

RIESGOS LABORALES, FACTOR HUMANO Y PROTOCOLOS PREVENTIVOS: ¿QUÉ LECCIONES DE LA CRISIS DEL ÉBOLA?

Cristóbal Molina Navarrete

Director Académico de la RTSS.CEF

EXTRACTO

La gestión de la primera alerta-crisis del virus del ébola fuera de África ha vuelto a llevar al primer plano de la actualidad la ausencia de una verdadera cultura preventiva laboral en los sectores de actividad en general, y en el sanitario en particular. Peor aún, ha revelado una cierta involución, en la medida en que las autoridades sanitarias se aferran, en España y también en Estados Unidos, no solo al cumplimiento de los protocolos como si fuesen sagrados, como si en ellos estuviese una suerte de vacuna inmunitaria frente al riesgo, sino también a la fatalidad que deriva del prevalente «error humano». Pero la cultura de seguridad eficaz es aquella que va más allá de los protocolos, poniendo énfasis, de un lado, en la garantía de promoción de actitudes, valores y buenas prácticas sobre la seguridad y salud en los gestores y trabajadores en los diversos sectores productivos, en particular en esta ocasión en el sanitario, de otro, en su capacidad de evitar o, en todo caso, minimizar los errores humanos.

Además, aferrarse a una dimensión eminentemente protocolaria de la seguridad no es una opción asumible tampoco económicamente, pues los costes son muy elevados. La llegada del ébola a los países desarrollados ha puesto de relieve el extremado gasto que conlleva para las arcas públicas la curación –unos dos millones de euros por caso tratado–. Solo el mínimo número de afectados en los «países ricos» puede explicar, nunca justificar, que aquellos hayan asumido el riesgo que conlleva no cooperar activamente con los «países pobres» afectados de una forma masiva por el ébola para tratar en origen a las personas contagiadas –más de 13.000 personas–, despreciando el peligro «migratorio» del virus por la globalización, que está en la raíz –causa– de los contagios tanto en Europa como en Estados Unidos. En la «sociedad del riesgo» (BECK) en que vivimos permanentemente, el ébola ha asumido una veste de riesgo laboral, no solo biológico sino psicosocial, global, mientras que las políticas de acción siguen siendo no solo «nacionales», sino improvisadas en gran medida.

Aunque la dimensión jurídico-social de esta grave situación, constitutiva no solo de un delito de riesgo –art. 316 CP–, sino de enfermedades profesionales y del trabajo, así como de responsabilidades civiles por los graves daños personales generados, exija un análisis más amplio y detallado del que se efectuará en este espacio, ahora se pretende llamar la atención sobre la cadena de errores organizativos y de gestión que están en la base de la deficientísima práctica preventiva en el ámbito de la seguridad y salud de los profesionales implicados y en las responsabilidades-costes que estos incumplimientos llevan aparejadas. El problema dista de estar resuelto con la curación de la profesional sanitaria, que ha pasado de ser culpabilizada de su contagio y de poner en riesgo a los demás –compañeros y conciudadanos–, a presentarse como una heroína, según un parámetro característico de la actual «sociedad del espectáculo» (VARGAS LLOSA), pues son muchas las situaciones que se están produciendo en España que exigen mantener la alerta. La solución no pasa por pedir perdón, sino por la responsabilidad.

Palabras claves: riesgos laborales, cultura preventiva, protocolos sanitarios, enfermedades profesionales y ébola.

Sumario

1. Planteamiento: ¿Qué fue de la prevención como inversión productiva?
2. Nudo: La cultura preventiva más allá de los protocolos
3. ¿Desenlace?: ¿Quién, cómo y cuándo responde de la cadena de errores?

