

INFORME SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN ESPAÑA



Con la colaboración de:



INFORME SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN ESPAÑA

PERE BOIX (coordinador)



El Observatorio de Salud Laboral es una iniciativa promovida conjuntamente por la Universitat Pompeu Fabra, el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) y Unión de Mutuas para recopilar, analizar y difundir informaciones con el fin de conocer la evolución de los problemas de salud laboral y el estado de desarrollo del sistema de seguridad y salud en el trabajo en España.

AUTORES:

PERE BOIX. *Unión de Mutuas*
FERNANDO RODRIGO. *Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud*
ANA M. GARCÍA. *Universidad de Valencia*

CONSULTORES:

JUAN C. BAJO. *Applus+*
MIQUEL MIRA. *Transports Metropolitans de Barcelona*
SILVIA OCERANSKY. *Acciona Trasmediterránea*
ROGELIO OLAVARRI. *Universidad de Cantabria*
SALVADOR PEIRÓ. *Escuela Valenciana de Estudios de la Salud*

APOYO A LA INVESTIGACIÓN:

VANESSA ARIZO. *Becaria*
JULIO BRUNO. *Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*
JUAN C. CASTELLANOS. *Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo*
XIMENA DANIOU. *Random*
JOSEP M. GIL. *Unión de Mutuas*
SUSANA QUINTAS. *Random*
VICENT VILLANUEVA. *Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana*

PANEL DE EXPERTOS:

MANUEL C. BARBA. *Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*
FERNANDO G. BENAVIDES. *Universitat Pompeu Fabra*
JOSE L. CASTELLÁ. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*
JOSÉ COMINO. *SGS-Tecnos*
JOSÉ R. HEVIA. *Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*
JERÓNIMO MAQUEDA. *Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III*
ANTONI OROZCO. *Unión de Mutuas*
PERE PLANA. *Reckitt Benckiser*
M^a JOSEFA RUIZ FIGUEROA. *Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III*
JOSÉ M. RIVEIRA. *Audelco*
HELENA RODRÍGUEZ. *Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*
JUAN C. SÁEZ DE RUS. *Fomento de Construcciones y Contratas SA*
MIGUEL A. TARÍN. *Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo*

SUBVENCIONES:

Conselleria d'Economia, Hisenda i Ocupació. *Generalitat Valenciana*
Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. *Gobierno del Principado de Asturias*

EDITA: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)

REALIZA: Paralelo Edición S.A.

DEPÓSITO LEGAL: M-33387-2008



Impreso en papel reciclado

“Esta publicación se realiza en el marco del Convenio de Colaboración suscrito con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, al amparo de la Resolución de Encomienda de Gestión de 7 de abril de 2008, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, para el desarrollo de actividades de prevención”.

ÍNDICE

INFORME DE SÍNTESIS	5
Justificación	7
Objetivos y métodos	9
Principales resultados	10
EL CONCEPTO DE CALIDAD APLICADO A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN	13
Revisión bibliográfica	15
Evidencias en la literatura científica	16
La preocupación por la calidad de los servicios de salud en el trabajo	19
Marco conceptual y elementos de referencia	19
El punto de vista del cliente	25
Conclusiones	26
Referencias bibliográficas	31
DIAGNÓSTICO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS	35
Percepciones y expectativas	39
Valoraciones sobre la calidad de los Servicios de Prevención	42
Visiones y roles diferenciales	48
Conclusiones	54
GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN	55
ANEXO I: Posibles indicadores para el control de la calidad en los Servicios de Prevención	75
ANEXO II: Propuestas para promover la calidad de los Servicios de Prevención	81
Mejoras propuestas por los clientes, usuarios y grupos de interés	83
Líneas estratégicas de mejora basadas en el criterio experto	84

Justificación

En el ámbito internacional, las nuevas propuestas para la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo apuntan a complementar los instrumentos jurídicos con compromisos estratégicos para su aplicación efectiva¹.

En este marco, los servicios multidisciplinares encargados de la salud en el trabajo han sido reconocidos como un “elemento esencial para conseguir un entorno laboral saludable y sostenible que impacte positivamente en la salud pública de toda la sociedad”².

Todo ello ha venido traduciéndose en un interés creciente, especialmente en los países más avanzados³, por desarrollar prácticas de calidad en el ámbito de los Servicios de Prevención (SP), de forma complementaria a las reglamentaciones normativas, al objeto de mejorar la eficiencia del sistema preventivo en general.

No obstante, la aplicación del concepto de calidad al ámbito de los servicios de salud en el trabajo se ha revelado como algo complejo por las propias características del proceso de prevención.

De entrada, y tal como ocurre con todo tipo de servicios relacionados con la salud, hay que distinguir entre calidad basada en la evidencia y calidad percibida. En el primer caso estaremos hablando de parámetros relacionados sobre todo con los procedimientos y resultados, mientras que en el segundo hablamos fundamentalmente de satisfacción del cliente en términos de percepción.

Esta primera distinción entre calidad profesional y calidad percibida puede plantear, en el ámbito concreto de la salud laboral, determinadas contradicciones entre las necesidades “objetivas” de prevención y las demandas “subjetivas” de los clientes o destinatarios principales, cuyas expectativas, por otra parte, pueden ser también contradictorias entre sí dado que se trata de un doble cliente: el pagador del servicio (empresario) y el destinatario de los beneficios del servicio (trabajador).

Por otra parte, a las expectativas de los “clientes” principales hay que sumar las de otros colectivos que actúan, no siempre de forma convergente, como verdaderos grupos de interés⁴:

- Gobierno y agentes sociales.
- Propietarios de los Servicios de Prevención.
- Gestores y supervisores de las empresas-clientes.
- Gestores de los Servicios de Prevención.
- Profesionales de los Servicios de Prevención.

De ello se derivan nuevos elementos de calidad en relación con el cumplimiento de la normativa vigente, la eficiencia en la gestión o el respeto a los principios éticos, que vienen a añadirse a los componentes anteriormente citados.

Completando este panorama de complejidades, hay que considerar que no siempre está claro que los cambios en los *inputs* (recursos, capacidades, medios) de los Servicios de Prevención tengan un reflejo directo y apreciable en los resultados (reducción de lesiones, enfermedades e incapacidades), ya que éstos dependen en última instancia de cambios tecnológicos y orga-

¹ OIT. Estrategia Global en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ginebra: OIT, 2004.

² Westwerholm P, Baranski B (eds). Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. Health, Environment, Safety in Enterprises Series N° 1. WHO European Centre for Environment and Health, Bilthoven, 1999.

³ Taskinen H (ed). Good Occupational Health Practice. Helsinki: Finnish Institut of Occupational Health, 2001.

⁴ Menckel E. Evaluating and promoting change in Occupational Health Services – Models and Applications. Stockholm: The Swedish Work Environment Fund. 1993.

nizacionales en la empresa⁵, con lo que el modelo clásico de evaluación de servicios de salud "estructura-proceso-resultados"⁶ debe ampliarse para abarcar nuevos conceptos acordes con la práctica de la salud y seguridad en el trabajo.

Por lo que respecta a la situación en España, tras más de 10 años de la adecuación de nuestra legislación a la Directiva Marco europea, se mantiene la insatisfacción por el funcionamiento del sistema preventivo en general y, específicamente, por el de los Servicios de Prevención en particular, por cuanto en la práctica han acabado ofreciendo unas prestaciones básicamente de carácter documental⁷.

No obstante, la demanda de Servicios de Prevención por parte de las empresas ha venido incrementándose de forma notable hasta el punto que, según la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, un 86,9% recurren en la actualidad a algún tipo de Servicio de Prevención como recurso básico para cumplir con sus obligaciones en materia de salud y seguridad, lo cual significa que entre 1999 y 2003 casi se ha duplicado la demanda⁸. En términos de cobertura, los Servicios de Prevención atendían en 2002 al 73% de los trabajadores por cuenta ajena⁹.

La insuficiencia de los resultados en términos de reducción de la siniestralidad, a pesar del recurso empresarial generalizado a la contratación de Servicios de Prevención especializados, ha impulsado una incipiente preocupación por la calidad de dichos servicios.

Distintos sistemas de información puestos en marcha por las comunidades autónomas al amparo del artículo 20.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención, que obliga a dichos servicios a poner a disposición de la Administración una memoria anual, pretenden inferir un juicio de calidad a partir de la misma.

Un informe del Observatorio de Salud Laboral¹⁰, realizado sobre la base de una consulta a casi doscientos expertos nacionales en salud y seguridad, abogaba por la creación de un sistema para la evaluación de la calidad de los Servicios de Prevención como una de las prioridades estratégicas para la mejora del sistema preventivo.

En esta perspectiva, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo¹¹, aprobada por el Gobierno, define como uno de sus grandes objetivos para el periodo 2007-2011 el de "mejorar la eficacia y la calidad del sistema de prevención, poniendo especial énfasis en las entidades especializadas en prevención" (objetivo 2), y propone establecer unos criterios de calidad para la acreditación y evaluación de los Servicios de Prevención.

Como apoyo a esta tendencia, el Observatorio de Salud Laboral viene impulsando desde 2006 una acción de clarificación conceptual y de análisis de la realidad, con el fin de proponer criterios de calidad y promover líneas de mejora en la actividad de los Servicios de Prevención en España.

Dicha iniciativa busca, además, implicar en una dinámica de reflexión e investigación a los distintos grupos de interés con el fin de que las conclusiones sean lo más ampliamente compartidas por los actores con verdadera capacidad de introducir mejoras en el funcionamiento de los servicios. Por ello nuestra opción se enmarca en una dinámica de "evaluación formativa" (*formative evaluation*¹²) como una herramienta de aprendizaje y de mejora que trata de ofrecer información y apoyo a las personas y entidades involucradas en la evaluación para desarrollar sus capacidades, examinando procesos, procedimientos y actividades con el fin de clarificar los objetivos, comprender las expectativas y analizar las diferencias entre intenciones y realizaciones prácticas.

En definitiva, se trata de un proyecto que pretende abordar, desde una óptica de calidad, la actividad desarrollada por los Servicios de Prevención en España con la intención de que el propio proceso de evaluación genere un mayor interés por la calidad y una predisposición favorable a introducir mejoras.

⁵ Husman K. General principles and implementation in OHS evaluation. En: Menckel E, Westerholm P (eds). Evaluation in Occupational health Practice. Bridport: Butterworth Heinemann, 1999.

⁶ Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 1988; 260:1743-8.

⁷ Castejón E, Crespán X. Accidentes de trabajo: el porqué de todo. La Mutua, 2005; 12:69-104.

⁸ Almodóvar A (coord). V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2004.

⁹ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2002. Encuesta de Coyuntura Laboral. [Citado 21 de marzo de 2008] Disponible en <http://www.mtas.es/estadisticas/anuario2002/ECL/Index.htm>

¹⁰ Boix P, Gil JM, Rodrigo F. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Observatorio de Salud Laboral (OSL) 2005. WP05-002.

¹¹ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2007-2012. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2007.

¹² Westerholm P, Menckel E. OHS evaluation: principles, approaches and methods. En: Menckel E, Westerholm P (eds). Evaluation in Occupational health Practice. Bridport: Butterworth Heinemann, 1999 (81-99).

Objetivos y métodos

El objetivo esencial del proyecto es el de aportar conceptos, herramientas e informaciones que faciliten y promuevan la toma de decisiones para mejorar la calidad de los Servicios de Prevención en España.

Para alcanzarlo, hemos abordado los siguientes objetivos parciales:

- a) Delimitar los elementos constitutivos del concepto de calidad aplicado a los servicios de salud en el trabajo.
- b) Identificar las expectativas de los distintos clientes, usuarios y grupos de interés respecto a los Servicios de Prevención en España.
- c) Definir necesidades y propuestas de acción para mejorar la calidad de los Servicios de Prevención en España.
- d) Implicar en todo el proceso a representantes de los distintos clientes, usuarios y grupos de interés en la actividad de los Servicios de Prevención en España.

El proyecto se ha desarrollado en cuatro grandes fases:

1. **Definición del marco conceptual**, mediante la revisión sistemática de la literatura científica existente sobre los conceptos de calidad y buenas prácticas aplicados a los servicios de salud en el trabajo.
2. **Exploración del grado de satisfacción de clientes**, usuarios y grupos de interés mediante la aplicación de técnicas cualitativas de grupo nominal y de grupo de discusión para definir las expectativas de los distintos colectivos:
 - Profesionales de Servicios de Prevención.
 - Directores/gerentes Servicios de Prevención.
 - Inspectores de Trabajo, Administraciones Públicas.
 - Delegados de prevención, organizaciones sindicales.
 - Empresarios, gerentes, organizaciones empresariales.
3. **Diagnóstico de la situación**: elaboración de un informe-diagnóstico a partir de la información obtenida en los grupos, con la pretensión de ofrecer una reflexión sistemática sobre la realidad de los Servicios de Prevención en España desde el punto de vista de la calidad.
4. **Herramienta de autoevaluación**: diseño de una guía de autoevaluación orientada a la dinamización de procesos de mejora en el seno de los propios Servicios de Prevención.

Los productos finales del proyecto, incluidos en esta publicación, se presentan en tres capítulos:

- "Diagnóstico de calidad de los Servicios de Prevención en España".
- "El concepto de calidad aplicado a los Servicios de Prevención".
- "Guía de autoevaluación para la mejora de la calidad de los Servicios de Prevención".

De acuerdo con la pretensión de socializar al máximo los hallazgos y las reflexiones, a lo largo de todo el proceso se han impulsado distintas actividades de debate y de participación:

- a) **Debates sistemáticos**
 - Constitución de un grupo de consultores, cuyo objetivo ha sido el seguimiento y supervisión de todo el proyecto en sus diferentes fases.
 - Convocatoria de tres paneles de expertos, formados por un grupo más amplio de profesionales, que han debatido cada uno de los informes elaborados y han realizado aportaciones de gran interés.
- b) **Debates puntuales**
 - Presentaciones de los informes parciales en diversos foros científicos, académicos o sociales.
 - Organización de seminarios específicos de debate con distintos colectivos del ámbito de los Servicios de Prevención.

Principales resultados

Uno de los criterios esenciales de calidad es el de la idoneidad para un propósito (*fitness for purpose*¹³) o adecuación del funcionamiento a los fines.

En este sentido, podemos definir como finalidad última de los Servicios de Prevención la de *promover y facilitar procesos de cambio en la empresa orientados a la prevención de riesgos, la mejora de las condiciones de trabajo y la protección de la salud de los trabajadores*¹⁴.

Por otra parte, una de las claves de la gestión de la calidad es responder a las expectativas del cliente, lo cual implica, en el caso de los Servicios de Prevención, tomar en consideración un panorama múltiple¹⁵ en el que intervienen tanto los destinatarios directos de la actividad (empresarios y trabajadores) con sus organizaciones representativas (asociaciones empresariales y sindicales), como la Administración con su función de reguladora y de control o los propios profesionales de la prevención con su proyección científico-técnica específica.

En todo caso, la satisfacción del cliente debe compaginarse con las exigencias éticas propias de la actividad profesional, con el rigor científico en la aplicación del conocimiento y con las expectativas sociales, no sólo en relación con el cumplimiento normativo sino también en cuanto a implicación y colaboración con los objetivos generales del sistema de protección de la salud de los trabajadores.

Hay que señalar, además, que lo que produce (*output*) un Servicio de Prevención son esencialmente informaciones —en forma de dictámenes, consejos y asesoramiento— dirigidas a la empresa con el fin de promover desde el interior de la misma la toma de decisiones sobre mejoras que repercutan en una disminución de la probabilidad de daños a la salud de los trabajadores (*outcome*). La relación, por tanto, entre la actividad del Servicio de Prevención y los resultados finales no es inmediata sino que depende del grado de implicación de la empresa como organización (directivos y trabajadores). En la evaluación de la calidad del servicio deberá tenerse en cuenta el concepto de “causa componente”¹⁶, es decir, se podría asumir que siendo necesaria una actuación de calidad por parte del Servicio de Prevención, ello no siempre sería suficiente para obtener buenos resultados aunque, por otra parte, unos malos resultados persistentes pondrían en cuestión necesariamente una supuesta calidad.

En nuestro medio, y según la información obtenida, el denominador común de la percepción sobre qué es un Servicio de Prevención de calidad desde el punto de vista de las expectativas de los clientes, usuarios y grupos de interés entrevistados podría resumirse en que se trata de un servicio formado por profesionales de experiencia reconocida, con quienes poder contar cuando se les necesita, que conocen bien las necesidades de la empresa y actúan como consultores especializados, cuyos productos resultan operativos para la resolución de los problemas y que promueven eficazmente el compromiso empresarial con la prevención.

Teniendo en cuenta tanto el consenso científico como las percepciones de los clientes, usuarios y grupos de interés, hemos construido un marco de referencia de la calidad aplicable a los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) a partir de las siguientes 12 dimensiones agrupadas en cuatro áreas:

¹³ Harvey L. Analytic Quality Glossary. Quality Research International, 2004 [citado 14 de febrero de 2008] Disponible en <http://www.qualityresearchinternational.com/glossary/>

¹⁴ Rantanen J (ed). Survey of the quality and effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland. People and Work Research Reports 45. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2001.

¹⁵ Westwerholm P, Baranski B (op cit).

¹⁶ Rothman K, Greenland S. Modern epidemiology. 2nd ed. Boston: Lippincott-Taven;1998.

1. CALIDAD DE RELACIÓN	1.1 TRANSPARENCIA	El SPA informa con claridad y desde un principio sobre los productos y servicios que oferta, así como de la necesidad de implicación activa por parte de la empresa para conseguir los objetivos preventivos.
	1.2 INTERACCIÓN	El SPA toma en consideración las percepciones y expectativas de las empresas-cliente y, a su vez, le traslada sistemáticamente y de forma didáctica informaciones orientadas a adecuar las demandas a las necesidades.
	1.3 IMPLICACIÓN	El SPA actúa como consultor de la empresa cliente y le presta una asistencia continuada, aportando una contribución activa y relevante a la planificación y gestión de la SST.
2. CALIDAD DE ORIENTACIÓN	2.1 ENFOQUE PREVENTIVO	El SPA se orienta a evitar cualquier tipo de daño a la salud de los trabajadores, aplica los principios jerárquicos de la prevención y fomenta la integración de la prevención en la gestión empresarial.
	2.2 ÉTICA	El SPA asume y aplica criterios de buena práctica profesional, respeta la confidencialidad y la dignidad de las personas, y actúa con independencia e imparcialidad.
	2.3 ORIENTACIÓN AL CLIENTE	El SPA conoce las necesidades, expectativas y demandas de las empresas cliente y proporciona productos y servicios adecuados a las mismas y adaptados a sus peculiaridades.
3. CALIDAD PROFESIONAL	3.1 RIGUROSIDAD	Los distintos profesionales del SPA aplican conocimientos y técnicas actualizados en sus respectivas disciplinas para analizar y resolver los problemas de SST.
	3.2 COMPETENCIA	Los profesionales del SPA realizan diagnósticos certeros de necesidades en materia de SST y proponen soluciones efectivas a los problemas detectados.
	3.3 INTERDISCIPLINARIDAD	Los distintos especialistas del SPA analizan y discuten conjuntamente entre sí (o, en su caso, con los de otros SP) los problemas complejos, compartiendo conocimientos y experiencias en orden a proponer las mejores soluciones.
4. CALIDAD DE GESTIÓN	4.1 CAPACIDAD DE RESPUESTA	El SPA dispone de recursos humanos y técnicos apropiados y suficientes, así como de una organización adecuada, para dar respuesta a las necesidades en materia de SST de las empresas.
	4.2 EFECTIVIDAD	El SPA dispone de procedimientos y herramientas adecuados a los objetivos de prevención, que le permiten una gestión de actividades capaz de promover mejoras preventivas en la empresa.
	4.3 MEJORA CONTINUA	El SPA analiza sistemáticamente su propia actividad y sus resultados, identifica las posibilidades de mejora y las aplica efectivamente.

A partir de este marco hemos contrastado las expectativas de calidad con las percepciones de los clientes, usuarios y grupos de interés respecto a la práctica habitual de los Servicios de Prevención Ajenos, obteniendo como aproximación diagnóstica la constatación de una insatisfacción generalizada en cuanto a su funcionamiento por parte de los diferentes colectivos entrevistados, sobre todo en relación con la falta de implicación y la escasa capacidad de respuesta frente a los problemas de salud y seguridad en la empresa. Con todo, las opiniones menos desfavorables provienen de los suministradores del servicio (directivos de Servicios de Prevención), mientras que las voces más críticas corresponden a los destinatarios directos (empresarios y trabajadores).

La principal reflexión analítica que emerge de este diagnóstico desfavorable podría resumirse en la siguiente tesis: la falta de impulso de políticas de calidad por parte de la Administración –elemento determinante en la regulación y orientación del mer-

cado— y una oferta acomodaticia por parte de las entidades de prevención a la demanda formalista —inducida por aquella política— de la mayoría de las empresas-cliente ha generado una dinámica burocrática generalizada carente de calidad científico-técnica y alejada de los objetivos sociales a los que se supone que los Servicios de Prevención debían contribuir.

Esta falta de “coherencia preventiva” ha desatado una guerra de precios en un escenario de competencia desleal cuyo resultado ha sido un aumento desmesurado de las ratios de empresas por técnico que, además de frustrar en buena medida las expectativas de los profesionales, han resultado incompatibles con cualquier planteamiento de calidad. Si a ello le añadimos el predominio de una cultura radical de “externalización de la prevención” en el ámbito empresarial y un sistema de formación más que deficiente en el terreno profesional, tendremos una imagen bastante aproximada de los factores determinantes de este diagnóstico negativo.

Promover una política de calidad en los Servicios de Prevención requiere de un planteamiento estratégico que debe ser liderado por la Administración y apoyado de forma decidida muy especialmente por las asociaciones profesionales. Dicha estrategia debería contemplar cuatro líneas maestras: a) crear las condiciones que posibiliten un juego de oferta y demanda de calidad en el ámbito de los Servicios de Prevención; b) prestigiar socialmente la actividad profesional en el campo de la prevención de riesgos laborales; c) potenciar el desarrollo de un mercado coherente en relación con el asesoramiento técnico preventivo en materia de salud y seguridad; c) aglutinar intereses y actores sociales en favor de la calidad de la prevención.

En esta tesitura, la aplicación de una herramienta de discusión y análisis en el seno de los Servicios de Prevención, como es la Guía de Autoevaluación que proponemos al final de este informe, puede ser útil para promover dinámicas de mejora de la calidad como primer paso hacia la elaboración y aplicación de guías de buenas prácticas que nos permitan en un futuro disponer de un sistema homogéneo de indicadores para la evaluación de la calidad de los Servicios de Prevención.

EL CONCEPTO DE CALIDAD APLICADO A
LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Revisión bibliográfica

Parece existir un amplio consenso sobre la tesis de que aplicando una política de calidad a los Servicios de Prevención, capaz de superar la actual práctica de prestaciones básicamente documentales (1), mejoraría sensiblemente la efectividad global del sistema de prevención de riesgos laborales en España (2,3).

Sin embargo, en nuestro medio se han realizado pocos intentos de aproximación sistemática al estudio de la calidad de los Servicios de Prevención y ninguno de ellos ha sido publicado en revistas científicas (4-7).

Con el fin de contribuir a abordar rigurosamente este objetivo estratégico, desde el Observatorio de Salud Laboral se ha planteado la realización de una revisión bibliográfica sobre la calidad de los servicios de salud en el trabajo con el fin de recopilar y sintetizar la información disponible al respecto en la literatura científica.

La pregunta que nos hemos formulado es: *¿qué se ha publicado en la literatura científica sobre la calidad de los servicios de salud en el trabajo y en qué medida lo publicado puede ayudarnos a entender qué es y cómo se evalúa un Servicio de Prevención de calidad?*

El objeto, pues, de la presente revisión es doble:

- a) Identificar los elementos conceptuales que nos ayuden a comprender el significado del concepto de calidad aplicado a los Servicios de Prevención.
- b) Extraer de la literatura científica los criterios generales utilizados como referentes para evaluar la calidad de dichos servicios.

El primer paso en la búsqueda bibliográfica sobre los elementos constitutivos del concepto de calidad de los servicios de salud laboral ha sido revisar varios libros esenciales y monografías (8-15).

