

**SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA
DE LA SALUD DE LOS
TRABAJADORES EN ARAGÓN**

Estudio realizado para:
CONSEJO ARAGONÉS DE
SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN ARAGÓN

Autores:

Jaime Minguijón Pablo
Marta Laguna Hernández
Josep Espluga Trenc

Milenium3, Servicios de Gestión del Conocimiento, S.L.



Abril de 2007

ÍNDICE

	<u>Página</u>
1 INTRODUCCIÓN.....	4
Definición y justificación del objeto de estudio.....	4
Contextualización del objeto de estudio.....	7
2 MARCO LEGISLATIVO EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD.....	18
2.1 Legislación y normas.....	18
2.2 Disposiciones normativas	25
3 APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA VIGILANCIA DE LA SALUD....	28
3.1 Cambio de Paradigma: del modelo tecnocrático de prevención al modelo sociotécnico.....	28
3.2 Subsistemas básicos en la prevención de riesgos laborales y específicamente en la Vigilancia de la Salud.....	36
3.3 Lógica de actuación de cada uno de los actores pertenecientes a cada subsistema.....	41
3.4 La Vigilancia de la Salud dentro del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales.....	80
4 LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN ARAGÓN: HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS.....	86
4.1. Cambio de Paradigma: diferentes velocidades de acercamiento.....	86
4.2. Encaje de la vigilancia de la salud, en el sistema de prevención.....	106
4.3. Incomunicación entre subsistemas	121
4.4. Los actores y el diferente nivel de sensibilización adquirido respecto a la vigilancia de la salud	129
4.5. Puntos de conflicto.....	148
4.6. Elementos que introducen desconfianza en el sistema de la vigilancia de la salud.....	174
4.7. Escasez de Recursos Humanos.....	191
4.8. Otros.....	197
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	206
6 METODOLOGÍA.....	239
ANEXO.....	253
BIBLIOGRAFÍA.....	264

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El presente estudio pretende profundizar en el estado de la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores (VST) en Aragón.

El origen del mismo se encuentra en el interés que ha suscitado desde siempre este tema a los miembros del Consejo Aragonés de Seguridad y Salud Laboral. Ese interés está sobradamente justificado, tanto por la relevancia que otorga la legislación sobre prevención de riesgos laborales de 1995 a la VST, como por las carencias en la implementación de la misma que estaban observando los principales agentes sociales.

En este sentido, de entre las diferentes aproximaciones posibles al estudio de la VST (por ejemplo, jurídica o sanitaria), el Consejo optó por realizar un estudio desde una perspectiva sociológica. Eso quería decir que se daba especial importancia en el proceso de investigación a las opiniones y valoraciones de los agentes implicados (responsables, destinatarios, ejecutores, facilitadores y supervisores) en la aplicación de la VST en sus múltiples facetas.

La perspectiva sociológica parte de la base de que las obligaciones que impone la ley, al final, son aplicadas y llevadas a efecto por personas y grupos sociales, los cuales, además, tienen unas relaciones entre sí que están valoradas por visiones diferentes, lo que a veces les lleva a posicionarse de forma conflictiva y, en otros casos, de forma cooperativa o complementaria.

En el campo de la prevención, el punto de partida, en principio, no es conflictivo, ya que el interés perseguido es compartido por todos los agentes implicados: alcanzar unas condiciones de trabajo óptimas y saludables para el conjunto de trabajadores del tejido empresarial, sea éste industrial, de servicios o de cualquier otra naturaleza.

Sin embargo, aun con este punto de partida compartido, la evidencia era que la aplicación de la VST, en rasgos generales, dejaba mucho que desear, con lo que se abría un interesante campo de análisis para establecer las causas de este déficit de funcionamiento desde el estudio de las relaciones sociales que se producen en el micro sistema social que forma una empresa y el entorno en que desarrolla su actividad.

Y esa ha sido la perspectiva desde la que se ha realizado la investigación: dando un papel protagonista a los agentes, con la intención de poder identificar aquellos aspectos que en el juego de las relaciones sociales hacían que la VST en Aragón no hubiese llegado a alcanzar los niveles de desarrollo que todos los agentes

esperaban. No se trata, pues, simplemente de "dar voz" a los implicados, sino, además, de interpretar esas valoraciones y opiniones a la luz de la ciencia sociológica.

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Antes de profundizar en el análisis de la VST en Aragón, es una labor necesaria vincular el concepto de ‘Vigilancia de la Salud’ con los marcos contextuales en los que se ha desarrollado, tanto en sentido genérico, dentro de las estrategias de atención a la salud y lucha contra la enfermedad, como dentro del desarrollo de las políticas de seguridad y salud laboral europeas.

Ello permitirá, en primer lugar, comprender porqué la VST ha sido definida de la forma en que lo ha hecho el legislador español, además de, posteriormente, comprender en mejor medida su peculiar desarrollo actual en Aragón.

1.2.1 Evolución del concepto de ‘Vigilancia de la Salud’

Hasta mediados del siglo XX el uso del término ‘Vigilancia de la Salud’ estaba restringido a la práctica de la salud pública, y solía consistir en la observación de los contactos de las personas con enfermedades transmisibles graves (como, por ejemplo, la viruela, la malaria, etc.), con el objetivo de detectar los primeros síntomas y procurar el aislamiento inmediato de los individuos infectados. En 1963, el epidemiólogo Alexander Langmuir limitó el uso del término ‘vigilancia’ a la recolección, el análisis y la difusión de los datos sobre contagios; mientras que en 1968 Karel Raska, director de División de la

OMS, amplió el concepto definiéndolo como el estudio epidemiológico de la enfermedad entendida como un proceso dinámico, integrando en él además las actividades de control y de prevención (Teustch & Thacker, 1995). En este sentido, la 21ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (1968), centrada en la vigilancia nacional y mundial de las enfermedades transmisibles, aprobó un documento de trabajo sobre la Vigilancia de la Salud en el que se identificaron tres características principales:

- 1) La colección sistemática de datos pertinentes.
- 2) La consolidación ordenada y evaluación de estos datos.
- 3) La difusión inmediata de los resultados a los afectados, y en particular a quienes están en posición de tomar decisiones y medidas preventivas.

En definitiva, a partir de los años 70 del siglo XX la Asamblea Mundial de la OMS incorporó la ampliación del concepto de "vigilancia epidemiológica" y se aplicó a problemas de salud pública más allá de las enfermedades transmisibles. Además, se acordó que la vigilancia epidemiológica implica la responsabilidad del seguimiento para constatar que se haya tomado decisiones preventivas eficaces. Desde entonces, otros eventos de salud como la intoxicación por plomo, la leucemia, las malformaciones congénitas, los abortos, las lesiones y los factores de riesgo conductuales se fueron colocando bajo las acciones de Vigilancia de la Salud.

En el ámbito de la salud laboral el concepto ha sufrido también una evolución considerable y, en cierto modo, similar a la descrita para la salud pública. Curiosamente, la Vigilancia de la Salud ha estado presente en mayor o en menor manera desde hace décadas en el mundo empresarial, dado que, con mucha anterioridad a las actuales normas de prevención de riesgos laborales, desde mediados del siglo XX en el mundo laboral español ya existían los Servicios Médicos de Empresa, muy a menudo los únicos servicios existentes dedicados a la salud laboral.¹ A pesar de que estos servicios médicos de empresa también podían realizar algunas actividades preventivas (proponiendo algunas mejoras en las condiciones de trabajo), en la práctica su función acostumbraba a ser meramente reparadora, de carácter clínico-asistencial.

Tal como algunos autores describen (Artieda, 2003), durante casi 40 años los Servicios Médicos de Empresa, salvo algunas excepciones, realizaron esta labor en las grandes empresas españolas, en las que los exámenes de salud anual no seguían ningún tipo de orientación específica de riesgo y las actividades sanitarias preventivas se limitaron a campañas de salud pública dirigidas a la prevención de diferentes casos de cáncer de alta incidencia general, pero de poca evidencia de

¹ En 1944 se constituye el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, y se aprueba la constitución de Comités de Seguridad e Higiene en grandes empresas y en empresas de especial peligrosidad. En 1947 se crea el régimen general de enfermedades profesionales, y en 1956 el texto refundido de la legislación de accidentes de trabajo, así como el Servicio Médico de Empresa (desarrollado en 1959). En 1966 las antiguas Mutuas Patronales se convierten en entidades colaboradoras de la Seguridad Social en la gestión de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

asociación causal con el medio laboral, de afecciones metabólicas prevalentes en la población adulta, etc., o a campañas de promoción de la salud culpabilizadoras encaminadas al cambio de los hábitos insanos de las personas que trabajan y no a la adopción de condiciones de trabajo "promotoras" de salud. Así, los servicios médicos podían disponer de talonarios de recetas de la Seguridad Social para prescripción de fármacos a sus trabajadores, controlar su absentismo por causa médica o atender las lesiones que se produjesen en el trabajo; pero disponían de escasos recursos para llevar a cabo aquello que ninguna otra estructura sanitaria podría asumir: conocer cuáles eran sus riesgos en el trabajo para prevenir su aparición.

En la segunda mitad de los años 80, tras la aprobación de los Convenios 155 y 161 de la OIT y el conocimiento de las experiencias que se estaban llevando a cabo con las elaboraciones de mapas de riesgos y daños en otros países, aparecieron en España iniciativas encaminadas a instaurar los principios básicos para la vigilancia específica de la salud tanto en algunas grandes empresas como en algunas comunidades autónomas, hecho que fue respaldado por la aprobación de la Directiva Marco (89/391/CEE) en 1989 y su posterior transposición a la norma española. A pesar de todo ello, la actividad sanitaria de los servicios de prevención propios, fundamentalmente, se ve marcada demasiado a menudo por un carácter clínico-asistencial.

Los antecedentes y la inercia histórica de las actividades relacionadas con la salud laboral han limitado el espectro de esta vigilancia a la simple realización de reconocimientos médicos laborales,

dificultando la posibilidad de su racionalización y comprensión desde una perspectiva más multidisciplinar (Plana, 2001). Gran parte de la responsabilidad de esta visión reductiva se puede atribuir a la práctica indiscriminada y masiva de reconocimientos médicos a gran parte de la población trabajadora, costumbre que irrumpió con fuerza a partir de los años 70, avalada por los criterios marcados por la American Medical Association en los Estados Unidos desde hacía ya muchos años. No obstante, a mediados de los 80 dos grupos de expertos, uno canadiense (Canadian Task Force) y otro estadounidense (US Preventive Task Force) unieron esfuerzos y criterios y publicaron la *Guide to Clinical Preventive Services*, sobre la eficacia y eficiencia de los controles masivos a la población sana, desaconsejando y cuestionando su práctica sistemática. A pesar de todo, en España esta práctica se ha mantenido persistentemente.

Ello es así porque durante décadas las políticas de salud laboral en general, y en particular de Vigilancia de la Salud, se han conceptualizado históricamente de un modo más reactivo que preventivo, es decir, se han utilizado como herramienta para identificar las personas afectadas por los riesgos laborales, pero raramente como un elemento para la prevención de riesgos. Se comprenderá mejor esta circunstancia si se contextualiza dentro de la evolución de las atenciones predominantes a la salud y de las políticas de salud laboral.

1.2.2 La Vigilancia de la Salud en el marco teórico de las atenciones a la salud

A grandes rasgos, se pueden distinguir tres estrategias básicas para procurar la salud de las personas: la curación, la prevención y la promoción de la salud (Espluga & Caballero, 2005). Cada una de ellas centra sus actividades en diferentes objetivos.

La *curación* es un tipo de estrategia dirigida a actuar sobre el *efecto*, es decir, son actividades básicamente médicas dirigidas a "reparar" a los individuos cuya salud ha sufrido ya algún daño.

La *prevención*, en cambio, implica actuar sobre la *causa* de la enfermedad para evitar que ésta pueda actuar. Como ya se ha apuntado, la expansión de las enfermedades crónicas ha propiciado un relevante debate durante las últimas tres décadas sobre la eficacia de estas estrategias para mejorar la salud pública. El sistema médico clásico se enfocaba principalmente hacia la lucha contra las enfermedades de tipo monocausal, en las que, una vez identificado el principal factor de riesgo (normalmente un microorganismo), todos los esfuerzos se aplicaban a eliminarlo o reducirlo, bien mediante fármacos (si los individuos ya estaban infectados, para así conseguir la curación) o bien mediante vacunas y saneamiento del entorno (fumigaciones, etc.).

El hecho de que en la actualidad (en los países occidentales) la mayor parte de las personas pierdan su salud en forma de

enfermedades crónicas, hace que aquella estrategia de lucha resulte claramente insuficiente. Las enfermedades crónicas no tienen cura (en principio), por lo que los enfermos tienen que convivir con su trastorno de salud durante el resto de su –más larga o más corta– vida y son muy difíciles de prevenir porque no existe un único o predominante factor a eliminar (no hay cadena causal lineal que romper). Es por ello que durante los años 70 del siglo XX la Organización Mundial de la Salud promovió un gran debate encaminado a reenfocar las estrategias de atención a la salud, que dio como resultado la puesta en marcha de un movimiento mundial de Promoción de la Salud.

Hacer *promoción de la salud* implica crear condiciones saludables mediante intervenciones sobre el medio ambiente y sobre los individuos. No es un servicio médico restringido a las personas enfermas, sino que se trata de acciones dirigidas al conjunto de la población, unas actuaciones que no son sólo actividades médicas sino que pretenden combinar diferentes tipos de conocimientos (aunque los profesionales de la salud tienen un papel importante en la educación, etc.) y además procuran implicar a la población en las decisiones a tomar para mejorar y mantener la salud. Mediante la Promoción de la Salud, por una parte, se pretende capacitar a la población para que sepa cuidar mejor de su salud y evitar caer enfermos, para lo cual se incide en cuestiones de estilos de vida saludables; y, por otra parte, se busca construir entornos saludables, tanto en el sentido medioambiental (mejoras urbanísticas, disminución de la contaminación, etc.) como en el sentido social (disminución de la precariedad, de la pobreza, desigualdades sociales, etc.). Entre las estrategias más utilizadas se cuentan la divulgación de

conocimientos y de pautas de comportamiento y el fomento de redes sociales de apoyo y de estructuras comunitarias (para evitar la pasividad individual generada por el sistema médico sanitario institucional).²

Las tres estrategias de atención a la salud, mencionadas más arriba se aplican también en el ámbito laboral:

- Así, respecto a la *curación*, todo trabajador tiene derecho a una atención médica proporcionada por el empresario en caso de caer enfermo o de sufrir un accidente a causa del trabajo. De hecho, los servicios médicos de empresa son entidades clásicas en el mundo de la salud laboral, y durante décadas han constituido la principal, y a veces única, institución dedicada a estos temas dentro de la empresa. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) son las instituciones que históricamente se han ocupado principalmente de estas actividades médicas (diagnóstico, tratamiento, etc.). Además, desde la Ley General de Sanidad (1986) todos los ciudadanos españoles tienen

² En la práctica, el enfoque de la promoción de la salud se corresponde, en cierto modo y en parte, con las actuaciones ambientales que ya se vienen realizando desde el siglo XIX (y que, como demostró McKeown (1979), fueron determinantes en la mejora de la salud de la población), pero, desgraciadamente, la mayor parte de las actuaciones que realmente se llevan a cabo se centran más bien en la dimensión individual (campañas sobre estilos de vida: dieta, deporte, tabaco, alcohol, etc.). Hay que apuntar que la promoción de la salud implica intervenir sobre el contexto en el que viven las personas, lo cual requiere desarrollar políticas en favor del medio ambiente, de la salud y de la reducción de las desigualdades sociales, cosa que no siempre es fácil. De ahí el énfasis en cambiar los estilos de vida individuales, algo menos comprometido, aunque poco efectivo si no se producen a la vez cambios estructurales.

derecho a recibir asistencia sanitaria, un derecho universal garantizado por el Estado.

- Por otro lado, la *prevención* es también una estrategia presente en el mundo laboral, desde el momento en que ciertos factores de riesgo y ciertas condiciones de trabajo se hallan reguladas para evitar que se produzcan situaciones potencialmente dañinas para las personas. Así, por ejemplo, existen normativas que regulan el nivel de ruido al que una persona puede estar expuesta en su trabajo, o existen recomendaciones internacionales que aconsejan unos valores límites de concentración de determinados contaminantes en el aire. Se trata de formas de actuar sobre la fuente del riesgo o sobre su cadena causal, con el objetivo de evitar o minimizar la producción de daños a la salud.
- Finalmente, la *promoción de la salud* se implementa también en el mundo laboral, por medio de intervenciones dirigidas a crear ambientes laborales más saludables (cambiando métodos productivos, rediseñando puestos de trabajo, reformulando la organización del trabajo, introduciendo la participación de todas las personas afectadas, etc.) y por medio de actuaciones encaminadas a cambios de actitudes y de estilos de vida (dirigidas a promover cambios en los comportamientos de los trabajadores)³.

³ De hecho, en las escasas ocasiones en las que se implementan programas de promoción de la salud en las empresas, son estas últimas las acciones más frecuentes (en forma de campañas de sensibilización contra el tabaco o contra el consumo de

La "Vigilancia de la Salud" históricamente se ha configurado en el imaginario colectivo de los protagonistas del mundo laboral español, básicamente, como una serie de exámenes médicos genéricos que muchos trabajadores pasaban con una regularidad periódica (Artieda, 2003; Díaz-Franco, J.J., 2002; García Gómez, 2004; González Díaz, 2002; Rodríguez-Meseguer, 2004). Estas actuaciones, aunque positivas para ciertas problemáticas individuales, resultaban poco útiles para la mejora de las condiciones de trabajo y salud, pues raramente se agregaban los datos con finalidades preventivas o de promoción de la salud.

Sin embargo, la principal norma legislativa que orienta las políticas de salud laboral en Europa, la Directiva 89/391/CEE, *relativa a la aplicación de medidas con el fin de promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo* (también conocida como 'Directiva Marco'), ya desde su propio título pretende abordar la salud laboral desde una óptica más bien preventiva y de promoción de la salud (y huir de las perspectivas meramente reparadoras imperantes durante buena parte del siglo XX). La transposición de esta Directiva al Ordenamiento jurídico español se realiza a través de la *Ley de Prevención de Riesgos Laborales* (LPRL) 31/1995,⁴ y, en su artículo 5.1, establece claramente que "la política en materia de prevención tiene el objetivo de promover la

alcohol en el trabajo, o fomentando el ejercicio físico adecuado o dietas alimenticias más saludables), ya que las actuaciones ambientales suelen requerir mucho mayor esfuerzo y coste en términos económicos y de poder.

⁴ Obsérvese que en la transposición al ordenamiento jurídico español la Directiva cambia de nombre, quedándose solamente con términos 'preventivos', pero omitiendo referencias a la promoción de la salud. No es casual que los sindicatos protestaran duramente por este cambio durante la tramitación del texto.

mejora de las condiciones de trabajo con el objetivo de elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo”, lo cual indica una clara tendencia hacia un modelo donde prima la prevención y la promoción de la salud.

En definitiva, las definiciones expertas contemporáneas tienden a considerar que la ‘Vigilancia de la Salud’ debe indicarnos cuáles son los problemas de salud de los trabajadores, su magnitud, hacia dónde debemos enfocar las soluciones, lo bien o mal que las soluciones anteriores han funcionado, y si a lo largo del tiempo hay una mejora o un deterioro de la situación (Halperin, 1996). Es decir, la vigilancia se define en Salud Laboral como la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de datos sobre los riesgos, enfermedades o accidentes, integrado estrechamente con la difusión de esta información a los agentes responsables de la prevención y el control (Thacker *et al.*, 1992, 1996; citados en García Gómez, 2003). Desde esta perspectiva, el concepto de vigilancia implica la recogida de información después de una acción y el uso de dicha información en un bucle para cambiar las circunstancias que condujeron al efecto que se vigila. Además, no tiene que limitarse a resultados adversos, se puede aplicar a cualquier intervención preventiva, y su principal propósito ha de ser comprender mejor el impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores, de tal forma que sea posible mejorar las condiciones de trabajo. Por otra parte, la vigilancia debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sea posible, los efectos adversos sobre el bienestar físico y mental, de tal manera que se pueda evitar la progresión hacia un ulterior daño más importante para la salud.

2. MARCO LEGISLATIVO EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD

2.1 LEGISLACIÓN Y NORMAS

La legislación laboral internacional propone integrar la Vigilancia de la Salud en las actividades genéricas de gestión de riesgos en la empresa. De este modo se recoge en la Directiva Marco (89/391/CEE), que, en su artículo 14, sobre Vigilancia de la Salud, establece que:

1. Para garantizar la adecuada Vigilancia de la Salud de los trabajadores en función de los riesgos relativos a su seguridad y salud en el trabajo, se fijarán medidas de conformidad con las legislaciones y/o los usos nacionales.
2. Las medidas contempladas en el apartado 1 permitirán que cada trabajador, si así lo deseara, pueda someterse a una vigilancia de salud a intervalos regulares.
3. La Vigilancia de la Salud puede ser parte de un sistema nacional de sanidad.

En España estas disposiciones se recogen en la Ley 31/ 1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), aunque anteriormente ya existían ciertas obligaciones al respecto, principalmente derivadas de la Ley General de Sanidad de 1986. Así, el Capítulo IV de la Ley 14/1986, General de Sanidad, establece en su artículo 21 e) la obligación de

“Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos, como una de las actuaciones principales en Salud Laboral.”

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), en su artículo 22, define los derechos fundamentales en esta materia: la Vigilancia de la Salud es un derecho del trabajador y una obligación del empresario; se debe respetar el derecho a la intimidad, la dignidad y la confidencialidad; los resultados deben ser comunicados a los trabajadores, y no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en su perjuicio; el acceso a la información médica de carácter personal ha de quedar limitado al personal médico y a las autoridades sanitarias, pero el empresario y las personas con responsabilidades en materia de prevención han de ser informados de las conclusiones sobre la aptitud del trabajador para el desarrollo del puesto de trabajo o sobre la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención; el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud se tiene que prolongar más allá de la finalización de la relación laboral, en los términos que se determinen reglamentariamente; las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores serán llevadas a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada; etc.

Por su parte, el Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997) detalla las condiciones en que habrán de realizarse las funciones de vigilancia y control de la salud de las y los trabajadores, en

el artículo 37, apartado 3. Además, en los artículos 15 y 18 del mismo Reglamento se establece que *la actividad sanitaria, que en su caso exista, contará para el desarrollo de su función con la estructura y medios adecuados a su naturaleza específica y la confidencialidad de los datos médicos personales.*

Además, la legislación española obligaba desde hace ya bastantes años a realizar una vigilancia específica de la salud en aquellos puestos de trabajo en los que exista algún tipo de exposición a unos concretos factores de riesgo: Amianto, Benceno, Cloruro de vinilo, Plomo metálico y sus compuestos, Ruido y Radiaciones ionizantes (existían Reales Decretos que regulaban muy específicamente la exposición a dichos factores de riesgo). La legislación actual amplía esta obligación a todo tipo de factores que se sospeche que puedan constituir riesgos para los trabajadores.

En el siguiente apartado se muestra una serie de tablas resumen de las disposiciones normativas sobre Vigilancia de la Salud de los trabajadores (VST), clasificadas por temas.

En términos generales, hay que tener en cuenta que, a diferencia de las décadas anteriores, a partir de la LPRL (31/1995) las actividades de VST tienen como principal finalidad el servir para la prevención de riesgos laborales, así como para la promoción de la salud en el trabajo mediante la mejora del entorno laboral y recomendaciones individuales. Para ello deben ser acciones dirigidas a identificar los trastornos de salud de los trabajadores y a ponerlos en relación con el contexto

laboral en el que éstos trabajan. De esta manera se obtendrá una información indispensable para poder adaptar el trabajo a las personas y para realizar una adecuada planificación preventiva, así como evaluar la eficacia de las medidas preventivas que se hayan decidido implementar. Aunque se trata de algo claramente definido en la legislación vigente, supone un modelo radicalmente nuevo en el contexto laboral español, motivo por el cual su implementación está resultando más complicada de lo previsto (como el resto de disposiciones preventivas).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) se promulgó en España en diciembre de 1995 y entró en vigor en febrero de 1996, y fue desarrollada reglamentariamente a partir de enero de 1997, cuando se publicó el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997), al cual le siguieron numerosos reglamentos más. Se puede decir que los fundamentos del edificio legislativo español sobre seguridad y salud laboral tienen ya una década de existencia, pero todo parece indicar que diez años no han sido suficientes para que el mundo empresarial asuma plenamente sus postulados. En cierto modo, parece haber una especie de prolongado divorcio entre la filosofía de la ley y la práctica empresarial al respecto, no solamente en lo que se refiere a la Vigilancia de la Salud, sino respecto a todo el conjunto de disposiciones normativas. Precisamente, el presente estudio quiere identificar aquellos factores que pueden motivar la resistencia del mundo laboral español a la incorporación de los planteamientos de la LPRL y sus normas derivadas.

Finalmente, es conveniente recordar que la LPRL establece una serie de *principios* que regulan la acción preventiva (art. 15.1) conforme a los que el empresario (o las personas que dirijan la empresa) ha de gestionar los riesgos. Estos principios son los siguientes:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo referente a la concepción de los lugares de trabajo, como también a la elección de equipos y los métodos de trabajo y de producción, con el objetivo específico de atenuar el trabajo monótono y repetitivo y de reducir sus efectos sobre la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo que sea peligroso por aquello que comporte poco o ningún peligro.
- g) Planificar la prevención, mediante la búsqueda de un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que den prioridad a la protección colectiva respecto a la individual.
- i) Facilitar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Estos principios provienen íntegramente de la Directiva Marco (89/391/CEE) y supusieron un serio desafío a la cultura empresarial española y a sus formas predominantes de organizar la empresa. Para

empezar, requieren seguir una lógica preventiva a la que muchas empresas no estaban acostumbradas. Por ejemplo, cosas como el uso de protecciones individuales se contemplan ahora como la última estrategia posible a utilizar y sólo de manera puntual o excepcional, mientras que se prioriza el actuar en primer lugar sobre las fuentes del riesgo, eliminándolas o disminuyéndolas, y, en segundo lugar, sobre su medio de propagación, en aras a reducir la intensidad de la exposición del trabajador a los factores de riesgo. En este contexto, el uso de protecciones sólo se contempla después de haber implementado estas estrategias, en cuyo caso las colectivas se priorizarán sobre las individuales. Desgraciadamente, en la trayectoria histórica de muchas empresas el orden lógico de actuación ha tendido a ser más bien el inverso.

En definitiva, la legislación europea y española sobre prevención de riesgos laborales responde a una filosofía avanzada y muy coherente desde el punto de vista teórico, e intenta dar respuesta a los principales debates y cuestiones problemáticas sobre la salud laboral de nuestra época. No obstante, hay que reconocer que todavía no ha conseguido ser asumida plenamente por el mundo laboral español, dado que existe un conglomerado de inercias, intereses y factores estructurales, organizativos y culturales que lo dificultan enormemente. En este contexto es en el que hay que interpretar la situación de la Vigilancia de la Salud en Aragón.

Precisamente, la 'Vigilancia de la Salud' tal y como ha sido formulada por esta legislación vigente, debe ayudar a conseguir, entre otras cosas:

- Identificar los problemas, tanto en su dimensión individual (detección precoz) como colectiva (indicadores de salud).
- Planificar la acción preventiva, aportando a la discusión multidisciplinar criterios y prioridades de salud (afectación, gravedad, pronóstico).
- Adaptar el trabajo a la persona, adecuando la intervención preventiva a las características personales de los trabajadores.
- Evaluar el proceso de Vigilancia de la Salud y sus resultados, así como la efectividad de los programas y políticas preventivas, favoreciendo el uso de métodos de actuación más eficaces.

Como se puede observar, hacia estos objetivos apuntan buena parte de los principios que orientan la acción preventiva y que deben seguir todas las empresas.

2.2 DISPOSICIONES NORMATIVAS

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995).

RSP: Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997).

Actividades que comprende la VST:	
Recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores para identificar riesgos	RSP 5.1
Evaluaciones periódicas de salud y exámenes médicos	RSP 37.3.b
Estudios de absentismo por enfermedad	RSP 37.3.d
Investigación de las causas de los daños para la salud y análisis epidemiológicos	RSP 6.1

Cómo deben realizarse las actividades de VST:	
Orientarse en función de los riesgos a que está expuesto el trabajador	LPRL 22.1 RSP 37
Optar por los reconocimientos o pruebas que causen menos molestias al trabajador	LPRL 22.1
Adecuarse a los protocolos específicos elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo	RSP 37.3.c
Incluir una historia clínico-laboral en la que consten las distintas exposiciones a riesgos, las dolencias del trabajador/a y los resultados de las exploraciones, análisis o estudios complementarios	RSP 37.3.c
Analizar los resultados con criterios epidemiológicos	RSP 37.3.f

Qué derechos debe garantizar la VST:	
El propio derecho de cada trabajador/a a que se detecte precozmente cualquier alteración de su salud	LPRL 22
El consentimiento informado y la voluntariedad salvo cuando el reconocimiento médico sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo en la salud o evitar daños a terceros	LPRL 22.1
La información de los resultados a la persona interesada	LPRL 22.3
El respeto a la intimidad y dignidad de la persona y al derecho a la confidencialidad	LPRL 22.2
No utilizar los resultados con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador/a	LPRL 22.4

Quién debe llevarla a cabo:	
La Vigilancia de la Salud forma parte de las funciones del Servicio de Prevención	LPRL 31.3.f
Para poder realizarla dichos servicios deben contar al menos con un médico y un ATS/DUE con formación especializada en Medicina del Trabajo.	RSP 37.3.a
En general las actividades de Vigilancia de la Salud deben ser realizadas por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada	LPRL 22.6

Cuándo deben realizarse las acciones de VST:	
En el momento de la evaluación de riesgos (indicadores sanitarios)	RSP 5.1
Tras la incorporación de un nuevo trabajador/a al trabajo	RSP 37.3.b.1
Cuando a un trabajador/a se le asigne una tarea que suponga nuevos riesgos para su salud	RSP 37.3.b.1
Tras una ausencia prolongada del trabajador/a por motivos de salud	RSP 37.3.b.2
Periódicamente de acuerdo con los protocolos específicos	RSP 37.3.b.3/RSP 37.3.c

Participación de los <i>delegados de prevención</i>:	
Para anular la voluntariedad de un reconocimiento médico se requiere informe previo de los representantes de los trabajadores/as	LPRL 22.1
Es preceptiva la consulta sobre los procedimientos de elaboración y conservación de la documentación sobre Vigilancia de la Salud	LPRL 33 LPRL 23.1.d
Deben ser informados sobre las conclusiones de los reconocimientos médicos en términos de aptitud del trabajador/a para la tarea o de necesidad de mejoras en el puesto de trabajo	LPRL 22.4
Tienen derecho a acceder en forma anónima a toda la información de Vigilancia de la Salud	LPRL 36.2.b
Deben conocer e informar la programación anual de los servicios de prevención incluida la relativa a Vigilancia de la Salud	LPRL 39.2.d
Han de ser informados de los daños a la salud de los trabajadores y conocer las circunstancias en que se han producido	LPRL 36.2.c LPRL 39.2.c

3. APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA VIGILANCIA DE LA SALUD

3.1 CAMBIO DE PARADIGMA: DEL MODELO TECNOCRÁTICO DE PREVENCIÓN AL MODELO SOCIOTÉCNICO.

El modelo de prevención de riesgos laborales más extendido durante buena parte del siglo XX ha estado basado en la llamada "Teoría de la Causalidad", expuesta sobre todo por Heinrich en su libro *Industrial Accidents Prevention* (Heinrich, 1950, primera edición del año 1931). Esta teoría parte de la hipótesis de que existe una conexión clara entre causa y siniestro, es decir, que los accidentes no ocurren porque sí, sino que siempre existe una causa identificable, y se considera como *causa* todo aquel factor que, corregido a tiempo, hubiera evitado el accidente. Heinrich teorizó un modelo lineal de causas concatenadas que darían lugar a la lesión (presentado por Heinrich con la metáfora de la hilera de fichas de dominó), y para evitarla Heinrich propone dirigir todos los esfuerzos a eliminar o a impedir que se produzcan los *actos inseguros* y los *fallos técnicos* o *condiciones peligrosas*, ya que son los únicos factores que se pueden identificar y controlar en el lugar de trabajo.

Según este modelo, llamado **tecnocrático**⁵, los *fallos técnicos* (o condiciones peligrosas) se pueden identificar mediante la aplicación sistemática de métodos de control (por ejemplo, mediante cuestionarios

⁵ En el que se inspiraba la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

de chequeo o *check-list*), por parte de expertos que pueden verificar la eficacia y el grado de seguridad ofrecido por los diferentes aspectos materiales del trabajo (máquinas, herramientas, espacios, lugares de paso, etc.) y proponer medidas correctoras. Además, la evolución tecnológica logra mejorar dichos elementos a lo largo del tiempo, por lo que se recomienda al empresario estar pendiente de la introducción en el mercado de nuevas máquinas, sustancias, herramientas, etc., más seguras que las anteriores.

Por otra parte, desde este modelo se considera que los *actos inseguros* de los trabajadores deben también identificarse y controlarse (principalmente mediante rutinas de inspección realizadas por mandos intermedios). Se considera que en su origen intervienen varios factores, como pueden ser unas actitudes inadecuadas del trabajador, su falta de formación, su incapacidad física o la existencia de un entorno social inadecuado. Por ello, desde este modelo se ofrecen unas medidas preventivas básicas que suelen consistir en dar *formación* a los trabajadores (para que aprendan a comportarse de manera segura) y en establecer una férrea *disciplina* en el trabajo (para así controlar al máximo las conductas humanas).

Se trata de un modelo que permitió integrar la responsabilidad de la prevención de riesgos laborales entre las funciones de la dirección de la empresa, lo cual constituyó un paso muy importante en el cambio de la noción de la siniestralidad laboral (con relación a épocas pasadas donde los accidentes se atribuían simplemente a la fatalidad o al castigo divino, con lo cual nadie era responsable o, en el peor de los casos, sólo

la víctima). Y ello a pesar de que desde esta perspectiva se insistiera en que las personas claves para lograr la prevención de riesgos tenían que ser los *encargados y mandos intermedios*, una idea que hoy día ha perdido vigencia,⁶ pero que resulta lógica si se piensa que una de las principales tareas preventivas propuestas es el control y la imposición de disciplina (“mano dura”) a los trabajadores. Por otro lado, para justificar la asunción de compromiso por parte de la dirección de la empresa, se insiste en que la prevención de riesgos es rentable a largo plazo, porque mejora la productividad y ahorra en costes de accidentes. Este es un argumento que también se utiliza en la actualidad, como forma de animar a las empresas a hacer prevención, aunque estudios recientes apuntan que tal cosa no siempre es cierta⁷. En definitiva, desde una óptica actual se podría decir que los principales logros de este modelo fueron, principalmente, el desestimar la fatalidad como causa de los siniestros y el facilitar la resolución de numerosas deficiencias materiales existentes en los lugares de trabajo, mediante la constante innovación tecnológica en seguridad.

⁶ La LPRL, en cambio, procura evitar que haya unos encargados que lo sepan todo sobre seguridad y salud mientras el resto de la empresa lo ignora todo. En teoría, el modelo hoy vigente establece que cada miembro de la empresa debe integrar la seguridad y la prevención en sus propias tareas, siendo el empresario el responsable principal de vigilar y garantizar que esto sea así.

⁷ Un informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo [Bailey, S. (dir.) (1995) *Incentivos económicos para la mejora del ambiente de trabajo*. Dublin: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo] afirma que la seguridad en el trabajo es un bien de consumo poco competitivo. Las pérdidas de mano de obra en Europa a causa de condiciones de trabajo negativas se estiman en un cinco por ciento anual. Según dicho informe, en el actual contexto socioeconómico, las empresas no necesitan aumentar su seguridad para recuperar dicho cinco por ciento de mano de obra, ya que a pesar de su pérdida, la producción no se resiente. En consecuencia, este informe sugiere la necesidad de ofrecer incentivos económicos a las empresas para conseguir mejorar las condiciones de trabajo.

Pero, por otra parte, se trata de un modelo preventivo que no es capaz de recoger toda la complejidad del factor humano, lo cual genera una cierta confusión en el análisis de las relaciones entre las personas y los siniestros. La expresión "error humano" es demasiado amplia y poco precisa, como dice Montero (1986:30) "*si por factor humano se entiende todo aquello que ha hecho el operario, todo lo que deja de hacer y todo lo que tendría que hacer, se llega a la conclusión de que el 98% de los accidentes se deben al factor humano*". Conclusión a la que, efectivamente, llegó el propio Heinrich, el principal impulsor de estas teorías, con la diferencia de que éste se lo tomó muy seriamente y propuso unas medidas preventivas de carácter eminentemente disciplinario encaminadas a controlar férreamente los *actos inseguros* del factor humano. Hay que recordar que este modelo de atribución de causas de accidentes tuvo un éxito espectacular a partir de los años 30 y 40 del siglo XX y, prácticamente hasta hoy en día ha formado parte indisoluble del mundo de la prevención de riesgos. Tal cosa no es extraña si pensamos en que coincidió con la expansión del modelo productivo fordista-taylorista, basado en instalaciones productivas a gran escala, con una enorme división del trabajo, una toma de decisiones muy centralizada y una dirección autoritaria que se ejercía con métodos eminentemente disciplinarios. El modelo *factor técnico-factor humano* se adaptó como un guante a dicho marco laboral. Y, de hecho, hasta la aparición de la Directiva Marco de 1989, la mayor parte de políticas y legislaciones sobre salud laboral se basaban en estas premisas.

En general, se puede decir que este modelo ha tenido una importante eficacia preventiva para resolver problemas relacionados con los factores técnicos, pero lo limitado de las variables que contempla impide profundizar en los análisis y disminuye su potencialidad como marco general para la prevención. Además, frecuentemente estudia los dos factores, el técnico y el humano, por separado, ignorando sus interrelaciones. Por propia definición el modelo renuncia explícitamente a analizar otros factores y, en consecuencia, a buscar información en otros ámbitos. Esto le lleva a contentarse con causas de carácter aislado e inmediato y, por tanto, a limitar su eficacia analítica y preventiva. Por otro lado, este modelo parte de una definición del riesgo unilateral por parte de los expertos, por lo que niega la necesidad de incluir los puntos de vista de los trabajadores en la gestión del riesgo (es decir, prescinde de la participación de éstos en la gestión preventiva).

La Directiva Marco primero, y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) 31/1995 después, suponen un cambio sustancial en la forma de abordar la prevención de riesgos laborales en España. A pesar de que anteriormente ya existían numerosas disposiciones legales que regulaban esta materia, la LPRL 31/1995 introduce un mayor énfasis en los aspectos preventivos e intenta concebir el lugar de trabajo como un lugar que puede ser saludable, donde no sólo no se produzcan daños sino donde además, en cierta manera, se *promueva* la salud. Este cambio está muy relacionado con la forma de conceptualizar la salud y la enfermedad en los debates internacionales de las últimas tres décadas. Como se ha indicado en un apartado anterior, la legislación de riesgos laborales deja de ser simplemente reparadora y pasa a ser

activamente preventiva y promotora de la salud. Todo ello con unos criterios de atribución de responsabilidades concretas al empresario y enfatizando la importancia de la participación de los trabajadores en la construcción de su entorno saludable.

Es decir, dando por sentado que la **empresa** es un **sistema de relaciones laborales pluralista**, con interlocutores susceptibles de reconocerse como tales y de llegar a acuerdos en este tema (de ahí el énfasis en la participación, y a la conveniencia de integrar las percepciones de los trabajadores en la gestión de riesgos).

Hay que señalar que, de acuerdo con los principios de la Directiva Marco europea, la legislación sobre salud laboral constituye un conjunto de normas 'de mínimos', que deja en manos de la negociación colectiva la deseable mejora de dichas disposiciones. Es decir, el legislador confía en que en cada empresa, territorio o sector productivo los diversos protagonistas de las relaciones laborales llegarán a acuerdos para ampliar y mejorar lo dispuesto por la normativa sobre seguridad y salud laboral. Incluso muchas de las medidas propuestas por la LPRL 31/1995 y sus reglamentos de desarrollo precisan de la participación conjunta de empresarios y trabajadores para poder ser llevadas a cabo. Por ello la participación de los trabajadores, principalmente a través de sus representantes –delegados de prevención–, resulta esencial y es un eje transversal en todas las políticas actuales de salud laboral.

Esta nueva perspectiva se basa en las teorías del llamado **Sistema Sociotécnico** (Watson, 1995), donde se supone que, para

cumplir sus tareas básicas, los componentes técnicos y sociales de la empresa deben de ser diseñados de manera que se tengan en cuenta mutuamente. Es decir, no se diseña una tecnología y después se adapta a ella una organización social, sino que se deben diseñar paralelamente, con la finalidad de conseguir el máximo rendimiento de las dos de forma conjunta. Este planteamiento hunde sus raíces en la ergonomía y en los estudios sobre diseño de puestos de trabajo. Respecto a la gestión de riesgos laborales, entender la empresa como un sistema de este tipo implica distinguir la existencia de dos grandes subsistemas, el de relaciones laborales y el técnico, que contienen con mayor amplitud los factores humanos y técnicos del modelo anterior.

Ambos subsistemas, además del formado por el marco jurídico que le da forma, no se consideran por separado, sino que están **interrelacionados** y, además, sometidos a la influencia de las variables provenientes de un determinado medio ambiente, tanto físico como organizativo (Fraile *et al.*, 1993). Según las premisas de este modelo, los subsistemas interaccionan con la finalidad de alcanzar unos objetivos comunes, o sobre los cuales exista un grado elevado de consenso. Estos objetivos acostumbran a estar constituidos por una combinación de diversos objetivos parciales interrelacionados (eficacia, calidad, salud, seguridad, bienestar, etc.), el equilibrio de los cuales a menudo tiene unas bases conflictivas. Como se puede observar, esta perspectiva está emparentada con una concepción pluralista de la empresa y de las relaciones laborales.