1. PLANTEAMIENTO: ¿QUÉ FUE DE LA PREVENCIÓN COMO INVERSIÓN PRODUCTIVA?

España se convirtió hace unas semanas en el primer país no africano con un caso de contagio, en su territorio, por el mortífero virus del ébola, dando así el salto de las vallas que separan un mundo –pobre– y otro –rico–. Bien por su estratégica ubicación geográfica –que daba pábulo a quienes nos siguen considerando el «Norte de África», más que el «Sur de Europa»–, bien por nuestro ancestral «infortunio» como país, mucho antes incluso de la gran «Armada Invenible», muchos espetaron en ese momento ese «¡cómo no, teníamos que ser nosotros!». Lamentablemente para ellos, por razones humanas evidentes, pero, con cierta «fortuna» para nuestra «autoestima social» (pensaron muchos), de inmediato se produjo el segundo contagio en país no africano, ahora en los todopoderosos Estados Unidos de Norteamérica, donde tuvieron la «mala fortuna» de no solo tener un caso, sino dos, de modo que se habrían visto afectadas allí dos mujeres trabajadoras del sector sanitario –aquí «solo» una–, el colectivo profesional más expuesto. Esta mayor prevalencia es fácilmente explicable porque son la primera «guardia de contención», la «primera línea defensiva» frente al riesgo de contagio de ébola, tanto allí, en origen, donde ya es epidemia, como aquí, en acogida, donde podría serlo de no actuar de forma adecuada ante la manifiesta «alarma socio-sanitaria» generada por estos casos¹.

Pues bien, con mayor o menor grado, con más o menos capacidad explicativa por sus gestores públicos, en las dos experiencias tuvieron, y en ella cayeron, la misma tentación: responsabilizar al «factor humano» de la «ruptura del protocolo» y, en consecuencia, del gravísimo problema de inseguridad e insalubridad no solo laboral sino pública generado con ese «error humano». Aunque en muchos canales y medios de comunicación se ha intentado establecer un cuadro comparativo de diferencias en la gestión de esta alerta-crisis del virus del ébola fuera de África, tratando de, quizás con un exceso de maniqueísmo, evidenciar la mala praxis española, lo cierto es que tanto en Madrid como en Dallas se insistió inicialmente en que se cumplieron todos los pasos del «protocolo de seguridad» establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tratar a los pacientes infectados, por lo que responsabilizaron a las profesionales sanitarias del contagio. Por supuesto, tamaño desliz pronto, más en un sitio –Estados Unidos– que en otro –España–, fue corregido.

Poco después hemos sabido, a través de medios alemanes –cómo no, también aquí el «modelo alemán» tendrá relevancia– que el contagio por ébola no solo es un auténtico drama personal

¹ Alarma a veces excesiva. Como ha evidenciado la OMS, hay que diferenciar «ciencia» de «histeria», por lo que pide actuar sobre la base de la primera relegando la segunda. Así lo ha hecho para criticar la generalización de «cuarentenas forzosas» a personal sanitario, inmovilizándolo innecesariamente para proteger a la población «de acogida» –Europa, Estados Unidos– cuando es más útil activado en la lucha contra el contagio en la población «de origen» –África–. Vid. <http://www.abc.es/sociedad/20141027/abci-ebola-cuarentenas-forzosas-201410271725.html>

(por el altísimo índice de mortalidad que conlleva, aunque, «por fortuna», su capacidad de contagio es reducida al no transmitirse por el aire, como sí lo hacen otros riesgos biológicos), sino que también tiene muy elevados costes económicos: curar un solo caso de contagio en el primer mundo costaría la friolera de «dos millones» de euros. La base para hacer el cálculo ha sido el tratamiento que por este motivo ha recibido en una clínica de Hamburgo el primer paciente trasladado con este propósito desde Senegal². Si para estimar el alcance potencial de esta desmesura volvemos la mirada a donde el drama se hace tragedia, África, y recordamos que hay ya casi 14.000 afectados y más de 5.000 muertos, podríamos tener una imagen más precisa del enorme «coste global» de esta enfermedad, ahora transnacional, «no local» ni «tercermundista».

Ciertamente no es posible creer que fuera de nuestro primer mundo el coste pueda alcanzar ni de muy lejos esas dimensiones. Llamativo al respecto es que la ONU llevó a cabo un llamamiento a los «donantes internacionales» –países ricos– para obtener 780 millones de euros –piénsese que dividido entre 14.000 afectados serían apenas unos 56.000 euros–. Sin embargo, los países ricos parecen preferir el riesgo de contagio al pago de esa cantidad, como prueba que a día de hoy apenas han aportado 385 millones, llevando al borde del colapso a las Organizaciones No Gubernamentales que están asumiendo esa tarea, como Médicos Sin Fronteras (MSF) que se habría visto obligada a «pedir» a los ciudadanos 11 millones de euros para intentar mantener una acción de emergencia³.