A partir de las citas bibliográficas contenidas en estas publicaciones se han recuperado diversos artículos relevantes. Se han obtenido las palabras clave referidas en estos artículos, elaborando una lista con todas ellas y seleccionando las que agrupaban un mayor número de términos. A continuación se han contrastado con el Tesoro de Medline, identificando dos de ellos. Se ha realizado una búsqueda con dichos términos MeSH en Medline sin ningún límite (1. MeSH term: Occupational health services (organization and administration AND standards AND trends) = 4.245 artículos; 2. MeSH term: Quality assurance, health care = 153.127 artículos).

De la combinación de los dos términos se ha obtenido un total de 242 artículos, de los que se han preseleccionado 46 a partir de la lectura de los resúmenes publicados.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados han sido:

1. Deben incluir algún aspecto de evaluación de los servicios de salud en el trabajo siempre que no se refieran exclusivamente a actuaciones sobre individuos.
2. Se excluyen artículos cuyo objeto de estudio sea la gestión de la salud y seguridad en el trabajo por parte de la empresa y no la actividad de los servicios de salud en el trabajo.
3. Se incluyen todos los artículos referentes a la satisfacción del usuario/cliente.
4. Se incluyen todos los artículos que describen la situación de los servicios de salud laboral en un determinado país.
5. Los idiomas de inclusión han sido: inglés, francés, italiano y español.

La exhaustividad de la búsqueda se ha completado revisando la bibliografía relevante citada en los artículos seleccionados y realizando búsquedas cruzadas con otros términos o palabras clave en búsqueda libre y combinaciones de ellas.

También se ha realizado una búsqueda de literatura gris a través de Internet introduciendo como criterios de búsqueda las palabras clave obtenidas anteriormente así como los autores relevantes identificados en el proceso de revisión de los artículos científicos pertinentes. Se han recuperado por este método monografías e informes de organizaciones internacionales como la OMS o la OIT que se han utilizado principalmente para clarificar conceptos, estructurar la información y reforzar los conocimientos teóricos del equipo de trabajo.

Tanto la selección de artículos relevantes como la lectura crítica de los mismos se ha realizado utilizando la metodología de los pares de revisión, asegurando la objetividad en los procesos y el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Evidencias en la literatura científica

Los 46 artículos preseleccionados provenientes de revistas científicas indexadas en bases de datos informatizadas han sido recuperados y, tras la lectura de los mismos, se han considerado como relevantes 35 artículos. Estos artículos se han clasificado en tres categorías atendiendo a su temática principal (Tabla 1):

- a) Artículos que describen la situación de los Servicios de Prevención en diferentes países (P): 9 artículos.
- b) Artículos que exponen conceptos y metodologías referentes a la evaluación de la calidad de los Servicios de Prevención (C): 15 artículos.
- c) Artículos que plantean la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo a partir de la satisfacción de los clientes, usuarios o grupos de interés (S): 11 artículos.

Por otra parte, desde el punto de vista del enfoque, cabe hacer distintas clasificaciones. Un grupo de 14 artículos (el más numeroso) se orientan principalmente a la proposición de pautas metodológicas, 13 de ellos aportan datos empíricos y uno se limita a formular una metodología de trabajo. Otros 11 artículos pueden considerarse totalmente empíricos. Otro grupo de 10 artículos se orientan a la aportación de elementos conceptuales, 9 de ellos de forma exclusiva sin aportar datos empíricos y uno aportando datos.

La mayor producción científica tiene lugar desde 1998 hasta la actualidad, no encontrándose referencias frecuentes anteriores a los años 90. Los grupos de trabajo más productivos son los de los países nórdicos y los Países Bajos, así como los grupos de trabajo promovidos por organizaciones internacionales y europeas como la OMS o la OIT. Son escasos los hallazgos sobre trabajos realizados fuera del continente europeo.

Tabla 11 Resultados de la búsqueda bibliográfica: artículos considerados relevantes ordenados por fecha de publicación

AÑO	AUTOR	CAT	OBJETIVO	APORTACIONES
1993	Parillo VL (16)	C	Aplicar la teoría de Análisis de Sistemas a la sanidad describiendo un servicio de salud laboral como sub-sistema.	Teoría de Análisis de Sistema.
1993	Van Dijk FJH (17)	C	Análisis de 4 instrumentos de evaluación de la calidad aplicables a los servicios de salud en el trabajo.	Criterios de evaluación de "de Kort".
1993	Plomp HN (18)	S	Evidenciar las discrepancias entre lo que los médicos y los trabajadores consideran como "de origen laboral".	Factores explicativos de las discrepancias observadas.
1993	Draaisma D (19)	S	Plantear cuestiones para el debate sobre la calidad de los servicios de salud laboral en los Países Bajos.	"Inter-rater approach". "Constituency approach".
1993	Rogers B (20)	S	Evaluación de la satisfacción de los empleados en un Servicio de Prevención.	Relaciones entre satisfacción, utilización del servicio y costes.
1994	Ritchie KA (21)	S	Determinar las actitudes y percepciones de los trabajadores sobre los servicios de salud en el trabajo.	Satisfacción de los empleados públicos.
1994	Williams N (22)	S	Comparación de puntos de vista de los proveedores y los clientes sobre la importancia de las diferentes funciones de los servicios de salud en el trabajo.	Funciones de los Servicios de Prevención.
1995	Kahan E (23)	S	Conocer el grado de satisfacción del consumidor con el programa "Servicio de Higiene Laboral" del Instituto de Salud Laboral de la Universidad de Tel Aviv.	Cuestionario de satisfacción del consumidor.
1996	Weel ANH (24)	C	Evaluación de la calidad de los programas específicos para cada empresa de los servicios de salud en el trabajo.	"Differential approach".
1996	Dyck D (25)	S	Definir calidad de un servicio de salud en el trabajo desde la óptica de la enfermería de salud laboral.	Instrumentos SERVQUAL.
1997	Räsänen K (26)	P	Describir los inputs/outputs de los servicios de salud laboral en Finlandia para un sistema de seguimiento.	Tipos de servicios de salud laboral.
1997	Kujala V (27)	S	Definir prioridades para la mejora del Servicio de Prevención en una unidad de atención primaria de salud.	Satisfacción de los trabajadores.
1998	Casparie AF (28)	C	Examinar la gestión de la calidad en medicina del trabajo, teniendo en cuenta la diversidad de clientes.	Criterios de evaluación de la calidad.
1998	Ebaugh H (29)	C	Cómo escribir y desarrollar políticas y procedimientos en los servicios de salud en el trabajo.	Políticas y procedimientos.
1998	Addley K (30)	C	Abordar los puntos relevantes sobre la calidad de los servicios de salud laboral.	"Continuous Improvement Programme".
1998	Martimo KP (31)	P	Describir cómo se elaboró una matriz de análisis para los servicios de salud laboral y los resultados de su aplicación.	Audit Matrix.
1999	Husman K (32)	C	Influencia del cambio legislativo en los Servicios de Prevención de Finlandia.	Good occupational health service practice.
1999	Westerholm P (33)	C	Revisar los retos más importantes de los servicios de salud en el trabajo para los próximos años.	Características de los servicios de salud en el trabajo.

AÑO	AUTOR	CAT	OBJETIVO	APORTACIONES
1999	Hulshof CT (34)	C	Revisión de la literatura sobre evaluación de los servicios de salud en el trabajo.	Tipología de los servicios y modelos de análisis.
1999	Bisio S (35)	C	Implantación de la norma ISO 9000 en un servicio de salud laboral de un hospital.	Ejemplo de aplicación de la ISO 9001 a un Servicio de Prevención.
2000	Muto T (36)	P	Evaluar la situación actual de los Servicios de Prevención de las PYME en Japón.	Recomendaciones OMS/OIT en relación con las PYME.
2001	Pransky G (37)	C	Evaluación de la calidad del cuidado médico de los trabajadores con problemas de salud de origen laboral.	Medidas de calidad.
2001	Park H (38)	C	Establecer una metodología de análisis que pueda usarse para evaluar un servicio de salud laboral.	Modelo input - output - outcome modificado.
2001	Aw TC (39)	P	Análisis de los Servicios de Prevención en Reino Unido.	Establecimiento de prioridades de la salud laboral.
2001	Verbeek J (40)	S	Revisión de la literatura sobre medición de la satisfacción del consumidor en los servicios de salud en el trabajo.	Recomendaciones para elaborar un cuestionario de satisfacción.
2002	Michalak J (41)	C	Revisión bibliográfica de los métodos usados en el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el trabajo.	Métodos de evaluación de la calidad.
2002	Michalak J (42)	C	Describir la implantación del GP HESME (Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise) en la región de Lodz.	Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise.
2002	Lie A (43)	P	Descripción de los servicios de salud en el trabajo en Noruega.	Indicadores de calidad.
2002	Nicholson PJ (44)	P	Descripción de la situación de los servicios de salud laboral en Europa y oportunidades de mejora.	Panorama europeo de los servicios de salud laboral.
2002	Marcelissen FH (45)	P	Problemas de la certificación y cómo ésta contribuye a la calidad de los servicios de salud laboral.	Certificación en los servicios de salud en el trabajo.
2002	Peltomaki P (46)	S	Dificultades y factores de soporte entre los Servicios de Prevención, las empresas-cliente y los sistemas de servicio profesionales.	Relación entre efectividad y relaciones con los clientes.
2003	Räsänen K (47)	P	Mostrar la situación de los servicios de salud laboral en Finlandia.	Evaluación a nivel de empresa y a nivel nacional.
2004	Godderis L (48)	C	Calidad de la evaluación del riesgo químico en el lugar de trabajo.	Prevention Pathway.
2004	Nicholson PJ (49)	P	Ideas para mejorar el acceso a los servicios de salud laboral y ampliar su cobertura.	Ideas para mejorar el acceso a los servicios de salud laboral.
2005	Verbeek JH (50)	S	Desarrollar un cuestionario para medir aspectos específicos de la satisfacción de los pacientes con los médicos del trabajo.	Aspectos relevantes de la satisfacción del trabajador.

CAT (categoría):

C = conceptual/metodológico; S = evaluación de satisfacción; P = descripción de la situación en un determinado país.

La preocupación por la calidad de los servicios de salud en el trabajo

La preocupación general por la calidad en la producción de bienes y servicios del mundo occidental se extiende a los servicios de salud en el trabajo, un sector en expansión en Europa que necesita hacer frente a requerimientos crecientes de eficiencia y competitividad, derivados de la extensión de su cobertura, pero también a demandas cada vez mayores de rigor profesional y de coherencia multidisciplinar.

Actualmente se vienen utilizando diferentes estándares de calidad aplicados a los servicios de salud en el trabajo, entre ellos (9):

- Normas ISO de las series 9000 ó 14000.
- Criterios EMAS (Eco-Management and Audit Scheme).
- British Standard 5750.
- Malcom Baldrige National Quality Award System.
- EFQM (European Foundation for Quality Management).

Las razones más citadas en Europa para ocuparse de la calidad en los servicios de salud en el trabajo se refieren al control efectivo de los riesgos laborales y a la mejora de los procedimientos de trabajo. Con la orientación a la calidad se pretende lograr una mayor satisfacción del cliente, mejorar la imagen del propio servicio, reforzar la satisfacción e implicación de los profesionales, reducir los costes e incrementar el control del proceso (12).

Entre las principales barreras al éxito de la gestión de calidad en los servicios de salud en el trabajo se citan la falta de compromiso y de visión por parte de los gestores, la falta de conocimientos y capacitación de los profesionales, la inadecuación de los recursos y las dificultades de comunicación con los clientes (12).

A pesar de disponer de un mismo marco legal de referencia, los servicios de salud en el trabajo difieren considerablemente en la práctica en los distintos países de la Unión Europea (8, 44). Algunos, como Dinamarca y Holanda, han puesto en marcha acciones para implementar una gestión de calidad en sus servicios de salud en el trabajo, mediante leyes específicas que requieren que los servicios tengan una certificación de calidad. También Austria y Bélgica han promulgado leyes en este sentido. Finlandia y Noruega disponen de guías de buenas prácticas en salud laboral que se utilizan para mejorar los servicios de salud en el trabajo. Alemania y Suecia han elaborado recomendaciones de calidad avaladas por asociaciones profesionales. El resto de países de la Unión Europea no han elaborado hasta el presente políticas de calidad dirigidas a los servicios de salud en el trabajo.

Según la experiencia de los países europeos (12), la calidad en los Servicios de Prevención puede promoverse a través de la legislación, mediante incentivos económicos, actividades de promoción por parte de los grupos de interés o aprovechando oportunidades de negocio. Por otra parte, la calidad de los Servicios de Prevención necesita hacerse con una imagen social atractiva para ser aceptada, por lo que las instituciones de inspección, las políticas de aseguramiento, los medios de comunicación y los grupos de interés deben fomentar prácticas de calidad. Tal como demuestran los casos de Austria, Alemania, Noruega y Suecia, las asociaciones profesionales pueden constituirse en grupo de presión y jugar un papel decisivo en el desarrollo de la calidad de los servicios de salud en el trabajo.

Conviene tener en cuenta, desde un principio, las limitaciones de la legislación como referente de calidad. Los cambios cada vez más rápidos que se producen en el mundo del trabajo hacen que la normativa en materia de salud y seguridad no pueda aportar mucho más que el marco general y los prerrequisitos para el desarrollo de los servicios de salud en el trabajo. El conocimiento científico sobre las relaciones entre el trabajo y la salud, basado en datos empíricos y en las evidencias disponibles, debería ser el factor más importante para la definición de contenidos y objetivos de dichos servicios, siempre teniendo en cuenta los valores y principios éticos profesionales (13).

Marco conceptual y elementos de referencia

La gestión de la calidad incluye un sistema estructurado dirigido a crear toda una organización de participación en la planificación e implementación de un proceso de mejora continua, para conocer y satisfacer las necesidades de los clientes. Un sistema de gestión de la calidad incluye la estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para alcanzar unos objetivos previamente acordados (12).

En el ámbito de la salud, la calidad de un servicio suele referirse a tres aspectos: competencia técnica de los proveedores, interacción eficaz entre el proveedor y el destinatario y, por último, comodidad del contexto en el que se provee el servicio (21). También se puede definir la calidad como el grado en que un servicio incrementa la probabilidad de los resultados de salud buscados aplicando procedimientos consistentes con el actual estado del conocimiento científico (34). El modelo de referencia más frecuentemente utilizado para analizar la calidad en los servicios de salud es el propuesto por Donabedian (51) que se basa en tres elementos: estructura, procesos y resultados.

Los servicios de salud en el trabajo constituyen un tipo específico de servicio de salud que opera como una entidad de consultoría profesional, cuyo objetivo último es contribuir a la implementación de cambios en la empresa, encaminados a prevenir los riesgos y a mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de las condiciones de trabajo (12).

Trasladar los conceptos relacionados con la calidad de los servicios de salud al ámbito específico de la salud laboral requiere una reflexión previa sobre las particularidades de los servicios de salud en el trabajo (8):

- La relación directa con el cliente es especialmente importante, a la vez que su participación activa es imprescindible para alcanzar los objetivos finales.
- La consecución de resultados no depende sólo de la actividad de los servicios, sino que en ello intervienen muchos otros actores.
- Los proveedores y los clientes de los servicios de salud en el trabajo pueden tener diferentes expectativas en relación con las necesidades y con las prioridades.
- La complejidad profesional de las actuaciones puede comportar que los clientes y usuarios no perciban siempre de manera inmediata la buena o mala calidad del servicio.
- Los servicios de salud en el trabajo deben satisfacer a muy distintos grupos de interés (*stakeholders*): trabajadores individuales, colectivos de trabajadores, empresarios, directivos, profesionales, entidades de aseguramiento, Administraciones públicas.

Otra especificidad importante de los servicios de salud en el trabajo hace referencia al producto (*output*): consejo o asesoría profesional dirigido a las empresas para la implantación de mejoras en materia de salud y seguridad (19).

Una aproximación analítica al sistema de servicios de salud en el trabajo (10) contempla los siguientes elementos:

- a) **Input:** características del proveedor y de los clientes. Por parte del proveedor se debe tener en cuenta la estructura y organización del servicio, su composición profesional y sus procedimientos (*know-how*). Por parte del cliente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
- b) **Process:** sistemática mediante la que el servicio desarrolla sus diferentes actividades (identificación y evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, proposición de soluciones técnicas, formación, etc.).
- c) **Output:** es lo que produce el servicio (información, recomendaciones, facilitación).
- d) **Outcome:** son los resultados finales o efectos (mejoras en las condiciones de trabajo y en la salud de los trabajadores).

La efectividad de un servicio de salud en el trabajo es su capacidad para inducir cambios en las condiciones de trabajo y salud en la empresa. El problema es que no conocemos suficientemente las relaciones entre los productos y los efectos, y no siempre podemos asumir, en el ámbito de los servicios de salud en el trabajo, que maximizar la productividad (*output/input*) equivale a maximizar la efectividad (*outcome/input*), de tal manera que, a veces, la relación entre productividad y efectividad es inversa (13).

Por otra parte, no se debe olvidar que las decisiones sobre los cambios no las toman los profesionales de la prevención, sino que son los gerentes, planificadores o administradores de recursos en la empresa quienes deciden. Para que dichas decisiones alcancen el éxito se requiere la cooperación de los trabajadores, además de un marco normativo favorable. Por tanto, los dictámenes expertos no son suficientes para generar cambios, sino que es necesario un compromiso entusiasta en favor de la salud en el trabajo (13).

En este sentido, el *marketing* forma parte integrante de la actividad de un servicio de salud laboral y constituye un prerrequisito para obtener impactos positivos. La actividad informativa hacia el cliente sobre sus necesidades en materia de salud y se-

guridad y sobre los beneficios de la prevención debe constituir un elemento básico de la relación con el cliente en orden a conseguir su identificación con los objetivos (13).

La gestión de la calidad aplicada a los servicios de salud en el trabajo se asienta en cuatro pilares básicos que deben regir de forma equilibrada el conjunto de su actividad (52):

1. **Cumplimiento normativo:** adecuar las actuaciones a los requerimientos legales, es decir, a las expectativas de la sociedad respecto al servicio.
2. **Rigor científico:** actuaciones basadas en la evidencia científica o, en su defecto, en el consenso entre expertos profesionales.
3. **Principios éticos:** buena práctica profesional, independencia e imparcialidad, respeto a los derechos de las personas, confidencialidad y compromiso con la salud de los trabajadores (13).
4. **Satisfacción del cliente:** adecuación a las expectativas y necesidades de la empresa como organización.

Por otra parte, podemos distinguir tres grandes formas de abordar la calidad de los Servicios de Prevención:

- a) **Calidad de percepción:** desde el punto de vista del cliente, la calidad es una cuestión de si el servicio cumple o no las expectativas de los directamente beneficiarios.
- b) **Calidad profesional:** a los ojos de los profesionales, la calidad del servicio tiene dos componentes básicos: resultados (si el servicio se adecua a las necesidades de los clientes) y procesos (si las técnicas y procedimientos son adecuados para resolver los problemas).
- c) **Calidad de gestión:** los gestores de los servicios por su parte refieren la calidad a maximizar la eficiencia de los recursos en relación con las necesidades del cliente según los límites normativos.

En la Tabla 2 se sintetizan los distintos aspectos que, en relación con la calidad de los servicios de salud en el trabajo, han sido objeto de atención por parte de los investigadores según los resultados de nuestra revisión bibliográfica. Hemos tratado de distribuirlos según los cuatro grandes apartados de la clasificación propuesta por Donabedian y adaptada por Husman (52) (input, process, output, outcome) distinguiendo, dentro de cada uno de ellos, distintos subapartados temáticos.

Así, hemos identificado un total de 51 aspectos que han sido propuestos como variables de calidad por los diversos investigadores, con una distribución numérica relativamente equilibrada en los cuatro grandes apartados que componen el sistema de un servicio de salud en el trabajo:

- **Input:** se identifican un total de 13 elementos referidos básicamente a la "organización" de los recursos materiales y humanos del servicio, a lo que podemos denominar "profesionalidad" del servicio o calidad del trabajo profesional y, por último, a la "visión" u orientación de la actividad del servicio.
- **Process:** se han recopilado 11 aspectos en total que han sido objeto de investigación de calidad, algunos de ellos se refieren al diseño de procedimientos y a la calidad técnica de las herramientas utilizadas por el servicio para el desarrollo de sus actividades, otros se refieren a la forma de aplicar en la práctica dichos procedimientos y herramientas, y otros, en fin, a la orientación de todo ello hacia el cliente.
- **Output:** de los 12 aspectos que hemos asignado a este apartado, siete se refieren a las actividades del servicio propiamente dichas (visitas, exámenes de salud, evaluación de riesgos, etc.) y otras cinco, al impacto de dichas actividades sobre los destinatarios en orden a predisponerles hacia la implementación de cambios.
- **Outcome:** un total de 15 aspectos han sido incluidos como referentes de calidad en relación con los efectos u objetivos finales, tanto los referidos a mejoras de salud como a mejoras en las condiciones de trabajo, y también los relacionados con la satisfacción del cliente y con la eficiencia de la gestión del servicio.

Aparte de esta recopilación, hemos considerado de interés sintetizar y describir en detalle las dos propuestas más elaboradas de evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo desde el punto de vista de las "buenas prácticas". Se trata de la "audit matrix" finlandesa (31) y de la guía noruega "Good Occupational Health Service" (11), inspirada en parte en la anterior.

Tabla 21 Aspectos de calidad referidos a los servicios de salud en el trabajo analizados en la bibliografía

ESTRUCTURA (INPUT)	Recursos disponibles	Suficiencia de instalaciones y de personal (45, 35, 28, 11, 44) Competencia técnica y habilidades de los proveedores (28, 14, 11, 47, 21, 36, 22, 32, 27, 15, 30, 44) Organización del servicio (47, 44) Capacidad del servicio en relación al volumen de clientes (35, 28) Tiempo de dedicación del personal (11)
	Cualidad del trabajo profesional	Motivación de los profesionales (32, 44) Composición multidisciplinar (45,33,15) Respeto a la independencia de los profesionales (11) Estándares éticos profesionales (45, 35, 14, 15)
	Orientación del servicio	Orientación a la prevención (14, 11) Orientación a las necesidades del cliente (14,15) Libre elección de Servicio de Prevención (35) Apoyo en una legislación adecuada (45, 44)
METODOLOGÍA (PROCESS)	Instrumentos	Existencia de guías prácticas o protocolos (45, 11, 33) Calidad técnica de los procedimientos (validez, precisión, reproducibilidad y estandarización) (19) Programas de formación pedagógicos (11) Control de la variabilidad en la práctica (11)
	Aplicación práctica	Relevancia: actividades adecuadas a los objetivos (15, 19) Flexibilidad en la aplicación de los procedimientos y el planteamiento de objetivos (35) Procedimientos de mejora de la calidad profesional (33, 30) Manual de calidad (47)
	Interacción con el cliente	Aceptación de los procedimientos por todas las partes implicadas (14,19) Comunicación sistemática con el cliente (45, 11, 32, 27, 15) Agilidad en la provisión de servicios (11)
PRODUCTOS (OUTPUT)	Actividades	Frecuencia de visitas al lugar de trabajo (28) Número de exámenes de salud (28, 44) Asesoramiento y evaluación de riesgos laborales (11, 47, 44) Seguimiento/orientación de los trabajadores en situación de baja laboral (47) Registro y elaboración de datos estadísticos (11, 44) Informes anuales de salud, entorno y seguridad laboral (44) Actividades de rehabilitación (11)
	Cualidad del servicio prestado	Empatía con el cliente: imagen, fiabilidad, sensibilidad, seguridad, cortesía, credibilidad (27) Capacidad de influencia en la política de la empresa (26,32,44,31) Accesibilidad (horarios, continuidad, etc.) (35,14,15,51) Disponibilidad y accesibilidad para consultas (28,47,44) Costes (por consulta, por examen de salud) (11)

RESULTADOS (OUTCOME)	Salud	Efectividad en salud (14,11,21,15,51) Reducción de accidentes y enfermedades profesionales (41,44) Reducción del absentismo laboral (41,11,44) Mantenimiento de las capacidades laborales y funcionales de los trabajadores (11) Impacto de los programas de promoción de la salud (11, 44)
	Condiciones de trabajo	Mejora del ambiente de trabajo (11) Mejora del funcionamiento de la comunidad laboral (11) (organización del trabajo, relaciones entre las partes implicadas) Influencia sobre trabajadores y empresarios en el lugar de trabajo (11) (conocimientos, competencias, actitudes, políticas y prácticas en la empresa)
	Satisfacción	Cobertura (45,14,11,51) Equidad (14) Comodidad (21) Satisfacción del cliente (45)
	Eficiencia	Satisfacción de los profesionales (14) Utilización adecuada de recursos (14,15) Impacto global a corto, medio y largo plazo (14)

En los años 90, el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Finlandia promovió una iniciativa para elaborar una guía de buenas prácticas destinada a los servicios de salud en el trabajo, en la que colaboraron estrechamente profesionales, autoridades, agentes sociales y sociedades científicas. Como apoyo a esta actividad, el Ministerio promovió experiencias piloto orientadas a la validación operativa de los criterios de buenas prácticas. Fruto de todo este proceso fue la elaboración de una matriz destinada a documentar la calidad del trabajo de los servicios de salud en el trabajo.