El cambio resulta tan sustancial que muchas empresas y sectores laborales, anclados en la inercia de otro paradigma (más reparador, menos preventivo; más autoritario, menos participativo), no parecen encontrar la manera de seguirlo. Estas dificultades son patentes en Aragón, donde muchas empresas siguen funcionando con el modelo que aquí hemos llamado del 'factor técnico-factor humano' (tecnocrático), lo cual genera numerosos problemas a la hora de adaptarse a los nuevos planteamientos normativos. Es un caso claro de una buena legislación (así lo reconocen todos los actores implicados) que se incumple frecuentemente porque la realidad a la que se debería aplicar es demasiado diferente, está demasiado lejos del modelo propuesto.

Así, por ejemplo, los datos de la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo mostraban que cinco años después de la promulgación de la LPRL 31/1995 tan sólo un 30% de empresas españolas había empezado a hacer evaluaciones de riesgo, piedra angular del edificio preventivo propuesto por dicha ley (INSHT⁸, 2000). Más recientemente, los datos referidos a la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo muestran que ocho años después de la entrada en vigor de la LPRL 31/1995 el porcentaje ha aumentado considerablemente situándose en el 61% (INSHT, 2004), lo cual supone un innegable avance, pero ello nos indica también que cerca del 40% de las empresas siguen sin realizar evaluaciones de riesgo (y así lo reconocen cuando les pasan la encuesta).

⁸ INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

3.2 SUBSISTEMAS BÁSICOS EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y ESPECÍFICAMENTE, EN VIGILANCIA DE LA SALUD.

La perspectiva adoptada en la presente investigación para el análisis de la prevención y, más en concreto, de la Vigilancia de la Salud, adopta el modelo teórico descrito anteriormente y que ha sido denominado como sociotécnico; modelo que, por otra parte, es del que bebe también nuestra actual legislación.

Este paradigma parte de la existencia de diferentes subsistemas, en cada uno de los cuales se encuentran una serie de actores sociales principales, con unos roles, con unos intereses y con una perspectiva particular del sistema de prevención y de la Vigilancia de la Salud. Y es precisamente la presencia de estos actores lo que permite abordar el análisis de la V.S.T. desde la ciencia sociológica, traspasando las visiones de carácter más legalista o sanitario. Se trata de bucear en los comportamientos de los diferentes grupos y colectivos que situados en la estructura social (y en el sistema de prevención) interaccionan y se relacionan entre sí y que, más allá de aspectos normativos, toman en consideración otros aspectos en la implementación de la prevención en el tejido empresarial aragonés.

Por lo tanto, aunque lo que está establecido en el corpus normativo será un marco de acción importante, cuyo conocimiento es incuestionable, será el análisis de las motivaciones, intereses, cultura, historia, etc., de los actores intervinientes (en general, en la prevención, y, en particular, en la V.S.T.) lo que permitirá a los observadores

externos llegar a unas conclusiones que consigan explicar el porqué la VST se está aplicando de una forma determinada en nuestra comunidad autónoma.

Se ha detectado la presencia de diferentes actores sociales que tienen algo que ver en la aplicación de la Vigilancia de la Salud, llegando a encontrar distancias significativas en cuanto al papel que juegan y a la trascendencia que su acción tiene en el objeto de análisis: inspectores, empresarios, trabajadores, servicios de prevención, profesionales que trabajan en ellos, etc. Por lo tanto, la aproximación que se está proponiendo no es simple, sino que debe ser capaz de observar la complejidad presente en la realidad social analizada, además, de ponerla en relación con el marco normativo existente.

Como se ha comentado, de las posibilidades que se abrían ante el equipo investigador, se ha considerado que la teoría de sistemas sociales es aquella que puede ser más útil para ir desbrozando esa realidad y ofrecer pistas razonables de análisis y explicación. Se parte de que en la prevención existen una serie de subsistemas, cada uno de los cuales está representado, además, por una serie de actores específicos:

- En primer lugar, se debe tomar en consideración el **subsistema legal o normativo**, compuesto por el conjunto de normas que regulan la prevención y, específicamente, la V.S.T..

En este caso, las normas básicas serían la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención,

aunque no puede olvidarse que existe otra normativa periférica importante, como la Ley General de Sanidad; la Ley 6/2002 del 15 de abril de Salud de Aragón o el Estatuto de los Trabajadores, que también incide en algunos aspectos en la Prevención, u otra de carácter específico, que se debe aplicar en determinadas actividades o sectores económicos particulares (como los Decretos sobre disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en determinados ámbitos).

En el caso que nos ocupa, las normas citadas regulan cómo debe ser la prestación del Servicio de Vigilancia de la Salud, por lo que serán el marco normativo al que se tendrá que acudir para conocer el "deber ser" de la V.S.T..

Los actores principales dentro de este subsistema dependientes del Gobierno de Aragón son por parte de la Administración Laboral la Dirección General de Trabajo, el Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral (en adelante ISSLA) e Inspección de Trabajo; y por parte de la autoridad sanitaria los siguientes órganos del Departamento de Salud y Consumo: la Dirección General de Salud Pública y las Unidades de Inspección de Centros y Servicios Sanitarios dependientes de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

- En segundo lugar, podría hablarse de un subsistema de **carácter técnico**, en el sentido de que gran parte de las prescripciones establecidas en la normativa anterior deben ser llevadas a cabo por personas que dispongan de una serie de conocimientos, habilidades y medios técnicos, en función de la actividad y

dimensión de la empresa (empresario, trabajador designado, servicio de prevención propio y servicio de prevención ajeno).

En el caso de la V.S.T., al encontrarse dentro de la rama de Prevención definida como Medicina del trabajo, la Ley exige una determinada cualificación de los profesionales sanitarios que participen en la misma (médicos especialistas en medicina del trabajo o diplomados en medicina de empresa y ATS_s/ DUE_s de empresa), por lo que ésta sólo podrá realizarse a través de los Servicios de Prevención Propios o Ajenos que dispongan de esos profesionales.

En consecuencia, los actores principales identificados son los Servicios de Prevención Propios o Mancomunados, los Servicios de Prevención Ajenos (Directivos, Médicos y ATS's de empresa) y los Auditores.

- El tercer subsistema se ha denominado "**subsistema de relaciones laborales**". Está compuesto por el conjunto de relaciones sociolaborales que se dan en el ámbito de la empresa. Sus actores principales son los empresarios (como responsables principales de la prevención) y los trabajadores (como beneficiarios principales de la prevención), pero también intervienen algunos de los actores pertenecientes a los subsistemas anteriores.

El objetivo que persigue este subsistema es hacer posible que, partiendo de las prescripciones legales y técnicas, consigan instituirse en la empresa unas condiciones de trabajo sanas y seguras. Se está haciendo referencia a la "gestión de la

prevención” y es el objetivo fundamental de la presente investigación.

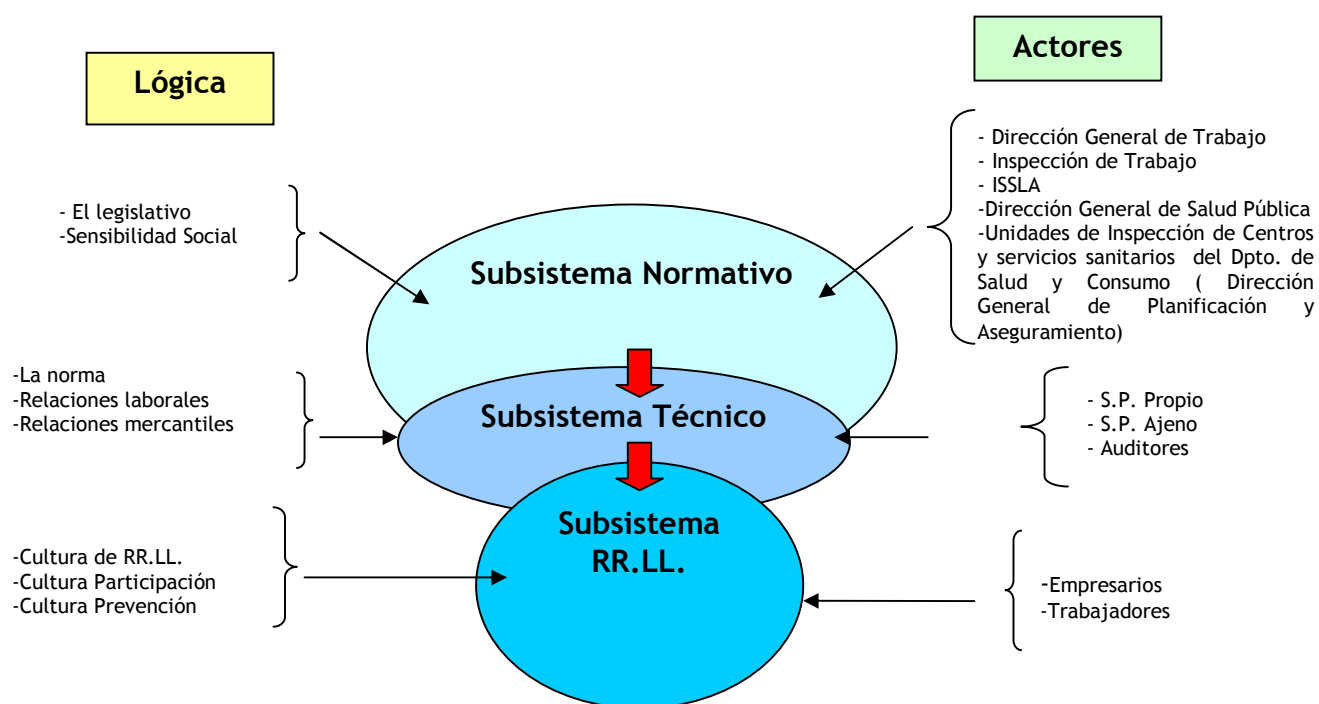
Es aquí donde entran en consideración conceptos tales como integración de la prevención en la gestión global de la empresa, la implementación de fórmulas de consulta y de participación de los trabajadores en la prevención, el fomento de la cultura preventiva en todos los niveles de la empresa, etc.

Los actores principales son los empresarios (y organizaciones representativas), los trabajadores (y organizaciones representativas), los delegados de prevención, miembros de Comités de Seguridad y Salud, y los asesores (graduados sociales, gestorías).

3.3 LÓGICA DE ACTUACIÓN DE LOS ACTORES PERTENECIENTES A CADA UNO DE LOS SUBSISTEMAS

Los subsistemas no son realidades autónomas, sino que mantienen una gran interdependencia entre ellos. En la siguiente figura puede comprobarse cómo se establecen esas relaciones:

Gráfico 1



Cada uno de los sistemas obedece a unas lógicas distintas y en ellos participan diferentes actores que se interrelacionan para la consecución de un fin común: "la prevención de riesgos laborales", aunque desde ópticas diferentes.

A continuación se pasará a describir cómo se configura cada uno de los subsistemas y su funcionamiento, sin perder en ningún momento la perspectiva de interdependencia que existe entre los tres.

3.3.1 EL SUBSISTEMA NORMATIVO

El **subsistema normativo** se configura en base a las regulaciones aprobadas por los diferentes legislativos, principalmente por las Cortes Generales.

Esta normativa suele responder a la existencia de un determinado clima social que expresa una cierta sensibilidad hacía situaciones concretas. En el caso que nos ocupa, es la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales junto con el Reglamento de los Servicios de Prevención los que encabezan el marco normativo creado en España a partir de las indicaciones procedentes de Europa, más allá de la demanda social generada para poner freno a los altos índices de

siniestralidad laboral⁹. Nacen con el objetivo fundamental de determinar una serie de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

El establecimiento de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de riesgos laborales constituye un marco jurídico que incorpora un conjunto de deberes de obligado cumplimiento empresarial así como la subsanación de situaciones de riesgo ya manifestadas, que generan todo un conjunto de funciones de control (información, asesoramiento y autorización y acreditación) por parte de la administración laboral y sanitaria, que ejercen como la autoridad encargada de la vigilancia y control de la aplicación de la normativa sobre Prevención de Riesgos Laborales.

En dicha política preventiva de carácter integral, **ocupa un lugar fundamental la Vigilancia de la Salud** de los trabajadores (art.22 LPRL 31/1995), para detectar los problemas de salud relacionados con el ambiente laboral y para controlar los riesgos derivados de la ejecución del trabajo que puedan causar un daño en la salud del trabajador. La eficacia de la Vigilancia de la Salud permite realizar una adecuada planificación y evaluación de las intervenciones frente a los riesgos. Para que esto se lleve a cabo son la autoridad laboral y la sanitaria las encargadas de controlar y regular su cumplimiento.

⁹ Hay que recordar que la Directiva Marco del 1989 establecía un periodo de tres años para trasponer su contenido a la normativa de cada estado miembro. Sin embargo, en España este plazo se superó holgadamente y en vez de la fecha tope prevista (1992), se promulgo la LPRL a finales de 1995, cuando la Unión Europea ya anunciaba sanciones a España por el incumplimiento de los plazos.

Tanto la autoridad laboral como la autoridad sanitaria ejercen sus actuaciones en dos ámbitos: las empresas y los servicios de prevención.

A) La Autoridad Laboral

La Autoridad Laboral en Aragón es ejercida fundamentalmente por tres organismos: la Dirección General de Trabajo, el Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral (ISSLA) e Inspección de Trabajo, hasta el momento dependiente de la Administración general del Estado¹⁰.

La Dirección General de Trabajo es el organismo que ostenta la función de autoridad laboral. El ISSLA es un órgano asesor y técnico de la Dirección General de Trabajo. La Inspección de Trabajo tiene como objetivo principal controlar el cumplimiento de la normativa que regula la prevención. Pueden actuar de manera independiente, sin perjuicio de que en muchas ocasiones lo hagan de forma coordinada.

La Dirección General de Trabajo, es el organismo responsable de la dirección en materia de prevención. Responsable de la acreditación de los Servicios de Prevención Ajenos , previos informes del ISSLA y de Inspección de Trabajo (no vinculantes) y de Inspección Sanitaria si

¹⁰ En breve plazo de tiempo pasará a ser un órgano autonómico dependiente de la Dirección General de Trabajo e Inmigración, que se encuadra dentro del Departamento de Economía, Hacienda y Empleo del Gobierno de Aragón.

el servicio de prevención ajeno contempla desarrollar la especialidad de Medicina del trabajo (éste informe si es vinculante).

El ISSLA lleva a cabo una gran variedad de funciones dirigidas a la prevención. Entre ellas destacar las de control y asesoramiento técnico ejercido a las empresas de Aragón que presentan altos índices de siniestrabilidad laboral. También llevan a cabo estudios de investigación y formación en materia preventiva, así como las de registro y control de las contingencias profesionales acaecidas en la comunidad autónoma, a partir de los cuales elaboran mapas de riesgos y de actuación que sirven como herramienta de información fundamental a la Inspección de Trabajo.

El ISSLA actúa de distintas formas:

- *Cuando hay un accidente laboral* (calificado como grave, muy grave o mortal y siempre que la inspección de trabajo lo considere necesario o conveniente), los técnicos del ISSLA hacen la investigación a partir de la cual elaboran un informe que se remite a Inspección de Trabajo.
- También actúa *por programas*. El ISSLA diseña unos programas en función de cómo evolucionan las estadísticas de siniestralidad (por ejemplo, el “programa de sobreesfuerzo”).

- También actúan *a petición de los propios empresarios*. Cuando tienen un problema relacionado con la prevención y requieren ayuda pueden solicitar asesoramiento al ISSLA.
- También actúan *a instancia de los sindicatos*.
- En pocos casos también se desplazan a las empresas para hacer mediciones de ruidos, vibraciones, productos químicos, etc.

El ISSLA no puede personarse de oficio en una empresa si no se encuentra amparada su intervención por un programa.

Cuando visitan una empresa hablan con un responsable de la misma (gerente, etc.), con la persona que se ocupa de prevención de riesgos (delegado de prevención, comité, etc.) y con representantes de los trabajadores.

Al ISSLA llegan todos los datos de partes de accidentes de trabajo de Aragón, allí se procesa toda esta información y con ella el ISSLA elabora las estadísticas de siniestralidad de Aragón. Anualmente se publica un resumen de dichos datos.

Finalmente hay que destacar otras actuaciones y programas del ISSLA, como el "Programa cero accidentes" o el de "Buenas prácticas" o el "Plan Aragón", mediante los cuales se ha conseguido además reducir los índices de siniestralidad en las empresas objetivo del programa. En este sentido, se está haciendo una importante labor de formación, información y

sensibilización a todo el tejido empresarial aragonés, además de ir configurándose como referencia para otras comunidades autónomas.

Inspección de trabajo dirige sus actuaciones hacia dos ámbitos: las empresas y los servicios de prevención ajenos.

Respecto a los Servicios de Prevención Ajenos tienen asignada la función de comprobar que cumplen con la normativa que regula estos servicios.

La Inspección de Trabajo es competente también en la acreditación de los servicios de prevención de riesgos. Informa en los expedientes de acreditación; después es la autoridad laboral (Dirección General de Trabajo) la que dicta la resolución acreditando o no. Son informes preceptivos, pero no vinculantes.

Respecto a las empresas, ejerce funciones de supervisión, examen e intervención en aquellas en las que se ha detectado un elevado índice de siniestrabilidad laboral, además de asesoramiento e información al conjunto de empresas y trabajadores.

El control se realiza por una doble vía: por un lado, comprobando que las empresas cumplen con la obligación de realizar la actividad preventiva en las diferentes áreas en que están obligadas y, por otra

parte, que han constituido servicios de prevención propios o han firmado concierto con servicios de prevención ajenos.

Como regla general, nunca se avisa a la empresa de la visita. Excepcionalmente hay campañas diseñadas por la Comunidad Autónoma en las que sí se avisa a las empresas, a aquellas que están en el listado por tener un índice de siniestralidad superior a la media, de que van a recibir una visita de Inspección para que estén presentes en la misma los delegados de prevención, etc.

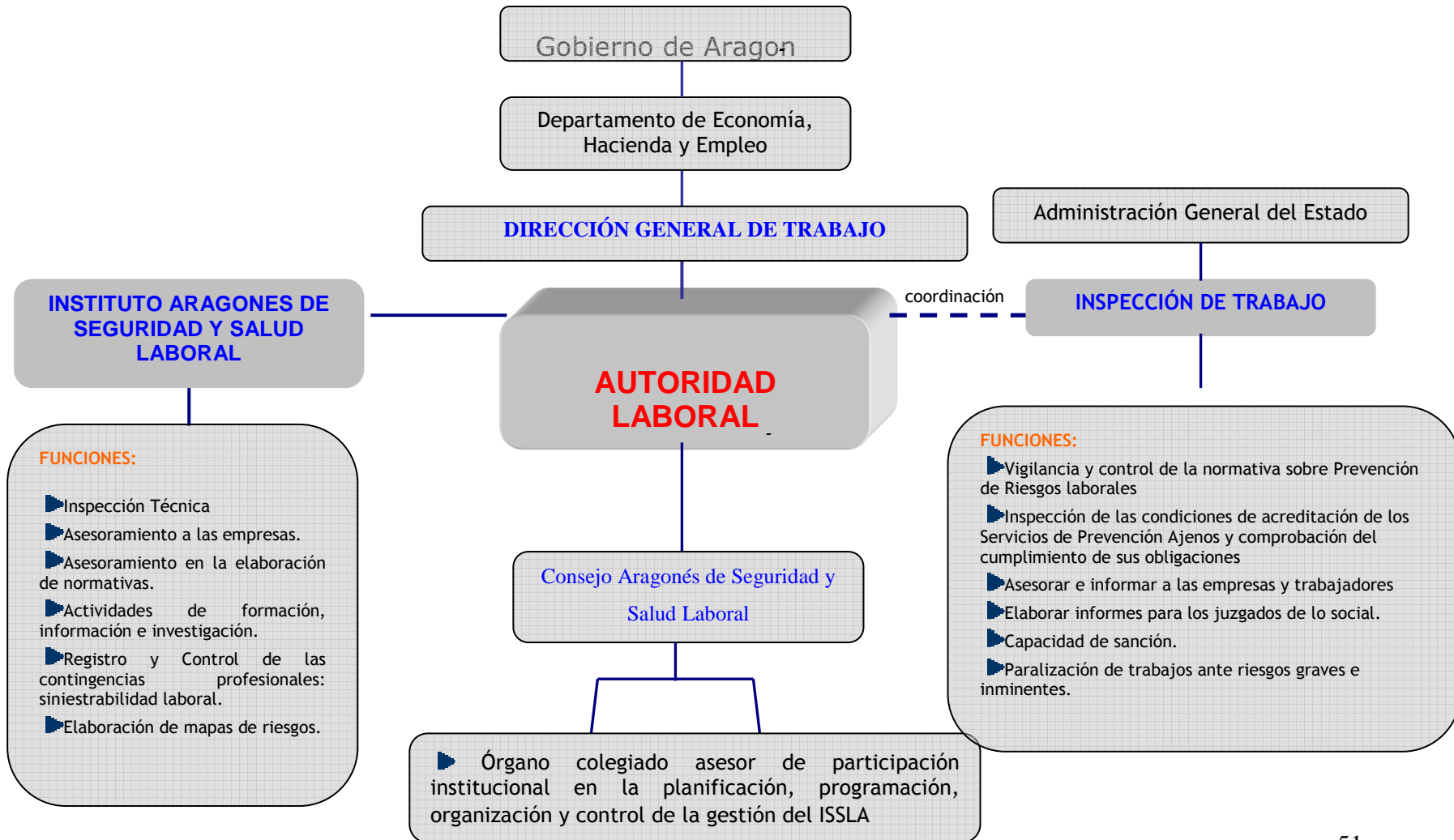
Esta forma de proceder no tiene como finalidad "sorprender" a la empresa, sino que ésta mejore en la gestión. Después hay otra visita de comprobación. Se sigue así la evolución de la empresa durante un periodo de un año aproximadamente para ver si se mejora la situación preventiva. También pueden ser objeto de alguna campaña concreta ciertos sectores de actividad, en los que ha habido algún accidente grave teniendo en cuenta ese factor de riesgo. Es un criterio de selección.

La Inspección de Trabajo tiene un Registro de Entrada, normalmente vía denuncia (denuncias de trabajadores, denuncias sindicales o de cualquier otro organismo que demande la actuación de la Inspección en un área determinada).

Otra forma de actuar son las "visitas de iniciativa". Actualmente apenas se pueden realizar debido al poco personal de que dispone Inspección y son más frecuentes en el sector de la construcción.

La diferencia fundamental respecto a su actuación con respecto al ISSLA es su capacidad de sanción y de paralización de la actividad empresarial, hasta el momento, porque según fuentes consultadas, en un futuro inmediato, el ISSLA también tendrá capacidad de sanción económica.

Gráfico 2



B) La Autoridad Sanitaria

La autoridad sanitaria es la responsable de las actividades sanitarias que conlleva la prevención en el ámbito laboral.

En Aragón es ejercida por el **Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón** tiene dos ámbitos con funciones específicas en el control de la VST: la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, de ésta dependen las Unidades de Inspección de Centros y Servicios Sanitarios.

La Dirección General de Planificación y Aseguramiento se encarga a través de sus inspectores de centros y servicios sanitarios de la inspección de todos ellos. En la actualidad se dedica casi exclusivamente a acudir a los centros sanitarios cuando solicitan una autorización de funcionamiento para inspeccionar las condiciones físicas del centro y el personal que lo integra. Además elabora el informe vinculante para que la Dirección General de Trabajo acredite a los servicios de prevención ajenos.

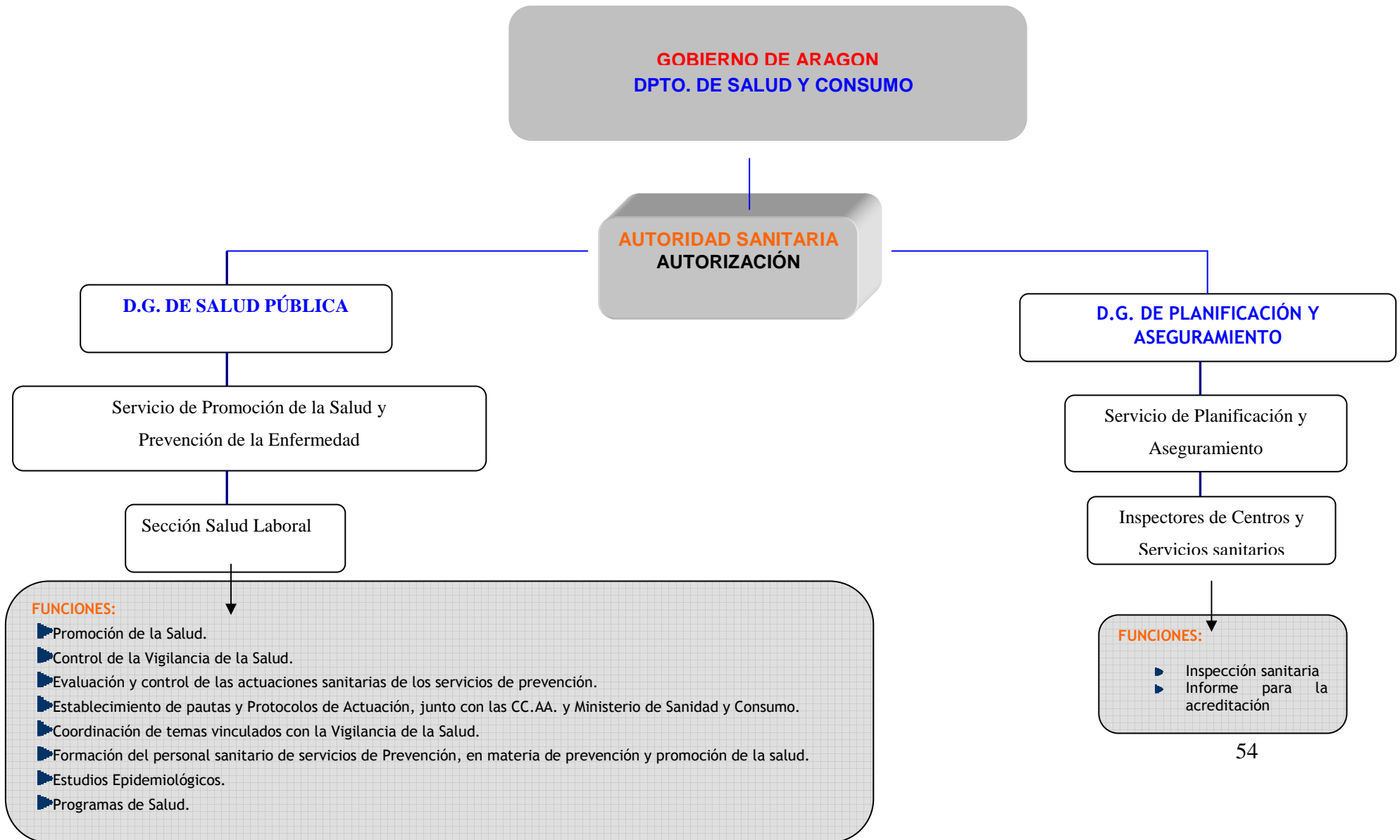
".....una vez que han terminado las obras y han colocado el equipamiento y contratado el personal, piden la autorización de funcionamiento. En ese momento acude la Inspección, comprueban que todo es correcto y adecuado (ej. Médicos especialistas en medicina del trabajo...), y "dan" dicha autorización de funcionamiento...". (Autoridad Sanitaria)

Las funciones de la *Dirección General de Salud Pública* tienen una incidencia muy directa en la Vigilancia de la Salud, a través

del control y seguimiento de los Servicios de Prevención Propios y Ajenos. También colabora con el área de Salud laboral del Ministerio de Sanidad y Consumo y los Departamentos de Salud de las demás Comunidades Autónomas en la elaboración de los protocolos de vigilancia sanitaria específica, los cuales deben servir como documento orientativo para una correcta aplicación y desarrollo de la vigilancia de la salud en base a los riesgos de cada empresa. Además de estas funciones, realiza programas dirigidos a las empresas para la promoción de la Salud (tabaquismo, alcohol, sobrepeso, etc.), estudios epidemiológicos y planes de formación.

No obstante, aunque se verá en capítulos posteriores, no se puede dejar de mencionar que a pesar de esa implicación tan directa con la Vigilancia de la Salud, su labor tiene una limitada incidencia y repercusión respecto a ésta debido a la falta de medios personales con los que cuenta.

Gráfico 3



3.3.2 EL SUBSISTEMA TÉCNICO

En el **subsistema técnico** participan los actores encargados de organizar la prevención. Hasta el momento en que apareció la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, eran las Mutuas y los Servicios médicos de empresa los responsables de llevar a cabo la labor preventiva. A partir de la aplicación de esta ley, aparecen en escena los Servicios de Prevención¹¹ (propios o ajenos), que poco a poco y debido en parte a las modificaciones legislativas habidas, están adquiriendo un papel cada vez más relevante.

Un elemento de gran trascendencia que habrá de ser tenido en cuenta a la hora de estudiar su incardinación en el sistema de prevención que está siendo analizado, es que la relación entre estos actores y las empresas a las que tiene que prestar un servicio se fundamentan unas veces en base a relaciones mercantiles (las auditorías y los servicios de prevención ajenos) y, en otros casos, en base a relaciones laborales (los servicios de prevención propios).

Aunque existen otras formas de organizar la prevención, como la asunción personal por el empresario o la designación de trabajadores¹², los órganos competentes para llevar a cabo las

¹¹ Los Servicios de Prevención Ajenos vinculados a las Mutuas a partir del *Real Decreto 688/2005 del 10 de junio, en el que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno*, pasan a denominarse Sociedades de Prevención.

¹² En los casos de organización de la prevención con trabajadores designados o por el empresario, la ley obliga a que la Vigilancia de la Salud sea asumida por servicios de Prevención, puesto que la Vigilancia de la Salud, requiere de unos medios humanos y materiales específicos.

actividades que conlleva la Vigilancia de la Salud¹³, dentro de un Plan Integral de Prevención, son los servicios de prevención en sus tres modalidades: ajenos, propios y mancomunados.

Los servicios de prevención pueden definirse como *el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados* (art 31.2). Para el ejercicio de sus funciones el empresario deberá facilitar a dichos servicios el acceso a la información y documentación referente a las distintas medidas preventivas.¹⁴

A) Servicios De Prevención Ajenos

Los Servicios de Prevención Ajenos son empresas dedicadas a ofrecer determinados servicios de prevención a otras empresas. Pueden actuar de forma exclusiva o conjuntamente con otras modalidades de organización de la prevención. Los requisitos que deben reunir para poder actuar como tales vienen recogidos en el art. 37 del RSP (R.D. 39/1997)¹⁵. Además para

¹³ Acciones dirigidas a identificar los trastornos de salud de los trabajadores y a ponerlos en relación con el contexto laboral en el que éstos trabajan, obteniendo una información indispensable para poder adaptar el trabajo a las personas y para realizar una adecuada planificación preventiva, así como para evaluar la eficacia de las medidas preventivas que se hayan decidido implementar.

¹⁴ Pedrosa Alquezar S.I. (2005) *La Vigilancia de la Salud en el ámbito laboral*. Edit CES Colección Estudios. (Madrid)

¹⁵ Disponer de la organización, instalaciones, personal y equipo necesarios para el desempeño de su actividad; constituir una garantía que cubra su eventual responsabilidad, obtener la aprobación de la Administración Sanitaria, en cuanto a los aspectos de carácter sanitario, ser objeto de acreditación por la Administración

poder prestar sus servicios a las empresas deben firmar con las mismas un contrato de actividad preventiva que debe recoger los extremos regulados en el artículo 22 de la LPRL 31/1995, entre los que se encuentra reflejar si el servicio de prevención realiza o no la actividad de Vigilancia de la Salud, debiendo explicar los recursos de los que dispone para llevarla a cabo. El art.18 del R.S.P. (R.D. 39/1997) exige que debe contar con las instalaciones e instrumentación necesarias para realizar las pruebas, reconocimientos, mediciones, análisis y evaluaciones habituales en la práctica de las cuatro especialidades preventivas, con un número no inferior a un experto por cada una de ellas.¹⁶

Los requisitos exigidos en cuanto a las instalaciones e instrumentación necesarias para la práctica de la Vigilancia de la Salud son iguales para los servicios de prevención ajenos y propios¹⁷.

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, además de la asistencia, orientación y fomento en prevención a través de los Planes Generales de Actividades Preventivas de Seguridad Social, podían actuar también como

laboral y no mantener con la empresa para la que va a realizar los servicios vinculaciones distintas a las de ofrecer esas tareas preventivas.

¹⁶ Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, Medicina del Trabajo y Ergonomía y Psicosociología aplicada.

¹⁷ Regulados por el Acuerdo de Criterios Básicos sobre la Organización de Recursos para el Desarrollo la actividad Sanitaria de los Servicios de prevención del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Edición 2007. Los cuales también puede ser desarrollado y completado por la Negociación Colectiva.

servicios de prevención ajenos¹⁸ pero tras la aparición del Real Decreto 688/2005¹⁹ del 10 de junio, sólo se pueden constituir como empresas independientes a nivel jurídico y administrativo, con sus propias instalaciones totalmente independiente de las Mutuas.

B) Servicios de Prevención Propios

Conforme al art. 14 del R.S.P.(R.D. 39/1997) se constituyen de forma voluntaria por la empresa en principio, aunque son obligatorios en supuestos de empresas de más de 500 trabajadores y en empresas entre 250 y 500 que desarrollen, principalmente, alguna de las actividades consideradas peligrosas para la salud recogidas en el Anexo 1 del RSP (R.D. 39/1997) y también en aquellos casos en los que así lo decida la autoridad laboral en función de la peligrosidad de la actividad desarrollada o de la frecuencia o gravedad de la siniestralidad en la empresa.

El tejido empresarial aragonés se caracteriza por estar concentrado en la provincia de Zaragoza (71% de las empresas) y configurado por empresas con ninguno (50%) o muy pocos trabajadores (39%), ambos representan el 89% de las empresas en Aragón. Como se puede comprobar en la tabla siguiente, sólo el 0,04% de

¹⁸ Conforme a lo dispuesto en la Orden de 22 de abril de 1997 reguladora del régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

¹⁹ Real Decreto 688/2005 del 10 de junio, en el que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención Ajeno

las empresas en Aragón tienen obligación de constituir un servicio de prevención propio, es decir, unas 42, a las que hay que añadir no obstante aquellas de más de 250 que por sus riesgos y/o porque lo determina la autoridad competente también han de tener un servicio de prevención propio.

Tabla 1
Empresas por estrato de asalariados. Aragón y provincias. Año 2006.

	TOTAL	Sin asalariados	De 1 a 5	De 6 a 49	De 50 a 199	De 200 a 499	Más de 500
Aragón	87.941	50%	39%	10%	0,7%	0,1%	0,04%
Huesca	16.025	7.705	6574	1662	76	5	3
Teruel	9.099	4520	3720	816	34	6	3
Zaragoza	62.817	31626	23929	6674	466	86	36

Fuente: El Directorio Central de Empresa (DIRCE). Resultados Estadísticos 2006.INE

Actualmente en Aragón sólo hay 32 Servicios de prevención propios o mancomunados con medicina del trabajo.²⁰. No obstante existen en Aragón algunas empresas que mantienen Unidades Sanitarias que asumen algunas funciones de medicina del trabajo, sin constituirse como Servicios de Prevención Propios.

En cuanto a la organización y estructura de este servicio, el art.15 de la LPRL 31/1995 establece que los trabajadores que lo integren se deben dedicar en exclusiva a esta actividad en la empresa, que ésta debe contar con las instalaciones y los medios humanos y materiales necesarios, y que habrá de

²⁰ Fuente: Sección de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Marzo 2007.

contar como mínimo, con dos de las especialidades preventivas previstas en el Art.34 LPRL 31/1995 desarrolladas por expertos especializados, en número no inferior de uno por cada una de ellas. Estas especialidades son la Medicina del Trabajo, Seguridad, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología Aplicada.

Para desempeñar las funciones de medicina del trabajo, entre la que se incluye la Vigilancia de la Salud, los servicios de prevención propios deben contar, como mínimo, con un especialista en medicina del trabajo y con un ATS/DUE diplomado de empresa. Estos profesionales constituyen las UBSs (Unidades Básicas Sanitarias) .La determinación concreta de los medios personales y materiales de las UBSs se establece en función de los riesgos a los que estén sometidos los trabajadores en la propia empresa y, sobre todo, en base a su Plan de prevención, adecuando éstos a las necesidades y características de la propia empresa. Mediante la negociación colectiva se podrán establecer mejoras en la determinación de los medios personales y materiales.

Los servicios de prevención propios deben someterse a una evaluación externa (AUDITORIA) para conocer si realmente se está llevando a cabo en la empresa una adecuada política preventiva.

C) Servicios De Prevención Mancomunados

Los servicios de prevención mancomunados se consideran una variante de los propios, al ser de varias empresas y considerarse propio de cada una de ellas, con independencia de que tengan o no personalidad jurídica diferenciada art. 21.3 RSP (R.D. 39/1997).

Pueden constituirse en dos supuestos. En primer lugar y siempre que quede garantizada la operatividad y eficacia del servicio, entre aquellas empresas que desarrollen simultáneamente actividades en un mismo centro de trabajo, edificio y centro comercial (art. 21.1.1). En segundo lugar, para empresas de un sector productivo o grupo empresarial o que desarrollen actividades en un polígono industrial o área geográfica limitada a través de negociación colectiva, o por decisión de las empresas afectadas.

Para la práctica de la Vigilancia de la Salud deben cumplir con los requisitos expresados para las otras modalidades, incluyendo, también las UBS, si optan por la especialidad preventiva de medicina del trabajo

D) Auditorias

Para determinar si un sistema de gestión de la prevención de riesgos (entendido como el sistema que define la política preventiva, incluyendo las responsabilidades, las prácticas y los

procedimientos, los procesos y los recursos para llevar a cabo dicha política) es adecuado y cumple la norma, las empresas que tienen un servicio de prevención propio deben someterse a una auditoría.

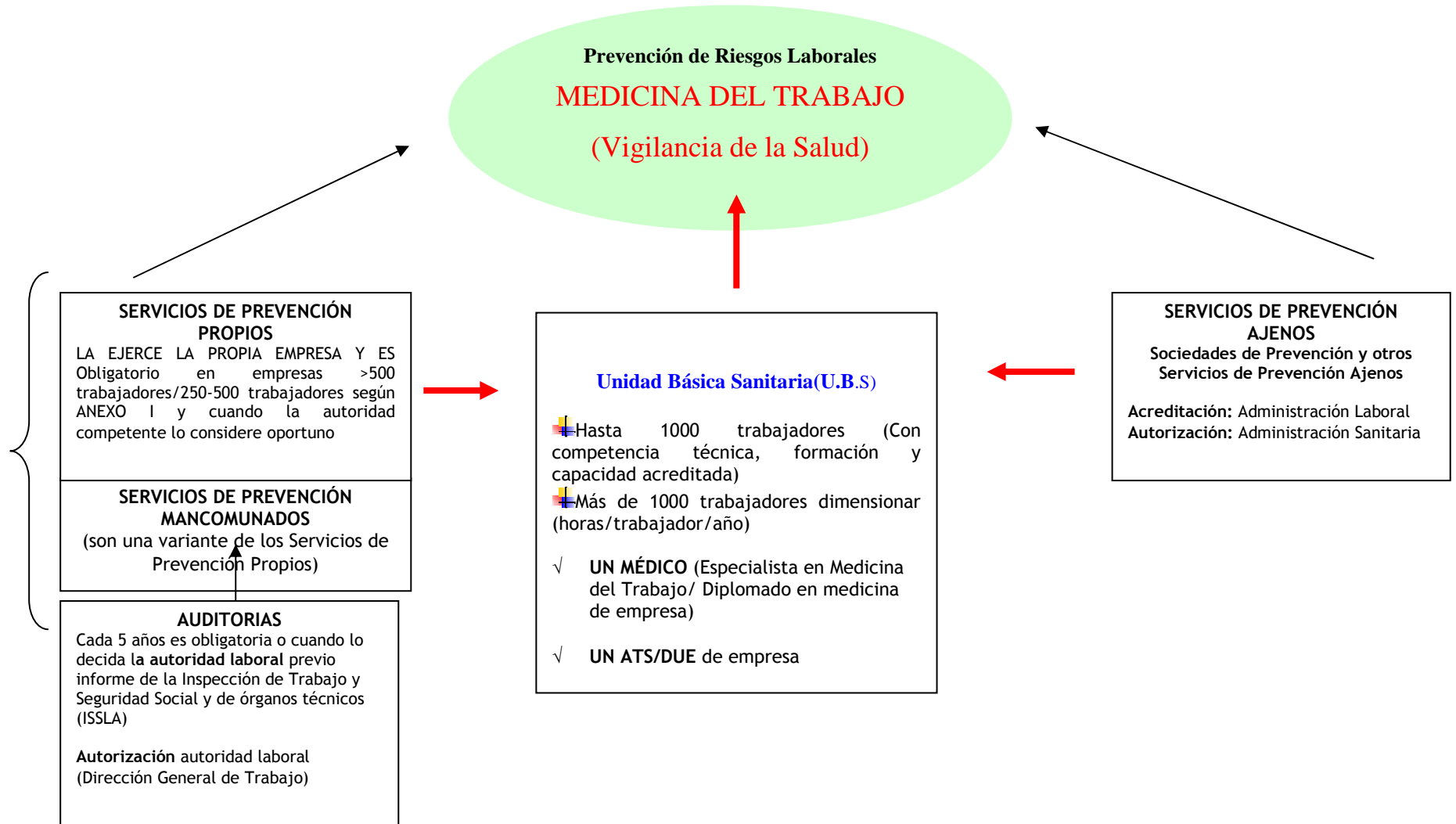
Esta evaluación con respecto a la práctica de la Vigilancia de la Salud supone la comprobación de su calidad en base a parámetros como:

- a) Los datos sobre enfermedades y accidentes producidos en la empresa.
- b) Encuestas sobre satisfacción de los trabajadores respecto al funcionamiento del Servicio de Prevención, tanto en la forma de realización, como en la cantidad de exámenes de salud y en la atención ante el malestar de sus trabajadores, etc.

