

DERECHO SANITARIO

Bioseguridad y prevención de riesgos laborales

OFELIA DE LORENZO APARICI

Los profesionales sanitarios vienen reclamando desde hace años la implantación obligatoria de dispositivos de seguridad que podrían reducir hasta en un 85 por ciento los alrededor de 3.600 accidentes percutáneos que conllevan riesgo de transmisión de infecciones por vía hematológica (VIH, hepatitis...), que se declaran anualmente en nuestro país, de los que el 75 por ciento de los casos afectan a la Enfermería. El 11 por ciento de los afectados son médicos, y otro 5 por ciento, personal de limpieza. En una de cada 10 ocasiones, el enfermo que estaba siendo atendido sufría hepatitis C, uno de cada 20 era portador del virus del sida y uno de cada 50 había contraído el virus de la hepatitis B. De hecho, el índice de infección de hepatitis B entre el personal sanitario es dos veces y medio más alto que el de la población general, según un estudio realizado la Sociedad Española de Medicina Preventiva. Dichos dispositivos de seguridad son básicamente jeringuillas y lancetas provistas de un sistema que esconde o inhabilita las agujas y las partes punzantes durante o después de su uso, siendo estas cifras sólo la punta del iceberg porque el miedo a la estigmatización y a la marginación hace que un elevado número de profesionales, hasta el 50 por ciento, no declaren sus accidentes, amparándose en la voluntariedad de someterse a los chequeos médicos establecidos en las leyes.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales reconoce al trabajador un derecho de protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo en este campo el derecho a la vigilancia de la salud en su artículo 14, circunstancia que viene a traducirse en el correspondiente deber empresarial de garantizar una vigilancia periódica del estado de salud del trabajador en los términos que, para ello, establece el artículo 22 del mismo cuerpo legal.

Ahora bien, si desde el punto de vista legal es requisito necesario para la realización de la prueba el consentimiento de la persona basada en la voluntariedad de someterse a los chequeos médicos establecidos en las leyes, conforme indicaba anteriormente, también, se esgrimen otras razones para no imponer su obligatoriedad. En primer lugar, dadas las vías de transmisión se entiende que sería suficiente utilizar

las “Precauciones Universales”. En segundo lugar, el hecho de obligar a un profesional sanitario a hacerse la prueba en un determinado procedimiento invasivo no garantiza que en otro resultase seropositivo, con lo que se trunca la finalidad de la prueba; de manera que para garantizar la seronegatividad de dicho profesional a la hora de efectuar estos procedimientos se debería realizar constante y sistemáticamente dicha prueba, con el consiguiente coste económico que esto representa e interferencias en el desarrollo normal de su labor sanitaria. En tercer lugar, el hecho de someterse a la prueba inmediatamente antes de realizar el procedimiento invasivo no garantiza que sea seronegativo debido al denominado período ventana, aunque ya se haya descubierto un test en el que se detecta la presencia del virus desde que éste se contrae, pero igualmente resulta excesivamente costoso para ser aplicado habitualmente. Y en cuarto lugar, el hecho de obligar a un profesional a realizarse la prueba por sospecha de infección, supondría dejar de obligar a otros profesionales que no fueran sospechosos, y sin embargo fueran seropositivos.

Si el caso del contagio masivo de hepatitis C de la Comunidad Valenciana marcó un antes y un después en la responsabilidad profesional sanitaria, a mi modo de ver también puso en la mesa aspectos de actualización y cumplimiento, especialmente en el ámbito de la vigilancia de la salud de los trabajadores, ya que, partiendo de la premisa recogida en el artículo 43.1 de la Constitución, que reconoce “el derecho a la protección de la salud”, y del artículo 14 de la Directiva 89/391/CEE, de 12 de junio, que establece cómo, para garantizar la adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores en función de los riesgos relativos a su seguridad y salud en el trabajo, se fijarán medidas de conformidad con las legislaciones y usos nacionales, las cuales permitirán que cada trabajador, si así lo desean, pueden someterse a una vigilancia de la salud a intervalos regulares.