La matriz se estructura en seis funciones propias del servicio y seis orientaciones políticas o de gestión:

a) Funciones

1. Definición de objetivos y planificación de actividades.
2. Mantenimiento de las capacidades laborales de los trabajadores.
3. Seguimiento de las condiciones de trabajo.
4. Exámenes de salud.
5. Asistencia médica curativa.
6. Seguimiento del absentismo.

b) Políticas

1. Multidisciplinariedad.
2. Orientación al destinatario.
3. Mejora continua.
4. Recursos adecuados.
5. Programas informáticos para la evaluación y seguimiento.
6. Trabajo en equipo y formación continua.

Por su parte, la guía noruega propone una matriz con los siguientes 15 criterios que caracterizarían un buen servicio de salud en el trabajo (Tabla nº 3):

Tabla 31 Criterios de calidad propuestos por la guía noruega “Good Occupational Health Service” con especificación del nivel óptimo formulado para cada uno de ellos

GOOD OHS AUDIT MATRIX	
1 Destrezas profesionales y multidisciplinariedad	El Servicio de Prevención es un equipo multidisciplinar de alto nivel profesional. Formación sistemática suplementaria acorde con las necesidades de los clientes.
2 Gestión y mejora de la calidad	El Servicio de Prevención posee un sistema de calidad total en conformidad con las necesidades del cliente y con una buena documentación de la mejora continua de la calidad.
3 Ética	El Servicio de Prevención sigue el Código Internacional ICOH. Buena implicación con los clientes.
4 Planificación de las actividades propias con las empresas	Planificación conjunta con la empresa y de forma integrada en los planes de la compañía. Buena documentación y evaluación.
5 Buenas relaciones con los clientes	Planificación y trabajo en estrecha relación con los clientes. Contratos escritos. Buena documentación. Evaluación de la satisfacción de los clientes.
6 Información y marketing	Buena descripción de los productos. Buena evaluación y desarrollo de nuevos productos conjuntamente con las empresas.
7 Implicación en la empresa	El Servicio de Prevención es el consultor preferente y aporta una contribución activa a la planificación de la salud y seguridad en la empresa.
8 Vigilancia del ambiente de trabajo y evaluación de riesgos	Contribución a buenas actividades sistemáticas conjuntas con la empresa. Buena documentación, seguimiento y evaluación de las actividades.
9 Formación y asesoramiento	Buenas actividades en estrecha colaboración de acuerdo con las necesidades de la empresa.
10 Medidas en salud y seguridad	Medidas correctivas en estrecha colaboración con la empresa. Buena documentación y evaluación.
11 Promoción de la salud en el trabajo	Contribución conjunta con la dirección y los trabajadores a la promoción de la salud total de los empleados. Buena documentación y evaluación.
12 Vigilancia de la salud	En cooperación con la empresa y en consonancia con la legislación y las normas nacionales. Utilización de los resultados para tomar medidas preventivas. Buena documentación y evaluación.
13 Servicios asistenciales	Atención de la salud en relación con el trabajo. Utilización de los resultados para tomar medidas preventivas en cooperación con la empresa. Buena documentación y evaluación.
14 Rehabilitación y bajas por enfermedad	Contribución a la política de la empresa, procedimientos, prevención y seguimiento de casos individuales. Buena documentación y evaluación.
15 Abuso de alcohol y drogas	Contribución a la política de la empresa, procedimientos, prevención y seguimiento de casos individuales. Buena documentación y evaluación.

El punto de vista del cliente

La gestión de la calidad en los servicios de salud en el trabajo depende de una gran variedad de grupos de interés o *stakeholders* (52): Administraciones públicas, empresarios y organizaciones patronales, trabajadores y sindicatos, instituciones financieras y de aseguramiento, asociaciones profesionales del campo de la salud en el trabajo, instituciones de investigación y formación, entidades relacionadas con el medio ambiente y la salud. Se considera *stakeholder* toda persona o entidad que se sienta afectada por las actividades de los Servicios de Prevención.

La clave para una buena calidad de un servicio de salud es responder a las expectativas de los clientes (25). Un servicio de salud en el trabajo orientado al cliente contempla la satisfacción de empresarios y trabajadores –además de otros grupos de interés– como elemento básico, y actúa a favor de la orientación multidisciplinar, de la ética, de la cooperación y de la participación. Por el contrario, un servicio de salud en el trabajo orientado al mercado presta más atención a las demandas de los empresarios y reduce las posibilidades de acceso de los trabajadores (12).

La orientación al cliente exige un conocimiento de sus necesidades objetivas (requisitos para conseguir un trabajo seguro y saludable), sus expectativas (qué es lo que espera obtener del servicio) y sus demandas (peticiones de actividades e intervenciones concretas). Idealmente, los servicios de salud en el trabajo deberían establecerse y actuar según un programa de actividades adaptado a las necesidades de la empresa en la que operan, lo cual requiere una orientación preliminar a la empresa mediante un estudio-diagnóstico previo de su situación en materia de salud y seguridad (15).

El éxito de los servicios de salud en el trabajo depende en buena medida de su adecuación a las expectativas y necesidades de los clientes (40). Sin embargo, en el ámbito de la salud laboral, las demandas de los clientes pueden ser contradictorias y no siempre coinciden con las necesidades reales. Los profesionales de los servicios de salud laboral deben ser sensibles a las demandas pero, además, deben identificar y evaluar las necesidades reales en los puestos de trabajo incluso en aquellos ámbitos no percibidos por los clientes (p.e. exposición a cancerígenos químicos, radiaciones o riesgos reproductivos) y hacerles conscientes de dichos problemas. En situaciones en las que no hay coincidencia entre las demandas de los clientes y los criterios profesionales, es esencial que los técnicos ofrezcan informaciones y asesoramiento en orden a conseguir un acuerdo con el cliente sobre las acciones necesarias (52). Solamente en situaciones en que la legislación o la evidencia científica no permitan abordar una situación específica, las preferencias del cliente podrían ser consideradas como el elemento determinante de la actuación del Servicio de Prevención.

En general, la base de la satisfacción de los usuarios la constituye la atención de sus necesidades, el cumplimiento de las tareas acordadas y los beneficios obtenidos (20). También influye notablemente la capacidad de comunicación con los clientes (46). Sin embargo, la calidad es multidimensional y se percibe de manera diferente por los gerentes del servicio, los profesionales o los usuarios. Esta distinción no suele tenerse en cuenta suficientemente a la hora de fijar los estándares para los sistemas de calidad (12).

Sin embargo, la calidad de los servicios de salud en el trabajo depende de los ojos de quien la contempla: las expectativas de los trabajadores se centran en gozar de buena salud y tener un empleo estable y satisfactorio, las del empresario, en obtener respuestas rápidas y autorizadas que le permitan tomar decisiones de gestión, mientras que los profesionales de la prevención aspiran a ejercer su actividad con independencia, acertar en sus informes de evaluación y emitir recomendaciones válidas para reducir los riesgos (54). Por su parte, la sociedad espera de los servicios una buena cobertura, un contenido acorde con la normativa vigente y una buena relación coste-efectividad (13).

En la Tabla 4 se caracteriza la diversidad de demandas y expectativas de los distintos grupos de interés en relación con los servicios de salud en el trabajo (52).

Tabla 4I Diferentes aspectos de calidad de los servicios de salud en el trabajo considerados por distintos grupos de interés (Husman K, 1993)

Stakeholder	Estructura	Proceso	Resultado
PROFESIONALES PRL	Premisas Equipamiento Staff	Actuación profesional	Datos clínicos Morbilidad Mortalidad
TRABAJADORES	Accesibilidad Continuidad Aceptabilidad	Comunicación Información	Calidad de vida Satisfacción
GERENTES SP	Eficiencia Seguridad	Derivaciones Prescripciones Tests	Costes Reclamaciones Incidentes
EMPRESARIOS	Coste/beneficio Validez en evitar recargos o en beneficiarse de primas	Adaptabilidad Flexibilidad Rapidez	Buen ambiente y cultura de trabajo Mayor productividad y calidad Reducción de costes de absentismo Conformidad con requerimientos legales
SOCIEDAD	Coste/beneficio Cobertura Legislación	Juicios basados en la evidencia o evaluación	Efectividad Cultura preventiva

Esta diversidad puede desembocar en situaciones de conflicto de intereses entre empresarios y trabajadores que afectan muy negativamente a la satisfacción del cliente con el servicio de salud en el trabajo (40). También se pueden producir situaciones conflictivas entre los profesionales y los empresarios en relación con la prioridad de la prevención o con las necesidades de dedicación (19), así como entre los médicos del trabajo y los trabajadores en relación con el origen laboral de las enfermedades (27). Las expectativas de los empresarios suelen ser obtener beneficios inmediatos de la prevención, mientras que los profesionales saben que su labor es una actividad para mejorar la calidad de vida en el trabajo a largo plazo (52).

La satisfacción no parece afectarse de forma significativa por los costes del servicio (23), sino más bien por otro tipo de factores como la fiabilidad, la credibilidad y la seguridad (40) o la "atención a medida" de cada empresa (24).

Según afirman Westerholm y Baranski (9), distintos estudios han mostrado una interacción entre la satisfacción del cliente y los buenos resultados en salud, con lo que la satisfacción del cliente se convertiría en una condición de efectividad.

Conclusiones

La primera constatación debiera ser que el estado actual de la gestión de calidad en los servicios de salud en el trabajo se caracteriza por la falta de acuerdo respecto al establecimiento de criterios y estándares de referencia para unas buenas prácticas e, incluso, un conocimiento insuficiente sobre los conceptos básicos, los procesos clave y las bases para la evaluación de dichos servicios (12). Esto nos remite a la necesidad de promover investigaciones originales para mejorar nuestro conocimiento básico sobre esta cuestión.

Teniendo pocas respuestas, es importante hacerse bien las preguntas. Éstas son las que se formuló el Ministerio de Trabajo noruego para evaluar sus servicios de salud en el trabajo (8):

- ¿En qué medida utilizan las empresas los servicios de salud en el trabajo para dar cumplimiento a sus obligaciones legales? ¿Cuáles son las actividades más importantes y frecuentes de estos servicios? ¿Hay acuerdo entre empresarios y trabajadores respecto a las demandas y expectativas satisfechas? ¿Y sobre la priorización de actividades que realizan los servicios?

- ¿Cómo influyen los condicionantes externos –legislación, estándares profesionales, formación de los técnicos del servicio, expectativas y demandas de empresarios y trabajadores– en las actividades y prioridades de los servicios de salud en el trabajo?
- ¿En qué medida los servicios de salud en el trabajo funcionan como equipos multidisciplinares? ¿Qué profesiones se incluyen y cómo colaboran entre ellas? ¿Cómo se distribuye las tareas? ¿Tienen las suficientes competencias y capacidades para cumplir las exigencias normativas?
- ¿Cómo valoran los empresarios y trabajadores los servicios de salud en el trabajo? ¿Están dichos servicios integrados de forma natural en la actividad de salud y seguridad en la empresa? ¿Funciona la cooperación entre los servicios y los empresarios y trabajadores para promover la prevención en la empresa?
- ¿Influyen los servicios de salud en el trabajo en la actividad de las empresas?
- ¿Influyen las características de las empresas –tamaño, sector, condiciones de trabajo– en las actividades proporcionadas por los servicios de salud en el trabajo?
- ¿Los servicios de salud en el trabajo tienen efectos concretos en las empresas (mejoras en la salud de los trabajadores y en las condiciones de trabajo, reducción del absentismo)? ¿Se pueden documentar estos resultados? Desde el punto de vista del coste/beneficio, ¿cómo se comparan los resultados obtenidos con el uso de los recursos?

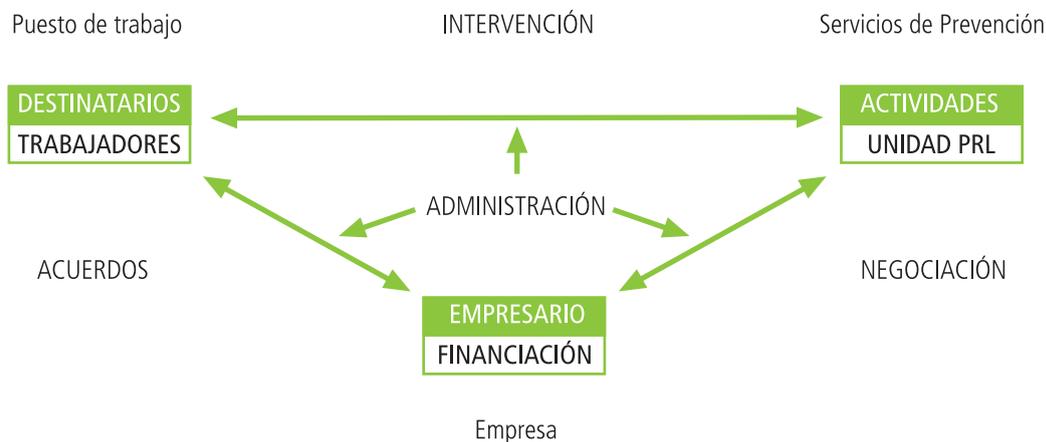
Por otro lado, si la calidad no es sino la idoneidad para un propósito (*fitness for purpose*) (53), deberíamos empezar por preguntarnos cuál es el propósito de los servicios de salud en el trabajo y, al mismo tiempo, tratar de explicitar el sistema de referencia conceptual que nos permita emitir un juicio de idoneidad para, a partir de aquí, formular requisitos o expectativas específicos que nos permitan comparar lo observado con lo esperado (8), es decir, evaluar la capacidad del servicio para satisfacer una norma de calidad preestablecida.

Proponemos definir el fin último de los Servicios de Prevención como el de *promover y facilitar procesos de cambio en la empresa para la protección y mejora de la salud de los trabajadores*.

Asegurar la consecución de este fin último comporta especiales dificultades toda vez que las decisiones sobre los cambios a introducir no residen en el Servicio de Prevención sino en el nivel de la empresa, cuyos centros de decisión no siempre coinciden plenamente con las apreciaciones del servicio respecto a las necesidades en materia de salud y seguridad, ni tampoco se puede dar por sentada en el seno de la organización la existencia de una convergencia de intereses en los distintos estamentos de dirección entre sí y con los trabajadores respecto a los problemas y sus soluciones. Esta situación contradictoria justifica la aparición en escena de los poderes públicos como reguladores externos para garantizar la protección de un bien esencial, la salud de las personas, por encima de avatares económicos u otro tipo de condicionantes (54).

Es así como, de entre el panorama de múltiples clientes y grupos de interés que se describe en la literatura, emergen cuatro protagonistas principales (el Servicio de Prevención propiamente dicho, los empresarios, los trabajadores y la Administración), cuya mutua interacción podemos sistematizar, siguiendo a Westerholm y Baranski (9), según se presenta en la Figura 1.

Figura 1 Interacciones entre los distintos agentes implicados en la prevención de riesgos laborales en la empresa (Westerholm y Baranski, 1999)



Proponemos distinguir, de entrada, dos conceptos: cliente o usuario y grupo de interés. Entendemos por cliente o usuario los destinatarios directos de la actividad del servicio, es decir, la empresa como organización y, dentro de ella, los distintos colectivos que la componen: empresarios, directivos, supervisores, trabajadores, delegados de prevención. En el concepto de grupo de interés incluiremos a toda persona o entidad que se sienta afectada por las actividades de los servicios de salud en el trabajo, es decir, además de los anteriores, sus respectivas organizaciones representativas (patronales y sindicales), así como las Administraciones públicas, las asociaciones profesionales, las entidades de aseguramiento o las instituciones de investigación y formación.

En el diagrama de Westerholm y Baranski (Figura 1) aparecen dos clientes esenciales (empresarios y trabajadores) y dos grupos de interés (proveedores del servicio y Administraciones públicas). Respecto a los que hemos denominado clientes esenciales, es posible aún hacer una distinción cualitativa entre cliente-financiador (empresario) y cliente-beneficiario (trabajador). Igualmente, dentro del grupo de interés "proveedores" podemos distinguir entre los gestores del servicio y los profesionales de la prevención, ambos con determinadas expectativas específicas.

Entre todos ellos existe una compleja red de interacciones. De entrada, está la responsabilidad empresarial en materia de salud y seguridad, de la que deriva la concertación de un Servicio de Prevención con quien se establece una interacción respecto a necesidades, expectativas y demandas. Además, el empresario debe acordar con los trabajadores las pautas de organización de la prevención en la empresa y favorecer su implicación y la de toda la organización para conseguir éxitos. Los profesionales del Servicio de Prevención, por su parte, interactúan también con los trabajadores mediante las distintas actividades que desarrollan (evaluación de riesgos en el lugar de trabajo, vigilancia de la salud y de las condiciones de trabajo, formación, recomendaciones). Y finalmente, dictando las "reglas del juego" de esta multiplicidad de relaciones, está la Administración que, además, vigila el correcto funcionamiento de todo el sistema.

Es en este sistema dinámico y complejo en el que deberíamos situar el modelo clásico de análisis de los Servicios de Prevención (estructura/input, metodología/process, productos/output), teniendo en cuenta una doble orientación: la satisfacción de los clientes y la consecución de los objetivos finales, y todo ello de acuerdo con las pautas legales y la evidencia científica.

La orientación al cliente impone una atención constante a sus necesidades, expectativas y demandas, lo cual se materializa en la elaboración de un diagnóstico inicial de necesidades y en sucesivas evaluaciones de resultados que permiten replantear las necesidades o definir nuevos objetivos (13). Adicionalmente se requiere una intensa actividad informativa y de marketing preventivo para analizar sistemáticamente las demandas, expectativas, preferencias y necesidades (10), valorando su adecuación a las posibilidades del servicio y a los requerimientos normativos, de forma que aumente progresivamente la identificación de las empresas con los objetivos finales de la prevención, así como la adecuación operativa del servicio a las características de las empresas.

La evaluación de los resultados es difícil debido a la dependencia de terceros para la implementación de las acciones de mejora, además de a la demora en el tiempo entre las acciones y los efectos. Las dificultades de evaluar los resultados en términos de salud a corto plazo ha favorecido que se conceda cada vez más importancia a la evaluación de la calidad de los procesos

(52), hasta el punto que, en general, no se llevan a cabo mediciones de eficiencia de los Servicios de Prevención en ningún país de la UE (12). Sin embargo, la orientación hacia los objetivos finales no debiera obviarse en ningún caso, aun siendo conscientes de que dichos resultados no pueden ser la única base de la calidad, puesto que dependen de las actitudes, comportamientos y respuestas de los empresarios, los trabajadores y la sociedad. No obstante, conseguir una predisposición y motivación de todos ellos favorable a la mejora de la salud y seguridad en el trabajo debiera ser considerado uno de los objetivos del Servicio de Prevención y, por tanto, uno de los resultados deseables de su actividad.

El procedimiento general de actuación de un Servicio de Prevención, aplicable a todas sus actividades, puede esquematizarse siguiendo la propuesta del Finnish Council of State 950/1994 (13) (Figura 2).

Figura 2 Procedimiento general de actuación de un Servicio de Prevención (Finish Council of State, 1994)

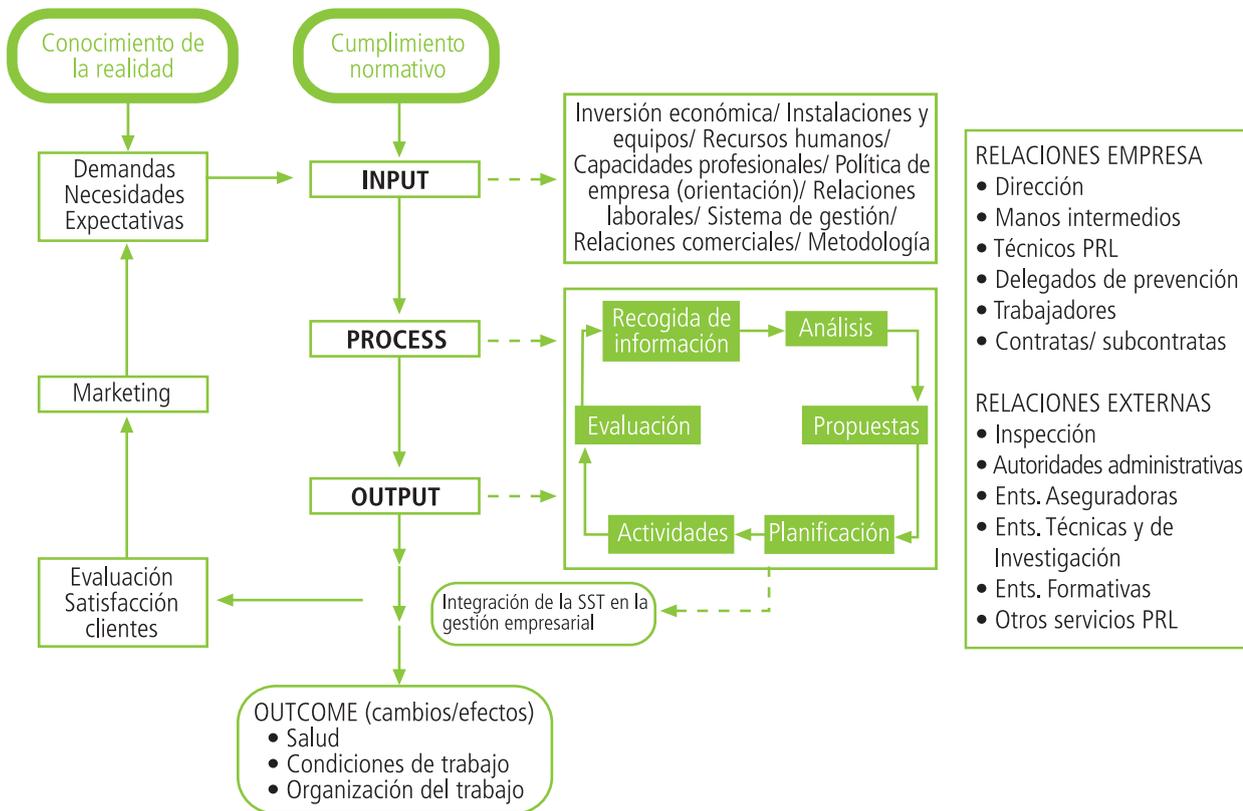


Según ello, la sistemática de actuación de un Servicio de Prevención consistiría básicamente en:

- El estudio de un problema mediante la recogida de informaciones, el análisis de los datos y el establecimiento de comparaciones entre la realidad y los estándares de referencia.
- La elaboración de conclusiones sobre la necesidad de intervenir con el fin de lograr determinados objetivos.
- La proposición de las acciones necesarias para lograr dichos objetivos, y su implementación bien a través de la empresa (introducción de cambios), bien por el propio Servicio de Prevención (capacitación, facilitación).
- El seguimiento de la ejecución de dichas acciones y la evaluación de los resultados conseguidos cierra el círculo y, a la vez, reinicia el proceso en un sentido de mejora continua de las condiciones de trabajo y salud en la empresa.

Teniendo en cuenta todo lo dicho hasta aquí, podemos intentar una descripción global de la actividad de los Servicios de Prevención en términos de sistema (Figura 3).

