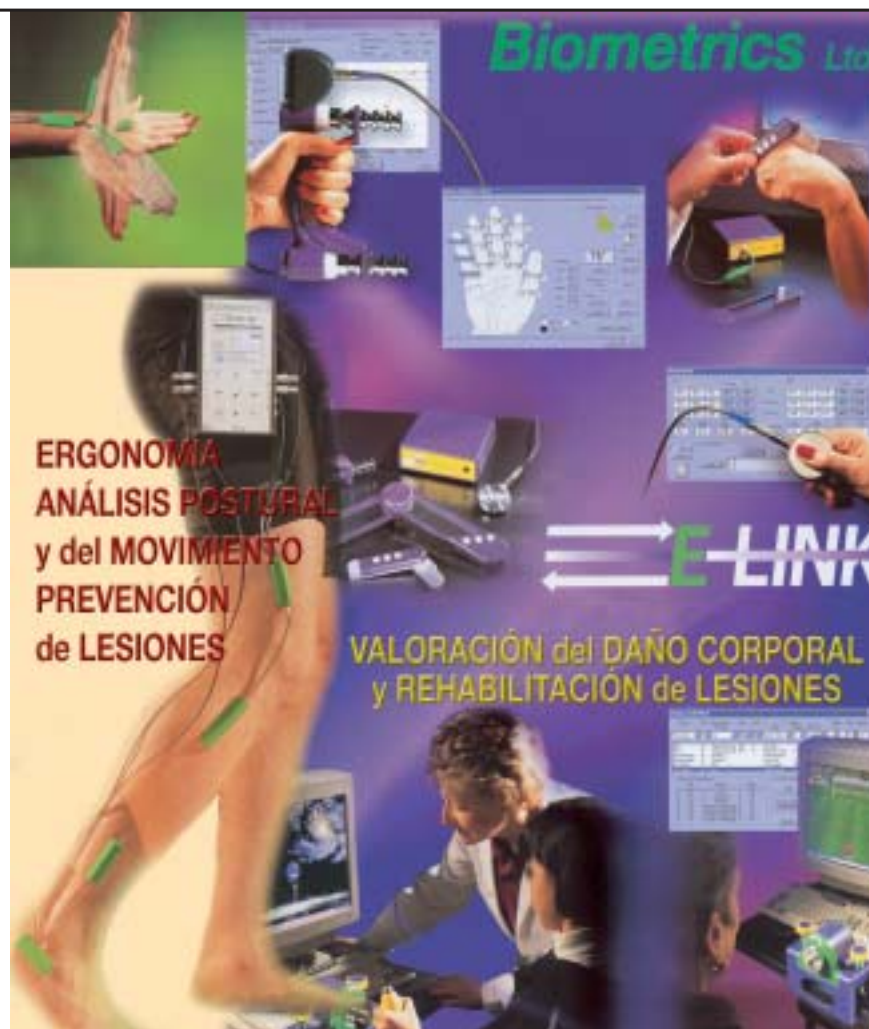
A través de este documento, **REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO** asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

Firma Nombre Fecha

Importador  
para España



Literato Gabriel Miró, 54 pta. 20  
46008 VALENCIA  
Tel. 96 385 73 95 – Fax 96 385 73 95  
Móvil 608 84 84 55  
bermellelectromedicina@telefonica.net  
www.biometricsltd.com



**Biometrics Ltd**

ERGONOMÍA  
ANÁLISIS POSTURAL  
y del MOVIMIENTO  
PREVENCIÓN  
de LESIONES

VALORACIÓN del DAÑO CORPORAL  
y REHABILITACIÓN de LESIONES

E-LINK

The collage features various images: a hand being scanned, a person using a handheld device, a person at a computer workstation, a person wearing a wrist device, and a person using a handheld device. The background is a mix of purple and blue tones.

www.jcyl.es

Castilla y León  
Una comunidad abierta





# XVI JORNADAS

DE LA SOCIEDAD VALENCIANA  
DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO



## AVANCE PROGRAMA

ORGANIZADAS POR:



SIMPOSIUM NACIONAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



VALENCIA, 12 y 13 DE MAYO DE 2005



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE MEDICINA  
Y SEGURIDAD  
EN EL TRABAJO

## Jornada Nacional Intercongreso

¿Dónde están  
las enfermedades  
profesionales?



Facultad de Medicina

BADAJOS  
6 • 7 de MAYO  
de 2005

# AiroCide™



### Sistemas de Prevención

El AiroCide™ es el sistema más avanzado del momento para la eliminación de patógenos medioambientales. Su tecnología, desarrollada por la NASA, elimina todo tipo de esporas, bacterias, virus, ácaros, hongos y moho, así como compuestos orgánicos volátiles (VOCs).