2. NUDO: LA CULTURA PREVENTIVA MÁS ALLÁ DE LOS PROTOCOLOS

Pero ¿cómo ha podido suceder esto en el actual estadio evolutivo de la salud y la seguridad en el trabajo? Que suceda en un mundo lleno todavía de supersticiones e incultura, anclado en los tiempos del pensamiento encantado premoderno podría ser entendido⁴. Pero ¿cómo se explica que suceda en esas otras partes del mundo que han evolucionado sobre la base de una creciente «cultura de la seguridad» –pública y, por lo que aquí interesa, en el trabajo–? Todas las informaciones disponibles apuntan a que no ha habido, en ninguno de los dos países, menos en España, un suficiente acceso a la «formación» e «información» sobre este riesgo y el manejo de los EPI –los célebres equipos de protección individual–. Que en un lugar, Estados Unidos, inmediatamente se pidiera «perdón» por ello –parece que esta «solución de fe» a las ofensas, de manera reite-

² El gasto hospitalario de cinco semanas ronda los 300.000 euros. Hay que añadir el uso de aparatos técnicos específicos, así como del operativo de aislamiento de la unidad donde se trata al enfermo, que es lo que realmente encarece la cura de esta enfermedad. Cuando los pacientes empeoran, al tratamiento hay que sumar la respiración asistida y diálisis renal, pero hasta ahí el coste del tratamiento sería similar al de otros agentes víricos exóticos como el virus del Nilo, que cuestan una media de 8.000 euros al día. Pero en el caso del ébola hay que sumar el aislamiento. El coste termina ascendiendo a más de 1.000 euros por hora de atención. Vid. <http://www.elmundo.es/internacional/2014/10/19/5443a4e9268e3eb72a8b4572.html?a=3b46e37bf785702ad27b1acc9dc4da4&t=1413745589>

³ España aporta 500.000 euros, http://elpais.com/elpais/2014/10/29/ciencia/1414597391_214598.html

⁴ Para las dificultades que generan las «barreras culturales» en la protección eficaz contra el virus del ébola vid. <http://www.elmundo.es/internacional/2014/11/01/5453d5ee268e3eb9078b4572.html>

rada presente en nuestros políticos, también está de moda allende nuestras fronteras–, y en otro, España, no, o se tardara más, no ahuyenta el problema ni de grave incultura de seguridad ni de incumplimiento legal, como el «perdón» tampoco excluye la acción en justicia contra las ofensas –y los «ofensores»–. O es que ¿acaso los artículos 18 y 19 de la ya veinteañera **Ley de Prevención de Riesgos Laborales** (LPRL) no están suficientemente arraigados en la política de gestión de las organizaciones con independencia del sector productivo al que pertenezcan?

Además, en un sector como el sanitario, donde a la sofisticación y calidad de los equipos de trabajo se debería sumar la confianza en el valor de sus profesionales como el mayor activo que tiene ¿no merecen esos aspectos cognitivos una atención especial? Por si fuese poco, apenas hace un año y medio que se incorporó al Derecho español la **Directiva 2010/32/UE** del Consejo, de 10 de mayo de 2010, a través de la **Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio**, por la que se establecen disposiciones para la mejora de la prevención de riesgos biológicos en el sector sanitario, de forma particular respecto de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes⁵. En ella, además de recordar la centralidad del momento de evaluar este tipo de riesgos laborales, se hizo hincapié en la dimensión integral de la evaluación, hasta incorporar también los factores de riesgo psicosocial. El artículo 5.3 es inequívoco al respecto: «La evaluación de riesgos debe tener en cuenta la tecnología, organización del trabajo, condiciones laborales, nivel de cualificaciones, factores psicosociales laborales e influencia de factores relacionados con el entorno de trabajo». Se completa de este modo y se especifica para el sector sanitario, la obligación empresarial prevista en el **Real Decreto 664/1997** de reducir los riesgos de exposición al nivel más bajo posible, adoptando las medidas higiénicas necesarias (protocolos, instalaciones, suministros de EPI, etc.).

Siendo esto así de claro, preciso y «conocido», tras dos décadas de hablar de la «cultura preventiva», esto es, de promoción de actitudes y valores sobre la centralidad de la seguridad y salud en el trabajo en los gestores y trabajadores que en los diversos sectores productivos, y por supuesto también en el sanitario –en el de transportes, en el de limpieza, en el de los bomberos, etc.–, para difundir conocimientos en materia preventiva ¿podemos seguir pensando que la cultura preventiva es una cuestión de «buena o mala suerte»⁶, de «providencia divina»? A esta altura del tiempo, ¿el deber de seguridad laboral sigue siendo meramente normativo?

