

Índice

1	Introducción.....	1
1.1	Antecedentes del proyecto: la Directiva 2010/32/UE sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario	1
1.2	Metodología del proyecto	2
1.3	Estructura del informe	2
2	Lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante: un riesgo considerable en el sector sanitario, pero difícil de cuantificar	4
2.1	Cálculos de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes	4
2.2	Principales riesgos de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes	5
2.3	Motivos de la escasa notificación y la falta de datos fiables y comparables.....	9
3	Estado de la transposición de la Directiva 2010/32/UE.....	11
3.1	Naturaleza y proceso de transposición	11
3.2	Calado de los cambios necesarios en la legislación existente	20
4	Desafíos y pautas existentes para la aplicación	22
4.2	Principales desafíos y buenas prácticas para superarlos.....	24
5	Apéndice 1: Resumen por países.....	26
6	Apéndice 2: Cuestionario para los miembros de la FSESP y HOSPEEM	43

1 Introducción

En este documento se resume el proyecto conjunto de la FSESP y HOSPEEM sobre la aplicación de la Directiva 2010/32/UE en materia de prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario, con el apoyo de la Comisión Europea. Toda la información sobre la conferencia final convocada para divulgar las conclusiones del proyecto se encuentra en <http://www.epsu.org/a/9543> (en inglés).

1.1 Antecedentes del proyecto: la Directiva 2010/32/UE sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario

En julio de 2009, las organizaciones europeas de interlocutores sociales del sector, la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) y la Asociación Europea de los Empresarios del Sector Hospitalario y Sanitario (HOSPEEM) firmaron un acuerdo marco sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Los interlocutores sociales solicitaron a la Comisión que lo sometiera a la decisión del Consejo, con arreglo al artículo 155, apartado 2, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE). El 26 de octubre de 2009, la Comisión Europea remitió una propuesta de directiva del Consejo con el texto completo del convenio de los interlocutores sociales (y sus explicaciones a un grupo de trabajo del Consejo) en apéndice. El 11 de febrero de 2010, el Parlamento Europeo apoyó la directiva propuesta en una resolución y, el 8 de marzo de 2010, el Consejo alcanzó el acuerdo político para su adopción. Esta se publicó en el Diario Oficial como [Directiva 2010/32/UE](#) del Consejo el 1 de junio de 2010 (L134/66). Se solicitaba a los Estados miembros que aplicaran la Directiva a más tardar el 11 de mayo de 2013.

Durante el proceso de adopción, la FSESP y HOSPEEM comparecieron ante un grupo de trabajo del Consejo Social. A continuación, elaboraron una aclaración conjunta al convenio marco sobre prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Ese documento debe leerse en paralelo a la legislación de la Unión Europea (UE) para interpretar las disposiciones de la Directiva (véase <http://www.epsu.org/a/6261>, en inglés).

La Directiva tiene como objeto lograr un entorno de trabajo lo más seguro posible para los empleados del sector, proteger a los trabajadores expuestos y a los pacientes, así como prevenir las heridas causadas a los trabajadores con cualquier instrumental médico cortopunzante (incluidos los pinchazos de agujas). La Directiva propone el establecimiento de un enfoque integrado por el que se definan políticas de evaluación y prevención de riesgos, así como de formación e información de los trabajadores.

En la cláusula 11 se recogen las disposiciones de aplicación y se estipula que la Comisión podrá solicitar el parecer de las partes firmantes, es decir, de la FSESP y HOSPEEM, acerca de su interpretación. Las organizaciones europeas de interlocutores sociales del sector también incluyeron la posibilidad de revisar su aplicación transcurridos cinco años desde la fecha de la decisión del Consejo, si así lo exigiera alguna de las partes del acuerdo. Esta opción refuerza la idea de que un seguimiento temprano y oportuno puede facilitar que la toma de decisiones más adelante se realice con conocimiento de causa. Por último, las organizaciones europeas y nacionales de los interlocutores sociales del sector tienen la obligación formal de participar en actividades de seguimiento adecuadas, incluida la sensibilización, la supervisión y la evaluación del proceso de aplicación, así como la participación en los comités y órganos responsables de la transposición.

Habida cuenta de los plazos para la transposición de la Directiva, los objetivos de este proyecto son los siguientes:

- a) Recopilar información sobre la transposición y aplicación de la Directiva en los países.
- b) Recopilar e intercambiar información sobre las pautas y herramientas existentes a nivel local y nacional para facilitar la aplicación del acuerdo en las organizaciones.
- c) Extraer lecciones sobre los trabas de índole práctica que se dan en la aplicación del acuerdo, cómo hacer frente a esos problemas y aprender de las buenas prácticas.

1.2 Metodología del proyecto

En este informe se resumen las conclusiones de los distintos aspectos metodológicos de este proyecto, que incluyen:

- una encuesta de las organizaciones miembros de la FSESP y HOSPEEM;
- tres seminarios regionales celebrados en Dublín el 31 de enero de 2013 (véase el informe y todas las presentaciones en <http://www.epsu.org/a/9264>, en inglés), en Roma el 7 de marzo de 2013 (véase <http://www.epsu.org/a/9393>, en inglés), y en Viena el 16 de abril de 2013 (véase <http://www.epsu.org/a/9396>, en inglés);
- una conferencia de clausura, que se celebró en Barcelona el 20 de junio de 2013 (véase <http://www.epsu.org/a/9543>, en inglés);
- la verificación de la información contenida en el borrador del informe final realizada por un miembro de la FSESP y HOSPEEM entre julio y septiembre de 2013.

1.3 Estructura del informe

La estructura del informe es la siguiente:

- En la sección 2 se resume la información disponible sobre la gravedad de las lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante y su notificación en los distintos países de la UE. Asimismo, se evalúa hasta qué punto facilitará (o dificultará) la evaluación de los avances logrados para prevenir los accidentes de esta índole a partir de la aplicación de la Directiva.
- En la sección 3 se incluye una perspectiva general del estado y la naturaleza de la transposición de la Directiva en los Estados miembros a fecha de 1 de septiembre de 2013. También se analiza el alcance de las enmiendas a la legislación que han sido necesarias en cada país para recoger los requisitos de la Directiva 2010/32/UE. Asimismo, se evalúan los procesos de transposición y, en particular, la participación de las organizaciones nacionales de los interlocutores sociales y de otros interesados en las deliberaciones y las decisiones sobre la naturaleza exacta de la transposición y su subsiguiente aplicación.
- En la sección 4 se presenta información sobre las pautas ya existentes a disposición en los Estados miembros y sobre cómo utilizarlas para facilitar la aplicación de los principios de la Directiva en el seno de las empresas. En esa sección también se pretende explicar brevemente los problemas para su aplicación en cada contexto de atención sanitaria particular y cómo superarlos.
- En el apéndice 1 se incluye una reseña por país sobre todos los aspectos antes mencionados como referencia rápida.
- Por último, en el apéndice 2 se incluye la traducción del cuestionario que se distribuyó a las organizaciones miembros de la FSESP y HOSPEEM en diciembre de 2012.

Al leer este informe, es importante tener presente que los 28 Estados miembros de la UE deben adaptar la Directiva. Esto mismo se aplica, en principio, a los países del Espacio

Económico Europeo (EEE) que tienen acuerdos especiales con la UE, como es el caso de Noruega. Otros países, como Bielorrusia, Kosovo, Serbia y Ucrania, intervinieron en el proyecto mediante su participación en las actividades. No obstante, no están obligados a aplicar la Directiva. Por tanto, se presenta en primer lugar la información sobre los 28 Estados miembros de la UE, posteriormente, los datos de los países que forman parte del EEE y, por último, los detalles del resto de países.

2 Lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante: un riesgo considerable en el sector sanitario, pero difícil de cuantificar

2.1 Cálculos de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes

Hay 21 millones de trabajadores en activo en el sector hospitalario y sanitario en Europa¹. Se calcula que se producen un millón de lesiones por pinchazos de agujas al año².

Otros cálculos³ basados en estudios realizados con distintos métodos estiman que se dan entre 0,1 y 0,64 lesiones de ese tipo al año por trabajador en este sector. En esa publicación se presume que, a la luz de las cifras, la cantidad de lesiones solo causadas por agujas podría situarse entre 800 000 y 5 120 000 al año, pero se considera que una estimación de 600 000 lesiones notificadas y otras 600 000 no notificadas sería más realista. No se dispone de datos sobre otros accidentes con instrumentos cortantes y punzantes porque es incluso menos probable que se notifiquen.

Los profesionales sanitarios no son los únicos que corren riesgos. Es cierto que se considera que el personal médico y de enfermería de los hospitales que trabaja en situaciones sanitarias graves es el más expuesto, y el personal menos experimentado sufre, en proporción, la mayor cantidad de lesiones de este tipo. No obstante, hay muchos otros trabajadores que pueden padecerlas; de hecho, así es. Esto incluye al personal de enfermería del sector sanitario a domicilio y al personal auxiliar, como, por ejemplo, los responsables de la limpieza, la gestión de residuos o la lavandería. Una peculiaridad que se ha identificado es que el personal auxiliar a menudo no recibe la misma protección que el resto, sobre todo cuando se trata de servicios subcontratados o prestados por personal temporal o contratado a través de una agencia. Si bien no está cubierto por la Directiva, el riesgo de sufrir lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante puede también ir más allá del sector sanitario y afectar, por ejemplo, a los trabajadores sociales (que trabajan con drogadictos, entre otros) o a los trabajadores de la gestión de residuos generales.

En la tabla 2.1 se resume la información sobre la cantidad de lesiones de este tipo registradas a nivel nacional o de organización, tal como se presentó en los seminarios regionales y en la conferencia de clausura del proyecto. Durante el examen de los datos es importante tener presente que la cantidad de incidencias registradas depende del método de recopilación de datos. Los resultados obtenidos a través de encuestas arrojan cifras significativamente más elevadas que los basados en datos oficiales. Los motivos de estas discrepancias son múltiples y se tratan con más detenimiento en la sección 2.3.

¹Datos del Informe de Eurofound *Employment and industrial relations in the health care sector*, febrero de 2011, Dublín, consultado en <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/index.htm> (en inglés)

²Cálculo extraído de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

³De Carli, G, Raboud, C; *The burden of disease of needlestick injuries in Europe*; en Working together to improve health worker safety; Hospital pharmacy Europe, suplemento especial, 2013

2.2 Principales riesgos de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes

Los principales riesgos de infección están relacionados con los pacientes portadores de VIH, hepatitis B y hepatitis C. El riesgo asociado a la exposición a pacientes portadores de esas infecciones es distinto en cada país. En Austria, por ejemplo, la prevalencia de esas infecciones es poco elevada entre los pacientes y, por tanto, el riesgo de contraerlas como resultado de una lesión causada por instrumental médico cortopunzante es relativamente bajo. De hecho, no se ha registrado ninguna infección por esa vía en el personal sanitario. Existen otros factores que también tienen un efecto sobre los riesgos de infección, en particular de hepatitis B. En muchos países se vacuna habitualmente al personal sanitario contra la hepatitis B al acceder a la profesión. A menudo, esos programas de inmunización son obligatorios (con la excepción de las contraindicaciones para alguna persona en particular) y reducen considerablemente el riesgo de infección. Evidentemente, no hay ninguna vacuna disponible contra el VIH ni contra la hepatitis C, pero también se dan menos casos en la población. Cabe notar que los factores presupuestarios tienen incidencia en esta área tan importante. Un representante de Rumanía en la FSESP informó de que un programa de inmunización contra la hepatitis B que se había puesto a disposición del personal sanitario ya no está garantizado por motivos económicos (es necesario repetir las vacunas cada cinco años) y ahora solo está disponible en las zonas en las que se considera que el riesgo de infección es elevado. Aunque no se contraiga una infección de transmisión sanguínea grave, el personal sanitario y de enfermería puede estar sometido a una angustia e incertidumbre prolongadas durante muchos meses a la espera de los análisis de seguimiento.

Table 2.1 Información resumida sobre la cantidad de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en los distintos países europeos

País	Datos	Fuente
Austria ⁴	Reducción de las lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante de 334 en 2009 a 275 en 2012. Se considera que el 30 % de ellas podrían haberse evitado.	Datos obtenidos en las organizaciones ⁵
España	Aproximadamente 100 000 lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes al año. Se calcula que no se notifica un 70 % de las lesiones. El riesgo de exposición es, en general, más elevado entre el personal de enfermería, médico y de limpieza de cirugía general y de las especialidades quirúrgicas. En cambio, la incidencia de exposición de alto riesgo es más significativa en la medicina general y en las especialidades médicas (en particular entre el personal de enfermería).	Información obtenida de estudios de investigación ⁶
Irlanda ⁷	2000 lesiones causadas por pinchazos de agujas entre 1996 y 2012. Ninguna causó infecciones.	Datos obtenidos en las organizaciones ⁸
Italia	Unas 100 000 lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes al año. Se calcula que no se notifica un 70 % de las lesiones. El riesgo de exposición es, en general, más elevado entre el personal de enfermería, médico y de limpieza en el ámbito de la cirugía general y las especialidades quirúrgicas. En cambio, la incidencia de exposición de alto riesgo es más	Información de estudios de investigación ⁹

⁴La información corresponde únicamente a Salzburger Landeskliniken, tal como se presentó en el seminario celebrado en Viena.