Figura 3I El Servicio de Prevención como sistema



En el punto de partida del sistema se establecen dos prerequisites básicos en la actividad de un Servicio de Prevención: el conocimiento de la realidad del cliente (necesidades, expectativas, demandas) y el ajuste de su funcionamiento a los estándares normativos (cumplimiento de la legislación). Son dos presupuestos básicos, orientación al cliente y cumplimiento normativo, sin los cuales difícilmente puede desarrollarse un planteamiento de calidad. Dicho planeamiento, sin embargo, no puede limitarse a la constatación de estos prerequisites, sino que requiere ir más allá tanto del estricto cumplimiento de la legislación como del diagnóstico inicial de necesidades del cliente. De hecho, podríamos asumir que el desarrollo de un planteamiento de calidad orientado a la mejora del sistema, tendría como ventaja adicional la mejora del cumplimiento normativo y del conocimiento de la realidad, aun no siendo éstos los objetivos finales del sistema que son, como hemos venido repitiendo, la obtención de resultados en términos de mejora de las condiciones de trabajo y salud. No deben confundirse en ningún caso unos con otros. La misma condición de prerequisite, aunque en relación mucho más directa con los resultados finales, puede atribuirse a la integración de la prevención en la gestión empresarial, la cual depende, a su vez, de la orientación de la propia actividad (*output*) del Servicio de Prevención. Conocimiento de la realidad de la empresa, cumplimiento normativo y fomento de la integración de la prevención serían, por tanto, tres requisitos imprescindibles previos a cualquier planteamiento de calidad de un Servicio de Prevención.

Sobre esta base, es posible analizar los distintos aspectos que configuran la estructura, procedimientos y productos de un Servicio de Prevención, así como su relación –dinámica y no inmediata– con los objetivos finales. Dicha relación se establece como una actividad circular de mejora continua, a través de un proceso sostenido de adecuación y motivación. Adecuación en el sentido de evaluación sistemática de los resultados y de la satisfacción del cliente, para plantear un marco de interacción informativa dirigido a conseguir una mayor identificación de las demandas con las necesidades y de las características del servicio con las expectativas. Y motivación entendida como afianzamiento de la voluntad de la empresa en integrar la salud y seguridad en su sistema de gestión a través del asesoramiento del propio Servicio de Prevención.

Formando parte integrante del propio sistema, debe tenerse en cuenta la compleja y variada red de relaciones que, tanto en el seno de la empresa como externamente, establece el Servicio de Prevención en su quehacer cotidiano, y que son susceptibles igualmente de análisis desde el punto de vista de la calidad.

Referencias bibliográficas

1. Castejón E, Crespán X. Accidentes de trabajo: el porqué de todo. La Mutua 2005; 12:69-104.
2. Boix P, Gil JM, Rodrigo F. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Observatorio de Salud Laboral (OSL) 2005. WP05-002.
3. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-211. Borrador. Octubre 2006. Mimeo.
4. Epelman M, García AM, Rodrigo F, Gadea R, Boix P. Guía de buenas prácticas del Servicio de Prevención de Unión de Mutuas. Valencia: ISTAS, 2002. Mimeo.
5. Bajo JC. Evaluación de la calidad de los Servicios de Prevención Ajenos. Mazo 2006. Mimeo.
6. Calidad y buenas prácticas en los Servicios de Prevención. En: López-Quero M, Garí M (eds). Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la Comunidad de Madrid. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, 2005.
7. Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Barcelona. Actuación Inspectoría en Servicios de Prevención Ajenos. Barcelona, 2006. Mimeo.
8. Menckel E, Westerholm P. Evaluation in occupational health practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
9. Westwerholm P, Baranski B (eds). Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. Health, Environment, Safety in Enterprises Series N°1. WHO European Centre for Environment and Health, Bilthoven, 1999.
10. Lehtinen S (ed). Good Occupational Health Practice and Evaluation of Occupational Health Services. People and Work Research Reports 24. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1999.
11. Lie A, Bjornstad O, Jakobsen K. Good Occupational Health Service. Workbook with audit matrix. Version 5/2000. National Institute of Occupational Health, Norway; 2000.
12. Rantanen J (ed). Survey of the quality and effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland. People and Work Research Reports 45. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2001.
13. Taskinen H (ed). Good Occupational Health Practice. Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki: Edita Oys; 2001.
14. Lie A, Baranski B, Husman K, Westerholm P. Good Practice in Occupational Health Services: a contribution to workplace health. WHO Regional Office for Europe; 2002.
15. Fedotov IA, Saux M, Rantanen J. Servicios de Salud en el Trabajo. En: Stellman JM (ed). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OIT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998 (pp.16.1-16.67).
16. Parillo VL. Systems analysis of an occupational health department. Recommendations to increase effectiveness. AAOHN J 1993; 41:220-227.
17. Van Dijk FJH, de Kort W, Verbeek JHAM. Quality assessment of occupational health service instruments. Occup Med 1993; 43 (suppl 1):28-33.
18. Plomp HN. Employees' and occupational physicians' different perceptions of the work-relatedness of health problems: a critical point in an effective consultation process. Occup Med 1993; 43 (suppl. 1):18-22.
19. Draaisma D, Dam J, De Winter CR. Quality and effectiveness of occupational health service evaluated by the providers. Occup Med 1993; 43 (Suppl 1):S50-S55.
20. Rogers B, Winslow B, Higgins S. Employee satisfaction with occupational health services: results of a survey. AAOHN J 1993; 41 (2):58-65.
21. Ritchie KA, McEwen J. Employee perceptions of workplace health and safety issues. Can a questionnaire contribute to health needs assessment? Occup Med 1994; 44:77-82.
22. Williams N, Sobti A, Aw TC. Comparison of perceived occupational health needs among managers, employee representatives and occupational physicians. Occup Med 1994; 44:205-208.
23. Kahan E, Peretz C, Rybski M, et al. Determination of consumer satisfaction: a basic step for quality improvement of an occupational hygiene service. Occup Med 1995; 45:193-198.

24. Weel ANH, Slotboom MAJ. Quality improvement by means of differential occupational health care: an experiment in a regional occupational health centre. *Occup Med* 1996; 46:20-24.
25. Dyck D. Gap analysis of health services. Client satisfaction surveys. *AAOHN J* 1996; 44(11):541-9.
26. Räsänen K, Husman K, Peurala M, Kankaanpää E. The performance follow-up of finnish occupational health services. *Int J Qual Health Care* 1997; 9:289-295.
27. Kujala V, Väisänen S. Evaluation of occupational health service in the wood processing industry: determination of employee satisfaction. *Occup Med* 1997; 47:95-100.
28. Casparie AF. Quality management of occupational health services: the necessity of a powerful medical profession. *Occup Med* 1998; 48:203-206.
29. Ebaugh H. Defining the scope of occupational health services. Effective policy and procedure development. *AAOHN J* 1998; 46:547-552.
30. Addley K. How I address quality and teamwork issues in the occupational health department. *Occup Med* 1998; 48:273-278.
31. Martimo KP. Audit matrix for evaluating finnish occupational health units. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24(5):439-443.
32. Husman K, Lamberg M. Good occupational health service practice. *Am J Ind Med* 1999 Suppl 1:44-46.
33. Westerholm P. Challenges facing occupational health services in the 21st century. *Scand J Work Environ Health* 1999; 25(6):625-632.
34. Hulshof CT, Verbeek JH, van Dijk FJ, van der Weide WE, Braam IT. Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. *Occup Environ Med* 1999; 56:361-377.
35. Bisio S, Melazzini M, Fracchia G, Franco G. Organizzazione dell'attività di sorveglianza sanitaria secondo la norma UNI EN ISO 9000. *G Ital Med Lav Erg* 1999; 21:118-121.
36. Muto T, Takata A, Aizawa Y, Mizoue T. Analysis of japanese occupational health services for small-scale enterprises, in comparison with the recommendations of the Joint WHO/ILO Task Group. *Int Arch Occup Environ Health* 2000; 73:352-360.
37. Pransky G, Benjamin K, Dembe AE. Performance and quality measurement in occupational health services: current status and agenda for further research. *Am J Ind Med* 2001; 40:295-306.
38. Park H, Cho KS, Lee SH, Meng K. Evaluation of occupational health service systems in small and medium-sized industries in Korea. *Int Arch Occup Environ Health* 2001; 74:68-78.
39. Aw TC. Current trends, examples of regulations and practical approaches to occupational health services in the United Kingdom. *Int J Occup Med Environ Health* 2001; 14:19-22.
40. Verbeek J, van Dijk F, Räsänen K, Piirainen H, Kankaanpää E, Hulshof C. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured?. *Occup Environ Med* 2001; 58:272-278.
41. Michalak J. Quality assessment in occupational health services: a review. *Int J Occup Med Environ Health* 2002; 15(2):165-171.
42. Michalak J. Practical implementation of good practice in health, environment and safety management in enterprise in the Lodz region. *Int Arch Occup Environ Health* 2002; 75 (suppl):S7-S9.
43. Lie A. Trends and development of occupational health services in Norway. *Int J Occup Med Environ Health* 2002; 15:159-163.
44. Nicholson PJ. Occupational health in the European Union. *Occup Med (Lond)* 2002; 52:80-84.
45. Marcelissen FHG, Weel ANH. Certification and quality assurance in dutch occupational health services. *Int J Occup Med Environ Health* 2002; 15(2):173-177.
46. Peltomaki P, Husman K. Networking between occupational health services, client enterprises and other experts: difficulties, supporting factors and benefits. *Int J Occup Med Environ Health*. 2002; 15(2):139-45.
47. Räsänen K, Husman K. National follow-up of occupational health services system in Finland. *App Occup Environ Hyg* 2003; 18:413-415.

48. Godderis L, Vanhaecht K, Masschelein R, Sermeus W, Veulemans H. Prevention pathways: application of the critical path methodology in occupational health services. *J Occup Environ Med* 2004; 46:39-47.
49. Nicholson PJ. Occupational health services in the UK-challenges and opportunities. *Occup Med (Lond)* 2004; 54:147-152.
50. Verbeek JH, de Boer AG, van der Weide WE, Piirainen H, Anema JR, van Amstel RJ, Hartog F. Patient satisfaction with occupational health physicians, development of a questionnaire. *Occup Environ Med* 2005; 62:119-123.
51. Donabedian A. The quality of care: How it can be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-1748.
52. Husman K. Principles and pitfalls in health services research in occupational health systems. *Occup Med* 1993;43 Suppl 1:S10-S14.
53. Agius R. Quality and audit in occupational health. [Citado 12 feb 2007] Disponible en: www.agius.com/hew/index.htm
54. Uberti-Bona V, Rodrigo F. Sobre sistemas de inspección y sistemas de prevención. *Arch Prev Riesgos Labor* 2006; 9(3): 117-20.

DIAGNÓSTICO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS
DE PREVENCIÓN AJENOS

Utilizar la perspectiva de indagar en la satisfacción de los usuarios (*consumer satisfaction*) ha sido considerado como una forma sencilla, práctica y útil de mejorar la calidad de los servicios de salud en el trabajo¹.

Ampliando el concepto de usuarios a los diferentes colectivos implicados o interesados en la actividad de los Servicios de Prevención² aparecen al menos cinco grandes grupos, a saber: empresarios-clientes, trabajadores-usuarios, gerentes o directivos de servicios, profesionales de la prevención y agentes institucionales.

La presente aproximación diagnóstica a la calidad de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) se basa en el análisis de las expectativas y grado de satisfacción de estos cinco colectivos de clientes, usuarios y grupos de interés, recogiendo sus percepciones en relación a tres aspectos fundamentales:

1. Idea de calidad: qué entienden los diferentes colectivos por un SPA de calidad y cuáles son sus expectativas al respecto.
2. Nivel de satisfacción: hasta qué punto los actuales SPA cumplen con las expectativas de los distintos colectivos implicados.
3. Propuestas de mejora: cambios que, en opinión de los diferentes grupos, aumentarían su satisfacción y adecuarían la práctica de los SPA a sus expectativas.

La investigación se ha llevado a cabo en tres territorios (Comunidad Valenciana, Principado de Asturias y Madrid-capital) constituyéndose en cada uno de ellos 5 grupos de informantes con la siguiente distribución (Tabla 5):

Tabla 5 Distribución de los participantes en el diagnóstico de calidad de los Servicios de Prevención

	Comunidad Valenciana	Principado de Asturias	Madrid	Total
Técnicos de Servicios de Prevención	1 grupo 5 participantes	1 grupo 9 participantes	4 entrevistas	18 participantes
Directivos de Servicios de Prevención	1 grupo 7 participantes	1 grupo 10 participantes	3 entrevistas	20 participantes
Representantes de los trabajadores	1 grupo 5 participantes	1 grupo 9 participantes	4 entrevistas	18 participantes
Empresarios	1 grupo 7 participantes	1 grupo 6 participantes	-	13 participantes
Administraciones Públicas	1 grupo 8 participantes	1 grupo 8 participantes	2 entrevistas	18 participantes
Total	32 participantes	42 participantes	13 participantes	87 participantes

¹ Verbeek J, van Dijk F, Räsänen K, Piirainen H, Kankaanpää E, Hulshof C. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup Environ Med* 2001;58:272-278.

² Westerholm P, Baranski B (eds). *Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services*. Health, Environment, Safety in Enterprises Series Nº 1. WHO European Centre for Environment and Health, Biltoven, 1999.

Las reuniones se realizaron entre marzo y junio de 2007 y en su desarrollo se aplicaron, de forma combinada, técnicas cualitativas de grupos de discusión y de grupo nominal. En algunos casos (Madrid) se utilizó la técnica de entrevistas a informantes clave. Finalmente se aplicó un breve cuestionario para cuantificar algunos de los aspectos debatidos.

Para la selección de los participantes se ha tenido en cuenta como criterio general el de que los candidatos tuvieran la condición de "experto"; es decir, que fueran conocedores de la realidad del colectivo al que pertenecen y que, por su dedicación e interés en el campo de la prevención de riesgos laborales, fueran capaces de reflexionar sobre la realidad de los Servicios de Prevención y de aportar valoraciones sensatas.

Además de este criterio general, se han aplicado los siguientes criterios específicos para constituir cada uno de los grupos:

- **Técnicos de los Servicios de Prevención (TSP):** profesionales de la prevención con prestigio reconocido y años de experiencia en el sector, debiendo estar representadas en cada grupo las distintas disciplinas preventivas.
- **Directivos de Servicios de Prevención (DSP):** directores, gerentes o propietarios de SPA o profesionales con responsabilidades de jefatura de servicio.
- **Representantes de los trabajadores (DP):** preferiblemente delegados de prevención con actividad directa en la empresa, pertenecientes a distintos sectores y tamaños de empresa.
- **Empresarios-clientes (E):** directores o gerentes de empresas con concierto de un Servicio de Prevención Ajeno, pertenecientes a distintos sectores y tamaños de empresa.
- **Administraciones Públicas (A):** inspectores de Trabajo o personal de instituciones o departamentos de la Administración dedicados específicamente a la prevención de riesgos laborales.

Los participantes de Madrid se han seleccionado aplicando un criterio adicional de relevancia institucional, de forma que las personas entrevistadas lo han sido en su calidad de directivos o líderes de asociaciones profesionales, de organizaciones sindicales o de instituciones de nivel ministerial. La información obtenida en este ámbito se ha utilizado básicamente para matizar o contrastar la de los grupos de discusión.

El desarrollo de las sesiones de trabajo con los informantes se apoyó en la revisión bibliográfica descrita en el capítulo anterior a partir de la cual se definió un marco de referencia provisional compuesto por 4 áreas de calidad, conformadas cada una de ellas por 3 dimensiones. Se configuró así una primera hipótesis de trabajo abarcando un total de 12 aspectos considerados relevantes de la calidad de un SPA que se describen a continuación:

1. Calidad de gestión

- 1.1. **Capacidad de respuesta:** el SPA dispone de los recursos humanos y técnicos apropiados y suficientes para dar respuesta a las necesidades específicas en materia de salud y seguridad de las empresas que atiende.
- 1.2. **Eficiencia y efectividad:** el SPA dispone de procedimientos y herramientas de gestión que le permiten obtener buenos resultados preventivos con una buena relación coste-beneficio.
- 1.3. **Mejora continua:** el SPA analiza sistemáticamente su propia actividad y sus resultados, identifica las posibilidades de mejora y las aplica efectivamente.

2. Calidad de orientación

- 2.1. **Enfoque preventivo:** el SPA se orienta a evitar cualquier tipo de daño a la salud de los trabajadores, aplica los principios jerárquicos de la prevención y fomenta la integración de la prevención en la gestión empresarial.
- 2.2. **Ética:** el SPA asume y aplica criterios de buena práctica profesional, independencia e imparcialidad, confidencialidad y respeto a la dignidad de las personas.
- 2.3. **Orientación al cliente:** el SPA conoce las necesidades, expectativas y demandas de las empresas-cliente y proporciona respuestas aceptables en tiempo y forma.

3. Calidad profesional

- 3.1. **Rigor científico:** el SPA se nutre de las mejores evidencias científicas y las aplica sistemáticamente para analizar y resolver los problemas de salud y seguridad en el trabajo.
- 3.2. **Competencia profesional:** los profesionales del SPA seleccionan en cada caso las técnicas y procedimientos más idóneos y los aplican correctamente.
- 3.3. **Multidisciplinaridad:** los distintos profesionales del SPA analizan y discuten conjuntamente entre sí, o con apoyo externo, los problemas complejos y comparten conocimientos y experiencias.

4. Calidad de relación con la empresa

- 4.1. **Comunicación:** el SPA informa con claridad a las empresas-cliente sobre cuáles son sus necesidades en materia de salud y seguridad, así como sobre los productos y servicios que el SPA oferta.
- 4.2. **Implicación:** el SPA actúa como consultor de la empresa-cliente y aporta una contribución activa relevante a la planificación y gestión de la salud y seguridad en el trabajo.
- 4.3. **Continuidad:** el SPA presta su asistencia a la empresa-cliente de manera continuada a lo largo del proceso de gestión de la prevención y mejora de las condiciones de trabajo.

Las reuniones y entrevistas se desarrollaron en cuatro fases: 1) discusión libre guiada por la pregunta estímulo ¿qué es un Servicio de Prevención de calidad?; 2) presentación de las 12 dimensiones de calidad y toma de posición sobre ellas; 3) discusión libre sobre el funcionamiento actual de los SPA; 4) aplicación de un cuestionario para tratar de cuantificar la relevancia de las dimensiones de calidad y el grado de satisfacción de los participantes respecto a sus expectativas en relación con la actuación de los Servicios de Prevención.

El enfoque de este diagnóstico no es meramente descriptivo, sino que se pretende desarrollar un análisis conceptual reflexivo a partir de la información recogida. Por ello, el análisis se ha basado en el estudio, selección y ordenación de contenidos a partir de la información recogida para, sobre esta base, tratar de elaborar de forma inductiva marcos racionales explicativos de las situaciones que reflejaban los puntos de vista de los participantes.

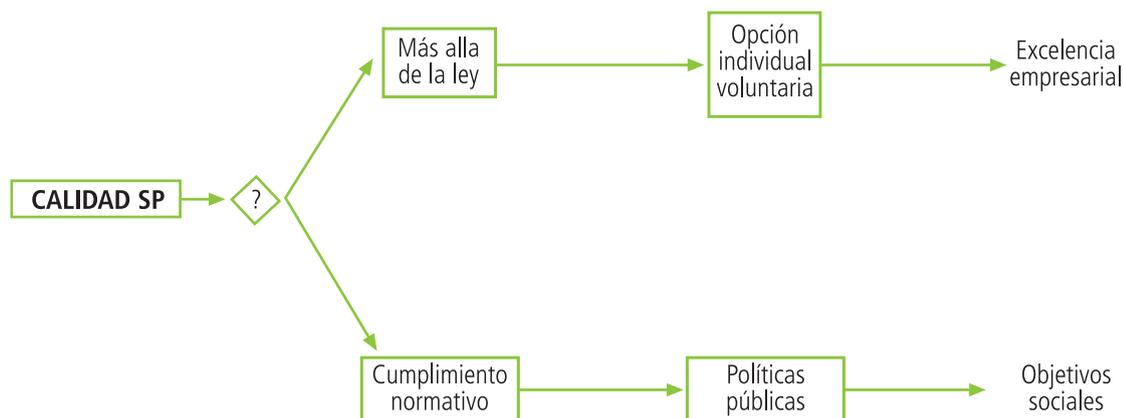
Percepciones y expectativas

Existe en general una cierta confusión sobre el contenido de los planteamientos de calidad aplicada a los Servicios de Prevención e, incluso, dudas sobre la oportunidad de dichos planteamientos aquí y ahora ("la definición de calidad no sé hasta qué punto la podemos aplicar [...] cuando en la mayoría de las empresas estamos con que [los Servicios de Prevención] sean efectivos y funcione la prevención" [DP])^{*}.

Sin embargo, de lo expresado en primera instancia por los colectivos entrevistados, aparece un primer dilema en relación a si la calidad en prevención es algo más que cumplir la normativa o si, por el contrario, no es sino cumplir estrictamente la legislación de una manera coherente ("...la pregunta se contesta sola: el Servicio de Prevención de calidad es aquel que efectivamente es un Servicio de Prevención y tiene unos cometidos que [...] tiene que cumplir, nada más." [DP]).

Ubicarse en una u otra perspectiva no es baladí, ya que si la calidad se concibe como algo que va más allá de la ley, debería considerarse una opción voluntaria e individual adoptada sólo por determinados Servicios de Prevención especialmente motivados, mientras que, por el contrario, si la calidad es concebida como la forma correcta de cumplir la ley, sería exigible a cualquier servicio y su implantación debería constituir una condición de acreditación.

^{*} La descripción de resultados se apoya en la reproducción de extractos de los discursos recogidos (paréntesis y comillas), identificándose en cada caso mediante siglas el colectivo al que pertenece la persona citada (TSP=técnico servicio de prevención; DSP=directivo servicio de prevención; DP=delegado de prevención; E=empresario; A=personal de Administraciones públicas).

Figura 4 Planteamientos alternativos de calidad en los Servicios de Prevención

Se trata, pues, de dilucidar entre dos enfoques (Figura 4): compromiso opcional por la excelencia como estrategia empresarial para aumentar la satisfacción del cliente (“el mercado pone y quita a cada uno” [DSP]) versus políticas públicas de calidad como garantía de consecución de los objetivos sociales en materia de salud y seguridad en el trabajo (“yo creo que la Administración tiene que dar un paso adelante y decir ‘señores hay que entrarle a la prevención’... Y bueno, claro, tiene que haber en el mercado una respuesta a la altura de ese fomento” [A]).

No son, obviamente, enfoques excluyentes sino más bien complementarios, especialmente en cuanto a los resultados buscados (mejora de la prevención y de la satisfacción), pero el predominio de uno u otro punto de vista puede condicionar las estrategias de acción social orientadas a la promoción de la calidad de los Servicios de Prevención. Así, los programas voluntarios de calidad (del tipo de los *Voluntary Protection Programs*³ promovidos por la Administración norteamericana OSHA) corresponderían a un enfoque más individual, mientras que las auditorías públicas de buenas prácticas que promueve el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Finlandia⁴ serían un ejemplo de enfoque social.

Con independencia de este planteamiento, llama la atención el hecho de que, a pesar de detectarse una insatisfacción bastante generalizada con el funcionamiento del sistema preventivo, no parece que la idea de calidad de los Servicios de Prevención esté de una forma consciente y espontánea en la agenda de los clientes, usuarios y grupos de interés. Dichos colectivos sitúan sus expectativas en un horizonte pretendidamente más operativo tratando de buscar soluciones parciales a base de enfrentar por separado cada una de las deficiencias concretas detectadas.