La **LPRL** insiste hasta la saciedad en que ese enfoque cultural no puede quedarse en el mero cumplimiento normativo exigido por ella y su desarrollo reglamentario, pese a ser imponente. Si esto es así, como parece y se afirma en numerosos foros día a día, ¿es posible asumir, como parecen empeñadas las autoridades sanitarias en poner de manifiesto en el caso aquí analizado, que la seguridad y salud en el trabajo es una «cuestión protocolaria», vinculada a la existencia de un documento que certifique un procedimiento de actuación y a la sujeción estricta al mismo? De man-

⁵ La norma de referencia general es el **Real Decreto 664/1997**, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

⁶ Vid. AYENSA VÁZQUEZ, J. A.: «La cultura preventiva en seguridad en la empresa: ¿una cuestión de suerte?», http://www.prevencionintegral.com/actualidad/editorial/2014/10/21/cultura-preventiva-en-seguridad-en-empresa-cuestion-suerte?utm_source=cerpie&utm_medium=email&utm_campaign=boletin_28_10_2014_es

tenerse esta posición, cualquiera de los problemas de seguridad y salud en el trabajo u obedecen a un «fallo humano» o a la «imperfección del protocolo», pero no a las condiciones organizativas, de gestión y de trabajo en que tales protocolos son aplicados. Para cualquier neófito en la materia ¿no hubiera sido más cauto dar prevalencia al factor del contacto directo con un paciente fallecido de ébola que al meramente formal de un cierto umbral mínimo de fiebre? Aunque se tratara inicialmente de una profesional de «bajo riesgo» de contacto según el protocolo originario ¿no resulta más prudente haberla sometido a un proceso de vigilancia de su salud, siquiera pasiva?

Más aún. En este contexto pretendidamente superador de los viejos clichés, de los viejos estereotipos preventivos, ¿no se viene insistiendo hasta hartar que los costes debidos a la prevención no serían propiamente gastos, sino la mejor «inversión productiva» que se puede hacer en la empresa, pues tienen un altísimo retorno para las organizaciones que más cuidan de esa evitación del daño, más costoso de tratar? Una convicción ahora convertida en evidencia pero que también se pierde en la noche de nuestra más tierna, y añorada, infancia, cuando nuestros padres nos decían –y afortunadamente dicen aún hoy– una y otra vez que siempre es mejor «prevenir que curar». Entonces, ¿pueden la crisis económica y la política de austeridad dictada, de un modo un tanto «suicida» («austericida» por sus efectos y «austeritaria» por la forma en que se lleva a cabo), arrumbar un convencimiento tan de sentido común o lógico?

Parece que quienes tomaron la decisión político-presupuestaria de que nada menos que la Comunidad de Madrid se quedara sin centro de referencia para atender casos de alerta pandémica –como potencialmente el ébola–, tan solo unos meses antes del contagio, sí consideran asumible el riesgo de desconocer esa verdad popular. ¿Acaso, y vuelvo a citar la filosofía de bolsillo pero muy práctica, en este caso de mi madre, no «vale más un por si acaso –sucede–, que un quién pensaba –que sucedería–»? De nuevo las autoridades sanitarias madrileñas parecen desmentirlo, cuando, ante esta alerta decidieron recuperar unas instalaciones desmanteladas en la planta sexta del Hospital Carlos III, que ya había iniciado su integración en La Paz y la reconversión a hospital de media estancia. En suma, y por no extender más este «nudo gordiano», por enésima vez, ante un grave problema de salud laboral –también pública–, nos dicen que hay que buscar la responsabilidad tan solo en dos ámbitos: o en el fallo de la «máquina» –aquí el protocolo– o en el fallo humano –la profesional–. En efecto, o está mal el protocolo hasta ahora normalizado –o no es suficiente o no implicó el «aislamiento» necesario– o, lo que es peor, el problema está en un «fallo humano» –el profesional concernido y que sufre el daño actual: no usó adecuadamente los equipos de protección–. En cambio, nunca parece estar en quienes tienen el deber –legal, ético, social y económico– de gestionar todo el proceso bajo un sistema seguro y eficaz. Que el artículo 15.4 de la [LPRL](#) sea muy claro al no aceptar esa exención de las responsabilidades por imprudencia no parece, en la práctica, tener efecto real alguno.