⁵Véase la presentación de R. Waclawiczek en el seminario de Viena <http://www.epsu.org/a/9396> (en inglés y alemán).

⁶Véase la presentación de C. Mazón en el seminario celebrado en Roma, <http://www.epsu.org/a/9393> (en inglés).

⁷La información corresponde únicamente al Beaumont Hospital Dublin, tal como se presentó en el seminario celebrado en Dublín.

⁸Véase la presentación de B. Hayes en el seminario de Dublín, <http://www.epsu.org/a/9264> (en inglés).

⁹Véase la presentación de G. De Carli en el seminario celebrado en Roma, <http://www.epsu.org/a/9393> (en inglés).

País	Datos	Fuente
	significativa en la medicina general y en las especialidades médicas (en particular entre el personal de enfermería). Los factores de riesgo del personal de limpieza son significativos, ya que están relacionados con la eliminación inadecuada de agujas e instrumentos cortantes o punzantes.	
Lituania	Un sondeo realizado entre el personal de enfermería reveló una tasa media de lesiones de 1,72 por trabajador. Solo se notificó el 10 % de las lesiones indicadas en la encuesta (1139).	Encuesta realizada por el sindicato lituano de empleados del sector sanitario ¹⁰
Países Bajos	Entre 13 000 y 16 000 exposiciones sanguíneas notificadas por año.	Datos del Centro Nacional de la Hepatitis ¹¹
Polonia	Se notifican unas 28 000 lesiones por instrumentos cortantes y punzantes al año, de las cuales unas 3000 causaron infecciones de transmisión sanguínea.	Registro oficial de accidentes de trabajo
Reino Unido	Se han notificado 5822 exposiciones en el trabajo a sangre y a otros fluidos corporales de alto riesgo desde 1997 en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Entre 2002 y 2011, se notificaron 4381 incidentes en 172 centros (un aumento en relación con los 276 de 2002 a los 541 en 2011). Casi tres cuartas partes (72 %, 3140/4381) de las lesiones notificadas entre 2002 y 2011 eran percutáneas. Los riesgos de contagio de infecciones tras un pinchazo con una aguja contaminada son de uno de cada tres trabajadores en el caso de la hepatitis B, uno de cada treinta en el caso de la hepatitis C y uno de cada trescientos en el caso del VIH ¹² .	Registro oficial de accidentes de trabajo

¹⁰Véase la presentación en el seminario de Dublín, <http://www.epsu.org/a/9264> (en inglés).

¹¹Véase la presentación de P. van Wijk en el seminario de Dublín, <http://www.epsu.org/a/9264> (en inglés y neerlandés).

¹²Datos obtenidos del informe *Eye of the Needle* (2012) de la Health Protection Agency.

País	Datos	Fuente
República Checa	El 83 % del personal de enfermería ha sufrido alguna lesión causada por instrumental médico cortopunzante en algún momento de su carrera ¹³ . Se contrajo una enfermedad infecciosa en aproximadamente el 2,5 % de los casos (principalmente hepatitis). En el 95 % de los casos, se consideró la infección como enfermedad profesional. La mayor parte de las lesiones se dieron durante las fases preparatorias para el uso del instrumento, seguidas de las lesiones causadas durante su almacenamiento y eliminación en un contenedor de residuos. Una de cada cinco lesiones se dio durante la extracción de sangre. La gran mayoría de los trabajadores que respondieron al cuestionario consideraban que la lesión había sido culpa suya. En poco más de la mitad de los casos, el estrés se consideraba un factor importante para propiciar la lesión.	Investigación encargada por la Asociación Checa de Personal de Enfermería (basada en un total de unos 1400 trabajadores en 2009 y 2010).

Fuente: Resumen de ICFGHK (2013) a partir de las presentaciones en los tres seminarios regionales del proyecto «Promoción y apoyo a la aplicación de la Directiva 2010/32/UE» gestionado por la FSESP y HOSPEEM con el apoyo de la Comisión Europea.

¹³ Cabe notar que las encuestas pueden atraer más respuestas de las personas afectadas por el problema que se investiga que del resto de la población.

2.3 Motivos de la escasa notificación y la falta de datos fiables y comparables

La carencia de datos nacionales fiables es un obstáculo importante para los posibles esfuerzos destinados a evaluar las consecuencias de la aplicación de la Directiva sobre la incidencia de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. Los datos recopilados y agrupados suelen obtenerse únicamente en las organizaciones y casi nunca se recogen en una base de datos centralizada. Muchas organizaciones e instalaciones tienen sus propios sistemas internos de notificación de las heridas causadas por instrumental médico cortopunzante o las notifican al sistema de notificación de incidentes clínicos como parte de su propia gestión de riesgos¹⁴.

No obstante, la falta de compilación de los datos nacionales no es el único inconveniente ni el más significativo.

En primer lugar, es importante tener presentes los requisitos y las disposiciones de notificación nacionales sobre el reconocimiento de accidentes de trabajo. Si bien muchos países exigen la notificación en el lugar de trabajo de los accidentes laborales, esas notificaciones solo adquieren carácter nacional cuando vienen acompañadas de ausencias del puesto de trabajo de más de tres días consecutivos¹⁵ para que sean consideradas enfermedades profesionales, lo cual solo sucede en un pequeño número de lesiones por instrumental médico cortopunzante. Del mismo modo, en algunos países, las enfermedades e infecciones (e incluso el trauma psicológico) resultantes de una lesión causada por instrumentos cortantes y punzantes no están reconocidas como enfermedades profesionales y, por ende, no se notifican a las autoridades nacionales (es decir, a los órganos pertinentes de salud y seguridad en el trabajo o de enfermedades profesionales).

En segundo lugar, la escasa notificación es una cuestión importante, ya que los cálculos apuntan a que solo se notifica la mitad de las lesiones de este tipo. Esto se debe a numerosas razones:

- El personal se culpa a sí mismo de las lesiones o teme que se le culpe.
- No entienden los motivos para informar de una lesión si el riesgo que perciben (o el real) es bajo.
- Los procesos de notificación son burocráticos o largos (por ejemplo, en algunos casos no se pueden hacer los análisis de sangre en el mismo hospital, lo que significa que, incluso si fuera cuestión de vida o muerte, no se puede suministrar una profilaxis temprana).
- Se desalienta al personal a notificar las lesiones porque consideran que no va a cambiar nada.
- Algunos miembros del personal (como el personal auxiliar, véase la sección 2.1) no conocen los riesgos asociados ni los procesos de notificación.

A pesar de que la escasa notificación de las lesiones es la principal inquietud, también se mencionó que, en algunos casos, se notifican incidentes que no podían causar lesión alguna (y de hecho, así fue) y mucho menos una infección. Se consideró que, por tanto, es

¹⁴La asociación hospitalaria de Viena está recabando mucha información a través del proyecto *Erfahrungsdrehscheibe*.

¹⁵En general, se suele aplicar el límite de los tres días, aunque en algunos países la notificación es obligatoria a partir del primer día de ausencia.

necesaria una mayor sensibilización en torno a las situaciones en las que se dan lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes que no pueden causar ninguna infección (es decir, cuando no hay contacto con la sangre ni con otros fluidos corporales).

Algunas lesiones se le atribuyen a la angustia e inquietud de los pacientes, que no paran de moverse durante las intervenciones. En esas situaciones sería necesario más personal o entornos más tranquilos (o personal menos estresado).

Ciertos estudios independientes muestran que la mayoría de esas lesiones se pueden evitar con una combinación de formación, prácticas laborales más seguras y, si así lo estimara necesario una evaluación de los riesgos, dispositivos de tecnología médica con medidas de seguridad incorporadas, por ejemplo, agujas con fundas protectoras automáticas¹⁶. Este es el enfoque mixto adoptado en el convenio marco de los interlocutores sociales negociado por la FSESP y HOSPEEM.

¹⁶Por ejemplo, Van der Molen *et al.* (2012), *Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers*; 2012, Vol. 41, págs. 1969-1971, 3 páginas.

3 Estado de la transposición de la Directiva 2010/32/UE

El calendario del proyecto abarcaba la fase clave de transposición de la Directiva 2010/32/UE y, por tanto, permitió hacer un seguimiento, más o menos en tiempo real, de la adaptación de las legislaciones de cada Estado miembro. En esta sección se incluye la información actualizada hasta el 1 de septiembre de 2013 sobre el avance de la transposición nacional, la naturaleza y los procesos de transposición y el calado de los cambios necesarios en la reglamentación y legislación nacional para cumplir los requisitos de la Directiva.

En la Figura 1.1 se refleja el estado actual de transposición y se destacan cuatro situaciones diferentes:

- Tres países consideraron que no era necesario introducir ninguna modificación en su legislación para satisfacer los requisitos de la Directiva 2010/32/UE (sombreados en verde): Bélgica, Dinamarca y Letonia.
- Catorce países de la UE, así como Noruega y Bielorrusia (en estos la transposición no es obligatoria), ya habían adaptado la Directiva a fecha de 1 de septiembre de 2013 (en verde): Alemania, Austria, Bulgaria, Croacia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia.
- Ocho países en los que casi se ha completado la transposición (en naranja): Chipre¹⁷, España, Estonia, Irlanda, Italia, Malta, Polonia y Portugal.
- No se recibió información alguna sobre el estado de la transposición en Eslovaquia, Eslovenia y Luxemburgo.

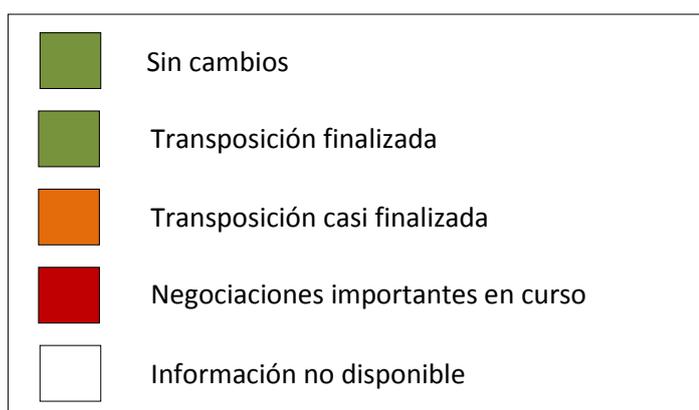
Suele suceder que algunos países requieran unos meses más una vez concluido el plazo para la transposición antes de concluir el proceso legislativo, así que no es excepcional que once países no hayan completado el proceso en el momento en que se redacta este documento y no puede interpretarse como un síntoma de dificultades o de falta de compromiso en la adaptación de la legislación europea procedente de los convenios de los interlocutores sociales.

3.1 Naturaleza y proceso de transposición

Con la excepción de los países de la UE en los que no se consideró necesario modificar la legislación existente, todos los Estados miembros en los que ya se ha completado el proceso decidieron enmendar sus leyes y normativas para incorporar la Directiva. En la Table 3.1 se resumen las leyes pertinentes y se incluyen enlaces a los textos en la medida en que están disponibles. Apenas algunos países e interlocutores sociales están barajando la posibilidad de complementar la legislación con convenios colectivos, pautas y códigos de conducta, que son la vía más frecuente de proporcionar orientaciones prácticas para su aplicación.

¹⁷No aparece en el mapa.

Figura 1.1 Estado de la transposición de la Directiva 2010/32/UE a fecha de 1 de julio de 2013 en los 28 Estados miembros de la UE y Noruega



Fuente: ICFGHK (2013) a partir de las respuestas recibidas a la encuesta realizada por miembros de la FSESP y HOSPEEM en el marco del proyecto «Promoción y apoyo a la aplicación de la Directiva 2010/32/UE» gestionado por la FSESP y HOSPEEM con el apoyo de la Comisión Europea.

Se garantizó la participación de los interlocutores sociales en los procesos de transposición en la mayoría de los países que respondieron a la encuesta¹⁸, aunque el proceso de participación y consulta fue distinto en cada país. Si bien los procesos siguieron en gran medida las tradiciones en las relaciones laborales y los métodos de concertación y consulta tripartita de cada país, cabe notar que los interlocutores sociales sectoriales participaron de modo más activo que si no hubieran sido los autores originales del convenio marco. Como suele suceder en casi todos los procesos de consulta, no todos los participantes sintieron sus ideas reflejadas en el borrador de ley final pero, en general, el nivel de participación se consideró satisfactorio.