La información sobre la calidad de la actividad de Vigilancia de la Salud asegura, en principio la validez y fiabilidad de la actividad como tal, poniendo de manifiesto que es una vigilancia válida y legal. Sin embargo, la valoración positiva de la auditoría no reduce en nada la responsabilidad del empresario en el adecuado cumplimiento de la V.S.T.. Es decir que la realización de la auditoría es una herramienta que sirve a la empresa como termómetro para comprobar y validar el trabajo realizado por sus servicios de prevención, pero su actuación no exime de responsabilidades.

Las auditorias exteriores son obligatorias, al menos cada cinco años (o menos cuando así lo requiera la autoridad laboral). No obstante, las empresas pueden tener sus propias auditorias internas fomentando así la calidad de su plan de prevención de riesgos laborales.

Gráfico 4



3.3.3 EL SUBSISTEMA DE RELACIONES LABORALES

El **subsistema de relaciones laborales** se desarrolla en el ámbito de una empresa en la que hay preestablecidas unas determinadas relaciones entre la parte trabajadora y la parte empresarial, en la que puede haber o no una determinada cultura de participación de los trabajadores y en la que también puede o debe existir una cultura y una historia en materia de prevención, en base a la cual se establecen las interacciones los actores empresarios y trabajadores.

A) EMPRESA

La Vigilancia de la Salud del trabajador debe ser garantizada por el empresario y gratuita para el trabajador. La LPRL regula la responsabilidad empresarial de asegurar una correcta Vigilancia de la Salud de los trabajadores, al establecer en su Art.22 que *“el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio, la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo”* LPRL.

Hasta la aplicación de esta ley las responsabilidades no estaban muy claras. Es a partir de este momento y con la obligatoriedad de contratar un servicio de prevención encargado de llevar a cabo esta actividad, cuando las responsabilidades han quedado claramente definidas. Antes eran a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y con cargo a cuotas de la Seguridad Social a los

que se les asignaba el control de la salud de los trabajadores y la empresa sólo se encargaba de notificar a los trabajadores anualmente el día que tenía que pasar el reconocimiento médico. Esos reconocimientos médicos inespecíficos, que han venido realizando las MATEPSS, eran la única actividad sanitario-preventiva que durante muchos años se ha realizado en las empresas, sobre todo en las que no disponía de Servicios Médicos.

Esta nueva asignación de responsabilidades y de costes ha sido recibida por el tejido empresarial aragonés desde ópticas diferentes; unos con receptividad y otros como una imposición más. Esta dual percepción está determinada principalmente en función de los siguientes factores:

1. **Al nivel cultural en materia preventiva.** Es incuestionable que la empresa se mueve claramente por fines de carácter económico (rentabilidad y productividad), pero cada vez son más conscientes del valor que representa la salud de sus trabajadores y por tanto de la conveniencia de asumir una cultura en materia de prevención al respecto.

Todas aquellas empresas que llevan años formando y sensibilizando en materia preventiva a todos los departamentos y que sólo han tenido que realizar pequeños cambios sobre todo en lo que respecta a infraestructuras y personal, han recibido la normativa con afinidad y como mejora. Pero en aquellas empresas que partían de cero en cultura preventiva, la LPRL 31/1995 ha

supuesto cambios organizacionales significativos (implementación de un plan de prevención: coordinación y cooperación de todos los departamentos), además de un gasto añadido, por lo que han tenido más dificultades para subirse al tren de la prevención y, en este sentido, tiene cierta lógica que tenga más peso en su percepción el componente de imposición y sobreesfuerzo que el de mejora. A pesar de ello, en general, la mayoría entiende que resultará beneficioso a medio y largo plazo.

2. **Al tamaño de empresa.** Éste constituye un factor determinante en cuanto a la receptividad de los cambios que ha supuesto la ley. Son generalmente las grandes y medianas empresas las que lo han asumido e implementado con menores problemas, porque tenían adquirida y aceptada desde hace años una cultura de empresa en prevención e incluso en muchas de ellas existía un médico de empresa.

En cambio para muchas de las micro y pequeñas empresas las dificultades han sido mayores, porque no disponen ni de los medios económicos ni personales en la misma medida que las grandes. Muy pocas disponían de presupuesto para tener un médico de empresa y la Vigilancia de la Salud se reducía, cuando existía, a los reconocimientos médicos anuales. La obligatoriedad de tener que realizar una evaluación de riesgos, implementar un Plan de Prevención y contratar un Servicio de Prevención encargado de la Vigilancia de la Salud supone

un coste económico añadido que poco a poco van asumiendo.

Recordar al respecto que el tejido empresarial aragonés se caracteriza por estar constituido en un 89% por microempresas (no más de 5 asalariados) ²¹. De ello se puede deducir que el proceso de implementación de la normativa que regula la LPRL en Aragón se está realizando gradualmente de forma muy paulatina; los cambios que ello supone conllevan un costo de medios personales a nivel organizativo y económicos (formación, EPIs, cambios en las infraestructuras y maquinarias) que no todas las empresas pueden acometer de golpe. En este sentido, y dirigiendo la mirada en concreto a la Vigilancia de la Salud, en muchas de ellas se sigue identificando ésta con los reconocimientos médicos anuales y generalistas, con el agravante de que hasta hace poco lo realizaban las mutuas sin coste añadido y ahora se encarga de ellos un servicio de prevención que han de contratar.

A la hora de hablar de las PYMES, en este estudio queremos dar una especial relevancia a sus asesorías, entre las cuales tienen una especial relevancia los graduados sociales. Las asesorías empresariales son contratadas por las empresas, generalmente PYMES, para que les asesoren y gestionen sus obligaciones fiscales, laborales y contables. Es decir que son ellas las

²¹ Ver Tabla nº1, pág 59

responsables de asesorar e informar a su cliente en la cumplimentación de toda la normativa que le pueda afectar, como es el caso de la LPRL. Concretamente en lo que respecta a la Vigilancia de la Salud han de informar al empresario de su deber de contratar un servicio de prevención que lo lleve a cabo, así como de los derechos y deberes que ello conlleva. Por lo tanto la implementación de una prevención adecuada en materia de salud laboral está mediatizada también por el grado de profesionalidad y efectividad de estos intermediarios.

Gráfico 5



B) TRABAJADORES

Los trabajadores son los destinatarios de la Vigilancia de la Salud. A ellos se dirigen todas las acciones que ésta conlleva, regulándose como un derecho de carácter voluntario. El art. 14 LPRL 31/1995 "establece el derecho de los trabajadores a la vigilancia de su estado de salud..." y el Art.22 LPRL 31/1995

“....esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento, excepto cuando los reconocimientos sean imprescindibles para evaluar las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa, o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad” y de la forma menos molesta para el trabajador, proporcionales al riesgo de su puesto de trabajo.

Otro de los derechos fundamentales que regula la LPRL 31/1995 es el derecho a la intimidad, a la dignidad y a la confidencialidad de todas las medidas y control de la V.S.T..

La LPRL 31/1995 también introduce como novedad el otorgar el derecho a los trabajadores de un papel activo y participativo en todas las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos en el trabajo en la empresa. Este derecho se canaliza a través del delegado de prevención y del comité de seguridad y salud en la empresa.

El delegado de prevención es el representante de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. El empresario deberá consultar a los trabajadores, con la debida antelación, para que los trabajadores, a través de su delegado de prevención, se pronuncien con respecto a las decisiones relativas a:

- √ La planificación y organización del trabajo en la empresa.
- √ La introducción de nuevas tecnologías.
- √ La organización y desarrollo de las actividades de prevención.
- √ La designación de trabajadores encargados de las medidas de emergencia.
- √ La formación e información de los trabajadores en materia preventiva.
- √ Cualquier otra acción que pueda tener una influencia significativa sobre la seguridad y salud de los trabajadores.

Se designan por y entre los representantes del personal en función de la escala incluida en el siguiente gráfico, establecida en función del número de trabajadores en las empresas, aunque también se pueden designar mediante otros sistemas establecidos en los convenios colectivos, siempre que se garantice que la facultad de designar corresponde a los representantes del personal o a los propios trabajadores. Nunca un delegado de prevención podrá ser designado por el empresario o los representantes de éste.

A ellos les corresponden una serie de **competencias y facultades** muy amplias expuestas de forma general en el gráfico siguiente. No obstante es preciso destacar aquellas relativas a la Vigilancia de la Salud regulados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 como:

- Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva (Art.36.1.a).
- Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales (art.36.1.b).
- Ser consultados por la dirección de la empresa, con carácter previo a su ejecución a cerca de:
 - o Los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función y las medidas y actividades de protección y prevención aplicables para hacer frente a estos riesgos (art.36.1.c); art. 33.1.d); art18.1.a) y b).
 - o Las medidas tomadas para posibles situaciones de emergencia y las adoptadas en materia de primeros auxilios. (art.33.1.c).
 - o Acceso a la información y documentación para realizar sus competencias como:
 - Resultados de los controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores (art.36.2.b); art.32.1.c); art. 16.3.
 - Las conclusiones que se deriven de los reconocimientos médicos efectuados en relación con las aptitudes del trabajador para el desempeño del puesto (art.36.2.b); (art. 23.1.d) y (art.22.4).
 - La relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hayan causado al

trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo (art.36.2.b; art.23.1.e).

- De los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puestos de trabajo o función (art.36.2b); art.18.1.a).

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.

Es un órgano consultivo, cuya única función ejecutiva es la de actuar en casos de riesgo grave e inminente. Es el foro de debate y planificación de la prevención en la empresa, donde se hallan presentes los representantes de los trabajadores (art.38 LPRL 31/1995). Su existencia garantiza la presencia de ambos, para que se sienten a discutir toda clase de temas relacionados con la salud laboral.

Se deben constituir en todas las empresas o centros de trabajo de 50 o más trabajadores y se nombrarán como mínimo dos delegados de prevención, a menos que, por acuerdo colectivo, se nombren más representantes de los trabajadores con funciones específicas. En las empresas que no alcancen el número mínimo de 50 trabajadores, los delegados de prevención asumirán las competencias y funciones del Comité de Seguridad y Salud.

Estará compuesto en igual número por los representantes de la empresa, de una parte y los delegados de prevención, por otra.

Cada comité adopta sus propias normas de funcionamiento, se reunirá cada tres meses y siempre que lo solicite alguna de las partes.

Pueden participar en el Comité, con voz pero sin voto, los Delegados Sindicales, los responsables técnicos de la prevención (p.e personal médico), trabajadores que tengan una especial cualificación o información y técnicos de prevención ajenos a la empresa.

El art.39 de LPRL recoge sus competencias y facultades detalladas en el gráfico siguiente. En este sentido, hay que destacar el carácter consultivo, participativo y mediador del Comité; de ahí el tipo de competencias y facultades que tienen asignadas.

El Comité tiene como finalidad actuar como lugar de encuentro y de debate entre los diversos actores directamente implicados en la prevención de riesgos laborales en una empresa.

Gráfico 6

TRABAJADORES

LPRL Cap. V

LPRL 34.1 "Los trabajadores tienen derecho a participar en la empresa en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos laborales en el trabajo"

DELEGADOS DE PREVENCIÓN

ART 35 LPRL .Representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención

DESIGNADOS por y entre los representantes del personal, en función de la siguiente escala

- Hasta 30 trabajadores: 1 Delegado de Prevención. Será el Delegado de Personal
- De 31 a 49: 1 Delegado de Prevención.
- De 50 a 100: 2 Delegados de Prevención
- De 101 a 500: 3 Delegados de Prevención
- De 501 a 1000: 4 Delegados de Prevención
- De 1001 a 2000: 5 Delegados de Prevención
- De 2001 a 3000: 6 Delegados de Prevención
- De 3001 a 4000: 7 Delegados de Prevención
- De 4001 en adelante: 8 Delgados de Prevención

ART 36 LPRL. COMPETENCIAS Y FACULTADES:

- Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva
- Promover la cooperación de los trabajadores en el cumplimiento de la normativa
- Ser consultado por el empresario (Art.33)
- Labor de vigilancia y control sobre la normativa de prevención.
- Acompañar a los técnicos en las evaluaciones ambientales y a los inspectores de trabajo.
- Tener acceso a documentación e información.
- Ser informado por el empresario de los daños para la salud.
- Realizar visitas a los lugares de trabajo: labor de vigilancia y control de las condiciones de trabajo.
- Recabar del empresario la adopción de medidas preventivas y efectuar propuestas al empresario y CSS.
- Proponer al órgano de representación de los trabajadores la paralización de la actividad.

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

ART 38 LPRL .Órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención

En empresas o centros con 50 o más trabajadores

- Composición (= nº): **Con voz y voto**
- Delegados de Prevención
- Empresario y/o representantes

Con voz, sin voto

- Delegados sindicales
- Responsables Técnicos de prevención
- Trabajadores de la empresa especializados
- Reuniones trimestrales y siempre que lo solicite alguna de las partes

ART 39 LPRL. COMPETENCIAS Y FACULTADES:

- Participar en la elaboración, puesta en marcha y evaluación de los planes de emergencia y programas de prevención de riesgos laborales en la empresas.
- Debair los proyectos en materia de:
 - o Planificación, organización del trabajo, introducción de nuevas tecnologías
 - o Organización y desarrollo de las actividades preventivas.
 - o Organización de la formación en materia preventiva.
- Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la prevención de riesgos.
- Realizar visitas para conocer la situación de la prevención de riesgos en los distintos puestos de trabajo.
- Conocer y analizar las causas de los daños para la salud e integridad física de los trabajadores y proponer medidas.
- Conocer e informar sobre la memoria y programación anual de los servicios de prevención.

3.4 LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 otorga a la Vigilancia de la Salud un papel protagonista en el sistema de prevención. Ese protagonismo viene definido en cuanto que la V.S.T. es tomada como la herramienta que va a permitir hacer un seguimiento real de la eficacia de los sistemas preventivos adoptados en cada unidad empresarial, en cada sector, en cada ámbito geográfico. Por decirlo de alguna manera, la vigilancia de la salud es un "termómetro" que permite, individual y colectivamente, tomar la temperatura al sistema de prevención y, en la medida de los resultados que va arrojando, introducir las modificaciones y correcciones oportunas, con el fin de mejorar la salud de los trabajadores en el ámbito laboral.

Por lo tanto, es imposible hablar de V.S.T. sin hacer referencia explícita a la prevención. Por ello, en el capítulo anterior se ha aportado una perspectiva sociológica que ha pretendido presentar los diferentes subsistemas que intervienen en la prevención en general, aunque en el ámbito de la V.S.T. tienen, como se ha podido comprobar, unas particularidades específicas. Y, también consecuencia de esta vinculación, las conclusiones que se extraigan en esta investigación tendrán una trascendencia más allá de la V.S.T. para extenderlas al conjunto de la acción preventiva del sistema instaurado por la LPRL 31/1995.

Además, la vinculación de la V.S.T. con las actuaciones preventivas tiene otras conexiones que es preciso conocer con el fin de poder valorar adecuadamente la trascendencia de las reflexiones comentadas en este estudio. La más evidente es que la V.S.T., tal y como marca su carácter específico, debe estar ligada a los riesgos concretos a los que está expuesto cada trabajador. En consecuencia, una V.S.T. correcta deberá disponer de una buena “*Evaluación de Riesgos*” de cada unidad empresarial y de cada puesto de trabajo, para que sea eficaz.

Sin embargo, tal y como ha puesto de manifiesto la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2004), el 39% de las empresas españolas y el 30,7 % en Aragón no dispone de la evaluación de riesgos; el número desciende respecto a la elaboración de un Plan General de Prevención.

Tabla 2

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA EMPRESA POR MOTIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD (excepto empresas de construcción)

	ESPAÑA	ARAGÓN
Evaluación inicial de los riesgos laborales en todo el centro de trabajo	61,0%	69,3%
Crear una organización para la prevención de riesgos o mejorar la organización preventiva que había antes	30,4%	32,6%
Elaborar un Plan General con las actividades preventivas a desarrollar	40,8%	60,6%
Total	3403 (100%)	137 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004). Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Más allá de las debilidades que se hayan podido observar en las empresas que sí que han realizado esa evaluación, lo cierto es que, al menos, cuatro de cada diez empresas españolas no han identificado los riesgos que supone la realización de las tareas que contempla su proceso productivo. En consecuencia, en ese mismo porcentaje, la posibilidad de realizar una VST acorde a los requerimientos de la normativa se vuelve en un objetivo imposible.

Esto nos lleva a una conclusión que, por evidente, no deja de ser necesario su reflejo en este informe: si funciona incorrectamente el sistema de prevención, si no se realizan las evaluaciones de riesgos o, si se efectúan pero no identifican adecuadamente los riesgos, la V.S.T. funcionará igualmente de forma incorrecta. Este es un déficit de partida, al que habrán que sumarse otros inherentes a la propia práctica médica de la V.S.T..

De igual manera, todos los elementos que introducen incertidumbres en la gestión e implementación de la prevención en general, como los sectores de actividad donde predomina la temporalidad en el empleo y la subcontratación y descentralización productiva (por ejemplo la construcción, la hostelería, etc.), que son los que acusan más incumplimientos de la legislación sobre seguridad y salud laboral, así como los que registran tasas más altas de

siniestralidad laboral (Durán, 2001), repercutirán igualmente en una limitación seria de las actividades ligadas a la V.S.T..

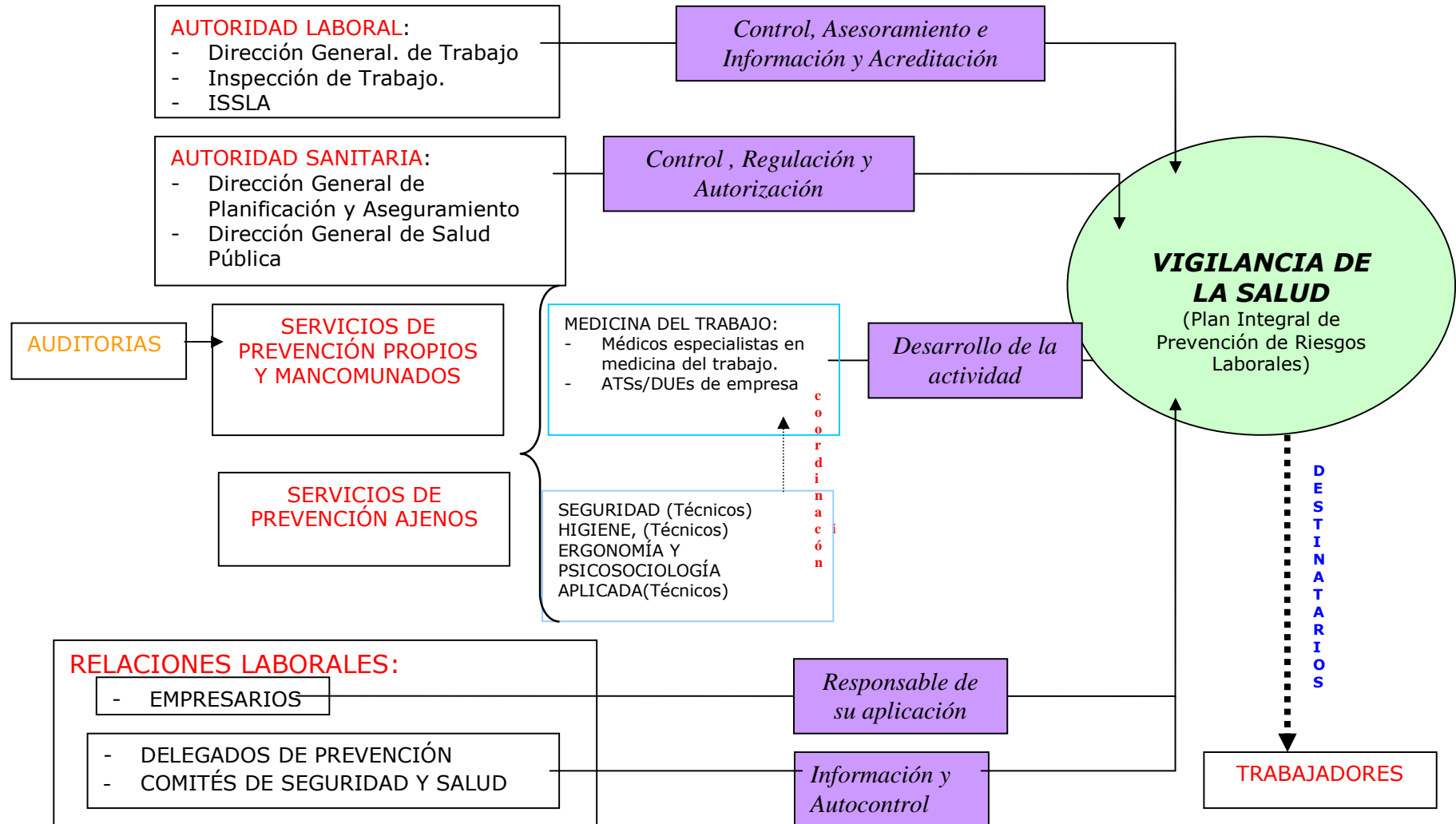
De esta forma, si se detecta que se está dibujando una estructura del mercado de trabajo en torno a dos realidades²², vinculado a un determinado sistema productivo, de la misma forma se podrá observar una doble forma de aplicación de la normativa preventiva, siendo algunos trabajadores más afortunados por el carácter más moderno y responsable de las empresas en las que desempeñan sus funciones.

En el siguiente gráfico se presentan de forma conjunta, los actores relevantes en la aplicación de la Vigilancia de la Salud en Aragón, así como algunas de sus principales funciones.

²² Uno primario, con mayores niveles salariales, mayores derechos laborales, mayor estabilidad, mayores beneficios sociales, mayores niveles de participación, mayor prestigio, etc. y otro secundario, con menores garantías en cada uno de esos aspectos.

Gráfico 7

FUNCIONES QUE LLEVAN A CABO LOS ACTORES ENCARGADOS DE IMPLEMENTAR LA V.S.T.



4 LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN ARAGÓN: HIPÓTESIS INTERPRETATIVAS

4.1 CAMBIO DE PARADIGMA: DIFERENTES VELOCIDADES DE ACERCAMIENTO.

La nueva legislación en Seguridad y Salud Laboral que se regula a través de la norma del año 95 se sustenta en un modelo empresarial que rompe sustancialmente con el tipo de empresa presente en el conjunto de España y, particularmente, en nuestra comunidad aragonesa.

El modelo que subyace en esa normativa presupone la existencia de organizaciones que se comporten en función de unos parámetros modernos que, especialmente en ese momento histórico, distaban mucho de acercarse a la realidad imperante.

Como se ha comentado en el capítulo anterior, el cambio resultó tan radical que muchas empresas y sectores laborales, anclados en la inercia de otro paradigma (más reparador, menos preventivo; más autoritario, menos participativo), han tenido muchas dificultades en encontrar la manera viable de seguirlo.

Estas dificultades se han hecho patentes a lo largo de estos años en España, pero también en Aragón, donde muchas empresas están dando pasos (unos más pequeños que otros) para caminar desde el

modelo que ha sido denominado del 'factor técnico-factor humano', al nuevo modelo del 'factor humano'.

Hablar de modelos de actuación no significa mantenerse en el campo de lo teórico. Más bien al contrario, la confrontación de modelos sirve para poner de manifiesto que en la realidad cotidiana de muchas empresas aragonesas, se están encontrando verdaderos problemas a la hora de adaptarse a los nuevos planteamientos normativos. La nueva forma de gestionar los riesgos laborales, supone entender la empresa como formada por dos grandes subsistemas, el social y el técnico, que entienden de forma íntimamente ligada los factores humanos y técnicos del modelo anterior. Ambos subsistemas no se consideran por separado, sino que están interrelacionados y, además, sometidos a la influencia de las variables provenientes de un determinado medio ambiente, tanto físico como organizativo. Los dos subsistemas deben interaccionar con la finalidad de alcanzar unos objetivos comunes, o sobre los cuales exista un grado elevado de consenso.

En el fondo, el modelo de la nueva LPRL 31/1995 , está basado en el paradigma de la sostenibilidad, tan en boga actualmente al calor de la impronta que está adquiriendo la responsabilidad social corporativa. Este nuevo paradigma entiende la empresa como un sistema en el que todos sus elementos están relacionados y deben tenerse en cuenta en cualquier decisión que se tome y que, además, mantiene fuertes conexiones (de dependencia, de complementariedad y de subsidiariedad) con su entorno (más próximo o más lejano, dependiendo de las circunstancias).

Este nuevo paradigma se centra en la búsqueda de fórmulas globales y compartidas que garanticen el mantenimiento de la organización empresarial (ganando, en consecuencia, en competitividad), para lo cual ha de estar abierto a cuidar con esmero las condiciones en las que se desarrollan sus actividades, así como a recibir las mejores aportaciones de sus componentes internos (entre los que destacan los trabajadores) y de los elementos externos con los que interacciona.

Pero este paradigma, para ser efectivo, llama igualmente a la corresponsabilización de todos los agentes en el devenir de la organización empresarial, con lo que en cierta medida exige un comportamiento leal y responsable de todos sus componentes.

Estos principios se han trasladado a todos los ámbitos de las organizaciones empresariales, convirtiéndose en objetivos parciales interrelacionados (eficacia, calidad, salud, seguridad, bienestar, etc.), aunque sin dejar de reconocer que el equilibrio de los cuales a menudo tiene unas bases conflictivas que hace falta saber encauzar.

Esta perspectiva está emparentada, de la misma forma, con una concepción pluralista de la empresa y de las relaciones laborales, más allá del cumplimiento formal de los preceptos de la legislación laboral y sindical. Si ésta no existe o no ha sido plenamente interiorizada como cultura organizacional (como sucede en gran número de organizaciones empresariales que mantienen su estructura jerárquica y piramidal),

difícilmente podrán circular por los resquicios de la organización los criterios en los que se sustenta la legislación de prevención de riesgos laborales, con lo que su implementación será más complicada.

En este sentido, cualquier observador puede darse cuenta de que en gran medida los incumplimientos de la LPRL 31/1995 se debe a la existencia de un “desfase” entre el modelo de empresa sobre el que se sustenta y la realidad empresarial que se encontró allá por 1995. En estos años el desfase se ha ido reduciendo, pero todavía hay nichos muy persistentes e importantes que se hacen difícilmente permeables a esta nueva forma de entender la cultura empresarial y, en concreto, la prevención y las relaciones laborales.

“El problema es que en muchas empresas el estilo de mando sigue siendo muy personal, con un criterio propio, sin tener en cuenta los servicios que tienen a su disposición y que no deja que haya comunicación y participación de los distintos grupos humanos que componen la empresa”. (Delegado de Prevención).

“Los cambios organizacionales que ha supuesto adaptarse a la ley de prevención de riesgos laborales ha supuesto un sobreesfuerzo a las empresas a nivel organizacional , sobre todo en aquellas dónde no existía ninguna experiencia ni tradición en nuevos sistemas de gestión empresarial” (Responsable de RR.HH. de una empresa)

Como se ha dicho, aunque el panorama general haya sido de “dificultad”, se va avanzando progresivamente, aunque sea de forma muy lenta. Hay que tener en cuenta que no es fácil cambiar conductas, mentalidades y formas de proceder de la noche a la mañana. Cambios

tan sustanciales exigen un largo tiempo de adaptación y eso es lo que está sucediendo actualmente (después de más de una década de aprobación de la ley) con la legislación sobre salud laboral.

"La ley de prevención es una ley de mínimos; pocas empresas tienen la madurez necesaria para contemplar en su política el superar los mínimos legales". (Representante de la autoridad laboral)

a) Factores que influyen en el cambio de paradigma

La situación general que se ha descrito en los párrafos anteriores, admite un sin fin de situaciones particulares. El proceso de acercamiento hacia ese nuevo paradigma no se ha producido por igual en todas las empresas aragonesas. Por ello, en la presente investigación se ha considerado que uno de los objetivos prioritarios era conocer cuáles eran las causas que se encuentran detrás de ese comportamiento diverso. En concreto, se han encontrado tres factores prioritarios que determinan el ritmo de aplicación de la ley en las distintas unidades empresariales: el tamaño de la empresa, el nivel cultural adquirido respecto a salud laboral y el volumen de riesgos a que esté expuesta

o El tamaño de empresa:

La ley establece unos mínimos, pero deja mucho espacio a la negociación para introducir de forma consensuada a la organización en una verdadera cultura de la prevención. La bondad innegable de principio no puede ocultar que en aquellas empresas en las que ni la parte empresarial ni la parte trabajadora vean con agrado lo contemplado en la ley o en las

que la representación sindical sea débil o en aquellas en las que no se tiene una política de recursos humanos moderna, basada en la participación efectiva de los trabajadores, tendrán mayores dificultades para desarrollar los aspectos de la ley.

En este sentido, generalmente son las empresas con mayor número de trabajadores las que muestran una mejor predisposición al cambio de paradigma, no sólo porque disponen de los medios humanos (delegados de prevención, Comités de Seguridad y Salud Laboral, técnicos especializados en prevención, etc.), sino también de los recursos económicos para hacer frente a los cambios (p.e. contratar la realización de una buena y adecuada evaluación de riesgos, instalación y compra de medidas y equipos de protección colectivos e individuales de calidad, crear un Sistema de Prevención Propio o contratar un Sistema de Prevención Ajeno óptimo), además de tener mayores oportunidades de formarse y dar importancia a todo lo relacionado con la prevención.

En Aragón un 1% de las empresas tienen 50 o más trabajadores y el 0,7%, 50 a 199 trabajadores y sólo 42 empresas tienen más de 500 trabajadores con obligación de crear un servicio de prevención propio y muy pocas de éstas deciden implantar en su empresa el área de medicina de trabajo contratando personal médico especializado, la mayoría delegan en el servicio de prevención ajeno el desarrollo de esta actividad y por lo tanto el de la V.S.T..

"La vigilancia de la salud en muchas empresas, excepto en algunas grandes que antes de la LPRL ya tenían una línea de trabajo muy marcada en este sentido, es un "mero trámite, no se está utilizando como herramienta". (Autoridad Laboral).

○ **Cultura de empresa adquirida en torno a la prevención:**

Las empresas socialmente responsables tienen mayor tendencia a dar importancia a los temas de seguridad y salud laboral. Además, potencian en mayor medida la participación de los trabajadores; puede decirse que son más cercanas al modelo de empresa con el que se elaboró la Directiva Marco y la LPRL 31/1995. Tienen un concepto de empresa más plural y participativo, que ya habían ido adquiriendo y perfeccionando, en la mayoría de los casos, a través de la formación y la sensibilización previamente a la implantación de la LPRL 31/1995 y que han ido ampliando y mejorando desde entonces hasta ahora. Para estas empresas el cambio de paradigma no ha supuesto grandes cambios; han ido adaptándose a la normativa de forma coherente a la realidad y circunstancias de su situación particular y de su entorno.

"La "cultura" de la prevención no es algo que se pueda cambiar "de la noche a la mañana" con una publicación en el BOE. Cada vez en las empresas se está valorando más a la gente, a los trabajadores. Se reconoce, por ejemplo, que la formación de los trabajadores es importante -cuando en los años 70 hacer un curso en la empresa era muy difícil- ahora se hacen cursos y se llenan. Está cambiando la "cultura", la mentalidad del empresario en ese sentido. Lo mismo pasa

*con la prevención, poco a poco va cambiando esa mentalidad".
(Representante de un Servicio de Prevención Ajeno)*

○ **El tipo de riesgos que conlleva el desarrollo de su actividad productiva:**

El tipo de riesgos que conlleva las diferentes actividades productivas o de prestación de servicios también ha influido en la predisposición y actitud de las empresas al cambio de paradigma.

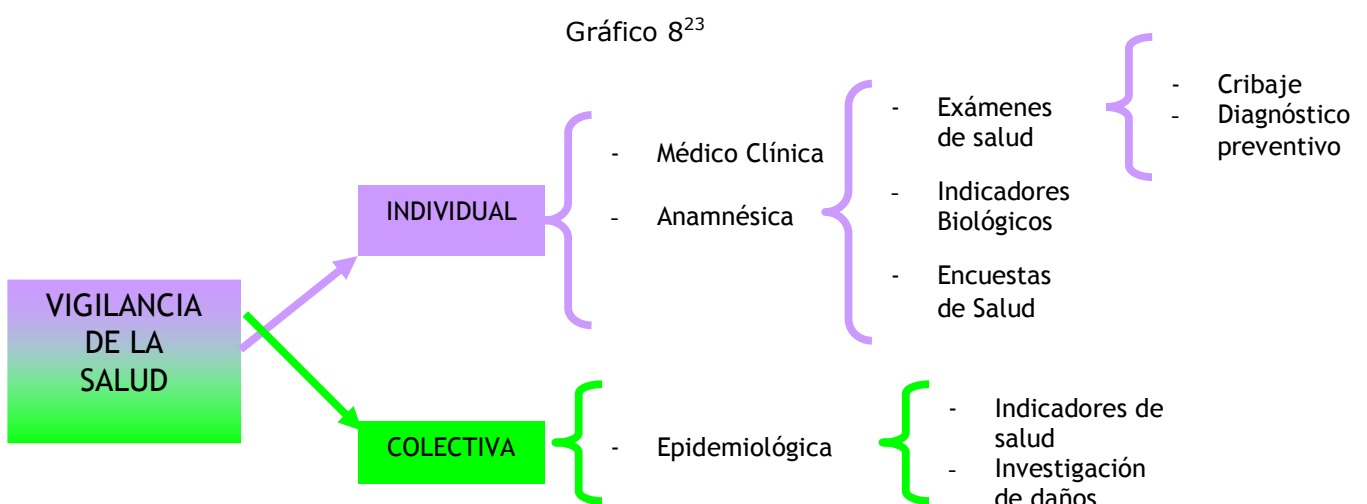
Conforme la peligrosidad de la actividad desarrollada era mayor (p.e. las recogidas en el Anexo 1 del RSP R.D. 39/1997) o aumentaba la frecuencia o gravedad de la siniestralidad en la empresa, la motivación hacia el cambio se va incrementando. Además la autoridad laboral suele ejercer más presión sobre este tipo de empresas.

En cambio, en aquellas empresas donde se desarrollan tareas que no conllevan grandes riesgos, como por ejemplo las de tipo administrativo, la adopción de medidas preventivas es mucho más lenta e incluso inexistente en algunos casos, puesto que se tarda más en tomar conciencia de su necesidad y no sienten una presión efectiva para realizarlas, ni de parte de los trabajadores (por su escasa capacidad de negociación y opinión), ni de la autoridad laboral (por su escasa capacidad de actuación, como se verá posteriormente).

“Trabajo en un pequeño restaurante desde hace muchos años y jamás nos han hecho reconocimiento médico”. (Trabajadora).

b) Diferencias en la profundización, desarrollo y aplicación de las actividades que conlleva la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores.

El cambio de paradigma comentado también ha influido en la profundización, desarrollo y aplicación de las dos líneas de actividad que conlleva la Vigilancia de la Salud: la Individual y la Colectiva.



*La vigilancia **individual** de la salud* es un concepto nuevo introducido en el lenguaje laboral con la aplicación de la LPRL 31/1995 y del RSP R.D. 39/ 1997. Su finalidad es la aplicación de procedimientos

²³ Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales. Edit. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004

médicos y la administración de pruebas a los trabajadores para detectar de forma precoz daños producidos directamente de la prestación de la actividad o derivados de la existencia de algún factor ambiental en el lugar de trabajo. En el caso de que ese factor haya sido identificado, la V.S.T. servirá para informar que probablemente las medidas preventivas, colectivas y/o individuales no son las adecuadas o son insuficientes. Lógicamente su identificación sirve también para decidir aquellas actuaciones clínicas pertinentes sobre el trabajador afectado.

El análisis realizado demuestra que esa manera de llevar a cabo la vigilancia de la salud no se está produciendo de forma generalizada. Una de las principales razones para ello es que se arrastra el lastre heredado del pasado que identifica erróneamente "vigilancia de la salud" con los "reconocimientos médicos" inespecíficos que hasta hace unos años se venían realizando en el mundo de la empresa a cargo de la Seguridad social.

Algunos autores (Artieda, 2003) consideran que durante algunos años hubo una cierta ambigüedad legislativa que fue perjudicial para la implantación de la vigilancia de la salud en su sentido moderno, ya que, aunque a través de la LPRL 31/1995 en la que se estableció taxativamente que los reconocimientos médicos periódicos deberían ser específicos, se mantuvo un desarrollo normativo (vigente hasta enero de 2003) que permitió mantener los chequeos inespecíficos que venían practicando las Mutuas.

Además, durante todo ese tiempo las Mutuas realizaban estos chequeos con cargo a fondos de la Seguridad Social, sin coste adicional para las empresas. Ello contribuyó significativamente a mantener la confusión tanto entre trabajadores como empresarios, y además generó ciertos efectos perversos, ya que, por un lado, las personas que trabajan son la franja de población adulta sana que no suele frecuentar los servicios del sistema nacional de salud y que ha podido llegar a creer que con este trámite rutinario se le estaba protegiendo del posible deterioro de su salud por el trabajo, cuando en realidad, en la mayoría de los casos, sólo se llevó a cabo una medicina de complacencia; mientras que, por otro lado, los empresarios han considerado que la V.S.T. no tenía ningún coste y desde esa perspectiva probablemente han sentido cierto rechazo hacia una norma que delimita claramente su responsabilidad y les obliga a organizar recursos para atenderla.

Se han encontrado una serie de dificultades que han impedido un tránsito sereno hacia el sistema de la V.S.T. de carácter individual que dibujó la LPRL 31/1995. Estas dificultades provienen tanto desde el campo de la empresa como desde el campo de los trabajadores:

- La mayoría de *la población trabajadora* sigue manteniendo el concepto de reconocimiento médico. Las entrevistas y los grupos han puesto de manifiesto que muy pocos empleados conocen el nuevo término de "vigilancia de la salud" y sólo algunos conocen su carácter de especificidad, voluntariedad y periodicidad en función de las características del puesto. Incluso muchos de ellos reivindican sus reconocimientos

médicos anuales y generales percibiendo que han perdido un derecho adquirido, lo cual demuestra la escasa información que les llega al respecto.

"Ha sido difícil pasar de los reconocimientos generales, en los que se hacía todo a todos los trabajadores, a los reconocimientos específicos en los que hay cosas que se dejan de hacer en función de los riesgos, porque algunos trabajadores tienen la sensación de que cada año les hacen menos cosas en el reconocimiento. Para evitar eso se sigue haciendo un reconocimiento general pero insistiendo en lo que realmente es importante en cada caso".
(Autoridad Laboral).

Esta constatación pone en evidencia que falta una profunda actuación en materia de formación y sensibilización hacia los trabajadores en todos los ámbitos y sectores, puesto que es difícil exigir el cumplimiento de un derecho si éste no es conocido en toda su extensión. Estas actuaciones deben anclarse en la demostración de que las mejoras cualitativas de este nuevo sistema suponen un gran avance para su salud, ya que más que informar sobre ésta, lo que hacen es "evaluar" o diagnosticar las condiciones en las que desempeñan su trabajo.

La trascendencia de este enfoque se comprende mejor si se constata que el desarrollo de exámenes de salud en ausencia de programas de control y reducción de riesgos es inadecuado. Además el concentrar los recursos en los exámenes de salud específicos a cada puesto permitiría ampliar su marco de actuación hacia otras actividades que también conlleva la

vigilancia de la salud que están siendo relegadas a un segundo plano, como es la vigilancia colectiva de la salud.

Los profesionales de la salud son perfectamente conocedores de esta realidad y confirman que, aun cumpliendo la ley al realizar las pruebas específicas para cada puesto de trabajo, siguen en muchos casos manteniendo pruebas médicas generales (p.e. análisis de colesterol, triglicéridos, etc) para satisfacer al trabajador, siempre que ello sea posible económicamente.

- *Para la empresa* la V.S.T. supuso un gasto añadido que antes no tenía. Para aquellas que tenían una buena cultura preventiva, la medida ha sido aceptada y asumida como una mejora cualitativa en la salud de sus trabajadores.

Los informantes consultados confirman que se puede identificar a otro grupo de empresas (difícil de dimensionar, pero que se ubicarían entre la micro y pequeña) que está sensibilizado de forma genérica respecto a la prevención, pero carece de información específica y realista sobre la V.S.T..

También se puede hablar de otro grupo de empresas que directamente no ha asumido su responsabilidad en materia de prevención de riesgos laborales y que, percibiendo la V.S.T. como una imposición económica más, intentan abaratar costes todo lo posible a la hora de contratar un servicio de prevención ajeno que se encargue de todo y les permita centrar su

atención a otras cuestiones empresariales que consideran mucho más importantes.

Estas actitudes de reticencia hacia el cambio tanto por parte de los trabajadores (destinatarios de la V.S.T.) como por las empresas (responsables de la V.S.T.) son debidas fundamentalmente a una falta evidente de información al respecto, de sensibilización y de concienciación hacia la prevención en salud. Queda por delante todavía mucha tarea en este aspecto tanto para la administración laboral y sanitaria aragonesa, así como para los agentes sociales que participan activamente de una forma u otra en el tejido empresarial.