3. ¿DESENLACE?: ¿QUIÉN, CÓMO Y CUÁNDO RESPONDE DE LA CADENA DE ERRORES?

¿Bastará, pues, con responsabilizar o culpabilizar a la profesional contagiada en el ejercicio de su profesión o/y cambiar el protocolo –como ya ha sucedido– para que todo vuelva a su sitio?

Es evidente que no. Ese no puede ser el desenlace práctico de una situación tan grave como la que se ha vivido en torno a esta alerta sanitaria, sin perjuicio de ponderar igualmente su alcance si se compara con la tragedia que se vive todavía hoy, y parece que va en aumento, en su lugar de origen. Por supuesto, no es misión de este *Foro de debate*, antes socio-económica y de civismo que jurídica, aunque también, entrar en todas las consecuencias y en todas las aristas que suscita esta cuestión socio-sanitaria de primer orden, mucho menos si son las políticas⁷.

Aquí tan solo pretendemos llamar la atención sobre la «cadena de errores» organizativos y de gestión, plenamente confirmada, cuya relevancia está por encima del eventual humano que hubiera podido haber, y que no está en absoluto constado, en la base de esta deficientísima práctica preventiva en el ámbito de la seguridad y la salud de los profesionales implicados en el tratamiento de estas situaciones, con grave riesgo de su vida. Un peligro grave e inminente que, afortunadamente, no ha tenido su actualización en fallecimiento en el caso producido en España y, hasta ahora, tampoco en los dos casos norteamericanos. Pero sí ha supuesto graves afectaciones a la salud e integridad de muchas personas.

Más allá de la inexistente, y en todo caso deficiente evaluación de riesgos, está claro que no ha habido la información y formación adecuadas, conforme al artículo 19 de la LPRL y sus normas de desarrollo específicas para este tipo de riesgo biológico. Pero ¿quién era el responsable de garantizar estas actividades preventivas? Desde luego no parece que el «juez penal», aunque a él acudieran en julio, poco antes del contagio de una de sus compañeras, el personal de enfermería de los servicios de urgencias e intensivos de La Paz. Este colectivo denunció ante el Juez de Guardia de los juzgados de plaza de Castilla (Madrid) tal «falta de información y formación adecuada y desconocimiento de protocolos» para el tratamiento de posibles casos de ébola⁸. Sin entrar ahora en si hay o no responsabilidad penal, que se dilucidará a través tanto de las denuncias que se han presentado con posterioridad al contagio como con las Diligencias abiertas de oficio por la Fiscalía, queda claro que puede concurrir el *tipo de riesgo* del artículo 316 del *Código Penal*.

Pero, al margen de cuál sea la calificación penal que resulte finalmente de todo ello, queda claro que incumplimientos administrativos ya se han producido, y también daños personales, tanto físicos como psíquicos. Por tanto, al margen de la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, a través de los correspondientes requerimientos, también el entero *sistema de reparación-compensación de daños* a la salud, física y psíquica, e incluso social, está concernido. En primer lugar, no debe olvidarse que este caso de contagio constituye una *enfermedad profesional* en sentido estricto, a tenor de lo previsto en el Anexo I⁹ del *Real Decreto 1299/2006*. En este, de conformidad con el nuevo sistema de lista abierta, puesto a raíz de la asunción de la Recomendación europea de 2003 en materia de riesgos biológicos, al hacer referencia a las enfermedades profesionales derivadas de riesgos biológicos, se califican como enfermedades profesionales las

⁷ Un amplio reportaje en <http://elpais.com/tag/ebola/a/>

⁸ Vid. http://politica.elpais.com/politica/2014/10/07/actualidad/1412686093_983276.html

⁹ Grupo 3, agente A, subagente 01.

enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección –por ejemplo el conductor de la ambulancia, los bomberos que entraron en el domicilio, el personal de limpieza, etc.–.

Ciertamente no son los únicos profesionales con ese riesgo de infección, por lo que será posible bien llevar a cabo una aplicación analógica de ese precepto, lo que en un ámbito restrictivo como este resultará difícil, pero no imposible, bien reconducir la situación por el concepto de «enfermedad de trabajo», más amplio, y que tiene a día de hoy un tratamiento análogo, si no idéntico, al de la enfermedad profesional, en virtud de la equiparación práctica en el tratamiento de esta y el accidente de trabajo. Incluso cabe pensar en la «enfermedad de trabajo indirecta o por asociación personal» –en analogía con el concepto comunitario de «discriminación por asociación»–. Eso sí, en tal caso se debe probar –art. 115.2 e) **LGSS**– la relación de causalidad relevante para tal riesgo –por ejemplo, hipotéticamente, las peluqueras que, según parece, le dieron prestación de servicios, a la auxiliar de enfermería contagiada; familiares directos, etc.–.

En segundo lugar, conviene tener también muy presente que estamos en el ámbito de una responsabilidad por culpa lesiva de derechos fundamentales, y no tan solo de la integridad física, que también, sino igualmente de la integridad psíquica, e incluso de derechos como el relativo al honor profesional. La pésima gestión llevada a cabo del asunto ha determinado que a los riesgos biológicos se sumen los factores de riesgo psicosocial ya anticipados, entre ellos el auténtico «linchamiento moral» llevado a cabo en el primer momento, luego mutado en hipócrita alabanza, de la profesional, a la que no solo se culpabilizó sino que incluso se intentó «ridiculizar» por la «autoridad sanitaria máxima madrileña». Consecuentemente, aquí emergerá la vía de las potentes indemnizaciones no solo reparadoras de daños sino también de carácter disuasorio de prácticas tan negligentes en un ámbito de tanta trascendencia individual y social –art. 183 **Ley 36/2011**, reguladora de la jurisdicción social–.

Los errores no cesan. Recientemente se ha unido, ya una vez curada la enferma de ébola, ahora convertida en heroína, personal y profesional, el desprecio respecto del colectivo entero de enfermería que ha supuesto una imagen en la que luce, de una forma victoriosa, casi como si de una imagen de «Hospital Central» se tratara, contra esta enfermedad solo el personal facultativo –mujeres y hombres–. La enfermería, que es la actividad que más contacto directo tiene con los pacientes, y por tanto quienes la ejercen, ha quedado, una vez más, invisible. Por supuesto, no es cuestión ahora de hacer de estas páginas un «muro de las lamentaciones» de un colectivo ancestralmente marginado respecto del facultativo médico y que no ha sido todavía capaz de librarse del lastre que supone ese viejo estereotipo de persona-actividad sumisa y caritativa. En cambio, sí es oportuno llamar la atención sobre este dato nuevamente de (in)cultura social elitista y desigualitaria, que tiende más a poner el acento en la diferencia que en la implicación solidaria de todos-as las personas y los colectivos profesionales, así como entre los diferentes países, al margen de su ámbito social y cultural, cuando los virus no conocen ni de fronteras ni de nacionalidades¹⁰.

¹⁰ Vid. <http://www.elmundo.es/salud/2014/10/28/544ea769268e3ee0688b4578.html>

Pero hay que terminar este *Foro*. Tiempo habrá de analizar con detenimiento todas las dimensiones jurídico-sociales de esta grave y lamentable situación, la crisis española del virus del ébola y así se hará en esta Revista en próximos números, desde diversos puntos de vista. Ahora solo queda insistir en cuánto dolor y sufrimiento, en cuánto dinero, en cuánta pérdida de imagen-país se hubiera ahorrado si los deberes y los valores previamente fijados normativamente y asumidos teóricamente en la prevención de riesgos profesionales –y también de salud pública– dejasen de ser solo eso, convicciones y discursos, y se convirtieran en auténticas prácticas cotidianas. Yo no sé si el «protocolo de gestión del riesgo biológico de infección por ébola» es o no correcto –lo peor es que las autoridades sanitarias tampoco lo saben; y en todo caso, su modificación evidencia que no era el adecuado–, pero sí sé muy bien que para implantar la cultura de seguridad y salubridad en las organizaciones de forma eficaz, como exige el artículo 14 de la LPRL, no basta con asegurarse de que existe un protocolo o papel firmado por la Dirección (condición necesaria pero no suficiente) que diga lo que se debe hacer –deber ser– sino que es preciso que exista un auténtico «*know-how* preventivo», un verdadero conocimiento práctico y practicado de todas las actividades preventivas vinculadas a los riesgos.

Casi causa ternura pensar que todavía hay confianza en que la razón científica pueda cambiar esta radical fractura entre lo que debería ser y lo que es, como refleja la reciente Cumbre Internacional de la Enfermería frente al ébola tenida en Madrid y desarrollada a lo largo de tres días de puesta en común. El documento de síntesis, en el que se recogen todas las conclusiones, los acuerdos y recomendaciones que deben incorporarse a los actuales protocolos y procedimientos específicos para la atención a pacientes con sospechas o enfermedad por virus ébola, rezuma fe en que a partir de él los gobiernos pensarán y planificarán todos los escenarios posibles –al estilo en que se hace para los «test de estrés de la banca»– donde puede suceder el contagio. Mucho me temo que si no se adoptan acciones mucho más contundentes, en el ámbito del Derecho, de la ciudadanía, y de la acción sindical, los profesionales y la ciudadanía, seguirán sintiendo la misma inseguridad que les ha resurgido con tales casos –también en Estados Unidos–.

Además, por enésima vez, la respuesta a estos riesgos globales o es global o no será eficaz. Pero como he aprendido de las lecturas del sociólogo alemán U. BECK, máximo teórico de la denominada «sociedad del riesgo global», es posible que cuando sucede una situación de «socialización del riesgo» –en este caso de contagio por virus ébola–, lo que es un drama individual, o incluso una tragedia colectiva en su caso, puede llegar a convertirse en algo positivo, en una «poderosa base de solidaridad». Inicialmente se produce lo que él denomina «irresponsabilidad organizada», en la que todas y cada una de las instituciones concernidas, llamadas a reconocer el problema y resolverlo, con las correspondientes responsabilidades, deciden presentarse negando cualquier grado de responsabilidad, ninguna es responsable de nada.

Lamentablemente, todavía siguen resistiendo las «burocracias de evaluación de riesgos» – en nuestro caso de tipo laboral–, que «disponen de rutinas de negación harto trilladas»¹¹. Pero

¹¹ Vid. BECK, U.: *La sociedad del riesgo global*, Madrid: Edición Siglo XXI, 2002, pág. 239.

luego, cuando se actualiza de una forma clara y contestada el riesgo, el compartir el riesgo antes considerado como solo de otros, de otro mundo, del tercer mundo, implicará la creación de una «comunidad del riesgo», que ahora sí asume «compartir cargas». Solo así será posible reducir, quién sabe si un día eliminar, la gran brecha hoy existente entre una «sociedad del riesgo global», cada vez con menos fronteras, y una «acción de política del riesgo» no solo nacional sino basada en el «austericidio» y en la incultura del error humano de seguridad, hasta que se produce la «explosividad social (transnacional)» del peligro.

Las oportunidades para ver si hemos aprendido algo de esta nueva crisis no nos van a faltar. Apenas unos días después –el 28 de octubre de 2014– de que el Gobierno de Malí confirmara su primer positivo por ébola de una niña de dos años, convirtiendo así a Malí en el sexto Estado de África occidental afectado por el brote, llevando a 43 personas en contacto con la niña a la cuarentena, la Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y el *Comité Especial para la Gestión del ébola* en España, ha activado el protocolo de actuación por un caso sospechoso de ébola en la Región de Murcia. Se trataría de un hombre de 25 años que había viajado a Malí cinco días antes –ese país no tenía virus de ébola oficialmente en ese periodo, habiéndose originado el caso que se ha mencionado por un viaje de la niña a Guinea, donde su madre había fallecido por el virus– y que presenta una fiebre alta, con vómitos¹².

Aunque no es la primera vez que se activa la alerta en esta Comunidad, siendo negativos hasta ahora los casos, sí parece haberse asumido un amplísimo plan de gestión preventiva de estas situaciones, dotando a los centros de referencia de los equipos de protección de seguridad, individual y colectiva, necesarios y adecuados. Algo similar parece estar sucediendo en Andalucía, donde ahora ya sí se ha elaborado, e informado convenientemente a las autoridades sanitarias regionales, del protocolo de seguridad preventiva frente a todo riesgo de contagio de ébola en las bases de Rota y Morón de la Frontera, tras los acuerdos alcanzados con Estados Unidos para la utilización de las bases en las escalas de los vuelos implicados en las misiones contra el ébola con participación de tropas estadounidenses¹³. Más allá de la perplejidad de este enfoque militar para afrontar un problema de «protección civil», eso sí, global, parece claro que la cultura de la seguridad presupone siempre organización y acción de conjunto, única vía de evitar o minimizar eventuales errores humanos, solo actos finales de una cadena de sucesivos errores de gestión y de ignorancia o relajación extrema de las normas.

Pero ni la ignorancia de la ley excusa de su cumplimiento –aunque muchos sí parezcan «ignorar» hasta esto, no solo en el ámbito de la seguridad laboral, también en el de la laxitud en el manejo de fondos ajenos–, ni culpar a los profesionales que yerran es la solución, sino solo reflejo de una persistente incultura de seguridad –laboral–. Y como se dijo, la solución a los manifiestos

¹² <http://www.abc.es/sociedad/20141028/abci-caso-ebola-sospecha-murcia-201410281633.html>

¹³ Vid. <http://andaluciainformacion.es/puente-genil/447418/morenes-informa-a-susana-diaz-sobre-el-protocolo-contr-ebola-en-moron-y-rota/>

problemas en la formación y entrenamiento del personal no es su reconocimiento y la práctica de la cultura del perdón, si no la recuperación de la «cultura de la responsabilidad jurídica», hoy tan devaluada, más bien ignorada, aunque los juzgados españoles estén atestados o saturados de causas de todo tipo. La demandada acción correctora del presente, o del futuro inmediato, no puede, incluso para disuadir de incumplimientos en el futuro, eximir de la exigencia de la responsabilidad por los incumplimientos del pasado.

Claro está, igualmente tampoco puede ocultarse esa persistente, atávica, e incluso ancestral incultura de seguridad laboral con la «cultura del espectáculo» social y mediático en que se ha convertido la lucha contra el primer, y por fortuna de momento único, caso –incidente autóctono– de contagio en nuestro país. Y es que, como alerta VARGAS LLOSA¹⁴, la actual «sociedad del espectáculo» es «cruel», pues ni crea auténtica «memoria» ni tampoco verdadera «conciencia del error», más allá del gesto cara a la galería del «perdón ciudadano» –o personal, como el consejero madrileño a la auxiliar y a su marido (que, por cierto, se convierte en el gran paladín de la causa de su ofendida esposa, en pro de la restauración de su honor)–. Mucho me temo, que pese a esos pasos –también en el seno de la Unión Europea– hacia una asunción transnacional de la crisis del virus, también influya esa seducción por la novedad y el temor inmediato, a veces injustificado, olvidando pronto y pasando, «sin pestañear» de las «escenas de muerte y destrucción...», del «temor al contagio» masivo, a «las curvas, contorsiones y trémulos» de los *sex symbols* del momento. La desproporción en la adopción de ciertas medidas, absolutamente injustificadas –por ejemplo las cuarentenas forzosas de profesionales, ya comentadas, que está llevando a acciones en los Tribunales por lesión de derechos civiles (varias enfermeras norteamericanas ya lo han hecho)–, basadas más en evitar la histeria colectiva y mandar mensajes de actuación contundente a la ciudadanía, que en la evidencia científica y en una gestión estructural y sistemática, forma parte de ese mismo espectáculo, que, cuando deje de estar de moda, de ser novedad, también será indicador del retorno al olvido¹⁵.

¹⁴ Vid. <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/la-civilizacion-del-espectaculo?page=full>.

¹⁵ El extremo espectáculo en que se ha convertido este caso contrasta, aquí sí, con Estados Unidos. Aunque, insistimos, Estados Unidos no tiene ningún motivo para estar satisfecho, más bien todo lo contrario –algunos de sus indicadores de salud son propios de países en desarrollo, no de la segunda potencia económica del mundo, ahora tras China–, sí que ha evidenciado mayor «cultura» que la nuestra. Por ejemplo, al margen del respeto por el derecho a la vida de los animales –no mató sin más a la mascota del profesional sanitario–, evidenció gran sensibilidad por la «privacidad». Mientras que España ha convertido en todo un espectáculo mediático «la vida y obra» de la auxiliar, de la que ya conocemos prácticamente todo, en EE.UU. se ha mantenido una significativa «política de privacidad» y apenas se sabe nada de la enfermera contagiada –su primer caso índice autóctono–. Vid. <http://www.actasanitaria.com/ebola-cuestiones-basicas/>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0