En la mayor parte de los países, el Ministerio de Empleo y Asuntos Sociales o el Ministerio de Salud llevaron las riendas de la transposición. No obstante, en algunos países fueron las autoridades específicas en materia de salud y seguridad quienes se ocuparon de ello. En unos pocos países, las respuestas a la encuesta indicaron toda una serie de organizaciones que, en opinión de los interlocutores sociales, deberían haber participado o haber sido consultadas mejor. En su mayoría eran organizaciones profesionales especializadas u organizaciones de empleadores específicas (por ejemplo, de los hospitales privados).

¹⁸Se recibieron 28 respuestas de 21 países. Por parte de los sindicatos, se recibieron respuestas de Alemania, Austria, Bélgica, Bielorrusia, Chipre, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Rumanía, Suecia y Ucrania. Por parte de los empleadores, llegaron respuestas de Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituana, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

Table 3.1 Transposición de la legislación (o legislación vigente) en los Estados miembros

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
Alemania	<i>Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen und zur Änderung der Gefahrstoffverordnung (Biostoffverordnung)</i>	Acuerdo del Gabinete del 24.4.2013; aprobación final prevista para julio de 2013	http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/neufassung-biostoffverordnung.pdf;jsessionid=35EE1C2EBB9DC997C987B6FC1A2BEAF0?__blob=publicationFile (en alemán)
	Reglamento sobre agentes biológicos	Sin cambios por la Directiva 2010/32/EU	http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf (en alemán)
	<i>Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge</i> (Reglamento sobre la protección de la salud profesional)		http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672990/publicationFile/47827/TRBA-250.pdf
	<i>TRBA 250 für Gesundheitsdienst</i> (Reglamento técnico del sector sanitario)	Sin cambios por la Directiva 2010/32/EU, pero se revisará en diciembre de 2013	http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/666126/publicationFile/ (en alemán)
	<i>TRBA 400 für Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Gefährdungen</i> (Reglamento técnico para la evaluación de riesgos)	La enmienda más reciente data del 13.9.2012	
Austria	<i>Nadelstichverordnung (NastV)</i> (Reglamentación sobre pinchazos de agujas)	3.1.2013	http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf (en alemán)
Bélgica	<i>Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le</i>	17.4.2013	http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2013/05/03/loi-2013202242-Print.html (en francés)

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
	<p><i>secteur hospitalier et sanitaire</i></p> <p>(Decreto real por el que se enmienda el decreto real del 4 de agosto de 1996 relativo a la protección de los trabajadores contra el riesgo de exposición a agentes biológicos en el lugar de trabajo, para evitar lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario)</p>		
Bulgaria	<p>Национална програма по безопасным и здравословным условиям труда</p> <p>(Programa nacional relativo a las condiciones de trabajo saludables y seguras)</p>		
Croacia	<p><i>'Pravilnik o načinu provođenja mjera zaštite radi sprječavanja nastanka ozljeda oštrim predmetima'</i></p> <p>(Ordenanza sobre las medidas de seguridad para evitar lesiones causadas por objetos cortantes y punzantes)</p>	2013	http://www.propisi.hr/print.php?id=12450 (en croata)
Dinamarca	<p>Legislación existente en materia de salud y seguridad y agentes biológicos</p>	Sin cambios en la legislación existente	
Finlandia	<p><i>Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla 317/2013</i></p> <p>(Decreto gubernamental sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario 317/2013)</p>	8.5.2013	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317 (en finés)

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
Francia	<i>Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare¹⁹</i> (Decreto n.º 2013-607 sobre la protección contra riesgos biológicos)	9.7. 2013	http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX000027689086&categorieLien=id (en francés)
Grecia	Decreto Presidencial 6/2013, Φ.Ε.Κ.:15/A`/21.1.2013	21.1.2013	http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/15a_13.1359100961546.pdf (en griego)
Hungría	<i>'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről</i> (Decreto del Ministerio de Recursos Humanos 51/2013. [VII. 15.]	16.7. 2013	http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337 (en húngaro)
Irlanda	Si bien se había alcanzado un acuerdo entre los interlocutores sociales y las administraciones de salud y seguridad sobre el texto que debía transponerse, a fecha de 15 de noviembre, el	Mayo de 2013	http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Biological_Agents/Sharps/Directive_on_Sharps/guide_to_th

¹⁹Además de la legislación vigente en Francia, mencionada en la nota a pie de página n.º 35 de la página 22.

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
	<p>Gobierno de Irlanda todavía no había procedido a incluir la Directiva en las leyes irlandesas.</p> <p><i>Safety, Health and Welfare at Work (Prevention of Sharps Injuries in the Healthcare Sector) Regulations, 2013</i> (Reglamento sobre la seguridad, la salud y el bienestar en el trabajo (prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario), 2013)</p>		e_proposed_regulations.pdf (en inglés)
Letonia	Legislación existente en materia de salud y seguridad y agentes biológicos	Sin cambios en la legislación existente	
Lituania	<p>Orden del Ministro de Seguridad Social y Trabajo, el Ministro de Salud y el Ministro de Educación y Ciencias de la República de Lituania, n.º 1-157/V-501, relativa a la reglamentación especial para aplicar la Directiva sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario</p> <p>Orden del Ministro de Salud n.º V-946 '<i>Lietuvos Higienos norma HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai</i>' (Norma sobre la higiene n.º 47 revisada sobre las instituciones sanitarias. Requisitos de control de las infecciones)</p>	<p>16.3. 2012</p> <p>19.10. 2012</p>	<p>http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=420536&p_query=&p_tr2=2 (en lituano)</p> <p>http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2 (en lituano)</p>
Países Bajos	<p><i>Wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving</i></p> <p>Enmienda a los artículos 4.97 y 9.3 de la ley sobre salud y</p>	1.1.2012	http://www.ggz nederland.nl/werk-en-opleiding/staatsblad-2011-399.pdf (en neerlandés)

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
	seguridad		
Reino Unido	<i>Health and Safety (Sharps instruments in healthcare) Regulations 2013</i> (Normativa sobre Salud y Seguridad (instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario), 2013)	18.3.2013	http://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/645/made Pautas sobre salud y seguridad: http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf (en inglés)
República Checa	Textos más significativos: 432/2003 Criterios de clasificación de puestos de trabajo en relación con los factores de riesgo del entorno de trabajo 262/2006 Código del Trabajo 309/2006 Ley complementaria al Código del Trabajo (evaluación de riesgos) 537/2006 Inmunización contra enfermedades transmisibles para los trabajadores del sector sanitario 372/2011 Ley sobre atención médica 373/2011 Ley sobre servicios sanitarios específicos	Las enmiendas más recientes datan de 2011	
Rumanía	Decisión del Gobierno de Rumanía n.º 243 sobre las medidas de precaución mínimas de salud y seguridad para evitar lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario, de conformidad con el artículo 108 de la Constitución de Rumanía y la ley relativa a la salud y seguridad en el trabajo 319/2006 con sus enmiendas	8.5.2013	http://www.mmuncii.ro/nou/images/Documente/Legislatie/HG243-2013.pdf (en rumano)

País	Nombre de la ley	Fecha de entrada en vigor	Enlace
Suecia	<p><i>Ändringsföreskrifterna (AFS 2012:7) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet (AFS 2005:1)</i></p> <p>Enmienda a la legislación relativa a los peligros microbiológicos en el lugar de trabajo</p>	7.12.2012	http://www.av.se/dokument/afs/afs2012_07.pdf (en sueco)
Países del EEE			
Noruega	Enmienda a la ley sobre el entorno de trabajo	21.6.2013	http://www.arbeidstilsynet.no/lov.html?tid=78120 (en inglés)

3.2 Calado de los cambios necesarios en la legislación existente

Ya existe un corpus significativo de legislación europea en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST), al que también se hace referencia en la Directiva 2010/32/UE. En este contexto, es pertinente mencionar la Directiva 89/391/CEE (la directiva marco de la UE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo²⁰) y la Directiva 2000/54/CE, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo²¹.

Todas estas directivas ya se han introducido en las legislaciones de los Estados miembros hace unos años. Ya existe, por tanto, un marco de protección al que la nueva Directiva añade mayor especificidad y, en algunos países, nuevos requisitos.

En la Figura 1.2, a continuación, se puede apreciar el calado de los cambios necesarios en la legislación de cada Estado miembro según las respuestas a la encuesta.

Se puede constatar lo siguiente:

- Cinco países consideraron que no era necesario ningún cambio legislativo: Bélgica, Dinamarca y Letonia. Además, las respuestas de Polonia y la República Checa indican que los cambios necesarios eran ínfimos o inexistentes.
- Cinco países de la UE solo consideran necesarios retoques de poca envergadura: Estonia, Francia, Italia, Lituania y Países Bajos. En el EEE, Noruega también introdujo un número limitado de cambios y Bielorrusia, que no forma parte de la UE ni del EEE y que, por tanto, no está obligada a aplicar la Directiva, indicó que solo era necesario introducir pequeñas modificaciones para cumplir los requisitos de esta.
- Diez países, a saber, Alemania, Austria, Croacia, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Portugal, Reino Unido y Suecia, requerían cambios de nivel medio en sus legislaciones.
- Solo Ucrania indicó que, en su caso, eran necesarias modificaciones significativas de su legislación para cumplir los requisitos de la Directiva, aunque no tiene obligación de aplicarla.

Las principales enmiendas necesarias giran en torno a cuestiones como la prohibición del reencapsulado, la exigencia de una evaluación de los riesgos específica y la facilitación de vacunas preventivas. La introducción de dispositivos médicos con mecanismos de protección integrados también se consideró una de las posibles consecuencias de los cambios en la legislación de varios países (aunque se base en los resultados de la evaluación de riesgos).

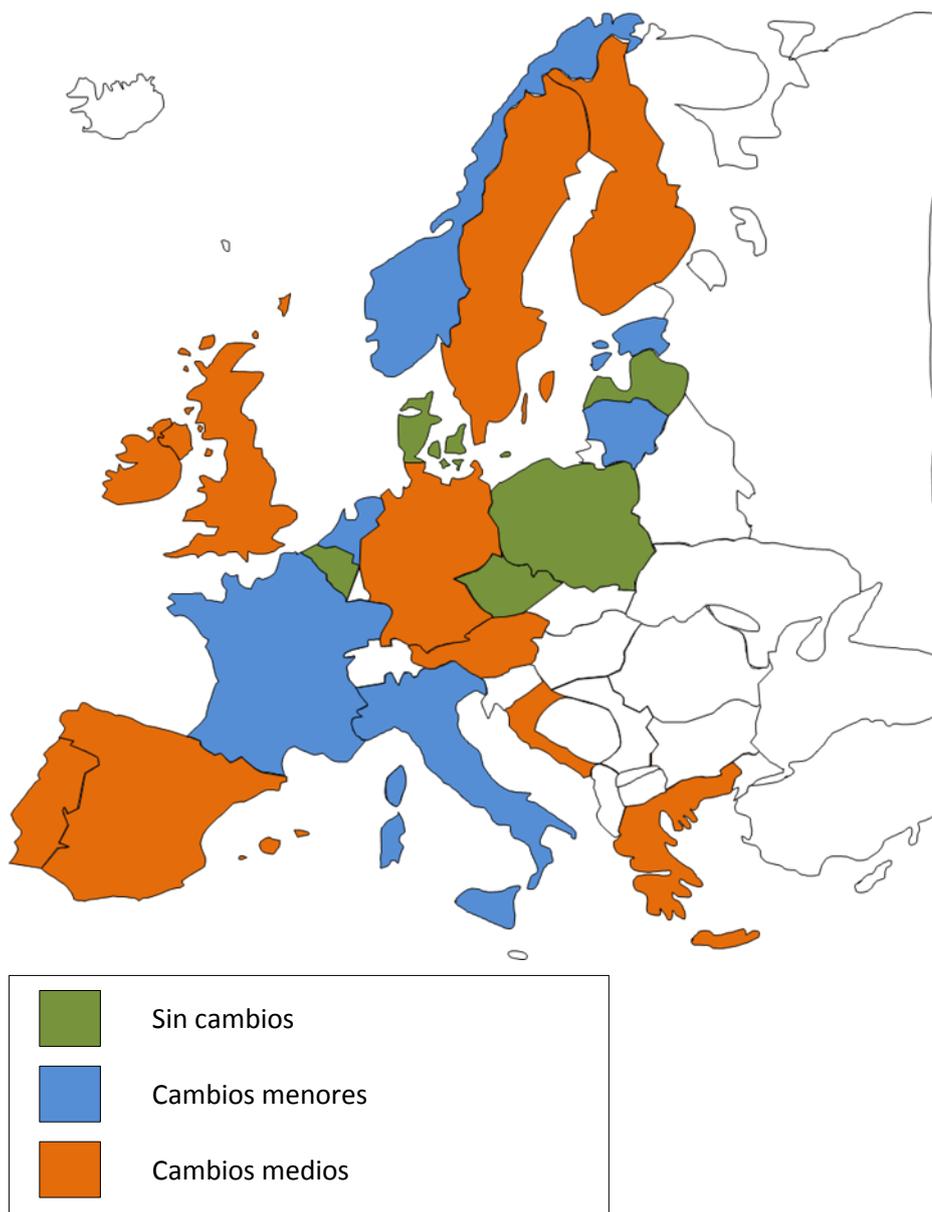
Se planteó que los costes de dichos equipos podrían suponer todo un desafío para algunos países, en particular para los Estados miembros más pequeños con limitaciones presupuestarias considerables y que, a menudo, no pueden beneficiarse de las economías de escala para adquirir dispositivos médicos. En la siguiente sección se debaten con más detalle los obstáculos para la aplicación.