*La Vigilancia **Colectiva** de la Salud* tiene como fin valorar el estado de salud de los trabajadores, alertar sobre posibles situaciones de riesgo y evaluar la eficacia del plan de prevención, mediante la recopilación de datos sobre daños derivados del trabajo en la población activa (de cualquier ámbito geográfico, empresa o territorio) y así poder conocer y controlar los mismos y poder realizar análisis epidemiológicos. Esta dimensión colectiva, que permite la posibilidad de disponer de una información colectiva de la salud de los trabajadores y poder analizarla, constituye un instrumento indispensable para la buena práctica de la salud laboral.

La responsabilidad de llevar a cabo esta actividad recae fundamentalmente en los Servicios de Prevención y en la Administración laboral y sanitaria. Buenos ejemplos de ellos son los sistemas de

información de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de ausencias de trabajo por razones de salud, de notificación de eventos centinela, o las fuentes de información generadas dentro de las empresas por parte de los servicios de prevención. Pero el nivel de desarrollo de estas actividades es muy básico y en muy pocas ocasiones sirve para cumplir el fin que tiene establecido, como es la realización de análisis epidemiológicos²⁴ que permitan conocer el estado de salud de los trabajadores.

Para llevar a cabo esta actividad son imprescindibles medios humanos y técnicos:

- Humanos: personal administrativo o documentalista especializado en conceptos médicos, encargados de recopilar toda la información e incluirla en una base de datos que posteriormente se pueda explotar y de la que extraer información que el personal médico pueda analizar.

La realidad es que muy pocos servicios de prevención propios con personal médico disponen de personal encargado de llevar a cabo estas tareas y los servicios de prevención ajenos, aunque disponen de los medios humanos se dedican fundamentalmente a la vigilancia individual de la salud debido al gran volumen de trabajo que han adquirido.

²⁴Los análisis epidemiológicos sirven para conocer la frecuencia de aparición de los daños y enfermedades, su distribución entre la población y permite pronosticar la existencia de una correlación o asociación entre un factor de riesgo y la aparición de daños en la salud J. Espulga y J. Caballero "Introducción a la prevención de riesgos laborales", pág. 175.

- Técnicos: Para llevar a cabo los controles epidemiológicos con los fines previstos en la LPRL 31/1995 es necesario establecer un buen sistema de recogida de datos y disponer de un programa informático que permita su almacenamiento y posterior análisis.

Pero existe un handicap al respecto y es la ausencia de un sistema de recogida de datos unificado y general para todas las empresas y sectores, así como de un programa informático compatible.

"No se está realizando una vigilancia de la salud a nivel colectivo (epidemiológico, etc.). El problema es la falta de tiempo para que alguien coja todos los datos, que existen, porque todo queda registrado, y pueda realizar estudios de ese tipo". (Representante de un Servicio de Prevención)

En algunas grandes empresas (más de 1000 trabajadores) sí que se vienen realizando análisis epidemiológicos por parte de los servicios de prevención, generalmente mancomunados, porque disponen de los medios humanos y técnicos para hacerlo. Pero los resultados que obtienen sólo son de utilidad para esa empresa, no se pueden asociar ni correlacionar con los datos de otras empresas, sectores o territorios; son incompatibles, por lo que no cumplen su fin de servir de utilidad a la totalidad de la población activa.

"Los estudios epidemiológicos en nuestra empresa sirven para mejorar la vigilancia de la salud porque hay problemas que en un trabajador individualmente no llaman la atención, pero cuando empiezan a verse en

varios trabajadores de una misma sección sí que puede "encenderse la voz de alarma". (Médico de servicio de prevención propio).

Es necesaria la actuación inmediata al respecto por parte de la administración de poner solución a este problema, estableciendo un sistema de recogida de datos unificado y compatible para todos de manera que permita la explotación de toda la información recogida.

La vigilancia colectiva de la salud es la **tarea pendiente** en el desarrollo e implementación de la Vigilancia de la Salud en Aragón. Tanto la Administración como los Servicios de prevención tienen que centrar esfuerzos para solucionar los obstáculos insalvables que hasta ahora se vienen produciendo para llevar a cabo esta actividad.

c) El papel de la Administración

La distribución de efectivos y de recursos económicos que hace la administración también es un elemento a tener en cuenta a la hora de comprender cómo funciona la V.S.T. en Aragón, En general, podría decirse que la administración no está preparada todavía para afrontar las demandas generadas por los procedimientos que exigen la puesta en práctica de la V.S.T., tal y como marca la LPRL 31/1995. No dispone ni de los medios ni humanos ni técnicos, ni procedimentales, para dar respuesta a tiempo a todas las demandas que genera su puesta en práctica, produciéndose incoherencias e incompatibilidades difíciles de solventar por los actores encargados de su implementación. A

continuación se pasa a analizar algunos de los aspectos que permiten mantener esta afirmación.

- En primer lugar, hay que poner de manifiesto la escasez de personal encargado de controlar que se cumpla la LPRL 31/1995 (inspectores sanitarios y laborales). Este aspecto será trabajado posteriormente con mayor profundidad.
- En segundo lugar, sobre las Administraciones públicas (Ministerio de Sanidad, Departamentos de Salud autonómicos, autoridades laborales, etc.) recae la responsabilidad de elaborar *guías y protocolos* para que los reconocimientos tengan verdaderamente carácter específico en función de factores de riesgo concretos²⁵ que marca la ley. Dejamos de lado, por ahora, el hecho de que además de la existencia de esos protocolos, *cada empresa debe adaptar* estas guías a sus centros de trabajo en función de sus riesgos y de las características de su plantilla (edad, sexo, susceptibilidades individuales, etc.), cosa que requiere de las empresas un mayor esfuerzo de interpretación para su adaptación correspondiente. Vinculado a este aspecto, hay que destacar las dificultades que ocasiona la lentitud en la creación de protocolos de vigilancia

²⁵ Existen ya numerosas de ellas, dedicadas a los riesgos de: Agentes anestésicos inhalatorios, Agentes biológicos, Agentes citostáticos, Alveolitis alérgica extrínseca, Amianto, Asma laboral, Cloruro de vinilo monómero, Dermatitis laborales, Manipulación manual de cargas, Movimientos repetidos, Neuropatías, Óxido de etileno, Pantallas de visualización de datos, Plaguicidas, Plomo, Posturas forzadas, Radiaciones ionizantes, Ruido, Silicosis y otras neumoconiosis. (ver web del Ministerio de Sanidad y Consumo).

sanitaria. Para realizar exámenes específicos de salud, hacen falta protocolos y guías técnicas adecuadas, pero las Administraciones públicas sólo han publicado protocolos referidos a algunos factores de riesgo (exposición a amianto, a pesticidas, etc.), y necesitan tiempo para seguir publicando estas guías.

- Las Administraciones públicas tienen una responsabilidad también en la gestión y explotación mediante criterios epidemiológicos de las estadísticas sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, absentismo, calidad de vida laboral, etc.

Como se ha explicado anteriormente, se hace algo en este sentido, pero ni mucho menos todo lo que exige la propia ley.

En este sentido, hay que poner de manifiesto que la exigua realización de controles epidemiológicos existentes (normalmente realizados por grandes empresas) no tienen el efecto que deberían, ya que no alcanzan a toda la población ocupada y no existe un procedimiento unificado y universal para la recopilación y tratamiento de los datos en todos los servicios de prevención que permita establecer correlaciones y asociaciones entre ellos y conocer la frecuencia en la aparición de daños y enfermedades, así como su distribución en la población.

- Otra dimensión, responsabilidad de la administración, es la debilidad (en muchos casos, ausencia) de los canales de

comunicación y cooperación entre los profesionales médicos de la seguridad social y los profesionales médicos de los servicios de prevención. De existir esos canales, sin duda se mejoraría la atención al ciudadano-trabajador desde una visión global e integral de su salud, y no a modo de compartimentos estancos incomunicados. Además, desde el punto de vista de la eficacia y de la eficiencia, se ahorrarían costes en la realización de pruebas médicas que generalmente se duplican y que el trabajador debe sufrir doblemente.

- Por otra parte, la escasez de profesionales médicos especializados en medicina del trabajo (que la ley establece como indispensables para la prestación de los servicios de medicina del trabajo) y que se está paliando dando permisividad indirecta en el desarrollo de la V.S.T. a médicos no especializados en medicina del trabajo, bajo la inspección y control de un médico especialista.

Con estas consideraciones se están haciendo afirmaciones de carácter estructural o sistémico, sin querer entrar, ni mucho menos en la valoración sobre el trabajo concreto y cotidiano de los profesionales que actualmente están prestando sus servicios en la administración pública. Todo lo contrario, el grado de colaboración expresado y observado a lo largo del proceso de investigación ha sido excelente, así como su implicación en el desarrollo y aplicación de la LPRL. Más bien su actuación viene determinada por la necesidad de solventar los problemas más graves (urgentes) cuando se presentan, relegando otras

actuaciones (quizás de más calado) que le es imposible acometer a corto plazo.

En consecuencia, se puede afirmar que de igual forma que el resto de actores implicados en la prevención (empresariales y laborales) están experimentando ciertas dificultades en el acercamiento al nuevo modelo que instaura la LPRL 31/1995 en lo relativo a la V.S.T., algo parecido puede decirse de la administración pública.

“Las Autoridades en Aragón son las que con mejor criterio están actuando de toda España, tanto la Autoridad Laboral como la Sanitaria, porque están entendiendo las necesidades que hay”. (Representante de Servicio de Prevención Ajeno).

4.2 ENCAJE DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL SISTEMA DE PREVENCIÓN

a) Desigual desarrollo en las diferentes especialidades de la prevención

La experiencia de implementación de la LPRL 31/1995 en el tejido industrial español y aragonés se ha revelado, al menos, como de un desarrollo desigual atendiendo a la especialidad de la prevención en la que se fije la atención.

A grandes rasgos y como puede comprobarse en la tabla siguiente, se han centrado la mayoría de los esfuerzos por parte de todos los actores implicados en la implementación prioritaria de las

especialidades de Seguridad e Higiene Industrial, quedando relegadas a un segundo plano de actuación la Medicina del Trabajo y la Ergonomía y la Psicología Aplicada. Esto ha sido debido a varias razones que es preciso conocer por su incidencia en la vigilancia de la salud:

Tabla 3
ESPECIALIDADES PREVENTIVAS DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN PROPIO O AJENO CONTRATADAS POR LAS EMPRESAS

(Excepto empresas constructoras)

ESPECIALIDADES	S.P. AJENOS		S.P. PROPIOS	
	ESPAÑA	ARAGON	ESPAÑA	ARAGON
Seguridad en el trabajo	74,2%	94,2%	95,9%	87,7%
Higiene industrial	47,8%	54,8%	64,0%	77,7%
Ergonomía/Psicología aplicada	39,2%	38,4%	73,0%	40,3%
Medicina del trabajo	64,3%	71,0%	42,0%	42,0%
Las cuatro anteriores	5,0%	2,3%		
Se han contratado actividades de prevención	19,1%	18,1%		-
Ninguno			0,2%	7,7%
NS	4,3%	0,8%	0,1%	-
NC	0,6%	-	0,0%	
Total (N)	2832 (100%)	129 (100%)	273 (100%)	6 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004). Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ²⁶

²⁶ Mediante la realización de 9.290 encuestas, 4.054 de las cuales se han dirigido a responsables de empresa y 5.236 a trabajadores.

- **La Seguridad e Higiene industrial** ha acaparado la mayoría de los recursos humanos y técnicos para su desarrollo porque sus efectos directos sobre la productividad y la calidad en la producción en la empresas son vistos de forma evidente. El establecimiento de medidas de protección individuales y colectivas con el fin de evitar accidentes ha supuesto para muchas empresas el 90% de sus actuaciones en materia de prevención, ya que la siniestralidad laboral genera costes económicos importantes tanto dentro como fuera de la empresa²⁷ y por el control y sanción que la autoridad laboral ejerce ante negligencias en el establecimiento de medidas de

²⁷ **Externos:** los del sistema público de Seguridad Social en forma de prestaciones de incapacidad por contingencias profesionales y otros como ingresos hospitalarios, consultas atendidas, prestaciones farmacéuticas, etc.. HSE (Health and Safety Executive), 1977: *The Costs of Accidents at Work*, Sudbury, Health and Safety Executive.

Internos: los costes de mano de obra directa (tiempo perdido por el accidentado y por otros trabajadores, las horas extraordinarias destinadas a recuperar la producción, el salario de la persona que reemplaza al accidentado o el salario pagado al accidentado y no cubierto por el seguro), costes de materiales de producción (daños causados a maquinaria y herramientas u otros bienes, el alquiler del material que le reemplazara hasta su reparación, los costes suplementarios debidos a la inexperiencia del personal que lo reemplaza, los costes suplementarios debidos a una reducción de la producción o la pérdida de rendimiento por desocupación de la máquina o equipos) y los costes generales (tiempo dedicado al accidente por el personal técnico, los representantes de los trabajadores, el personal de mantenimiento, el servicio médico, el personal administrativo, gastos de material del servicio médico y gastos del traslado del accidentado a un centro de atención sanitaria; pérdida de energía a raíz del accidente, pérdida de pedidos en cartera, pérdida de mercado, penalizaciones por retrasos, horarios de profesionales – abogados, ingenieros, expertos en investigaciones de accidentes, etc- costes de procesos judiciales, sin olvidar la pérdida de prestigio e imagen social de la empresa. HSE GIL FISA, A . (1991) *“Costes no asegurados de los accidentes: método simplificado de cálculo”* *Notas Técnicas de Prevención*, nº 273, pp.1-10. Barcelona, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

protección a los trabajadores. La inversión en la higiene industrial también ha sido significativa, sobre todo por la presión ejercida además de por la LPRL 31/1995 por la normativa que regula la calidad de los productos. Actualmente toda empresa que quiera vender sus productos debe tener un certificado de calidad. En este sentido, el establecimiento en las empresas del modelo EFQM exige la puesta en práctica de medidas para controlar la situación respecto a la higiene en las empresas.

"Por sectores, considero que el sector industrial, en concreto, el sector del automóvil, está muy por delante del resto de sectores. En gran parte porque tienen muy interiorizada la cuestión de la calidad: la cultura de la prevención tiene muchos paralelismos con la de la calidad. Es un espejo en el que mirarse". (Empresario)

También la actuación de la administración ha dado prioridad al control de la Seguridad relegando a un segundo plano a las otras especialidades, por la escasez de recursos humanos, técnicos y de procedimiento y por la urgente necesidad que requiere el tratamiento de los accidentes de trabajo que pueden provocar muertes y lesiones para toda la vida a los trabajadores, generando una mayor demanda social y mediática.

- Para la actividad de V.S.T. resultan fundamentales la **Medicina del Trabajo, Ergonomía y Psicosociología**. El desarrollo de

estas especialidades se está produciendo de forma paulatina, pero lentamente.

Hay que ser conscientes que su aplicación exige la realización de cambios sustanciales por parte de muchas de las instituciones y entidades que están implicadas en la prevención de riesgos laborales, entendida como una estrategia de gestión encaminada a garantizar un determinado nivel de seguridad y salud entre las personas que trabajan en un contexto concreto.

Esta estrategia de gestión cuyo objetivo es garantizar un buen nivel de salud exige cambios organizativos tanto en el ámbito laboral y empresarial, como en el institucional que conlleva ciertas dificultades para aquellas empresas que están ancladas en el viejo paradigma de actuación o que no disponen de los medios adecuados para llevarlos a cabo con la inmediatez deseada. Por ello, la puesta en práctica de medidas que conllevan el desarrollo de estas especialidades llevan un ritmo más lento, más de tren de mercancías que de alta velocidad.

“En muchas empresas los servicios médicos siguen vinculados al área de personal y de recursos humanos, el reglamento exige esos cambios organizativos que en muy pocas empresas se han producido”. (Médico de empresa)

Acometer cambios de este tipo requiere más tiempo y también más esfuerzos por parte de todos los implicados; hay que ser conscientes de

ello y actuar en consecuencia. Pero no por ello dejar de reconocer los obstáculos y hacer todo lo posible para superarlos.

Una vez analizadas las diferencias observadas entre los diferentes ámbitos de la prevención de riesgos laborales, hay que recordar que esos ámbitos forman parte de un sistema, con lo que el descuido o el desarrollo imperfecto de uno de ellos incide negativamente en el conjunto. La LPRL 31/95 supuso un antes y un después en la defensa de la salud de los trabajadores, por considerarla como un derecho irrenunciable de las personas que trabajan y para establecer una serie de deberes y obligaciones al empresario para conseguir tal fin. El concepto de vigilancia tiene derivaciones individuales y colectivas que ya se han comentado. Sus efectos son principalmente preventivos y su propósito prioritario ha de ser comprender mejor el impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores, de tal forma que sea posible mejorar las condiciones de trabajo.

Por otra parte, la vigilancia debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sea posible, los efectos adversos sobre el bienestar físico y mental, de tal manera que se pueda evitar la progresión hacia un ulterior daño más importante para la salud.

Hasta el momento no todos los fines que se pretendían obtener a partir de la aplicación de la V.S.T. se han conseguido. La actividad se centra predominantemente en los reconocimientos médicos aunque van dejando de ser generales y se ha avanzado hacia su especificidad en función del puesto, aunque los criterios para establecer los riesgos de

cada puesto sigan siendo muy generales respecto a las características propias de cada empresa.

Cuestión especialmente importante es el estudio de la incidencia que tiene en la modificación de las condiciones de trabajo las conclusiones de las actuaciones vinculadas a la V.S.T.. Según nuestros informantes, en pocas ocasiones se utilizan para cambiar o limitar las circunstancias que causaron el efecto que se vigila; lo más habitual es tratar la dolencia provocada o, a lo sumo, la imposición de los medios de protección (normalmente individuales) para aminorarla o en el mejor de los casos evitarla. Ya se ha visto en el apartado anterior cómo la vigilancia colectiva de la salud es prácticamente inexistente a nivel global, sectorial o territorial; sólo algunas de las grandes empresas internamente realizan adecuadamente controles epidemiológicos.

Hay otro elemento sobre el que merece la pena reflexionar: el reducido número de enfermedades profesionales reconocidas tanto por parte de la administración, como por el personal de los servicios médicos entrevistados, podrían hacer suponer que la V.S.T. se lleva a cabo como debiera.

Pero la realidad es bien distinta: no es que existan "pocas" enfermedades profesionales lo que está pasando es que debido a un conjunto de intereses entrelazados, se está dificultando su reconocimiento, debido fundamentalmente a los costes que ello genera tanto para los servicios de prevención, como para las mutuas y para las empresas. El sistema de actuación actualmente vigente tiende a derivar a otros ámbitos, sobre todo a cargo la Seguridad Social.

"Nuestro país es número uno en accidentes de trabajo, en comparación con el resto de países europeos, y sin embargo, enfermedades profesionales tenemos muy pocas. Esto significa que no se están controlando aquellas patologías vinculadas al trabajo por varios motivos:

- *Por desconocimiento del trabajador.*
- *Porque no hay relación ni vínculo entre lo que el médico de la S.S. está haciendo con lo que hace el profesional de la vigilancia de la salud.*
- *Porque a la empresa no le interesa. (la enfermedad profesional tiene el tratamiento de accidente de trabajo: 75% del salario desde el primer día). El empresario lo que no quiere es tener costes añadidos". (Experto auditor).*

El 1 de enero entró en vigor el Real/Decreto 1299/2006 por el que se aprueba el nuevo catálogo de enfermedades profesionales que actualiza el existente de 1978. Este reglamento introduce un sistema más ágil en la incorporación de nuevas enfermedades al listado y supone un gran avance en la protección de la salud de los trabajadores. Otro avance de este Real/Decreto 1299/2006 es el hecho de que tanto los médicos del Sistema Nacional de Salud, como los de los servicios de prevención también pueden manifestar que existen sospechas de enfermedades profesionales en sus trabajadores, hasta ese momento el

responsable de la notificación era el empresario, con lo cual el registro de estas dolencias no siempre reflejaba la realidad.

No obstante, y a pesar de esta perspectiva no muy positiva, puede decirse que en general se va avanzando de forma paulatina en el desarrollo y aplicación de la V.S.T. en Aragón, no tan rápido como sería deseable porque hay muchos obstáculos de carácter estructural que lo impiden.

Todas estas reflexiones llevan a afirmar que las deficiencias observadas en la aplicación de la V.S.T. en Aragón tienen efectos perversos en el conjunto del sistema de prevención e implica a cada uno de los actores que tiene alguna responsabilidad en el mismo. En definitiva, se podría concluir que **el conjunto formado por el Sistema de prevención y los subsistemas que lo componen no ha sido capaz de encajar la ley al ritmo que hubiera sido deseable.**

No es fácil cambiar las cosas, usos y maneras que llevan muchos años funcionando; todo el mundo se resiste a los cambios hay muchos intereses creados que pueden correr peligro y eso no es fácil de transformar de la noche a la mañana.

b) Lo que puede aportar la V.S.T. al resto de especialidades de la prevención

De las cuatro áreas de la prevención, la Seguridad está más vinculada a los materiales, maquinarias y elementos de trabajo, la

Higiene a los productos y la Ergonomía y Psicosociología a la organización del trabajo.

Las dos primeras están asociadas a los accidentes (muy seguidos administrativamente y mediáticamente) y a las enfermedades profesionales (poco controladas). Ya se ha comentado en el punto anterior que son las dos últimas las que más de lado se han quedado y que afectan a patologías laborales poco reconocidas (como las psicológicas).

Se aborda ahora esta cuestión desde otro punto de vista: ¿qué puede ofrecer una buena V.S.T. al conjunto del sistema de prevención? La V.S.T. dentro de la especialidad de Medicina del trabajo realizada adecuadamente podría ser un buen método para detectar este tipo de trastornos de la salud vinculados al trabajo, es decir, para hacer aflorar este tipo de riesgos denominados “*los nuevos riesgos*” que hasta ahora se han dejado en un segundo plano por parte de todos los actores implicados.

“La vigilancia de la salud llevada adecuadamente puede actuar como un sensor en la prevención de riesgos”. (Médico de empresa)

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizó en el año 2000 una encuesta a todos los países de la Unión Europea sobre necesidades de investigación y análisis técnico, siendo los factores de riesgo psicosocial los que se consideran más prioritarios, por varias razones como el aumento del trabajo intelectual, el incremento de las empresas del sector servicios, el crecimiento constante del uso

generalizado de las nuevas tecnología. Son riesgos emergentes que siempre han existido pero ahora es cuando están saliendo a la luz; la economía globalizada y la feroz competitividad mundial repercute en la exigencia al trabajador de flexibilidad en ritmos y tiempos, etc.

De ahí la importancia que están adquiriendo los riesgos psicosociales frente a los riesgos físicos, lo cual exige un esfuerzo por redistribuir esfuerzos y recursos hacia estas especialidades, siendo la V.S.T. aplicada adecuadamente el método y la herramienta para prevenir y tratar estos "nuevos riesgos".

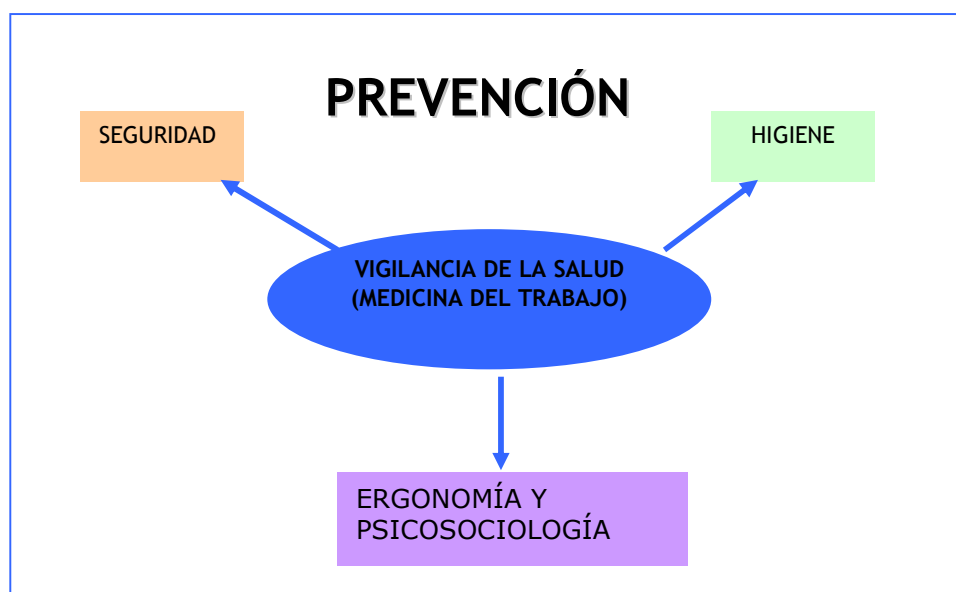
Si se observa la Vigilancia de la salud desde un plano superior se puede comprobar cómo ésta constituye un elemento vertebrador y articulador del resto de especialidades al tener como principal propósito la comprensión y análisis del impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores, de tal forma que su puesta en práctica permita mejorar las condiciones de trabajo. Es decir, si existe una buena praxis en las actividades que conlleva la vigilancia de la salud analizando el estado de salud de los trabajadores tanto a nivel individual como colectivo, podrá alcanzar su fin último que es contribuir a controlar los riesgos derivados de la ejecución del trabajo:

- √ *Respecto a la Seguridad:* analizando los efectos que las medidas de protección tienen en la salud de los trabajadores y proponiendo aquellas se sean de mayor utilidad y necesidad para mantener su salud, bien de carácter individual (p.e. cascos o tapones para los

oídos que eviten la sordera) como colectiva (instalar pantallas que aminoren el exceso de ruido en la nave industrial).

- √ *Respecto a la higiene:* analizando y evaluando los efectos que para la salud del trabajador han tenido las medidas higiénicas propuestas, controlando el efecto que producen sus productos en los trabajadores y contribuyendo a la toma de decisiones preventivas a nivel colectivo (p.e. un cambio en los productos que se utilizan o en su manejo) e individual (p.e. correcta protección con guantes de goma).
- √ *Respecto a la ergonomía y psicología,* un análisis específico de la salud del trabajador en su ámbito de trabajo podrá detectar la verdadera necesidad de establecer las medidas más adecuadas para proteger su salud tanto ergonómicamente como psicológicamente, así como la utilidad de las mismas.

Gráfico 9



- √ Para desarrollar de una manera coherente y de calidad la actividad de la V.S.T., en esta investigación se considera fundamental que una empresa cuando establezca un Servicio de prevención opte en primer lugar por la especialidad de *Medicina del trabajo* y la de Ergonomía y Psicosociología.

Esto no suele suceder habitualmente. Generalmente las empresas optan por otras especialidades, delegando normalmente la especialidad de medicina a un servicio de prevención ajeno, debido fundamentalmente al elevado coste que supone a una empresa contar con elementos humanos y materiales que requiere esta especialidad²⁸, y también a la fuerza de la costumbre. Es decir, que la buena relación que la empresa tenía con la Mutua encargada de llevar a cabo los reconocimientos se mantiene y se perpetua con la contratación de su servicio de prevención que generalmente les ofrece un paquete económico de todas las especialidades, además de las mejores infraestructuras en atención médica y hospitalaria tanto tecnológicamente como administrativamente en la gestión.

²⁸ Para desempeñar las funciones de Medicina del trabajo, entre las que se incluye la vigilancia de la salud, los servicios de prevención deben contar como mínimo con una Unidad Básica Sanitaria (UBS) formada por un médico especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa y con un ATS/DUE de empresa. A ello hay que sumar los costes derivados de las instalaciones y medios materiales de una UBS, que garantice a los trabajadores el derecho a la dignidad e intimidad en la ejecución de la vigilancia de la salud (art.15 LPRL): de carácter físico, salas de espera y recepción, despacho/s médico/s, áreas de consulta y exploración, etc..

Durante el análisis se han encontrado multitud de variedades:

- La más frecuente es la contratación de la Medicina del trabajo a los Servicios de prevención ajenos vinculados a las grandes mutuas y que ya realizaban anteriormente a la LPRL 31/1995 los reconocimientos médicos.

Tabla 4

ENTIDAD CON LA QUE TIENE CONTRATADA LA EMPRESA EL SERVICIO PREVENCIÓN AJENO (Excepto empresas constructoras)

	ESPAÑA	ARAGÓN
Con su Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	83,2%	87,3%
Con otra entidad especializada	16,1%	12,7%
NS	0,4%	-
NC	0,2%	-
TOTAL	2832 (100%)	129 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2003). Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

- En algunas de las empresas donde ya tenían un médico de empresa, han optado por reciclar a sus profesionales aumentando su formación en materia preventiva y mejorando el área de medicina del trabajo, en beneficio

de la salud de sus trabajadores y de la calidad de su servicio.

- Otras que disponían del servicio de médico de empresa con el fin de recortar gastos y medios han optado por contratar un servicio de prevención de riesgos ajeno que les presta, además de otras especialidades de prevención también la de medicina del trabajo.
- También se han encontrado empresas donde conservan su médico de empresa con capacidad de emitir recetas, *“para evitar desplazamientos a los trabajadores”* y realizar las primeras curas en caso de accidente (*“Atención de Urgencia”* contemplada dentro de la Medicina del trabajo), además de tener contratado un servicio de prevención ajeno que les lleva a cabo la V.S.T..

Se ha demostrado durante el estudio la ventaja que supone para los trabajadores contar en su empresa con un área de salud laboral o medicina del trabajo propio, porque redundaría en la mejora sustancial de sus condiciones laborales, ya que dispone de asistencia médica a urgencias²⁹ y asesoramiento de manera inmediata, los profesionales médicos y de enfermería conocen cada puesto de trabajo, la historia médica de cada trabajador y

²⁹ En algunos casos también es frecuente atender procesos no urgentes.

generalmente las circunstancias personales y laborales que le rodean.

Al mismo tiempo que se establece una relación de confianza entre médico y paciente-trabajador propiciada por la dedicación continuada de los profesionales médicos a los trabajadores de una determinada empresa, derivada de la estabilidad del personal médico en la empresa.

Por tanto, hay que destacar el elevado nivel en la calidad de las actuaciones que conlleva la V.S.T. en aquellas empresas en cuyas instalaciones se desarrolla la especialidad de medicina del trabajo, es decir que cuentan con un servicio de prevención propio. Generalmente son grandes empresas por que lo obliga la ley y porque disponen de más medios. No obstante, su actuación debería de servir de reclamo también a otras grandes y medianas empresas.

4.3 INCOMUNICACIÓN ENTRE SUBSISTEMAS

Las sociedades complejas tienen ante sí un reto que muchas veces resulta difícil de resolver. Se produce una especialización continua, de forma que determinados órganos asumen unas funciones especializadas, ejercidas de forma profesional, en la prestación de determinados servicios, sean éstos públicos o privados. Esto ha sucedido en el caso de la prevención de riesgos laborales. Pero esta pluralidad orgánica suele actuar sobre una misma realidad social, sobre un mismo tejido

empresarial, sobre unos mismos trabajadores. Por ello, el sistema de información que haga posible una coordinación y una articulación entre todos los estamentos implicados en esa realidad, se convierte en un aspecto esencial para que funcione ese sistema adecuadamente. Cuando se producen cortocircuitos en los nervios pluridimensionales de comunicación, empiezan a aparecer problemas de ineficacia.

En este sentido, esta investigación ha puesto de manifiesto que la incomunicación que existe en Aragón entre los ámbitos que intervienen en llevar a cabo la V.S.T. tanto del subsistema normativo, como del técnico y del laboral constituye un verdadero obstáculo para su desarrollo y evolución.

- √ **Al interior del subsistema normativo:** la comunicación entre la autoridad laboral y la sanitaria se produce en casos muy puntuales y sólo para cuestiones muy concretas como actuaciones de urgencia. El reforzamiento de la comunicación redundaría en una mejora sustancial de las actividades que conlleva la V.S.T., al mismo tiempo que ahorraría costes a la Administración.

"Una mayor y mejor colaboración y comunicación con el Departamento de Sanidad o con el área encargada de Salud Laboral y también con el ISSLA sería importante para controlar si realmente se realizan los reconocimientos médicos de acuerdo al protocolo establecido". (Autoridad Laboral).

- √ **Entre los profesionales médicos del subsistema técnico y los del sistema nacional de salud:** No hay comunicación fluida entre el personal médico especialista en medicina del trabajo

pertenciente al Servicio de prevención y los médicos del SALUD. Incluso en algunos casos se ha detectado una rivalidad latente, reconocida pero no pública entre ambos, por el error de pensar que no comparten intereses, cuando el fin del trabajo de ambos es mejorar la salud de una persona (paciente o trabajador).

Los médicos del SALUD asocian los intereses del médico de empresa con la misma, puesto que de su experiencia laboral pueden deducir que la interpretación de los diagnósticos que le llegan a través del trabajador no son los más correctos ni los más adecuados a los intereses de éste y que existe una tendencia generalizada a derivar el tratamiento de las enfermedades profesionales a la seguridad social, además de su escaso reconocimiento.

Por su parte los médicos de empresa consideran que sus diagnósticos son totalmente imparciales y objetivos respecto a los intereses del trabajador, puesto que ellos son los especialistas en medicina del trabajo y los verdaderos conocedores de esta especialidad (competencia que niegan a los médicos generalistas) y consideran que su trabajo no está mediatizado por los intereses de la empresa.

"En muchas ocasiones el trabajador hace de intermediario entre el médico del trabajo y el de cabecera. Sería mejor que existiese un contacto directo entre ambos porque el paciente no siempre entiende las cosas como realmente son, ya que está implicado directamente. Esa comunicación facilitaría el trabajo a ambas partes, se podrían poner de acuerdo para hacer las pruebas lo más

rápido posible, se evitaría atender muchas consultas del trabajador que va y viene de un lado para otro". (Representante de organización sindical).

"No hay relación entre los médicos que se dedican al tema laboral y los médicos de atención primaria y sí tendría que haberla porque el trabajo puede influir en la salud en general". (Autoridad Laboral)

Esta incomunicación también genera serios obstáculos para llevar a cabo el principio que establece la normativa en prevención en cuanto que *"..debe ser prolongada en el tiempo, cuando sea pertinente, más allá de la finalización de la relación laboral..."*. Generalmente es el sistema público el que asume los reconocimientos post- ocupacionales.

"En los casos de enfermedad común, tratada por el sistema público de salud, la información se da al trabajador y es éste el que debe de transmitirla al servicio de prevención. Dicho servicio no puede dirigirse directamente al médico del sistema público de salud en busca de esa información". (Delegado de prevención)

Por lo tanto, para solventar esta falta de entendimiento y de incomunicación sería recomendable que se establecieran canales de comunicación entre ambos, bien fuese a través de un sistema compartido de información respecto al paciente o a través de foros y encuentros en los que ambos puedan expresar y compartir opiniones y puntos de vista para llegar a un diálogo y cooperación en bien de la salud de los trabajadores-pacientes o de los pacientes-trabajadores.

- √ **Entre los profesionales pertenecientes al subsistema técnico:** Existen serias *dificultades de coordinación e integración* con profesionales de diferentes disciplinas.

Los profesionales sanitarios de los servicios de prevención son quienes, para una buena V.S.T. individual y colectiva, deben integrar los datos provenientes de diferentes fuentes de la empresa. Para ello deben pedir información (sobre riesgos, puestos de trabajo, entorno laboral, etc.) al resto de profesionales de la prevención (ingenieros, psicólogos, químicos, etc.), cosa que no siempre resulta fácil. Al menos se quejan mucho de las dificultades que tienen en este sentido. De hecho, estos profesionales sanitarios son quienes más han visto modificada su función a partir de la implantación de la LPRL 31/1995, y por ello parecen también los más descontentos y con sensación de aislamiento.

En el acontecer cotidiano se establecen unas barreras que dificultan la coordinación y la cooperación, como son: los lenguajes no compartidos, la pretendida presencia de intereses opuestos e incluso la falta de tiempos de encuentro donde trabajar conjuntamente y compartir información y opiniones.

Esta incomunicación se acentúa en la empresas que tienen técnicos de prevención propios responsables de otras especialidades de la prevención y tienen contratada la especialidad de medicina del trabajo.

"Los profesionales médicos de Servicios de Prevención Ajenos no tienen nexos de unión con los técnicos que hacen la prevención en las empresas, por lo que desconocen en muchas ocasiones qué riesgos hay. Cada uno de estos servicios no sabe lo que está haciendo el otro: por lo que se imposibilita hacer una VS específica". (Delegados de Prevención).

Una de las causas que explica la situación actual es que la realización de reconocimientos médicos específicos requiere un trabajo previo pluri e interdisciplinario que permita la identificación de los trabajadores expuestos a riesgo. No es el objeto entrar a valorar la calidad de las evaluaciones de riesgo de que se dispone en las empresas, pero sí lo es el comentar las barreras que se observan para el trabajo entre los que se han venido a llamar "los técnicos" y "los médicos".

No existe una "tradición" de trabajo en equipo entre disciplinas y, aunque la norma deje clara la necesidad de ello para una acción orientada a prevenir el riesgo, prevalecen lo que en ocasiones son temores, inseguridades o celos entre profesionales que impiden aportar a las evaluaciones de riesgo visiones enriquecedoras y, como consecuencia, actúan como barreras para la implantación de una adecuada vigilancia.³⁰

³⁰ Las fichas de datos sobre trabajadores expuestos a riesgos laborales y de aquellos sobre los que se ha practicado vigilancia específica de la salud, que los servicios de prevención de riesgos laborales remiten a la Administración sanitaria en Navarra, son una muestra de esa falta de trabajo coordinado entre distintas disciplinas: en un tercio de las fichas correspondientes a empresas donde se practica vigilancia específica de la salud, ya sea con recursos propios o con ajenos, no figuran identificados como trabajadores expuestos al riesgo laboral aquellos a los que se les practica dicho examen de salud (Artieda, 2003).

- √ **Entre el subsistema técnico y el subsistema laboral:** la escasa comunicación y cooperación entre el personal técnico y los trabajadores también producen desajustes en la aplicación de la V.S.T..

Si el técnico en prevención se limita a observar los puestos de trabajo desde "arriba" (despacho o consulta), si no cuenta con la opinión del trabajador en la mejora de su actividad o la utilidad de las medidas de protección tomadas, o de las circunstancias que rodean a su trabajo, etc., difícilmente se podrá llevar a cabo una buena labor preventiva.

*"No se cuenta con nuestra opinión, sólo se nos preguntaron cuando se hizo la evaluación de riesgos, después sólo bajan a mirar y a controlar si llevamos puestas las medidas de protección sin escuchar si son útiles o no".
(Trabajador).*

"Los trabajadores nos ven como inspectores que vamos a controlar si llevan puestos los EPIS". (ATS de empresa)

- √ **Al interior del subsistema de relaciones laborales.** Una buena relación y fluida comunicación entre los trabajadores y empresario y entre los trabajadores y el delegado de prevención, facilita en gran medida la implementación de la vigilancia de la salud en base a la participación activa de éstos.

Cuando un delegado de prevención comparte información con sus compañeros respecto a su estado de salud y condiciones de trabajo se facilita la transmisión de información tanto a la empresa como al servicio médico encargado, así como la eficacia de sus actuaciones, al agilizar procedimientos y facilitar el diálogo siempre en defensa de los intereses del trabajador.

"Las cosas pueden mejorar dependiendo del interés que el delegado de prevención ponga en estos temas y de su insistencia a la empresa en aquellas cosas que están mal y que hay que mejorar". (Trabajador).

"El delegado de prevención es útil cuando está en los puestos de trabajo y ve directamente los problemas que hay, pero no es útil si está en una oficina y no en contacto directo con los trabajadores. (Trabajador).

Cuando una empresa establece canales de participación de los trabajadores de forma constructiva y con unos fines objetivos e inmediatos identificados por todos los trabajadores estos se sienten identificados con el sistema de prevención de la empresa.

Si un buen plan de prevención se basa en la participación, éste es el primer eslabón de la cadena. Si falla, dificultará que la información fluya adecuadamente para conseguir los fines propuestos.

- √ **La relación entre la época ocupacional y la post-ocupacional:** Otra circunstancia poco clara es la VST post-ocupacional.

Los trabajadores afectados por ciertos riesgos (amianto, ardistyl, etc.) siguen en fase de V.S.T. años después de haber dejado el trabajo. Suele ser el Servicio Nacional de Salud quien se ocupa de esta actividad de la V.S.T.. Se trata de una situación atípica, pero cada vez más frecuente y necesaria desde el punto de vista de la prevención de riesgos.

"Todavía no se hace este tipo de vigilancia de la salud a posteriori en personas que han tenido que abandonar el trabajo. ...ese es uno de los "grandes retos" de la VST que se tienen. La solución a esto, y a muchas cosas más, sería la tarjeta con el historial médico de cada persona. En la MAZ ya tienen acceso informático a los historiales de todos los trabajadores que pasan por ellos en toda España. En Zaragoza, por ejemplo, pueden saber los reconocimientos que se han hecho a un trabajador en otra ciudad". (Representante de un Servicio de Prevención Ajeno).

4.4 LOS ACTORES EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN Y EL DIFERENTE NIVEL DE SENSIBILIZACIÓN ADQUIRIDO RESPECTO A LA VIGILANCIA DE LA SALUD.

Las entrevistas realizadas a un conjunto amplio de representantes de los diversos estamentos implicados en la prevención laboral han revelado la existencia de diferentes niveles de sensibilización e información. Para abordar esta cuestión se va a hacer referencia tanto a los actores particulares (trabajadores y empresarios vistos en su individualidad) como a los actores colectivos (organizaciones empresariales y sindicales) respecto a la V.S.T..

ACTORES INDIVIDUALES

En primer lugar, como idea general que hay que reseñar, **las importantes carencias que a nivel informativo tienen tanto empresarios como trabajadores respecto al qué, cómo, cuándo, dónde y para qué sirve la Vigilancia de la Salud**. Se ha detectado la existencia de una gran confusión en estos dos colectivos sobre los conceptos y actuaciones que supone la V.S.T.: reconocimientos médicos, actividades de las mutuas, actividades de los Servicios de Prevención, actividades asistenciales y preventivas, las dimensiones individual y colectiva de la V.S.T., etc.

Este déficit de información y de formación al respecto lo demuestra los comentarios recogidos a las personas entrevistadas y los datos aportados por la V Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo dónde más de un 30 % de los actores (directivos, técnicos, trabajadores, etc.) que forman parte de las empresas no ha asistido nunca a un curso de formación en seguridad y salud. Destacar como dato más significativo y alarmante que el 37,9% de las personas que desempeñan funciones de seguridad y salud en Aragón tampoco lo han recibido. En el conjunto de España este porcentaje se reduce al 15,4%.

Tabla 5

CARGOS DE LA EMPRESA QUE HAN RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN ARAGON (Excepto Empresas Constructoras)

ASISTIO A UN CURSO DE SEGURIDAD/SALUD	Personas que desempeñan funciones de seguridad y salud	Directivos	Mandos Intermedios	Resto de Trabajadores
Sí	46,8%	58,7%	60,2%	52,8%
No	37,9%	30,0%	36,3%	47,2%
No hay	14,0%	1,7%	1,7%	-
NS	1,3%	9,5%	1,3%	-
NC	-	-	0,6%	-
Total	84 (100%)	84 (100%)	84 (100%)	84 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004). Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Por lo tanto los datos cualitativos y cuantitativos demuestran un déficit evidente de formación al respecto en Aragón, lo cual genera la necesidad de mejorar la calidad de las actividades que conlleva la prevención de riesgos laborales.

A continuación se va a proceder a reflejar, dentro de este marco general, las características particulares que presenta cada tipo de actor:

√ **Empresarios**

Los empresarios son quienes, según la ley, deben garantizar la vigilancia de la salud de sus trabajadores. Ya se ha visto en epígrafes

precedentes hasta donde llega el cumplimiento de este mandato, que normalmente se realiza a través de intermediarios (responsables de prevención, servicios médicos, servicios de prevención, recursos humanos, etc.). Pero más allá de esta cuestión, interesa en este momento saber si el empresario, en primera persona, conoce lo que implica la vigilancia de la salud dentro de la prevención y de las condiciones laborales de sus trabajadores.

Ya se sabe que la figura del empresario, en las sociedades modernas, tiende a desdibujarse: accionistas, gerentes, administradores, etc. son figuras que están asumiendo el papel de directores de las unidades empresariales. Aun siendo esto así en la mayoría de las empresas medianas y grandes, lo cierto es que en una parte importante del tejido empresarial, la figura del empresario, como persona física identificable, sigue estando plenamente vigente. En este estudio se han entrevistado a perfiles de los dos tipos, tanto empresarios como gerentes de empresas.

El análisis de las entrevistas permite concluir que los empresarios no conocen realmente quién y cómo se debe desarrollar la tarea de la V.S.T., ni cómo controlar su aplicación en la empresa, ni saben qué pueden exigir y qué no a los servicios de prevención.

Consideramos que hay varios aspectos que inciden en el nivel de desconocimiento del empresariado:

a) En primer lugar, sorprende la existencia de una carencia importante de información. El empresario tiene muy clara su responsabilidad al respecto derivada de la antigua ley que obligaba a los reconocimientos médicos. Sin embargo, a partir de la aplicación de LPRL 31/1995 sólo ha percibido un incremento de costes de algo que hasta ahora era gratuito. La realidad ha demostrado que no funcionan los cauces para explicarles e informales que la V.S.T. constituye algo mucho más importante y de mayor calado que la obligatoriedad de contratar o constituir un servicio de prevención, en la realización de reconocimientos médicos y en el "apto" o "no apto" respecto a cada trabajador.

b) En este sentido, falta una considerable labor de sensibilización respecto a la importancia que conlleva para cada empresa apostar por la prevención y promoción de la salud de sus trabajadores a través de una adecuada V.S.T., al mismo nivel que la apuesta que puede realizar por la calidad de los productos y servicios.

c) La no existencia de una adecuada información y sensibilización llevan a que, dentro de la estrategia empresarial, la primera tendencia sea la de "solventar" la situación cumpliendo el expediente: en las pequeñas empresas contratando un servicio de prevención ajeno lo más barato posible y, en las medianas y grandes, delegando en los técnicos de su servicio de prevención propio o ajeno toda responsabilidad respecto a la V.S.T..

"Los empresarios, generalmente, no están muy informados de los temas de vigilancia de la salud. delegan el tema en el servicio de prevención propio, en las reuniones les explican las cosas y confían en ellos, no se preocupan más por el tema". (Médico de empresa).

"Yo confié en el Servicio de Prevención de la mutua y en los técnicos a ellos delego la responsabilidad de la prevención, llevamos trabajando con ellos muchos años" (Empresario).

d) Por el lado de los derechos también es preciso realizar algunos comentarios. En algunas ocasiones se ha detectado que el empresario desconoce sus derechos en el momento de contratar un servicio de prevención ajeno, con la consiguiente incapacidad de reclamar actuaciones que se deberían estar realizando en su empresa, que están pagando y no reciben; además de con obligaciones que deberían cumplir y que no se están cumpliendo.

En este sentido, también suelen desconocer las características y procedimientos de especificidad, temporalidad, voluntariedad, etc. que conlleva la vigilancia individual de la salud de sus trabajadores y en muy pocas ocasiones han oído hablar de la vigilancia colectiva de la salud.

e) Estas consideraciones previas llaman a la necesidad de reforzar la importancia de contratar un servicio de prevención que preste sus servicios con calidad. La mayoría de las pequeñas y medianas empresas ha optado por contratar servicios de prevención ajenos vinculados a las grandes mutuas que antes les prestaba sus servicios³¹.

³¹ Desde 2003 les está prohibido realizar con cargo a las cuotas que pagan los empresarios los reconocimientos médicos gratuitos.

“Antes de la aparición de la nueva ley, en esta empresa ya realizaba los reconocimientos anuales esa mutua y ahora seguimos con la misma”.
(Empresario).

En este sentido, hay que resaltar que la forma de actuar de los servicios de prevención procedentes de estas grandes mutuas no contribuyen mucho a la sensibilización del empresario respecto a las ventajas que para su organización conlleva una correcta aplicación de la V.S.T. conforme a la LPRL 31/1995, puesto que en muchas ocasiones ofrecen la especialidad de la V.S.T. como un “regalo” dentro del paquete de servicios que ofrece el servicio de prevención. Esta forma de actuar lleva a minusvalorar ante los ojos del empresariado la importancia de la V.S.T..

f) En la línea de reforzar la importancia de la información y sensibilización, se ha detectado que las asesorías juegan un papel muy importante en esta labor de asesoramiento a las empresas respecto a las actividades que conlleva la V.S.T.. Por ejemplo, en Aragón gestionan y son responsables de la actividad administrativa y laboral de casi el 99% de las empresas. Son ellas las encargadas de sensibilizar, formar y orientar al empresario de las medidas que ha de llevar a cabo para realizar una labor preventiva en su organización, e incluso llevarlas a la práctica si es necesario con la contratación de un servicio de prevención y el control de su actividad.

“En muchas empresas pequeñas a veces es el gestor el que informa al empresario de lo que tiene que hacer según la Ley. Depende de cómo traslade

esa información el gestor se conseguirá mayor o menor calidad en vigilancia de la salud". (Médico de empresa)

√ **Trabajadores**

Los trabajadores (excepto los que han sido o son delegados de prevención) identifican Vigilancia de la Salud con reconocimientos médicos al uso (generales y anuales). En las entrevistas se ha puesto de manifiesto que muchos de ellos ni siquiera conocían el término de "Vigilancia de la Salud".

Sólo en el caso de trabajadores con experiencia que pertenecen a empresas grandes y generalmente con servicios de prevención propios han percibido cambios en el procedimiento de realización de los reconocimientos con la entrada en vigor de la LPRL 31/1995.

"Son muy generales y no sirven para nada... nos miran el oído y la vista y preguntan si bebes y fumas, pero no hacen un electro, algo que según la edad y el trabajo sería más necesario....sólo los hacen más exhaustivos en empresas más grandes". (Trabajador)

Y de los que han experimentado cambios en el procedimiento de realización de los reconocimientos médicos, muy pocos creen que hayan sido a su favor, porque perciben que han perdido derechos adquiridos durante años, como por ejemplo analíticas generales o su periodicidad.

"Han quitado algunos reconocimientos, según el puesto de trabajo lo hacen cada dos años en vez de hacerlo anual, pero no me parece bien tendrían que ser reconocimientos más exhaustivos". (Trabajador)

Es también destacable el escepticismo de muchos de los trabajadores respecto a la utilidad de los reconocimientos médicos de empresa. No lo perciben como una mejora de su salud laboral; es más, existe la creencia generalizada de que el resultado de los mismos es en realidad un control que ejerce la empresa.

*"La vigilancia de la salud puede servir al empresario como instrumento de presión sobre el trabajador... antes de hacerme fija en la empresa, me hicieron un reconocimiento y, dependiendo de los resultados, me hacían fija o no".
(Trabajadora)*

Tal es el grado de escepticismo respecto a los resultados de los reconocimientos médicos de empresa que muchos acuden a su médico del SALUD para cerciorarse de los mismos, o para que les expliquen los resultados de las pruebas, o porque el médico de empresa les ha remitido a éste al detectar alguna anomalía en los resultados ajena a su competencia derivada de los reconocimientos generales al uso. Con lo cual es evidente que la percepción que tiene el trabajador acerca de los reconocimientos médicos conlleva inevitablemente connotaciones de escasa utilidad.

"No nos explican los resultados de los reconocimientos. Los envían por correo o nos dan los sobres directamente en la empresa. Sólo en algún caso recomiendan al trabajador que vaya al médico de cabecera para controlar más algún aspecto". (Trabajador)

Esta situación de incredulidad generalizada respecto a la prevención y promoción de la salud de los trabajadores en el ámbito

laboral se ve acentuada al tratar el tema de las enfermedades profesionales, al existir una tendencia generalizada de derivarlas a la Seguridad Social en todos los ámbitos de trabajo.

"No se tienen en cuenta las posibles enfermedades profesionales. Esos trabajadores que llevan 20 ó 30 años en la empresa sólo hace 2 ó 3 años que trabajan con medidas de protección y no se tienen en cuenta los riesgos a los que han estado expuestos durante todos esos años anteriores. Ahora le detectan un problema y le dicen que no es enfermedad laboral, que eso ya lo tenía antes, que es enfermedad común y lo pasan a la Seguridad Social. Es muy importante que se tenga en cuenta la vida laboral de cada persona en relación con las posibles enfermedades laborales. (Trabajador)"

Queda por tanto una labor importante por parte de todos los actores responsables de implementar las actividades que conlleva la V.S.T. (subsector normativo y técnico) de sensibilización e información dirigida a los trabajadores aragoneses, que se puede acometer desde dos frentes:

- A través de cursos de formación donde asistan todos los trabajadores de forma "obligatoria" (porque las campañas informativas a través de folletos informativos han demostrado su limitaciones), donde se les informe de los cambios que ha supuesto la LPRL respecto a la vigilancia de su salud y de sus derechos al respecto y, sobre todo,
- A través de una mejora sustancial de la calidad de los servicios médicos prestados por los servicios de prevención.

"Al trabajador hay que explicarle las cosas muy bien para que éste no oculte información que pueda afectarle. Hay que despertarle una inquietud que le obligue a protegerse. Se trata de sensibilizar a los trabajadores para que se tomen en serio la VST". (Médico de empresa)

Un incremento de la participación de los trabajadores en el ámbito laboral también sería un buen recurso para que ellos se sintieran parte del sistema de prevención, identificándose más con el puesto que han participado en su elaboración y se cuenta con su opinión para actualizar modos y maneras de realizar su trabajo.

"El trabajador es quien mejor conoce su puesto y quién mejores ideas puede aportar para prevenir sus propios accidentes y cuidar su salud". (Trabajadores)

Las limitaciones detectadas respecto a la cultura preventiva y de sensibilización de los trabajadores en torno a la vigilancia de la salud, se acentúa doblemente en los inmigrantes, ya que proceden de otros países con escasos conocimientos del idioma español y de los métodos de trabajo. Esto dificulta enormemente la comunicación y coordinación entre los trabajadores y los procesos de formación e información sobre los riesgos y medidas preventivas. Muchos de ellos acuden a los reconocimientos médicos porque les "obliga" la empresa y se realizan de manera formal y general, muy alejados de la normativa. Si a estas barreras de comunicación se suma el alto grado de temporalidad laboral que padecen, la prevención a ellos destinada adolece de grandes limitaciones, con lo cual su situación de precariedad laboral se ve acentuada en todos los sentidos.

En definitiva, los datos disponibles reiteran que la V.S.T. es una de las actuaciones preventivas que más ignoran sus propios beneficiarios. De ahí que desde el mundo sindical se reclame una mayor formación sobre este tema, ya que los trabajadores no suelen tener claro qué es lo que pueden esperar de la vigilancia de la salud.

ACTORES COLECTIVOS

Es ahora donde más aconsejable es tratar la cuestión de la V.S.T. respecto de los actores colectivos. Esto es así porque las organizaciones empresariales y sindicales juegan un papel muy significativo en esa labor de información y sensibilización en materia preventiva, en base a intereses diferentes, pero con un fin común que es la mejora de las condiciones laborales y de salud de los trabajadores.

Son muy significativos en Aragón los grandes esfuerzos que ambos tipos de instituciones realizan para fomentar la prevención en sus diferentes interlocutores, sobre todo a través de su amplia oferta formativa, porque consideran que en el ámbito de la V.S.T. no se está avanzando al ritmo que se debiera. Hasta el momento se han centrado más los recursos en otros aspectos de más inmediatez, como son la lucha contra los accidentes de trabajo y la implantación de medidas de protección, dejando en un segundo plano de actuación las actividades que conlleva la V.S.T.. Pero, a nivel de deseos de futuro, ambas partes dan una importancia relevante a la consolidación de la V.S.T. en el tejido empresarial aragonés.

Conscientes de la importancia que supone una buena implementación de las actividades que conlleva la V.S.T. a medio y largo plazo para mejorar las condiciones laborales y, por lo tanto, la productividad y competitividad de las empresas aragonesas y el empleo de ellas dependiente, actualmente están centrando muchos de sus esfuerzos en esta labor, con el fin de solventar las carencias detectadas.

Bajo este paraguas común, sin embargo se detectan algunas diferencias en sus propuestas de mejora que es preciso comentar:

√ **Las Organizaciones sindicales:**

Las organizaciones sindicales están altamente concienciadas de la importancia de la Vigilancia de la Salud e intentan hacer que empresarios y trabajadores asuman plenamente las diferentes responsabilidades, derechos y obligaciones que les corresponden

Desde este tipo de organizaciones se están proponiendo una serie de medidas, como por ejemplo:

- a) Detectadas las carencias que las pequeñas empresas tienen en cultura de prevención proponen la creación de la figura del "*delegado territorial sectorial*" cuya misión es la de visitar determinadas empresas de forma periódica en función del número de trabajadores y de la actividad de la empresa para informar a los trabajadores de la aplicación del plan de prevención.

"...en otras comunidades autónomas, como la de Asturias, está dando muy buenos resultados...". (Representante de organización sindical)

La finalidad de esta figura es que la información en esta materia llegue a los trabajadores de las micro y pequeñas empresas, facilitándoles canales de participación y mejora y medios para su intermediación en el contexto laboral. No hay que olvidar que la LPRL 31/1995 es una propuesta de mínimos y su desarrollo queda en manos de la negociación colectiva y en los comités seguridad y salud, de forma que si estas pequeñas empresas no tienen delegados de prevención que medien por ellos difícilmente podrán participar en su implementación.

- b) Desde estas organizaciones se insiste mucho en la necesidad de introducir *la prevención en la enseñanza formal e informal*, haciendo especial incidencia en los ciclos formativos de las carreras técnicas y en formación ocupacional.

"Se debería enseñar no sólo a hacer una pieza en un torno, sino también qué hay que hacer para no hacerse daño al hacerla. Mi sindicato está dando charlas en relación con esto, en Institutos, Centros de FP, Escuelas Taller..., unas 200 ó 300 charlas en todo Aragón al año". (Representante de organización sindical)

Con el fin de que los trabajadores asuman sus responsabilidades y derechos entorno a la prevención laboral y

de su salud como algo natural e intrínseco a su persona y no como una imposición que les viene dada.

- c) Fomentar *la participación* de los trabajadores, contribución que supone a favor de la prevención la participación y opinión de los trabajadores. Las carencias en este ámbito son denunciadas por las organizaciones sindicales y es un elemento imprescindible para mejorar las condiciones de trabajo y de salud en el ámbito laboral.

"El trabajador conoce perfectamente la máquina, lo que provoca, lo que produce y los peligros que puede tener". (Representante de organización sindical)

- d) Se trabaja desde las organizaciones por fomentar y sobre todo por *mantener los servicios de prevención propios* de las empresas, por el alto nivel de calidad de sus actuaciones respecto a la asistencia a urgencias, prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

"Hay empresas grandes que no tienen servicio de prevención propio porque consideran más importante la productividad, sobre todo multinacionales... Cuando hay que reducir costes se suele subcontratar algunos servicios (limpieza, vigilancia, etc.). Quizás el servicio médico también esté en esa lista, pero hay factores como los grupos sindicales de la empresa, que son conscientes de que con un servicio de prevención ajeno bajaría mucho la calidad por lo que, dado el caso, defenderían el hecho de mantener un servicio de prevención propio. (Médico de empresa).

- e) Con el fin de proponer alternativas para conseguir mejoras respecto al reconocimiento de enfermedades profesionales, desde las organizaciones sindicales se propone la figura del "médico centinela", que dependería de la autoridad sanitaria y se encargaría de indagar sobre las causas que determinarían si una enfermedad es profesional o común.

"Médicos centinelas: todo médico de atención primaria con potestad para indagar en enfermedades profesionales, enmarcar un marco de sospecha y llevar la contingencia a la mutua para determinar si es o no profesional. Esto está funcionando en determinadas CC.AA, no en Aragón". (Representante de organización sindical)

√ **Las Organizaciones empresariales**

Las organizaciones empresariales han demostrado igualmente una amplia concienciación en torno a lo que supone la prevención y, en concreto, en la V.S.T.. Entre sus actividades se encuentra el fomento de una correcta praxis entre sus asociados en este ámbito, aunque no dejan de admitir la dificultad de llegar a todo el tejido empresarial, especialmente el de más pequeñas dimensiones.

En este sentido, las organizaciones empresariales realizan las siguientes propuestas:

- a) Debido a las grandes dificultades que las micro y pequeñas empresas aragonesas están teniendo para ponerse al día y

sobre todo el esfuerzo que supone mantener los costes asociados a las actuaciones y medidas que contempla la LPRL, las asociaciones empresariales proponen diferentes ritmos de aplicación de la normativa en base al tamaño y características de las empresas, ya que el tamaño es determinante en la aplicación de la V.S.T. y los riesgos a los que están sometidas.

"Un déficit que tiene la normativa de prevención de riesgos es considerar, a efectos de obligaciones, a todas las empresas por igual, tanto a las grandes como a las pequeñas, porque esto dificulta las cosas". (Representante de organización empresarial).

"Las pequeñas empresas no pueden llegar a todo al mismo ritmo que las grandes. En Aragón y en España la mayor parte de las empresas son microempresas y además, con una tipología muy diversa" (Representante de organización empresarial).

- b) Proponen seguir manteniendo y ampliando recursos en la información dirigida a las pequeñas empresas respecto a todos los aspectos que conlleve la prevención. La confusión entre conceptos y términos es muy frecuente así como las dudas respecto a la aplicación de sus contenidos, sobre todo en lo que se refiere a V.S.T.

"Un problema que tiene el empresario es el desconocimiento, en gran medida, de qué es esto de la vigilancia de la salud". (Representante de organización empresarial).

"Las empresas con riesgos específicos (productos químicos...) son las que más prevención hacen y menos riesgos tienen, porque como conocen el tema, lo abordan". (Representante de organización empresarial).

"Son frecuentes las llamadas de los empresarios para preguntarnos sobre sus derechos y obligaciones con respecto a los Servicios de Prevención Ajenos. Muchas veces pagan por servicios que no están recibiendo porque han recibido poca información al respecto". (Representante de organización empresarial).

"El empresario cada día es más consciente de que la prevención, como una parte más de la gestión de la empresa, requiere una calidad de los servicios y exige una contraprestación de esos servicios de prevención ajenos a la aportación económica que como empresario está haciendo. Al principio algunos empresarios se limitaban a cumplir una serie de obligaciones formales por si había inspección, pero esto también ha ido evolucionando y las empresas cada vez exigen más calidad de los servicios que reciben. La valoración de esa calidad la pueden hacer según la opinión de los propios trabajadores, que son los directamente implicados en esa vigilancia de la salud, y según unos parámetros que van teniendo al aumentar el conocimiento de las empresas en estos temas. (Representante de organización empresarial).

- c) Apuestan por *fomentar una cultura de empresa* entre los empresarios con el mensaje de que la prevención de riesgos no debe ser considerada como un coste añadido, sino como una inversión económica en los trabajadores, como la parte más importante de su empresa; lo demás son instrumentos.

"La empresa busca siempre el mayor beneficio con la menor inversión. La vigilancia de la salud le supone un gasto que será proporcional a la entidad de la empresa, pero supone más gasto para la empresa pequeña... Aún así,

es un gasto que las empresas pueden asumir". (Representante de organización empresarial).

"La gestión de prevención de riesgos no debe de ser considerada como algo externo, aunque el recurso sea ajeno". (Representante de organización empresarial)

- d) Proponen la *adopción de medidas que pongan freno al agravio comparativo* que supone que las empresas que más esfuerzos personales y económicos emplean para fomentar la prevención laboral en sus centros de trabajo, son de hecho las más inspeccionadas y las más sancionadas, mientras que aquellas que hacen "poco" casi nunca son controladas por la autoridad laboral. Esto puede hacerse bien a través de incentivos de carácter económico (por ejemplo desgravaciones fiscales) o de reconocimiento social (reconociendo públicamente a través de los medios de comunicación su labor y su esfuerzo).
- e) De la misma manera que las organizaciones sindicales proponen introducir la materia preventiva en todos los ámbitos formativos desde primaria hasta la formación profesional.

"Es muy importante algo de lo que todavía no se ha hecho casi nada: introducir la seguridad laboral en todos los niveles educativos, desde primaria, con los contenidos adecuados a cada edad, igual que existe una asignatura de educación vial. Hay que introducir en la educación conceptos, módulos, etc. de seguridad laboral porque una persona está en el trabajo la tercera parte del día" ". (Representante de organización empresarial)

4.5 PUNTOS DE CONFLICTO

Desde 1997, en que se publicó el Reglamento de los Servicios de Prevención R.D. 39/1997, hasta hoy, pocas son las empresas que, al menos de una manera formal, no hayan iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, de entre el conjunto de actuaciones que supone una correcta implementación de la prevención, una de las menos desarrolladas es el nuevo modelo de vigilancia de la salud.

Aunque la necesidad del trabajo interdisciplinar y de la evolución desde los reconocimientos médicos hasta la V.S.T. son cuestiones generalmente indiscutibles, su aplicación práctica dista mucho de ser una realidad y ser coherente con las formulaciones teóricas e incluso con la regulación normativa que se ha descrito en apartados anteriores.

Los datos disponibles muestran que el cumplimiento de las obligaciones en materia de vigilancia de la salud es relativamente bajo en España, y que, en muchos de los casos en que se hace algo al respecto, se trata de acciones que tienen poco que ver con las requeridas por la legislación vigente.

La V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo³² (INSHT, 2004), realizada a nivel del Estado español entre octubre de 2002 y enero de 2003, confirma los datos señalados en las encuestas anteriores: el "reconocimiento médico", según los responsables de las

empresas, es la actividad relacionada con la salud en el trabajo que se realiza con más frecuencia (69% en España y 87% en Aragón).

El 64,43% de los trabajadores entrevistados en Aragón afirma haber pasado por un reconocimiento médico en el último año³³. Por tamaño de empresas, la menor frecuencia de reconocimientos médicos se da en los centros de trabajo de menos de 10 trabajadores (50%).

Tabla 6

REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTO MÉDICO A LOS TRABAJADORES POR PARTE DE LA EMPRESA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN ARAGÓN

REALIZADO RECONOCIMIENTO MÉDICO	PLANTILLA DEL CENTRO					TOTAL
	MENOS DE 10	DE 10 A 49	50 A 249	250 A 499	500 O MÁS	
Si	16 (50%)	34 (77,27%)	19 (70,37%)	11 (66,67%)	45 (59,48%)	125 (64,43%)
No	16 (50%)	10 (22,73%)	8 (29,63%)	4 (93,33%)	31 (40,79%)	69 (35,57%)
Total	32 (100%)	44 (100%)	27 (100%)	15 (100%)	76 (100%)	194³⁴ (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) . Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales .

De manera muy similar a las ediciones anteriores de esta encuesta, la casi totalidad de estos reconocimientos médicos tienen un carácter periódico (98% en Aragón).

³³ Según la actividad desarrollada por el centro de trabajo, se realizan más reconocimientos médicos en el sector de la Construcción (82%) y en las diferentes ramas del sector Industria (77%), mientras que las ramas del sector Servicios son las que recogen menores frecuencias, destacando con el mayor porcentaje Otros Servicios (67%) y con el menor, Servicios Sociales (56%). (INSHT, 2004)

³⁴ La población finita de 194 trabajadores aragoneses entrevistados en la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) representa un 7% de Error muestral.

Tabla 7

MOTIVO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO REALIZADO A LOS TRABAJADORES

(Sólo a quienes, en últimos 12 meses, se les practicó reconocimiento médico por parte de empresa)

MOTIVO DEL RECONOCIMIENTO	ESPAÑA	ARAGÓN
Por mi incorporación al trabajo	3,8%	2,2%
Porque me asignaron tareas nuevas con nuevos riesgos para la salud	0,3%	-
Por incorporación tras una ausencia prolongada por motivos de salud	0,1%	-
Es periódico	94,3%	97,8%
Otros. Especificar	1,5%	-
NS	*	*
NC	*	*
Total	3472 (100%)	126 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) . Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Curiosamente, aunque la mayoría de trabajadores lo consideran útil (58,2% en Aragón), el 41,3% de los trabajadores que había pasado por un reconocimiento médico en el año anterior manifestaba que *"es un chequeo médico general que nunca está de más, pero no lo veo relacionado con los riesgos de mi puesto de trabajo"*, y un 0,5% que *"es inútil, lo único que se hace es perder el tiempo"*. Para más de un tercio de los trabajadores los reconocimientos médicos son poco específicos y por ello poco eficaces para prevenir los posibles riesgos en su puesto de trabajo.

Tabla 8

VALORACIÓN DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO POR LOS TRABAJADORES

(Sólo a quienes, en los últimos 12 meses, se les practicó reconocimiento médico por parte de empresa)

VALORACIÓN	ESPAÑA	ARAGÓN
Es inútil, lo único que se hace es perder el tiempo	2,1%	0,5%
Es un chequeo médico general que nunca está de más, pero no lo veo relacionado con los riesgos de mi puesto de trabajo	39,4%	41,3%
Es útil, considero que me han realizado las pruebas necesarias para saber si tengo alguna enfermedad relacionada con el trabajo	58,5%	58,2%
NS	*	*
NC	*	*
Total	3459 (100%)	125 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) . Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Respetto a 1997, aumentó el número de trabajadores que hacen esta valoración crítica desde el punto de vista preventivo del reconocimiento médico al que han sido sometidos (32,7% en 1997; 36,1% en 1999 y 39,2% en 2003), aumento estadísticamente significativo. Este incremento se produjo en todos los sectores de actividad (aunque los trabajadores del sector Servicios son los que en mayor porcentaje se vienen alineando con esta postura crítica: 42% en 2003). Estos datos son similares a los señalados por otras encuestas que se han realizado en el ámbito de las comunidades autónomas.

Pero más allá de los datos, desde una perspectiva sociológica, lo verdaderamente interesante es comprender por qué se está produciendo

esta lenta aproximación al modelo previsto por la ley. En puntos anteriores se ha reflexionado en torno a cuestiones de carácter estructural y, también, a cómo afronta cada uno de los principales actores implicados su visión de la vigilancia de la salud en el marco de la prevención. Ahora llega el momento de poner en interacción las diferentes perspectivas aportadas y profundizar en algunos "puntos de conflicto" que han sido detectados en el proceso de investigación y que, mientras no se reconozcan y reconduzcan de forma adecuada, no permitirán un correcto desarrollo de la VST. Estas reflexiones se han estructurado en torno a los siguientes apartados:

- Actividades que comprende la VST.
- Cómo se deben realizar las actividades de VST.
- Qué derechos debe garantizar la VST.
- Quién debe llevarla a cabo.
- Cuándo deben realizarse las acciones de VST.
- Participación de los trabajadores.

a) ¿Qué actividades comprende la V.S.T.?

Es preciso recordar que de acuerdo con la legislación vigente, las actividades de V.S.T. pueden ser de dos tipos:

- Individuales:

Consistentes en pruebas médicas a trabajadores para detección precoz de trastornos de salud. Estas pruebas deberían estar *planificadas en el tiempo*, con una periodicidad determinada, y sobre todo deberían ser *específicas para los riesgos* a los que está expuesto cada trabajador. A pesar de todo, y excepto casos muy puntuales que empiezan a despuntar, todas las fuentes consultadas reiteran que hasta ahora predominan los reconocimientos médicos generalistas, normalmente anuales, con escasa utilidad para la prevención de riesgos laborales.

El contenido de los reconocimientos médicos individuales debe incluir, como mínimo, una historia clínico-laboral, donde además de los datos de anamnesis, exploración física, control biológico y exámenes complementarios, se haga constar una descripción detallada del puesto de trabajo, del tiempo de permanencia en el mismo, de los riesgos detectados y de las medidas de prevención adoptadas (MSC, 2004). Pero en la práctica raramente se presentan todos estos datos en las fichas individuales.

"Si se hace un reconocimiento médico específico, lo que es poco frecuente, se hace para unos determinados riesgos, pero no para todos. Fundamentalmente

porque los protocolos del Ministerio son muy extensos y sería complicado hacerlo para cada riesgo y porque tendría un coste inabordable, para las empresas y para los servicios de prevención ajenos que normalmente prestan estos servicios". (Técnico de Prevención)

Ya se ha comentado que las actividades fundamentales comprendidas en la vigilancia de la salud individual del trabajador son la recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores, las evaluaciones periódicas de salud y exámenes médicos, los estudios de absentismo por enfermedad y la investigación de las causas de los daños para la salud..

La primera cuestión a resaltar es que a diferencia de las décadas anteriores, a partir de la LPRL 31/ 1995 las actividades de V.S.T. tienen como principal finalidad el servir para la prevención de riesgos laborales. Deben ser acciones dirigidas a identificar los trastornos de salud de los trabajadores y a ponerlos en relación con el contexto laboral en el que éstos trabajan. De esta manera se obtendrá una información indispensable para poder adaptar el trabajo a las personas y para realizar una adecuada planificación preventiva, así como evaluar la eficacia de las medidas preventivas que se hayan decidido implementar.

Es de destacar que, aunque se trata de algo claramente definido en la legislación vigente, supone un modelo radicalmente nuevo en el contexto laboral español, motivo por el cual era previsible que su implementación resultase ciertamente complicada. En este sentido, quizás el legislador pecó de ingenuidad planteando el modelo como

directamente aplicable, sin prever periodos transitorios en función de las características de las empresas, de los sectores y de los territorios.

En lo relativo a la V.S.T., era de esperar un freno al cambio, desde el punto de vista "cultural", identificado en su vertiente individual: nos referimos a que la orientación a la prevención de las pruebas médicas realizadas a través de los reconocimientos médicos fuerza a que éstos sean *planificados en el tiempo*, con una periodicidad determinada y, sobre todo ser *específicos para los riesgos* a los que está expuesto cada trabajador. Tanto desde el punto de vista del trabajador, como del empresario se preveía complicada la aceptación de este cambio de orientación, que suponía abandonar arraigadas prácticas tradicionales de tipo generalista.³⁵

Uno de los indicadores sobre el excesivo arraigo de la revisión médica general en España es la negociación colectiva. En el estudio dirigido por Del Rey *et al.* (2001, citado en Moreno, 2003), referido a la negociación colectiva entre 1994-1999 en España, se señala que el 43,7% de los convenios colectivos sectoriales y el 71,2% de los convenios colectivos de empresas contemplan cláusulas relacionadas con la vigilancia de la salud. Pero la mayor parte de estas cláusulas se amparan en el derogado art. 44 de la Orden de 21 de noviembre de 1959, por la que se aprobó el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, estableciendo la obligación empresarial de realizar un reconocimiento anual y general al trabajador. Un reconocimiento, por

³⁵ Por ejemplo, en el caso de la comunidad autónoma de Navarra existen datos que indican que sólo se practican exámenes de salud específicos en el 33% de las situaciones de riesgo en las que se han identificado trabajadores expuestos (Artieda et al., 2001).

otra parte, también obligatorio para el trabajador. En el período 1998-1999 contenían esta cláusula el 65,5% de los convenios analizados.

Además, las Administraciones públicas (Ministerio de Sanidad, Departamentos de Salud autonómicos, autoridades laborales, etc.) tienen la responsabilidad de elaborar guías y protocolos para poder facilitar la realización de dichos reconocimientos específicos en función de factores de riesgo concretos. Esto, necesariamente, suponía la adaptación paulatina de las pruebas médicas a los requerimientos de la ley, pues la variedad de riesgos y el trabajo en equipo y coordinado supone un proceso necesariamente pausado.

“Los protocolos están muy bien elaborados en la teoría, pero no están bien aplicados al mundo laboral”. (Médico de empresa)

A esto hay que añadir que cada empresa, en función de sus riesgos y de las características de su plantilla (edad, sexo, susceptibilidades individuales, etc.) debe adaptar esas guías, o establecer las medidas oportunas para aquellos riesgos de momento no protocolarizados, con lo que se introduce un necesario factor que dilata más en el tiempo la plena implantación de la Vigilancia de la Salud.

- Colectivas:

Las actividades colectivas van dirigidas a estudiar la frecuencia y distribución de los trastornos de salud en un determinado ámbito (empresa, sector económico, territorio, etc.). También pretenden contribuir al establecimiento de relaciones causales entre la exposición a

un factor de riesgo y la aparición de daños a la salud. Asimismo también sirven para evaluar la efectividad de las intervenciones en materia de prevención de riesgos laborales.

Además, desde este punto de vista, las acciones no se limitan al ámbito reducido de la empresa, sino que deben tener una visión más amplia. De ahí la colaboración con el Sistema Nacional de Salud en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el trabajo, así como en las campañas sanitarias y epidemiológicas. Pero, de acuerdo con las fuentes consultadas, este tipo de actividades *son muy minoritarias* en las prácticas habituales de las empresas y de los Servicios de Prevención. Se echa en falta una mayor implementación de esta vertiente de la V.S.T..

"No se está realizando, aunque la Ley lo marque, una vigilancia de la salud a nivel colectivo (epidemiológico, etc.)". (Inspector de Trabajo).

Quizás la mayor potencia preventiva que posee la V.S.T., tal y como se plantea en la LPRL 31/1995, es que permite elaborar estudios de carácter colectivo, orientados a analizar la frecuencia y distribución de los trastornos de salud en un determinado ámbito (empresa, sector económico, territorio, etc.). También pretenden contribuir al establecimiento de relaciones causales entre la exposición a un factor de riesgo y la aparición de daños a la salud. Asimismo también deberían servir para evaluar la efectividad de las intervenciones en materia de prevención de riesgos laborales. Como se ve, actividades de carácter epidemiológico que conllevarían importantes consecuencias tanto en el

nivel de la unidad de producción como con relación a los diferentes ámbitos y, lo que es más importante, respecto a los factores de riesgo.

Desde el punto de vista de cada unidad de producción, los Servicios de Prevención deben analizar los datos provenientes de los exámenes médicos con criterios epidemiológicos, con el objetivo de investigar las correlaciones entre las exposiciones a factores de riesgo y la aparición de daños a la salud.

"No se realiza control epidemiológico, no se relacionan las patologías con los riesgos, no se elaboran conclusiones que lleven a una previsión y gestión eficaz de la salud de los trabajadores". (Técnico de prevención).

Pero desde un punto de vista más amplio (sector económico y territorio), para poner en práctica este complejo sistema de información, se necesita poner en funcionamiento potentes sistemas de tratamiento de la información, con una estructura compartida (*estandarización*), de manera que anónimamente se pudiesen analizar de forma conjunta la multitud de datos que originan la actuación de los servicios de prevención propios y ajenos. Y en este caso, el papel motor debe corresponder a la administración, cuestión que se echa de menos, lo que ha redundado en una falta de implementación de la V.S.T. en esta vertiente.

b) ¿Cómo se deben realizar las actividades de V.S.T.?

Durante décadas la V.S.T. se ha equiparado, tanto por empresarios como por trabajadores, a los reconocimientos médicos-

sanitarios periódicos (normalmente anuales) y generalistas (una especie de chequeo de salud general: presión sanguínea, nivel de colesterol, análisis de orina y sangre, etc.). El modelo que introduce la LPRL es radicalmente distinto, ya que supone realizar exámenes de salud específicos para detectar los posibles daños causados por los riesgos específicos del lugar de trabajo. Esto implica que se deben realizar *pruebas distintas* (y dejar fuera aquellos parámetros generales) y *cambiar la periodicidad* (en lugar de cada año pueden hacerse cada 3 ó 5 años, por ejemplo).

Esta nueva situación ha dejado descontentos (o, quizá, desconcertados) tanto a empresarios como a trabajadores:

- a) A los trabajadores porque perciben que *pierden* los chequeos generales y que a partir de ahora sólo les revisan de ciertas cosas y en períodos más largos.
- b) A los empresarios porque *han pasado a pagar* por un servicio que hasta hace poco (hasta 2003) cubrían las Mutuas y las Administraciones públicas (a cargo de las cuotas de la S.S.). Y además perciben que deben pagar anualmente a los servicios de prevención de riesgos laborales por unas actividades que sólo se realizan una vez cada ciertos años.

Para evitar esta situación de descontento generalizada por parte de trabajadores y empresarios, los servicios de prevención ajenos

siguen realizando reconocimientos generales a los trabajadores junto con la aplicación de los protocolos según el puesto de trabajo.

"Se sigue haciendo la analítica de sangre y de orina a todos los trabajadores. porque para valorar un estado de salud es necesaria la analítica con un hemograma y una bioquímica completa". (Personal sanitario de un servicio de prevención ajeno)

Este desconcierto indica la necesidad de socializar a los actores de las relaciones laborales en un nuevo marco cultural preventivo, en un nuevo modelo de gestión de riesgos. En el caso de los trabajadores, en este estudio se ha constatado la falta de información sobre qué pueden esperar de la vigilancia de la salud.

Es habitual que cuando los trabajadores y trabajadoras son citados a un examen de salud no hayan recibido ningún tipo de información ni formación del porqué de esta actividad, cuál es su contenido y qué beneficios individuales y colectivos pueden obtener. No es raro encontrarnos ante la realidad de que una parte importante de la plantilla no acude a los exámenes de salud. Y ante esta situación debemos plantearnos el porqué. La explicación de que "no les importa su salud", además de falsa, no ayuda a identificar problemas y posibles soluciones.

Otra cuestión a destacar radica en la ya comentada debilidad de los análisis con criterios epidemiológicos. Normalmente los datos recopilados permanecen *dispersos* y a menudo no se pueden agregar porque *no están estandarizados*. Por ejemplo, se habla de que muchos servicios de prevención utilizan modelos de historias clínicas desfasados

o poco adecuados; se habla también de muchas historias clínicas incompletas, cosa que se acentúa en empresas con una elevada rotación de trabajadores, por lo que la temporalidad contractual deviene también un obstáculo para hacer una buena vigilancia de la salud. Por todo ello, la V.S.T. que se realiza actualmente no suele ser muy útil para la prevención de riesgos desde una perspectiva colectiva.

c) ¿Qué derechos debe garantizar la V.S.T.?

Teóricamente la vigilancia de la salud individual debe ir dirigida a la detección precoz de trastornos de salud y su contenido debe comunicarse al trabajador afectado garantizando su comprensibilidad y la confidencialidad de los datos. Las fuentes consultadas indican que *no siempre se explican* los resultados de los exámenes médicos a los trabajadores (con demasiada frecuencia se entregan en un sobre cerrado con un informe individual, cuyos resultados no se ponen en relación con informes anteriores, lo cual supone una infrainterpretación de dichos datos).

En los datos extraídos de la V Encuesta de condiciones de trabajo se puede comprobar que tanto en España y sobre todo en Aragón (72%) los resultados de los reconocimientos médicos a los trabajadores se les entrega por escrito sin ningún tipo de información verbal añadida que les explique su significado y el porque de los mismos. Generalmente esto se hace así por el escaso tiempo del que dispone el personal médico de empresa y para salvaguardar el derecho de confidencialidad en detrimento de la función sensibilizadora e informativa que el

momento de la entrega y explicación personalizada de los informes puede significar para el trabajador.

Tabla 9

INFORMACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

(Sólo a quienes, en los últimos 12 meses, se les practicó reconocimiento médico por parte de empresa)

MODALIDAD DE ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS	ESPAÑA	ARAGÓN
No le informaron	1,9%	-
Le informaron verbalmente	4,2%	6,3%
Le informaron por escrito	69,8%	72,2%
Le informaron verbalmente y por escrito	23,7%	21,4%
NS	0,2%	-
NC	0,2%	-
Total	3479 (100%)	126 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) . Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Una de las recomendaciones que desde organismos internacionales (Wogensen, 1995) se hacen para la práctica de la vigilancia de la salud es que los resultados de los análisis individuales deben comunicarse al trabajador interesado, pero nunca a su empleador, y que este último debe sólo tener acceso a las conclusiones generales del lugar de trabajo en su conjunto. Por esta razón se recomienda que actúe como intermediario un médico y que sea el médico el único en aconsejar al trabajador.

La vigilancia de la salud debe garantizar, ante todo, el derecho de cada trabajador/a a que se detecte precozmente cualquier alteración de su salud. Pero esto debe hacerse con el consentimiento informado del propio trabajador (salvo las excepciones reguladas), con el respeto de su intimidad y dignidad, garantizando su confidencialidad, informándoles de los resultados y sin que éstos sean utilizados con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador/a.

Respecto a la explicación de los resultados, la nueva normativa implica un trato individualizado de carácter informativo a cada trabajador, de forma que éste comprenda su situación y la evolución que ha experimentado en el tiempo. Esta forma de trabajar supone necesariamente dedicación de tiempo por parte de personal especializado, lo que aumenta los costes de la V.S.T. y dificulta su aplicación.

Por otra parte, la '*confidencialidad*' corre el riesgo de convertirse en un tema recurrente de conflicto. El trabajador siempre va a tener la duda acerca de si se respeta o no la exigencia de confidencialidad (a pesar de que supone una infracción considerada muy grave). La reticencia va a centrarse en que los resultados puedan ser utilizados en su contra, o cuando menos, porque consideren que podrían desvelar indicios de su vida privada que preferirían mantener en secreto, con la posibilidad de la consiguiente *discriminación* laboral. Todos estos elementos suponen un escollo que, especialmente en escenarios previos de conflicto, van a hacer poco apetecible para el trabajador someterse a los exámenes médicos correspondientes.

d) ¿Quién debe llevarla a cabo?

La V.S.T. deben llevarla a cabo profesionales sanitarios (Médicos especialista en medicina del Trabajo, o Diplomados en medicina de Empresa y ATSS/DUEs de empresa) integrados en Servicios de Prevención propios o ajenos. Aunque legalmente está muy clara esta cuestión, en la práctica genera diversas problemáticas.

A menudo las empresas que cuentan con Servicios de Prevención Propios de Riesgos Laborales (SPRL) *no disponen* de Servicio Médico (incluso algunas que anteriormente lo tenían, lo han eliminado al constituir el SPRL propio)³⁶. Esto es así porque la ley permite a los SPRL constituirse con tan sólo 2 disciplinas preventivas (de las 4 establecidas: 'Seguridad', 'Higiene', 'Ergonomía y psicología' y 'Medicina del trabajo'), a condición de que las restantes se cubran de alguna manera (contratándolas a otros SPRL). La unidad médica es percibida por los empresarios como demasiado cara, por lo que prefieren contratarla fuera. En este sentido, la visión de las actividades vinculadas a la

³⁶ En este sentido, Artieda (2003) considera ilustrativo el hecho de que, en la adaptación que las empresas de entre 100 y 500 trabajadores están llevando a cabo desde los antiguos servicios médicos de empresa a los actuales servicios de prevención de riesgos laborales, el elemento más determinante para mantener la medicina del trabajo con recursos propios está siendo el disfrute previo de los beneficios de la asistencia médico-farmacéutica de la Seguridad Social, que se perdería si se contrata un servicio ajeno, y que al parecer reduce las ausencias en el trabajo motivadas por las visitas al centro de salud para recibir asistencia por patología común. En este sentido resulta preocupante el desarrollo normativo particular que algunas comunidades autónomas han realizado para permitir una extensa actividad asistencial a los sanitarios de los servicios de prevención, cosa que a juicio de algunas sociedades científicas establece una colisión de competencias entre especialidades médicas.

vigilancia de la salud únicamente desde la perspectiva económica, deriva en un obstáculo serio a su desarrollo.

Hay que añadir que en el mercado existen numerosos SPRL ajenos que no cuentan con la especialidad de medicina del trabajo, con lo cual la oferta de este tipo de servicios es escasa. Además, en algunas CCAA se han autorizado SPRL ajenos que, a pesar de contar con esta especialidad, *no ofrecen el servicio de V.S.T.* Esto ha contribuido a empeorar las cosas³⁷.

En Aragón hay tres grandes mutuas que controlan prácticamente todo el mercado de Servicios de Prevención Ajeno, fijando los precios ofertados a las empresas de forma muy competitiva, ya que cuentan con los medios necesarios para hacerlo, dejando poco espacio de actuación a los servicios de prevención ajenos independientes en los que su capacidad competitiva se centra en la calidad y personalización de sus servicios ofrecidos a las empresas.

La situación se agrava respecto a las actividades que conlleva la V.S.T., ya que existen muy pocos servicios de prevención independientes de las mutuas que cuenten con los medios técnicos y humanos adecuados³⁸ para llevarla a cabo.

³⁷ En un estudio hecho en Navarra, se observa que el 50% de los trabajadores dados de alta en el Régimen General de la Seguridad Social trabaja en empresas que no cuentan con recursos sanitarios propios en sus servicios de prevención, ni han concertado la especialidad de Medicina del Trabajo con ningún Servicio de Prevención ajeno (Lezáun et al., 2001).

³⁸ El elevado coste que supone la creación de instalaciones médicas y la escasez de profesionales médicos especializados en medicina del trabajo.

Por su parte, desde los SPRL se considera que las condiciones legales que se les imponen en lo que respecta a cantidad de medios materiales y humanos son excesivas, al menos en sus inicios (ya que es un negocio con numerosas incertidumbres en sus inicios). Es decir, existe una presión para rebajar estas condiciones, aunque la ley no se ha modificado (parece que simplemente se incumple y ya está).

Esta situación determina la calidad y efectividad de las actividades que conlleva la V.S.T., así como en el procedimiento exigido para llevarlas a cabo. Entre los tres grandes servicios de prevención ajenos de Aragón prestan el servicio a la gran mayoría de empresas y si a ello se suma la falta de profesionales médicos especializados en medicina del trabajo, es evidente que los criterios de planificación, periodicidad y especificidad que conlleva el desarrollo de la actividad individual de la vigilancia de la salud son muy difíciles de poder llevar a cabo.

Aunque estos servicios de prevención tratan de paliar esos handicaps con profesionales no especializados en medicina del trabajo, sólo en algunos casos y en empresas de gran tamaño se consigue cumplir el criterio de planificación y de periodicidad.

En el aspecto de la especificidad que conlleva la actividad individual es donde las empresas de servicios de prevención no dependientes de las mutuas emplean sus esfuerzos, siendo éste su valor diferencial que les permite participar en el mercado de la prevención, pero con grandes dificultades para competir en infraestructuras y medios técnicos.

Los SPRL ajenos que pretenden actuar en diferentes provincias o comunidades autónomas se encuentran con problemas derivados de la descoordinación entre las Administraciones públicas que deben acreditarlos. También encuentran dificultades legales a la hora de subcontratar ciertas actividades a otros SPRL o a otros centros externos (como laboratorios, etc.).

A esta situación, hay que añadir otra con la que se encontró la aprobación de la ley y a la que todavía hoy en día no se ha dado respuesta: la *falta crónica de profesionales de la salud especializados* en medicina del trabajo. Los SPRL señalan numerosas dificultades para encontrar recursos humanos cualificados en este campo. La propia Administración ha reconocido el problema y dice que se necesita tiempo para formar nuevos profesionales (de hecho, es incluso difícil saber cuántos serían necesarios).

Esta realidad de partida favorece la generación de un cuello de botella que debe ser resuelta por los distintos agentes implicados bordeando, en muchos casos la ley, como se verá posteriormente.

Otra línea de reflexión a colación de quién debe llevar a cabo la V.S.T. parte del hecho, como se ha comentado, de que ésta debe estar integrada en el sistema de prevención de la empresa. Es decir, no se trata de un apéndice de la prevención, sino de una herramienta de evaluación / adaptación de la misma. Esta forma de entender la V.S.T. que emana de la LPRL 31/1995 obliga a una verdadera integración de

los diferentes ámbitos de la prevención, lo que requiere una coordinación efectiva de los profesionales de las distintas disciplinas que normalmente no se da.

e) ¿Cuándo deben realizarse las acciones de V.S.T.?

La legislación establece que las acciones de vigilancia de la salud deben realizarse en diferentes momentos: un reconocimiento inicial, después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud; un reconocimiento periódico específico, por trabajar con determinados productos o en determinadas condiciones reguladas por una legislación específica que así lo exija, o según riesgos determinados por la evaluación de riesgos; un reconocimiento después de una ausencia prolongada por motivos de salud de acuerdo con los protocolos específicos.

Pero todas las fuentes consultadas coinciden en que no siempre se cumplen todas éstas disposiciones legales. De hecho, en el mejor de los casos, lo más habitual suele ser la realización de un reconocimiento médico inespecífico anual (excepto en los casos de riesgos regulados específicamente). Los reconocimientos médicos por cambios en los puestos de trabajo sólo se realizan en grandes empresas y si el puesto que va a desempeñar es completamente diferente y si conlleva elevados índices de riesgo (p.e. es muy frecuente cuando el trabajador va a ocupar el puesto de carretillero); en cuanto a los reconocimientos médicos después de una baja prolongada, es cada vez más frecuente y recibido con receptividad por el trabajador, porque ese reconocimiento

conlleva una serie de indicaciones que facilitan su trabajo tras su reincorporación (por ejemplo, la suspensión temporal de manipulación de cargas, no hacer movimientos repetitivos, etc.), con el fin de ir adaptándose progresivamente al puesto e ir viendo su evolución.

"Las acciones de vigilancia de salud se están desarrollando en los siguientes momentos:

- √ *En el ingreso al trabajo el reconocimiento se aplica siempre. Es sencillo y tradicionalmente muy admitido por trabajador y empresario.*
- √ *El periódico, que también es sencillo y sistemático, también se aplica.*
- √ *Cuando se asignan nuevas tareas generalmente no se realiza. No se pasa por ese filtro de valoración de riesgos.*
- √ *Tras una ausencia prolongada, sí se realiza en los servicios propios, pero probablemente no en los ajenos. Sólo bajo algunas especificidades.*
- √ *Sí que se realiza seguimiento específico en el caso de las embarazadas.". (Médico de empresa)*

Hay que tener en cuenta, además, que la vigilancia de la salud no se agota en los reconocimientos médicos-diagnósticos individuales, sino que, como se ha dicho, abarca un conjunto de actividades de recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores, tanto a partir de datos objetivos como subjetivos, provenientes de fuentes primarias o secundarias, y organizados como datos individuales o agregados.³⁹

³⁹ Además de los exámenes médicos, otros procedimientos como el control de indicadores biológicos, encuestas de salud, técnicas cualitativas o estudios

En este momento es preciso recordar los problemas derivados de adoptar este nuevo modelo y de romper con el reconocimiento médico inespecífico anual.

Pero más allá de estas cuestiones, parece que la inmediatez de las necesidades de la empresa y la flexibilidad a la que está llevando la fuerte competitividad y los diferentes ritmos de trabajo, hacen muy difícil cumplir el requisito de realizar la V.S.T. cuando se produce un cambio de tareas que supone enfrentarse a nuevos riesgos para el trabajador.

Por otra parte, nuevos escenarios problemáticos para la aplicación de la V.S.T. conforme a la normativa se encontrarán en aquellos casos en los que la rotación de los trabajadores sea muy elevada, o que el cambio de actividad sea frecuente. Situación específica que deberá tenerse en cuenta es la de la Empresas de Trabajo Temporal.

Otra circunstancia especialmente crítica, como ya se ha comentado, es aquella relacionada con la V.S.T. post-ocupacional

f) La participación de los trabajadores

El tema de la participación de los delegados de prevención es un punto de conflicto permanente, ya que supone un terreno de choque o encuentro entre las acciones del empresario y de los sindicatos.

epidemiológicos constituyen fuentes de información muy importantes en un sistema de vigilancia de la salud integrado en la prevención de riesgos laborales.

No en vano, los delegados de prevención deberían ejercer numerosas funciones en este ámbito, en ocasiones con carácter consultivo y otras vinculante.

La LPRL 31/1995 ofrece un amplio campo de actuación a los delegados de prevención (para anular la voluntariedad de un reconocimiento médico, consulta sobre los procedimientos de elaboración y conservación de la documentación sobre vigilancia de la salud, información sobre las conclusiones de los reconocimientos médicos en términos de aptitud del trabajador/a para la tarea o de necesidad de mejoras en el puesto de trabajo, derecho a acceder en forma anónima a toda la información de vigilancia de la salud, conocimiento y derecho a informar la programación anual de los servicios de prevención, incluida la relativa a vigilancia de la salud, y derecho a ser informados de los daños a la salud de los trabajadores y conocer las circunstancias en que se han producido), ya que parte de una cultura de implicación de éstos en la Prevención.

Existe una gran dificultad para establecer procesos de participación de la representación sindical, ya que en numerosas ocasiones los delegados de prevención se encuentran ante documentos que contienen la relación de pruebas médicas que se realizarán, en el mejor de los casos relacionadas según la exposición de riesgos, pero en pocas ocasiones se explicitan los objetivos, qué se busca, cómo se interpretarán las pruebas, cómo se tratarán los casos de inaptitud, cómo se contemplará la dimensión colectiva de los resultados, cómo se

garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de salud, etc..

Es decir, se presenta a consulta de los trabajadores justamente aquello que no es específico de la participación sindical: opinar sobre pruebas médicas que se deben realizar; y en cambio no se consulta sobre aquellos aspectos que permitirían a los delegados de prevención (y a los trabajadores) aportar su conocimiento y experiencia.

Este modelo presupone que la prevención es un terreno de negociación ente los empresarios y los trabajadores, lo que puede dar lugar a escenarios de conflicto y de consenso. En general, es de suponer que la cultura de relaciones laborales de cada empresa se traslade al ámbito de la prevención.

Por otra parte, el seguimiento de la prevención requiere un tiempo, una dedicación y unos conocimientos específicos, con lo que el tamaño de la empresa y el número de delegados de prevención serán un indicador interesante para comprender cómo se desarrolla la participación de los trabajadores.

En la tabla siguiente se puede comprobar cómo la participación de los trabajadores en las empresas es moderada (47,7%) y en relación al tamaño se puede observar cómo en las empresas de menor tamaño (menos de 10) sólo participan el 25 % de los trabajadores, un 34,4% afirma no hacer sugerencias, es decir, no tiene motivación para hacerlo. En cambio en las empresas de 500 o más trabajadores el índice de

participación es más elevada 47.4% y un 22,4% manifiesta querer participar pero “no me preguntan”, atribuyendo la no participación a la falta de recursos para llevarla a cabo.

Tabla 10

PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN SU PUESTO DE TRABAJO EN ARAGÓN

PARTICIPA	Plantilla del centro					Total
	Menos de 10	10 a 49	50 a 249	250 a 499	500 ó más	
Sí	8 25,0%	26 59,1%	13 48,1%	10 62,5%	36 47,4%	93 47,7%
No	8 25,0%	7 15,9%	6 22,2%	2 12,5%	21 27,6%	44 22,6%
No hago sugerencias	11 34,4%	4 9,1%	2 7,4%	2 12,5%	2 2,6%	21 10,8%
No me preguntan	3 9,4%	7 15,9%	6 22,2%	2 12,5%	17 22,4%	35 17,9%
N.C.	2 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 1,0%
Total	32 100,0%	44 100,0%	27 100,0%	16 100,0%	76 100,0%	195 100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (2004) . Realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Por lo tanto, no es adecuado reducir la participación de los trabajadores al papel de sus representantes (los delegados) ya que en la prevención el conocimiento que cada trabajador tiene sobre su propio puesto de trabajo es fundamental para diseñar actuaciones verdaderamente significativas. Y en esta línea de trabajo hay que profundizar todavía mucho más, especialmente en las dimensiones más técnicas de la prevención.

4.6 ELEMENTOS QUE INTRODUCEN DESCONFIANZA EN EL SISTEMA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD:

Además de los puntos de conflicto comentados, se pueden identificar otros que dan lugar a la introducción de ciertas dosis de desconfianza entre los actores de la V.S.T. (principalmente de los trabajadores), lo que dificulta su correcta aplicación.

El marco legislativo plantea tres elementos claves relacionados con el derecho a la no discriminación: la voluntariedad salvo excepciones, el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos de salud, y el derecho a la no discriminación por motivos de salud. En la práctica, en numerosas ocasiones estos derechos se están convirtiendo en conflicto favoreciendo la falta de confianza por parte de la población trabajadora.

a. La confidencialidad

La '*confidencialidad*' suele ser un tema muy conflictivo. Desde los sindicatos se apunta con frecuencia que los empresarios vulneran la exigencia de confidencialidad. Directamente se afirma que ésta no se respeta, a pesar de que supone una infracción considerada muy grave.

Esto se vive como un agravio importante, y genera una elevada desconfianza hacia la V.S.T. por parte de los trabajadores (y de los sindicatos). Además, como se ha comentado, hay trabajadores que se muestran reticentes a someterse a exámenes médicos porque sospechan que los resultados podrían ser utilizados en su contra.

Entre los sindicatos existe la preocupación constante por evitar que se produzca una discriminación laboral de trabajadores en las decisiones empresariales relativas a selección, continuidad (entre ellas, el paso a la situación de fijo) o despido a causa de los datos médicos. En este sentido, reivindican una profundización efectiva en los derechos individuales de intimidad y confidencialidad, persiguiendo y castigando severamente los casos en los que se demuestre que son vulnerados.

Aun reconociendo la existencia de este temor por parte de las organizaciones empresariales, lo cierto es que a través de las entrevistas realizadas con ocasión de esta investigación se ha detectado en todos los casos un gran respeto por este derecho desde todos los ámbitos. Aun así, no puede olvidarse el ambiente de desconfianza existente en la parte laboral, por lo que habrán de perfeccionarse los métodos que garanticen la confidencialidad de los datos, de forma que se inocule al sistema de vigilancia de la salud de mayor credibilidad por parte de estos últimos.

“Cuando se realiza la VS, ...sí que se está garantizando la confidencialidad de los datos (no se utilizan para discriminar a los trabajadores). existe un gran respeto en esta cuestión”. (Técnico auditor).

“Los derechos de confidencialidad e intimidad de los trabajadores están garantizados. Tanto en los servicios de prevención propios, como en los ajenos se aplica la ley de protección de datos. Los ficheros de datos bancarios y de datos médicos están muy protegidos (no pueden estar en red, existencia de claves...todo está regulado)”. (Médico de empresa).

"Los resultados siempre se dan en sobre cerrado, pero aún así el médico siempre puede llamar a la empresa y dar información sobre los trabajadores".
(Trabajador).

"Yo confió plenamente en la profesionalidad de los médicos" (Trabajador)

En este aspecto el personal médico de empresa juega un papel muy importante de intermediación, satisfaciendo los requisitos que exige la ley, dando cauce a la responsabilidad del empresario, pero garantizando los derechos de los trabajadores.

b. La voluntariedad

La vigilancia de la salud es un derecho del trabajador y de ahí que se proclame su carácter voluntario. Pero la LPRL 31/1995 establece algunas excepciones. La vigilancia de la salud será obligatoria para el trabajador:

- a) Cuando exista una disposición legal que obligue al reconocimiento para protegerse de riesgos específicos y de actividades de especial peligrosidad⁴⁰.
- b) Cuando los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- c) Cuando el estado de salud del trabajador pueda constituir un peligro para él mismo o para terceros⁴¹.

⁴⁰ Desde hace muchos años existen factores de riesgo regulados por normas específicas, que establecen pruebas específicas y temporalidad distinta, como el ruido, el benceno, el cloruro de vinilo, el amianto o las radiaciones ionizantes.

La decisión acerca de si la vigilancia de la salud debe ser obligatoria o voluntaria en cada caso concreto constituye una fuente de potencial conflicto entre trabajadores y empresarios, especialmente en los casos en que el trabajador quiere negarse pero la empresa lo considera imprescindible aludiendo a alguno de los motivos citados.

"Los reconocimientos son voluntarios para los trabajadores, pero muchas veces acaban siendo obligatorios porque en el contrato les ponen que si no tienen el "apto" no trabajan". (Médico de empresa).

Por ello, en el momento en que se convierte de facto en un requisito imprescindible para cambiar las condiciones laborales (renovar contrato, pasar de contrato temporal a fijo, etc.) éste pierde todo carácter de voluntariedad.

Una de las cuestiones que más debate genera en el empresariado la V.S.T. es, precisamente, el principio de voluntariedad de los reconocimientos médicos. Es un tema que le preocupa, puesto que en cierto modo limita el ejercicio de la responsabilidad que le atribuye la ley y dificulta un correcto desempeño de la actividad preventiva.

⁴¹ Según la sentencia del Tribunal Constitucional 2/1982, de 29 de enero, se entiende que prevalece el derecho a la salud de los otros sobre el derecho del trabajador a someterse o no a un reconocimiento, siempre que dicho reconocimiento esté justificado y sea razonable en función de las circunstancias concurrentes. Así, por ejemplo, el trato evidentemente diferente, en cuanto a la obligatoriedad en la realización de pruebas del SIDA, en un trabajador que va a trabajar en una oficina donde no existe riesgo de contagio dada la actividad que se realiza, respecto del supuesto en que dicho trabajador vaya a trabajar en un hospital cuidando a enfermos; o en el caso de detección de uso de drogas, por ejemplo cannabis, en el caso de un piloto de líneas aéreas o en el de un administrativo (López-Romero, 2004).

"La voluntariedad es el tema que más cuestiones e interrogantes plantea a los empresarios". (Representante de organización empresarial).

Pero junto con los deberes del empresario, se encuentran los derechos del trabajador y, en este caso, el de negarse a que le realicen los reconocimientos médicos. Esta negativa suele argumentarse, no en un pretendido interés por ocultar datos sobre su salud, sino en la desconfianza ante la confidencialidad y en la inutilidad de los mismos.

"Cuando me dicen si quiero hacer los reconocimientos siempre les digo que no porque no sirven para nada y si luego te detectan algo te mandan al médico de cabecera, pues para eso me voy directamente a este y me ahorro tiempo y molestias". (Trabajadores).

Ambas cuestiones tendrían que trabajarse adecuadamente en los procesos de gestión de la vigilancia de la salud, para que creciese la tasa de voluntariedad respecto a ella.

No obstante, cuando el trabajador se niega a realizar el reconocimiento médico o a que en éste sólo le practiquen determinadas pruebas, tiene que firmar un documento en el que renuncia; de ésta manera el empresario se ve descargado de responsabilidad.

Al respecto hay que destacar también que es necesario asegurar que la V.S.T. se lleva a cabo de manera especialmente estricta con ciertos grupos de trabajadores, como los menores de edad, las mujeres que están en proceso de embarazo (y post-parto, puerperio), y aquellos trabajadores que por circunstancias individuales sean más sensibles a

ciertos contaminantes o factores de riesgo. El control de la vigilancia de la salud en estos colectivos se está produciendo con un mayor grado de normalidad en el tejido empresarial aragonés, incluso en las pequeñas empresas, ya que todos son conscientes de la dureza de la ley respecto a estos colectivos de trabajadores.

c. El apto/no apto

Uno de los elementos que recurrentemente ha aparecido en las entrevistas es el relacionado con uno de los resultados más inmediatos de los reconocimientos vinculados a la vigilancia de la salud: el diagnóstico final acerca de la aptitud del trabajador para el puesto que desempeña.

Existen dificultades con el término "aptitud" tal como aparece en la LPRL 31/1995 y en el RSP ,R.D. 39/1997. Se entiende que el término "no apto" indica que hay sospechas o evidencias de la existencia de una alteración de la salud relacionada con el trabajo, que puede estar provocada por la presencia de un riesgo mal controlado, por la sensibilidad que presenta el trabajador o la trabajadora, o bien por la combinación de ambos factores.

Desde esta perspectiva, la determinación de no "aptitud" debería llevar a la revisión de la evaluación de riesgos, con el objetivo de modificar las condiciones de trabajo que sean necesarias.

Desgraciadamente, en numerosas ocasiones, única y exclusivamente se actúa sobre el estado de salud de la persona separándola del puesto de trabajo. Estas medidas sin duda son imprescindibles, pero si no se actúa sobre las condiciones de trabajo se pueden generar situaciones de discriminación por motivos de salud y, además, no se evitará que otros trabajadores y trabajadoras pierdan en el futuro su salud.

"El aspecto más escabroso de la VST es aquellas situaciones en las que los trabajadores son considerados "no aptos". El médico tiene que trasladar esta información al empresario...". (Médico de empresa)

"Al empresario sólo se le dan las palabras "apto" o "no apto" para el puesto de trabajo ¿esto es suficiente o no?". (Empresario).

No obstante, hay que destacar el insignificante porcentaje de "no aptos" que se produce en la mayoría de las empresas aragonesas. Eso genera serias dudas sobre la validez de los reconocimientos o quizá pueda ser debido a la estandarización de la aplicación de los protocolos; es una duda que la administración y los responsables de controlar y evaluar la validez de la V.S.T. se deberían plantear.

"No conozco a ningún empresario que haya seguido con un trabajador en un puesto de trabajo si en un reconocimiento le han dicho que era "no apto". Esto también depende del grado de relación del empresario con los trabajadores, porque en una empresa grande, donde no los conoce personalmente, el empresario sólo tiene una ficha que dice "no apto". (Delegado de prevención)

Actualmente se dan más aptos condicionados que antes de la LPRL 31/1995. En esa época todo el mundo era "Apto", e incluso resultaba llamativo que en empresas de más de 500 trabajadores todos fueran aptos para todo.

Además del "Apto" dictamen mediante el cual se considera que la persona puede trabajar en el puesto designado, existen dos tipos diferentes de aptos:

- Los "aptos condicionados", por ejemplo una persona con problema de vértigo se indica que es "apto, pero con limitación para trabajar en altura". El problema aquí es que el trabajador "se juega" el puesto de trabajo.
- El "apto temporal", por ejemplo si se detecta una posible enfermedad de alcoholismo. En ese caso se da un plazo de unos meses para ver si realmente es ese el caso o es otro problema médico. Si pasado el plazo se demuestra que no es alcoholismo se le da "apto" y si no, se le da "no apto".

"Son muy pocos los "no aptos" que se emiten, sólo en el caso de que se ponga en peligro la vida de los demás". (Responsable de un Servicio de Prevención Ajeno)

Esta problemática se relaciona directamente con el hecho de que uno de los principios preventivos de la LPRL 31/1995 que suele chocar con la inercia de las políticas empresariales en materia laboral es el que establece que hay que adaptar el trabajo a la persona (y no a la inversa). Esta obligación preventiva, en ocasiones, puede ser interpretada como una especie de desafío al poder de decisión del

empresario, ya que históricamente se ha primado el contratar y colocar a las personas en función de su aptitud para el puesto de trabajo. Además, por el lado contrario, la vigilancia de la salud puede devenir un instrumento susceptible de ser utilizado de manera contraria a los principios que orientan las políticas de salud laboral, lo cual la torna problemática a ojos de los trabajadores también.

Por tanto el "apto" y "no apto" es una valoración de las condiciones de salud de los trabajadores muy reduccionista y simplista que no satisface a nadie, ni a trabajadores ni a empresarios, ni al personal médico de empresa. Se deberían emplear recursos para buscar otro tipo de herramienta evaluativa que respete los derechos de los trabajadores, satisfaga al empresario en información y permita al médico cierto margen de maniobra en su tarea evitando esa situación de "desequilibrio profesional" a la que se ven sometidos en su trabajo.

d. Formas indirectas de control

En otro orden de cosas, hay que destacar que desde los sindicatos a menudo existen quejas porque la V.S.T. puede resultar un instrumento de presión poco aceptable (por ejemplo, ciertas formas de control de las bajas laborales).

En este sentido, se observa que existe la tendencia a encomendar actuaciones inspectoras a algunos servicios de prevención propios encargándoles el control de la incapacidad temporal (que no debe confundirse con el absentismo laboral de la empresa) con el pretexto de

que el personal sanitario debe conocer las ausencias del trabajo por motivos de salud, como dice la reglamentación, olvidando que ésta se refiere a "los solos efectos" preventivos; esto es, su utilidad mediante el tratamiento de los datos para el seguimiento colectivo de la salud en la empresa.

En este sentido, el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP, R.D. 39/1997) establece que la actividad de vigilancia de la salud supone *conocer y estudiar las relaciones* entre las causas de enfermedad y los riesgos laborales, pero *no verificar las razones de la ausencia del trabajo*.

El empresario cuenta con otros servicios para realizar el control del absentismo por enfermedad, como los de recursos humanos, por ejemplo. Este es un aspecto de especial importancia que supone la unión de la prevención individual con la prevención colectiva, y que tiene que ver con el uso eficiente de los datos.

"Las empresas vigilan el absentismo, desde el punto de vista de la productividad pero deberían cambiar esa concepción y aplicar adecuadamente la VST para evitar el absentismo". (Delegado de Prevención).

En el ámbito de la empresa o centro de trabajo, el conocimiento en profundidad de los motivos de incapacidad temporal y permanente que causan las bajas de los trabajadores y su investigación con criterios epidemiológicos en relación con los riesgos laborales son fundamentales para conocer el impacto en salud de las condiciones de trabajo y mejorar las mismas.

A nivel más general, de la sociedad, este uso eficiente de la información en el sentido indicado permitirá, a partir del adecuado conocimiento de las enfermedades que afectan a los trabajadores y trabajadoras, diseñar e implementar políticas y programas de prevención más eficaces. Este conocimiento es distinto del necesario para el control del absentismo por enfermedad. Es importante garantizar la independencia profesional del personal de los servicios de prevención que les permita asesorar y asistir por igual al empresario, a los trabajadores y sus representantes (art. 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995), en el sentido establecido en el Convenio núm. 161 de la OIT, de 1985, sobre los servicios de salud en el trabajo.

"Tampoco se desarrollan los controles de absentismo por enfermedad: sólo se realiza un recuento (Ej. "Se tiene un 5%"), pero no se indagan las causas (si tienen vínculo con actividades derivadas del trabajo). Hay muchas patologías que tienen vínculo con lo laboral que se contemplan como enfermedad común". (Técnico auditor).

Además, hay que tener en cuenta que la V.S.T. no puede servir para seleccionar la contratación de personal, ya que se debe realizar a personas ya contratadas. En este sentido, Guillén (2001) apunta cómo ciertos convenios colectivos del sector de la construcción durante mucho tiempo han incluido la obligatoriedad de reconocimientos médicos con carácter previo a la contratación, pudiendo ser utilizados como una fase más del proceso de selección, vulnerando el principio de no discriminación del trabajador.

En general existe una confusión importante entre las actividades de vigilancia de la salud y otras acciones relacionadas con las potestades empresariales relacionadas con el control del absentismo y control del estado de salud en el acceso al empleo.

Desde nuestro punto de vista, cuando la práctica de las actividades sanitarias no diferencian entre prevención y políticas de gestión de recursos humanos, se favorece la percepción de que las actividades de vigilancia de la salud están relacionadas con dimensiones de control de personal, lo cual genera pérdida de confianza entre los trabajadores (lo cual, a su vez, motiva que no quieran participar en las actividades de vigilancia de la salud, con la consiguiente pérdida de capacidad preventiva del sistema de gestión de riesgos de la empresa).

Lo curioso del caso es que las Administraciones públicas, que tienen la función de inspeccionar y controlar las actividades de V.S.T. que realizan los servicios de prevención, normalmente ejercen muy poco esta función de control. Por ello, la situación se mantiene sin problemas a lo largo del tiempo. Parece ser que las Administraciones públicas tienden a centrar sus esfuerzos de inspección en las empresas que cuentan con servicios de prevención propios . Y, aunque tendrían que mejorar mucho, se da la circunstancia que comparativamente son las más cumplidoras, pero también las más sancionadas. Esto genera una sensación de agravio comparativo entre empresas.

e. El carácter contractual de la Vigilancia de la Salud

Las actuaciones que conlleva la V.S.T. están totalmente mediatizadas por el carácter contractual que existe respecto a la relación que se da entre los actores encargados de su implementación: el subsector técnico

Las relaciones laborales entre el médico de empresa y el empresario (mediatizadas por un contrato laboral) y las relaciones mercantiles entre los servicios de prevención y la empresa (mediatizadas por un contrato mercantil) generan desconfianza y recelo respecto a la efectividad de sus actuaciones.

La desconfianza y/o recelo por parte del trabajador reside fundamentalmente en la relación laboral que existe entre el médico de empresa y el empresario, ya que el primero está contratado por el segundo, de ahí que se asocie inexorablemente su trabajo con los fines de la empresa.

"La empresa es quien les paga y no pueden ir en contra de quien les da de comer". (Trabajador)

En este sentido, los servicios médicos de empresa por un lado tienen que satisfacer los intereses de la empresa y por otro tienen que ganarse la confianza de los trabajadores. Por lo tanto, deben ser muy hábiles profesionalmente para satisfacer a ambos: vigilar la salud de los trabajadores para evitar costes añadidos (bajas laborales, accidentes, etc.) y mantener y mejorar la salud de los trabajadores en el ámbito

laboral en las mejores condiciones posibles. Muchas veces esos intereses se contraponen y surgen los conflictos, es ahí donde el médico tiene que actuar con inteligencia y sutileza para satisfacer a todos los implicados y mantenerse en una postura de neutralidad, de respeto por todas las partes y de autoridad profesional.

"... estos médicos están en una balanza: son contratados por los empresarios pero tienen que relacionarse con los trabajadores. Si se inclinan más por el empresario van a tener sospechas de los trabajadores y a la inversa, si se inclinan más por los trabajadores al empresario no le van a interesar. Es muy difícil encontrar la justa medida...". (Autoridad Laboral)

"El médico juega un papel de mediador, tiene que saber mantener el equilibrio entre la empresa y el trabajador..es una cuestión ética". (Médico de empresa).

Por otra parte, la relación mercantil entre la empresa y el servicio de prevención mediatiza en gran medida la calidad de las actuaciones que conlleva la V.S.T..

"Los servicios de prevención ajenos no llevan mucho tiempo funcionando y tal vez todavía no tengan la capacidad suficiente para dar la respuesta adecuada. Además no dejan de ser clientes de las empresas. De alguna manera se dejan arrastrar en cierto modo por las mismas. Priman criterios de clientelismo económico". (Técnico auditor)

Los delegados de prevención pueden ejercer la función de velar por las contrataciones de actividades de V.S.T. a entidades externas a la empresa, para garantizar que se trata de entidades acreditadas como

servicios de prevención y para garantizar el secreto y confidencialidad de los datos de los trabajadores de la empresa.

Normalmente existe una cierta tensión en las negociaciones de este tipo de aspectos. En este sentido, hay una gran diferencia entre las empresas donde los trabajadores disponen de una representación sólida y potente y aquellas otras donde no existe o es débil.

Desde las organizaciones sindicales se insiste en la exigencia de una V.S.T. realizada por profesionales sanitarios realmente independientes. (por ejemplo pasar a depender del SALUD o crear cláusulas en su contrato laboral que protejan su puesto de trabajo)

En este sentido, también genera desconfianza el papel de las auditorías ya que están contratadas por la empresa. Por tanto, es preciso reflexionar al respecto sobre varios aspectos:

- √ Son empresas mercantiles que, como tales, además de ofrecer un servicio de calidad, buscan el beneficio empresarial y ven en las empresas a clientes.
- √ Otra cuestión importante, en el caso de los servicios de prevención ajenos y en el de las Auditoras es que mantengan o no una relación con las antiguas Mutuas, lo que, en el caso de ser así, les conferirá unas determinadas características (positivas o negativas, según quién las valore).

f. La escasa sensibilización de los trabajadores

El escaso grado de sensibilización conlleva, en algunas ocasiones, comportamientos "incorrectos" de los trabajadores que se sitúan en la picaresca y generan desconfianza en la contraparte.

En ocasiones algunos trabajadores utilizan los recursos disponibles que tienen como fin proteger su salud para intereses ajenos al ámbito laboral. Esta forma de actuar, cuando se produce, y aunque sea de forma excepcional, tiende a aumentar el grado de desconfianza entre los empresarios y entre los servicios de prevención y, más concretamente, entre el personal médico de empresa..

"Todo el mundo habla de los empresarios (que también tienen su parte de culpa) pero los trabajadores también "son mayores de edad" y, aunque legalmente no tengan ninguna responsabilidad, al menos moralmente sí que deberían de tenerla". (Empresario).

Siendo conscientes por parte del equipo investigador de que el comportamiento incorrecto por parte de los trabajadores tiene como consecuencia directa actuaciones ajenas a la vigilancia de la salud (p.e el control de las bajas por enfermedad), se ha considerado necesario comentarlo por los efectos directos de desconfianza que éstos generan en la misma.

Los efectos más directos son el establecimiento de barreras de comunicación entre los agentes sociales que además, sirven de excusa para derivar recursos hacia prácticas de control y supervisión de la mano de obra, en lugar de destinarse a la actividad de la salud, con lo que se retroalimenta el handicap comentado en el punto d).

"Datos curiosos en cuanto al número de accidentes laborales. Por ejemplo, que hay diferencias entre los días de la semana: los lunes hay más accidentes de sobreesfuerzo. Esto no es cuestión del azar, sino que hay cierto fraude porque los trabajadores saben que una contingencia profesional es el 100 % del sueldo, pero en una contingencia no profesional se pierde un porcentaje de dicho sueldo. Por eso hay personas que se han lesionado el fin de semana jugando al fútbol y lo van arrastrando hasta el lunes". (Autoridad Laboral)

"En algún caso es difícil saber si un "accidente" lo ha tenido el trabajador en la empresa o en su vida privada y el trabajador "se aprovecha" del servicio médico de la empresa. ¿Por qué los lunes y los viernes son los días que hay más bajas?. Eso molesta y hace desconfiar al empresario porque a nadie le gusta que, cuando está realizando un esfuerzo, quienes deberían responder a ese esfuerzo de una manera, respondan de la manera contraria. (Representante de una organización empresarial)

Para solventar este problema deberían centrarse esfuerzos en sensibilizar y formar al trabajador para que asuma e interiorice la prevención como algo intrínseco a su persona de manera que toda actuación que dificulte su desarrollo va en contra de sus propios intereses y sobre todo de su salud.

En esta tarea los delegados de prevención pueden y deben jugar un importante papel de concienciación y de orientación.

4.7 ESCASEZ DE RECURSOS HUMANOS.

Se ha mostrado evidente a lo largo de todo el proceso de investigación la escasez de recursos humanos para una buena aplicación y evolución de la Vigilancia de la Salud en Aragón.

- Personal técnico (Autoridad laboral y sanitaria).

De una parte, se constata la necesaria actuación de profesionales pertenecientes a la autoridad laboral y sanitaria encargados de controlar, vigilar que la ley de prevención se está cumpliendo en base a los principios que ésta establece. Pero se ha mostrado evidente durante la investigación que la falta de inspectores dificulta que esa tarea de control se lleve a cabo como debiera.

"Para todo Aragón sólo hay 15 inspectores de trabajo. De ellos, son sólo 12 ó 13 los que "salen a la calle.... también hay que tener en cuenta algún problema de "baja laboral" de los mismos. La plantilla no es de gente joven, son más bien "maduros"". (Inspector de Trabajo).

"Hay un inspector sanitario para todo Teruel, con un auxiliar, otro para Huesca, con otro auxiliar, 3 personas para toda la provincia de Zaragoza, con sus auxiliares, y en Servicios centrales 3 profesionales...no más de 13 personas dedicadas a inspeccionar centros para todo Aragón". (Autoridad Sanitaria)

La autoridad laboral y concretamente la Inspección de Trabajo ejerce sus funciones con un volumen de trabajo que sobrepasa la capacidad del personal del que disponen, encontrándose los inspectores

con el hándicap de no poder llegar a controlar y asesorar a más empresas de las que tienen establecidas en los programas anuales y que desearían poder hacer.

Las labores de asesoramiento técnico ejercidas por los técnicos del ISSLA han paliado de alguna manera ese déficit. No obstante, su volumen de trabajo sigue sobrepasando la capacidad de trabajo de los inspectores.

*"Los técnicos del ISSLA también van a tener la posibilidad de proponer sanciones. Se reserva para la Inspección la imposición de la sanción".
(Inspector de Trabajo).*

Con la futura atribución al ISSLA de capacidad para proponer sanciones a las empresas que incumplan la normativa se puede paliar el déficit de control, aliviando el volumen de trabajo que recae sobre los inspectores de trabajo. Sin embargo, esto supondrá de alguna manera que el ISSLA adquiera también esa imagen fiscalizadora que tiene Inspección de Trabajo. De ahí la necesidad de continuar con la labor de información y sensibilización dirigida al mundo empresarial por parte de ambos organismos de hacer entender el control de la prevención como un bien común y no como una obligación bajo sanción.

Respecto a las actuaciones de control en el área de la V.S.T., tanto las del ISSLA como las de Inspección de Trabajo se limitan fundamentalmente a controlar si los reconocimientos médicos

individuales se han llevado a cabo en base a los protocolos establecidos. Esta limitación es debida a la escasez de recursos personales que anteriormente se ha comentado, siendo prácticamente imposible valorar la validez de esos reconocimientos y si se ajustan o no a los puestos específicos de cada empresa en función de sus riesgos.

“Se comprueba si realmente se llevan a la práctica los reconocimientos médicos o las pruebas de vigilancia de la salud. En una visita de inspección normal es muy difícil llegar a ese nivel de profundidad para comprobar el cumplimiento de la normativa. Lo que se inspecciona es si la empresa cumple con la obligación de realizar los reconocimientos médicos..... el Certificado de control de la Vigilancia de la Salud se limita a la relación de los trabajadores que han sido citados a reconocimiento, los que se han negado a dicho reconocimiento, los protocolos aplicados y los resultados (apto, apto condicionado, no apto...).
(Inspector de Trabajo).

La escasez de personal en inspección sanitaria también supone serios obstáculos en el desarrollo de la V.S.T. porque les obliga a dejar como actividad no prioritaria el control de la implementación de la vigilancia de la salud. Sus actuaciones se limitan a aparecer en situaciones concretas y muy puntuales o simplemente en casos excepcionales.

“...Podemos realizar seguimientos de la VS, pero en la práctica, se inspeccionan muy poco. Se han hecho comprobaciones cuando han tenido sospechas de irregularidades. Se han realizado entonces, informes para la Inspección de Trabajo..... la limitación para no hacerlo con más frecuencia es la falta de personal”

Finalmente, hay que destacar de forma positiva la implicación y el alto grado de profesionalidad de las personas responsables en su aplicación, aunque reconociendo su cara negativa, que se concreta en la escasez de recursos personales con los que cuenta la administración laboral en Aragón para poder llevar a cabo llegar a un mayor número de empresas.

- Personal sanitario (Médicos especialistas en medicina del trabajo y DUEs de empresa).

Hay también una *falta crónica de profesionales de la salud especializados* (y acreditados) en salud laboral..

Los servicios de prevención señalan numerosas dificultades para encontrar recursos humanos cualificados en este campo. La propia Administración ha reconocido el problema y dice que se necesita tiempo para formar nuevos profesionales.

La administración aragonesa ha permitido de facto que muchas actividades de VST sean realizadas por médicos generalistas, lo cual puede implicar una pérdida de calidad de dichas prácticas⁴². Por otro

⁴² Los propios profesionales del sector lo reconocían: "Pero, según opinión de empresarios y MATEPSS, como exponente de las dificultades que la ley 31/1995 plantea al sector contratante, el mayor de los escollos para el cumplimiento del precepto legal radica en al insuficiencia de los recursos profesionales sanitarios para hacer frente a las exigencias de la nueva normativa en prevención de riesgos laborales, toda vez que la vigilancia de la salud debe estar desempeñada por profesionales sanitarios con capacitación suficiente". (Díaz-Franco, 2002:14)

lado, los profesionales de SPRL propios suelen denunciar la *falta de medios y recursos humanos* con la que se ven obligados a trabajar

"No hay número suficientes de médicos especialistas en medicina del trabajo: no hay relevo generacional (aproximadamente se necesitarían unos 300 al año y son unos 50).

En lo que respecta a la enfermería, se han dejado de formar en esta materia. Se ha abierto un plazo de homologación (lleva un año en curso y no se ha cerrado) y en la actualidad no se está formando". (Médico de empresa)

"El principal problema hoy en día en vigilancia de la salud, tanto en Aragón como en toda España, es la falta de profesionales médicos del trabajo, sobre todo aquí en Huesca y en Teruel". (Responsable de un Servicio de Prevención Ajeno)

La existencia de este reducido número de médicos puede ser debida a la lucha de intereses entre el subsector normativo y el técnico, porque la administración no quiere o no puede hacerse cargo de una formación de profesionales médicos que va redundar en beneficio directo de los servicios de prevención y por lo tanto de las Mutuas y por otro lado éstos no quieren o no pueden invertir en formación porque corren el riesgo de que esos profesionales ya formados vayan a desarrollar su trabajo a la competencia perdiendo el dinero empleado en su formación.

"La especialidad de Medicina del trabajo se ha impartido en las Escuelas nacionales de medicina del trabajo. En Zaragoza, hay una. Pero el sistema público no quiere cubrir estos gastos de formación (porque estos médicos no ejercerán en el marco público), salvo que trabajen en la Admón. Ahora se está

creando una formación financiada por mutuas y/o empresas dónde los médicos de empresa tienen que hacer las prácticas. (Médico de empresa)

- Personal administrativo o documentalista especializado en medicina del trabajo.

La LPRL 31/1995 exige que todo esté documentado por escrito (planificación de riesgos, reconocimientos, evaluación etc.). Durante la investigación se ha detectado la necesidad de que en una UBS exista personal especializado en el tratamiento de datos y orientación de custodia para la empresa.

El art. 23 de la LPRL 31/1995 exige que conste documentalmente la práctica de la vigilancia de la salud y las conclusiones de la misma para su disposición a las Autoridades laborales y sanitarias.

El análisis ha puesto de manifiesto que las personas encargadas de esta tarea existen en muy pocos servicios de prevención: son el médico o la enfermera los encargados de hacerlo, lo que redunda negativamente en el tiempo que pueden dedicar a las tareas de tipo sanitario.

"Serían necesarios programas informáticos adecuados donde introducir todos los datos para después, a medio o largo plazo, obtener los resultados". (Médico de empresa)

"Una sola persona con formación administrativa o documentalista especializada en medicina del trabajo para dos UBS sería suficiente, dependiendo del volumen de la empresa o del volumen de los riesgos de ésta". (Médico de empresa)

Sus funciones serían organizar y gestionar todos los archivos de documentación e historias clínicas, definir y evaluar el proceso de tratamiento de la información y la documentación clínica e identificar, extraer y codificar datos clínicos de la documentación necesaria de manera que se pueda actuar en el aspecto de la vigilancia de la salud a nivel colectivo. De esta manera y junto con la instauración de un programa informático de recogida de datos estandarizado para todas las UBS por parte de la autoridad laboral y/o sanitaria se podrían dar los primeros pasos para poder realizar adecuadamente la vigilancia colectiva de la salud.

4.8 OTROS FACTORES

Se pasa a continuación al análisis de dos aspectos que inciden de forma importante en la aplicación de la VST en el ámbito de la empresa.

1) Nos referimos, en primer lugar, a la **temporalidad y la subcontratación** como factores que forman parte del contexto de las condiciones de empleo y que inciden en el mayor o menor cumplimiento de la LPRL y, en concreto, de lo relativo a la Vigilancia de la Salud.

a) *La temporalidad y la precariedad en el empleo:*

Los datos analizados en el Informe Durán (Durán, 2001) muestran que el perfil más frecuente de persona accidentada se corresponde con las siguientes características: varones jóvenes, con poca experiencia en el trabajo, en tareas de baja cualificación, con contratos de tipo temporal y en ciertas actividades productivas.

Es decir, las mayores probabilidades de accidentarse se dan claramente en las situaciones de *trabajo precario*, cuya irrupción en el mercado laboral español se puede atribuir a los efectos indirectos de las grandes reformas laborales de 1984 y de 1994.

Además, la temporalidad en el empleo es también un factor que dificulta la autoorganización de los trabajadores (la sindicación, la formación de comités de empresa, etc.), con lo cual las posibilidades de participación en la prevención de riesgos laborales, tal como la LPRL 31/1995 prevé, se vuelven mínimas, e incluso disminuyen las posibilidades de vigilancia del cumplimiento de la normativa (una función que la LPRL31/1995 atribuye a los delegados de prevención).

"Entre trabajadores indefinidos –temporales deberían no existir diferencias en torno a la vigilancia de la salud. Sin embargo, en la práctica, se pierde especificidad. El grado de aplicación de un protocolo específico está

relacionado con el grado de estabilidad de un trabajador". (Médico de empresa).

Esta situación se agrava sobre todo en la población trabajadora inmigrante, con empleos generalmente temporales.

"A los trabajadores temporales, por ejemplo para la recolección de la fruta, en ocasiones sí que se les hace el reconocimiento médico, aunque los temporales muy cortos, de una semana o poco más, es imposible que se hagan". (Empresario)

b) La descentralización productiva y subcontratación:

La descentralización productiva engloba una serie de fenómenos como la proliferación de centros de trabajo pequeños a los que las grandes empresas envían parte de su producción, la fragmentación empresarial (o productiva) y la subcontratación.

La extensión de estas prácticas empresariales ha generado un mercado segmentado en el que se encuentran, por un lado, empresas fuertes en posición dominante, y por otro lado, empresas cuya actividad depende de las primeras de un modo subordinado, por lo que su capacidad de negociación es baja, como lo es su capacidad de decidir su organización del trabajo.

Los resultados adversos de esta situación vienen a superponerse en un sector del tejido empresarial en el que

"perviven modelos de organización arcaicos donde era muy difícil dar cabida a la prevención".

Como se puede suponer, en estas empresas subordinadas caracterizadas por una mermada capacidad incluso para decidir su propia organización del trabajo, las consecuencias no pueden ser positivas para la prevención de riesgos laborales que se llevará a cabo y menos todavía en lo que respecta a la VST.

"Problemas con empresas subcontratadas formadas por 5 ó 6 trabajadores que han montado una empresa, por ejemplo, de encofradores. Estas empresas no tienen sede social ni lugar donde enviarles los reconocimientos médicos, ni saben nada de vigilancia de la salud ni de la Ley. En estos casos la contrata principal, le indica al Servicio de Prevención a esas empresas que hagan el contrato de prevención con ellos, pero como esas empresas subcontratadas no tienen sede, las visitas se hacen a la empresa que tiene la contrata principal, a los otros trabajadores no hay dónde visitarlos, cada uno está en una obra distinta. La evaluación de riesgos sí que la pueden hacer igual los técnicos viendo los puestos de trabajo, pero no hay nadie más con quien puedan hablar porque, además, son empresas muy itinerantes...". (Médico de empresa)

En cierto modo, habría que concluir que aquellos sectores de actividad donde predomina la temporalidad en el empleo y la subcontratación y descentralización productiva (como la construcción, la hostelería, etc.), son los que acusan más incumplimientos de la legislación sobre seguridad y salud laboral,

así como los que registran tasas más altas de siniestralidad laboral.

Hay que destacar también cómo estos dos aspectos (temporalidad y subcontratación) afectan en mayor grado a los trabajadores inmigrantes aumentando sus tasas de siniestralidad y mortalidad.

2) Otro elemento a tener en cuenta es el riesgo de **alto grado de burocratización** que se está introduciendo en la gestión de la Prevención.

Todo el proceso y actividades que conlleva la puesta en práctica de un Plan de prevención exige un esfuerzo en la cumplimentación de documentación, lo cual se considera necesario. Pero se corre el riesgo, y es una situación que poco a poco va anidando y consolidándose en la V.S.T., que la labor preventiva se quede simplemente en la recogida de información sin su posterior análisis e interpretación.

"La prevención está demasiado burocratizada ...El papel lo soporta todo..iYa tengo el papel!...Lo que se pretende con la prevención no es que se tenga el papel, si no que no haya accidentes". (Técnico auditor).

El actual procedimiento de desarrollo de las actividades de la V.S.T., genera gran preocupación por parte de los actores encargados de su implementación (técnicos, médicos, enfermeras, etc.) al tener que dedicar gran parte de su tiempo a tener actualizados "sus papeles",

porque es lo que la administración les esta exigiendo y casi no les queda tiempo para valorar la utilidad de sus acciones preventivas.

La actividad preventiva actualmente supone a estos profesionales dedicar gran parte de tiempo a la tarea de recoger información. Esa información es necesaria, pero falta dar el salto cualitativo hacía una V.S.T. más analítica e interpretativa de las condiciones de trabajo para que pueda alcanzar todos sus fines: curación, prevención y promoción de la salud.

La contratación de personal dedicado exclusivamente a esta tarea facilitaría en gran medida esta tarea que exige una correcta labor de prevención.

Se ha alcanzado el primer escalón pero hace falta romper las barreras que dificultan el ascenso; la V.S.T. se ha de entender como un proceso en constante cambio y evolución porque las condiciones laborales que justifican su existencia están evolucionando y modificándose constantemente, marcadas por las exigencias del mercado y de la sociedad.

"Una cosa en la que falla la LPRL es en el exceso de papeles que hay que hacer..... Hay un exceso de burocracia en la vigilancia de la salud, aunque la Ley esta bien diseñada, cuando la sacas a la calle y la pones en práctica te das cuenta de que la realidad es muy diferente al papel". (Autoridad Laboral)

3) Aragón se caracteriza por su dispersión geográfica y poblacional, con un **territorio rural** muy amplio dónde desarrollan su actividad

productiva empresas a las que también los servicios de prevención tienen que dar servicio, sobre todo la especialidad de Medicina del trabajo.

A las zonas rurales de Aragón llegan fundamentalmente los servicios de prevención pertenecientes a las grandes mutuas, son las únicas con capacidad personal y técnica para dar servicio a estas empresas. El centro sanitario generalmente se ubica en las capitales de provincia a donde se desplazan los trabajadores para que les realicen los reconocimientos médicos y el médico se desplaza a las empresas en función del número de horas contratadas. Son muy frecuentes en este ámbito la utilización de unidades móviles que se desplazan a las empresas dónde realizan los reconocimientos médicos a los trabajadores.

No obstante, hay que destacar que el bajo volumen de negocio en ciertos territorios, así como la brevedad de vida de muchas empresas, no facilita a los SPRL abrir *nuevos centros* en poblaciones próximas.

En cuanto a la valoración del servicio de vigilancia de la salud no hay diferencias significativas entre el entorno urbano y el rural en empresas, excepto en las empresas del sector agrario y ganadero. Las diferencias se mantienen en base al tamaño de empresa, la cultura de empresa y el volumen de riesgos que conlleve la actividad productiva.

"Sí que hay diferencias en la VS entre el ámbito rural-urbano, entendiendo ámbito rural como empresas de explotación agrícola. Se siguen produciendo patologías vinculadas a estas actividades y sin embargo la mayoría de los

trabajadores del ámbito rural no tienen ningún tipo de VS. Los trabajadores son menos exigentes en este ámbito porque hay menos tradición industrial y conocen menos sus derechos, aunque poco a poco va cambiando". (Técnico Auditor)

En este sentido, en un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC, 2005) sobre Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales en el sector agrario se advierte que la mayoría de los trabajadores del sector no ven tutelada su salud por el empresario, y señala las dificultades para la implantación de la vigilancia en el sector como consecuencia de la dispersión de las explotaciones, su pequeño tamaño y el escaso grado de concienciación y sensibilización de los agricultores en materia preventiva, a pesar de que el volumen de riesgos a los que se ven sometidos es bastante elevado.

"En otros sectores distintos a la agricultura y la ganadería ha costado menos la adaptación a la Ley porque antes ya funcionaban en este sentido, tenían sus médicos de empresa y hacían sus reconocimientos médicos. Pero en el sector agrícola y ganadero antes no se hacían nada". (Empresario)

"Los agricultores tienen a su médico de cabecera de toda la vida en el pueblo y tienen con él una confianza mayor y más personal que con el médico del trabajo al que no conocen o acaban de conocer". (Empresario)

Desde las organizaciones sindicales y empresariales se viene haciendo un gran esfuerzo por formar e informar al pequeño agricultor en prevención de riesgos y específicamente en vigilancia de su salud y la de sus trabajadores, tarea muy difícil debido a sus horarios de trabajo, a la dispersión geográfica de sus explotaciones agrarias o ganaderas y a

sus limitados recursos económicos para hacer frente al gasto que conlleva la contratación de un servicio de prevención.

"Los trabajadores agrícolas y ganaderos actualmente sí que van a hacerse los reconocimientos médicos. Suelen ser reconocimientos anuales. Y aquellos trabajadores que están más en contacto con productos químicos tienen que vigilar especialmente ese aspecto" (Representante de organización empresarial).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Desde las diferentes aproximaciones posibles al estudio de la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores (V.S.T.) (por ejemplo, jurídica o sanitaria), se optó por realizar un estudio desde una perspectiva sociológica. Esta línea de investigación otorga especial importancia a las opiniones y valoraciones de los agentes implicados (responsables, destinatarios, ejecutores, facilitadores y supervisores) en la aplicación de la V.S.T. en sus múltiples facetas.

Es decir, se explica la V.S.T. desde las relaciones sociales que se producen en el micro sistema social que forma una empresa y el entorno en que desarrolla su actividad.

A grandes rasgos, se puede decir que el desarrollo de la vigilancia de la salud en Aragón presenta las siguientes características:

CAMBIO DE PARADIGMA PREVENTIVO

- √ La vigilancia de la salud se configuró desde un principio con un objetivo más reparador que preventivo o de promoción de la salud, en forma de meros reconocimientos médicos generalistas y periódicos, sin apenas atender a las relaciones de los trabajadores con los riesgos de su entorno laboral. A pesar de que, desde el ámbito de la salud pública primero, y desde el de la salud laboral

después, los expertos advirtieron de la poca conveniencia de dicha aproximación, su implementación se ha mantenido prácticamente hasta nuestros días. La legislación promulgada durante la última década en España implica un cambio de una política reparadora a otra preventiva y promotora de la salud, lo cual exige de la vigilancia de la salud una reformulación en estos términos.

- √ La resistencia a cambiar la conceptualización de la V.S.T. hacia un paradigma más preventivo está enraizada, en parte, en el modelo de gestión de riesgos predominante en el mundo empresarial español (y de otros países) durante buena parte del siglo XX.
- √ El cambio resulta tan sustancial que muchas empresas y sectores laborales, anclados en la inercia de otro paradigma (más reparador, menos preventivo; más autoritario, menos participativo), no parecen encontrar la manera de seguirlo. Estas dificultades son patentes en Aragón, donde muchas empresas siguen funcionando con el modelo que aquí hemos llamado del 'factor técnico-factor humano' (tecnocrático), lo cual genera numerosos problemas a la hora de adaptarse a los nuevos planteamientos normativos. Es un caso claro de una buena legislación (así lo reconocen todos los actores implicados) que se incumple frecuentemente porque la realidad a la que se debería aplicar es demasiado diferente, está demasiado lejos del modelo propuesto.

- √ A esto hay que añadir la debilidad estructural y organizativa de la administración para afrontar las demandas generadas por los procedimientos que exigen la puesta en práctica de la V.S.T., tal y como marca la LPRL 31/1995 . No dispone ni de los medios ni humanos ni técnicos, ni procedimentales, para dar respuesta a tiempo a todas las demandas que genera su puesta en práctica, produciéndose incoherencias e incompatibilidades difíciles de solventar por los actores encargados de su implementación.

- √ Analizando la V.S.T. desde el lado de la lógica empresarial, se puede afirmar que no se percibe la incidencia que para la gestión, viabilidad y rentabilidad de la empresa tiene el adaptar una estrategia global de gestión preventiva y de vigilancia de la salud. No se concibe como un activo o una inversión, sino como un gasto que hay que limitar en la medida de lo posible.
En este sentido, dotar a la V.S.T. del valor añadido (tanto económico como social que puede representar para la empresa) facilitaría la consecución de su principal propósito una mejora sustancial de las condiciones de trabajo y de la seguridad, con fines preventivos y de promoción de la salud laboral.

DIFERENTES VELOCIDADES DE ACERCAMIENTO AL NUEVO MODELO PREVENTIVO

- √ Aunque el panorama general es el descrito en el epígrafe anterior, se han detectado diferentes velocidades de acercamiento al modelo de prevención en las empresas aragonesas debido a factores determinantes como:
 - El tamaño de empresa.
 - El nivel cultural adquirido en torno a la prevención.
 - El tipo de riesgos que conlleva el desarrollo de su actividad productiva.
 - A menor tamaño, menor nivel cultural preventivo y riesgos menos evidentes, el acercamiento al modelo preventivo es mucho más lento.

- √ Se han detectado diferencias en la profundización, desarrollo y aplicación en las actividades individuales y colectivas que conlleva la implementación de la V.S.T.. Las individuales mucho más desarrolladas a pesar de sus carencias (se mantienen los reconocimientos médicos anuales y generales), frente a las colectivas, muy poco desarrolladas sobre todo como herramienta de información colectiva de la salud de los trabajadores y en la vertiente epidemiológica.

- √ La vigilancia colectiva de la salud es la tarea pendiente en el desarrollo e implementación de la V.S.T. en Aragón. Tanto la Administración como los Servicios de prevención tienen que centrar esfuerzos para solucionar los obstáculos insalvables

(técnicos y humanos) que hasta ahora se vienen produciendo para llevar a cabo esta actividad.

ENCAJE DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL SISTEMA PREVENTIVO

- √ La existencia en una organización empresarial de un sistema de prevención que actúe con serios criterios de calidad y responsabilidad constituye una condición determinante para lograr la implementación de una V.S.T. adecuada, coherente y ajustada a las normas. Al mismo tiempo que una buena vigilancia de la salud propicia la aplicación y aporta calidad al sistema de prevención.

- √ La función que representa la Medicina de empresa (y en su interior la V.S.T.) en el ámbito de la prevención como elemento articulador y vertebrador de las especialidades en que ésta se estructura, se ve diluida y escasamente reconocida por sobrevalorar la importancia de otras especialidades, como la Seguridad, en el ámbito empresarial.

- √ Existe una tendencia muy generalizada por parte de las empresas aragonesas a optar por delegar la especialidad de Medicina del trabajo a los servicios de prevención ajenos, debido fundamentalmente al coste que supone su puesta en práctica y también a la fuerza de la costumbre, al perpetuar su relación con la Mutua que hasta el momento realizaba los reconocimientos

médicos. No se valora adecuadamente a medio y largo plazo las ventajas que proporciona un servicio de prevención propio con la especialidad de medicina del trabajo.

INCOMUNICACIÓN ENTRE LOS ACTORES IMPLICADOS EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD

- √ Las barreras que dificultan la comunicación que debería existir en Aragón entre los actores que integran los diferentes ámbitos que configuran las relaciones sociales que intervienen en la implementación de la vigilancia de la salud (tanto del subsistema normativo, como del técnico y del laboral) constituyen un verdadero obstáculo para su desarrollo y evolución.

- √ La incomunicación se produce en muchos y significativos contextos de interacción:
 - Al interior del subsistema normativo (entre la autoridad laboral y la sanitaria).
 - Entre el subsistema técnico y el sistema nacional de salud (entre médicos de empresa y médicos del SALUD).
 - Entre los profesionales del subsistema técnico (entre los técnicos responsables de las diferentes áreas de la prevención).
 - Entre el subsistema técnico y el subsistema laboral (entre los técnicos responsables de las diferentes áreas del servicio de prevención y los trabajadores).

- Al interior del subsistema de relaciones laborales (entre el empresario y el trabajador y entre los mismos trabajadores).
- √ Esta incomunicación supone un gran lastre en la implementación del proceso de evolución de la V.S.T., así como en el criterio que fundamenta su consecución: la participación activa de todos los actores implicados.

SENSIBILIZACIÓN DE LOS ACTORES

- √ En general, se observa que las actividades relacionadas con el nuevo modelo de vigilancia de la salud no son bien valoradas ni por empresarios ni por trabajadores, víctimas ambos de la confusión existente sobre lo que significa y lo que implica en términos de salud (individual y colectiva) y de distribución de responsabilidades.
- √ Los empresarios no conocen realmente quién y cómo se debe desarrollar la tarea de la V.S.T., ni cómo controlar su aplicación en la empresa, ni saben qué pueden exigir y qué no a los servicios de prevención. Lo perciben como un coste más que se les ha impuesto y no ven su utilidad. En las pequeñas empresas este desconocimiento se acentúa, de ahí el importante papel que las asesorías tienen en informar a sus clientes de la obligatoriedad de su cumplimiento y de facilitarles los procedimientos e información necesaria.

- √ Los trabajadores en pocas ocasiones conocen el significado del término vigilancia de la salud e identifican los reconocimientos médicos como algo rutinario de escasa utilidad en la mejora de su salud laboral, además del escepticismo que les genera el tratamiento actual de las enfermedades profesionales.
- √ Queda por delante una labor importante por parte de todos los actores responsables de implementar las actividades que conlleva la V.S.T. (subsector normativo y técnico) de sensibilización e información dirigida a los trabajadores y empresarios aragoneses (subsector de relaciones laborales).
- √ Las organizaciones sindicales y empresariales juegan un papel muy significativo en la labor de información y sensibilización en materia preventiva, tanto a empresarios como a trabajadores, reforzada en los últimos años, conscientes de la importancia que supone una buena actuación preventiva en V.S.T., para mejorar las condiciones laborales, la productividad y la competitividad de las empresas.

PUNTOS DE CONFLICTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VST

- √ De ese contexto de confusión respecto al contenido y significado de la V.S.T., se desprenden una serie de fuentes de conflicto entre los actores de las relaciones laborales, entre los que destacan los siguientes:

- A pesar de que la legislación los ha rehusado y los expertos han demostrado su inconveniencia, todavía predominan los reconocimientos médicos generalistas, normalmente anuales, con poca o nula utilidad para la prevención de riesgos laborales, sobre todo en las micro y pequeñas empresas.
- Está resultando complicada la aceptación, tanto por parte de los trabajadores como de los empresarios, de la nueva orientación de los reconocimientos médicos (planificados en el tiempo y con una periodicidad determinada, además de específicos para los riesgos a que está expuesto el trabajador), por la escasa información que han recibido al respecto y sobre todo por la no percepción de su utilidad. Los trabajadores lo perciben como una pérdida más de sus derechos adquiridos y los empresarios como un coste añadido con poco beneficio como contrapartida.
- Este desconcierto indica la necesidad de socializar a los actores de las relaciones laborales en un nuevo marco cultural preventivo, en un nuevo modelo de gestión de riesgos.
- Las actividades de vigilancia de la salud colectiva son muy minoritarias en las prácticas habituales de las empresas y de los Servicios de Prevención. Normalmente los datos

recopilados permanecen dispersos y a menudo no se pueden agregar porque no están estandarizados. Se habla también de muchas historias clínicas incompletas, cosa que se acentúa en empresas con una elevada rotación de trabajadores, por lo que la temporalidad contractual deviene también un obstáculo para hacer una buena V.S.T..

- El derecho de comprensibilidad que la LPRL 31/1995 establece "*la vigilancia de la salud individual debe ir dirigida a la detección precoz de trastornos de salud, y su contenido debe comunicarse al trabajador afectado garantizando su comprensibilidad*", es una actuación poco frecuente porque existe la tendencia generalizada de entregar los resultados de los reconocimientos médicos de forma escrita, sin explicación verbal, con lo cual se vulnera en parte el derecho.
- La '*confidencialidad*' reconocida como derecho de los trabajadores en la LPRL 31/ 1995 suele ser un tema muy conflictivo. Hay trabajadores que se muestran reticentes a someterse a exámenes médicos porque sospechan que los resultados podrían ser utilizados en su contra, o porque creen que podrían desvelar indicios de su vida privada que preferirían mantener en secreto, con la posibilidad de la consiguiente *discriminación* laboral.

- La V.S.T. debe ser llevada a cabo por profesionales sanitarios, médicos especialistas en medicina del trabajo y DUE´s de empresa, pero la escasez de estos profesionales en el mercado laboral genera grandes dificultades para poder alcanzar una calidad óptima en el desarrollo de la V.S.T.. Los servicios de prevención ajenos palián este déficit con la contratación de profesionales médicos no especialistas en medicina del trabajo, bajo el control de un especialista, para dar respuesta al gran volumen de empresas con las que tienen concertado el servicio de prevención.
- A menudo las empresas que cuentan con Servicios de Prevención Propios *no disponen* de Servicio Médico (incluso algunas que anteriormente lo tenían, lo han eliminado al constituir el servicio de prevención propio). Y existen numerosos Servicios de Prevención Ajenos que *no cuentan con medicina del trabajo*, con lo cual la oferta de este tipo de servicios es escasa.
- La legislación establece diferentes momentos en los que se ha de realizar el reconocimiento médico, lo que no siempre se vienen cumpliendo. La inercia ha establecido tener que mantener los reconocimientos anuales tradicionales para evitar los efectos de los cambios y por las características del mercado laboral actual, tan competitivo, donde se exigen diferentes ritmos de trabajo, lo que dificulta la realización de

reconocimientos médicos adaptados a las circunstancias de cada trabajador.

- La participación de los trabajadores es una de las herramientas que la LPRL 31/1995 establece para conseguir los fines propuestos de prevención y promoción de la salud laboral, pero su puesta en práctica se ve obstaculizada por la falta de medios y recursos establecidos en algunos contextos empresariales para canalizarla y utilizarla con fines preventivos. Fundamentalmente porque la estructura y organización de muchas de las empresas aragonesas no están preparadas para articular esta actividad, por la falta de concienciación en cuanto a su utilidad, lo cual genera conflictos entre empresarios y trabajadores: unos con el deber de hacer participar sin establecer medidas y actuaciones en el entorno laboral acordes a las propuesta recogidas, y los trabajadores reclamando su derecho a participar pero con el sentimiento frustrado de la escasa utilidad o consideración de sus propuestas.
- Existen problemas de participación de los trabajadores en la gestión de riesgos en general y en la realización de actividades de vigilancia de la salud en particular. Los principales problemas se dan en las empresas donde no existe representación sindical o de personal, donde la participación es prácticamente nula. Pero en los lugares donde sí que existen delegados de prevención, también

suele haber dificultades porque no siempre existe entendimiento sobre en qué áreas éstos pueden participar y en cuáles no.

ELEMENTOS QUE INTRODUCEN DESCONFIANZA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

- √ En la puesta en práctica de la V.S.T., además de detectar puntos de conflicto, también se ha comprobado cómo intervienen una serie de elementos que generan desconfianza en las relaciones entre los actores que configuran el sistema de prevención:
 - El derecho de confidencialidad, además de un punto de conflicto, genera un clima de desconfianza en las relaciones laborales entre actores que configuran el subsector técnico (los médicos de empresa) y del subsector laboral (trabajadores), porque existe el recelo por parte de estos últimos de que los datos de los reconocimientos puedan ser usados en detrimento de sus condiciones laborales o en el peor de los casos en la pérdida de su puesto de trabajo. Ayuda a aumentar esta desconfianza la relación contractual laboral existente entre el médico de empresa con el empresario.
 - La decisión de si la V.S.T. debe ser obligatoria o voluntaria en cada caso concreto constituye una recurrente fuente de conflicto entre trabajadores y empresarios generando

actitudes de desconfianza por parte de ambos. Esto es especialmente así en los casos en que el trabajador quiere negarse (porque cree que los resultados pueden utilizarse en su contra o porque no valora la utilidad de los mismos) pero la empresa lo considera imprescindible (porque le obliga la ley) aludiendo a alguno de los motivos establecidos. No obstante, el empresario se descarga de toda responsabilidad con la firma del trabajador de un documento de renuncia que sirve para solucionar el conflicto. Sin embargo, el clima de malestar y desconfianza se mantiene.

- Uno de los resultados de la V.S.T. consiste en determinar si el trabajador es 'apto' o no para el puesto de trabajo que ocupa. La dificultad comienza con el alcance del término "aptitud" tal como aparece en la LPRL 31/1995 y en el RSP (R.D. 39/1997) , ya que, en principio, dicho término indica que hay sospechas o evidencias de la existencia de una alteración de la salud relacionada con el trabajo, que puede estar provocada por la presencia de un riesgo mal controlado, por la sensibilidad que presenta el trabajador, o bien por la combinación de ambos factores. Desde esta perspectiva, la determinación de no "aptitud", debería llevar a la revisión de la evaluación de riesgos, con el objetivo de modificar las condiciones de trabajo que sean necesarias, pero se suele actuar sobre la persona, separándola del puesto de trabajo (lo cual contraviene uno de los principios

preventivos de la LPRL 31/1995), generando desconfianza y recelo en las relaciones laborales.

- Se observa una cierta tendencia a atribuir actuaciones inspectoras a algunos servicios de prevención propios encargándoles el control de la incapacidad temporal (que no debe confundirse con el absentismo laboral de la empresa), con el pretexto de que el personal sanitario debe conocer las ausencias del trabajo por motivos de salud, como dice la reglamentación, olvidando que ésta se refiere a "los solos efectos" preventivos; esto es, su utilidad mediante el tratamiento de los datos para el seguimiento colectivo de la salud en la empresa. Hay que recordar que el empresario cuenta con otros servicios para realizar el control del absentismo por enfermedad, como los de recursos humanos, por ejemplo. Este es un aspecto de especial importancia que supone la unión de la prevención individual con la prevención colectiva, y que tiene que ver con el uso eficiente de los datos.
- El carácter contractual que existe respecto a la relación que se da entre los actores encargados de la implementación de la V.S.T. (el subsector técnico) determina la existencia de un clima laboral marcado por la desconfianza. Las relaciones laborales entre el médico de empresa y el empresario (mediatizadas por un contrato laboral) y las relaciones mercantiles entre los servicios de prevención y la empresa

(mediatizadas por un contrato mercantil) generan incredulidad y recelo respecto a la efectividad de sus actuaciones.

- √ En definitiva, existe una confusión importante entre las actividades de V.S.T. y otras acciones relacionadas con las potestades empresariales relacionadas con el control del absentismo y control del estado de salud en el acceso al empleo. Desde este punto de vista, cuando la práctica de las actividades sanitarias no diferencian entre prevención y políticas de gestión de recursos humanos, se favorece la percepción de que las actividades de vigilancia de la salud están relacionadas con dimensiones de control de personal, lo cual genera pérdida de confianza entre los trabajadores (lo cual, a su vez, motiva que no quieran participar en las actividades de vigilancia de la salud, con la consiguiente pérdida de capacidad preventiva del sistema de gestión de riesgos de la empresa).

ESCASEZ DE RECURSOS HUMANOS EN EL CONTROL Y APLICACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

- √ Las administraciones públicas no disponen de recursos humanos suficientes para inspeccionar debidamente todos los Servicios de Prevención, ni mucho menos para averiguar cómo es la vigilancia de la salud en cada empresa.

- √ Hay también una falta crónica de profesionales de la salud especializados (y acreditados) en salud laboral. Los Servicios de Prevención señalan numerosas dificultades para encontrar recursos humanos cualificados en este campo. La propia Administración ha reconocido el problema y dice que se necesita tiempo para formar nuevos profesionales. Por otro lado, los profesionales de servicios de prevención propios suelen denunciar la falta de medios y recursos materiales y humanos con la que se ven obligados a trabajar. La administración aragonesa permite implícitamente, hasta el momento, que algunas de las actividades que supone la vigilancia de la salud individual sean llevadas a cabo por médicos no especialistas en medicina del trabajo, siempre bajo la supervisión de profesionales sanitarios especializados⁴³, responsables de la ejecución y coordinación de todas las actividades que al respecto se lleven a cabo.

⁴³ Un médico especializado en medicina del trabajo o un diplomado en medicina de empresa.

- √ Otro handicap en la implementación de la vigilancia de la salud a nivel colectivo es la ausencia o falta de la figura de profesionales administrativos especializados en términos médicos laborales encargados del tratamiento de datos y orientación de éstos con fines colectivos de prevención y promoción de la salud de los trabajadores.
- √ Esta falta de recursos humanos contribuye a que la situación se mantenga sin grandes cambios en el tiempo, provocando diferentes velocidades en el desarrollo de la V.S.T. en base al tamaño de empresa, determinada por una mayor o menor tenencia de recursos económicos que solvente estas carencias.

OTROS FACTORES

- √ Elementos característicos del mercado laboral español, como el alto grado de temporalidad y de descentralización productiva (subcontratación, etc.) en determinados sectores de actividad, inciden negativamente en la posibilidades de desarrollo y cumplimiento de las normas de seguridad y salud laboral. No hay que olvidar que la LPRL 31/1995 es una ley de mínimos, que debe ser parcialmente desarrollada en negociación colectiva, e incluye unas garantías que pasan por la existencia de representantes de los trabajadores –delegados de prevención– que deben velar por su cumplimiento y participar en la gestión de la prevención (ser consultados, informados, etc.), por lo que en aquellas empresas

donde la representación no existe la LPRL 31/1995 tiene pocas posibilidades de ser desarrollada convenientemente.

- √ La burocratización de todo el proceso y actividades que conlleva la puesta en práctica de un Plan de prevención (exige esfuerzo en la cumplimentación de documentación, lo cual se considera necesario), genera el riesgo de que la labor preventiva se quede simplemente en la recogida de información sin su posterior análisis e interpretación.
- √ Los protocolos de vigilancia sanitaria específica elaborados para acometer la praxis diaria de la V.S.T. no son percibidos por los profesionales sanitarios como herramientas facilitadoras de su trabajo debido a la extensión y la poca practicidad de los mismos. A pesar de que se ha dado un amplio margen para adaptarlos a las circunstancias de cada empresa, la rigidez que éstos establecen en cuanto a los procedimientos ante cada riesgo, dificultan y complican en el trabajo de los profesionales médicos.
- √ El bajo volumen de negocio en el ámbito rural, así como la brevedad de vida de muchas empresas en éste, unidas a la débil costumbre de implementar actuaciones preventivas en el sector primario, redundan en la calidad de la vigilancia de la salud en este entorno, al verse limitada la oferta de servicios de prevención, así como en una velocidad más ralentizada en la aplicación de todas las actividades que conlleva la V.S.T..

- √ La V.S.T. que se está haciendo actualmente se considera claramente mejorable por la escasa valoración de la importancia de estas actividades, consideradas frecuentemente como una carga y no como un beneficio empresarial, así como en la dificultad de acercamiento a los requerimientos que la LPRL 31/1995 exige y que los expertos atribuyen a una 'cultura preventiva' no bien enfocada o con escaso desarrollo.

5.2 RECOMENDACIONES

En general, se podría decir que la legislación sobre seguridad y salud laboral es conceptualmente muy avanzada y coherente con los objetivos y con los debates sobre esta temática a nivel internacional. No obstante, plantea unos postulados quizá demasiado alejados de la realidad empresarial y laboral aragonesa, de tal modo que se observa que en muchas empresas existen serias dificultades para poder cumplir con esta legislación.

Los propios principios preventivos que han de orientar la gestión de riesgos en la empresa deben ser asimilados más profundamente por la mayor parte de los actores de las relaciones laborales (empresarios, trabajadores, administraciones públicas, servicios de prevención), para lo cual se proponen las siguientes actuaciones:

- √ **Fomentar la implantación de modelos estratégicos de gestión empresarial que apuesten por sistemas organizativos basados en la participación** para facilitar los cambios y aportar elementos

de mejora y de continuidad empresarial, tanto desde el punto de vista productivo y de rentabilidad económica, como de permanencia en el mercado laboral actual tan cambiante. Facilitando con ello la implantación de sistemas de prevención basados en la filosofía de la participación y la autorregulación como la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales .

Se propone un modelo integral de desarrollo de los recursos basado en la perspectiva del "Aprendizaje Organizativo", caracterizado por la participación de la totalidad de los agentes en la experiencia del aprendizaje a partir del trabajo cotidiano, y en la instauración de la "competencia del autoaprendizaje" como cualificación nuclear básica de los mismos.

Las organizaciones burocráticas tienden a asegurar la continuidad de la organización y no el cambio. Son estrategias reactivas, que se diseñan para responder al impacto del entorno y corregir los desajustes entre el comportamiento adoptado por la organización y el exigido por el mismo. En este sentido, la estrategia es concebida como un mecanismo que asegura un mejor control sobre el entorno. Por otro lado, en la organización que aprende o "Aprendedora", la estrategia es proactiva y no reactiva, lo que contribuye a promover el cambio de la organización y del propio entorno. De ahí que se trate de un mecanismo para garantizar la evolución y desarrollo de la organización, y no su continuidad.⁴⁴

⁴⁴ Aramburu Goya Nekane "Un estudio del Aprendizaje Organizativo desde la perspectiva del cambio: Implicaciones estratégicas y organizativas". Universidad de Deusto. San Sebastián.2000

Diferencias entre una organización burocrática y una organización "Aprendedora".⁴⁵

ORGANIZACIÓN BUROCRÁTICA	ORGANIZACIÓN APRENDEDORA
<p>Estrategia de mando basada en el control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Largo plazo - Reactiva y defensiva 	<p>Estrategia basada en el desarrollo continuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medio y corto plazo. - Activa y proactiva. - Racional e intuitiva
<p>Pirámide militarista: jerárquica que diferencia a "los que deciden" de "los que ejecutan".</p>	<p>Renovación de estructuras (organización reticular) que posibilita una iniciativa más amplia por parte de los trabajadores</p>
<p>Comunicación limitada a la transmisión de órdenes y al control de su ejecución</p>	<p>Formulación de una visión común de la empresa (valores, proyectos de empresa) que sirva como punto de referencia para la acción.</p>
<p>Prioridad concedida a la función técnica, financiera y comercial en relación con la gestión social y el factor humano.</p>	<p>Prioridad concedida al factor humano ("las personas son las que hacen que la organización sea diferente") revalorización de la calidad de servicio e importancia asignada a la ejemplaridad de los directivos</p>

⁴⁵ Fuente: Aramburu Goya Nekane "Un estudio del Aprendizaje Organizativo desde la perspectiva del cambio: Implicaciones estratégicas y organizativas". Universidad de Deusto. San Sebastián.2000

Este modelo organizacional se plantea como una alternativa al modelo burocrático tradicional, obsoleto para la nueva realidad a la que se enfrentan las organizaciones.⁴⁶ Una realidad más compleja y de la que el cambio constituye un componente esencial. Ese nuevo modelo está, sin duda, asociado a la organización basada en el aprendizaje.⁴⁷

- √ **Favorecer la implantación de sistemas de gestión en base a criterios de responsabilidad social corporativa.** Los modernos sistemas de gestión de las empresas tienden a introducir criterios de responsabilidad social corporativa, en el sentido de que la organización debe tener en cuenta en sus decisiones al conjunto de actores (internos y externos) con los que interacciona. La satisfacción integral de los mismos supone tomar en consideración los aspectos más relevantes que condicionan su relación con la empresa. En el caso de los trabajadores, además de la política de recursos humanos, un aspecto esencial se vincula a las condiciones de trabajo, ámbito en que tiene cabida la prevención de riesgos y la V.S.T.. Hay que favorecer que la empresa, sea del tamaño que sea, cumpla unos estándares mínimos y se comprometa a dar cuenta pública de su avance.

- √ Es evidente que una V.S.T. de calidad acorde a los fines de la LPRL 31/1995 supone costes muy elevados (reconocimientos médicos específicos, pruebas específicas, muchas horas de trabajo de los

⁴⁶ El modelo de organización burocrática constituye un modelo muy limitado para garantizar una adecuada respuesta organizativa a entornos altamente cambiantes como los actuales.

⁴⁷ Aramburu Goya Nekane “Un estudio del Aprendizaje Organizativo desde la perspectiva del cambio: Implicaciones estratégicas y organizativas”. Universidad de Deusto. San Sebastián.2000

profesionales médicos, etc.), que el empresario hasta ahora no veía necesario afrontar, porque desconocía su valor. Por ello es recomendable **hacer tangible en términos económicos la V.S.T.**, estableciendo, a través de las correspondientes investigaciones, indicadores económicos que demuestren a las empresas responsables de su implementación la rentabilidad económica que una adecuada vigilancia de la salud puede generar en su empresa (menos bajas laborales, reducción de enfermedades profesionales, reducción del abstencionismo, aumento de la satisfacción laboral, etc.). A partir de la introducción de esta percepción, el coste añadido que pueda suponer la prestación de una V.S.T. de calidad con criterios de efectividad y productividad será sin duda abordada por las empresas no como una obligación sino como **una inversión** a medio plazo. De esta manera la percepción de obligatoriedad se verá diluida y se abordará también desde un punto de vista económico.

√ Otro aspecto a tener en cuenta para mejorar la implementación de la V.S.T. es acometer la tarea de la **SENSIBILIZACIÓN** a través de diferentes estrategias de actuación como: la concienciación, la información, la formación y la coerción.

- La **concienciación**, hasta el momento ha sido el ámbito de trabajo dónde se han centrado más del 80% de los esfuerzos por parte de todas las instituciones, agentes y actores implicados. Pero no se han obtenido los resultados esperados; por lo tanto sería recomendable que los esfuerzos se repartan hacia otros ámbitos de trabajo, aunque manteniendo viva esta actividad tan necesaria en el marco de las relaciones laborales.

- La **información** es uno de los ámbitos de trabajo en los que se ha detectado mayor necesidad de actuación ante el alto grado de confusión existente. El desconcierto y la falta de claridad respecto a qué es, en qué consiste y, sobre todo, para qué sirve la V.S.T. es muy elevado tanto entre empresarios como entre los trabajadores, principales actores de la misma. Por lo tanto se ha mostrado evidente en el estudio la necesidad de acometer una labor informativa en el tejido empresarial aragonés respecto a la V.S.T., tanto a través de campañas informativas (folletos, anuncios en prensa, radio, TV e Internet) como a través de la formación.

Los empresarios deben ser informados acerca de para qué sirve la V.S.T., en qué consiste, cómo se ha de llevar a cabo, cuáles son sus obligaciones y qué derechos tienen al contratar un servicio de prevención.

Los trabajadores y trabajadoras deben ser informados previamente a la práctica del examen de salud del porqué de dicha práctica, qué pruebas se realizarán y qué beneficios obtendrá de los resultados. Así como del resultado de los exámenes de salud en términos comprensibles y que le den elementos para intervenir en cómo se gestiona su proceso de cuidado de la salud.

Es por tanto necesario extender la práctica del consentimiento informado sobre la realización de la vigilancia de la salud, previa información de los objetivos y contenidos de la misma. Todo ello, sin duda, generara una salto cualitativo en el proceso de sensibilización.

- La **formación** constituye otro ámbito de trabajo a tener muy en cuenta, para mejorar la praxis de la V.S.T.. Tanto reglada como ocupacional. Principalmente la ocupacional ha centrado gran cantidad de recursos en la concienciación hacia la prevención de riesgos laborales, consiguiendo buenos resultados, pero muy lejos de los esperados. Por lo tanto, se propone que se produzca una redistribución de recursos tanto hacia la formación reglada como ocupacional (adaptándola a sus destinatarios, niños, jóvenes o futuros profesionales), así como entre la prevención y promoción de la salud ya que a ésta última se han destinado menos esfuerzos repercutiendo en un menor desarrollo y significatividad de la medicina del trabajo.
- La puesta en práctica de **medidas coercitivas y sancionadoras** ante el incumplimiento de las actuaciones que regula la LPRL 31/1995 y el RSP (R.D. 39/1997), constituyen un ámbito de trabajo que hay que mantener y sobre el que hay que aumentar esfuerzos técnicos y sobre todo humanos. Concientes que este tipo de medidas no contribuyen en la misma medida que las anteriores a la sensibilización, quizá con el paso del tiempo y en base a los esfuerzos realizados con

éxito hacia la formación, información y concienciación, este tipo de actuaciones irán siendo cada vez menos necesarias e incluso desaparecerán. Pero hasta que llegue ese momento son necesarias estas medidas para hacer más igualitario su cumplimiento y respeto. No obstante, hay que destacar también la necesidad de redistribuir el control hacia la medicina del trabajo, porque hasta el momento la mayoría de las actuaciones coercitivas se han centrado en la seguridad de los trabajadores.

√ Durante el estudio de la situación de la V.S.T. se ha mostrado evidente cómo el sentimiento de **DESCONFIANZA** está determinando las relaciones laborales entre los principales actores que la configuran. Para paliar los efectos de la misma la LPRL 31/1995 estableció el derecho de voluntariedad de los trabajadores a realizar los reconocimientos médicos. Pero el análisis revela que ese sentimiento sigue mediatizando negativamente las relaciones laborales entre los trabajadores, los empresarios y el personal médico de empresa, en diferentes aspectos:

- El "**no apto**" como resultado de los reconocimientos médicos aunque poco frecuente, es una forma de definir la capacidad de un trabajador para ocupar un determinado puesto de trabajo muy simplista, que deja insatisfechos tanto a los trabajadores, como a los empresarios y determina negativamente la actividad profesional del personal sanitario, al tener que evaluar la capacidad de un trabajador a través de un sólo concepto. Para

evitar ese clima de desconfianza que genera esta "definición" sería recomendable en estos casos crear **comisiones paritarias** (formadas por los delegados de prevención, empresa y médicos de empresa) que valoren cada situación, bien para adaptar el puesto de trabajo a sus características personales, bien para ubicarle en otro puesto más acorde a las mismas en el que pueda desarrollar una actividad laboral sin problemas; en este sentido, sólo cabría utilizar el despido o la no contratación como último recurso. Esto, sin duda, serviría para eliminar las connotaciones negativas asociadas a la V.S.T. como una herramienta de control o selección de recursos humanos en las empresas.

- Los **sentimientos de incredulidad y de inutilidad** entre los trabajadores respecto a los reconocimientos médicos (la única actividad que conocen de la vigilancia de la salud, que además en los últimos años han percibido como una pérdida de derechos adquiridos al ser más específicos y sin periodicidad determinada) son frecuentes, contribuyendo ambos a mantener el clima de desconfianza en las relaciones sociales. La labor formativa debería ir encaminada a hacer comprender en toda su extensión la importancia de la vigilancia de la salud de los trabajadores. En este sentido, habría que demostrar con claridad meridiana la relación entre la V.S.T., la prevención, las condiciones de trabajo y la salud laboral, que afecta directamente al trabajador.

- La atribución de actuaciones inspectoras y de control a algunos servicios de prevención, con el pretexto que el personal sanitario debe conocer las ausencias del trabajo por motivos de salud, genera también en los trabajadores un elevado grado de desconfianza, que impide una favorable percepción de la actividad que éstos realizan. Por tanto será conveniente hacer un esfuerzo por parte de la empresa y de los servicios de prevención para desterrar esta actividad, no olvidando que la V.S.T. sólo puede servir como herramienta preventiva. Para ejercer el control del absentismo el empresario cuenta con otros servicios en su empresa, como el departamento de recursos humanos. En este sentido, se propone que la gestión de la Prevención y, especialmente, la del área de medicina del trabajo, se desvincule del Departamento de Recursos Humanos.
- La desconfianza generada por el carácter contractual de las relaciones laborales (entre médico y empresa) y de las relaciones mercantiles (servicio de prevención y empresa) también suponen un handicap en la evolución y desarrollo de la V.S.T..
- La solución a esta situación es difícil, pero pasa por la vinculación en algún grado del personal médico de empresa al SALUD, para poder aumentar su independencia de la empresa y evitar así ese clima de desconfianza y recelo.

- Este es un aspecto que el equipo investigador deja abierto a la reflexión, consciente de las dificultades existentes en poder ser llevado a cabo, tanto por la falta de medios de la administración sanitaria, como por los fuertes intereses creados en torno a los servicios de prevención.
- El **derecho de confidencialidad** también genera desconfianza en las relaciones laborales entre trabajadores y empresarios, mediatizando la actividad del personal médico de empresa, pero es un derecho inalienable que hay que respetar para salvaguardar al trabajador ante posibles actuaciones discriminatorias. Sin embargo, la ruptura de este derecho de confidencialidad siempre va a estar en manos de los actores implicados (médico y empresario) y es imposible encontrar soluciones que, a su vez, no impliquen la limitación de otros derechos y libertades fundamentales. Por lo tanto, sólo queda dejar en manos de la deontología profesional del personal médico de empresa la solución o por lo menos la mitigación de los efectos negativos que este derecho genera.
- Las dificultades con las que se está encontrando la medicina del trabajo para **encajar en el sistema de prevención** genera un clima de **desconfianza sistémica**, mitigable sólo con esa labor de sensibilización (recordemos: concienciación, formación e información) y de revalorización, comentada anteriormente. Esta estrategia debe ir en la dirección de defender su

consustancial interdependencia con el sistema de prevención:
no puede ir uno al margen del otro.

√ Para mitigar los efectos perversos de la desconfianza en la praxis de la V.S.T. se recomienda profundizar en **la participación de los trabajadores**. A través de sus representantes como canalizadores de sus aportaciones, conocimientos y experiencias, garantizando así la idoneidad del sistema de prevención y, por derivación, la V.S.T. en relación con los riesgos y las tareas de trabajo.

√ **Disfunciones en la implementación de la V.S.T. .**

1) Poner en marcha medidas por parte de la administración que permitan el control de los servicios de prevención, sobre todo de los ajenos, (los propios tienen la obligación de las auditorias), respecto a la calidad de sus actividades en el desarrollo de la medicina del trabajo y por tanto de la V.S.T., conforme a procedimiento y forma que establece la LPRL 31/1995. Por ejemplo, supervisar y controlar las memorias anuales de la actividad llevada a cabo por los servicios de prevención, en base a criterios e indicadores de calidad fijados por la administración laboral y sanitaria respecto a la especialidad de medicina del trabajo.

2) Regular algún sistema de coordinación entre las diferentes administraciones competentes (educativas, sanitarias, etc.) para solucionar la falta de profesionales sanitarios (médicos

especialistas en medicina del trabajo y DUES's de empresa) especializados en medicina del trabajo en el mercado de trabajo.

- 3) Establecer como obligatorio un sistema único de recogida de datos por parte de la administración sanitaria y laboral respecto a las condiciones de salud del trabajador con la finalidad de poder llevar a cabo la vigilancia colectiva de la salud.
- 4) Propiciar y favorecer la investigación respecto a la V.S.T., además de para diagnosticar y conocer su situación, para establecer indicadores que demuestren que se integran a la empresa aportando valor tangible.
- 5) Facilitar la adaptación de la ley a los pequeños empresarios, potenciando la utilización de servicios de prevención mancomunados con el consiguiente ahorro de costes correspondiente. Es una modalidad que ofrece la ley y que sólo se está utilizando por grandes empresas con centros de trabajo en diferentes provincias. Las ventajas que para los trabajadores tiene la existencia de un servicio de prevención propio se ha mostrado evidente a lo largo de todo el estudio.
- 6) Crear canales de comunicación entre los médicos de empresa de los servicios de prevención y los médicos de atención primaria del SALUD, a través de los cuales puedan compartir información médica sobre el trabajador o el paciente.

- 7) Los profesionales médicos especialistas en medicina del trabajo perciben como dificultosa la aplicación de los protocolos de vigilancia sanitaria específica establecidos por la administración, debido a su complejidad y consideran que suponen una sobrecarga de trabajo. Especialmente cuando se trata de tareas en las que concurren diferentes riesgos, al quedar en sus manos su adaptación a las características propias de cada empresa.

Respecto a la falta de protocolos que regulen el tratamiento de otros riesgos no contemplados hasta el momento, es la administración la que debe acometer dicha tarea con la mayor celeridad posible. Para solucionar los handicaps detectados en los protocolos de actuación realizados hasta el momento sería recomendable favorecer una mayor participación e implicación en su elaboración de entidades como la SMHSTAR⁴⁸ o el ISSLA⁴⁹ de Aragón, o similares en el resto de España, integrados por profesionales médicos y técnicos que conocen el día a día de la práctica de la vigilancia de la salud y están en contacto directo con sus responsables y destinatarios pudiendo aportar propuestas y maneras de aplicación más coherentes con la realidad empresarial.

⁴⁸ Sociedad de Medicina Higiene y Seguridad en el Trabajo de Aragón y Rioja

⁴⁹ Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Aragón,

6. METODOLOGÍA

La investigación sobre la Vigilancia de la Salud en Aragón ha optado por la utilización de técnicas de investigación cualitativa basadas en la comprensión estructural del objeto de estudio, en contraste con la perspectiva cuantitativa, cuya finalidad tradicional se centra en la articulación de una explicación causal del problema de investigación.

Los vertiginosos cambios sociales a los que estamos asistiendo, materializados en una imparable proliferación y diversificación de estilos y formas de vida, impulsan al uso de la investigación cualitativa. Además, el conocimiento de realidades tan diferentes fuerza al investigador a la combinación de estrategias de carácter inductivo y deductivo, con un constante ir y venir de la teoría (marco teórico) a la realidad y viceversa.

La utilización de un método de acercamiento cualitativo basado en la observación ha permitido conocer las dinámicas de relación establecidas entre los actores que participan en la implementación y articulación de la Vigilancia de la Salud en Aragón.

En la investigación cualitativa nada se da por sentado y se parte de la idea de que en cualquier momento del análisis se puede producir un giro en la interpretación de la realidad que está siendo sometida a observación. No se asume, por tanto, ningún criterio de linealidad fijo e invariable en el transcurso de la investigación. Las tareas de formulación y modificación de la teoría, de elaboración y revisión de preguntas de

trabajo, de recolección y análisis de datos o de control de validez en el diseño se realizan de forma simultánea. Produciéndose así una retroalimentación entre todas ellas, lo que hace factible la continuidad en la revisión y reformulación del diseño. Siempre partiendo de un marco teórico básico que ejerce de trampolín hacia el objeto de estudio.

La principal ventaja de la investigación cualitativa emana del hecho de que, aún siendo pocas las personas a quienes se estudia, la información obtenida es enorme. Para ello, se han utilizado en el presente estudio dos **estrategias** fundamentales de **trabajo**: la entrevista semidirigida individual y la entrevista grupal. Además de un grupo de contraste al final del proceso que ha permitido validar con expertos las conclusiones del estudio.

a) La **entrevista semidirigida**

La entrevista semidirigida permite, a través de procedimientos conversacionales, comprender la realidad social desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados que éste asigna a sus experiencias, en base a las siguientes características:

- a) Las entrevistas han sido iniciadas por el investigador, animando al entrevistado a hablar, organizando y sosteniendo la interacción, de forma que quedara explícitamente claro que el entrevistado habla y el investigador escucha.

- b) La entrevista tiene como objetivo el conocimiento (no se habla por hablar) controlado por el investigador y cuyo cumplimiento puede llevarse a cabo con diferentes grados de direccionalidad. Para ello se ha elaborado en el presente estudio un guión específico dirigido a cada uno de los entrevistados en base a los objetivos propuestos dirigiendo el discurso de forma sutil hacia éstos.
- c) Los entrevistados han sido elegidos cuidadosamente de acuerdo a los perfiles establecidos.
- d) Las entrevistas se han realizado con un sentido pragmático inequívoco: *es un habla para ser observada*, en la que se busca el conflicto enriquecedor entre lo que está legitimado (lo que hay que decir) y las prácticas reales alejadas de la norma dominante.
- e) Las entrevistas han tenido como media una duración aproximada de una hora y media, en función del discurso del entrevistado.

El trabajo de campo diseñado para la realización de las entrevistas semidirigidas se ha dividido en dos fases:

1ª Fase de acercamiento a la realidad a investigar:

En la que se realizaron **17 entrevistas** a representantes de instituciones y profesionales implicados directa e indirectamente en la implementación de la V.S.T. en Aragón. Se han distribuido de la siguiente manera:

- Dos representantes de la autoridad laboral.

- Dos representantes de la autoridad sanitaria.
- Un auditor de medicina del trabajo.
- Un representante de la Sociedad de Medicina Higiene Y Seguridad en el Trabajo de Aragón Y Rioja (SMHSTAR)
- Dos representantes de las organizaciones sindicales más representativas en Aragón (UGT y CC.OO).
- Dos representantes de las organizaciones empresariales más representativas en Aragón (CREA y CEPYME).
- Dos directivos responsables de Servicios de Prevención Ajenos (MAZ y QUERCUS).
- Un ATS especialista en enfermería del trabajo de un servicio de prevención ajeno (PREVENSALUD).
- Un médico especialista en medicina del trabajo de un servicio de prevención ajeno (FREMAP).
- Un médico del Servicio Nacional de Salud del Gobierno de Aragón.
- Un representante de la Asociación Empresarial de Graduados Sociales, Aragón.
- Un representante del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de Madrid.

2ª Fase de toma de contacto con los directamente implicados en la V.S.T.:

Se han realizado **13 entrevistas**: cinco a delegados de prevención, cinco a empresarios y tres a profesionales

médicos de servicios de prevención propio. Distribuidas en base a los criterios de:

1) Territorialidad:

Interesa tener información procedente de cada una de las realidades territoriales de la Comunidad Autónoma de Aragón, de forma que en las conclusiones pueda haber representación de las distintas particularidades de nuestra región. Para ello, se considera que la variable a utilizar sea el tamaño de hábitat, estableciendo tres divisiones, que se consideran óptimas desde el punto de vista de los objetivos de la presente investigación:

- La ciudad de Zaragoza y los polígonos de su área de influencia, además de las capitales de Huesca y Teruel.
- El resto de municipios.

2) Dimensión de la empresa:

- Microempresa (hasta seis trabajadores).
- Pequeña empresa (de 7 a 50 trabajadores).
- Mediana empresa (de 50 a 250 trabajadores)
- Gran Empresa (más de 250 trabajadores).

3) Sector al que pertenece la empresa:

- Sector primario.
- Sector secundario.
- Sector de la construcción.
- Sector terciario.

En base a los criterios de estratificación y muestreo los perfiles de los entrevistados fueron los siguientes:

Nº de entrevista	DELEGADOS PREVENCIÓN Y/O PRESIDENTES DE C.S.S		
1	Sector primario	Micro o Pequeña empresa	Otro municipio
2	Sector secundario	Mediana empresa	Zaragoza
3	Sector secundario	Micro o Pequeña empresa	Otro municipio
4	Sector construcción	Gran empresa	Huesca
5	Sector Terciario	Mediana empresa	Teruel

Nº de entrevista	EMPRESARIOS		
1	Sector primario	Micro o Pequeña empresa	Otro municipio
2	Sector secundario	Micro o Pequeña empresa	Zaragoza
3	Sector secundario	Gran empresa	Zaragoza
4	Sector construcción	Gran empresa	Huesca
5	Sector Terciario	Mediana empresa	Teruel

Nº de entrevista	PROFESIONALES MÉDICOS DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN PROPIOS		
1	Sector secundario	Gran empresa	Zaragoza
2	Sector construcción	Gran empresa	Huesca
3	Sector Terciario	Mediana empresa	Teruel

El total de entrevistas semidirigidas mantenidas ha sido de 30. Para su realización el equipo investigador se ha trasladado a las diferentes provincias y pueblos que configuran el territorio de Aragón, en base a los criterios de selección establecidos. Hay que destacar el alto grado de colaboración y participación que hemos tenido desde todas las entidades y personas que se ha obtenido en esta fase del trabajo de campo.

Todas las entrevistas, excepto una, se han grabado a través de un magnetófono y han sido transcritas en base a los objetivos establecidos para su posterior análisis e interpretación por parte del equipo investigador.

b) La **entrevista grupal**

La segunda técnica empleada ha sido la entrevista grupal (focus group). Esta técnica permite al equipo de investigación conocer el impacto de determinadas políticas o asuntos de actualidad en la población. En esta investigación ha permitido conocer el impacto que la aplicación de la normativa entorno a la Vigilancia de la Salud ha tenido en los Trabajadores.

Metodológicamente, se lleva a cabo bajo supuestos de base muy parecidos a los de la entrevista a un solo sujeto, es decir, partiendo de un estímulo al que son sometidos los integrantes de un grupo por parte del moderador. Y también se hacen extensibles la aplicación de los mismos criterios que las entrevistas semidirigidas: ausencia de direccionalidad para garantizar la espontaneidad y fluidez del discurso de los sujetos, requerimientos de concreción a los entrevistados, profundización intensiva de las experiencias de los sujetos superando el contexto personal y ampliándolo al social para poder determinar la significación de la experiencia y todo ello en base a un guión establecido de forma sutil por el entrevistador-moderador.

Se han realizado **dos grupos de trabajo**, ambos con trabajadores que desarrollan su actividad en la ciudad de Zaragoza y configurados en base a diferentes criterios de estratificación.

- **GRUPO NÚMERO 1.** Participaron seis trabajadores en base a los siguientes criterios de homogeneidad y heterogeneidad:

○ **Según tipo de contrato**

- 50% temporal.
- 50% indefinido.

○ **Sexo**

- 50% hombres y 50% mujeres.

○ **Edad**

- 25% entre 16 y 24 años.
- 25% entre 25 y 34 años.
- 25% entre 35 y 44 años.
- 25% más de 45 años.

○ **Nivel de estudios**

- 50% primarios y secundarios.
- 50% medios y superiores.

○ **Tamaño de empresa (nº de trabajadores)**

- 50% micro y pequeña empresa.(Entre 1 y 50 trabajadores).
- 50% mediana y gran empresa.(entre 51 y más de 1000 trabajadores).

- **Tasa de accidentalidad por 1000 trabajadores por actividades económicas⁵⁰**
 - 100% trabajadores desarrollando su actividad en Actividades económicas con una tasa de accidentalidad igual y superior a 48.

CNAE	ACTIVIDAD ECONÓMICA	TASA DEL CNAE
371	Reciclaje de chatarra y desechos de metal	246
10	Extrac. y aglomeración de antracita, hulla y lignito	211
251	Fabricación de productos de caucho	206
282+283	Fabr. de cisternas, depósitos y generadores de vapor	160
455	Alquiler equipo de construcción-demolic. con operario	153
745	Selección y colocación de personal	146
293	Fabricación de maquinaria agraria	138
201	Aserrado y cepillado de madera	134
281	Fabricación de elementos metálicos para construcción	131
452	Construcción general de inmuebles y obras ingen.civil	131
372	Reciclaje de desechos no metálicos	130
342	Fabricación de carrocerías,remolques y semiremolques	123
14	Extracción de minerales no metálicos ni energéticos	113
291+292	Fabricación de máquinas, equipos y material mecánico	111
266	Fabricación de elementos de hormigón, yeso y cemento	110
453	Instalaciones de edificios y obras	104
153	Preparación y conservación de frutas	102
151	Industria cárnica	100
156	Fabricación de productos de molinería y almidones	92
454	Acabado de edificios y obras	92
202-204	Fabr.de chapas y tableros, estruc. de madera y envases	91

⁵⁰ Fuente: ISSLA . Estadísticas de siniestralidad. Tasas de accidentalidad por actividades económicas-Aragón 2005-

155	Industrias lácteas	90
27	Metalurgia	90
252	Fabricación de productos de materias plásticas	88
294-296	Fabricación de máq.herramientas, armas, y munición	86
262-264	Fabr. de productos cerámicos, azulejos, ladrillos...	85
285	Tratamiento y revestimiento de metales	85
71	Alquiler de maquinaria y equipos sin operario	82
314	Fabricación de acumuladores y pilas eléctricas	81
311+312	Fabr.de motores eléctricos y aparatos de distribución	80
641	Actividades postales y de correo	79
35	Fabricación de otro material de transporte	78
286+287	Fabricación de cuchillería y produc. metálicos diversos	75
313	Fabricación de hilos y cables eléctricos	74
502	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	74
152	Elaboración y conservación de pescados	73
267+268	Industria de la piedra. Fabr. prod.minerales no metálicos	72
205	Fabricación de otros productos de madera	71
284	Forja, estampación y embutición de metales	71
602	Otros tipos de transporte terrestre	70
191+192	Prepar. y curtido del cuero. Marroquinería	69
159	Elaboración de bebidas	67
343	Fabr.de piezas y accesorios no eléctricos para vehículos	65
361	Fabricación de muebles	65
451	Preparación de obras	65
01-may	Prod. agrícola, ganadera, silvicultura y acuicultura	61
746	Servicios de investigación y seguridad	60
157	Fabricación de prod. para la alimentación animal	59
154	Fabricación de grasas y aceites	55
521+522	Comercio al por menor en establecimientos especializados o no	54
41	Captación, depuración y distribución de agua	51
315+316	Fabric. de lámparas eléctricas y otro equipo eléctrico	50
17	Industria textil	49
261	Fabricación de vidrio y de productos de vidrio	48
527	Repar.de efectos personales, enseres domésticos	48

- **GRUPO NÚMERO 2.** Participaron 6 trabajadores en base a los siguientes criterios de homogeneidad y heterogeneidad:
 - **Según tipo de contrato**
 - 50% temporal.
 - 50% indefinido.
 - **Sexo**
 - 50% hombres y 50% mujeres.
 - **Edad**
 - 25% entre 16 y 24 años.
 - 25% entre 25 y 34 años.
 - 25% entre 35 y 44 años.
 - 25% más de 45 años.
 - **Nivel de estudios**
 - 50% primarios y secundarios.
 - 50% medios y superiores.
 - **Tamaño de empresa (nº de trabajadores)**
 - 50% micro y pequeña empresa.(Entre 1 y 50 trabajadores).
 - 50% mediana y gran empresa.(entre 51 y más de 1000 trabajadores).

- **Tasa de accidentalidad por 1000 trabajadores por actividades económicas**
 - 100% trabajadores desarrollando su actividad en Actividades económicas con una tasa de accidentalidad inferior a 48.⁵¹

CNAE	ACTIVIDAD ECONÓMICA	TASA DEL CNAE
158	Fabricación de otros productos alimenticios	47
51	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio	47
853	Actividades de servicios sociales	45
90	Actividades de saneamiento público	45
503+504	Venta de repuestos y accesorios de vehículos de motor	44
631+632+6		
34	Depósito y organización del transporte de mercancías	44
212	Fabricación de artículos de papel y cartón	41
553+554	Restaurantes y establecimientos de bebidas	41
601	Transporte por ferrocarril	41
211	Fabricación de pasta papelera, papel y cartón	40
551+552	Hoteles, camping y otros hospedajes corta duración	40
744	Publicidad	40
747	Actividades industriales de limpieza	40
555	Comedores colectivos y provisión de comidas	39
33	Fabric.de equipo médico-quirúrgico, óptica y relojería	38
297	Fabricación de aparatos domésticos	32
92	Actividades recreativas, culturales y deportivas	31
73	Investigación y desarrollo	29
24	Industria química	26
265	Fabricación de cemento, cal y yeso	26
362-366	Fabr.artíc.de joyería, instr.musicales, deporte, juguetes	26
523+524	Comercio al por menor prod. farmacéuticos y otro comercio menor	26
75	Administración pública, Defensa y Seguridad Social	26
22	Edición y artes gráficas	25

⁵¹ Fuente: ISSLA. Estadísticas de siniestralidad .Tasas de accidentalidad por actividades económicas-Aragón 2005-

93	Actividades diversas de servicios personales	24
32	Fabric. de material electrónico (radio, televisión,)	23
501	Venta de vehículos de motor	23
62	Transporte aéreo y espacial	23
525	Comercio al por menor de bienes de segunda mano	22
748	Actividades empresariales diversas	21
851+852	Actividades sanitarias y veterinarias	21
95	Hogares que emplean personal doméstico	21
	Producción y distrib. de energía eléctrica, gas, vapor	
40	20
193	Fabricación de calzado	19
505	Venta al por menor de carburantes para automoción	18
642	Telecomunicaciones	17
742	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería	17
743	Ensayos y análisis técnicos	16
70	Actividades inmobiliarias	13
18	Industria de la confección y de la peletería	12
91	Actividades asociativas	10
80	Educación	8
341	Fabricación de vehículos de motor	7
741	Actividades jurídicas, de contabilidad, auditoría,	6
	Comercio al por menor no realizado en	
526	establecimientos	5
633	Agencias de viajes y turismo	5
72	Actividades informáticas	5
67	Actividades auxiliares a la intermediación financiera	4
65	Intermediación financiera, excepto seguros	3
66	Seguros y planes de pensiones	1
13	Extracción de minerales metálicos	0
23	Coquerías, refino de petróleo, tratam.comb.nucleares	0
30	Fabr.de máquinas oficinas y equipos informáticos	0
61	Transporte marítimo y fluvial	0
99	Organismos extraterritoriales	0

c) El **grupo de contraste**

Como fase final del proceso de investigación se ha realizado un **grupo de contraste**, que ha permitido enfrentar las conclusiones provisionales obtenidas con una representación de los agentes implicados en la temática del estudio. El objetivo ha sido aquilatar los resultados finales de la investigación, testando la comprensión y las respuestas ofrecidas para cada una de las conclusiones presentadas, así como la asimilación o rechazo por parte del grupo y de cada uno de sus miembros.

Se trata de una estrategia de "validación" de la investigación.

ANEXO LEGISLATIVO SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

El marco normativo que regula la VST es el siguiente:

A) Normas generales:

- Constitución española CE / 1978 (art. 40.2 y art.43)
- Ley General de Sanidad, 14/1986.(cap.IV y art.21)
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995. (arts. 10,14,22,23,25,26,27,28 y 31).
- R.D.L. 5/2000, texto ref. de Ley sobre infracciones y sanciones de orden social.(arts. 12 y 13).
- R.D.L. 1/1994, texto ref. de Ley general de seguridad social.(arts 196 y 197).
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

B) Organización de la prevención para la Vigilancia de la Salud

- R.D. 39/1997, Reglamento de los servicios de prevención
- Orden de 27 de junio de 1997 desarrolla el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con las condiciones de acreditación de las entidades especializadas con Servicios de Prevención Ajenos a las empresas, de autorización de las personas o entidades especializadas que pretenden desarrollar la actividad de auditoría del sistema de prevención de las empresas y de autorización de las entidades públicas o privadas para desarrollar y certificar actividades formativas en materia de prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifican el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, y el Real Decreto 1627/1997, de 24 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción.

- Acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención. 3ª edición 2007 El documento contiene los criterios básicos sobre la organización de recursos para la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención Ajenos y Propios, aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 688/2005 de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como Servicio de prevención ajeno.

C) Normativa específica

En el desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención, han ido surgiendo Reglamentos específicos que hacen referencias a la Vigilancia de la Salud de trabajadores expuestos a determinados riesgos:

- Manipulación de cargas (R.D 487/1997, de 14 de abril; art. 6)
- Pantallas de visualización de datos (R.D 488/1997, de 14 de abril; art. 4).

- Agentes biológicos (R.D. 664/1997, de 12 de mayo; arts.8, 9, 10,11 y disposición adicional única). Orden de 25 de marzo de 1998 por la que se adapta en función del progreso técnico el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

- Agentes cancerígenos (R.D. 665/1997, de 12 de mayo; arts. 8, 9, 10- Modificado por el R.D. 1.124/2000 del 16 de junio; art. Único y por el R.D. 349/2003, de 21 de mayo; art. único).

- Agentes químicos (R.D. 374/2001, de 6 de abril; art 6 y disposición derogatoria única).

- Radiaciones ionizantes (R.D. 783/2001, de 6 de julio; cap. IV, secc. 1ª, arts. 39,40,41,42,43,44,45,46).

- Amianto. Real Decreto 108/1991 de 1 de febrero de 1991 sobre Prevención y reducción de la contaminación del medio ambiente producida por el amianto. Real Decreto 396/2006, de 31 de marzo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto.

Ruido. (Real Decreto 1316/1989, De 27 De Octubre; arts. 5,6,7,9, anexo 4) *Reglamento específico anterior a la Ley de P.R.L.* Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido. Corrección de erratas del Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.

- Real Decreto 1311/2005, de 4 de noviembre, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores frente a los riesgos derivados o que puedan derivarse de la exposición a vibraciones mecánicas.

D) Normativa sectorial:

- Actividades mineras (R.D. 1389/1997, de 5 de septiembre; art. 8).
- Administración General del Estado (R.D. 1488/ 1988. de 10 de julio, de adaptación de la legislación de prevención LPRL a la Administración general del Estado; Resolución de 23 de julio de 1998, de la secretaría de Estado para la Administración Pública aprueba el acuerdo Administración Sindicatos de adaptación de la legislación de riesgos a la Administración General del Estado; Resolución de 4 de marzo de 1999, de la Dirección General de Trabajo dispone la publicación del pacto sobre la constitución de Servicios de Prevención; R.D: 707/ 2002, de 19 de julio del 2002, aptdo. V).

- Real Decreto 464/2003, de 25 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 707/2002, de 19 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre el procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado.

- Resolución De 17 De Febrero De 2004, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, por la que se aprueba y dispone la publicación del modelo de Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales para la Administración General del Estado.

- Real Decreto 179/2005, de 18 de febrero, sobre prevención de riesgos laborales en la Guardia Civil.

- Centros y establecimientos militares (R.D: 1932/1998,de 11 de septiembre).

- Empresas de Trabajo Temporal (R.D.216/1999, de 5 de febrero; arts. 2,3,4,5 y 7).

- Trabajadores del mar (R.D. 258/1999, de 12 de febrero y Real Decreto 1414/1981, de 3 de julio).

E) Normativa sobre confidencialidad de datos médicos:

- Constitución Española art.18.
- Ley 14/86, General de Sanidad arts. 10.3, 23 y 61.
- Ley orgánica 15/99, de 13 de diciembre; de protección de datos de carácter personal.
- Real Decreto 994/1999, de 26 de junio y Resolución de 22 de Junio de 2001.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

F) Normativa de aplicación a las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

- Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la seguridad Social.
- Orden de 22 de Abril de 1997, (arts. 7 y 8 y disposición transitoria tercera) por la que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales.
- Resolución de 22 de Diciembre de 1998, que determina los criterios a seguir en relación con la compensación de costes prevista en el artículo 10 de la Orden 22 de abril de 1997 , que regula el régimen de funcionamiento de Mutuas de Accidentes, en desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales.

- Resolución de 26 de Abril de 2001, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se aprueba el Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el año 2001 y Corrección de Errores de la Resolución de 26 de Abril de 2001, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se aprueba el Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el año 2001.

- Resolución de 20 de Junio de 2002, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se prorroga para el año 2002 el Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el año 2001. BOE núm. 163, de 9 de julio de 2002.

- Resolución de 18 de Noviembre de 2002, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se modifica la de 20 de junio de 2002, por la que prorroga para el año 2002 el Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo

y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el año 2001.

- Resolución de 5 de Agosto de 2003, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se aprueba el Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social durante el período 2003-2005.

- Real Decreto 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno.

- Orden Tas/1974/2005, de 15 de junio, por la que se crea el Consejo Tripartito para el seguimiento de las actividades a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Seguridad Social.

- Orden Tas/2383/2006, de 14 de julio, por la que se modifica la Orden TAS/1974/2005, de 15 de junio, por la que se crea el Consejo Tripartito para el seguimiento de las actividades a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Seguridad Social.

- Orden Tas/3623/2006, de 28 de noviembre, por la que se regulan las actividades preventivas en el ámbito de la Seguridad Social y la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales

BIBLIOGRAFÍA

- ANIBAL RODRÍGUEZ C. (2000) *Principios Metodológicos para una vigilancia de la salud de los trabajadores*, VV.A.A. Vigilar la Salud Prevenir el Riesgo. II Foro ISTAS de Salud Laboral. Barcelona, ISTAS.
- ARTIEDA, L. (2003) "Los reconocimientos médicos específicos: una carrera de obstáculos". III Foro ISTAS de Salud Laboral. Madrid: ISTAS, pp.122-126.
- ARTIEDA L, LAYANA E, LEZÁUN M, CIPRIAIN C. Diagnóstico de Salud Laboral Navarra 1997-1999. Pamplona, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2001.
- BAILEY, S. (dir.) (1995) *Incentivos económicos para la mejora del ambiente de trabajo*. Dublin: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
- DÍAZ-FRANCO, J.J. (2002) "Medicina de empresa – medicina del trabajo: un proceso de legitimación". *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 5 (1), pp. 1-3.
- DURÁN, F. (2001) *Informe sobre riesgos laborales y su prevención*. Madrid: Presidencia del Gobierno.
- ESPLUGA, J.; CABALLERO, J. (2005) *Introducción a la prevención de riesgos laborales. Del trabajo a la salud*. Barcelona: Ariel.
- FRAILE, A.; LÓPEZ, F.; MAQUEDA, J.; MUÑOZ, A.; OBREGÓN, P.; PIQUÉ, T.; ROSEL, L. (1993) "Proyecto INVAC: Una contribución a

- la modernización de la investigación de accidentes de trabajo". *Salud y Trabajo*, núm. 99: 29-44.
- GARCÍA GÓMEZ, M. (2003) "De los reconocimientos médicos a la vigilancia de la salud". III Foro ISTAS de Salud Laboral. Madrid: ISTAS, pp. 127-132.
- GIL FISA, A . (1991) "*Costes no asegurados de los accidentes: método simplificado de cálculo*" *Notas Técnicas de Prevención*, nº 273, pp.1-10. Barcelona, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- GOBIERNO DE ARAGÓN E ISSLA (2004) *Iniciativas empresariales en prevención de riesgos laborales. Programas objetivo cero accidentes y buenas prácticas compartidas*. Edit Gobierno de Aragón. Dpto. de Economía y Hacienda. Zaragoza.
- GONZÁLEZ DÍAZ, F.A. (2002) La obligación empresarial de prevención de riesgos laborales. Madrid: CES.
- GUILLÉN, C. (2001) "¿Medicina del trabajo? ¿Vigilancia de la salud? Las diez cuestiones claves acerca de la especialidad". BIP, junio, pp. 72-77.
- HALPERIN WE. (1996) The role of surveillance in the hierarchy of prevention. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, pp. 321-323.
- HEINRICH, H.W. (1950) *Industrial Accident Prevention*. New York: McGraw Hill.
- HSE (Health and Safety Executive), 1977: *The Costs of Accidents at Work*, Sudbury, Health and Safety Executive.

- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (2000) *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Avance de resultados*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (2004) *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- INSHT. Revista *Seguridad y Salud en el Trabajo*. Nº 38 (2006). Madrid.
- INSHT. Revista *Prevención Trabajo y Salud* Nº 36 (2005). Madrid.
- LEZÁUN M, CILVETI S, LAYANA E, GARCÍA V, ARTIEDA L. La Medicina del Trabajo en Navarra: de los Servicios Médicos de Empresa a los Servicios de Prevención. Comunicación del XII Congreso de Seguridad y Salud en el Trabajo. Valencia, noviembre 2001.
- LÓPEZ-ROMERO GONZÁLEZ, M.P. (2004) La vigilancia de la salud de los trabajadores. La sentencia constitucional de 15 de noviembre de 2004. *Información Laboral Jurisprudencia*, 16, pp. LN2-LN13.
- LUQUE PARRA, M. (2002) "La seguridad y salud laboral en la negociación colectiva". En: Del Rey Guanter, Salvador y García, Jaume (dirección). La negociación colectiva en España en el año 2000. Informe para la Comisión Consultiva Nacional de Convenios Colectivos.
- MCKEOWN, T. (1986) *Introducción a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- MORENO, N. (2003) "Vigilar la salud: con y para la prevención. Reflexiones sindicales". En: III Foro ISTAS de Salud Laboral. Madrid: ISTAS, pp. 133-138.

- MONTERO, J.M. (1986) *Análisis sociológico de los accidentes laborales. El sector marítimo-pesquero*. Madrid: Instituto Social de la Marina.
- MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo) (2004) *Libro blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo) (2005) *Vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales en el sector agrario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- PEDROSA ALQUEZAR, S.I.(2005) *La vigilancia de la Salud en el Ámbito Laboral. Regulación legal, límites y cuestiones problemáticas*. Edit. CESS Colección Estudios.Madrid.
- PLANA, M. (2001) "La vigilancia de la salud... debe explicarse" *Cyclops*, 43 (julio), pp. 2-7.
- SANZ GONZÁLEZ, J. (2002) "Teatro y realidad", *Medicina del Trabajo*, 11 (2), p. 49.
- SECRETARIA DE ACCIÓN SINDICAL, SALUD LABORAL Y MEDIO AMBIENTE DE UGT, ARAGÓN.(2006) *Manual del Delegado de Prevención*. Edit. UGT Aragón. Zaragoza.
- THACKER SB, STROUP DF, PARRISH RG, ANDERSON HA. Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems and Sources. *Am J Public Health* 1996; 86:633-638.
- THACKER SB, BERKELMAN R. (1992) History of public health surveillance. En: Halperin W, Baker EL Jr, eds. *Public Health Surveillance*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold Co, pp. 62-75.

TEUTSCH, S. M.; THACKER, S.B. (1995) *Planificación de un sistema de vigilancia de la salud pública*. Boletín Epidemiológico de la Oficina Panamericana de la Salud.

UBERTI-BONA, V.; RODRIGO, F.; CAMACHO, J.; BRISO, P. (2003) *La salud laboral en la negociación colectiva en España (1995-2002) Recopilación de buenas cláusulas*. Madrid: Paralelo.

WATSON, T. (1995) *Trabajo y sociedad*. Barcelona: Hacer.

WOGNSEN, CH. (1995) Actitud positiva hacia la vigilancia de la salud. *Janus*, núm. 21 (3), pp. 7.