A pesar de ello, los distintos grupos participantes han sido capaces de reflexionar sobre lo que debería ser un SPA de calidad, expresando un grado de coincidencia más o menos amplio respecto a una serie de expectativas en las que prácticamente todos los colectivos se reconocen de forma espontánea:

1. **RECURSOS ADECUADOS Y SUFICIENTES:** la adecuación se refiere fundamentalmente a la formación especializada y la experiencia profesional, mientras que el criterio de suficiencia está muy vinculado a la disponibilidad y agilidad para responder a las demandas.
2. **COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN:** se demanda del SPA que conozca las necesidades de las empresas estableciendo canales de comunicación con los distintos estamentos organizativos (dirección, mandos intermedios, técnicos, delegados de prevención, trabajadores), generando un ambiente de confianza mutua e intercambio de información.
3. **IMPLICACIÓN:** la actividad del SPA debería desarrollarse siguiendo pautas de un modelo de consultoría con capacidad de anticipación a los problemas y de ofrecer soluciones operativas.

³ Voluntary Protection Programs: An OSHA Cooperative Program. Occupational Health and Safety Administration. U.S. Department of Labor. Disponible en: <http://www.osha.gov/dcsp/vpp/index.html>

⁴ Taskinen H (ed). Good Occupational Health Practice. Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Institute of Occupational Health: Edita Oys; 2001.

4. ORIENTACIÓN AL CLIENTE: los productos que entrega un SPA deben reunir como condiciones básicas las de ser comprensibles por el receptor, prácticos y amigables (es decir, fácilmente utilizables), y entregados en plazos operativos.
5. INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN: se requiere que las actuaciones de un SPA de calidad tengan siempre una dimensión pedagógica de sensibilización y convencimiento para que el conjunto de la empresa como organización asuma un papel activo en la gestión de la prevención, más allá del mero cumplimiento formal de la normativa.

Tratando de asignar estas dimensiones esenciales de calidad percibida al clásico esquema de Donabedian⁵ sobre servicios de salud (*input-process-output*), las ubicaríamos de la siguiente forma (Tabla 6):

Tabla 6 Dimensiones de calidad percibida

DIMENSIONES ESENCIALES DE LA CALIDAD PERCIBIDA	
ESTRUCTURA (<i>input</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos adecuados y suficientes (con especial referencia a los recursos humanos).
PROCEDIMIENTOS (<i>process</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación e interacción con la empresa como organización (empresarios y trabajadores). • Implicación en la solución de los problemas.
PRODUCTOS (<i>output</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a las necesidades y peculiaridades del cliente. • Orientación a la integración de la prevención en la gestión empresarial.

¿Qué se entiende, pues, por un SPA de calidad? Según las expectativas recogidas, podemos afirmar que un SPA formado por profesionales de experiencia reconocida con quienes poder contar cuando se les necesite, buenos conocedores de las necesidades de la empresa, que actúan como consultores especializados, que ofrecen productos operativos para la resolución de los problemas y que promueven eficazmente el compromiso empresarial con la prevención, sería percibido como un Servicio de Prevención de calidad por el conjunto de los clientes, usuarios y grupos de interés.

A las percepciones anteriores expresadas de forma espontánea, hay que añadir el posicionamiento de los grupos frente a la propuesta de las 12 dimensiones de calidad descritas anteriormente (Tabla 7):

Tabla 7 Percepciones de los informantes al respecto de la importancia relativa de cada una de las doce dimensiones de calidad propuestas

ÁREAS DE CALIDAD	DIMENSIONES DE CALIDAD	IMPORTANCIA PERCIBIDA
CALIDAD DE GESTIÓN	Capacidad de respuesta	++
	Eficiencia y efectividad	+
	Mejora continua	+/-
CALIDAD DE ORIENTACIÓN	Enfoque preventivo	++
	Ética	++
	Orientación al cliente	++
CALIDAD PROFESIONAL	Rigor científico	+
	Competencia profesional	+/-
	Multidisciplinaridad	+/-
CALIDAD DE RELACIÓN	Comunicación	++
	Implicación	++
	Continuidad	+/-

++ muy importante / + medianamente importante / +/- menos importante

⁵ Donabedian A. The quality of care: How it can be assessed. JAMA 1988;260: 1743-1748.

Como se puede observar, la calidad de la orientación y la calidad de las relaciones con la empresa son las dos grandes áreas consideradas mayoritariamente como las más importantes. Las tres dimensiones que configuran la calidad de orientación y dos de las de la calidad de las relaciones han sido consideradas mayoritariamente como muy importantes. A ellas se añade una dimensión adicional con la misma consideración de importancia, la referida a la capacidad de respuesta a las necesidades de las empresas.

Estas expectativas frente a la propuesta de 12 dimensiones de calidad basadas en la revisión de la literatura científica son bastante consistentes con las percepciones espontáneas descritas, añadiendo aquí en todo caso la dimensión ética como un elemento esencial de calidad a los allí referidos. Por ello, consideraremos en adelante como referente para el análisis estas 6 dimensiones "mayores" de calidad percibida:

- Capacidad de respuesta.
- Enfoque preventivo.
- Ética.
- Orientación al cliente.
- Comunicación.
- Implicación.

El resto de dimensiones propuestas no ha merecido una especial atención por parte de los colectivos participantes. Concretamente el área relacionada con la calidad de la actividad profesional (rigor científico, competencia profesional, multidisciplinariedad) ha sido la menos valorada. Tal vez esto no es más que un reflejo de aquella falta de interés explícito por una aproximación global a la calidad de los Servicios de Prevención, que conllevaría una cierta desconsideración sobre condiciones estructurales de calidad menos "visibles", en beneficio de otras dimensiones más "primarias" directamente relacionadas con la calidad de las actividades y de los resultados. Posiblemente tampoco es ajeno a este posicionamiento tan poco entusiasta respecto a la calidad profesional un cierto ambiente generalizado de desvalorización respecto al carácter científico de la prevención ("evidencia científica suena tan a libro...", TSP; "no parece que estén hablando de un Servicio de Prevención..." [se refiere a la definición de competencia profesional], DSP).

Con todo, llama especialmente la atención la escasa consideración manifestada hacia aspectos como la mejora continua en la gestión interna del servicio, la multidisciplinariedad en la actividad profesional o la continuidad en la asistencia prestada a las empresas.

Adviértase, sin embargo, que la menor importancia percibida en relación con determinadas dimensiones, con ser un elemento a tener en cuenta, no debería condicionar de una forma absoluta la consideración de dichas dimensiones en tanto que elementos constitutivos de un planteamiento riguroso de calidad, siempre que se justifique razonablemente su relación con los objetivos que se pretenden (*fitness for purpose*)⁶. Es decir, aquí sólo nos estamos refiriendo a los aspectos que influyen en la percepción de calidad, no al conjunto de elementos determinantes de la calidad global que han sido analizados en el capítulo anterior.

Valoraciones sobre la calidad de los Servicios de Prevención

Aunque no siempre de forma explícita, de las manifestaciones recogidas en los distintos grupos participantes, se desprende la configuración de un escenario en el que, en general, la demanda de prevención por parte de las empresas es percibida no como una demanda basada en necesidades sentidas o en expectativas propias de los empresarios ("...el propio cliente no conoce sus necesidades..." [TSP]), sino que se trata de una demanda claramente inducida desde fuera, en este caso por la Administración que es la encargada de hacer cumplir las obligaciones empresariales contempladas en la ley.

Esta es una primera observación de gran importancia. El terreno en el que actúan los SPA es un mercado sui generis en el que, en última instancia, es la Administración la que induce no sólo la demanda (dicta la norma), sino que también es la que establece el criterio de satisfacción (controla y aprueba o rechaza las condiciones de cumplimiento), por lo que es, en definitiva, la

⁶ Agius R. Quality and audit in occupational health. Disponible en: www.agius.com/hew/index.htm

que acaba condicionando en muy buena medida las pautas del mercado (“yo diría que tenemos [...] tres en uno. O sea, nuestro cliente es el cliente, nuestro cliente es la Administración [...], nuestro cliente es la Inspección de Trabajo...” [DSP]).

La Administración es, pues, un elemento inductor de la demanda. Una política por parte de las Administraciones de fomento generalizado de la cultura preventiva en las empresas, es decir, de promoción del convencimiento propio sobre la importancia de la prevención, generaría indudablemente una demanda de calidad que condicionaría la oferta de los SPA. Por el contrario, una política orientada solamente a sancionar el incumplimiento de obligaciones acabará generando, como de hecho lo hace, una demanda de prevención más formalista que real (“nadie nos pide otra cosa que no sean papeles y formas” [DSP]) y más dirigida a la autodefensa y al cuidado de la propia imagen que a resolver los problemas reales (“la Administración no quiere investigar y prevenir, sólo quiere culpables...” [DSP], “...hoy el Servicio de Prevención es un ‘quitamultas’...” [E]).

La demanda actual de las empresas responde mayoritariamente a esta segunda situación, a pesar de una minoría –tal vez creciente– que viene demandando cada vez una mayor calidad preventiva, motivada de manera explícita por sus propios intereses (gestión de calidad, imagen de mercado, interés preventivo).

Frente a esta demanda mayoritaria formalista, los SPA han venido desarrollando una política acomodaticia o de “amoldamiento”, sin mostrar en lo más mínimo ni voluntad ni capacidad de transformación hacia una demanda de calidad. Los propios directivos de SP reconocen estar dispuestos a transigir con los criterios técnicos por no hacer peligrar el concierto (“...les aguantas cosas...” [DSP]).

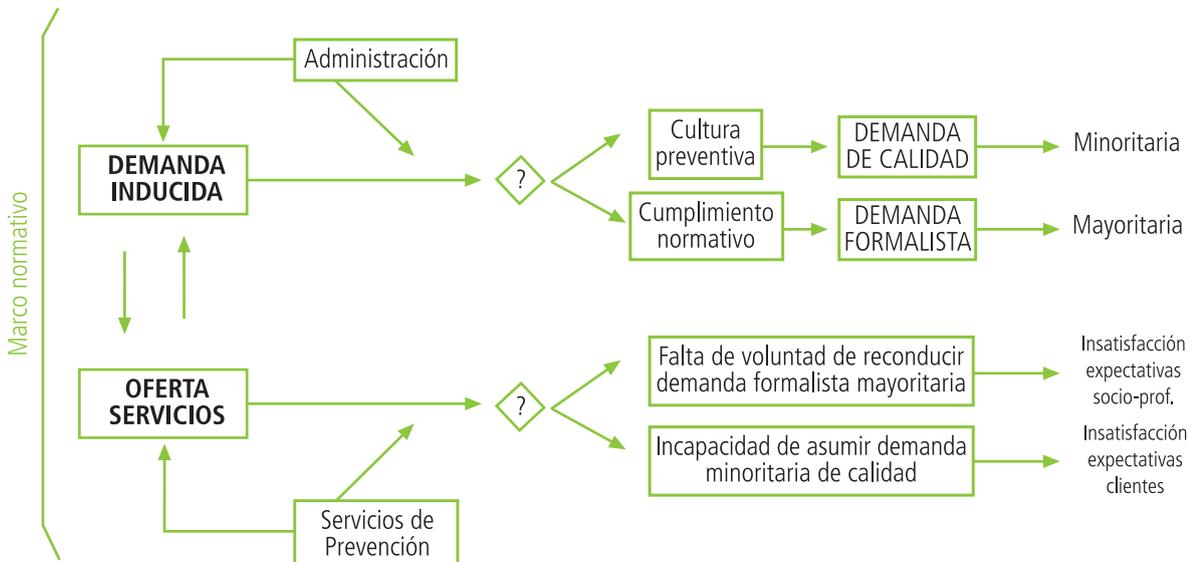
Este planteamiento, de satisfacción a ultranza de las demandas del cliente, tal vez podría considerarse válido en otros ámbitos del sector servicios, pero adolece, en el caso de los Servicios de Prevención, de un doble déficit de perspectiva:

- a) No tiene suficientemente en cuenta los objetivos sociales últimos a los que el Servicio de Prevención debería contribuir (la prevención de los riesgos y la mejora de la salud en el trabajo), con lo que el SPA acaba creando mayores complicidades con la empresa-cliente que con las Administraciones encargadas de promover dichos objetivos sociales o con los trabajadores como beneficiarios en última instancia de la acción protectora de la salud.
- b) No es suficientemente coherente con el carácter técnico-científico del propio servicio, lo cual genera una tendencia a subordinar, a modo de placebo, las necesidades objetivas a la percepción subjetiva del cliente con el fin de asegurar su fidelización, marginando finalmente los criterios profesionales que son los que deberían fundamentar una práctica preventiva basada en la evidencia.

Por otra parte, esta estrategia “seguidista” respecto a la demanda mayoritaria ha provocado que, en general, los SPA tampoco se hayan mostrado capaces de diversificar su oferta estándar de servicios, lo cual les está impidiendo atender las demandas de calidad de esa pequeña franja de empresas “convencidas” que ya empiezan a hacerse visibles (“yo creo que el Servicio de Prevención ha sido un ‘bluf’ muy grande..., llega un momento en que una vez que nos hemos concienciado todos, ¿ahora qué tenemos?...” [E]).

El resultado es que los actuales SPA se muestran incapaces de satisfacer tanto las expectativas sociales en materia de implantación de un sistema de prevención eficaz como las expectativas profesionales de sus propios equipos de preventivistas, y ni siquiera están operativamente preparados para satisfacer una demanda minoritaria de prevención de calidad que debería ir acrecentándose (Figura 5).

Figura 5I Servicios de Prevención Ajenos: aproximación diagnóstica



Tal vez, el panorama descrito no sea sino el resultado de una enorme improvisación que, con el paso del tiempo, va evidenciando cada vez mayores carencias tanto en el terreno político (han faltado estrategias de implantación –basadas en evidencias– del nuevo sistema preventivo) como en el mercantil (no se han desarrollado estudios de mercado teniendo en cuenta la multiplicidad de clientes y expectativas) o el profesional (indefinición de funciones y competencias de los prevenciónistas en un marco de multidisciplinariedad).

Por otro lado, si hay algo que caracteriza la aproximación inicial a la calidad de los SP desde el punto de vista de los clientes, usuarios y grupos de interés, es una profunda insatisfacción con la situación actual, que comparten de un modo u otro todos los colectivos de forma generalizada, y se expresa de forma especialmente radical por los representantes de los trabajadores: “no conozco un Servicio de Prevención de calidad” (DP).

Tres son las principales disfunciones que, a juicio de los grupos participantes, sustentarían esta impresión diagnóstica negativa:

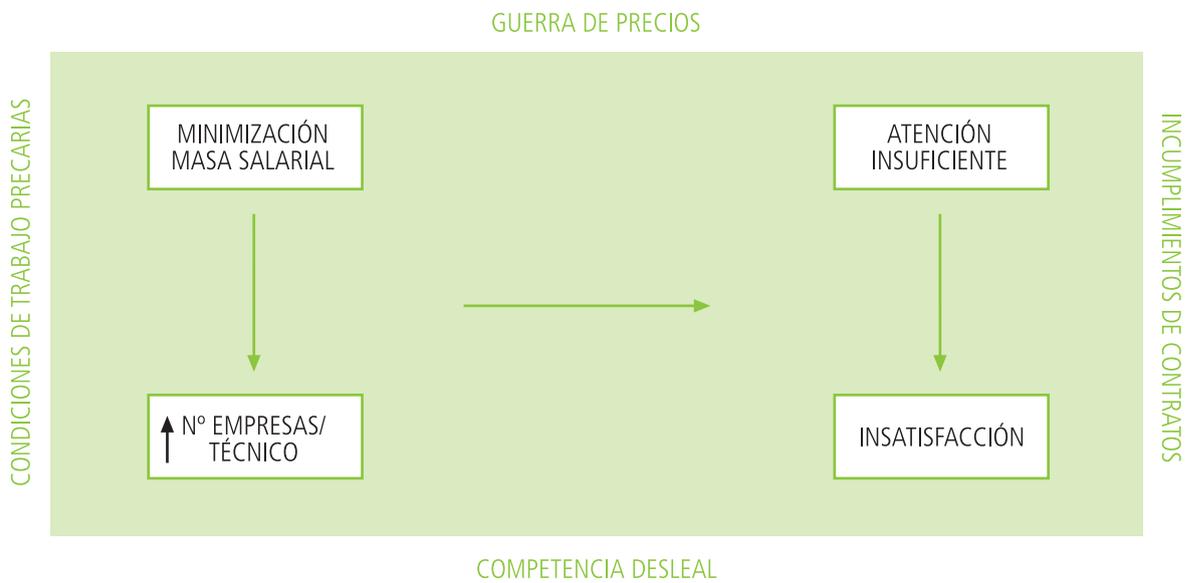
- Falta de arraigo de la cultura preventiva en el ámbito sociolaboral que se traduce básicamente en una falta de motivación empresarial (“el problema es que nos falla una variable fundamental y es que el cliente, la empresa... esto no lo concibe como un servicio, no” [DSP]; “...se sigue asociando prevención con perder el tiempo...” [TSP]).
- Ineficacia de la normativa vigente para lograr la integración de la prevención en la gestión empresarial (“...la norma en España es muy prolija y muy complicada” [E]; “con la famosa prevención integrada se ha confundido todo y se mezcla sistema de gestión de calidad con la prevención integrada, cosa que es muy diferente” [DSP]).
- Inmadurez del sector de los Servicios de Prevención que genera un mercado anómalo en aspectos como la competitividad, transparencia, condiciones de trabajo, regulación de la actividad profesional, etc. (“...el mercado está totalmente corrompido por ‘dumping’, se dan precios por debajo del coste...” [DSP]).

Estas disfunciones pueden concretarse en tres secuencias especialmente negativas para la calidad de los SP, una que afecta a su propia estructura interna de gestión, otra al tipo de relación que establecen con las empresas-cliente y una tercera a la capacitación profesional.

La guerra de precios y la competencia desleal han sido, a juicio de buena parte de los grupos entrevistados, determinantes de una política generalizada de minimización del gasto salarial en los SPA (Figura 6). Ello ha tenido como consecuencia un incre-

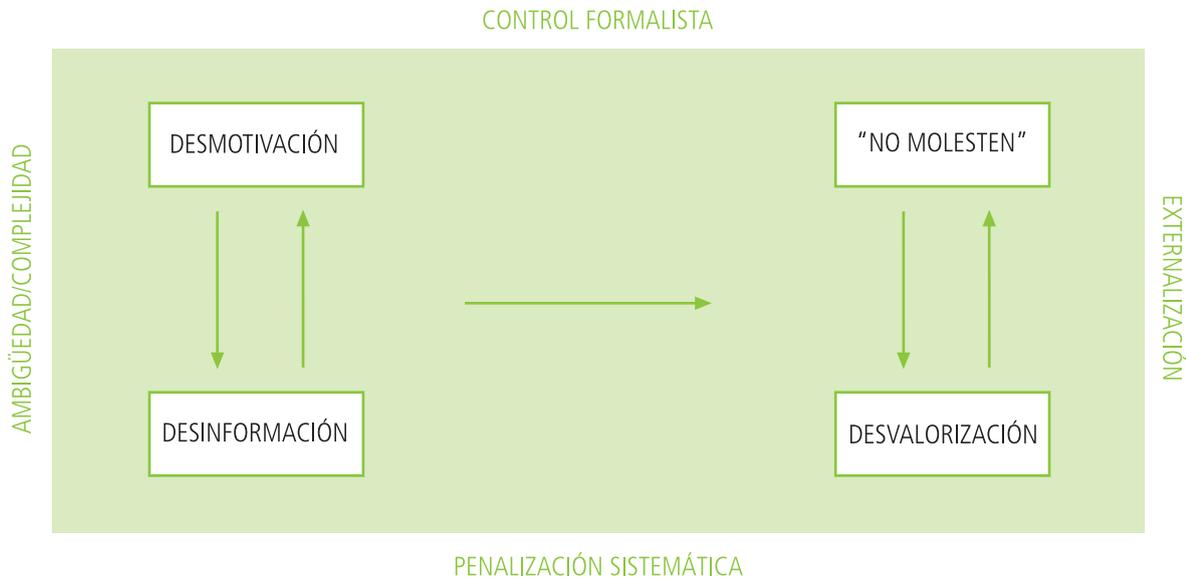
mento progresivo de las cargas de trabajo (número empresas/técnico), incompatible no sólo con el más mínimo planteamiento de calidad sino, incluso, con las exigencias elementales de asistencia a la empresa contempladas en los contratos (“...hay Servicios de Prevención que un técnico lleva 200 empresas, 170 empresas, 150...” [TSP]). Los resultados de esta secuencia pueden medirse en términos de insatisfacción de la empresa-cliente, de frustración profesional y de precariedad laboral en el colectivo técnico y, en definitiva, de ineficacia preventiva del servicio. Uno de los participantes resumía así la situación: “Yo creo que el problema está en la falta de tiempo y en la falta de pagar lo que hay que pagar por la buena calidad, todo es abaratar costes y entonces, claro, no puedes dedicar tiempo, no puedes tener tanto personal como necesitas para hacer las cosas bien, entonces es en plan chapuza...” (TSP).

Figura 6I Contexto de desregularización sectorial de los Servicios de Prevención Ajenos



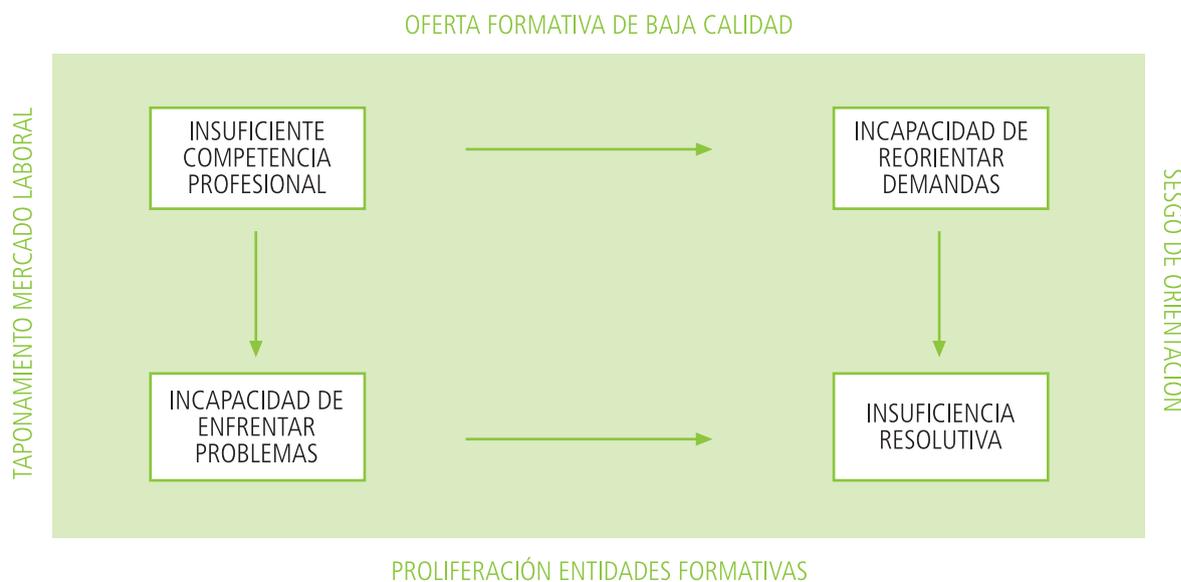
La segunda secuencia negativa (Figura 7) podemos denominarla “perversión estructural” y se desarrolla en un marco de relación empresa-SPA condicionado, según los participantes, por una normativa compleja y ambigua, que favorece en la práctica la externalización de la prevención, además de por políticas excesivamente penalizadoras y de control formalista. En este escenario, incapaz de generar una motivación preventiva en las empresas, el SP ha jugado la carta de la ambigüedad y no ha establecido una relación con sus clientes basada en información clara ni sobre cuáles son las verdaderas necesidades del empresario ni sobre el sentido de la propia oferta de servicios. La desmotivación y desinformación han colocado en la puerta de la empresa el “do not disturb”, con lo que el empresario paga lo que él considera un impuesto preventivo (“...es un ‘impuesto revolucionario’ que tiene que pagar y no le ve la utilidad” [TSP]) a condición de que el SPA le “lleve los papeles” y no le cree problemas (“...te dicen ‘a mí déjame tranquilo y no me des mucho la vara, que si no me cambio’...” [DSP]).