Otro posible problema identificado es la divergencia en las interpretaciones en cuanto al ámbito de aplicación de la Directiva (qué personal está cubierto).

²⁰Véase <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:ES:HTML>

²¹Véase <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0054:es:NOT>

Figura 1.2 Calado de los cambios necesarios en la legislación existente en los 28 Estados miembros de la UE y Noruega



Fuente: ICFGHK (2013) a partir de las respuestas recibidas a la encuesta realizada por miembros de la FSESP y HOSPEEM en el marco del proyecto «Promoción y apoyo a la aplicación de la Directiva 2010/32/UE» gestionado por la FSESP y HOSPEEM con el apoyo de la Comisión Europea.

4 Desafíos y pautas existentes para la aplicación

En la mayoría de los países ya existen pautas para evitar lesiones con instrumental médico cortopunzante y, en aquellos en los que no existe, está previsto elaborarlas como parte de la transposición y aplicación de la Directiva. Por ejemplo, en Finlandia, las partes negociadoras acordaron publicar un manual a finales de año en la página web del Instituto Finlandés de Salud Profesional.

En el marco de la encuesta sobre la transposición de la Directiva, se recopilaron muestras de dichas pautas o manuales, que están disponibles en la página web del proyecto, <http://www.epsu.org/r/629> (en inglés), en la página <http://www.epsu.org/a/9157> (en inglés con ejemplos multilingües). A nivel transnacional, entre las pautas existentes se incluye el material elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OHSA)²², la European Biosafety Network (red europea de seguridad biológica)²³ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴. En la siguiente tabla se resumen algunos ejemplos de pautas recopilados de distintos Estados miembros de la UE.

Table 4.1 Pautas existentes para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes

País	Título del documento y autor	Enlace
Alemania	Página web «Hospital seguro»	http://www.sicheres-krankenhaus.de/ (en alemán)
	Proyecto modelo «STOP a los pinchazos de agujas»	http://www.stopnadelstich.de/Home.html (en alemán)
Bélgica	Prévention des Blessures Par Objets Tranchants ; CSCSP	http://www.epsu.org/IMG/pdf/B-Prevention-Blessures-Objets-Tranchants-CSC-SP.pdf (en francés)
Chipre	Comité Central de infecciones hospitalarias; instrucciones para la gestión de instrumentos cortantes y punzantes contaminados, Ministerio de Salud	http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf (en griego)
	Control de infecciones hospitalarias; Pautas para la gestión de residuos; Oficina del Hospital General de Nicosia	http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf (en griego)
Dinamarca	Stikboksen.dk - et ressourcested om stikskader på sygehuse; Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed	http://stikboksen.dk/ (en danés)

²² <https://osha.europa.eu/es/sector/healthcare/prevention-sharp-injuries-workplace>

²³ <http://europeanbiosafetynetwork.eu/> (en inglés)

²⁴ http://www.who.int/occupational_health/activities/4policy.pdf (en inglés)

País	Título del documento y autor	Enlace
España	FSP UGT : Manual de Uso (y varios carteles de sensibilización)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-ManuelDeUso.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermera.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermero.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-3-NoDejesQueJuegenConTuSalud.pdf
Finlandia	Que los pinchazos de agujas no te pillen por sorpresa: peligro de accidente; Tehy	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Finnish_study_on_needlestick_injuries_-_Tehy.pdf (en inglés)
Grecia	<p>Diversas campañas y seminarios de formación para el personal del Ministerio de Salud, las administraciones hospitalarias, los comités de infecciones hospitalarias y el Instituto Helénico para la salud y la seguridad en el trabajo.</p> <p>«Experiencia griega e internacional sobre los accidentes en el trabajo y enfermedades de los trabajadores del sector hospitalario. Pautas para la evaluación y prevención de los riesgos laborales», <i>Makropoulos Vassilis, 2007</i></p>	http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/Eilhnik%20Diethn%20Empeiria%205.1191576532627.pdf (en griego)
Hungría	Prevención de enfermedades transmitidas por la sangre y los fluidos corporales durante la prestación de servicios sanitarios; Centro Nacional de Epidemiología	http://www.epsu.org/IMG/pdf/H-KJ-Ver-Es-Valadek-2003.pdf (en húngaro)
Italia	Azienda Ospedaliera "Maggiore Della Carità", Novara: Disposizioni in merito alle contaminazioni con materiale biologico a seguito di infortunio	http://www.epsu.org/IMG/pdf/I-AOU-Maggiore-della-Carita-di-Novara-Info-.pdf (en italiano)
Países Bajos	Ziekenhuisen : Accidenteel Bloedcontact ; Werkgroep Infectiepreventie	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Report-Dutch-WG-Prevention-Sharps-Injuries.pdf (en neerlandés)
Reino Unido	Pautas conjuntas de los interlocutores sociales sobre la prevención de lesiones causadas	http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-Joint-SP-Guidance-Needlestick-Injury.pdf (en inglés) http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publicat

País	Título del documento y autor	Enlace
	por pinchazos de agujas	ions/Documents/Needlestick%20injury.pdf (en inglés)
	Consejos sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes; Empleadores NHS	http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-RCN-Sharps-Safety-Guidance-Implementation-Dir-2010-32-EU.pdf (en inglés)
	La seguridad de los instrumentos cortantes y punzantes: Pautas de RCN	
Suecia	Proyecto para la prevención de lesiones causadas por pinchazos de agujas (informe del proyecto del que se extraerán las pautas)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/S-Project-Reduction-Sharps-Injuries-Sweden-Description_Summary.pdf (en sueco)

Fuente: Respuestas de los miembros de la FSESP y HOSPEEM en el marco del proyecto «Promoción y apoyo a la aplicación de la Directiva 2010/32/EU» gestionado por la FSESP y HOSPEEM con el apoyo de la Comisión Europea.

4.2 Principales desafíos y buenas prácticas para superarlos

Los siguientes elementos son la clave de las buenas prácticas para aplicar el fondo de la Directiva a nivel nacional y la respuesta para superar los problemas de aplicación:

Recopilación y notificación de datos

Existen pruebas rotundas sobre la escasa notificación de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. Los motivos de ello pueden ser estructurales, por ejemplo:

- Reconocer las lesiones por instrumental médico cortopunzante como un accidente laboral.
- ¿Qué incidentes deben notificarse y a qué nivel? Por ejemplo, ¿solo los que causen una ausencia del puesto del trabajo superior a tres días?

Los motivos también pueden ser organizativos, por ejemplo:

- ¿Los procesos de notificación son transparentes y sencillos para los trabajadores que pueden sufrir lesiones de este tipo (incluido el personal auxiliar subcontratado)?
- ¿Hay procesos claros para supervisar la incidencia de estas lesiones y tomar las medidas adecuadas en las organizaciones?

Por último, también existen motivos personales como consecuencia de:

- la falta de concienciación sobre los riesgos o el desconocimiento de los procesos de notificación;
- culparse a uno mismo por el accidente o sentir miedo de que se le culpe.

Todos estos factores pueden superarse si se instauran pautas y procesos claros que garanticen la notificación de todos los incidentes, primero en la organización y, a continuación, centralizados. Esto debe venir de la mano de formación y sensibilización. Además, es necesario asegurarse de que los procesos de notificación son sencillos pero eficaces y debe brindarse apoyo rápidamente (incluidos tratamientos profilácticos si fueran

necesarios). Asimismo, debe haber un compromiso al más alto nivel, así como a través de estructuras de gestión que permitan subsanar los posibles factores de riesgo en consulta con los representantes de los trabajadores. Promover la cultura «sin culpa» en todos los contextos sanitarios es otra de las claves. Por último, ha de recopilarse información en las organizaciones y a escala nacional para examinar regularmente los avances y realizar los ajustes necesarios.

Evaluación y prevención de los riesgos

La mejor manera de evaluar la necesidad de modificar los procesos laborales consiste en realizar una evaluación de riesgos frecuente y en todos los contextos. Los representantes de los trabajadores han de participar en esas evaluaciones de los riesgos, que deben centrarse en la prevención en la medida de lo posible. Ello no siempre implica la introducción de dispositivos con mecanismos de protección integrados, pero puede requerir cambios en las prácticas. Así, por ejemplo, las prisas y la tensión (a veces con un nivel insuficiente de personal) se han identificado como causas importantes de las heridas con instrumental médico cortopunzante. En este contexto de restricciones presupuestarias, deben buscarse las formas más eficaces y eficientes para evitar los factores de riesgo en el lugar de trabajo.

Uso de dispositivos médicos con mecanismos de protección integrados

Los dispositivos médicos que incorporan mecanismos de protección integrados pueden tener una función importante en la prevención, tal como se demostró en los talleres y en la conferencia de clausura del proyecto. No obstante, también cabe notar que introducir este tipo de dispositivos no siempre es la mejor ni la única manera de evitar los riesgos. Del mismo modo, la calidad de los dispositivos no es siempre la misma y no pueden utilizarse en todas las intervenciones; por tanto, su introducción puede que incluso sea contraproducente. Se proponen las siguientes recomendaciones:

- Los dispositivos con mecanismos de protección integrados deben desarrollarse en colaboración con sus usuarios.
- Los fabricantes deben asumir la responsabilidad de proporcionar formación y, como buena práctica, sería conveniente incluirla como requisito en los procesos de adquisición.
- La introducción al por mayor de nuevos dispositivos debe ir precedida de un proceso de prueba sólido y transparente.
- Quizá sea necesario adaptar los procesos y sistemas de adquisición para asegurarse de que los equipos puestos a disposición son adecuados en vistas a garantizar su utilización eficaz y eficiente.
- Deben estudiarse maneras eficaces de aprovechar la economía de escala en los pedidos de nuevos productos y, cuando sea posible, más allá de una única organización.

5 Apéndice 1: Resumen por países

En este apéndice se resume brevemente la información presentada por los representantes de las afiliadas de la FSESP, los miembros de HOSPEEM y otros expertos (personal médico, investigadores, representantes de los ministerios nacionales) de los países que participaron en los seminarios regionales sobre la transposición nacional de la legislación, las pautas existentes y las posibles dificultades para su aplicación. La información aquí contenida se extrajo de los informes de los talleres regionales.

Alemania

En Alemania también se han completado las deliberaciones sobre la aplicación de la Directiva y está previsto que la legislación y las normativas nuevas entren en vigor en julio de 2013. La transposición se ha realizado mediante enmiendas a la legislación sobre agentes biológicos (*Biostoffverordnung*), que ya era una transposición de la legislación comunitaria (de la Directiva 2000/54/CE), y la normativa sobre la prevención en materia de salud laboral (*Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge*) que está relacionada con las vacunas preventivas para el personal médico. Asimismo, existen otras reglamentaciones técnicas específicas, como la TRBA 2508 para el sector sanitario y la TRBA 4009 sobre la evaluación de los riesgos. La TRBA 250 (normativa técnica para el sector sanitario) debe revisarse en diciembre de 2013.

En Alemania, los interlocutores sociales y los ministerios pertinentes, en particular el Ministerio Federal de Trabajo y Asuntos Sociales (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, BMAS), colaboraron estrechamente en la transposición de la Directiva y mostraron su apreciación por su enfoque integrado, que hace hincapié en la evaluación y prevención de los riesgos, la formación y la notificación para facilitar la mejora de los procesos.

Además, se ha realizado un proyecto piloto para evaluar las prácticas en las organizaciones y estudiar la mejor forma de optimizarlas. En el proyecto *STOP Nadelstich*, que trata de fomentar la seguridad mediante la formación, la organización y la selección de productos para evitar lesiones causadas por pinchazos de agujas, participaron un hospital, cuatro centros quirúrgicos y un servicio de ambulancias.

El proyecto comenzó con la recopilación de información sobre los métodos actuales y la gravedad de las lesiones, lo que implicaba que el personal del proyecto entendiera y observara las prácticas. En esa fase se identificaron múltiples carencias. A continuación, se pasó a la fase de intervención, en la que se ofrecieron distintos tipos de servicios, incluidos los siguientes:

- formación;
- aprendizaje en línea;
- un estudio de muestras de distintos tipos de dispositivos con mecanismos de protección integrados e instrucciones para que se probaran;
- asistencia práctica (como una tarjeta nemotécnica de tamaño bolsillo con las prácticas seguras).