La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 obliga a que cada trabajador reciba una formación adecuada en materia preventiva, asegurándose de que los medios de trabajo garanticen su seguridad. Cuando los riesgos no se puedan evitar o limitar lo suficiente se proporcionarán los medios de protección personal adecuados al trabajo a realizar. A su vez, el Reglamento de los servicios de prevención, aprobado por Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, recoge aquellos aspectos que hacen posible la Prevención de Riesgos Laborales como actividad integrada en el conjunto de actuaciones de la empresa y en todos los niveles jerárquicos de la misma, presididos todos ellos por los principios de eficacia, coordinación y participación que se indican en la Ley 31/1995, de la que deriva.

En 1995 entró en vigor la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que lleva aparejada la obligación de controlar y evaluar los posibles riesgos existentes en el lugar de trabajo. Según esta ley, el responsable de su puesta en marcha y control, en última instancia, es el empresario, aunque haya delegado en una entidad externa. Esta actividad no sólo consiste en realizar la evaluación de riesgos laborales, sino también en la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores, tales como informar y formar a los mismos, consulta y participación, actuación en caso de emergencia, vigilancia de la salud, etcétera.

Al afirmar que la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales supuso un antes y un después en el ámbito de prevención de riesgos laborales, suele acudir a un ejemplo significativo: la Ordenanza General sobre Seguridad e Higiene en el Trabajo imputaba al Estado el deber de defender la vida, la integridad, la salud y el bienestar de las personas incluidas en su ámbito de aplicación; por el contrario, la Ley de Prevención de Riesgos La-

borales ha pasado a atribuirle una función de promocionar la mejora de las condiciones de trabajo, dirigida a elevar el nivel de protección de la salud y seguridad de los trabajadores.

Este cambio de perspectiva, cuya mejor plasmación queda recogida en aquel pronunciamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 118 del Tratado de la Comunidad Económica Europea – a partir del cual la Comunidad quedaba facultada para adoptar disposiciones mínimas con el objeto de armonizar las condiciones existentes dentro del

medio laboral en orden a proteger la seguridad y salud de los empleados –, las instituciones europeas debían legislar teniendo en cuenta los cánones suministrados por el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual define, como es sabido, la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como una situación consistente en la ausencia de enfermedad o dolencia alguna.

Bajo este nuevo enfoque, no se pierde el norte o acervo clásico en virtud del cual sobre el empresario, sigue pesando la obligación genérica de utilizar todos los instrumentos posibles de seguridad en beneficio de los trabajadores, con una escrupulosa observancia de las medidas preventivas, debiendo proporcionar los medios de protección adecuados, informar e impartir las instrucciones y formación pertinentes en evitación de los riesgos (o dado su carácter fungible, trasladarlo parcialmente a profesionales y responsables en la materia de la unidad productiva o a entidades especializadas en el desarrollo de estas actividades), y sancionándole aun cuando la infracción no haya derivado accidente o daño.

Pero a la materialización anterior, esencialmente defensiva o de responsabilidad, quiere añadirse un objetivo más avanzado, de carácter promocional y ofensivo, pues cuanto procede perseguir es la mejora permanente de la seguridad y salud de los operarios, entre cuyas obligaciones sólo se incluye la de completar las acciones del empleador.

Pero al margen de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales citada existe un marco normativo de regulación comunitaria y nacional, en materia de prevención de riesgos laborales y bioseguridad de obligado cumplimiento para la protección de los riesgos a los que se enfrentan los profesionales como se ha puesto de manifiesto en los casos de enfermedad producida por el virus ébola.¹

Dicho marco normativo está integrado básicamente por:

- **Directiva 89/391/CEE**, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores.
- **Directiva 2010/32 UE**, sobre la Prevención del Riesgo Biológico.²
- **Directiva 2000/54**, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- **El Real Decreto 664/1997**, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- **Real Decreto 773/1997**, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativa a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- **Decreto 83/99**, que regula las actividades de producción y gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid.³

El objetivo del marco normativo de regulación comunitaria y nacional, en materia de prevención de riesgos laborales y bioseguridad volviendo a la implantación obligatoria de dispositivos de seguridad, estriba en lograr un entorno de trabajo lo más seguro posible mediante la prevención de heridas que puedan ser causadas con cualquier instrumental médico cortopunzante (incluidos los pinchazos de agujas) y la protección de los trabajadores expuestos en el sector hospitalario y sanitario, constatándose en la misma que los mismos no pueden ser alcanzados de forma suficiente por los Estados miembros de la Unión y, por consiguiente, pueden lograrse mejor a nivel de la Unión, razón ésta por la que la Unión Europea puede adoptar medidas conforme al principio de subsidiariedad consagrado en el Tratado de la Unión Europea, y todo ello sin que las medidas adoptadas por la Unión puedan exceder de lo necesario para alcanzar dichos objetivos, y todo ello de acuerdo con el principio de proporcionalidad.

La necesidad de estas Directivas y del establecimiento de disposiciones más favorables en nuestro país, resulta obvia y patente, bastando una simple

referencia a las cifras para hacerse una idea de la necesidad de su existencia.

En efecto, solamente la aplicación de las medidas previstas en la Directiva 2010/32 UE, sobre la Prevención del Riesgo Biológico podrá reducir en un 73 por ciento el coste que supone atender al personal afectado por estos accidentes, el cual se estima en casi 42 millones anuales en bajas, tratamientos médicos y otras medidas, convirtiéndose de este modo la bioseguridad en los centros sanitarios en el mejor aliado de la prevención de riesgos laborales.

*ABOGADA DIRECTORA DEL ÁREA PROCESAL DE DE LORENZO ABOGADOS.
PARA CONTACTAR: ODLORENZO@DELORENZOABOGADOS.ES*

1. Ver Informe del Consejo General de Enfermería "Informe relativo a las actuaciones realizadas en el ámbito de la atención a pacientes con enfermedad por virus de ébola en España", de 21 de Octubre de 2014.
2. El de 10 de mayo de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea esta Directiva (2010/32/UE) del Consejo, que aplica el Acuerdo Marco para la Prevención de las Lesiones Causadas por Instrumentos Cortantes y Punzantes en el Sector Hospitalario y Sanitario, celebrado por HOSPEEM y EPSU, cuya entrada en vigor se produjo el 21 de junio de 2010 y cuya fecha máxima de trasposición a los ordenamientos jurídicos internos de los Estados miembros de la Unión venció el 11 de mayo de 2013. Esta Directiva constituye la "norma mínima" en materia de prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario, norma mínima ésta que, con arreglo a lo dispuesto en la propia Directiva solamente podrá ser mejorada ("norma más beneficiosa"), y no restringida, por las disposiciones nacionales y comunitarias vigentes y futuras que sean más favorables para los trabajadores contra las heridas causadas por instrumental médico cortopunzante.
3. Las Comunidades Autónomas ya han venido promulgando distintas disposiciones con objeto de prevenir este tipo de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes, y entre ellas podemos citar por orden de antigüedad, la Comunidad Autónoma de Madrid, a través de la Orden 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, mediante Orden de 9 de marzo, de la Consejería de Sanidad, sobre los procedimientos de seguridad frente al contagio sanguíneo en el ámbito sanitario. La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, en virtud del Decreto 59/2008 de 2 de mayo, por el que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario. La Comunidad Autónoma de Galicia, a través de la Orden de la Consejería de Sanidad de 15 de septiembre de 2008, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud. Y la Comunidad Autónoma Navarra, a través de la Orden Foral 7/2010, de 20 de enero, de la Consejería de Salud, por la que se establecen e implantan dispositivos de seguridad frente al accidente con riesgo biológico en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.