Figura 7 Perversión estructural en el funcionamiento de los Servicios de Prevención Ajenos



La tercera secuencia negativa (Figura 8) se refiere a la formación. La expansión del mercado de los servicios de prevención ha generado una fuerte demanda de profesionales acreditados que, a su vez, ha abierto importantes posibilidades de negocio en el terreno de la formación. La orientación de este mercado formativo a la cantidad en detrimento de la calidad ha significado una sorprendente proliferación de entidades y un auténtico boom de ofertas formativas, muchas de ellas a distancia, sin las mínimas garantías de rigor y coherencia (de nuevo, con una importante responsabilidad de las instituciones públicas encargadas de regular, acreditar y controlar la formación). Esta explosión formativa de baja calidad ha cubierto una buena parte de la demanda del mercado con una masa de titulados de primera generación insuficientemente preparados, pero que actúan como tapón a posteriores incorporaciones y cuya actuación, una vez en ejercicio, ha frustrado claramente las expectativas de clientes y usuarios en cuanto a efectividad y capacidad resolutoria, además de haber mostrado una total incapacidad de estructurar una práctica profesional coherente. Uno de los empresarios participantes apunta una opinión ilustrativa al respecto: "...es un poco duro decirlo pero a mí me da la sensación de que (...) estaban generando un pesebre, un pesebre del que iban a comer muchos (...) y se devaluó la formación de los técnicos de prevención" (E).

Figura 8| Sesgos en la formación de los profesionales de los Servicios de Prevención Ajenos



Tomando ahora en consideración las 6 dimensiones "mayores" de calidad percibida sobre cuya relevancia parece haber un consenso más o menos generalizado, describiremos las principales valoraciones recogidas.

La dimensión sobre la que ha habido una valoración negativa más unánime ha sido la **implicación**. Aunque algunos de los participantes pertenecientes a los colectivos de proveedores han reivindicado una implicación positiva por su parte en la organización de la prevención en la empresa, en general se ha criticado la falta de proactividad y el que no actúen como verdaderos consultores de la empresa en materia de prevención. Los empresarios esperarían del SPA más tiempo de dedicación y que "vaya por delante" de las necesidades de la empresa ("...es triste [...] que les pagues y que seas tú el que tengas que estar al loro de las leyes" [E]). La escasez de visitas es una de las cuestiones más criticadas ("no aparecen por la obra ni por el centro de trabajo, hacen una valoración inicial y se acabó" [A]; "...a lo mejor no ha venido en cuatro o cinco años..." [DP]). También se señala que los SPA están más preocupados en "guardarse las espaldas" frente a la justicia que de comprometerse realmente con las empresas que atienden. Los delegados de prevención, por su parte, piden un mayor contacto del SP con los representantes de los trabajadores ("Es que no hay ni contacto [...]. Los técnicos tendrían que estar en contacto permanente con los delegados de prevención yo creo..." [DP]).

En el extremo opuesto, la **ética** ha recibido una valoración mayoritariamente positiva por parte de los grupos participantes con la notable excepción del colectivo de delegados de prevención que se ha mostrado extremadamente crítico al respecto, atribuyendo al SPA complicidades con el empresario, falta de independencia y parcialidad. Por su parte, los técnicos de los SPA han sido quienes más han insistido en defender los criterios éticos y de "buena práctica profesional" en sus actuaciones. En cualquier caso, al margen de los pronunciamientos globales, en todos los grupos han habido voces que reconocen actuaciones o situaciones éticamente problemáticas: "los Servicios de Prevención aplicamos criterios de buena práctica profesional [pero] no somos independientes [...] y para nada imparciales, confidencialidad y respeto por supuesto, pero independientes e imparciales, no" (DSP); "tu servicio ajeno llega y te dice 'vamos a poner no sé qué que ha pasado en una hoja' [y le dices] 'no me pongas no sé qué'..." (E); "...¿cómo va a decir algo contra el que le está pagando?" (A).

La **capacidad de respuesta** ha sido valorada como otro punto negativo, especialmente por los destinatarios (empresarios y delegados), pero también por la Administración. Las críticas apuntan a la insuficiencia de los recursos humanos, en la línea de lo ya señalado anteriormente sobre las ratios número de empresas/técnico, pero sobre todo a la falta de preparación ("...están mal pagados, mal mirados, son recién titulados y no tienen ni idea [...] entonces al final [...] las personas que te hacen las cosas... son personas no preparadas" [E]; "los técnicos no ven riesgos, no saben hacer las evaluaciones porque no conocen los procesos productivos..." [A]). Este déficit es atribuido al fracaso del sistema de formación técnica en prevención: "... se devaluó la

formación de los técnicos en prevención..." (E); "hay gente que tiene el título de técnico en prevención superior y es abogado, hombre, yo no quiero decir nada pero cuando se ven cosas técnicas... yo creo que la especialización aquí es muy importante" (DSP). Tanto los empresarios como la Administración coinciden en que el problema es también de operatividad ("el problema es que no aportan soluciones de ningún tipo, ellos se limitan a dar informes..." [E]; "...no tienen una respuesta en el tiempo lo suficientemente ágil como para dar satisfacción a las demandas de las empresas..." [A]).

A pesar de que en un principio la dimensión **enfoque preventivo** fue considerada una obviedad por muchos de los participantes ("te ofende incluso que... un Servicio de Prevención diga 'mi criterio de calidad es ser preventivo', ¿qué otro enfoque puede tener un Servicio de Prevención si no es éste?" [E]), a la hora de confrontarlo con las expectativas ha surgido toda una serie de valoraciones críticas, fundamentalmente en relación con el predominio del "papeleo" y con el poco apoyo y facilitación a la integración de la prevención en la empresa. Uno de los gerentes de SPA planteó de esta forma la diferencia de enfoques: "es como un taller que puede dedicarse a decir... yo hago que pases la ITV del coche o a que el coche te funcione bien que es distinto [...], porque la ITV la hago alguna vez... pero el coche lo cojo todos los días" (DSP). La falta de compromiso de los empresarios ("todavía nos encontramos empresarios con lo de '¡ah!, los del seguro'..." [DSP]), así como la orientación de las actuaciones de la inspección ("...llega un inspector y ¿qué pide? documentación" [TSP]), son señaladas por los proveedores como condicionantes negativos para un verdadero enfoque preventivo. También se hace referencia a la llamada "prevención defensiva" ("yo creo que dedico más tiempo a evitar multas que accidentes..." [TSP]). Los delegados de prevención y los propios técnicos son los colectivos más críticos con los SPA en este terreno.

Los empresarios consideran la **orientación al cliente** como muy importante, ya que "a veces no sabes lo que necesitas" (E), sin embargo —y en esto hay coincidencia con los delegados— consideran que los SPA no aportan las respuestas apropiadas a las necesidades de la empresa. Critican especialmente las evaluaciones de riesgos de "corta y pega" por ser demasiado genéricas, proliferas ("...un 'tocho' documental..." [DP]) y poco operativas ("...una novela que nos dice pues todas las posibilidades de que se produzca un accidente, pero tenemos dificultad de cómo trasladar eso a cada una de las personas que están trabajando" [E]). Hay empresarios que dudan de que al SPA le interese conocer las necesidades preventivas de sus empresas: "yo creo que el problema que tenemos con el Servicio de Prevención es que no conocen o no quieren conocer nuestras necesidades" (E). Frente a estas visiones críticas, algunos de los participantes en los colectivos de proveedores se defienden afirmando conocer bien las necesidades de sus empresas-cliente y ofrecer productos amigables.

En el terreno de la **comunicación**, los propios responsables de los SPA reconocen que éste es un punto débil ya que, a pesar de los esfuerzos que dicen desplegar para que el empresario tome conciencia sobre cuáles son sus verdaderas necesidades, afirman que difícilmente consiguen sensibilizarlo. Frente a ello, los empresarios ponen énfasis en la falta de claridad en la comunicación, empezando por los contratos, y los delegados insisten en ser tenidos en cuenta en materia de comunicación. Los participantes pertenecientes a las Administraciones coinciden en apreciar falta de claridad de los contratos ("...no, no, el empresario no sabe lo que está firmando..." [A]), mientras que los técnicos señalan como un problema que, en ocasiones, la relación de comunicación con la empresa esté en manos de los comerciales más que de los prevencionistas ("...aparece por allí un comercial y le dice [al empresario] que le va a arreglar la vida y [él] se lo cree" [TSP]). Los técnicos abogan por una "periodicidad" en la comunicación entre ellos y la empresa como forma de generar "confianza" en el empresario para "convencerle" de sus necesidades preventivas.

Visiones y roles diferenciales

Lo anterior representa lo que podríamos denominar el mínimo común denominador de los distintos grupos participantes. Veamos ahora algunas de las peculiaridades con las que los distintos colectivos afrontan el tema de la calidad de los SPA.

Para ello utilizaremos el criterio de ubicación de los distintos colectivos en el sistema, con lo que tendremos tres categorías:

- a) **Destinatarios:** son aquellos que reciben el servicio propiamente, bien como clientes (empresarios) o como beneficiarios en última instancia (trabajadores).
- b) **Proveedores:** se incluyen los colectivos vinculados a la prestación del servicio (gerentes de los Servicios de Prevención y técnicos prevencionistas).
- c) **Agentes de vigilancia y control:** representados por el personal procedente de las Administraciones públicas con funciones de acreditación e inspección.

El punto de vista de los **destinatarios** (representados en este estudio por los colectivos de empresarios y delegados de prevención) tiene aspectos coincidentes y divergentes. Hay una coincidencia básica en cuanto a la insatisfacción por la falta de operatividad de los SPA en la resolución de problemas concretos. Por otra parte, los empresarios-clientes manifiestan una sensación de "desamparo" ante la presión institucional y judicial, mientras que los representantes de los trabajadores se quejan sobre todo de la falta de efectividad, tanto por la escasa sensibilidad preventiva de los empresarios como por la insuficiente implicación de los SPA en la resolución de los problemas concretos.

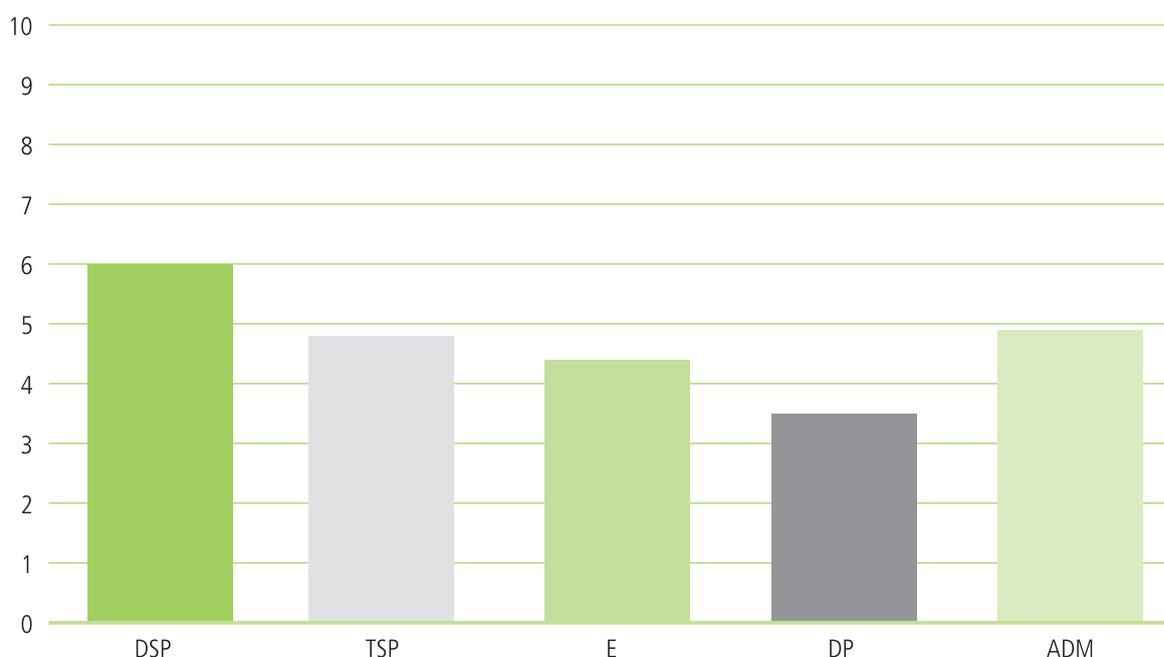
En el campo de los **proveedores** de Servicios de Prevención, tanto los gerentes como los técnicos de SPA coinciden en la apreciación del escaso *feedback* que reciben de las empresas debido a la ausencia de compromiso preventivo de los responsables de las mismas. Esta situación genera una gran frustración profesional en los técnicos que se quejan, además, de una falta de definición clara de sus competencias. Los gerentes de SPA, por su parte, están muy condicionados por la necesidad de fidelizar clientes en un mercado nuevo que compite sobre todo en precios y, además, se sienten injustamente juzgados y atacados por todos.

Los **agentes de vigilancia y control**, representados en este estudio por personal de las Administraciones públicas, parecen situarse en un plano externo desde donde observan críticamente las relaciones que se establecen entre el resto de agentes. Es decir, se ven a sí mismos más como sancionadores que como promotores de la calidad de los SPA. Constatan la falta de eficacia de las normas, así como la falta de voluntad política y/o de acierto para cambiar el rumbo de las cosas, y señalan la insuficiencia de recursos institucionales para ejercer una mayor vigilancia.

Presentamos ahora, de forma indicativa y con la exclusiva finalidad de facilitar la visualización de los puntos de vista diferenciales, los gráficos y perfiles cuantitativos de los distintos colectivos. Esta representación gráfica recoge las puntuaciones (escala de 0 a 10) otorgadas por cada uno de los participantes a los actuales SPA en relación con las 12 dimensiones de calidad sugeridas en el modelo descrito al principio de este capítulo y construido a partir de la revisión de la literatura científica.

Llama la atención en primer lugar (Figura 9) la diferencia en la puntuación global sobre la calidad de los SPA (media aritmética de las puntuaciones otorgadas a cada una de las 12 dimensiones) que se establece entre los directivos de dichos servicios y el resto de colectivos: los directivos son el único grupo que puntúa por encima de 5 ("aprobado") la calidad global de los SPA. Por otra parte, cabe destacar que las mayores diferencias de puntuación media se dan precisamente con los colectivos destinatarios del servicio (empresarios y delegados) y que, con todo, la nota que los directivos de SPA se dan a sí mismos no es excesivamente optimista.

Figura 9 Valoración de la actuación de los SP en relación con las 12 dimensiones de calidad propuestas. Puntuación media global (escala 1-10) por parte de los distintos colectivos participantes



DSP: Directivos Servicios Prevención; TSP: Técnicos Servicios Prevención; E: Empresarios; DP: Delegados de Prevención; ADM: Administración

Considerando las cuatro grandes categorías de calidad en que hemos agrupado las 12 dimensiones (gestión, orientación, actividad profesional y relación con las empresas), podemos matizar el panorama anterior con las siguientes apreciaciones (Figura 10):

- Las diferencias de puntuación observadas entre los directivos de SPA y el resto se concentran en dos áreas: calidad de gestión y calidad de relación con las empresas.
- Existe una radical diferencia de apreciación entre los directivos de SPA y los representantes de los trabajadores que afecta a todas las áreas de calidad.
- Los empresarios, por su parte, solamente tienen tendencia a coincidir con los directivos de SPA en cuanto a la calidad de orientación, manteniendo las divergencias en el resto de áreas de calidad.
- Los técnicos de SPA y el personal de las Administraciones parecen mostrar una cierta tendencia coincidente en sus puntuaciones (>5 en calidad profesional y de orientación; <5 en calidad de gestión y de relación con las empresas).

Figura 10 Valoración de la actuación de los SP en relación con las 12 dimensiones de calidad propuestas. Distribución por áreas de calidad de las puntuaciones medias (escala 1-10) otorgadas por los grupos participantes



Las puntuaciones asignadas a las 12 dimensiones de calidad permiten establecer comparaciones entre los diferentes perfiles, con lo que se observa:

- Una falta generalizada de coincidencias entre los directivos de SPA y los beneficiarios del servicio (muy escasa respecto a los empresarios-cliente y nula en relación con los delegados de prevención), destacando que, a pesar de las lógicas diferencias, hay una mayor similitud de puntos de vista entre delegados y empresarios que entre estos últimos y los responsables de SPA (Figura 11).

- En el seno de la categoría de proveedores también se observan diferencias de opinión, tal vez no de tanta intensidad pero de una extensión similar en cuanto al número de puntuaciones divergentes, entre los directivos y los técnicos de los SPA (Figura 12).
- Un panorama parecido al anterior es el que dibujan los perfiles del personal de las Administraciones en comparación con los directivos de SPA (Figura 13).

Además de lo señalado, parece observarse una cierta tendencia a coincidir entre el personal de las Administraciones y los técnicos de SPA (Figura 14).

Figura 11 Perfil de puntuaciones obtenidas por cada una de las 12 dimensiones de calidad propuestas. Directivos de SP (DSP)/ Empresarios (E)/ Delegados de Prevención (DP)

G1: Capacidad de respuesta	O1: Enfoque preventivo	AP1: Rigor científico	RE1: Comunicación
G2: Eficiencia/ efectividad	O2: Ética	AP2: Competencia profesional	RE2: Implicación
G3: Mejora continua	O3: Orientación al cliente	AP3: Multidisciplinaridad	RE3: Continuidad

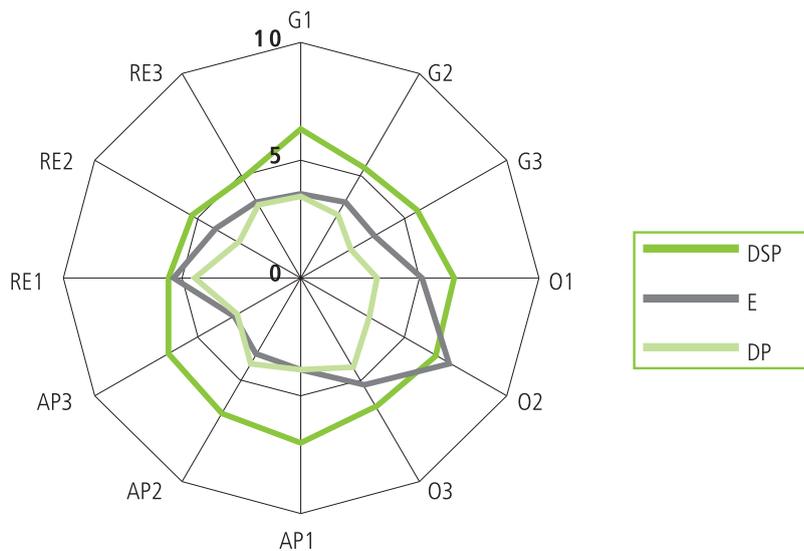


Figura 12 Perfil de puntuaciones obtenidas por cada una de las 12 dimensiones de calidad propuestas. Directivos de SP (DSP)/ Técnicos de SP (TSP)

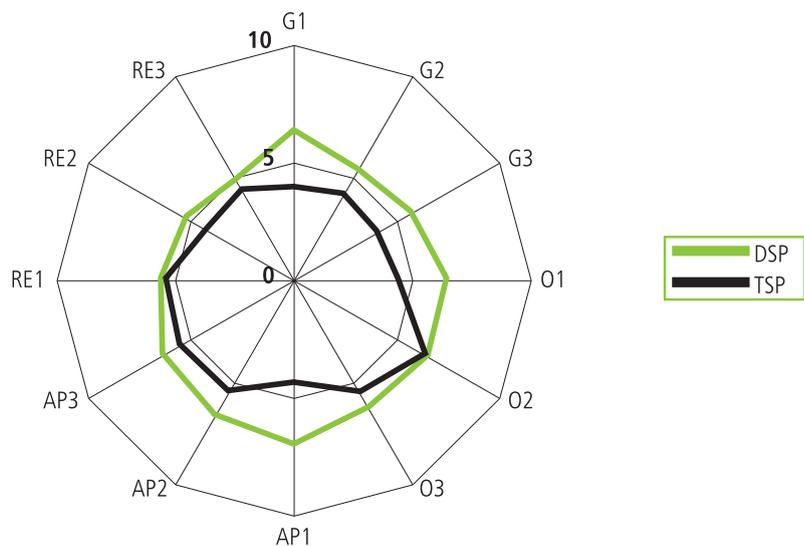


Figura 13 Perfil de puntuaciones obtenidas por cada una de las 12 dimensiones de calidad propuestas. Directivos de SP (DSP) / Personal de Administraciones Públicas (ADM)

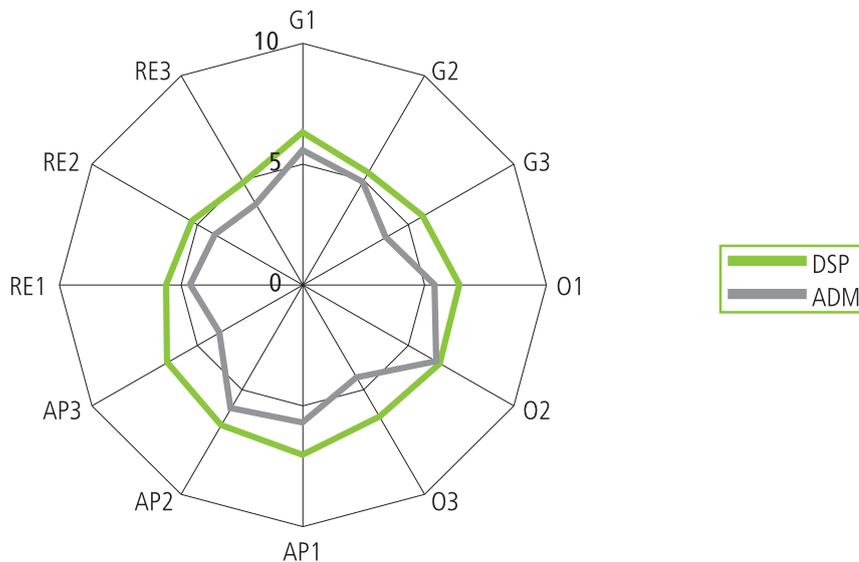
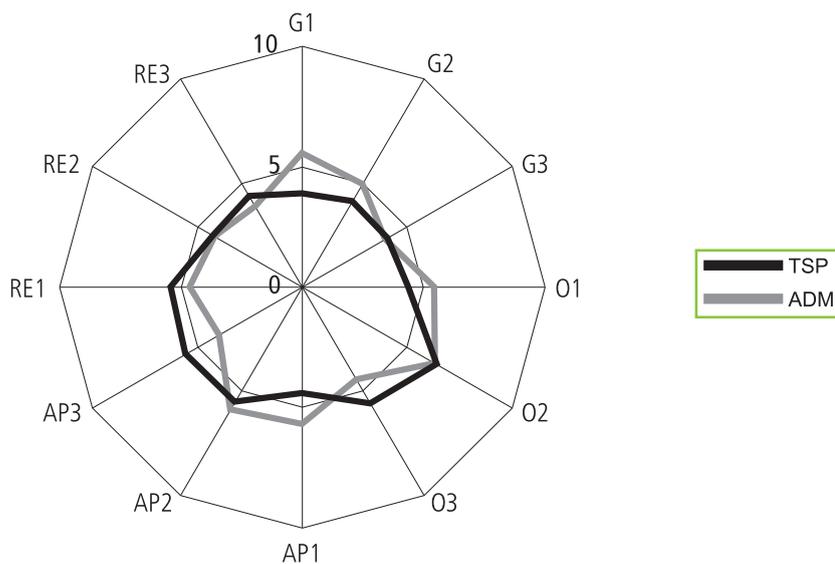


Figura 14 Perfil de puntuaciones obtenidas por cada una de las 12 dimensiones de calidad propuestas. Técnicos de SP (TSP) / Personal de Administraciones Públicas (ADM)



Por último, resulta interesante analizar la imagen que los distintos grupos de interés tienen del resto, para hacerse una idea de las interacciones que pueden establecerse entre ellos dentro del complejo mundo pluriclientelar de los Servicios de Prevención (Tabla 8).

Los empresarios viven la prevención como un conflicto: a la Administración le suponen un afán persecutorio, mientras que los trabajadores son vistos como antagonistas, dispuestos a usar la salud y seguridad en su contra. Como, además, desconfían de la competencia y apoyo de los SPA, se sienten "solos ante el peligro".

Los delegados de prevención echan de menos una relación más estrecha con los SPA y se reivindican como interlocutores. Desconfían tanto de las aptitudes técnicas como de las lealtades del Servicio de Prevención hacia los empresarios. A la Administración le suponen una actitud negativa hacia ellos y una cierta dejación de sus funciones. De los empresarios destacan su escasa concienciación preventiva.

Los técnicos y directivos de los Servicios de Prevención se sienten desvalorizados y mal tratados por sus clientes. Consideran que la Administración promueve el formalismo, sólo tiene un afán persecutorio y fomenta una actitud de desconfianza hacia ellos. Afirman sentirse utilizados por los trabajadores.

El personal de la Administración sólo ha expresado opiniones en relación con los proveedores de los Servicios de Prevención y los empresarios, pero no sobre los trabajadores. A los empresarios les critican su escasa concienciación y su actitud poco exigente hacia los SPA. De los Servicios de Prevención piensan que no actúan con lealtad hacia las empresas. No emiten ningún juicio respecto a la relación entre la Administración y los SPA, ni entre estos últimos y los trabajadores o sus representantes.

Ante este panorama, si algo puede caracterizar la imagen que tienen los distintos grupos de interés entre sí, tal vez haya que referirlo al término desconfianza. La desconfianza es un elemento recurrente en las relaciones entre clientes, usuarios y grupos de interés. Los empresarios desconfían de las capacidades técnicas de sus proveedores, por lo cual no confían en recibir el servicio y los productos contratados. Los representantes de los trabajadores comparten esta percepción pero, además, desconfían también de la convivencia entre el SPA y el empresario como cliente-pagador. Los proveedores, por su parte, son conscientes de esta doble desconfianza, que les impide desarrollar relaciones de cooperación, pero, a su vez, desconfían de sus clientes: creen que les mienten o que tratan de manipularles. Por último, la Administración parece fomentar esta desconfianza generalizada.

Además, las relaciones entre beneficiarios y proveedores parecen escasas e insatisfactorias. Ambas partes se quejan de estar solos. Los clientes y usuarios se quejan de que el proveedor no está disponible y no se esfuerza por conocer sus necesidades (los representantes de los trabajadores, además, se sienten excluidos de la relación empresa-SPA). Desde la parte de los proveedores, hay quejas de no ser adecuadamente valorados por sus clientes y de ser utilizados por los trabajadores para otros fines distintos de la prevención. Cada una de las partes siente que la otra no está dispuesta a relacionarse con ella de la manera que necesitan.

Tabla 8| Imagen recíproca de los grupos de interés en relación con sus respectivos papeles en prevención de riesgos laborales

	EMPRESARIOS	DELEGADOS DE PREVENCIÓN	TÉCNICOS Y DIRECTIVOS DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN	ADMINISTRACIÓN
EMPRESARIOS	"solos ante el peligro"	antagonismo conflicto	desconfían de apoyo y competencia	afán persecutorio
DELEGADOS DE PREVENCIÓN	escasa conciencia preventiva	echan de menos una relación más estrecha con los SPA	desconfianza poca accesibilidad	dejación de funciones
TÉCNICOS Y DIRECTIVOS DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN	no se implican	sienten que tratan de utilizarlos	se sienten desvalorizados	fomenta el formalismo
ADMINISTRACIÓN	poco exigentes con los SPA	¿?	no actúan con lealtad hacia las empresas	escasa autocrítica

Si en algo coinciden los proveedores y los destinatarios del SPA es en su actitud crítica frente a la Administración. Todos acusan a la Administración de incumplir su papel de vigilancia: los Servicios de Prevención necesitan que la Administración les ayude, vigilando que sus clientes sigan sus recomendaciones; los clientes y usuarios necesitan que vigile, por lo menos, las condiciones de acreditación de los Servicios de Prevención. Tanto las empresas como los SPA se sienten perseguidos por la Administración. Asimismo, hay una coincidencia generalizada en que la Administración está más preocupada por las formalidades que por la eficacia preventiva.

Adicionalmente, los grupos han mostrado de forma unánime una actitud pesimista respecto al futuro, con lo que a la insatisfacción por el presente conocido se añade una sensación de no disponer de alternativas de mejora confiables.

Conclusiones

1. A pesar del elevado grado de insatisfacción que los clientes usuarios y grupos de interés manifiestan respecto a la actuación de los SPA, no parece que apuesten por la idea de calidad como estrategia global de mejora, debido, entre otras cosas, a una radical desconfianza en las posibilidades de cambio en positivo del sistema.
2. No obstante lo anterior, los participantes han sido capaces de definir un marco de expectativas de calidad percibida que refieren sobre todo a la disponibilidad de suficientes recursos profesionales cualificados y a la calidad de la orientación y de las relaciones con las empresas-cliente.
3. La percepción de relevancia disminuye generalmente en aquellos aspectos de calidad referidos al ámbito del funcionamiento interno del SPA, como es el caso de la multidisciplinaridad o la mejora continua.
4. La actividad de los actuales SPA es evaluada de forma mayoritaria como claramente deficiente respecto a las expectativas de calidad percibida, especialmente en lo que se refiere a la falta de implicación en la organización práctica de la prevención y a la escasa capacidad de respuesta frente a los problemas de las empresas.
5. El origen de esta situación insatisfactoria se sitúa principalmente, según los participantes, en el desequilibrio entre el volumen de actividad concertada por los SPA y la dotación de recursos personales de que disponen debido a la "guerra de precios".
6. La opinión relativamente favorable de los proveedores (directivos de SPA) respecto a la calidad de sus servicios contrasta con la insatisfacción manifiesta de los destinatarios de las prestaciones (empresarios-clientes y representantes de los trabajadores-beneficiarios).
7. Existe una notable división de opiniones respecto a la valoración de la actuación de los SPA desde el punto de vista ético entre los delegados de prevención por un lado, que mantienen una actitud muy crítica al respecto, y el resto de los grupos consultados.
8. En general, los distintos colectivos participantes manifiestan una profunda desconfianza mutua entre sí, lo cual supone una seria dificultad para conseguir sumar esfuerzos en una eventual estrategia dirigida a la mejora global de la calidad de los SP.
9. La percepción de desconfianza es especialmente evidente en relación con la actuación de la Administración por parte del resto de colectivos que la consideran como la generadora y mantenedora en última instancia de la actual situación, con escasa capacidad para dinamizar los cambios necesarios.
10. Este ambiente de pesimismo y desconfianza mutua alimenta una sensación de impotencia frente a factores estructurales negativos (externalización, burocratización, competitividad, etc.) y de escepticismo respecto a la efectividad real de aplicar criterios de calidad a los SPA como estrategia para mejorar la eficacia preventiva en las empresas.

GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD
EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Justificación

La pretensión de la presente guía –inspirada en el formato propuesto por el *National Institute of Occupational Health de Noruega*¹– es servir sobre todo de herramienta de discusión y análisis en el seno de los propios Servicios de Prevención para promover dinámicas de mejora orientadas a adecuar progresivamente su funcionamiento a sus fines (*fitness for purpose*²) como criterio esencial de calidad.

Entendemos como finalidad última de los Servicios de Prevención la de promover y facilitar procesos de cambio en la empresa orientados a la mejora de las condiciones de trabajo y a la protección de la salud de los trabajadores.

Como marco de referencia de la calidad aplicada a los Servicios de Prevención adoptamos las siguientes 12 dimensiones agrupadas en cuatro áreas:

1. CALIDAD DE RELACIÓN	1.1 TRANSPARENCIA	El SP informa con claridad y desde un principio sobre los productos y servicios que oferta, así como de la necesidad de implicación activa por parte de la empresa para conseguir los objetivos preventivos.
	1.2 INTERACCIÓN	El SP toma en consideración las percepciones y expectativas de las empresas-cliente y, a su vez, le traslada sistemáticamente y de forma didáctica informaciones orientadas a adecuar las demandas a las necesidades.
	1.3 IMPLICACIÓN	El SP actúa como consultor de la empresa cliente y le presta una asistencia continuada, aportando una contribución activa y relevante a la planificación y gestión de la SST.
2. CALIDAD DE ORIENTACIÓN	2.1 ENFOQUE PREVENTIVO	El SP se orienta a evitar cualquier tipo de daño a la salud de los trabajadores, aplica los principios jerárquicos de la prevención y fomenta la integración de la prevención en la gestión empresarial.
	2.2 ÉTICA	El SP asume y aplica criterios de buena práctica profesional, respeta la confidencialidad y la dignidad de las personas, y actúa con independencia e imparcialidad.
	2.3 ORIENTACIÓN AL CLIENTE	El SP conoce las necesidades, expectativas y demandas de las empresas-cliente y proporciona productos y servicios adecuados a las mismas y adaptados a sus peculiaridades.

¹ Lie A, Bjornstad O, Jakobsen K. Good Occupational Health Service: workbook with audit matrix. Version 5/2000. National Institute of Occupational Health, Norway.

² Harvey L. Analytic Quality Glossary. Quality Research International, 2004 [citado 14 de febrero de 2008]. Disponible en <http://www.qualityresearchinternational.com/glossary/>

3. CALIDAD PROFESIONAL	3.1 RIGUROSIDAD	Los distintos profesionales del SP aplican conocimientos y técnicas actualizados en sus respectivas disciplinas para analizar y resolver los problemas de SST.
	3.2 COMPETENCIA	Los profesionales del SP realizan diagnósticos certeros de necesidades en materia de SST y proponen soluciones efectivas a los problemas detectados.
	3.3 INTERDISCIPLINARIDAD	Los distintos especialistas del SP analizan y discuten conjuntamente entre sí (o, en su caso, con los de otros SP) los problemas complejos, compartiendo conocimientos y experiencias en orden a proponer las mejores soluciones.
4. CALIDAD DE GESTIÓN	4.1 CAPACIDAD DE RESPUESTA	El SP dispone de recursos humanos y técnicos apropiados y suficientes, así como de una organización adecuada, para dar respuesta a las necesidades en materia de SST de las empresas.
	4.2 EFECTIVIDAD	El SP dispone de procedimientos y herramientas adecuados a los objetivos de prevención, que le permiten una gestión de actividades capaz de promover mejoras preventivas en la empresa.
	4.3 MEJORA CONTINUA	El SP analiza sistemáticamente su propia actividad y sus resultados, identifica las posibilidades de mejora y las aplica efectivamente.

Utilidades

El marco de referencia de calidad de los Servicios de Prevención se ha construido pensando fundamentalmente en servicios externos a la empresa, aunque creemos que los criterios seleccionados son también aplicables, en buena medida, a otras modalidades de Servicios de Prevención. La guía, por tanto, sirve básicamente para la evaluación de Servicios de Prevención Ajenos. Su aplicación a Servicios de Prevención Propios o Mancomunados requeriría seguramente de una adaptación, especialmente en las dimensiones incluídas en el área de "calidad de relación" (1.1; 1.2; 1.3) así como en la de "capacidad de respuesta" (4.1).

En tanto que herramienta de autoevaluación, la guía permite ser utilizada en diferentes escenarios y en múltiples dinámicas. Puede usarse como referente para actividades de auditoría interna, en grupos de mejora, para el control de la satisfacción de clientes, etc. Podría servir también de orientación para evaluaciones externas, tanto por parte de las instituciones como por los propios clientes y usuarios u otros grupos de interés, aunque en estos casos sería conveniente realizar algunos ajustes.

También se requerirán formas de aplicación específicas de la guía en los casos en que el concierto del Servicio de Prevención Ajeno se refiera solamente a algunas especialidades preventivas y no a otras.

Se trata, por tanto, de un instrumento pensado hoy por hoy para un ejercicio de autoevaluación en el seno de los Servicios de Prevención Ajenos, pero utilizable de forma flexible en función de las necesidades e intereses y abierto a otras aplicaciones y desarrollos en el futuro.

Instrucciones de uso

Para cada una de las 12 dimensiones de calidad, la guía ofrece, a modo de orientación, algunas precisiones conceptuales y criterios de buenas prácticas, así como una escala de evaluación cualitativa en cuatro niveles de puntuación como referente para la proposición de mejoras. Cada dimensión puede alcanzar un máximo de 6 puntos y requiere una evaluación individualizada.

Para ello, en primer lugar, hay que asegurarse de entender bien el significado y alcance de la dimensión que se pretende analizar. Puede ayudar a ello una atenta lectura de la definición y las precisiones conceptuales, así como una reflexión sobre los

criterios de buenas prácticas que se proponen. El debate e intercambio de puntos de vista sobre estos extremos constituye, sin duda, un método clarificador, al tiempo que sirve para unificar criterios de evaluación en el caso de realizarse ésta de forma colectiva.

A continuación, se tratará de ubicar el Servicio de Prevención en uno de los cuatro niveles de la escala en función de cómo aplica en la práctica la dimensión que se esté analizando. Una vez hecho esto, se decide si se adjudica el umbral inferior o superior según el grado de cumplimiento del criterio de calidad definido en dicho nivel.

Puede suceder que una misma dimensión se aplique de forma muy distinta en unas u otras circunstancias. En estos casos, se consignarán las puntuaciones máxima y mínima.

Hay que advertir, sin embargo, que las puntuaciones no son lo más importante. Su utilidad dependerá sobre todo de la capacidad de sugerir pistas para la mejora de la calidad tras la reflexión realizada sobre cada una de las dimensiones evaluadas. Tampoco tiene mucho sentido utilizar medidas de tendencia central como la media de puntuaciones para calcular un supuesto "índice global" de calidad (una media de 3 con una puntuación de 0 en ética y de 6 en interdisciplinariedad no parece una buena síntesis).

El cuadro resumen (*audit matrix*) que se ofrece al final de la guía permitirá una visión de conjunto sobre las puntuaciones (global, por áreas y por dimensiones de calidad) que puede ser usada como referente para la definición de prioridades de mejora así como para verificar los logros tras su implantación.

Criterios de valoración

En función del predominio de unas u otras puntuaciones podemos interpretar el nivel de calidad de un Servicio de Prevención según las siguientes pautas:

NIVEL	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Nivel 1	El SP no tiene una estrategia de calidad	0
Nivel 2	Aspectos rudimentarios de calidad técnica con escasa incardinación en la empresa	1 2
Nivel 3	Buen nivel de calidad técnica pero insuficiente incardinación en la empresa	3 4
Nivel 4	Muy buena calidad técnica y alto grado de cooperación con la empresa	5 6

Indicadores

La guía ofrece también un anexo con propuestas de indicadores aplicables a las distintas dimensiones de calidad, a modo de orientación y de llamada de atención sobre la importancia de cuantificar los logros mediante mediciones objetivas.

Como ya se ha dicho, nuestra propuesta de autoevaluación persigue sobre todo la identificación de posibilidades de mejora, las cuales deberán concretarse en la formulación de planes orientados a objetivos y, consecuentemente, evaluarse para verificar los logros.

Este proceso de evaluación-mejora-seguimiento requiere disponer de una sistemática que nos permita objetivar la situación de partida y medir los avances conseguidos, por lo que es recomendable seleccionar en cada caso los indicadores que se consideren más apropiados en función de los objetivos. Dichos indicadores deberán ser coherentes también con los criterios de buenas prácticas que informan las mejoras propuestas ya que, en última instancia, la validación de estas buenas prácticas dependerá de sus resultados y éstos deben ser sometidos a medición.

Confiamos en que el anexo que acompaña a esta guía pueda ser de utilidad para esta necesaria selección de indicadores.

1.2. INTERACCIÓN

El SP toma en consideración las percepciones y expectativas de las empresas-cliente y, a su vez, les traslada sistemáticamente y de forma didáctica informaciones orientadas a adecuar las demandas a las necesidades.

Marketing preventivo³

- Necesidades preventivas: requisitos para conseguir un trabajo seguro y saludable.
- Expectativas: lo que esperan obtener las empresas-cliente del SP.
- Demandas: petición de actividades o servicios concretos que la empresa-cliente solicita del SP.
- Marketing preventivo: actividad informativa dirigida a conseguir el máximo nivel de coherencia entre expectativas, demandas y necesidades en la relación entre las empresas-cliente y el SP.

Criterios de Buenas Prácticas

- El procedimiento para la formulación de propuestas de solución por el SP incluye previsiones sobre actividades de información y marketing hacia las empresas-cliente.
- El SP dispone de un Sistema de Inteligencia Competitiva aplicado a la prevención, a través del cual mantiene informadas sistemáticamente a sus empresas-cliente sobre novedades normativas, tecnológicas y de buenas prácticas.
- El SP ofrece a las empresas-cliente programas formativos específicos para todos los estamentos y niveles jerárquicos.
- El SP ofrece sistemáticamente la posibilidad de realizar exposiciones explicativas sobre el contenido de los informes tanto a los estamentos directivos de la empresa como a los órganos especializados en salud y seguridad.
- El SP desarrolla con sus empresas-cliente una actividad explicativa sistemática sobre los beneficios de la prevención.

Escala de evaluación

1.2. INTERACCIÓN	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
	Escasa o nula interacción entre el SP y la empresa	Interacción ocasional. El SP toma la mayoría de las decisiones sin el concurso de la empresa	Frecuente interacción, pero insuficiente para implicar a la empresa en la gestión preventiva	Interacción sistemática. La empresa entiende sus necesidades y se implica en la gestión de la prevención	
Propuestas de mejora					
<hr/>					

³ Uitti J. Marketing and motivating. En: Taskinen H (ed). Good Occupational Health Practice. Ministry of Social Affairs and Health. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki: Edita Oys, 2001. p. 52-59.

2.1. ENFOQUE PREVENTIVO

El SP se orienta a evitar cualquier tipo de daño a la salud de los trabajadores, aplica los principios jerárquicos de la prevención y fomenta la integración de la prevención en la gestión empresarial.

Ordenación de los principios jerárquicos de la prevención⁵

1. Control del riesgo en origen:
 - 1.1. Eliminación.
 - 1.2. Sustitución.
 - 1.3. Rediseño de tareas o puestos de trabajo.
2. Control colectivo de exposición.
3. Control individual:
 - 3.1. Pautas de comportamiento seguro.
 - 3.2. Equipos de protección individual.

Criterios de Buenas Prácticas

- El SP dispone de un procedimiento de identificación de riesgos que prevé la proposición directa de medidas de eliminación de los mismos siempre que sea posible.
- El SP dispone de procedimientos generales y específicos para la evaluación de los diferentes tipos de riesgos.
- El SP dispone de procedimientos para la integración y análisis sistemático de las informaciones sobre exposición a riesgos y daños de origen laboral.
- El SP dispone de un sistema de registro, clasificación y seguimiento de las propuestas de acción preventiva que realiza a sus empresas y las analiza sistemáticamente.
- El SP dispone de un procedimiento de vigilancia epidemiológica sobre la salud de los colectivos de trabajadores que atiende.

Escala de evaluación

2.1. ENFOQUE PREVENTIVO	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
	Orientación predominante hacia los problemas de seguridad y la protección individual	Además de los de seguridad, se abordan otros riesgos pero predominan las soluciones orientadas al individuo	Abordaje de todo tipo de riesgos y predominio de propuestas de control colectivo de la exposición	Como en nivel 3 con especial atención al control del riesgo en origen y a la implicación de la empresa en la gestión de la prevención	
Propuestas de mejora					
<hr/>					

⁵ Comisión Europea. Directrices para la evaluación de riesgos en el lugar de trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas. 1996.

2.2. ÉTICA

El SP asume y aplica criterios de buena práctica profesional, respeta la confidencialidad y la dignidad de las personas, y actúa con independencia e imparcialidad.

Principios básicos del Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral⁶

1. El ejercicio de la salud en el trabajo debe practicarse de acuerdo a las normas profesionales y los principios éticos más rigurosos. Los profesionales de la salud en el trabajo están al servicio de la salud y el bienestar de los trabajadores, tanto individual como colectivamente. Deben contribuir además al mejoramiento de la salud pública y del medio ambiente.
2. Los deberes de los profesionales de la salud en el trabajo incluyen la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto por la dignidad humana y la promoción de los más elevados principios éticos en las políticas y programas de salud ocupacional. Son parte de estas obligaciones la integridad de la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la vida privada de los trabajadores.
3. Los profesionales de la salud en el trabajo son expertos que deben gozar de una independencia profesional total en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener la competencia necesaria para ejercer sus obligaciones y deben exigir las condiciones que les permitan llevar a cabo sus tareas, de acuerdo a la buena práctica y ética profesional.

Criterios de Buenas Prácticas

- El SP dispone de un Código Ético de regulación de la conducta profesional basado en los mejores estándares internacionales de buenas prácticas y elaborado con la más amplia participación.
- Los profesionales del SP reciben capacitación específica sobre el Código Ético.
- El SP difunde entre las empresas que atiende (empresarios y trabajadores) los principios que informan su Código Ético.
- El SP introduce cláusulas de comportamiento ético en todos sus procedimientos de actuación y las evalúa periódicamente.
- El SP se dota de órganos específicos encargados de vigilar y garantizar el respeto a los principios éticos en la actividad profesional y prevé procedimientos disciplinarios para los casos de vulneración de los mismos.
- El SP somete la aplicación de su Código Ético a evaluación periódica mediante auditoría.

Escala de evaluación

2.2. ÉTICA	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
	Sin actividad (no existen normas, criterios ni procedimientos explícitos)	Existen algunas normas internas sin sistematizar	Existencia de un Código Ético sin actividad sistemática de seguimiento	Código Ético con mecanismos efectivos de vigilancia y control	
Propuestas de mejora					
<hr/>					

⁶ ICOH. Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral. 2002 [citado 14 de febrero de 2008]. Disponible en http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_spanish.pdf

2.3. ORIENTACIÓN AL CLIENTE

El SP conoce las necesidades, expectativas y demandas de las empresas-cliente y proporciona productos y servicios adecuados a las mismas y adaptados a sus peculiaridades.

Relación con las empresas-cliente

- El concepto empresas-cliente incluye al conjunto de la empresa como organización: básicamente empresarios + trabajadores.
- La relación del SP con las empresas-cliente no puede ser puramente comercial, sino que está condicionada por dos elementos externos: la ordenación normativa y el rigor científico.
- Principales parámetros de satisfacción⁷:
 - o Atención de las verdaderas necesidades de la empresa-cliente ("atención a medida").
 - o Cumplimiento de los compromisos acordados.
 - o Obtención de beneficios por parte del cliente.
 - o Comunicación adecuada y fluida.

Criterios de Buenas Prácticas

- El SP define objetivos y pautas orientados a la satisfacción de las empresas-cliente y dispone de mecanismos para su evaluación sistemática.
- El SP dispone de una oferta diferenciada y adaptada a distintas tipologías de empresas-cliente en función de su tamaño, nivel de riesgo y clima preventivo.
- El SP dispone de un procedimiento para la elaboración de conciertos de prevención basados en la definición previa de necesidades de la empresa-cliente.
- Todos los procedimientos de actividad preventiva del SP incluyen la realización de un diagnóstico de necesidades y la planificación adecuada a las mismas.
- El SP aplica criterios de flexibilidad para adaptar sus actividades a las peculiaridades y necesidades de las empresas-cliente.
- El SP promueve el nombramiento de contrapartes en las empresas-cliente, tanto entre directivos como entre los representantes de los trabajadores, con quienes mantener un contacto estable.

Escala de evaluación

2.3. ORIENTACIÓN AL CLIENTE	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
	No se presta ninguna atención a la satisfacción de las empresas-cliente	Se presta atención de forma reactiva solamente en casos de quejas o reclamaciones	Medición ocasional de la satisfacción de los clientes (empresarios y trabajadores)	Medición sistemática de la satisfacción de empresarios y trabajadores, al objeto de mejorar el servicio	
Propuestas de mejora					
<hr/>					

⁷ Rogers B, Winslow B, Higgins S. Employee satisfaction with occupational health services: results of a survey. AAOHN J. 1993 Feb;41(2):58-65.

4.2. EFECTIVIDAD

El SP dispone de procedimientos y herramientas adecuados a los objetivos de prevención, que le permiten una gestión de actividades capaz de promover resultados preventivos en la empresa.

Resultados preventivos¹²

- Mejora del clima preventivo.
- Reducción de la prevalencia de exposición.
- Reducción de daños a la salud.

Criterios de Buenas Prácticas

- Toda la actividad preventiva a desarrollar por el SP en la empresa es objeto de planificación incluyendo la definición de necesidades, los objetivos a lograr, la población a cubrir y las acciones a implementar. En dicha planificación se tendrá en cuenta, además, la interacción que se requiera en cada caso entre el SP y la empresa.
- Las distintas actividades preventivas a desarrollar por el SP en una empresa se integran en un Plan de Acción anual por objetivos que se evalúa en función de sus resultados preventivos.
- Los procedimientos de evaluación de riesgos de que dispone el SP prevén la cuantificación de la población laboral expuesta a los diferentes riesgos.
- El SP dispone de sistemas de registro de las actuaciones preventivas de las empresas que atiende así como de los resultados alcanzados y los analiza sistemáticamente.
- El SP calcula sistemáticamente indicadores de daño de origen laboral en la población protegida.
- El SP dispone de procedimientos para evaluar el clima preventivo en la empresa.

Escala de evaluación

4.2. EFECTIVIDAD	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
	Actividad fundamentalmente de tipo formal orientada a la justificación documental sin ningún control de resultados	Actividad predominante como en nivel 1 con algunos resultados a nivel individual o frente riesgos específicos	Predominio de actividades planificadas en base a objetivos y evaluadas según resultados	Actividad predominante como en nivel 3 con obtención de resultados preventivos a nivel individual y colectivo	
<hr/> <p>Propuestas de mejora</p> <hr/>					

¹² García AM. Indicadores de resultados en prevención de riesgos laborales. Arch Prev Riesgos Laborales 2003; 6(3):114-119.

DIMENSIONES DE CALIDAD SP	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
CALIDAD DE RELACIÓN					
1.1. TRANSPARENCIA	Información sobre los productos y servicios del SP escasa y/o confusa.	Información superficial sobre el alcance de la actividad del SP.	Información correcta sobre los productos y servicios del SP, pero insuficiente sobre la necesidad de implicación de la empresa.	Buena información sobre las funciones y competencias del SP y la necesidad de implicación de la empresa.	
1.2. INTERACCIÓN	Escasa o nula interacción entre el SP y la empresa.	Interacción ocasional. El SP toma la mayoría de las decisiones sin el concurso de la empresa.	Frecuente interacción, pero insuficiente para implicar a la empresa en la gestión preventiva.	Interacción sistemática. La empresa entiende sus necesidades y se implica en la gestión de la prevención.	
1.3. IMPLICACIÓN	El SP se limita a llevar a cabo la actividad preventiva mínima programada.	El SP atiende las demandas de asesoramiento procedentes de la empresa.	El SP promueve activamente la implantación de procedimientos de gestión preventiva en la empresa.	El SP participa sistemáticamente en los procesos de planificación interna de la empresa como consultor especializado.	
CALIDAD DE ORIENTACIÓN					
2.1. ENFOQUE PREVENTIVO	Orientación predominante hacia los problemas de seguridad y la protección individual.	Además de los de seguridad, se abordan otros riesgos, pero predominan las soluciones orientadas al individuo.	Abordaje de todo tipo de riesgos y predominio de propuestas de control colectivo de la exposición.	Como en nivel 3 con especial atención al control del riesgo en origen y a la implicación de la empresa en la gestión de la prevención.	
2.2. ÉTICA	Sin actividad (no existen normas, criterios ni procedimientos explícitos).	Existen algunas normas internas sin sistematizar.	Existencia de un Código Ético sin actividad sistemática de seguimiento.	Código Ético con mecanismos efectivos de vigilancia y control.	
2.3. ORIENTACIÓN AL CLIENTE	No se presta ninguna atención a la satisfacción de las empresas-cliente.	Se presta atención de forma reactiva solamente en casos de quejas o reclamaciones.	Medición ocasional de la satisfacción de los clientes (empresarios y trabajadores).	Medición sistemática de la satisfacción de empresarios y trabajadores, al objeto de mejorar el servicio.	

DIMENSIONES DE CALIDAD SP	NIVEL 1 (0 puntos)	NIVEL 2 (1-2 puntos)	NIVEL 3 (3-4 puntos)	NIVEL 4 (5-6 puntos)	PUNTOS (min-max)
CALIDAD PROFESIONAL					
3.1. RIGUROSIDAD	Sin actividad de mejora del conocimiento científico-técnico.	Actividades ocasionales orientadas a la mejora del conocimiento científico-técnico.	Formación profesional continua para actualización de conocimientos.	Como en nivel 3 con manejo sistemático de los mejores conocimientos disponibles.	
3.2. COMPETENCIA	Formulación de propuestas de solución exclusivamente en términos generales.	Formulación de propuestas de solución con un cierto nivel de especificación técnica.	Capacidad para promover transferencias de las mejores técnicas disponibles.	Capacidad efectiva para desarrollar nuevas soluciones tecnológicas en caso necesario.	
3.3. INTERDISCIPLINARIDAD	Sin apenas actividad interdisciplinar.	Actividad interdisciplinar limitada al intercambio de informaciones o experiencias.	Actividades ocasionales de cooperación entre profesionales de distintas disciplinas.	Trabajo en equipo, sistemático y pautado, entre profesionales de distintas disciplinas.	
CALIDAD DE GESTIÓN					
4.1. CAPACIDAD DE RESPUESTA	No es posible dar respuestas con un mínimo de calidad a las demandas de las empresas.	Excepcionalmente se da una respuesta de calidad a determinadas demandas de las empresas.	Se da una respuesta de calidad a la mayoría de demandas de las empresas.	Es posible dar una respuesta de calidad a cualquier demanda de las empresas.	
4.2. EFECTIVIDAD	Actividad fundamentalmente de tipo formal orientada a la justificación documental sin ningún control de resultados.	Actividad predominante como en nivel 1 con algunos resultados a nivel individual o frente riesgos específicos.	Predominio de actividades planificadas en base a objetivos y evaluadas según resultados.	Actividad predominante como en nivel 3 con obtención de resultados preventivos a nivel individual y colectivo.	
4.3. MEJORA CONTINUA	No hay programas ni actividades relacionados con la mejora continua.	Ocasionales revisiones de la propia actividad con propuestas de mejora.	Actividad planificada de evaluación interna y proposición de mejoras.	Como en 3 con programas sistemáticos de implantación efectiva de mejoras.	

ANEXO I
POSIBLES INDICADORES PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD
EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

AI INDICADORES ESTRUCTURALES

INDICADORES ESTRUCTURALES	CALIDAD DE RELACIÓN			CALIDAD DE ORIENTACIÓN			CALIDAD PROFESIONAL			CALIDAD DE GESTIÓN			OBSERVACIONES	
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3		
Promedio de trabajadores atendidos por técnico del SP														Desagregar por especialidad
Proporción de empresas en isócrona >1 h en relación con el centro SP más próximo														Desagregar por actividad y tamaño
Promedio de años de experiencia por técnico del SP														Desagregar por especialidad
Promedio de horas de formación continua por profesional del SP														
Proporción de trabajadores del SP que han recibido formación sobre el código ético														
Índices de asistencia o participación en congresos o reuniones científicas														
Índices de participación en proyectos de investigación														Desagregar por financiación interna o externa
Índices de publicación en revistas científicas evaluadas por pares														
Proporción del presupuesto de gastos del SP invertido en I+D+i														
Índices de frecuencia de sesiones interdisciplinares de revisión de casos														
Índices de frecuencia de investigación de daños conjuntamente sanitarios-técnicos														
Proporción de horas dedicadas a la calidad sobre el total de dedicación en horas-técnico														
Índices de frecuencia de evaluación de la actividad preventiva desarrollada por el SP														Desagregar por tipo de actividad preventiva

BI INDICADORES DE ACTIVIDAD

INDICADORES DE ACTIVIDAD	CALIDAD DE RELACIÓN			CALIDAD DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL			CALIDAD DE GESTIÓN			OBSERVACIONES			
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3		4.1	4.2	4.3
Promedio anual de dedicación en horas-técnico/ empresa			■										Distribuir por actividades y tamaños de empresa
Promedio anual de visitas/ empresa			■										Distribuir por actividades y tamaños de empresa
Proporción de empresas en las que no se han realizado el número mínimo de visitas programadas			■			■							
Retraso medio en la ejecución de actividades planificadas.						■					■		
Tiempo medio demanda-respuesta en actividades no planificadas						■					■		
Frecuencia de asistencias a reuniones preventivas en la empresa			■	■		■					■		Desagregar por tipo de interlocutores
Frecuencia de actividades informativas dirigidas a la empresa	■		■								■		Desagregar por contenidos temáticos
Frecuencia de actividades formativas desarrolladas en la empresa		■	■								■		Desagregar por estamento a quienes van dirigidas
Frecuencia de visitas no programadas realizadas a demanda de la empresa			■			■							
Frecuencia de visitas no programadas realizadas a iniciativa del SP			■								■		
Frecuencia de reevaluaciones de riesgo a partir de resultados de vigilancia de la salud			■	■									
Frecuencia de informes de vigilancia de la salud colectiva			■	■									
Frecuencia de estudios epidemiológicos de causas de baja por enfermedad			■	■									
Frecuencia de realización de estudios iniciales de necesidades preventivas	■		■										

CI INDICADORES DE EFECTO

INDICADORES DE EFECTO	CALIDAD DE RELACIÓN			CALIDAD DE ORIENTACIÓN			CALIDAD PROFESIONAL			CALIDAD DE GESTIÓN			OBSERVACIONES
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	
Promedio de situaciones de riesgo evaluadas por empresa				■							■		Desagregar por tipología de riesgos
Frecuencia de diagnóstico precoz de daños de origen laboral / número exámenes de salud											■		
Promedio de cobertura preventiva en relación con la población-objetivo						■					■		Desagregar por tipo de actividad preventiva
Proporción de actividades preventivas planificadas con el concurso de la empresa		■											Desagregar por tipo de actividad preventiva
Proporción de actividades preventivas ejecutadas con el concurso de la empresa		■											Desagregar por tipo de actividad preventiva
Proporción de trabajadores reconocidos con consentimiento informado expreso					■								
Razón entre propuestas de control del riesgo en origen / propuestas de control individual				■				■			■		

DI INDICADORES DE IMPACTO

INDICADORES DE IMPACTO	CALIDAD DE RELACIÓN			CALIDAD DE ORIENTACIÓN			CALIDAD PROFESIONAL			CALIDAD DE GESTIÓN			OBSERVACIONES
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	
Proporción de medidas preventivas propuestas que han sido aplicadas por las empresas		■				■		■			■		
Índices de reducción de incidencia de daños laborales			■	■				■			■		Periodos anuales o multianuales
Índices de reducción de prevalencia de exposición a determinados riesgos			■	■				■			■		Periodos anuales o multianuales
Proporción de empresas con apercibimientos o sanciones por incumplimiento normativo PRL						■				■	■		
Frecuencia de demandas-quejas o denuncias-condenas por mala praxis profesional					■	■							
Incidencia de pérdidas de empleo en casos de inaptitud sobrevenida				■	■						■		
Proporción de casos excluidos de la exposición a riesgo tras detección precoz de daños				■	■						■		
Indicadores de clima preventivo		■				■					■		

ANEXO II
PROPUESTAS PARA PROMOVER LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Mejoras propuestas por los clientes, usuarios y grupos de interés

Dentro de la investigación diagnóstica referida en el segundo capítulo de este informe, hemos indagado también sobre propuestas de mejora que han sido capaces de formular los participantes.

Las mayores coincidencias entre los distintos colectivos en cuanto a los aspectos más importantes que mejorarían la calidad de los SPA se concentran en dos dimensiones: capacidad de respuesta e implicación.

La capacidad de respuesta, es decir la disponibilidad de recursos para cubrir las necesidades de las empresas, es el aspecto que ha sido considerado como el más importante actualmente para mejorar la calidad de los SPA. Según los participantes, esto quiere decir que:

- Los SPA deberían hacer un esfuerzo por dotarse de más recursos profesionales, de manera que los técnicos estén disponibles físicamente para atender a las necesidades de clientes y usuarios.
- Los SPA deberían mejorar la formación de sus recursos humanos, tanto en conocimientos como en experiencia, para satisfacer efectivamente las necesidades y demandas de las empresas.
- La Administración debería mantener mecanismos y procedimientos de vigilancia para garantizar que las condiciones de acreditación se siguen cumpliendo a lo largo del tiempo.
- La Administración debería regular y vigilar también los contenidos de la formación que reciben los técnicos en prevención al objetivo de hacerla más adecuada y efectiva.

La implicación es la otra dimensión que, según los participantes, necesita una clara línea de mejora. Las propuestas que formulan en este terreno son básicamente:

- Los técnicos del SPA deberían anticiparse a las necesidades de sus clientes y usuarios, ser más “proactivos”.
- Los técnicos del SPA deberían interactuar con las empresas-cliente suministrándoles toda la información necesaria para procurar convencerlas de cuáles son sus verdaderas necesidades en materia de prevención.
- Los técnicos del SPA deberían hacer esfuerzos por ganarse la confianza de la empresa, de forma que lleguen a ser considerados parte integrante de la misma.

Además de las anteriores, aunque en menor grado, destaca también la coincidencia entre diversos integrantes de los distintos colectivos en cuanto a la importancia de mejorar el enfoque preventivo, aumentando la dedicación a la prevención efectiva en los centros de trabajo, desarrollando una labor de sensibilización en la empresa y apoyando activamente la integración de la prevención en la gestión empresarial.

Propuestas de mejora en relación con otras dos dimensiones, ética y mejora continua, han merecido la consideración mayoritaria por parte de sendos colectivos, los delegados de prevención y los directivos de SPA respectivamente.

Los delegados de prevención insisten en la necesidad de que el SPA realice las evaluaciones de riesgo y presente las propuestas de mejora necesarias, con independencia del criterio del empresario y añaden que la independencia también implica negarse a eventuales demandas improcedentes por parte de las empresas.

Las referencias a la mejora continua provienen fundamentalmente de los directivos de SPA, y se refieren a la necesidad de que los Servicios de Prevención se actualicen en función de los cambios del mercado y la legislación y que “evolucionen” en el tiempo. Otra línea de mejora propuesta por los gerentes de SPA es el fomento del asociacionismo como forma de articular una voz propia del sector en el ámbito institucional, además de favorecer una mayor estructuración del mercado (política de precios, normalización de contratos, etc.).

Dada la actual regulación que favorece la externalización de los Servicios de Prevención y la parcelación de los conciertos de las distintas especialidades, se señala también como una dimensión importante la coordinación en estos casos de todas las entidades intervinientes, entre sí, con la empresa y con la Administración.

Por último, distintos colectivos han coincidido en la idea de que los Servicios de Prevención Mancomunados representan un marco más idóneo para implantar estas mejoras que el actual de Servicios de Prevención Ajenos, por cuanto los mancomunados suponen una mayor implicación e interrelación entre las empresas y el servicio, además de facilitar la especialización y, por tanto, la operatividad del mismo, factores todos ellos que influirían muy positivamente, según los participantes, en la capacidad de respuesta.

Líneas estratégicas de mejora basadas en el criterio experto

En uno de los tres Paneles de Expertos llevados a cabo a lo largo del proyecto tuvo lugar un debate estratégico en el que se planteó a los participantes la pregunta de qué deberían hacer para mejorar la calidad de los SPA las Administraciones, las asociaciones profesionales y los gestores de los propios Servicios de Prevención. El debate se desarrolló en tres grupos de discusión que elaboraron una serie de propuestas de acción, a partir de las cuales hemos construido un cuadro recopilatorio tratando de ordenarlas en función a objetivos que, a su vez, han sido agrupados finalmente en cuatro grandes líneas estratégicas (Tabla 9):

1. Generar una demanda de prevención de calidad, promovida y posibilitada desde las Administraciones y apoyada y atendida desde los SPA.
2. Ordenar el sector tanto en lo referente a normalizar los conciertos de prevención como a homogeneizar las pautas de actuación y establecer unos controles de calidad básica.
3. Dignificar la actividad profesional de los prevencionistas, afianzando su carácter científico-técnico, promoviendo una formación rigurosa, fomentando el asociacionismo científico y mejorando las condiciones de empleo.
4. Sumar esfuerzos a favor de una política de calidad mediante la coordinación de las distintas Administraciones públicas, la creación de plataformas institucionales de participación y la consolidación de una alianza estratégica entre la Administración y las asociaciones científicas relacionadas con la salud y seguridad.

Tal vez el eje vertebrador más importante de esta aproximación estratégica vendría definido por la diversificación de la oferta de actividades de los SPA en la empresa mediante una doble actuación en paralelo:

- a) Acciones tendentes a mejorar la calidad básica de la actividad actual de los SPA en el conjunto de las empresas que atienden.
- b) Acciones encaminadas a crear una oferta específica de calidad para aquel sector minoritario de empresas susceptibles de demandarla y que pueden actuar a modo de tractor para “tirar” del resto.

El desarrollo de esta segunda línea de actuación debería ir precedido de un estudio de mercado para identificar y dimensionar aquel sector empresarial que, desde un nivel aceptable de cumplimiento de las actividades básicas de prevención, ya hoy demanda una mayor calidad en las prestaciones de los Servicios de Prevención o que es susceptible de demandarla en un futuro inmediato, con el fin de adecuar la nueva oferta a la realidad del mercado.

Esta oferta de calidad puede tener que estar soportada por unidades técnicas especializadas en el seno del SPA que actúen de forma complementaria con los técnicos que actualmente tutorizan la actividad preventiva general en una determinada empresa. Dichas unidades pueden convertirse en elemento dinamizador de la calidad en el seno del propio SPA mediante la transferencia de sus conocimientos y experiencias al conjunto del equipo.

La orientación básica que se propone para esta oferta de calidad debería centrarse en una pauta de intervención finalista basada en planes por objetivos con resultados susceptibles de medición. Dichos objetivos se fijarían mediante acuerdos entre la empresa y el SPA y pasarían a formar parte integrante del compromiso entre ambos, a partir del cual el SPA elaboraría un plan de actividades orientadas al logro de aquéllos, cuyos resultados deberían medirse fundamentalmente en términos de reducción de la prevalencia de exposición o de la incidencia de daños a la salud.

La orientación por objetivos supone una aplicación específica e integrada de distintas actividades preventivas (evaluación, información, formación, vigilancia de la salud, etc.) en orden al logro de metas preventivas medibles. El diseño y aplicación de dichos programas se realizará bajo las premisas de investigación-acción-evaluación y supondrá una oportunidad para el SPA de promover una actuación verdaderamente multidisciplinar, la integración de la prevención en la gestión y la visualización de la implicación y operatividad del SPA en relación con la resolución de problemas.

Tabla 9l Líneas estratégicas para la promoción de la calidad en los servicios de prevención ajenos según las aportaciones del III Panel de Expertos organizado por el Observatorio de Salud Laboral (Proyecto QSP/OSL 07/001). Oviedo, 27 febrero 2008

LINEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	ACCIONES ESTRATÉGICAS
CREAR DEMANDA	Diversificar la oferta de los SPA	<p>Crear una oferta específica adicional a los servicios que prestan actualmente los SPA, orientada al desarrollo de planes integrados por objetivos y dirigida a las empresas que demandan una mayor calidad del servicio, con el fin de mejorar la eficacia preventiva.</p> <p>Posibilitar un modelo de contrato con período transitorio (3-4 meses) que permita realizar un diagnóstico de necesidades y adecuar la oferta de servicios a la realidad de la empresa.</p> <p>Simplificar la carga burocrática de la actividad del SPA, especialmente en PYME, promoviendo modelos de autogestión preventiva apoyados en el asesoramiento técnico.</p>
	Promover expectativas de calidad en clientes y usuarios	<p>Campaña informativa promovida por las Administraciones para dar a conocer a las empresas cuáles son las exigencias mínimas de calidad que deben demandar a los SPA (elaborar un modelo de contrato-tipo con carácter informativo).</p> <p>Promover el <i>feed-back</i> de los clientes y usuarios por parte del SPA con el fin de identificar su grado de satisfacción con las actividades del servicio.</p>
		<p>Difundir los buenos resultados de las empresas con una gestión de la prevención de calidad e incluir pautas de calidad en prevención en las subcontrataciones.</p> <p>Integrar en la actividad de los prevencionistas en las empresas acciones de marketing orientadas a promover una cultura de calidad en materia de prevención de riesgos laborales.</p>
	Normalizar contratos	<p>Establecer, mediante consenso entre las asociaciones empresariales del sector, un modelo unificado de contrato con especificación de las actividades mínimas a ejecutar por parte del SPA y que contemple, además, la cobertura de una actividad variable de consultoría ligada a la obtención de resultados en función de las necesidades.</p> <p>Desarrollar por parte de las Administraciones públicas procedimientos de revisión de los contenidos de los contratos entre empresas y SPA.</p>
ORDENAR EL SECTOR	Homogeneizar pautas de actuación	<p>Establecer pautas unificadas (conjunto mínimo básico de datos) para la confección de las memorias del SPA tanto de la memoria específica para cada empresa como de la memoria general de actividades para la Administración.</p> <p>Establecer procedimientos básicos unificados que permitan una homogeneidad mínima en cuanto a la calidad de las actuaciones de los SPA.</p>
	Establecer controles de calidad básica	Establecer un Sistema Nacional Unificado de Evaluación de la Calidad y Actividad de los Servicios de Prevención mediante los correspondientes indicadores.

LINEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	ACCIONES ESTRATÉGICAS	
DIGNIFICAR LA PROFESIÓN	Afianzar la dimensión científico-técnica de los profesionales de la PRL	<p>Establecer mecanismos para controlar el mantenimiento de la acreditación así como criterios para su retirada.</p> <p>Crear una herramienta unificada de auditoría externa de los SPA.</p>	
	Mejorar la formación	<p>Definir las competencias profesionales y los niveles de capacitación necesarios para el ejercicio de las distintas disciplinas que intervienen en la prevención de riesgos laborales.</p> <p>Desarrollo, divulgación y potenciación de un Código Ético y de Guías de Buenas Prácticas.</p> <p>Promoción de actividades de investigación, intercambio de experiencias, dinamización del conocimiento y divulgación científico-técnica en el ámbito profesional.</p>	
	Afirmar la presencia social e institucional de las asociaciones profesionales	<p>Diseño y ejecución de un plan de formación continuada basado en un diagnóstico de necesidades formativas de los profesionales en ejercicio.</p> <p>Introducción de nuevos contenidos en la formación de profesionales como aspectos de marketing preventivo, consultoría o liderazgo, e impartición de los mismos a los actuales profesionales en ejercicio.</p> <p>Fortalecimiento de las asociaciones profesionales y creación de una Federación a nivel estatal que mejore su potencial de actividad, su capacidad de influencia y la visibilidad social de la profesión.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p>	
	Mejorar la gestión de los RRHH profesionales	<p>Introducción de nuevos contenidos en la formación de profesionales como aspectos de marketing preventivo, consultoría o liderazgo, e impartición de los mismos a los actuales profesionales en ejercicio.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p>	
	Crear plataformas institucionales de participación	<p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Fortalecimiento de las asociaciones profesionales y creación de una Federación a nivel estatal que mejore su potencial de actividad, su capacidad de influencia y la visibilidad social de la profesión.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p>	
	Mejorar la coordinación institucional	<p>Fortalecimiento de las asociaciones profesionales y creación de una Federación a nivel estatal que mejore su potencial de actividad, su capacidad de influencia y la visibilidad social de la profesión.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p>	
	Alianza estratégica profesional-institucional	<p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p> <p>Convenio de colaboración de las asociaciones profesionales con las Administraciones públicas para la promoción de la calidad en la prevención.</p> <p>Convenio colectivo que regule las condiciones de trabajo, salariales y de empleo de forma positiva y adecuada a la categoría profesional de la actividad preventiva.</p>	
	SUMAR ESFUERZOS	Mejorar la coordinación institucional	<p>Establecer pautas unificadas de actuación de la Inspección de Trabajo en materia de prevención de riesgos laborales en todos los territorios.</p> <p>Revisar y unificar los criterios de acreditación de SP en el conjunto de las Administraciones autonómicas.</p>
		Alianza estratégica profesional-institucional	<p>Favorecer el intercambio y colaboración permanente entre las Administraciones públicas y las asociaciones profesionales en todos los ámbitos relacionados con las políticas de salud y seguridad.</p>