Posteriormente, se evaluaron y observaron de nuevo las prácticas y los resultados y se comprobó que habían mejorado considerablemente entre el personal sanitario. No obstante, también se constataron lagunas en la aplicación por parte de los trabajadores subcontratados de lavandería, limpieza y hostelería en particular, entre los que se produjeron una serie de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. El proyecto piloto pretendía englobar un número representativo de trabajadores, pero no

resultó posible porque los trabajadores subcontratados afectados se negaron a cooperar en el proyecto.

Al margen de la participación de todo el personal afectado, las principales lecciones extraídas por las distintas partes interesadas son las siguientes:

- Es necesario revisar los protocolos existentes con frecuencia y todo el personal debe saber qué hacer en caso de que se produzca un accidente.
- Es necesario alentar a los empleadores para que impliquen al personal en el desarrollo de los protocolos pertinentes, así como en la selección de los dispositivos con mecanismos de protección integrados cuando consideren que son necesarios. Asimismo, todo el personal debe participar, incluidos aquellos que trabajen en servicios subcontratados.
- Se recomendó igualmente a la industria que desarrollara, en cooperación con los profesionales de la salud, herramientas más adaptadas y proporcionara una mejor formación para así aumentar la aceptación de dichos dispositivos.

Un representante de ver.di que intervino en la conferencia identificó las siguientes carencias para la aplicación de prácticas seguras en el lugar de trabajo:

- carencias informativas;
- falta de sensibilización sobre la cuestión;
- falta de atención en las intervenciones;
- uso incorrecto de los utensilios médicos cortopunzantes;
- problemas económicos;
- exceso de trabajo y estrés.

La aplicación en las organizaciones, por tanto, será el verdadero examen al que tendrá que someterse la Directiva.

También presentó una página web, *Sicheres Krankenhaus* (hospital seguro), creada por un fondo de seguros de accidentes laborales de Renania del Norte-Westfalia (*Unfallkasse Nordrhein-Westfalen*) y el *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, bgw*. Todavía está en curso de elaboración y contiene información sobre la seguridad y la salud en el trabajo en los hospitales y también abarca el tema de la prevención de lesiones causadas por instrumentos médicos cortantes y punzantes.

Austria

Austria es uno de los cuatro Estados miembros en los que la Directiva ya se ha incorporado a la legislación nacional mediante la llamada «reglamentación de las agujas» (*Nadelstichverordnung, NastV*). Esta normativa se publicó el 3 de enero de 2013 y entró en vigor el 11 de mayo de 2013. Hace referencia específica a la Directiva y a la FSESP y HOSPEEM en tanto que partes negociadoras del convenio marco. En ella se abarca a los trabajadores del sector sanitario y se menciona específicamente que todo personal auxiliar (por ejemplo, de las empresas subcontratadas para gestionar las instalaciones de lavandería) debe estar también informado de las disposiciones.

En general, la cantidad de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en Austria y, en particular, el número de infecciones subsecuentes en el lugar de trabajo, se considera bastante bajo, según un portavoz de la asociación hospitalaria de Salzburgo

(*Salzburger Landeskliniken, SALK*). Esto se debe en parte a la baja prevalencia subyacente de hepatitis y VIH entre los pacientes en Austria.

Siguiendo el ejemplo de SALK, se demostró que ya hace años que empezaron a adoptarse muchas medidas encaminadas a evitar estas lesiones. Entre ellas se incluyen:

- evaluaciones para identificar los riesgos y tomar las medidas necesarias para evitarlos o eliminarlos;
- inmunización contra la hepatitis B;
- formación y sensibilización;
- procedimientos de notificación internos;
- introducción de dispositivos con mecanismos de protección integrados cuando procede.

En SALK se han introducido toda una serie de dispositivos con mecanismos de protección integrados desde 2008, incluidas cánulas gripper micros, palomillas de seguridad (ambas en 2008), lancetas y bisturís de seguridad (2010), sistemas de seguridad para análisis sanguíneos (2011) y catéteres venflón (2012). En todos estos casos, el proceso de abastecimiento y pedido lleva su tiempo e implica crear un grupo de expertos, hacer un anuncio de licitación y proceder a la formación durante la instalación del equipo nuevo. Es especialmente importante recalcar que los departamentos de adquisiciones y de medicina del trabajo de SALK trabajan en estrecha colaboración. Solo se procede a la compra de dispositivos probados y analizados por el departamento responsable de la medicina del trabajo.

En 2011 se produjeron 277 heridas por pinchazos de agujas en SALK, de las cuales 73 se dieron durante su eliminación. A la luz de las estadísticas sobre el lugar y el modo en que se produjeron las lesiones, se considera que el 30 % podría haberse evitado. Desde 2009, SALK ha reducido las lesiones de este tipo: de 334 a 275 en 2012. No obstante, si se examinan los distintos dispositivos con mecanismos de protección integrados, es importante destacar que no todos tienen la misma eficacia para reducir los incidentes con instrumental médico cortopunzante. Por ejemplo, tras la introducción de las palomillas de seguridad, la cantidad de casos aumentó. En parte, ello se debe a que al personal le resultaba más difícil utilizar ese instrumental (o no estaba acostumbrado), pero también demuestra que es complicado evitar las causas de las lesiones únicamente con los dispositivos de seguridad. De hecho, muchos de los «dispositivos de seguridad» disponibles en esos momentos resultan no ser aptos para los tratamientos en los que se pretenden utilizar. Por tanto, suponen más bien un riesgo de lesiones innecesarias y posibles infecciones.

En cuanto a los instrumentos cortantes y punzantes (en lugar de los pinchazos de agujas), puede resultar más difícil sustituir ese instrumental y gestionar las lesiones por él causadas. Si bien es posible encontrar escalpelos retráctiles, la mayor parte de las lesiones parecen producirse durante el mismo transcurso de las intervenciones quirúrgicas, lo que no puede evitarse con dispositivos que incorporen mecanismos de protección integrados.

En general, se consideró que las medidas más eficaces para evitar accidentes y enfermedades laborales causadas por el contacto con instrumentos cortantes y punzantes son las siguientes:

- la inmunización contra la hepatitis B;
- llevar equipos de protección personal (guantes, etc.);
- las cremas de protección cutánea durante las operaciones en las que hay sangre;

- contenedores específicos al alcance para deshacerse de los instrumentos cortantes y punzantes;
- formación y personal bien formado en las intervenciones más arriesgadas;
- en la medida de lo posible, reducir las prisas en las intervenciones.

En lo que respecta a los costes derivados de las 277 lesiones causadas por pinchazos de agujas de 2011, se calcula que ascienden a uno 45 000 euros en análisis de laboratorio de las muestras sanguíneas de los pacientes y el personal, otros 100 000 en dispositivos con mecanismos de protección integrados y unos 10 000 euros en más contenedores. No se sabe nada de los costes adicionales que supone la mayor cantidad de residuos generados como consecuencia de la introducción de los dispositivos de seguridad. En este contexto, cabe notar que no ha habido ninguna infección producida por un pinchazo de aguja desde 1994.

Bélgica

Al igual que sucede en casi todos los países, en Bélgica ya había leyes relacionadas con las disposiciones de la Directiva y su aplicación se realizó mediante una enmienda al Decreto Real sobre la exposición a agentes biológicos. Los interlocutores sociales interprofesionales presentaron una propuesta de enmienda por iniciativa propia sin consultar a las organizaciones de los interlocutores sociales específicas del sector y signatarias del convenio marco de la FSESP y HOSPEEM sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario de julio de 2009, convertido en la Directiva 201/32/UE. Los interlocutores sociales del sector están investigando la cuestión, ya que los interlocutores sociales interprofesionales de Bélgica no son signatarios del convenio marco europeo. Asimismo, los interlocutores sociales sectoriales no participaron en la transposición de la Directiva, solo lo hicieron los interlocutores sociales interprofesionales.

Sin embargo, los cambios propuestos en principio son poco significativos y consisten principalmente en cubrir no solo al personal del sector sanitario, sino también a los trabajadores subcontratados que corren el riesgo de estar expuestos a lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. En la legislación enmendada también se exige una mayor responsabilidad de los trabajadores por su propia seguridad y salud (en función de su nivel de formación y cualificaciones y de conformidad con las instrucciones específicas del empleador en cada lugar de trabajo) y por el seguimiento de la formación adecuada, así como por la notificación de las lesiones. El uso de instrumental con mecanismos de protección integrados no es en ningún caso obligatorio pero, de estar disponible, debe utilizarse.

Además de la Directiva europea, Bélgica ha adaptado su legislación en materia de protección de los trabajadores ante los riesgos derivados de su exposición a agentes bacteriológicos en el trabajo para evitar lesiones por instrumentos cortopunzantes en el sector sanitario.

El empleador facilita a los trabajadores la formación adecuada sobre las pautas y protocolos relacionados con las heridas o infecciones causadas por instrumental médico cortopunzante, haciendo especial hincapié en el debido uso de dichos utensilios y la manera pertinente de eliminarlos. En este contexto, se prohíbe el reencapsulado. Asimismo, se han estipulado otras disposiciones en materia de atención de urgencias, notificaciones y seguimiento.

Si se diera un accidente tras un reencapsulado, el trabajador podría ser sancionado por no respetar las instrucciones de seguridad. Como resultado de ello, los trabajadores que se lesionan ya no suelen notificar los accidentes. Si la legislación en materia de accidentes

laborales no plantea de otro modo la cuestión del error (profesional), el Decreto Real antes mencionado responsabiliza *de facto* al trabajador que se lesiona por no cumplir las instrucciones de seguridad.

Consideramos que ello constituye un efecto negativo no deseado en principio en los debates que se celebraron en el marco del diálogo social europeo que dio pie a la transposición de la Directiva.

Bulgaria

La Directiva ya se ha incorporado a la legislación nacional con la participación de los interlocutores sociales. Al mismo tiempo, se está llevando a cabo un programa nacional a favor de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo para reducir los casos de enfermedades y accidentes laborales y establecer disposiciones preventivas de índole legislativa, organizativa y técnica para mantener condiciones de trabajo seguras y saludables. Se articula en torno a los programas de trabajo anuales de la estrategia para las condiciones laborales saludables y la seguridad en el lugar de trabajo. El objetivo es lograr una clara reducción de las enfermedades y los accidentes laborales.

Tal como se indica en el convenio marco, el primer paso para prevenir las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes es la evaluación de los riesgos. En Bulgaria, existen unas pautas que permiten clasificar los riesgos en distintas categorías. Las áreas de trabajo consideradas de alto riesgo deben tratarse con prioridad para sacarle el máximo partido a los escasos recursos. Puesto que muchas organizaciones del país se someten a frecuentes reestructuraciones, es importante repetir la evaluación de los riesgos cada vez que se modifica la organización laboral y el lugar del trabajo. El orador subrayó que en la gestión de riesgos laborales debe prestarse especial atención a la implantación de un sistema de supervisión y evaluación eficaz.

A continuación, debe procederse a la redacción de las medidas de prevención, que deben cobrar forma de plan en cada organización.

Los sindicatos y los trabajadores deben participar tanto en la evaluación de los riesgos como en la planificación de la prevención. La evaluación de los riesgos se organiza en varios pasos. En Bulgaria, se recomienda incluir a los trabajadores en la evaluación de los riesgos mediante comités dedicados a tratar las condiciones de trabajo en la propia institución sanitaria. Además, esos comités tienen la obligación de, entre otros, recibir información sobre la organización de la evaluación de los riesgos y participar en la identificación de las personas que realizan las distintas tareas, informar de los cambios en el lugar de trabajo y colaborar con sus empleadores para conservar un entorno de trabajo seguro. Asimismo, el orador presentó posibles medidas para reducir los riesgos de lesiones por instrumental médico cortopunzante, como, por ejemplo, utilizar un plan de acción, y los pasos acordados y aplicados conjuntamente entre los empleadores y los trabajadores para sustentar una estrategia de prevención general, como programas de formación o el uso adecuado de contenedores para el instrumental utilizado.

Cuando se produce un accidente, es importante registrar las causas y los efectos claramente para facilitar la planificación de procedimientos mejorados cuando sea necesario. Esto solo se puede realizar si no existe una cultura de la culpa, si se notifican todos los accidentes y si se entiende que todas las medidas están encaminadas a paliar los riesgos identificados.

Además, el personal está protegido mediante vacunas preventivas contra la hepatitis B. El orador presentó la reivindicación del sindicato de ofrecer vacunas gratuitas para todos los trabajadores y estudiantes que participan en la prestación de atención médica y acciones afines en el lugar de trabajo.

El 24 de noviembre de 2012 se celebró en Sofía un seminario en el que participaron trabajadores interesados en promover la aplicación de la Directiva.