Como parte de tratamientos ante infecciones nosocomiales, contaminación cruzada, contagios y alergias, el AiroCide™ es indispensable en unidades de cuidados intensivos, quemados, hematología, neurocirugía, neonatología, alergología e inmunología; quirófanos, clínicas, maternidades, consultas médicas, salas de espera y en general cualquier zona donde el aire limpio y un ambiente sano sean absolutamente necesarios.

AiroCide™ está registrado como Producto Sanitario Clase II con la FDA

KESAIR  
KesAir Technologies



Para su uso en:

Hospitales, Clínicas.  
Consultas médicas.  
Salas de espera.  
Laboratorios.  
Salas limpias.  
Industria farmacéutica,  
Cosmética e industria  
en general.  
Clínicas veterinarias.  
Animalarios.  
Geriatricos.

### AiroCide™ elimina:

*Bacillus Anthraci (ántrax)*  
*Influenza A (gripe)*  
*Streptococcus Pyogenes*  
*E.Coli*  
*Legionella Pneumophila*  
*Adenovirus*  
*Mycobacterium Tuberculosis*  
*Echovirus*  
*Micoplasma Pneumoniae*  
*Neisseria Meningitidis*  
*Staphylococcus Aureus*  
*Reovirus*  
*Formaldehido*  
*Malos Olores*  
*Y muchos más ...*



**B P**  
Bon Part

Avda. del Generalísimo 25 2ºB,  
28060 Boadilla del Monte  
Madrid - Spain  
Tel.: 916 323 794 Fax: 916 323 877  
www.bonpart.com info@bonpart.com



# FUFAP

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE ALTOS PROFESIONALES  
**MASTER EN PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES**

16ª promoción

Título propio de la Universidad Complutense de Madrid

www.fufap.es  
C/ General Díaz Porlier, 41 Bajo  
28001 Madrid

fufap@fufap.es  
Tel. 91.309.6100  
Fax 91.309.1731



## A él ya no le preocupa su futuro

A Juan le preocupaba su futuro profesional. Buscaba alternativas reales. En IMF le ofrecimos nuestro Máster en Prevención de Riesgos Laborales, una profesión con gran demanda de técnicos. Hoy es uno de nuestros 4.000 titulados y profesionales en activo.

### MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Título Oficial en todo el territorio nacional. Especialidades: Seguridad, Higiene y Ergonomía

**A partir de 750 €** (Consultar condiciones)

Programas subvencionados, 60% para desempleados,  
50% para empleados, plazas limitadas



*A distancia, tu mejor elección*

INFORMACIÓN Y MATRICULACIÓN

**902 30 40 22**

www.imf-formacion.com  
info@imf-formacion.com

FORMACIÓN A DISTANCIA 2004 - 2005

Bolsa activa de empleo  monster.es

Clases presenciales voluntarias



INSTITUTO MADRILENSE DE FORMACIÓN  
Calle de San Pedro, 2 28005 Madrid  
Tel.: 91 364 51 57 Fax: 91 366 40 40

 Grupo IMF formación

**IMF CENTRAL**  
Tel.: 902 304 022 info@imf-formacion.com  
**IMF ANDALUCÍA**  
Tel.: 954 525 447 andalucia@imf-formacion.com  
**IMF LEVANTE**  
Tel.: 854 422 707 levante@imf-formacion.com  
**ESCOLA CATALANA DE FORMACIÓ**  
Tel.: 902 527 350 info@escolacatalanadeformacio.com



# REIMEDICAL S.L.

## Equipamiento completo para Medicina de Empresa



Equipo de Control Visión homologado marca TITMUS



Tres / Seis / Doce canales con análisis e interpretación



- Pantalla gráfica de alta resolución a colores
- Graba más de 1.500 exámenes
- Muestra 8 resultados por pantalla
- Graba automáticamente los 3 mejores exámenes realizados

91 380 35 25/30

reimedical@teleline.es  
www.reimedical.com

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Neobrufen 400, Neobrufen 600, Neobrufen 600 granulado efervescente, Neobrufen Retard. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada dosis unitaria contiene: Ibuprofeno (DOE) Neobrufen 400: 400 mg, Neobrufen 600: 600 mg, Neobrufen 600 granulado efervescente: 600 mg, Neobrufen Retard: 800 mg. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Neobrufen 400 y Neobrufen 600: comprimidos. Neobrufen 600 granulado efervescente: granulado efervescente. Neobrufen Retard: comprimidos de liberación prolongada. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. Indicações terapéuticas. Neobrufen 400, Neobrufen 600 y Neobrufen 600 efervescente: Tratamiento de la artritis reumatoide (incluyendo artritis reumatoide juvenil), espondilitis anquilopéptica, artrosis y otros procesos reumáticos agudos o crónicos. Tratamiento de lesiones de tejidos blandos como torceduras y esguinces. Tratamiento de procesos dolorosos de intensidad leve y moderada como el dolor dental, el dolor postoperatorio y tratamiento sintomático de la cefalea. Alivio de la sintomatología en la dismenorrea primaria. Tratamiento sintomático de la fiebre en cuadros febriles de etiología diversa. Neobrufen Retard: Tratamiento de la artritis reumatoide (incluyendo artritis reumatoide juvenil), espondilitis anquilopéptica, artrosis y otros procesos reumáticos agudos o crónicos. Tratamiento de lesiones de tejidos blandos como torceduras y esguinces. **4.2. Posología y forma de administración:** Adultos: Neobrufen 400, Neobrufen 600 y Neobrufen 600 granulado efervescente: La posología debe ajustarse a función de la gravedad del trastorno y de las molestias del paciente. En general, la dosis diaria recomendada es de 1.200 mg de ibuprofeno, repartidos en 3 ó 4 tomas. En caso de dosificación crónica, esta debe ajustarse a la dosis mínima de mantenimiento que proporcione el control adecuado de los síntomas. En la artritis reumatoide, pueden requerirse dosis superiores pero, en cualquier caso, se recomienda no sobrepasar la dosis máxima diaria de 2.400 mg de ibuprofeno. En procesos inflamatorios la dosis diaria recomendada es de 1.200-1.800 mg de ibuprofeno, administrados en varias dosis. La dosis de mantenimiento suele ser de 800-1.200 mg. La dosis máxima diaria no debe exceder de 2.400 mg. En procesos dolorosos de intensidad leve a moderada, y cuadros febriles, la dosis diaria recomendada es de 800-1.600 mg, administrados en varias dosis, dependiendo de la intensidad del cuadro y de la respuesta al tratamiento. En la dismenorrea primaria, se recomienda una dosis de 400 mg de ibuprofeno hasta el alivio del dolor, y una dosis máxima diaria de 1.200 mg. Neobrufen Retard: Dos comprimidos tomados en una sola dosis diaria, preferiblemente por la noche antes de acostarse. Los comprimidos deben tragarse enteros acompañados de un líquido blando. No se recomienda el uso de Neobrufen Retard en niños de 14 años, ya que los niños no son adecuados para la posología recomendada en estos pacientes. En la artritis reumatoide juvenil, se pueden dar hasta 40mg/kg de peso corporal por día en dosis divididas. **4.3. Contraindicaciones:** La farmacocinética del ibuprofeno no se altera en los pacientes ancianos, por lo que no se considera necesario modificar la dosis ni la frecuencia de administración. Sin embargo, al igual que con otros AINE, deben adoptarse precauciones en el tratamiento de estos pacientes, que por lo general son más propensos a los efectos secundarios, y que tienen más probabilidad de presentar alteraciones de la función renal, cardiovascular o hepática y de recibir medicación concomitante. En concreto, se recomienda emplear la dosis eficaz más baja en estos pacientes. Solo tras comprobar que existe una buena tolerancia, podrá aumentarse la dosis hasta alcanzar la establecida en la población general. **Insuficiencia renal:** Conviene adoptar precauciones cuando se utilizan AINE en pacientes con insuficiencia renal. En pacientes con disfunción renal leve o moderada debe reducirse la dosis inicial. No se debe utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia renal grave (ver 4.3. Contraindicaciones). **Insuficiencia hepática:** Aunque no se han observado diferencias en el perfil farmacocinético de ibuprofeno en pacientes con insuficiencia hepática, se aconseja adoptar precauciones con el uso de AINE en este tipo de pacientes. Los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada deben iniciar el tratamiento con dosis reducidas y ser cuidadosamente vigilados. No se debe utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver 4.3. Contraindicaciones). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a ibuprofeno, a otros AINE o a cualquiera de los excipientes de la formulación. Pacientes que hayan experimentado crisis de asma, rinitis aguda, urticaria, edema angioneurótico u otros reacciones de tipo alérgico tras haber utilizado sustancias de acción similar (p. ej. Ácido acetilsalicílico u otros AINE). Hemorragia gastrointestinal. Úlcera péptica activa. Enfermedad inflamatoria intestinal. Disfunción renal grave. Disfunción hepática grave. Pacientes con distésis hemorragiaca u otros trastornos de la coagulación. Embarazo (ver 4.5. Embarazo y lactancia) y lactancia. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se recomienda precaución en pacientes con enfermedad gastrointestinal, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y alcoholismo. Debido a la posible aparición de trastornos digestivos, especialmente sangrado gastrointestinal, debe realizarse una cuidadosa monitorización de estos pacientes cuando se les administre ibuprofeno u otros AINE. En el caso de que en pacientes tratados con ibuprofeno se produzca hemorragia o úlcera gastrointestinal debe suspenderse el tratamiento de inmediato (ver 4.3. Contraindicaciones). En general, las consecuencias de las hemorragias o úlceras/perforaciones gastrointestinales son más serias en los pacientes ancianos y pueden producirse en cualquier momento del tratamiento con o sin síntomas de aviso o antecedentes de episodios gastrointestinales graves. Como ocurre con otros AINE, también pueden producirse reacciones alérgicas, tales como reacciones anafilácticas/anafilactoides, sin exposición previa al fármaco. Ibuprofeno debe ser utilizado con precaución en pacientes con historia de insuficiencia cardíaca, hipertensión, edema preexistente por cualquier otra razón y pacientes con enfermedad hepática o renal y especialmente durante el tratamiento simultáneo con diuréticos, ya que debe tenerse en cuenta que la inhibición de prostaglandinas puede producir retención de líquidos y deterioro de la función renal. En caso de ser administrado en estos pacientes, la dosis de ibuprofeno debe mantenerse lo más baja posible, y vigilar regularmente la función renal. En pacientes ancianos debe administrarse ibuprofeno con precaución, debido a que generalmente tienen una gran tendencia a experimentar los efectos adversos de los AINE. Los AINE pueden enmascarar los síntomas de las infecciones. Debe emplearse también con precaución en pacientes que sufren o han sufrido asma bronquial, ya que los AINE pueden inducir broncoespasmo en este tipo de pacientes (ver 4.3. Contraindicaciones). Como ocurre con otros AINE, el ibuprofeno puede producir aumento transitorio leve de algunos parámetros hepáticos, así como aumentos significativos de la SGOT y la SGPT. En caso de producirse un aumento importante de cualquiera de estos parámetros, debe suspenderse el tratamiento y el paciente debe ser monitorizado estrechamente. Al igual que sucede con otros AINE, el ibuprofeno puede inhibir de forma reversible la agregación y la función plaquetaria, y prolongar el tiempo de hemorragia. Se recomienda precaución cuando se administre ibuprofeno concomitantemente con anticoagulantes orales. En los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración con ibuprofeno se deben controlar como medida de precaución la función renal, la función hepática, función hematológica y recuentos hemáticos. Cada sobre de Neobrufen 600 mg granulado efervescente contiene 3,3 g de sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos y 197 mg de sodio, por lo que puede ser perjudicial en pacientes con dietas pobres en sodio. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** En general, los AINE deben emplearse con precaución cuando se utilizan con otros fármacos que pueden aumentar el riesgo de ulceración gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal o disfunción renal. No se recomienda su uso concomitante con: - **Otros AINE:** Debe evitarse el uso simultáneo con otros AINE, pues la administración de diferentes AINE puede aumentar el riesgo de úlcera gastrointestinal y hemorragias. - **Metotrexato administrado a dosis de 15 mg/semana o superiores:** Si se administran AINE y metotrexato dentro de un intervalo de 24 horas, puede producirse un aumento del nivel plasmático de metotrexato (al parecer, su aclaramiento renal puede verse reducido por efecto de los AINE), con el consiguiente aumento del riesgo de toxicidad por metotrexato. Por ello, deberá evitarse el empleo de ibuprofeno en pacientes que reciban tratamiento con metotrexato a dosis elevadas. - **Hidantoinas y sulfamidas:** Los efectos tóxicos de estas sustancias podrían verse aumentados. - **Ticlopidina:** Los AINE no deben combinarse con ticlopidina debido al riesgo de un efecto aditivo de la inhibición de la función plaquetaria. - **Litio:** Los AINE pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio, posiblemente por reducir su aclaramiento renal. Deberá evitarse su administración conjunta, a menos que se monitoricen los niveles de litio. Debe considerarse la posibilidad de reducir la dosis de litio. - **Anticoagulantes:** Los AINE pueden potenciar los efectos de los anticoagulantes sobre el tiempo de sangrado. Por consiguiente, deberá evitarse el uso simultáneo de estos fármacos. Si esto no fuera posible, deberán realizarse pruebas de coagulación al inicio del tratamiento con ibuprofeno, y, si es necesario, ajustar la dosis del anticoagulante. - **Mifepristona:** Los antiinflamatorios no esteroideos no deben administrarse en los 8-12 días posteriores a la administración de la mifepristona ya que estos pueden reducir los efectos de la misma. **Se recomienda tener precaución con:** - **Digoxina:** Los AINE pueden elevar los niveles plasmáticos de digoxina, aumentando así el riesgo de toxicidad por digoxina. - **Glucósidos cardíacos:** Los antiinflamatorios no esteroideos pueden exacerbar la insuficiencia cardíaca, reducir la tasa de filtración glomerular y aumentar los niveles de los glucósidos cardíacos. - **Metotrexato administrado a dosis bajas, inferiores a 15 mg/semana:** El ibuprofeno aumenta los niveles de metotrexato. Cuando se emplee en combinación con metotrexato a dosis bajas, se vigilarán estrechamente los valores hemáticos del paciente, sobre todo durante las primeras semanas de administración simultánea. Será asimismo necesario aumentar la vigilancia en caso de deterioro de la función renal, por mínimo que sea, y en pacientes ancianos, así como vigilar la función renal para prevenir una posible disminución del aclaramiento de metotrexato. - **Pentoxifilina:** En pacientes que reciben tratamiento con ibuprofeno en combinación con pentoxifilina puede aumentar el riesgo de hemorragia, por lo que se recomienda monitorizar el tiempo de sangrado. - **Fenitoína:** Durante el tratamiento simultáneo con ibuprofeno podrían verse aumentados los niveles plasmáticos de fenitoína. - **Probenecid y sulfinpirazona:** Podrían provocar un aumento de las concentraciones plasmáticas de ibuprofeno; esta interacción puede deberse a un mecanismo inhibitorio en el lugar donde se produce la secreción tubular renal y la recirculación, y podría evitarse ajustando la dosis de ibuprofeno. - **Quinidina:** Se ha observado que los casos aislados de convulsiones que podrían haber sido causados por el uso simultáneo de quinidina y ciertos AINE. - **Tiazidas, sustancias relacionadas con las tiazidas, diuréticos del asa y diuréticos ahorradores de potasio:** Los AINE pueden contrarrestar el efecto diurético de estos fármacos, y el empleo simultáneo de un AINE y un diurético puede aumentar el riesgo de insuficiencia renal como consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo renal. Como ocurre con otros AINE, el tratamiento concomitante con diuréticos ahorradores de potasio podría ir asociado a un aumento de los niveles de potasio, por lo que es necesario vigilar los niveles plasmáticos de este ion. - **Sulfonamidas:** Los AINE podrían potenciar el efecto hipoglucémico de las sulfonamidas, desplazándolas de su unión a proteínas plasmáticas. - **Ciclosporina, tacrolimus:** Su administración simultánea con AINE puede aumentar el riesgo de nefrototoxicidad debido a la reducción de la síntesis renal de prostaglandinas. En caso de administrarse concomitantemente, deberá vigilarse estrechamente la función renal. - **Corticosteroides:** La administración simultánea de AINE y corticosteroides puede aumentar el riesgo de úlcera gastrointestinal. - **Antihipertensivos (incluidos los inhibidores de la ECA o los betabloqueantes):** Los fármacos antiinflamatorios del tipo AINE pueden reducir la eficacia de los antihipertensivos. El tratamiento simultáneo con AINE e inhibidores de la ECA puede asociarse al riesgo de insuficiencia renal aguda. - **Trombolíticos:** Podrían aumentar el riesgo de hemorragia. - **Zidovudina:** Podría aumentar el riesgo de toxicidad sobre los hematíes a través de los efectos sobre los reticulocitos, apareciendo anemia grave una semana después del inicio de la administración del AINE. Durante el tratamiento simultáneo con AINE deberían vigilarse los valores hemáticos, sobre todo al inicio del tratamiento. - **Alimentos:** La administración de ibuprofeno junto con alimentos retrasa la velocidad de absorción (ver apartado 5.2. Propiedades farmacocinéticas). **4.6. Embarazo y lactancia:** A pesar de que se ha detectado efectos teratogénicos en los estudios de toxicidad realizados en animales tras la administración de ibuprofeno, debe evitarse su uso durante el embarazo. Los AINE están contraindicados especialmente durante el tercer trimestre del embarazo. Pueden inhibir el trabajo de parto y retrasar el parto. Pueden producir el cierre prematuro del ductus arterioso, causando hipertensión pulmonar e insuficiencia respiratoria en el neonato. Pueden alterar la función plaquetaria fetal y también la función renal del feto, originando una deficiencia de líquido amniótico y anuria neonatal. A pesar de que las concentraciones de ibuprofeno que se alcanzan en la leche materna son inapreciables y no son de esperar efectos indeseables en el lactante, no se recomienda el uso de ibuprofeno durante la lactancia debido al riesgo potencial de inhibir la síntesis de prostaglandinas en el neonato. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** Los pacientes que experimenten mareo, vértigo, alteraciones visuales u otros trastornos del sistema nervioso central mientras estén tomando ibuprofeno, deberán abstenerse de conducir o manejar maquinaria. Si se administra una sola dosis de ibuprofeno o durante un periodo corto, no es necesario adoptar precauciones especiales. **4.8. Reacciones adversas: Gastrointestinales:** Muy habituales (>1/10): dispepsia, diarrea. Habituales (>1/100, <1/10): náuseas, vómitos, dolor abdominal. No habituales (<1/1.000, <1/1000): hemorragias y úlceras gastrointestinales, estomatitis ulcerosa. Raras (<1/1.000): perforación gastrointestinal, flatulencia, estreñimiento, esofagitis, estenosis esofágica, exacerbación de enfermedad diverticular, colitis hemorrágica inespecífica, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Si se produjera hemorragia gastrointestinal, podría ser causa de anemia y de hematemesis. **Piel y reacciones de hipersensibilidad:** Habituales: erupción cutánea. No habituales: urticaria, prurito, purpura (incluida la purpura alérgica), angioedema, rinitis, broncoespasmo. Raras: reacción anafiláctica. Muy raras: (<1/10.000): eritema multiforme, necrólisis epidérmica, lupus eritematoso sistémico, alopecia, reacciones de fotosensibilidad, reacciones cutáneas graves como el síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica aguda (síndrome Lyell) y vasculitis alérgica. En la mayor parte de los casos, los síntomas que se han comunicado al administrar ibuprofeno al paciente con alergias graves o con autoinmunidad (como lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades del colágeno) lo que supone un factor de riesgo. En caso de reacción de hipersensibilidad generalizada grave puede aparecer hinchazón de cara, lengua y faringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensión y shock. **Sistema nervioso central:** Habituales: fatiga o somnolencia, cefalea, mareo, vértigo. No habituales: insomnio, ansiedad, intranquilidad, alteraciones visuales, tinitus. Raras: reacción psicótica, nerviosismo, irritabilidad, depresión, confusión o desorientación, amilopía tóxica reversible, trastornos auditivos. Muy raras: meningitis séptica (véanse reacciones de hipersensibilidad). **Hematológicas:** Puede prolongarse el tiempo de sangrado. Los raros casos observados de trastornos hematológicos corresponden a trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica o anemia hemolítica. **Cardiovasculares:** Parece existir una mayor predisposición por parte de los pacientes con hipertensión o trastornos renales a sufrir retención hídrica. Podría aparecer hipertensión o insuficiencia cardíaca (especialmente en pacientes ancianos). **Renales:** En base a la experiencia con los AINE en general, no pueden excluirse casos de nefritis intersticial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal. **Hepáticas:** En raros casos se han observado anomalías de la función hepática, hepatitis e ictericia con ibuprofeno racémico. **Otras:** En muy raros casos podrían verse agravadas las inflamaciones asociadas a infecciones. **4.9. Sobredosificación:** La mayoría de los casos de sobredosis han sido asintomáticos. Existe un riesgo de sintomatología con dosis mayores de 80-100 mg/kg de ibuprofeno. La aparición de los síntomas por sobredosis se produce habitualmente en un plazo de 4 horas. Los síntomas leves son los más comunes, e incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, letargia, somnolencia, cefalea, nistagmus, tinitus y ataxia. Raramente han aparecido síntomas moderados o intensos, como hemorragia gastrointestinal, hipotensión, hipotermia, acidosis metabólica, convulsiones, alteración de la función renal, coma, estrés respiratorio e insuficiencia respiratoria. Los síntomas de alarma de apepa se han comunicado al ingerir grandes cantidades de ibuprofeno, y no se dispone de antídoto específico. Para cantidades que no es probable que produzcan síntomas (menos de 50 mg/kg de ibuprofeno) se puede administrar agua para reducir al máximo las molestias gastrointestinales. En caso de ingestión de cantidades importantes, deberá administrarse carbón activado. El vaciado del estómago mediante emesis solo deberá plantearse durante los 60 minutos siguientes a la ingestión. Así, no debe plantearse el lavado gástrico, salvo que el paciente haya ingerido una cantidad de fármaco que pueda poner en compromiso su vida y que no hayan transcurrido más de 60 minutos tras la ingestión del medicamento. El beneficio de medidas como la diuresis forzada, la hemodialisis o la hemoperfusión resulta dudoso, ya que el ibuprofeno se une intensamente a las proteínas plasmáticas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** 5.1. Relación de excipientes Neobrufen 400 mg comprimidos: Celulosa microcristalina, carmelosa de sodio, lactosa monohidrato, sílice coloidal anhídrido, laurilsulfato de sodio, estearato de magnesio, hipromelosa, acetato de sodio, talco, dióxido de titanio (E-171), lacta aluminica de eritrosina, goma laca (E-904), lecitina de soja (E-322), negro oxidado de hierro (E-172). Neobrufen 600 mg comprimidos: Celulosa microcristalina, carmelosa de sodio, lactosa monohidrato, sílice coloidal anhídrido, laurilsulfato de sodio, estearato de magnesio, hipromelosa, dióxido de titanio (E-171), talco, lacta coloidal, lecitina de soja (E-322), negro oxidado de hierro (E-172). Neobrufen 600 mg granulado efervescente: Carbonato sódico anhídrido, celulosa microcristalina, carmelosa de sodio, ácido málico, sacarina sódica, sacarosa, povidona, bicarbonato sódico, esencia de naranja, laurilsulfato sódico. Neobrufen Retard: Goma xantán, povidona, ácido estearáico, sílice coloidal, hidroxipropilmetilcelulosa, dióxido de titanio (E-171), talco, lacta, lecitina de soja, rojo oxidado de hierro (E-172). 5.2. Incompatibilidades. No se han descrito. 5.3. Periodo de validez. 3 años para todas las presentaciones. 5.4. Precauciones especiales de conservación. Almacenar a temperatura ambiente (15-25°C), cuantitativa se sea la presente. 5.5. Fecha de caducidad. Neobrufen 400 mg comprimidos: 30 meses. Neobrufen 600 mg comprimidos: 30 meses. Neobrufen 600 mg Blister de aluminio/PVC. Estuche conteniendo 40 comprimidos. Neobrufen 600 granulado efervescente: Sobre termosellado que consta de un laminado de papel/politeno/hoja de aluminio/politeno. Estuche conteniendo 40 sobres. Neobrufen Retard: Blister de aluminio/PVC/PVDC. Estuche conteniendo 40 comprimidos. 5.6. Instrucciones de uso/manipulación. Comprimidos: ingerir con un poco de líquido. Aunque se puede tragar ligeramente la absorción del ibuprofeno, la administración concomitante de alimentos puede prevenir la aparición de efectos secundarios gastrointestinales. **Granulado efervescente:** ingerir tras disolver el contenido del sobre en aproximadamente medio vaso de agua. **6. NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Abbott Laboratories S.A., S.A. de Burgos, 91 - 28050 - Madrid. 7. FECHA DE APROBACION/REVISION DEL TEXTO. Julio 2002. **8. CONDICIONES DE DISPENSACION, REMBOLSO Y PRECIO.** Con receta médica. Aportación normal. Neobrufen 400 30 comprimidos: PVP IVA: 3,43 • Neobrufen 600 40 comprimidos: PVP IVA: 4,63 • Neobrufen 600 granulado efervescente 40 sobres: PVP IVA: 10,13 • Neobrufen Retard 40 comprimidos: PVP IVA: 15,72. • CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR.

**REFERENCIAS:** 1. Underwood LM et al. Brufen retard: Comparative Bioavailability with Brufen Tablets at Steady State. Scand J Rheumatol 1990; Suppl 85(60). 2. Fernandes L, Jenkins R. Investigation into the duration of action of sustained-release ibuprofen in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Curr Med Res Opin. 1994; 13(4):242-50. 3. O'Connor TP, Anderson AM, Lennox B, Muldoon C. A novel sustained-release formulation of ibuprofen provides effective once-daily therapy in the treatment of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Br J Clin Pract. 1993 Jan-Feb; 07(1): 10-3. 4. Sharma NK, Kindelan JD, Hutchinson D, Lancaster L. A study to compare ibuprofen effervescent granules with ibuprofen tablets in the treatment of acute dental pain. Prim Dent Care. 1994 Sep; 1(1):5-8. 5. Ficha Técnica.

## EL SALÓN DE MEDICINA Y SALUD OFRECERÁ A LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD LOS ÚLTIMOS AVANCES EN PREVENCIÓN

Con el objetivo de crear un foro específico de estudio y reflexión sobre la prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Medicina del Trabajo y constituir una plataforma expositora de las últimas novedades de productos y servicios de este campo profesional, la organización de **Laboralia 2005, la Feria Integral de la Prevención, Protección, Seguridad y Salud Laboral** ha organizado, como novedad para esta tercera edición, el **Salón de Medicina y Salud**.

Se trata de un espacio técnico que nace con la vocación de generar un punto de encuentro para todos aquellos profesionales relacionados, directa o indirectamente, con el ámbito de la salud y convertirse en una herramienta de marketing que favorezca los procesos de venta y establezca contactos con clientes potenciales.



El Salón Profesional de Medicina y Salud dará a conocer las últimas tendencias de los más modernos materiales y tecnología clínica expuestos por las empresas fabricantes, nacionales e internacionales, en el contexto de la Medicina Laboral. Asimismo, servirá de escaparate para que la Administración pueda exponer al sector y a la sociedad sus proyectos y programas así como para generar foros de discusión y debates técnicos.

Este punto de encuentro con la Medicina del Trabajo profundizará también en las consecuencias físicas y psicosociales derivadas de las condiciones laborales y contribuirá a un mejor conocimiento del papel de las instituciones públicas y organismos con competencia en el ámbito de la salud Pública en materia de Sanidad, Prevención, Protección y Salud Laboral.

Con ese propósito, este Salón estará compuesto por las empresas más representativas del sector, entre las que se encuentran: fabricantes y distribuidores de instrumental médico y quirúrgico, laboratorios clínicos y farmacéuticos, clínicas, hospitales y aseguradoras médicas. Asimismo, también tendrán presencia en este foro profesional mutuas de accidentes de trabajo, colegios profesionales, sindicatos y asociaciones relacionadas con el sector y administraciones públicas de diferentes comunidades autónomas.

Entre las actividades que se enmarcan dentro de este Salón Temático destacan las **XVI Jornadas de la Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo**, **Simpodium Nacional de Prevención de Riesgos Laborales**, la **Reunión de Directores Generales de Salud Pública**, el **Congreso Europeo de Seguridad y Salud en el Trabajo (IV Congreso Comunidad Valenciana)**, la jornada sobre **Tratamiento Sanitario en Empresas**, **Prevención de Legionelosis** de la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat y la **Jornada de Riesgo Biológico** organizada por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA.

Este evento profesional dispone de un fuerte apoyo institucional ya que cuenta con el apoyo de la Conselleria de Economía, a través de la Dirección General de Trabajo, y de diversas entidades como la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, la Cámara de Contratistas de la Comunidad Valenciana y la Asociación Valenciana de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AVAMAT), entre otras. Asimismo, Laboralia está respaldada también por diversos colaboradores oficiales y patrocinadores, entre los que figuran, la cadena hotelera NH, Unión de Mutuas o la Fundación de la Comunidad Valenciana para la Prevención de Riesgos Laborales.

Además, la tercera edición de Laboralia, que se desarrollará del 11 al 13 de mayo en Feria Valencia, incluirá otros dos grandes salones temáticos, el **Salón de Seguridad, Emergencias y Catástrofes** y el **Salón de Energía y Transporte**, dos áreas monográficas que, junto al Salón de Medicina y Salud y más de **20 actividades paralelas**, consolidarán este certamen como referente nacional e internacional en materia de prevención y como un instrumento para mejorar la seguridad laboral en nuestro país y difundir la cultura de la prevención.

La prevención es ley de vida

Del 11 al 13 de Mayo 2005 en Feria Valencia III Edición

# Salón de Medicina y Salud.

El punto de encuentro nacional e internacional del sector sanitario. Un espacio único, del ámbito de la prevención, donde conocer las últimas novedades e intercambiar conocimientos gracias al programa de actividades diseñado.

Coincidiendo con:



Salón de Energía y Transporte



Salón de Seguridad, Emergencias y Catástrofes

Colaboradores oficiales:



PUBLICACIÓN  
PARA LA  
PREVENCIÓN  
DE RIESGOS  
LABORALES



INSTITUTO NACIONAL  
DE SEGURIDAD E HIGIENE  
EN EL TRABAJO



CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA  
DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE MUTUALS ACCIDENTES DE TRABAJO



NH  
HOTELES



UNIÓN DE JUBILADOS  
ESPAÑOLES



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE SALUD OCUPACIONAL

Patrocinadores:

Teléfono : 902 747 280 - Fax: 902 747 281 - [www.feriavalencia.com/laboralia](http://www.feriavalencia.com/laboralia)

Co-organizador:

Colabora:



GOBIERNO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Feria Valencia: Avenida de las Ferias, s/n E-46035 Valencia (España)  
 Apdo. (P.O.Box) 476 E-46080 Valencia • Tel. 34-963 861 100 • Fax 34-963 636 111 - 963 644 064  
 E-mail: [feriavalencia@feriavalencia.com](mailto:feriavalencia@feriavalencia.com) • Internet: <http://www.feriavalencia.com>