Croacia

Al adherirse a la Unión Europea en julio de 2013, Croacia asumió la obligación de aplicar el acervo de la Unión. La Directiva sobre instrumentos cortantes y punzantes se transpuso en 2013 mediante una ordenanza relativa a las medidas de seguridad para evitar heridas causadas por instrumental médico cortopunzante (véase la tabla 3.1 a continuación). Es posible que en un futuro esa legislación se complemente con disposiciones más detalladas a través de un convenio colectivo. En estos momentos, los sindicatos del sector consideran que, si solo se adapta la legislación, no queda suficientemente claro cuáles son las sanciones imputables por su no aplicación. La falta de recursos también puede limitar la introducción de dispositivos con mecanismos de protección integrados según la evaluación de los riesgos. En este sentido, es importante considerar que los fondos de seguros de salud de Croacia (los responsables de abastecer al sistema de salud) no participaron en la aplicación de la Directiva. El proceso de notificación de los incidentes y lesiones también se considera incompleto por ahora.

Entre las medidas de prevención actuales se encuentran las siguientes:

- vacunas contra la hepatitis B para alumnos, estudiantes y trabajadores del sector sanitario (disponibles y obligatorias para todos);
- sistemas de notificación de las lesiones en todas las instituciones sanitarias;
- protocolos en caso de lesión en todas las instituciones sanitarias;
- contenedores para instrumentos cortantes y punzantes en la mayoría de las instituciones, aunque a menudo son de mala calidad;
- uso de guantes y un uso muy limitado de dispositivos sin agujas y agujas y cánulas de seguridad;
- carteles de sensibilización;
- información para los empleados sobre los riesgos y las medidas de protección.

Chipre

Se ha presentado ante el Parlamento un proyecto de ley para aplicar la Directiva. Consistiría en una enmienda a la legislación existente.

Ya existen pautas sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. En la página web se han publicado ejemplos de pautas, material didáctico, películas, etc. de varios países más (<http://www.epsu.org/a/9157> (en inglés con ejemplos multilingües).

Dinamarca

En Dinamarca se consideró que no era necesario modificar la legislación nacional existente para aplicar la Directiva. Las leyes más importantes se basan en la evaluación de los riesgos y están mejoradas mediante un convenio colectivo. Su aplicación en concreto y las medidas de prevención se determinan a nivel local en función de la evaluación de riesgos y mediante procesos sólidos de comunicación y aprendizaje de las buenas prácticas entre organizaciones.

España

En España se estableció la aplicación de la Directiva dentro del plazo de mayo de 2013 mediante una enmienda a la legislación existente, pero el proceso todavía no se ha concluido.

La legislación vigente establece prioridades de intervención y, en particular, la introducción de dispositivos con mecanismos de protección integrados en las áreas con mayores factores de riesgo. Se ha realizado una investigación detallada para identificar las áreas de trabajo, las categorías profesionales y los niveles de cualificación en los que los riesgos de exposición son más elevados.

Se subrayó la importancia de involucrar a los profesionales en el diseño de los dispositivos de seguridad, así como la obligación de las empresas que los comercializan de ofrecer formación sobre su uso seguro. Sin esa formación, a menudo aumentan los riesgos de lesión, ya que los trabajadores del sector sanitario no saben cómo utilizar los nuevos dispositivos.

La experiencia española muestra que la utilización de dispositivos con mecanismos de protección integrados en las áreas de alto riesgo permite reducir las lesiones percutáneas en un 41 %.

Estonia

Si bien Estonia no ha concluido todavía la transposición de la Directiva, los cambios necesarios de su legislación se consideran limitados. Por tanto, se está examinando proceder a la transposición mediante pautas adicionales, en lugar de a través de cambios legislativos. Se ha consultado plenamente a las organizaciones de los interlocutores sociales a lo largo del proceso. No se prevén cambios importantes para la aplicación.

Finlandia

El Comité Tripartito Asesor del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia decidió establecer un subcomité a principios de 2011 para ocuparse de la aplicación de la Directiva y evaluar qué normativas nacionales cabría enmendar para así proponer las enmiendas pertinentes. Ese subcomité estaba formado por representantes de distintas partes interesadas, como los interlocutores sociales, las autoridades municipales y las organizaciones productoras de dispositivos de seguridad. La tarea fue ardua puesto que en Finlandia existen 17 normativas que tratan distintos elementos de los principios recogidos en la Directiva. Al inicio de la evaluación parecía que la mayoría de los principios ya se aplicaban en Finlandia y que no serían necesarios grandes cambios. Cuando la presidencia del Comité presentó el primer borrador de decreto, los empleadores se opusieron a la propuesta. Se completaron las negociaciones en mayo de 2013 con la adopción de la legislación revisada.

Los temas más polémicos fueron los siguientes: la evaluación de riesgos y la eliminación de los riesgos de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes, el establecimiento de protocolos de trabajo seguros (en este punto se debatió sobre la definición de «dispositivos seguros» y «normas de trabajo seguras»; por el momento, no hay mucha experiencia al respecto), la colocación de cubos de basura seguros para el instrumental médico cortopunzante, la inmunización gratuita para los trabajadores expuestos y, por último, la notificación y el seguimiento de las lesiones. El debate abarcó, asimismo, el ámbito de aplicación práctica de la Directiva en el sector sanitario, las residencias asistidas y el sector del trabajo social, ya que no estaba claro qué se considera instrumental médico cortopunzante (por ejemplo, las agujas de acupuntura) y qué es un cubo seguro para eliminarlos, por ejemplo, en la atención a domicilio.

Francia

En Francia, la transposición de la Directiva se realizó el 9 de julio de 2013 mediante el decreto n.º 2013-607 relativo a la protección contra los riesgos biológicos (*décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare*). Ese decreto se insertó en el artículo R.4424-11 del Código del Trabajo, completando así el dispositivo existente sobre las medidas para evitar riesgos biológicos. La ley cubre a 1,2 millones de trabajadores del sector sanitario, tanto en instituciones públicas como privadas. En el decreto también se hace referencia a una orden conjunta de los ministros de trabajo y salud para adaptar la protección ofrecida a los trabajadores que pueden entrar en contacto con instrumental médico cortopunzante, así como las condiciones de uso de dicho instrumental. Esta orden conjunta especificará, asimismo, las categorías de centros cubiertos por estas normas, además de la obligación de los empleadores de ofrecer cuidados inmediatos y de proporcionar información y formación al personal.

Los sindicatos del sector quisieran que se ampliara la aplicación de la ley para cubrir no solo los hospitales, sino también las clínicas y el personal sanitario que trabaja a domicilio.

Los centros sanitarios de Francia ya deben aplicar un amplio abanico de normativas sobre la prevención de la exposición accidental a infecciones yatrógenas y sanguíneas.

Entre ellas se incluye el Código del Trabajo, el Código de Salud Pública y otras normativas que se aplican al sector hospitalario²⁵. En ellas también se cubre la cuestión de la prevención, por ejemplo, en relación con la inmunización del personal sanitario y la eliminación de los instrumentos cortantes y punzantes.

La supervisión de la prevalencia de lesiones por instrumental médico cortopunzante con exposición sanguínea es responsabilidad de un instituto de supervisión nacional establecido en 1998, que se ocupa de controlar el riesgo de infecciones por VIH y hepatitis B o C.

Se ha creado un comité con el objetivo de reducir los riesgos de lesiones de este tipo (*Réseau RAISIN*). Ese órgano era responsable de un plan de acción de cinco años (de 2009 a 2013) con el objetivo de reducir en un 25 % la exposición por cada 100 camas. Cada día se notifican alrededor de 16 000 incidentes con riesgo de exposición a infecciones de transmisión sanguínea, sin olvidar que aproximadamente el 70 % de los incidentes no se notifican.

²⁵Por ejemplo, el Decreto n.º 94-353 de 1994 sobre la protección de los trabajadores contra la exposición a agentes biológicos, por el que se modifica el Código del Trabajo; Circular DGS/SH/DRT n.º 98/228 de 1998 sobre las recomendaciones acerca de los tratamientos antirretrovirales tras una exposición con riesgo de transmisión de VIH; Circular DGS/DH n.º 98/249 de 1998 sobre la prevención de la transmisión de agentes infecciosos a través de la sangre o de otros fluidos biológicos en un establecimiento de servicios sanitarios; Circular DH/SL20DGS/VS3 n.º 554 de 1998 sobre la recogida de instrumentos cortantes y punzantes; *Circulaire interministérielle DGS/R12/DHOS/DGT/DSS no 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*; *Circulaire 2009/272 du 26 août 2009 : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 avec un objectif de réduction de 25% du taux d'incidence des AES/100 lits en 2012 (Données de référence AES RAISIN 2008)*; *Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques*; *Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail*.

Para solucionar el problema de la falta de notificación, la representante sindical que presentó el caso de Francia sugirió hacerla obligatoria.

En la práctica, los dirigentes de los hospitales son los responsables de establecer una estrategia de prevención y los sindicatos desempeñan una función importante influyendo y garantizando su aplicación y supervisión. Entre esas estrategias se incluyen medidas preventivas (como la introducción de dispositivos con mecanismos de protección integrados en áreas de alto riesgo) y medidas de notificación, tratamiento y, cuando fuera necesario, de compensación del personal afectado.

Los sindicatos apoyan con especial énfasis el uso del documento único (*document unique*) en las organizaciones. En él se incluye una evaluación de riesgos inicial, el plan y la estrategia de prevención para reducir y gestionar los riesgos, así como las actividades de notificación y seguimiento. En ese proceso se incluye una evaluación frecuente de la reducción registrada en la incidencia de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes y los pasos siguientes para mejorar la política de prevención en vigor.

Grecia

En Grecia, la Directiva se transpuso en enero de 2013 mediante un Decreto Presidencial. Anteriormente, no existía ningún marco legislativo en materia de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes, con la salvedad de algunas disposiciones incluidas en las medidas para la gestión de residuos médicos. En ese sentido, los cambios son bastante significativos. No obstante, la mayor parte de las disposiciones de la Directiva ya estaban en vigor en el sector sanitario mediante buenas prácticas y pautas (de seminarios de formación y campañas realizadas por el Ministerio de Salud, administraciones hospitalarias, el Consejo de Salud y Seguridad en el Lugar de Trabajo y otros). La aplicación de la Directiva identificará los cambios que se necesitan realmente, tales como garantizar que existe el entorno de trabajo debido con los equipos adecuados.

Las organizaciones que participaron en el proceso fueron el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud y Solidaridad Social, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Desarrollo, Competitividad y Navegación, así como el Consejo para la Salud y la Seguridad de los Trabajadores.

Sin embargo, las organizaciones de los trabajadores y de los empleadores del sector de la salud no participaron.

Hungría

La mayor parte de las disposiciones previstas en la Directiva ya están vigentes en Hungría. La principal dificultad reside en el cumplimiento, debido tanto a cuestiones presupuestarias como al resultado de las deficiencias de la gestión hospitalaria. En Hungría no se utilizan demasiados dispositivos con mecanismos de protección integrados; sin embargo, se garantiza la protección contra la hepatitis B, ya que todos los trabajadores expuestos a una infección en el sector sanitario tienen que vacunarse desde 1993 y, desde 1999, se inmuniza también a todos los mayores de 15 años.

La transposición de la Directiva hizo necesaria la cooperación entre los ministerios responsables de salud pública y de seguridad y salud en el trabajo. El decreto que completa

la aplicación en el territorio nacional entró en vigor el 16 de julio de 2013²⁶. El Centro Nacional de Epidemiología elaboró en 2003 pautas sobre temas como la vacunación, la profilaxis posterior a la exposición, la prevención, la evaluación de las probabilidades de transmisión, la desinfección, la gestión de residuos y la prohibición de reencapsulado.

Irlanda

A principios de 2012, las autoridades irlandesas de seguridad y salud (Irish Health and Safety Authority, HAS) lanzaron un proyecto de consulta entre las partes interesadas sobre un borrador de normativa en materia de seguridad, salud y bienestar en el trabajo (prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario). La evaluación de las repercusiones que realizaron dice así: «Se estima que la transposición de la Directiva a través de la nueva normativa que se propone tendrá unas repercusiones mínimas, ya que muchas de las obligaciones ya se recogen en los principios expuestos en la Ley de seguridad, salud y bienestar en el trabajo de 2005 y en la Normativa sobre de seguridad, salud y bienestar en el trabajo de 1994 y las normativas enmendadas. En las nuevas normativas propuestas se aplican exactamente los mismos principios en materia de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes, pero son más explícitas en cuanto a algunas obligaciones, como la elaboración de una evaluación de riesgos del instrumental médico cortopunzante, el uso de dispositivos médicos con mecanismos de protección integrados, la información y formación sobre los nuevos dispositivos y la prohibición de la práctica del reencapsulado. Las conclusiones del análisis apuntan a que, puesto que muchas de las obligaciones ya existen, la mayoría de los empleadores del sector solo tendrán que ampliar las prácticas existentes a las áreas en las que todavía no se han aplicado los cambios».

Si bien se había alcanzado un acuerdo entre los interlocutores sociales y las administraciones de salud y seguridad sobre el texto que debía transponerse, el Gobierno de Irlanda todavía no ha procedido a incluir la Directiva en las leyes nacionales. Por ahora no se ha fijado ningún fecha para la transposición. El Congreso de Sindicatos de Irlanda sigue presionando para lograr una transposición inmediata. En el texto se hace referencia a todos los empleados del sector hospitalario y sanitario, incluidos los autónomos y los becarios no remunerados. La evaluación de los riesgos debe realizarla el empleador en consulta con los trabajadores. El empleador debe tener en cuenta en la evaluación las tecnologías disponibles para reducir los riesgos, la organización del trabajo establecida y la experiencia de los empleados. Si se identifican riesgos en la evaluación, el empleador tiene la obligación de eliminarlos o paliarlos mediante protocolos de prevención, la prohibición del reencapsulado, formación, sensibilización, intervenciones en caso de lesión, facilitación de dispositivos de seguridad y transporte seguro del instrumental médico cortopunzante en el lugar de trabajo.

El empleador tiene, en general, la obligación de proporcionar formación. Los trabajadores deben notificar todo incidente al empleador y este tiene la obligación de notificar a las autoridades nacionales los que causen ausencias de más de tres días y los que presenten un alto riesgo de contagio.

Los trabajadores expuestos a grandes riesgos deben recibir inmunización gratuita.

Si se produjera un accidente, los empleadores tienen que garantizar el asesoramiento.

²⁶Decreto del Ministerio de Recursos Humanos 51/2013. (VII. 15.) 'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről', disponible en húngaro en http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337.

El sindicato irlandés, ICTU, está bastante satisfecho con el borrador y, en su opinión, la inmunización gratuita para los trabajadores es un paso adelante, así como la evaluación de los riesgos en consulta con los empleados. No obstante, la interpretación de las disposiciones sobre el reencapsulado suscita alguna reticencia, habida cuenta de la realidad clínica y la viabilidad de los protocolos y las normas descritos en la Directiva. Asimismo, los sindicatos están preocupados, en general, por las repercusiones que los recortes en los presupuestos del sector sanitario puedan tener en la aplicación de las disposiciones legales.

La presentación de un médico del trabajo de un hospital irlandés local puso de manifiesto que los hospitales disponen de informes sobre las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes y ya aplican medidas y protocolos de prevención. La investigación interna, no obstante, muestra que, incluso con buenos protocolos de seguridad y salud, sigue habiendo accidentes simplemente porque las tareas que implican instrumental médico cortopunzante son inherentemente peligrosas. No siempre se siguen al pie de la letra los sistemas seguros de trabajo en situaciones en las que la formación es deficiente o en las que la supervisión es inadecuada. Cuando se proporcionan dispositivos con mecanismos de protección integrados, la oposición a las nuevas tecnologías puede ser un obstáculo para la adopción de prácticas más seguras. Del mismo modo, los departamentos de compras y adquisiciones están a veces obligados por unos contratos que no permiten cambiar los productos. En ocasiones, no se reponen existencias en las clínicas, en particular si se trata de productos nuevos o que no se almacenan, y los productos nuevos no siempre se guardan y muestran en los lugares donde es más probable su uso. Se ha constatado que los dispositivos de seguridad no siempre garantizan intervenciones más seguras y cada vez hay más pruebas que apuntan a que, efectivamente, hay accidentes cuando la formación sobre su uso no es adecuada.

Italia

En Italia, muchas de las disposiciones de la Directiva ya están cubiertas por los decretos legislativos vigentes. Sin embargo, son necesarias algunas enmiendas para rellenar las lagunas destacadas en el convenio marco de la UE y en la subsecuente Directiva.

En virtud del Decreto legislativo 81 se estipula la eliminación de los riesgos de conformidad con la evaluación de riesgos. Se incluye una disposición sobre el uso de dispositivos con mecanismos de protección integrados.

Se añadirán disposiciones nuevas al capítulo 10 de este decreto para garantizar que quedan cubiertos también los estudiantes de medicina. Asimismo, se enmendará el artículo 286 sobre la evaluación de riesgos para asegurarse de que se contempla el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sanguínea.

El borrador de la nueva legislación ya está finalizado, pero la situación política actual derivada de la falta de mayoría para formar un nuevo gobierno (como resultado de las elecciones generales celebradas a finales de febrero de 2013) causará una demora inevitable en el debate y aprobación de las enmiendas de ley en el Parlamento.

En la práctica, la adopción de equipos y prácticas de trabajo más seguros comenzó en la década de los ochenta, con el aumento de la concienciación sobre los riesgos de infección de VIH y hepatitis B y C (a medida que fue aumentando la tasa de prevalencia entre los pacientes). Con los años, se ha prohibido el reencapsulado, se ha instaurado la obligación de instalar contenedores para los objetos médicos cortopunzantes, se han introducido los equipos de protección personal, se han mejorado la sensibilización y la formación y, partir de mediados de la década de los noventa, se han introducido cada vez más dispositivos con medidas de seguridad incorporadas.

Asimismo, se han desarrollado pautas para la evaluación de los riesgos y se han mejorado, y a veces simplificado, los protocolos de notificación.

Los análisis más rápidos para descartar la exposición y una mejor profilaxis y tratamiento para los trabajadores afectados también han contribuido a reducir los significativos riesgos para la salud a los que se enfrentan los trabajadores que sufren lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes.

Desde la introducción de todas esas medidas, se ha reducido considerablemente la tasa de lesiones, en particular en los ámbitos en los que se han puesto a disposición dispositivos médicos con mecanismos de protección integrados y contenedores seguros para recoger los objetos médicos cortopunzantes.

La experiencia de Italia demuestra que la manera más eficaz de reducir de forma sostenible este tipo de lesiones es un enfoque integrado. Se dijo que la Directiva supone un importante paso adelante para garantizar la aplicación de dicho enfoque integrado.

Letonia

Se estima que no es necesario introducir ningún cambio significativo en la legislación de Letonia para aplicar la Directiva. No obstante, las restricciones financieras en los hospitales se consideran hoy por hoy un posible obstáculo para la plena aplicación.

Lituania

En Lituania, la Directiva se transpuso mediante una Orden del Ministro de Seguridad Social y Trabajo, el Ministro de Salud y el Ministro de Educación y Ciencias de la República de Lituania (n.º A1-157/V-501, relativa a la normativa especial para aplicar la Directiva sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario) del 16 de marzo de 2012, y una orden del Ministro de Salud (n.º v-946 del 10 de octubre de 2012) (véase la tabla 3.1 anterior). Los cambios causados en la legislación por estas órdenes son escasos.

Incluso antes de la aprobación de estas órdenes, la normativa de seguridad y salud ya exigía una evaluación de los riesgos y toda una serie de medidas preventivas en el marco de una cultura sin culpas (véase http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=453359, en lituano). Se deben utilizar dispositivos médicos con mecanismos de protección integrados cuando se considere necesario en función de la evaluación de los riesgos (véase http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435935, en lituano) y, desde 2001 estaba prohibido el reencapsulado (véase http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=140647&p_query=&p_tr2=2, en lituano). Se exige a los empleadores que proporcionen la formación adecuada y debe establecerse una supervisión (véase http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2, en lituano).

Todas las partes interesadas participaron en el proceso de transposición, incluidos los interlocutores sociales. Se estima que una de las principales dificultades se planteará en la aplicación y en la notificación de las lesiones. El sindicato lituano del personal sanitario realizó una encuesta en 12 instituciones sanitarias que indicaba una incidencia de 1,72 lesiones por instrumentos cortantes y punzantes al año entre los participantes en la encuesta. De ellas, entre un 10 y un 15 % no se notifican, lo que no solo distorsiona las estadísticas oficiales, sino que también impide que se brinde algún tipo de ayuda o tratamiento profiláctico (posiblemente necesario) para los trabajadores afectados. A pesar de las disposiciones existentes, los representantes sindicales consideran que la formación sobre las medidas de seguridad y la prevención de las lesiones por instrumental médico cortopunzante actual es insuficiente.

Malta

El Ministerio de Salud de Malta será responsable de la aplicación de la Directiva.

Una de las inquietudes expresadas por los sindicatos gira en torno a la cobertura de la Directiva, que podría ampliarse para que no se limitara al sector sanitario. Se dio el ejemplo de los trabajadores del sector postal, ya que se han dado casos de lesiones causadas por las agujas que habían tirado en los buzones consumidores de drogas.

Países Bajos

Como ya se ha mencionado, los Países Bajos ya han aplicado la Directiva mediante una enmienda a la ley nacional de salud y seguridad (Arbo), en la que se han introducido dos nuevos artículos: el primero obliga a los hospitales a utilizar sistemas con agujas de seguridad y el segundo prohíbe el reencapsulado²⁷. Además de la legislación, también se aplican las pautas para la prevención de lesiones causadas por pinchazos de agujas. No obstante, el alcance de las pautas es más limitado que el de la Directiva, ya que solo se aplica al sector hospitalario. Los hospitales deben aplicar los protocolos necesarios de conformidad con las intenciones de la Directiva. El organismo encargado de la inspección del trabajo en el país realizará controles a partir de 2014. Los principales componentes de las directrices estipulan que los empleadores deben ofrecer condiciones de trabajo seguras e introducir dispositivos de seguridad en la medida de lo posible sin que los costes sean el principal criterio.

En un informe del Centro Nacional de la Hepatitis publicado en 2008 se recomendaba que los hospitales centraran la información y la formación para reducir los costes de nuevas compras y utilizaran los dispositivos disponibles todo lo que pudiesen y durante el mayor tiempo posible, ya que la reconversión de las agujas es considerablemente onerosa. Asimismo, se recomendaba establecer un comité de salud y seguridad en cada hospital en el que participaran el equipo directivo, los trabajadores y sus representantes con el fin de establecer un entorno seguro en el que también los empleados se sintieran protegidos. Esto tiene la ventaja de causar menos inseguridad y dar pie a menos situaciones tensas.

Polonia

Se calcula que hay 700 000 personas portadoras de enfermedades infecciosas como la hepatitis A y B y el VIH/SIDA en la población de posibles pacientes en Polonia. Para evaluar los riesgos que corre el personal sanitario es importante tener presente que, en Polonia, el personal de enfermería está autorizado a realizar tareas que solo están permitidas al personal médico y otros especialistas en el resto de países de la UE. Del mismo modo, cabe notar que el personal de limpieza y lavandería también está expuesto a riesgos, pero resulta difícil evitar los riesgos y supervisar las lesiones, en la medida en que cada vez es más frecuente la subcontratación de esos servicios. Cada año se notifican unas 28 000 lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes, y unos 3000 trabajadores contraen infecciones como consecuencia de ellas. Se calcula que la cifra real es más elevada, ya que muchos accidentes no se notifican.

El Gobierno no comenzó el diálogo con los interlocutores sociales sobre la transposición de la Directiva hasta diciembre de 2012. En el primer borrador no se cubría a todo el personal (por ejemplo, se excluía al personal en formación y a los trabajadores temporales). A continuación, se convocó una conferencia para debatir la situación y la aplicación de la

²⁷ Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

Directiva. Los interlocutores sociales recibieron una revisión de ese borrador de ley de aplicación el 5 de abril de 2013. En el borrador se abarca a todos los trabajadores del sector sanitario y se prevé que los empleadores proporcionen condiciones de trabajo seguras. Todavía están en curso las deliberaciones en torno al texto final.

Reino Unido

El Reino Unido dispone de grupos nacionales de trabajo para promover las políticas relativas a los entornos de trabajo seguros con respecto a las lesiones por pinchazos de agujas, como la red *Safer Needle Network*. La mayor parte de los hospitales cuenta con un sistema de notificación a través de un programa informático específico (EPI net) que pretende lograr la homogenización de las notificaciones en un futuro. La agencia de protección de la salud del Reino Unido publica cada dos, tres o cuatro años el informe *Eye of a needle* sobre la supervisión de un gran número de exposiciones profesionales de los trabajadores de la salud a virus de transmisión sanguínea. Algunas de las normas vigentes tienen un carácter más general. Por ejemplo, los empleadores ya deben realizar una evaluación de los riesgos para la salud y la seguridad de sus empleados. No obstante, la Directiva va más allá y exige una evaluación específica de los riesgos de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes y requiere que se tengan en cuenta algunos elementos en esa evaluación. La Directiva tendrá unas consecuencias similares en cuanto a las prácticas seguras, el intercambio de información, la formación y la notificación.

«El cambio más radical en las leyes del Reino Unido será la prohibición inmediata del reencapsulado de agujas, a menos que la evaluación de los riesgos realizada por el empleador haya identificado que es necesario proceder al reencapsulado para evitar un riesgo (por ejemplo, para reducir el riesgo de contaminación de preparaciones estériles). En esos casos contados, deben facilitarse los dispositivos adecuados para controlar el riesgo de lesión de los trabajadores. Se espera una actualización de las pautas nacionales, incluido un manual de NHS y las pautas del Ministerio de Salud, para reflejar las normas más específicas incluidas en la Directiva».

A finales de 2012, el Health and Safety Executive (HSE, órgano que regula la salud y la seguridad en el lugar de trabajo) lanzó una consulta con las partes interesadas sobre el borrador propuesto para aplicar la Directiva. El borrador se elaboró tras una campaña de inspección realizada por la HSE en 21 hospitales y un estudio para evaluar la eficacia de los dispositivos de seguridad. En el informe de la inspección se llegaba a la conclusión de que las políticas de la mayoría de los hospitales se habían creado para reducir la exposición de los trabajadores a virus de transmisión sanguínea; no obstante, solo en una minoría de los hospitales todo el personal era consciente de los riesgos y de sus responsabilidades. La HSE tiene capacidad de inspección y, en octubre de 2010, había enjuiciado a un fondo fiduciario del NHS porque un trabajador del sector sanitario contrajo el virus de la hepatitis C tras un pinchazo con una aguja que se había utilizado para extraer sangre de un paciente infectado. Se impuso una multa al hospital de 12 500 libras esterlinas y otras 9000 en concepto de costes. El estudio para evaluar la eficacia de los dispositivos de seguridad indicó que su uso reduce los accidentes de lesiones con instrumentos cortantes y punzantes si se combina con políticas de formación y de lugares de trabajo seguros.

Tras haber celebrado debates con las partes interesadas, se adoptó la normativa del Reino Unido en mayo de 2013. Si bien la HSE tuvo en cuenta una parte de sus consideraciones, los sindicatos no quedaron satisfechos con el alcance del texto. En particular, la normativa no cubre a los trabajadores de los servicios sociales ni a los que no están empleados directamente en el sector sanitario, como el personal de enfermería de las cárceles. A los sindicatos también les preocupaba que la carga de la responsabilidad de la notificación recaiga en los trabajadores, sin que a los empleadores se les exija notificar todas las lesiones por instrumentos cortantes y punzantes a las autoridades.

Los interlocutores sociales trabajan en la actualidad con la red *Safer Needle Network* para actualizar la pautas nacionales en vigor en aras de facilitar la aplicación de la normativa.

República Checa

La República Checa ha transpuesto la Directiva mediante la legislación ya existente en el Código del Trabajo, que se enmendó por última vez en 2006. Además, en 2011 se introdujo una nueva normativa en materia de seguridad y salud en el trabajo para los trabajadores del sector sanitario (372/2011 y 373/2011). En 2013 entrará en vigor, asimismo, otra enmienda sobre el tema, en relación con la transposición de la Directiva (79/2013). La ley sobre residuos peligrosos ya estipula que los instrumentos cortantes y punzantes de uso médico tienen que eliminarse de manera segura.

Los ministerios de Trabajo, Salud y Medio Ambiente se encargaron de la transposición.

En relación con la aplicación en las organizaciones, el primer paso siempre es la evaluación de los riesgos, con evaluaciones específicas para cada lugar de trabajo y actividad y para cada categoría profesional. Es importante actualizar periódicamente esas evaluaciones, que son responsabilidad del empleador según el Código del Trabajo checo, para reflejar los cambios en el personal y en las prácticas. La ley estipula que debe concederse prioridad a las medidas técnicas y colectivas, que deben estar complementadas a nivel individual con el uso de equipos de protección y modificaciones en los acuerdos laborales. También existe un exhaustivo compendio de disposiciones en materia de información y sensibilización sobre los riesgos identificados y las medidas que debe proporcionar el empleador.

Todos los accidentes laborales deben documentarse en el lugar de trabajo (con la clara responsabilidad de notificar, tanto del trabajador como del empleador), pero solo los accidentes y las lesiones que tengan como consecuencia una ausencia de más de tres días laborables se notifican a nivel nacional. En el futuro, será necesario notificar más datos a nivel nacional.

Los trabajadores del sector sanitario reciben inmunización contra la hepatitis B obligatoriamente y no pueden negarse a ello; de lo contrario, se establece que no son aptos para el trabajo y no les cubre el seguro. Asimismo, el personal se somete a un reconocimiento médico cada dos años (en las áreas de mayor riesgo) o cada 3 o 5 años (según la edad). Los costes corren a cargo del empleador.

En algunas áreas, el uso de dispositivos con mecanismos de protección integrados lleva generalizado ya algún tiempo (por ejemplo, las agujas rellenas, etc.). No obstante, siguen produciéndose accidentes y la carga de trabajo excesiva y sus factores de riesgo asociados tienen una parte importante de la responsabilidad.

Rumanía

En Rumanía la Directiva se transpuso en mayo de 2013. No obstante, el sector de la salud hace frente a desafíos significativos debido a los recortes presupuestarios. Esto incluye la interrupción de la inmunización obligatoria del personal sanitario contra la hepatitis B, que ahora solo se ofrece en las áreas consideradas de mayor riesgo. El resto de trabajadores deben pagar para vacunarse.

Suecia

La Directiva ya se ha aplicado en Suecia mediante una enmienda a la legislación existente. Ya a finales de la década de los noventa se lanzaron iniciativas para promover la salud y los entornos de trabajo seguro, así como la creación de comunidades seguras, en las que se incluía una evaluación de los riesgos, también en relación con la exposición a virus de transmisión sanguínea. No obstante, no se ha reducido considerablemente la cantidad de lesiones por pinchazos de agujas, aunque es difícil de calcular, ya que no hay datos disponibles y la información se recoge únicamente en las organizaciones. Así, se están realizando investigaciones en la actualidad con el fin de evaluar lo que queda por hacer en la práctica para reducir los accidentes.

En Suecia se realizó un proyecto para entrevistar a los trabajadores que habían notificado una lesión por pinchazo de aguja e identificar cuándo se producen los accidentes, qué tipo de formación se recibió, qué información estaba disponible antes del accidente y qué pasos se dieron tras la lesión. Las conclusiones de las entrevistas fueron que la mayor parte de los trabajadores se culpaban a sí mismos del accidente, sabían poco de la prohibición del reencapsulado y si existían dispositivos de seguridad y protocolos de trabajo seguros, pero había un mal seguimiento por parte de la dirección y no se debatía la situación, a pesar de que a menudo daban pie a largos períodos de ansiedad y miedo.

En el marco del proyecto también se organizaron talleres con las partes interesadas del país para identificar las mejores prácticas y desarrollar medidas para su inclusión en la estrategia. Los principales retos identificados fueron los siguientes: la protección del medio ambiente (cómo reducir los residuos plásticos de los dispositivos de seguridad); cómo utilizar bien los contenedores para los residuos; cómo encontrar un equilibrio entre los costes de los productos y los protocolos de trabajo seguros; cómo reaccionan los pacientes ante los protocolos de seguridad (deben ser positivos también para los pacientes); y cómo hacer valer las responsabilidades en la organización por la compra de dispositivos de seguridad, la notificación y el seguimiento. Para responder a esas preguntas, es necesario estudiar e investigar en más detalle las rutinas de trabajo del personal, las estructuras organizativas y los aspectos educativos.

El proyecto concluirá a finales de 2013.

Países del EEE

Noruega

Noruega se encuentra en una situación particular, puesto que todas las muestras de sangre las toman científicos biomédicos. Se corre el riesgo de olvidar esta cuestión, ya que la prevalencia de este tipo de lesiones no es muy elevada. Según los datos más recientes, en 2011 se notificaron 200 lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes y se calcula que otros 150 casos no se notificaron.

Según un estudio reciente, el 50 % de estos accidentes se debieron a la falta de atención, pero los dispositivos con mecanismos de protección integrados podrían haber evitado las lesiones. Esos dispositivos se suelen utilizar para las extracciones de sangre (se usan en el 90 % de las extracciones), pero solo se utilizan en un 5 % de otras intervenciones.

Noruega aplicará plenamente la Directiva de la UE y la autoridad noruega de inspección del trabajo está organizando una audiencia pública para la que se esperan respuestas antes del 28 de abril.

Los cambios que se sugiere realizar en la legislación vigente son relativamente limitados y están relacionados principalmente con:

- el refuerzo de la obligación de realizar una evaluación de riesgos,
- la formación del personal para incluir información sobre los riesgos derivados de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes,
- los contenedores de seguridad que se pondrán a disposición para recoger el instrumental médico cortopunzante y
- la prohibición del reencapsulado.

La transposición noruega propuesta por el momento no irá tan lejos como el texto sueco. Cuando se identifican factores de riesgo, la legislación sueca exige el uso de dispositivos con medidas de seguridad incorporados. En Noruega no se prevé que el uso de esos dispositivos vaya a ser prescrito por ley.

Países que no son miembros de la UE

De los países presentes en el seminario de Viena que no son miembros de la UE, es decir, Bielorrusia, Kosovo y Ucrania, este último dispone de una legislación bien desarrollada en materia de evaluación y prevención de los riesgos.

En Bielorrusia, esta cuestión depende de la ley sobre protección de la salud y prevención de las enfermedades infecciosas, así como de la normativa sobre el uso de equipos de protección personales. Esa ley cubre la inmunización preventiva contra la hepatitis B de todos los trabajadores sanitarios en formación. Existen disposiciones detalladas para la notificación de los accidentes laborales que también se aplican a las lesiones causadas por instrumentos médicos cortantes y punzantes. La formación sobre los riesgos de los agentes biológicos está integrada en el programa de estudio y en todos los programas de formación profesional para toda una serie de profesionales del sector de la salud (personal médico, de enfermería y primeros auxilios). No obstante, según el orador del principal sindicato del sector de la salud, hay margen de mejora. Los trabajadores podrían estar más implicados en la planificación de la evaluación y prevención de los riesgos y también se podrían utilizar más dispositivos con mecanismos de protección integrados.

Los representantes de Kosovo y Ucrania describieron brevemente algunas de las características pertinentes sobre la cuestión.

6 Apéndice 2: Cuestionario para los miembros de la FSESP y HOSPEEM

Promoción y apoyo a la aplicación de la Directiva 2010/32/UE sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario

Propuesta de encuesta para los miembros de la FSESP y HOSPEEM

Sus datos

1. Nombre y apellidos

Organización (nombre e indique si es empleador o sindicato)

Empleador

Sindicato

País

Datos de contacto (teléfono y dirección de correo electrónico)

Transposición de la Directiva 2010/32/UE sobre la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario

2. ¿Ya se ha transpuesto la Directiva en su país (marque la casilla correspondiente y proporcione información detallada)?

Sí

No

En caso afirmativo, indique la referencia legislativa y el correspondiente enlace.

En caso negativo, indique la fecha probable de transposición.

3. ¿Qué tipo de transposición se ha elegido? (marque la casilla correspondiente):

Solo legislación

Legislación y convenio colectivo

Solo convenio colectivo

Otra forma de transposición (especifique cuál).

Comente si considera adecuada la modalidad de transposición elegida:

Describa los problemas que haya generado o pueda generar la transposición de la Directiva.:

4. Indique el grado de cambio de disposiciones requerido como consecuencia de la Directiva con respecto al anterior planteamiento de la legislación nacional (marque la casilla correspondiente):

Nulo

Bajo

Moderado

Elevado

Comente los cambios requeridos resumiendo los principales cambios necesarios:

5. ¿Prevé alguna dificultad en relación con la aplicación del texto?

Sí

No

En caso afirmativo, indique la naturaleza de los probables obstáculos:

Organizaciones que participan en la transposición de la Directiva

6. ¿Cuál ha sido la entidad responsable de la transposición de la directiva en su país?

7. ¿Qué organizaciones tuvieron un papel destacado en la transposición de la directiva en su país?

Ministerio de Empleo

Ministerio de Sanidad

Otro ministerio (especifique)

Organización patronal (intersectorial)

Organización sindical (intersectorial)

Organización patronal del sector de la salud

Organización sindical del sector de la salud

Otras organizaciones (especifique)

8. ¿Qué organizaciones no han participado en la transposición que deberían haber participado?

Práctica actual y orientación en materia de prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes

9. Describa las estructuras y sistemas jurídicos vigentes en su país en relación con la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes. Se ruega indicar un enlace o acompañar los documentos pertinentes.

¿Cómo se practica la prevención a nivel organizativo? Se ruega indicar un enlace o acompañar los documentos pertinentes.

10. ¿Existen en su país directrices de buenas prácticas para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en la sanidad? (marque la casilla correspondiente y comente)

Sí

No

En caso afirmativo, proporcione información sobre el autor de la guía, la fecha de publicación y, a ser posible, la dirección de Internet o una copia del documento.

En caso negativo, ¿existe algún plan para elaborar tales directrices?

Sí

No

¿Quién participará en su elaboración?

Interés por asumir un papel activo en uno de los seminarios regionales o la conferencia final del proyecto FSESP/HOSPEEM

11. ¿Están dispuestos/as, usted o un(a) compañero/a con interés en el tema, a presentar durante una conferencia regional del proyecto su herramienta práctica de orientación sobre la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes?

Sí

No

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto: