

LIBRO BLANCO
DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD
PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Aprobado por la Comisión de Salud Pública del
Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
en la reunión del
día 10 de diciembre de 2003

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

Muchas personas han contribuido a la elaboración de este documento:

Como Grupo Redactor:

Valentín Esteban Buedo. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.
Montserrat García Gómez. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Mariano Gallo Fernández. Instituto Navarro de Salud Laboral.
Asunción Guzmán Fernández. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Por parte de las Administraciones Sanitarias, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS:

Montserrat García Gómez. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
Rosario Castañeda López. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
Liliana Artieda Pellejero. Instituto Navarro de Salud Laboral. Navarra.
Esther Busquets Bou. Consejería de Sanidad y Seguridad Social. Cataluña.
Rosa María Campos Acedo. Consejería de Sanidad y Consumo. Extremadura.
Rafael Castells Salvá. Consejería de Sanidad y Consumo. Islas Baleares.
Juan Carlos Coto Fernández. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral. País Vasco.
Mercedes Elvira Espinosa. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Castilla y León.
Eduardo Estaún Blasco. Consejería de Sanidad y Consumo. Canarias.
Valentín Esteban Buedo. Consejería de Sanidad. Valencia.
Fernando Galvañ Olivares. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.
Mariano Gallo Fernández. Instituto Navarro de Salud Laboral. Navarra.
Isabel González García. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Galicia.
Asunción Guzmán Fernández. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias.
Nieves Martínez Arguisuelas. Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Aragón.
Lourdes Miralles Martínez-Portillo. Consejería de Salud, y Servicios Sociales. La Rioja.
Alberto Montilla Sánchez de Navas. Consejería de Sanidad. Castilla - La Mancha.
Alfredo Rubio Sanz. Consejería de Salud. Andalucía
Marta Zimmermann Verdejo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo
José María Martín Moreno

Subdirector General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
Francisco Marqués Marqués

Por parte del Ministerio de Trabajo:

Florentino Alonso Arenal. Subdirector Técnico del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Luz María Blanco Temprano. Jefe de Área de la Subdirección General de Ordenación Normativa de la Dirección General de Trabajo.

Raúl Riesco Roche. Subdirector General de Ordenación Normativa de la Dirección General de Trabajo.

Pilar Ruiz-Larrea. Subdirectora General de Ordenación de la Gestión Económica de la Seguridad Social.

Ángel Luis Sánchez Iglesias. Subdirector General de Relaciones Institucionales de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Por parte de los Agentes Sociales:

Pere Boix i Ferrando. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Comisiones Obreras.

Juan Dancausa Roa. Asociación Nacional de Entidades de Prevención Acreditadas. Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

José Manuel Gómez López. FREMAP. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

Pilar Iglesias Valcarce. Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

María José López Jacob. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Comisiones Obreras.

Tomás López Arias. Unión General de Trabajadores.

Juan Prats Guerrero. Asociación de Servicios de Prevención Acreditados. Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

Fernando Rodrigo Cencillo. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Comisiones Obreras.

Javier Torres Fernández. Comisiones Obreras.

Por parte de las Sociedades Científicas:

Carlos Beltrán de Guevara. Sociedad Española de Salud Laboral en las Administraciones Públicas.

José Manuel Corbellé Álvarez. Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Ambiental.

Ana García García. Sociedad Española de Enfermería y Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias.

Jesús Mateos Rodríguez. Sociedad Española de Salud Laboral en las Administraciones Públicas.

Jaume de Montserrat i Nonó. Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

Pere Plana Almini. Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

Alfredo Ribelles Villalba. Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana.

Javier Sanz González. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.

INDICE

PREÁMBULO

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores
- 1.2. Justificación e iniciativas recientes

II. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

- 2.1. Empresas
- 2.2. Administración
 - 2.2.1. Estatal
 - 2.2.2. Autonómica

III. PROPUESTA DE PLAN PARA LA MEJORA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL

- 3.1. Objetivos
- 3.2. Actividades
- 3.3. Indicadores
- 3.4. Responsables, cronograma y seguimiento

IV. BIBLIOGRAFÍA

V. ANEXOS

- 5.1. ANEXO I. RECOPIACIÓN NORMATIVA
- 5.2. ANEXO II. Acuerdos sobre Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales. Madrid, 28 de septiembre de 2001.
- 5.3. ANEXO III. Principios Generales y Criterios de Aplicación Práctica de la Vigilancia de la Salud. Comisión de Enlace entre AMAT y los sindicatos CC.OO. y U.G.T.

PREÁMBULO

Desde 1996 en que entró en vigor la nueva normativa de prevención de riesgos laborales hasta hoy, pocas son las empresas que, al menos de una manera formal, no hayan iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, una de las menos implantadas es el nuevo modelo de vigilancia de la salud.

Efectivamente, aunque la necesidad del trabajo interdisciplinar y de evolución de los reconocimientos médicos hasta la vigilancia de la salud, son cuestiones prácticamente indiscutibles, su aplicación práctica dista mucho de ser una realidad y ser coherente con las formulaciones teóricas de la medicina del trabajo e incluso con la regulación normativa de esta materia.

Los cambios sociales, políticos y normativos acaecidos en nuestro país en los últimos años, así como la creciente preocupación social por las cuestiones relacionadas con la salud y el trabajo, han motivado actuaciones por parte de todos los agentes implicados. Administraciones estatales y autonómicas, responsables de las correspondientes políticas, empresarios y trabajadores, y sus organizaciones respectivas afectados por las mismas, profesionales que las hacen realidad en los lugares de trabajo, han protagonizado iniciativas importantes dirigidas a mejorar la salud en el trabajo.

Una de las más relevantes es la vigorización del diálogo social sobre la prevención de riesgos laborales, que supuso la creación de la Mesa de Diálogo Social en materia de prevención de riesgos laborales, que se constituyó el 27 de julio de 2000.

En ésta Mesa se acordó constituir un Grupo de Trabajo denominado "Salud Laboral", que abordase el diálogo y alcanzara acuerdos en esta materia.

Por otro lado, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que reúne a los representantes de las Comunidades Autónomas en esta materia, acordó un conjunto de materias sobre Salud Laboral a elevar a la Mesa de Diálogo Social en Junio de 2001.

En función del mandato recibido, durante los meses de junio, julio y agosto de 2001 se mantuvieron, en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo, reuniones entre los representantes de Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores, Confederación Española de Organizaciones Empresariales, Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa y representantes de la Administración

General del Estado, con el objetivo de alcanzar Acuerdos sobre las siguientes materias:

1. Enfermedades Profesionales.
2. Profesionales Sanitarios
3. Vigilancia de la Salud y Protocolos.
4. Sistema de Información sobre Salud Laboral.

Los Acuerdos alcanzados en septiembre de 2001 fueron valorados positivamente por el Grupo de Trabajo de Salud Laboral del CISNS, y refrendados posteriormente por el Pleno de la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo en octubre de ese mismo año.

Al objeto de poder desarrollar los acuerdos alcanzados en materia de vigilancia de la salud, y ante la constatación de la desigual implantación del nuevo modelo, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Interterritorial, consideró importante realizar un diagnóstico de la situación actual, que permitiera proponer las medidas necesarias para impulsar y lograr dicha implantación.

El procedimiento seguido para elaborar este documento ha sido el siguiente:

- Se debatieron en reunión ordinaria del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del CISNS los principios generales que debían inspirar el contenido del documento.
- Se constituyó una comisión de redacción del documento en el seno del Grupo, compuesta por los representantes de las Comunidades Autónomas de Asturias, Navarra y Comunidad Valenciana y la Jefa de Área de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, que redactó y armonizó con el resto de representantes de las Comunidades Autónomas las versiones 1ª, 2ª y 3ª del texto.
- Se remitió, para consulta y captación de propuestas de cambio y/o modificaciones, la 3ª versión del documento a los representantes de trabajadores y empresarios: CCOO, UGT, CEOE y CEPYME, y a los representantes de los profesionales sanitarios de Medicina y Enfermería del Trabajo, Epidemiología, Salud Pública y Administración Sanitaria: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana (AMTCV), Sociedad Española de Salud Laboral en las Administraciones Públicas (SESLAP), (Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Ambiental

(AEETySA), Sociedad Española de Enfermería (SEE), Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias (SESPA).

- Se mantuvieron varias reuniones con los agentes sociales, en las cuales los representantes sindicales presentaron y aportaron el documento 'Acuerdo entre AMAT y CCOO y UGT sobre Vigilancia de la Salud', y los representantes empresariales aportaron numerosos comentarios al texto, y el 'Acuerdo entre AMAT y CCOO y UGT sobre Vigilancia de la Salud', comentado.
- Por su parte, los profesionales sanitarios, a través de sus sociedades científicas, aportaron comentarios y documentos al texto que habían recibido, que también fueron analizados en sendas reuniones.
- La comisión de redacción del documento elaboró la 4ª versión del mismo, incluyendo como notas al pie todas las aportaciones recibidas a los distintos apartados, y la circuló entre los miembros del Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial, los representantes de trabajadores y empresarios, las sociedades científicas, y el INSHT.
- Finalmente, la 5ª versión integró los comentarios y propuestas acordados en la redacción, y fue distribuida a todos los representantes citados, así como al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para debatirla en una reunión convocada al efecto.
- El texto actual integra las propuestas y comentarios recibidos en la propia reunión, y en los días siguientes por escrito.

El sentido de este trabajo es describir el nuevo modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores y ordenar positivamente sus actividades, conocer quién la está haciendo, qué está haciendo y cómo lo está haciendo, para proponer medidas para la mejora de su calidad e implantación en las empresas.

Lo primero se intenta en el primer apartado, de Introducción, en el que además de incluir las actividades sanitarias a realizar desde los servicios de prevención acordadas en el diálogo social, se describen otras iniciativas recientes en nuestro país en este sentido, así como las principales oportunidades con que contamos para conseguir el cambio de modelo.

Lo segundo constituye el diagnóstico de la situación incluido en el apartado segundo, Descripción de la situación actual. En este apartado, con la información aportada por todos los agentes, se intenta describir cómo es la vigilancia de la salud que se viene desarrollando para, una vez detectados los principales aciertos y lagunas, poder proponer las medidas necesarias para mejorar la actual práctica de la vigilancia de la salud.

Es lo que se busca en el tercer apartado del documento, Propuesta de Plan para la mejora de la Vigilancia de la Salud Laboral, que establece cuatro objetivos a conseguir, desde lograr la cobertura en la especialidad de Medicina del Trabajo para todos los trabajadores y mejorar su calidad en todas las Comunidades Autónomas, hasta organizar un Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Postocupacional.

Tal y como se puede leer en el apartado Justificación e iniciativas recientes, genera frustración no haberlo conseguido todavía, pero existen iniciativas y personas en los diferentes ámbitos implicados como para que podamos construir conjuntamente un modelo de vigilancia de la salud acorde con las determinaciones legales, y con los acuerdos adoptados en la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales, eficaz a los fines que debe cumplir, racional en los medios y recursos que se utilicen, y que haga posible que su aplicación impulse el establecimiento de la vigilancia de la salud en un mayor número de empresas de las que la vienen ejerciendo hasta este momento.

En la medida que este Libro Blanco pretende dinamizar la vigilancia de la salud de los trabajadores, una vez aprobado, se fijará el calendario de actuaciones subsiguientes a nivel Nacional, de Comunidad Autónoma y de empresa.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores

El término “vigilancia de la salud de los trabajadores” engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas¹.

La vigilancia de las enfermedades y lesiones de origen profesional consiste en el control sistemático y continuo de los episodios relacionados con la salud en la población activa con el fin de prevenir y controlar los riesgos profesionales, así como las enfermedades y lesiones asociadas a ellos^{i,ii}.

La vigilancia de la salud, aunque es una actividad propia del ámbito de la Medicina del Trabajo, supone una relación de interacción y complementariedad multidisciplinar con el resto de integrantes del Servicio de Prevención. Necesita nutrirse de informaciones producidas por otros especialistas y aporta, a su vez, los resultados de su actividad específica al ámbito interdisciplinar de la evaluación de riesgos y la planificación de la prevención. Se trata de una actividad para la que debe ser de aplicación el párrafo segundo del Art. 15.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención relativo a coordinación interdisciplinar¹.

Básicamente las actividades sanitarias de los servicios de prevención abarcan los ámbitos que se describen en la Tabla 1, distribuidas en los distintos momentos del proceso preventivo que se describen en la Tabla 2, tal y como quedó acordado en el Diálogo Social sobre Vigilancia de la Salud en el año 2001¹.

¹. Acuerdos sobre Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales [Madrid, 28 de septiembre de 2001]. www.msc.es/salud/ambiental/home.htm

Tabla 1. Actividades del área sanitaria de los servicios de prevención en función de los riesgos laborales en el marco de las actividades de prevención (art. 22 y 31 de la LPRL, y art. 4, 5, 6, 9, 37, 38 y 39 del RSP)

AMBITO	ACTUACIÓN COORDINADA DE LAS DISCIPLINAS	Diseño preventivo de puestos de Identificación y evaluación de Plan de prevención Formación de trabajadores		
	VIGILANCIA DE LA SALUD	INDIVIDUAL	Médico-clínica	Exámenes de salud Indicadores biológicos Cribaje Diagnóstico preventivo
			Anamnéstica	Encuestas de salud
		COLECTIVA	Epidemiológica	Indicadores de salud Investigación de daños
ATENCIÓN DE URGENCIA (caso de que haya presencia física)	Primeros auxilios			
PROMOCIÓN DE LA SALUD LABORAL	INDIVIDUAL	Consejo sanitario Inmunizaciones		
	COLECTIVA	Programas sanitarios Asesoramiento sanitario		

Tabla 2. Distribución de las actividades de vigilancia de la salud en los distintos momentos del proceso preventivo

FASES DEL PROCESO PREVENTIVO	VIGILANCIA DE LA SALUD		OBSERVACIONES
	Actividad principal	Otras actividades	
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicadores sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuestas de salud ✓ Indicadores biológicos de exposición 	Caso especial: exámenes de salud previos a la asignación de nuevas tareas
EJECUCIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Screening ✓ Indicadores biológicos ✓ Encuestas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigación de daños 	Reconocimientos periódicos Historia clínico-laboral Protocolos específicos Documentación
VALORACIÓN DE EFICACIA DE LA PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicadores sanitarios ✓ Investigación de daños ✓ Indicadores biológicos 		Caso especial: evaluación de salud tras baja prolongada por enfermedad
ATENCIÓN PERSONALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico preventivo ✓ Indicadores biológicos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigación de daños 	Caso especial: exámenes de salud post-ocupacionales Consejo sanitario

Al objeto de comprender mejor estos conceptos podemos decir que la vigilancia suele referirse a dos amplios conjuntos de actividades en el campo de la salud en el trabajoⁱⁱⁱ. La **vigilancia colectiva de la salud** se refiere a 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 los 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. En efecto, en esta dimensión colectiva, conocer el estado de salud de los trabajadores es imprescindible para poder describir la importancia de los efectos de los riesgos laborales en poblaciones determinadas (su frecuencia, gravedad y tendencias de mortalidad y morbilidad), establecer la relación causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de éstos, conocer qué actividades de prevención hay que llevar a cabo, su priorización (por ejemplo, en función de su frecuencia y su gravedad), y evaluar la efectividad de dichas medidas preventivas^{iv}. Es decir, la posibilidad de disponer de una información colectiva sobre la salud de los trabajadores, y poder analizarla, constituye un instrumento indispensable para la buena práctica de la salud laboral. Buenos ejemplos de ello, aunque no sin limitaciones, son los sistemas de información de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de ausencias del trabajo por razones de salud, de notificación de eventos centinela, o las propias fuentes de información generadas dentro de las empresas por parte de los servicios de prevención, entre otros.

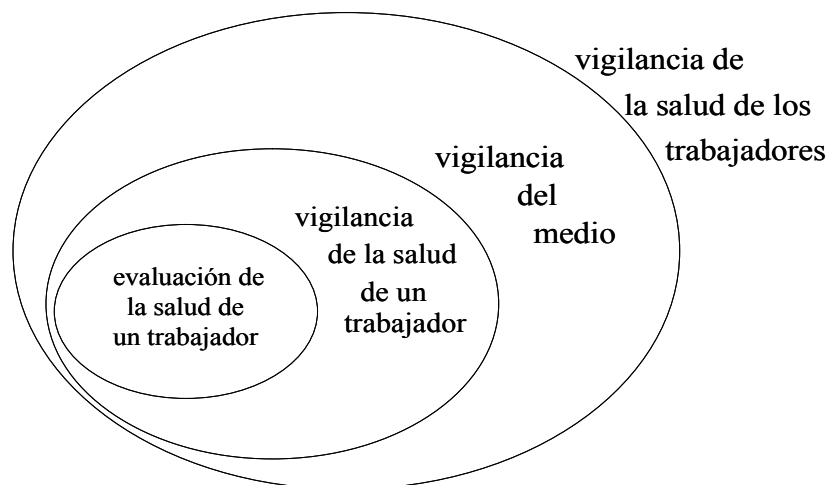
Las actividades que desarrollan las administraciones públicas dentro de sus respectivos ámbitos de competencia para controlar y realizar el seguimiento de las enfermedades y lesiones profesionales, responden a este concepto. Este tipo de vigilancia se basa en una población sana; es decir, en la población activa. Los episodios registrados son diagnósticos sospechados o establecidos de enfermedad y/o lesión profesional.

La **vigilancia individual de la salud** (también denominada vigilancia médica o, más correctamente, vigilancia sanitaria, para incluir a otros profesionales sanitarios y no solo a los médicos) se refiere a la aplicación de procedimientos médicos y la administración de pruebas a trabajadores con el fin de detectar, de forma precoz, daños derivados del trabajo y a los trabajadores especialmente sensibles y la existencia de algún factor en el lugar de trabajo relacionado con cada caso. O bien, si este factor ha sido ya identificado, de 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. Por ejemplo, la aparición de lesiones cutáneas en una limpiadora puede ser un signo de alerta que indique que la exposición a determinados productos detergentes es perjudicial para su salud, que probablemente no maneje adecuadamente dichos productos y /o que no utiliza habitualmente guantes protectores. La identificación de este caso, además, puede contribuir a la toma de decisiones preventivas a nivel colectivo (por ejemplo, un cambio en los productos que se estén utilizando y/

o en los procedimientos para su manejo) y /o individual (por ejemplo, la correcta protección con guantes de goma). También, el estudio de las lesiones y su diagnóstico permitirá adoptar el tratamiento adecuado y las medidas preventivas oportunas, como por ejemplo, la utilización de equipos de protección individual o el cambio de lugar de trabajo, si la protección con guantes de goma no fuera suficiente, con el fin de evitar crisis sucesivas o un empeoramiento de su pronóstico que, entre otras consecuencias, la pudiera incapacitar para seguir trabajando. Además, la información de cada trabajador generada a raíz de un examen de salud o procedimiento médico, de una consulta solicitada por el propio trabajador por aparición de síntomas clínicos, o el análisis con criterios epidemiológicos de las ausencias del trabajo por razones de salud, es un medio importante de descubrir nuevas relaciones entre los agentes presentes en el lugar de trabajo y las enfermedades asociadas, dado que no se conoce todavía el daño potencial de la mayoría de los factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo.

Cuando los reconocimientos médicos se realizan periódicamente proporcionan un seguimiento longitudinal del trabajador a riesgo^v, debiendo integrarse en los planes y programas de prevención y mejora de las condiciones de trabajo. El desarrollo de exámenes de salud en ausencia de programas de control y reducción de riesgos es inadecuado^{vi}. La Figura 1 ilustra bien estos conceptos.

Figura 1



Inspirada en *Managing workplace health and safety: health surveillance* (first draft, 1999), del Grupo *ad hoc* de la Comisión Europea.

Efectivamente, y por lo que se refiere al ámbito individual de la vigilancia de la salud, el nuevo marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales supone, entre otras cuestiones, que debe cambiar profundamente la práctica de los reconocimientos médicos que se realizan a los trabajadores. De ser exámenes médicos inespecíficos, cercanos a los clásicos chequeos o cribados de carácter preventivo general, deben pasar a ser periódicos y protocolizados, específicos frente a los riesgos derivados del trabajo, con el consentimiento informado del trabajador, y no deben ser utilizados con fines discriminatorios.

En este sentido, los **protocolos de vigilancia sanitaria específica** representan guías de actuación dirigidas a los profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, y son, por fuerza, generales. Como parte del plan de prevención de riesgos laborales de la empresa, en función de los resultados de la evaluación de riesgos y de las características individuales de los trabajadores expuestos a ellos, deberá planificarse el programa de vigilancia de la salud de esa empresa.

Y es en ese marco dónde el profesional sanitario debe adaptar estos protocolos a esos trabajadores concretos que tutela desde el Servicio de Prevención (propio, mancomunado o ajeno) en el que desarrolla su actividad, con distintas edades, distintos géneros, expuestos a diferentes factores de riesgo, y construir "su" protocolo adaptado a "su" caso.

Sin olvidar que la información generada por ellos debe ser analizada con criterios epidemiológicos, y en colaboración con el resto de componentes del equipo interdisciplinar, para mejorar las condiciones de trabajo.

Finalmente, atendiendo a lo **establecido en la normativa, en la literatura científica y en los Acuerdos del Diálogo Social sobre Vigilancia de la Salud**, la vigilancia de la salud debe ser:

Garantizada por el empresario restringiendo el alcance de la misma a los riesgos inherentes al trabajo.

Específica en función del o de los riesgos identificados en la evaluación de riesgos.

Voluntaria para el trabajador salvo que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

La existencia de una disposición legal con relación a la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Que los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

Que el estado de salud del trabajador pueda constituir un peligro para él mismo o para terceros.

Confidencial dado que el acceso a la información médica derivada de la vigilancia de la salud de cada trabajador se restringirá al propio trabajador, a los servicios médicos responsables de su salud y a la autoridad sanitaria.

Etica con el fin de asegurar una práctica profesional coherente con los principios del respeto a la intimidad, a la dignidad y la no discriminación laboral por motivos de salud.

Prolongada en el tiempo, cuando sea pertinente, más allá de la finalización de la relación laboral, ocupándose el Sistema Nacional de Salud de los reconocimientos post-ocupacionales.

Contenido ajustado a las características definidas en la normativa aplicable. Para los riesgos que no hayan sido objeto de reglamentación específica, la LPRL no especifica ni define las medidas o instrumentos de vigilancia de la salud, pero sí establece una preferencia por aquellas que causen las menores molestias al trabajador, encomendando a la Administración Sanitaria el establecimiento de las pautas y protocolos de actuación en esta materia. Este encargo se concreta en el Reglamento de los Servicios de Prevención que encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Comunidades Autónomas del establecimiento de la periodicidad y contenido de la vigilancia de la salud específica.

El contenido de dichos reconocimientos incluirá, como mínimo, una historia clínico-laboral, donde además de los datos de anamnesis, exploración física, control biológico y exámenes complementarios, se hará 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.

Realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada es decir por médicos especialistas en Medicina del Trabajo o diplomados en Medicina de Empresa y enfermeros de empresa.

Planificada porque las actividades de vigilancia de la salud deben responder a unos objetivos claramente definidos y justificados por la exposición a riesgos que no se han podido eliminar o por el propio estado de salud de la población trabajadora.

Deberá **abarcar**:

- Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial, después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
- Una evaluación de la salud periódica específica, por trabajar con determinados productos o en determinadas condiciones reguladas por una legislación específica que así lo exija o según riesgo /s determinados por la evaluación de riesgos, o a petición del trabajador, cuando el mismo crea que las alteraciones de su salud son producidas por la actividad laboral. La periodicidad no tiene porqué ajustarse a intervalos regulares; cada caso se establece en los protocolos específicos, y también va a depender de la historia natural de la enfermedad y de las condiciones de exposición.
- Una evaluación de la salud después de una ausencia prolongada por motivos de salud.
- **Incluyendo la protección de:**
 - los trabajadores especialmente sensibles como consecuencia de que el empresario debe garantizar la protección de todos aquellos trabajadores que puedan verse afectados de forma singular por algún riesgo identificado en el puesto de trabajo, por sus características personales, estado biológico o que presenten algún tipo de discapacidad.
 - los trabajadores menores de edad, por su desarrollo incompleto y por su falta de experiencia para identificar los riesgos de su trabajo.
 - las trabajadoras en periodo de embarazo, lactancia y puerperio.

Sistemática porque las actividades de vigilancia de la salud deben ser dinámicas y actualizadas permanentemente captando datos y analizándolos, más allá de la puntualidad que puede sugerir la característica 'periódica'.

Documentada con la constatación de la práctica de los controles del estado de salud de los trabajadores, así como las conclusiones obtenidas de los mismos teniendo la obligación el empresario en determinadas exposiciones (agentes cancerígenos, biológicos, químicos) de mantener un registro de los historiales médicos individuales y de conservar el mismo un plazo mínimo de 10 años después de finalizada la exposición, salvo normativa específica más restrictiva.

Informando individualmente a los trabajadores tanto de los objetivos como de los métodos de la vigilancia de la salud, que deben ser explicados de forma suficiente y comprensible a los trabajadores, así como de los resultados.

Gratuita puesto que el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador (apartado 5 del artículo 14 de la LPRL). Una consecuencia de lo anterior es la realización de los reconocimientos médicos dentro de la jornada laboral o el descuento del tiempo invertido en la misma.

Participada respetando los principios relativos a la consulta y participación de los trabajadores o de sus representantes establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan.

1.2. Justificación e iniciativas recientes

Desde 1996 en que entró en vigor la nueva normativa de prevención de riesgos laborales hasta hoy, pocas son las empresas que, al menos de una manera formal, no hayan iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, una de las menos implantadas es el nuevo modelo de vigilancia de la salud.

Efectivamente, aunque la necesidad del trabajo interdisciplinar y de evolución de los reconocimientos médicos hasta la vigilancia de la salud, son cuestiones prácticamente indiscutibles, su aplicación práctica dista mucho de ser una realidad y ser coherente con las formulaciones teóricas e incluso con la regulación normativa contenida en el Anexo I.

La interpretación que desde varios ámbitos se ha realizado de esta obligación ha sido dispar. Existe un numeroso grupo de empresas que se han limitado a constituir formalmente el servicio de prevención y dotarlo de los recursos mínimos necesarios, cediendo buena parte de la actividad preventiva a proveedores externos. La posibilidad abierta por la disposición adicional segunda del Real Decreto 39/1997, que establece que *el personal de los Servicios Médicos de Empresa se integrará en los servicios de prevención de las correspondientes empresas*, no ha sido demasiado utilizada, renunciando la empresa a dicha actividad con recursos propios y cerrando dicho servicio. Se han acreditado Servicios de Prevención Ajenos sin Medicina del Trabajo. La moratoria de los reconocimientos generales con cargo a cuotas de las mutuas (realizada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales hasta el 2.002) no ha ayudado a que se clarifique y entienda el nuevo enfoque de la vigilancia de la salud. Finalmente, las administraciones sanitarias no terminan de ejercer plenamente el papel de autoridad sanitaria en esta materia, y faltan actividades de vigilancia y control de estas actividades.

El espectacular desarrollo normativo en salud laboral y el aparente aumento del interés por la prevención de riesgos laborales por parte de administración, profesionales, sindicatos y organizaciones empresariales no se corresponde con la evolución y situación actual de los indicadores de salud en los trabajadores. El objetivo de todos los sistemas de prevención de riesgos laborales, incluyendo el adecuado desarrollo de la vigilancia de la salud, debe ser la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Y el resultado final deseable de estos sistemas debe manifestarse en forma de una disminución de las enfermedades, incapacidades y muertes relacionadas con el trabajo, así como una mejora de la salud y bienestar de los trabajadores en relación con su trabajo. En relación con ello, la definición y medición de indicadores para la evaluación de todo el proceso es una necesidad para adecuar la acción de los sistemas de prevención de riesgos laborales.

En este sentido, es necesario contar con una propuesta estandarizada de **indicadores de salud**, en términos similares a los que propone, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud para evaluar programas como “Salud Para Todos” o “Salud XXI”, que se recogieran de forma estandarizada como parte de las actividades de vigilancia de la salud y que pudieran ser evaluados periódicamente a diferentes niveles (empresa, sector, municipio, comunidad autónoma, etc.) para controlar la utilidad y adecuación de la prevención de riesgos.

Las principales implicaciones organizativas y económicas del nuevo enfoque sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores son las siguientes:

- para los empresarios, tener que pagar unos servicios que de alguna manera venían cubriendo la administración y las mutuas
- para los trabajadores, se acaban los reconocimientos médicos en los que 'te miran todo cada año'
- para los servicios de prevención (sobre todo ajenos), al aumentar la demanda de la actividad sanitaria, dificultades para contar con recursos suficientes de personal cualificado
- para los profesionales, la necesidad de que evolucionen sus prácticas
- para las administraciones sanitarias, incremento de recursos u optimización de los que tiene, para la inspección y control de estas actividades.

Pero éstas son las más inmediatas, que pueden interpretarse como negativas o demasiado gravosas; sin embargo, si pensamos a medio o largo plazo, lo fundamental son las implicaciones positivas que genera el cambio de modelo, como podemos fácilmente identificar. Son tantas y tan positivas que, en la Comunicación de la Comisión *Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)*^{vii}, podemos leer que la salud y la seguridad en el trabajo constituyen

hoy en día uno de los ámbitos más densos e importantes de la política social de la Unión, y que resulta crucial definir una estrategia comunitaria en el marco de la agenda de política social. Además, se sostiene que una política social ambiciosa constituye un factor de competitividad, y que, por el contrario, los costes que genera la falta de intervención política suponen una pesada carga para las economías y las sociedades. Literalmente, podemos leer lo siguiente:

*".....un entorno y una organización del trabajo sanos y seguros son **factores que condicionan el rendimiento de la economía y de las empresas**. En efecto, la relación entre salud en el trabajo y competitividad es compleja y no se limita únicamente a los costes que acarrea el cumplimiento de las normas (costes de cumplimiento). Desde un punto de vista económico, la falta de calidad del trabajo se traduce en una pérdida de capacidad productiva —en 1999 se perdieron 500 millones de jornadas laborales como consecuencia de accidentes o problemas de salud— y en el pago de indemnizaciones y prestaciones², cuya financiación recae, en gran medida, en las empresas. Cerca de 350.000 personas se han visto obligadas a cambiar de empleo o de lugar de trabajo o a reducir su tiempo de trabajo, y casi 300.000 presentan distintos grados de discapacidad permanente, de las cuales 15.000 jamás logran reincorporarse al mundo del trabajo. Dejando de lado los dramas humanos que se esconden detrás de estas situaciones, se trata de un derroche de recursos en un contexto de envejecimiento estructural de la población activa.*

La falta de calidad supone un deterioro de la imagen de la empresa de cara a su personal, sus clientes, los consumidores y el público en general, cada vez más sensible a las cuestiones de seguridad. Un entorno de trabajo sano favorece la imagen de calidad de productos y servicios y su mejora se inscribe en una estrategia general de «gestión de la calidad» y de responsabilidad social que redundan en beneficio del rendimiento y de la competitividad."

En este escenario, los profesionales sanitarios en las empresas, aplicando su competencia y conocimientos para comprender los riesgos a que están expuestos los trabajadores y evitar los daños, están en la mejor situación para contribuir al desarrollo de las condiciones de salud de la empresa.

² En 1997, la OCDE estimaba estos gastos en 122 000 millones de dólares (en *Datos de Salud*, 2001). Esta cifra excluye Italia, los Países Bajos, Portugal y España. Tan sólo en Francia y Alemania, las cifras ascendían a 92 000 millones de dólares (en estándares de poder adquisitivo).

Las principales **oportunidades** para conseguir el cambio de modelo son:

- marco legislativo favorable, todavía joven y adaptable para buscar una mayor flexibilidad sin renunciar a sus objetivos
- marco de coordinación interterritorial de las administraciones sanitarias operativo y funcionante: Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS
- estructura administrativa adecuada en cada día más Comunidades Autónomas
- existencia de sociedades científicas
- existencia de asociaciones empresariales representativas de los servicios de prevención ajenos
- presencia de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) formados en medicina del trabajo desde hace muchos años
- existencia de protocolos y procedimientos de actuación frente a numerosas enfermedades derivadas del trabajo, y frente a exposiciones a varios factores de riesgo
- están abiertos escenarios de diálogo, negociación y acuerdo entre los principales actores
- gran número de revisiones médicas que actualmente se realizan en las empresas
- aceptación por parte de los trabajadores y sus representantes

Genera frustración no haberlo conseguido todavía, pero existen iniciativas y personas en los diferentes ámbitos implicados como para que podamos construir conjuntamente un modelo de vigilancia de la salud acorde con las determinaciones legales, con la evidencia científica y con los acuerdos adoptados en la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales¹, eficaz a los fines que debe cumplir, racional en los medios y recursos que se utilicen, y que haga posible que su aplicación impulse el establecimiento de la vigilancia de la salud en un mayor número de empresas de las que la vienen ejerciendo hasta este momento^{viii}

Iniciativas recientes

En función del mandato recibido por la **Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales** se constituyó un Grupo de Trabajo denominado "Salud Laboral". Durante los días 5, 12, 20 y 27 de junio de 2001, y 6, 13, 20 y 31 de julio de 2001, respectivamente, se mantuvieron en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo, reuniones entre los representantes de Comisiones Obreras (CC.OO), Unión General de Trabajadores (UGT), Confederación Española de Organizaciones Empresariales (C.E.O.E.), Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (C.E.P.Y.M.E.) y representantes de la Administración General del Estado, con el objetivo de alcanzar Acuerdos sobre las siguientes materias:

1. Enfermedades Profesionales.
2. Profesionales Sanitarios
3. Vigilancia de la Salud y Protocolos.
4. Sistema de Información sobre Salud Laboral.

Tras mantener reuniones semanales sobre cada una de las materias mencionadas, se alcanzó un pleno acuerdo con los interlocutores sociales, tras los correspondientes aportes técnicos que se pactaron durante el mes de septiembre.

Cabe destacar los siguientes **acuerdos**:

1. Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales español, teniendo en cuenta las conclusiones y propuestas aprobadas por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo en 1999, así como los trabajos y criterios considerados para la elaboración de una nueva Recomendación europea.
2. Atender de modo especial la oferta de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo adecuadamente formados en los componentes preventivo, asistencial, pericial, investigador y gestor de la Salud Laboral, y crear la Especialidad de Enfermería del Trabajo.
3. Fomentar las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores en las empresas, facilitando protocolos y guías de actuación a los profesionales y realizando eventos de difusión de los mismos.
4. Desarrollar un Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral que permita mejorar el conocimiento de los riesgos y daños de la población trabajadora y la consiguiente planificación y evaluación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

El conjunto de materias fueron en su día establecidas en función de lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Grupo de Salud Laboral), y el contenido de los acuerdos alcanzados fue examinado y valorado positivamente en el citado Grupo de Salud Laboral y en la Comisión de Salud Pública. Se incluyen íntegramente en el Anexo II.

Más recientemente, en febrero de 2002, la **Comisión de Enlace entre AMAT y los sindicatos CC.OO. y U.G.T.**, acordaron un documento titulado "Principios Generales y Criterios de Aplicación Práctica de la Vigilancia de la Salud". Transcribimos en el Anexo III el texto íntegro de dicho documento.

Finalmente, las **Sociedades Científicas** realizan periódicamente numerosos foros de discusión sobre aspectos relacionados con la práctica de la Medicina del Trabajo, la Enfermería del Trabajo y la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores. Si bien en muchas ocasiones no adquieren una difusión importante por especialidad y los escasos medios económicos con que cuentan, suponen importantes iniciativas de actualización y mejora de su práctica profesional.

II. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para describir como es actualmente la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST), se ha recabado la opinión de los agentes más implicados, organizaciones sindicales y empresariales, sociedades científicas, asociaciones profesionales, asociaciones de las entidades que realizan o han realizado estas actividades y de la propia administración sanitaria, nacional y autonómica.

Para organizar las respuestas se han utilizado las características que respecto a la VST establece la normativa, marco y valor de referencia mínimo con el que comparar el grado de cumplimiento.

Así, lo que se describe a continuación pretende ser una recopilación de las diferentes visiones dadas sobre la situación de la VST en el ámbito nacional y en dos grandes apartados. En el primero, denominado **empresas**, se intenta responder a las preguntas: quién hace la VST, qué hacen, con qué la hacen y cómo la hacen. En el segundo, denominado **administración**, se intenta responder al cómo se controlan esas actividades. No se ha pretendido ni entrar a discutir ni profundizar en todas las posibles causas o factores que han llevado a esta situación, sino solo apuntar aquellos que son relevantes, se mantienen y sería necesario modificar para conseguir que la vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo que realizan sea la mejor posible, partiendo de la que establece la normativa.

2.1. Empresas

La VST garantizada por el empresario y gratuita para el trabajador. Como se ha visto la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), regula la responsabilidad empresarial de asegurar una correcta vigilancia de la salud de los trabajadores, al establecer en su artículo 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”.

Con la citada Ley 31/1995 y el Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención, se establecen distintas modalidades para la organización de los recursos necesarios para desarrollar las actividades preventivas. El empresario, de manera general y dependiendo de las características de su empresa, ha podido optar por una de las siguientes modalidades:

- asumiendo personalmente la actividad preventiva
- designando a uno o varios de los trabajadores para llevarla a cabo

- constituyendo un servicio de prevención propio
- recurriendo a un servicio de prevención ajeno

No obstante lo anterior, la vigilancia de la salud de los trabajadores, así como aquellas otras actividades preventivas no asumidas personalmente por el empresario, deberán cubrirse mediante alguna de las restantes modalidades de organización de la actividad preventiva.

Hasta ahora, en lo relativo a la actividad sanitaria de prevención de riesgos laborales, se ha producido una situación caracterizada por:

- La desorientación en las empresas acerca del modelo de sistema de prevención a adoptar para el adecuado cumplimiento de la citada Ley 31/1995, al menos en lo que se refiere a las actividades de vigilancia de la salud (servicio propio, mancomunado, ajeno, trabajadores designados).
- Resistencia a la constitución de servicios de prevención propios con la especialidad de Medicina del Trabajo, entre las dos especialidades elegidas obligatoriamente como propias, o al mantenimiento de servicios de prevención propios, incluso en los casos en que hubiera servicios médicos preexistentes provenientes de la antigua Organización de Servicios Médicos de Empresa (OSME).
- Muchas empresas han venido cubriendo sus obligaciones en este campo a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y con cargo a cuotas de la Seguridad Social, amparándose en la normativa vigente hasta la publicación de la Orden TAS/192/2002, que ya ha dejado de estar en vigor y pone fin a esa tendencia.

Con todo, la tendencia es a que las actividades sanitarias de prevención de riesgos laborales se hagan cada vez más a través de los servicios de prevención ajenos debidamente acreditados y contratados para ello. Esto supone, para muchas empresas, tener que pagar unos servicios que de alguna manera venían cubriendo las Mutuas, desplazándose el peso de estas actividades hacia esos servicios de prevención ajenos.

Servicios de prevención ajenos que, en función sobre todo de su origen, que condiciona sus medios, cercanía al mercado, etc., han comenzado a organizarse constituyendo dos grupos con importantes diferencias, que simplificando pueden ser: el grupo de los servicios vinculados a las MATEPSS y otro con los demás servicios.

En cuanto a los servicios que ofrecen también pueden existir diferencias; sirva para reflejarlas la disparidad de precios, que varían de uno a diez por, en teoría, las mismas prestaciones, las actividades de VST.

La vigilancia sanitaria es proporcionada por el empresario y gratuita para el trabajador, aspecto este último que habitualmente se cumple.

Llega sobre todo a los trabajadores de las empresas de mayor tamaño, pero no a todos los trabajadores.

Desde hace años se vienen haciendo para la mayoría de los trabajadores, actividades sanitarias que pudieran tener la consideración de preventivas, aunque muchas de ellas no tengan relación con los riesgos laborales, como los reconocimientos médicos "generales" o inespecíficos, actividades que sólo en apariencia han sustituido la adecuada vigilancia de la salud con relación al trabajo.

Aunque también en este sentido, no es menos cierto que el papel de los reconocimientos médicos inespecíficos que han venido realizando las MATEPSS debe ser valorado como la única actividad sanitario-preventiva que durante muchos años se ha realizado en las empresas, sobre todo en las que no disponían de Servicios Médicos. Esta práctica, que desde la entrada en vigor de la normativa en prevención de riesgos laborales debería haber cambiado, se va transformando muy lentamente hacia una vigilancia de la salud específica y determinada por las condiciones de la actividad laboral.

Hasta el momento, la actividad inspectora y de ordenación por parte de la autoridad sanitaria y en parte también de la laboral, parece no haber sido suficiente para adecuar la realidad empresarial al modelo establecido en la normativa o al menos para el conocimiento efectivo de esta realidad. Los datos obtenidos al respecto, muestran que la cobertura de la vigilancia de la salud a través de las diversas modalidades establecidas en el actual ordenamiento jurídico, se estima que llega en algunas comunidades autónomas (CCAA) al 50% de la población ocupada, pero en otras el nivel de cobertura en vigilancia de la salud no supera el 10% del total de la población trabajadora ocupada. No se incluyen en estas cifras otras modalidades de actividades sanitarias relativas a los trabajadores.

Es necesario señalar a este respecto que las sucesivas moratorias de los reconocimientos médicos con cargo a cuotas junto al desarrollo e implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales, dirigida por la Administración Laboral, y orientada inicialmente a la transposición de las llamadas Directivas específicas derivadas de la Directiva Marco, que, en su caso, contemplan la vigilancia de la salud ante determinados riesgos, han podido suponer la falta de una mayor atención a la VST, no tanto necesitada, sin embargo, de desarrollo normativo cuanto de aplicación práctica.

El número de contratos con vigilancia de la salud realizados por las Mutuas a finales de 2001 era de 61.997, que incluían un total de 1.669.891 trabajadores que representan un 13,77 % sobre el total de los afiliados a las mutuas en 2001, es decir alrededor del 90 % de todos los trabajadores ocupados. Otra referencia es que, en la misma fecha, en el área técnica había 130.184 contratos, con 3.556.729 trabajadores, que son el 29,33 % de los afiliados.

De esa falta de cumplimiento de la LPRL y normativas de desarrollo, no se excluye ni la propia administración, que continúa en muchos casos constituyendo aún sus sistemas de gestión para la prevención de riesgos laborales.

La VST debería ser específica en función de los riesgos, pero, en su mayor parte, aún no lo es ni en función de los riesgos laborales ni de las características personales de los trabajadores. No existen datos suficientemente representativos sobre estos aspectos de la vigilancia de la salud que se realiza en las empresas, aunque como se ha comentado, se considera que la mayoría de los reconocimientos son aún inespecíficos y que la implantación del uso de protocolos de vigilancia sanitaria específica por riesgos laborales es parcial, tanto por que no llega a todos los trabajadores, como porque a los que llega sólo se realiza la vigilancia de la salud en función del riesgo o riesgos mas frecuentes o evidentes, y no frente a todos los posibles.

A pesar de todo ello, el grado de utilización de los protocolos de vigilancia sanitaria es cada vez mayor, por lo que debe entenderse que la VST que se hace va siendo más específica.

Por tanto, aunque la vigilancia de la salud de los trabajadores no parece haber mejorado mucho en lo referente a cobertura, si parece que se ha avanzado más en cuanto al contenido de esa vigilancia, aunque aún perdura como cultura mayoritaria en las empresas la tradicional consideración de la VST como la actividad de reconocimientos genéricos o prácticas asistenciales, que no se corresponden con el contenido y práctica de la VST para la prevención de riesgos laborales.

Al realizar la VST, los protocolos más utilizados son los editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del CISNS. De entre ellos, por orden de mayor a menor, los más utilizados son: pantallas de visualización de datos, ruido, manipulación de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos.

La VST específica en función de las características del trabajador no se realiza hasta que no aparecen problemas de salud concretos, y generalmente solo en relación con ellos.

Partiendo del hecho de que las aptitudes psicofisiológicas del trabajador se modifican permanentemente, entre otras circunstancias, por la edad y también en ocasiones por las propias condiciones de trabajo, lo adecuado sería el estudio continuado de las condiciones de trabajo, para ir adaptándolas a las características del trabajador en función de la evolución de sus aptitudes. En ese sentido, el artículo 4 del Real Decreto 39/1997, Reglamento de los SPRL, regula el contenido general de la evaluación, y en su apartado b) contempla *«La posibilidad de que el trabajador que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico conocido, a alguna de dichas condiciones»*.

La Evaluación de Riesgos estaría incompleta si, a la valoración objetiva de las instalaciones, equipos, lugares de trabajo y sus procedimientos y exigencias, no se uniera la evaluación subjetiva de las capacidades personales de los trabajadores, que permita, no sólo evaluar mejor los riesgos que no se pueden eliminar, sino también adaptar aquellas condiciones de trabajo que, aun sin riesgo para los trabajadores en general, sí lo fueran para alguno específicamente por su propia condición física, psíquica o sensorial, y conseguir con todo ello el objetivo de adaptar el trabajo a la persona.

Podría llegar a plantearse, desde la perspectiva teórica, que una empresa sin riesgos o una vez eliminados éstos, no tendría la necesidad y obligación de evaluar periódicamente sus condiciones de trabajo y constituir o concertar alguna de las modalidades de organización preventiva de las previstas en el Reglamento de los Servicios de Prevención. Sin embargo, en la práctica, desde el punto de vista del trabajador y su propia condición física, psíquica y sensorial, la inexistencia de riesgos para la seguridad y la salud no podría afirmarse sin la vigilancia periódica de la salud de los trabajadores.

Solo a nivel teórico podrían plantearse puestos de trabajo sin riesgos, sin ni siquiera carga física o mental, pero en la práctica es evidente que no existen puestos de trabajo sin carga mental y que en aquellos que no tengan exigencia física alguna, esa circunstancia de sedentarismo sería, por sí misma, un factor de riesgo.

Si de la población ocupada separamos aquellos trabajadores con puestos de trabajo con riesgos específicos, como los derivados de la utilización de pantallas de visualización de datos, manipulación de cargas, ruido, etc., también los trabajadores especialmente sensibles: menores, mayores de 55 años, embarazadas, mujeres y hombres en edad fértil, enfermos crónicos no invalidantes, etc., y aquellos otros trabajadores con riesgos considerados propios, frecuentes en la población general, como sedentarismo, sobrepeso, tabaquismo, alcohol, etc., no existirían trabajadores que pudieran etiquetarse como “exentos” de la vigilancia de la salud.

Es voluntaria para el trabajador. Característica que suele cumplirse y no suele plantear conflictos, excepto en aquellas situaciones en las que se intenta realizar determinaciones no relacionadas con la prevención laboral sino con otros intereses, o cuando existe sospecha de la utilización irregular de los resultados de las actuaciones sanitarias.

En otras ocasiones son trabajadores con problemas de salud o de otro tipo, pero que pueden estar influyendo en ella y temen que la VST revierta en su contra.

Realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. La entrada en vigor de la Ley de PRL y normativa de desarrollo conlleva, en lo que respecta a la obligación empresarial de garantizar la seguridad y la salud de sus trabajadores, la universalización de la actuación preventiva para todo tipo de empresas, cualquiera que sea su tamaño, riesgos o sistemas de organización.

El Real Decreto 39/1997, establece en el artículo 37:

3. *Las funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores señaladas en el párrafo e) del apartado 1 serán desempeñadas por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada con arreglo a la normativa vigente y a lo establecido en los párrafos siguientes:*
 - a) *Los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un ATS/DUE de empresa, sin perjuicio de la participación de otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.*

En el Acuerdo de Criterios Básicos sobre la organización de recursos para la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención, aprobado por el CISNS, y que ha sido trasladado a normativa en la mayoría de CCAA, se establece que estos profesionales quedarán englobados en las Unidades Básicas de Salud de los servicios de prevención.

Por tanto, en la actualidad, toda la población ocupada debe tener acceso a la VST realizada por ese personal cualificado. Los principales agentes técnicos que realizan la VST son los sanitarios de los SPRL, agrupados en médicos y enfermeros no estando claramente delimitadas las funciones de cada uno de estos dos colectivos. Los primeros incluyen a los especialistas en Medicina del Trabajo y

Diplomados en Medicina de Empresa, en proceso de homologación. En el colectivo de enfermería del trabajo, los ATS/enfermeros del trabajo/empresa.

La falta de profesionales sanitarios para hacer frente a las necesidades que supone la implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales es evidente, sobre todo respecto a los médicos, habiendo diferencias entre las Comunidades Autónomas.

Para estimar los recursos de Profesionales Sanitarios para los servicios de prevención, hay que tener en cuenta que los primeros títulos de Médico de Empresa se concedieron en 1959 por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, hace ya más de 43 años, y según los datos aportados al Grupo de Trabajo de Profesionales Sanitarios de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo³, respecto a la disponibilidad de los recursos sanitarios existentes, el número real de titulaciones concedidas hasta el año 2000 se sitúa entorno a **15.509**. De ellos, **11.509** son los títulos de Médico de Empresa concedidos desde 1959 por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, hasta 1987 que dejó de expedirlos. Los otros **4.000** corresponden a los títulos de médico especialista en Medicina del Trabajo concedidos desde 1964 y de estos, alrededor de **1.140** corresponden a las plazas concedidas en las Escuelas de Medicina del Trabajo desde 1.991 a 2.000. Desde entonces se han incorporado alrededor de 300 alumnos por año a las citadas Escuelas.

Pero muchos de estos profesionales, por diversas razones, de edad, económicas, etc., ni se han integrado ni se integrarán en los servicios de prevención, por lo que según el estudio citado las titulaciones disponibles se reducirían a 10.573. La mayoría de los Diplomados en Medicina de Empresa, dedican su actividad profesional, desde hace muchos años, a especialidades médicas distintas a la que nos ocupa, o lo hacen de forma parcial, lo que también hace difícil su integración en los servicios de prevención. La exclusión de este grupo nos llevaría a una reducción de los titulados disponibles a menos de seis mil, que pueden verse incrementados por los cerca de 300 especialistas que anualmente pueden salir de las Escuelas, y por los 1.490 Mestros que han obtenido recientemente la titulación.

Aunque no hay dudas de la falta de profesionales, sobre todo médicos, donde siguen existiendo discrepancias es sobre cuantos Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo o Diplomados en Medicina de Empresa y Diplomados en Enfermería de Empresa se precisan para hacer frente a las exigencias derivadas de la implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales. La estimación de su número aproximado depende no solo de la población laboral a la que extender la actividad preventiva de vigilancia y control de la salud, sino también de los riesgos, que ayudarán a establecer la complejidad y la periodicidad de la VST, criterios de valoración fundamentales respecto a los ratios de

³ Grupo de Trabajo de Profesionales Sanitarios de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

dedicación por trabajador de dichos profesionales sanitarios, y todo ello requerirá experiencia y estudios adecuados.

Se mantiene así la reivindicación, sobre todo de las organizaciones y asociaciones de entidades proveedoras de estos servicios, respecto a posibilitar la participación de otros profesionales sanitarios, integrados en los Servicios de Prevención, capacitados para realizar determinadas actividades de VST siempre que se determinen, supervisen y concluyan por médicos especialistas en medicina del trabajo, o médicos de empresa, y se establezcan adecuadamente las funciones y responsabilidades de cada uno de los profesionales participantes.

En la práctica, justificado con la insuficiencia del personal médico con titulación específica, parte de la VST se está realizando por profesionales no cualificados específicamente, mayoritariamente médicos generalistas, aunque también de otras especialidades que, en muchos casos, ya trabajaban en estas actividades antes de la nueva normativa, lo que a juicio de los profesionales de la medicina del trabajo reduce la calidad, propiciando la VST de carácter individual, inespecífica y sin objetivos claros en cuanto a la rentabilidad preventiva.

Desde que la formación especializada para los médicos se realiza vía MIR, la mejora en la cantidad y calidad y la dedicación de los nuevos profesionales es patente, y va situando la especialidad donde le corresponde, aunque perviven signos que indican que la medicina del trabajo se encuentra aún en proceso de consolidación, como el hecho de que incluso sobre aspectos completamente técnicos relativos a la VST teoricen los más diversos profesionales, como no ocurre en otros campos científico-técnicos.

Del mismo modo, las actividades sobre aspectos relacionados con la práctica de la medicina del trabajo y de la VST no adquieren una difusión importante, por la falta de reconocimiento de la propia especialidad y los escasos medios económicos con que cuentan, siendo, según las propias asociaciones profesionales, frecuentes las confusiones como la de hacer equivalentes Medicina del Trabajo y VST, cuando consideran que la especialidad médica es más amplia.

Según esas mismas asociaciones profesionales, la necesaria independencia profesional de todos los técnicos del SPRL se ve dificultada por la falta de independencia económica, al depender del “contratador”, lo que, en algunos aspectos de la práctica de la actividad de medicina del trabajo, puede redundar en detrimento de la calidad de la VST.

Una parte importante de los profesionales sanitarios que realizan la VST están agrupados en diferentes asociaciones, exclusivamente sanitarias_o mixtas con otros técnicos de PRL. Asociaciones profesionales que además de representar, participan en todos aquellos foros donde se les da la posibilidad, como congresos, jornadas, grupos de trabajo, elaboración de protocolos, etc, con

la finalidad clara de explicar en que consiste la VST, intentando contrarrestar modelos de VST que no se corresponden con la realidad y con la práctica médica que sería deseable.

En el Estudio Covalmet realizado por la Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana (AMTCV), en el ámbito de esa Comunidad, respecto a la opinión sobre el impacto de la Ley de Prevención de Riesgos en la situación profesional de los médicos del trabajo, para un 49% no había variado, el 35,4% consideró que había mejorado y el 14,1% que habían empeorado profesionalmente.

En el mismo estudio, los propios profesionales reconocen que la formación de post-especialización y de actualización es baja y de mala calidad. En la organización de las actividades formativas destacan el papel de las sociedades científicas y que el referente sigue siendo el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y los Centros de Seguridad y Salud de las CCAA, considerando aún baja la participación en estas actividades de los organismos ligados a la Universidad y a la Administración Sanitaria como queda patente en la encuesta. La investigación en áreas de la medicina del trabajo es considerada baja o muy baja, y tan solo un 19% de los encuestados refiere participar en proyectos de investigación.

Los medios con los que se cuenta para desarrollar la VST, deberían ser los establecidos en los citados Criterios Básicos sobre la organización de los recursos para la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención, aprobados por el CISNS en su reunión del día 15 de diciembre de 1997, trasladados en muchos casos a la normativa autonómica, en los que se establecen los requisitos de los locales, medios personales y materiales para la adecuada VST. Pero la realidad es descrita de la siguiente forma:

- No todos los recursos de los antiguos SME se han integrado en los servicios de prevención siguiendo la disposición adicional de la LPRL, que obligaba a ello.
- En algunos casos, los profesionales consideran imposible realizar una práctica adecuada y específica en función de los riesgos, con los recursos humanos, económicos, técnicos, etc... puestos a disposición.
- Los Servicios de Prevención Ajenos debidamente acreditados y contratados para ello, están realizando un importante esfuerzo para implantarse, y desarrollar unos servicios de calidad a pesar de las dificultades existentes.

- El nivel de competitividad entre estas empresas está, en opinión de las asociaciones profesionales, llevando a una mayor mercantilización de la actividad, haciendo uso abusivo de las unidades móviles.
- Están muy extendidas ideas como que la implantación de la medicina del trabajo es cara, que existen pocos médicos del trabajo o de empresa y sus honorarios son muy elevados. Frente a las especialidades de seguridad, ergonomía e higiene que se están haciendo, con honrosas excepciones, de mínimos, tanto en personal como en material y sin tanta polémica.

Como consecuencia de la puesta en funcionamiento de los SPRL, los recursos, sobre todo de las MATEPSS, se han reorganizado, y para ese ámbito de las mutuas, los datos que ofrece su asociación, AMAT, sobre los profesionales destinados al área de prevención con los que se contaban estas entidades, a 31 de diciembre de 2001, son:

1.	Médicos.....	949
2.	Enfermeros.....	718
3.	Técnicos.....	3.110
4.	Administrativos.....	1.124
	TOTAL.....	5.901

De las 29 Mutuas existentes tan solo 4 no tenían contratos de Vigilancia de la Salud en el año 2001. De acuerdo con la Resolución de 22 de diciembre de 1998, las fórmulas de contratación en vigilancia de la salud que están utilizando son dos, atendiendo a los factores de cálculo que contienen los Criterios de acreditación aprobados por el CISNS. Estos son:

- Empresas del Anexo I o trabajadores que efectúen tareas en empresas de otras actividades que estén expuestos a algún riesgo laboral que tenga normativa específica de aplicación o posibilidades de contratación. El tiempo de dedicación de los profesionales sanitarios debe ser de 68 minutos/trabajador/año.
- El resto de trabajadores la dedicación según el CISNS debe ser de 34 minutos/trabajador/año, que las mutuas traducen en 0,56 horas por trabajador y año, usando el mismo criterio anterior.

Para AMAT, basándose en estos criterios, los contratos inicialmente se hacen clasificando a los trabajadores en uno de estos dos grupos y calculando la dedicación necesaria a cada empresa o centro de trabajo, para realizar las tareas que se recogen el artículo 37.3 del RD 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

El inicio de la actividad es lo más difícil, en tanto que los servicios de prevención y las organizaciones preventivas en las empresas se están empezando a constituir, se está impartiendo formación a delegados, trabajadores designados, miembros de los comités de seguridad y salud, para posteriormente comenzar a realizar las evaluaciones de riesgos.

Según AMAT otro aspecto que supone dificultades para responder a determinadas empresas, es el relativo a las distancias establecidas en los Criterios del CISNS. Cuando se actúa en provincias amplias, territorialmente hablando, pero con poca densidad de población, la ubicación de los centros sanitarios no suele permitir dar cobertura a la totalidad de las empresas. Tampoco el volumen de trabajo ni la seguridad en la continuidad de la(s) empresa(s) permite a los SPRL aventurar nuevos centros en poblaciones próximas.

Finalmente, es necesario destacar, aunque no sea actividad directa de VST, la labor de difusión, asesoramiento y formación sobre estos temas que desde hace años han venido desarrollando los gabinetes/servicios de salud laboral/ prevención de las organizaciones empresariales y sindicales, así como las diferentes fundaciones y asociaciones científicas y técnicas.

Vertientes que abarca

La **individual**, que es casi la única que se realiza, con actuaciones *cada vez más* protocolizadas y sustentadas en la evidencia científica, *aunque queda mucho camino por recorrer*. Con una calidad mejorable en cuanto a la aplicación de protocolos, cumplimentación de la historia clínico-laboral, etc.

La **colectiva**. El Real Decreto 39/1997, establece en el artículo 37, apartado f) *El personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.*

En la práctica, la vigilancia de la salud colectiva es aún casi inexistente. Pocas veces se analizan, con criterios epidemiológicos, los resultados de la vigilancia de la salud de colectivos de trabajadores y de la evaluación de los riesgos a que están expuestos, y casi nunca se confrontan ambas informaciones. En muchos casos esas informaciones se encuentran dispersas, como cuando se trata de servicios de prevención diferentes y/o la coordinación no es adecuada, lo que dificulta las actuaciones de vigilancia colectiva, con criterios epidemiológicos y su integración en la empresa. En la mayoría de los casos no existe ni la necesaria estandarización para la recogida de información, con lo que los resultados no pueden ser comparados y servir para la vigilancia colectiva.

De todo esto, es posible deducir que el objetivo principal de la VST, que es la detección precoz de daños para la salud derivados del trabajo, aún no se cumple del todo. Por tanto, aún no tiene para la prevención la utilidad esperada.

Documentada, ya que el R.D. 39/1997, establece en el artículo 37, apartado c):

La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.

Los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas. Deberá constar igualmente, en caso de disponerse de ello, una descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos.

A pesar de estar así especificado en la normativa, el documento mas utilizado es la historia clínico-laboral procedente de los antiguos Servicios Médicos de Empresa, con importantes deficiencias, en los apartados de antecedentes, tanto de salud como laborales, así como en lo relativo al puesto de trabajo actual.

Esas antiguas historias van siendo sustituidas por las contenidas en programas informáticos desarrollados en unos casos por empresas informáticas, programas informáticos estándar existentes en el mercado, y en otros por los propios profesionales sanitarios de algunos Servicios de Prevención tanto propios como ajenos.

A los trabajadores se les suelen entregar los resultados del examen de salud realizado a modo de informe, de manera puntual e independiente de los anteriores, a veces en sobre cerrado sin las necesarias explicaciones.

Periodicidad. El Real Decreto 39/1997, establece en el artículo 37, apartado b):

En materia de vigilancia de la salud, la actividad sanitaria deberá abarcar, en las condiciones fijadas por el artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales:

- 1.º Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.*
- 2.º Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.*
- 3.º Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos.*

Además, el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 196, Normas específicas para enfermedades profesionales, se establece que: *Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que hayan de ocupar aquéllos y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que, al efecto, dictará el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.*

Pero actualmente se interpreta que la realización de estos reconocimientos médicos previos podría suponer el reconocimiento de facto de que los riesgos existen, se conocen, no se han eliminado y hay posibilidad de que el trabajador se vaya a ver sometido a ellos, contrariamente a lo establecido en los principios básicos de la acción preventiva de que, lo primero, cuando sea posible, es evitar los riesgos, visible en toda la vigente normativa de prevención de riesgos laborales y concretado en el artículo 15 de la propia Ley 31/1995 de PRL.

Lo más frecuente sigue siendo que la VST sea realizada solo en forma de reconocimiento médico general, casi siempre anual, excepto para los trabajadores expuestos a riesgos que tienen regulación normativa específica en la que se establezcan pruebas concretas y/o una periodicidad distinta.

Confidencialidad de la información, que además de establecida en la normativa laboral, está regulada para la práctica médica habitual y por tanto la medicina del trabajo no escapa a la misma. Existiendo también en algunos casos normativa autonómica al respecto.

Este es uno de los aspectos de la VST que genera mas conflictos entre trabajadores y empresarios y sus representantes, cuando los primeros entienden que no se cumple, a pesar de estar regulada, y su incumplimiento tener la consideración de infracción muy grave, según el apartado 5 del artículo 13 del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

Beneficios que esta reportando a las empresas y utilidad que le ven.
La vigilancia de la salud no es vista por trabajadores y empresarios como un instrumento útil e imprescindible, a la vez que eficaz, inseparable del conjunto de actuaciones enmarcadas en la política preventiva de la empresa.

La asimilación de la vigilancia de la salud, en los términos que se establecen en la normativa, esta resultando difícil y lenta, y no solo para los empresarios sino también para los trabajadores, e incluso para algunos profesionales acostumbrados a otras prácticas. Muchas empresas no ven su utilidad, continúan viendo la VST como una cuestión de cumplimiento legal. Como la actividad más cara de la PRL.

La consideración de los exámenes de salud como tarea fundamental, ensombrece en muchos casos labores tan destacables como la de información, que el personal sanitario está llevando a cabo con todas las partes implicadas, y que está introduciendo cambios en su actividad.

En los exámenes de salud se están modificando los criterios de realización, de forma que el conocimiento del puesto de trabajo pasa a ser un referente básico para el contenido y objetivo del examen. De la comparación de la exposición laboral y del estado de salud se deriva un juicio sobre la buena, mala o mejorable situación de las condiciones de trabajo, y sobre la aptitud del trabajador para el desempeño de esas tareas.

Sin embargo, este cambio es difícil que sea percibido por los no sanitarios. En muchas ocasiones, tanto empresarios como trabajadores, siguen reclamando y haciéndose su reconocimiento "anual", con el contenido de pruebas no específicas en relación con los riesgos laborales que tiene, tales como colesterol, ácido úrico, electrocardiograma, etc.. Con la sensación de seguridad total que les proporciona, y que por supuesto es falsa. El cambio supone en muchos casos darles la impresión de que ahora les hacen menos pruebas, y encima puede que le digan que hasta dentro de dos o más años, si no pasa nada, no les hacen el siguiente reconocimiento, lo que hace que su valoración si no se da la adecuada explicación sea que "vamos a peor".

En el caso del empresario, la visión en muchas ocasiones es de que le han hecho firmar un contrato para "lo de los reconocimientos", que además ahora tiene que pagar. El reconocimiento dura más, mayor pérdida de tiempo de trabajo, y hay que hacerlos en una clínica y no "me los hacen en la propia empresa"; dicen que

aplican protocolos y que no es necesario hacer los reconocimientos todos los años a todos los trabajadores, pero si pagar todos los años. Además, pueden llegar quejas de trabajadores, por lo comentado antes, con lo que el "reconocimiento" que era un valor de paz socio-laboral se convierte en una fuente de conflicto.

No se realizan estudios de coste-beneficio de las actividades de vigilancia, por tanto no se conoce si reporta los beneficios, no solo preventivos, que de ella cabría esperar.

Integración en el plan de prevención de la empresa. Aunque es bien conocido que la vigilancia de la salud no tiene sentido como instrumento aislado de prevención, la vigilancia de la salud de los trabajadores aún no constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos laborales, a pesar de estar así establecido en el artículo 22 de la propia Ley. En la práctica, existen grandes dificultades para integrar la Vigilancia de la Salud en la empresa con el resto de especialidades preventivas. Muchos sanitarios sí ven la necesidad de la integración, al menos porque deben utilizar las informaciones generadas por las actividades de los demás técnicos para programar las propias.

No ha ayudado el que la Autoridad Laboral en algunas CCAA haya acreditado SPA sin vigilancia de la salud, solo para actividades de higiene, seguridad y ergonomía. Condiciones en las que, a juicio de las asociaciones profesionales de la Medicina del Trabajo, se incumple la propia normativa de acreditación, al no incluir dicha especialidad. La necesidad de los Servicios de Prevención Ajenos de acreditarse en las cuatro especialidades, está en efecto establecida en el Reglamento de los Servicios de Prevención (Art. 18), pero también la posibilidad de establecer excepciones a esta norma.

Pocas veces todavía se ha conseguido la participación de los sanitarios de los SPRL en actividades tan importantes como las evaluaciones iniciales de riesgos, en la selección de equipos de protección personal, en la planificación de la actividad preventiva, formación, información de trabajadores y empresarios, etc.

Tal vez sería conveniente recordar que antes de la LPRL las actividades preventivo-laborales en las empresas eran realizadas fundamentalmente por los Servicios Médicos de Empresa (SME) en las de más de 100 trabajadores, las MATEPSS, y los Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo, para el resto. No existía, excepto en algunas grandes empresas, experiencia de trabajo conjunto entre sanitarios y otros profesionales relacionados. Así en los SME eran los médicos y enfermeros los encargados, por ley, de realizar todas las tareas.

La necesidad del profesional sanitario, encargado de programar la vigilancia de la salud, de utilizar la información que generan los demás, contribuye a que las dificultades de coordinación se visualicen respecto a la VST y no al resto, cuya dependencia es menor. Son los sanitarios los que tienen que "pedir" esa colaboración.

También son los sanitarios los que explican en muchos ámbitos, la orientación que su actividad tiene en estos momentos y los cambios que han de introducir para adaptarla a la nueva situación. No ocurre lo mismo con las otras tres especialidades.

El actual modelo de la práctica de la VST no favorece una integración real de la misma, excepción hecha de las grandes empresas, con grandes recursos y medios propios. La normativa permite, y así es la práctica real mayoritaria, que existan servicios de prevención que únicamente realizan actividad de VST aislada del resto de especialidades, con la dotación económica mínima, distantes del proceso productivo de las diferentes empresas cubiertas, e incluso de todo el círculo de la prevención de riesgos laborales. Un hecho que describe esta situación es la ya comentada escasa aplicación de la disposición adicional de la LPRL, respecto a la integración de los Servicios Médicos de Empresa, así como la tendencia actual de muchas empresas a subdividir su estructura empresarial en pequeñas empresas con finalidades de carácter laboral, fiscal, etc., pero que pueden tener repercusión negativa en la PRL.

Según los resultados del citado estudio Covalmet, respecto a las funciones que vienen recogidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención, es destacable la baja participación de la medicina del trabajo en aquellas funciones no identificadas tradicionalmente como sanitarias. Es el caso de la evaluación inicial de riesgos y de la selección de equipos de protección individual, lo que indica una desviación importante del espíritu de la Ley 31/1995 y del propio Reglamento. Por contra, la participación en aquellas funciones tradicionalmente sanitarias es elevada, siendo destacable la participación, además de en los exámenes de salud de trabajadores propiamente dichos, en el estudio de las causas de las enfermedades, asesoramiento a los comités de salud y seguridad, participación en la formación de los trabajadores, etc.

De lo anteriormente expuesto, las asociaciones de los profesionales sanitarios concluyen que las parcelas que afectan directamente a la medicina del trabajo han sido plenamente asumidas por parte de los sanitarios, pero también es verdad que aquellas parcelas no estrictamente de la medicina del trabajo, en las que se requiere una visión multidisciplinar no dependiente de los sanitarios de forma exclusiva, éstos no se ven involucrados. Algo más fácil parece resultar la integración de la enfermería del trabajo, tal vez porque en muchos casos habían venido desarrollando gran parte de las actividades relativas al ambiente de trabajo, desde los antiguos servicios médicos.

Si se quiere hacer bien la prevención de riesgos laborales, no se pueden seguir observando el ambiente de trabajo y los trabajadores como algo separado, como se ha venido haciendo tradicionalmente. La integración de todas las actividades preventivas es todavía una asignatura pendiente, siendo fundamental para la adecuada prevención de riesgos laborales.

2.2. Administración

A diferencia de lo que ocurre con los aspectos legales laborales de la prevención de riesgos laborales, con escaso desarrollo autonómico, la actividad sanitaria está regulada por las normas estatales y las autonómicas. Estas últimas desarrollan en cada Comunidad Autónoma las competencias de la autoridad sanitaria, establecidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención, y basadas, en gran parte, en el Acuerdo de Criterios de ordenación de estas actividades aprobados por el CISNS en su reunión del día 15 de diciembre de 1997.

Siguiendo el Acuerdo de Criterios, estas normativas autonómicas limitan la competencia profesional de la vigilancia de la salud exclusivamente a los médicos y enfermeros con titulación específica, especialidad o diploma del trabajo o empresa, y definen los requisitos de equipamiento, accesibilidad y recursos humanos en los Servicios, estableciendo los cupos máximos de trabajadores por médico, el consumo mínimo de recursos sanitarios por trabajador y el ámbito geográfico máximo a cubrir por un servicio de prevención.

Hasta ahora, este marco se había visto de alguna forma matizado por normas que han supuesto en la práctica la realización de actividades preventivas en las empresas, por parte de las Mutuas, con cargo a cuotas de la Seguridad Social. Situación poco clara, que se modificó con la Orden TAS/192/2002, por la que se desarrollan normas de cotización a la Seguridad Social, vigente sólo durante dicho año. A partir de 2003 cambia totalmente el escenario, al quedar derogada la normativa que puede haber estado dificultando la exigencia de la aplicación de aspectos fundamentales para la VST, tanto para la Administración Sanitaria como para la Laboral.

La evaluación y control de las actividades de VST corresponde a la administración, sanitaria en su mayoría, mediante:

- La realización del preceptivo informe de autorización de la actividad sanitaria, tanto para la autorización provisional como para la definitiva, de los SPRL ajenos, previamente a su acreditación por parte de la Autoridad Laboral. Siendo el principal motivo de controversia en este apartado la acreditación de SPRL ajenos sin disponer de VST, ya comentado.
- Autorización de las Unidades Sanitarias de los SPRL propios con vigilancia de la salud y demás unidades sanitarias de las empresas.
- Inspección y control periódico de las actividades de VST y de las condiciones de acreditación o autorización.

Desde la administración se han facilitado los Criterios de acreditación, quince protocolos de vigilancia de la salud, y otros están en preparación; se está en la fase final de construcción del sistema de información en salud laboral (SISAL), etc.. En general se reconoce el trabajo realizado y la importancia de las herramientas puestas a punto en estos años, pero se echa de menos un mensaje concreto sobre la vigilancia de la salud para las empresas. AMAT, CCOO y UGT consideran que los documentos elaborados por Sindicatos y AMAT, pueden ser un apoyo importante para hacer llegar ese mensaje a la empresa.

Aunque la regulación legal del tema parece ya suficientemente clara en casi todos los aspectos, en la práctica es considerada excesivamente rígida en algunos casos, por cuestiones concretas como:

- Exigir por adelantado, para la acreditación, unos medios que son difíciles de establecer considerando la incertidumbre futura, al no estar en función de las necesidades del momento, sino que desde el inicio es obligatorio contar con unos medios materiales y humanos que para comenzar la actividad suelen resultar excesivos e innecesarios hasta que la demanda no crece.
- No haber resuelto aún adecuadamente la problemática de acreditación de los Servicios de Prevención Ajenos con ámbito pluricomunitario o multiprovincial, que necesitan una estrecha coordinación entre las administraciones sanitarias correspondientes. La misma consideración puede hacerse respecto a la autorización de las unidades sanitarias de los Servicios de Prevención Propios de empresas con centros de trabajo en varias Comunidades Autónomas.
- La contratación de actividades, tanto desde los Servicios de Prevención Propios con Servicios de Prevención Ajenos, como de éstos entre sí o con profesionales y centros sanitarios externos, que también ha generado problemas.

Por todo ello, algunos sectores consideran que esta regulación de la actividad sanitaria de prevención de riesgos laborales establece limitaciones a la normativa de carácter estatal, Ley 31/1995 y Real Decreto 39/1997.

Como consecuencia, se hacen peticiones, tanto por parte de las MATEPSS como de las asociaciones de SPRL, de modificación de la normativa sanitaria, especialmente de los ratios de asignación del personal sanitario de las Unidades Básicas de Salud (UBS) (trabajadores/UBS y minutos/trabajador). Peticiones también de reordenación de los cometidos a desarrollar por los profesionales sanitarios, dejando, en su totalidad o en parte, la realización de los reconocimientos médicos individuales, incluso su valoración inicial en manos de personal sanitario sin titulación específica (médicos y enfermeros), siempre que ésta se realice bajo la dirección de uno o más médicos del trabajo/empresa según las necesidades organizativas del servicio de prevención, en base a una

evaluación de riesgos previa y de acuerdo con protocolos de vigilancia sanitaria específica elaborados con base científica.

Por parte de la Administración General del Estado, las medidas adoptadas hasta ahora para hacer frente a la referida escasez de médicos del trabajo, como se ha visto, han ido en el sentido de incrementar la capacidad docente de las Escuelas de Medicina del Trabajo y la regularización de los médicos especialistas sin título oficial (MESTOs).

Existen dificultades para hacer cumplir la legislación, que se atribuyen a:

- La limitación de recursos, ya que a pesar del incremento de la demanda de actividad para la administración sanitaria, al haber aumentado en cantidad y calidad la actividad sanitario-preventiva laboral que debe ser controlada, no ha habido un incremento paralelo de los recursos de Salud Laboral.
- La falta de experiencia en la coordinación sobre estos temas entre los departamentos más implicados, laborales y sanitarios, que es fundamental para aumentar la eficacia, al ser la administración laboral, la encargada principal del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, compartiendo con la administración sanitaria aspectos relativos a la salud de los trabajadores. Dicha coordinación es considerada adecuada en cuanto a las actividades de acreditación de los SPRL ajenos, y mejorable, a pesar de los esfuerzos, en las relativas al control de la actividad.
- Las acreditaciones de SPRL ajenos sin todas las especialidades que, como se ha comentado, se ha convertido en práctica relativamente frecuente.
- La existencia en la práctica de diferencias a la hora de aplicar los Criterios de acreditación entre las Comunidades Autónomas, así como la necesidad de establecer procedimientos de coordinación de las actuaciones entre las mismas.
- La dificultad para controlar los cambios que se producen tras las autorizaciones y acreditaciones, que los SPRL no suelen comunicar a la Administración.

Las administraciones sanitarias han dirigido sus actividades de inspección y control básicamente hacia el colectivo de empresas autorizadas/acreditadas, que suponen una cobertura que no supera en muchas comunidades autónomas el 15 % del total de trabajadores. Entidades que si bien es cierto que deben mejorar sus recursos y actividades, muchas veces insuficientes y/o no ajustadas a la especificidad necesaria según los casos, tanto

estas entidades como las empresas que las contratan, representan el mayor grado de cumplimiento legal en cuanto a la vigilancia de la salud. En cambio, es hacia ellas hacia las que más se están dirigiendo las actividades inspectoras y sancionadoras.

Los resultados de estudios como Covalmet ponen de manifiesto que la dependencia administrativa de la actividad de Medicina del Trabajo no esta clara ni para los profesionales dedicados a ella, así el 58% refieren depender de la autoridad sanitaria (Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana), un 34% de la autoridad laboral (Consejería de Empleo) y el 16% no sabe o no contesta. Sirve también para saber quien ha organizado la formación, el 41% responden como organizadoras a las sociedades científicas, el 32% al INSHT o Centros de Seguridad y Salud en el Trabajo, un 28% a organismos dependientes de la Universidad, y el 22% a la Consejería de Sanidad.

Se han recibido, tanto a nivel nacional como en algunas CCAA, propuestas de las asociaciones profesionales para incluir la especialidad de Medicina del Trabajo en el sistema sanitario público asistencial, que comenzaría concretamente por la creación de servicios de medicina del trabajo hospitalarios de referencia, con funciones de diagnóstico, tratamiento e investigación respecto de enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo. Estos servicios servirían de apoyo a otros servicios asistenciales en aspectos relativos al daño laboral, realizarían la parte clínica de toxicología laboral, etc.. Hasta la fecha no se han puesto en marcha.

Prolongada la VST a través del SNS. De momento esta actividad esta representada básicamente por los exámenes de salud post-ocupacionales de los trabajadores que estuvieron expuestos al amianto, puestos en marcha en algunas CCAA, como Navarra y la Comunidad Valenciana, y que se recogen en el Programa Nacional de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a amianto, aprobado en la reunión de la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo del día 29 de enero de 2003.

De forma especial, en la C. Valenciana se ha puesto en marcha el denominado Plan para la vigilancia sanitaria de los trabajadores afectados por la exposición a la aerografía textil (Ardystil), que pretende asegurar la vigilancia de la salud de esos trabajadores, incluyendo la realización de exámenes de salud periódicos para la detección precoz de alteraciones que pudieran producirse con relación a las exposiciones laborales que tuvieron, especialmente disolventes y colorantes textiles, y los consiguientes tratamientos médicos.

Por último, a modo de resumen, se recogen del diagnóstico y propuestas para el Plan de Acción en Salud Laboral, del 27 de Agosto de 2002, realizado por

el Servicio de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad y Consumo, una serie de ideas que completan lo expuesto hasta aquí:

- Insuficiente desarrollo de las políticas de Salud Laboral desde las Administraciones Sanitarias, a pesar de que la necesidad de las mismas es evidente.
- La presencia de trabajadores autónomos, parados, y el aumento durante los últimos años de la relación laboral de carácter temporal, y por consiguiente el cambio frecuente de puesto de trabajo, hace que tengan menos sentido las políticas centradas en los lugares de trabajo (políticas laborales) y más las que tutelan la salud de los trabajadores (políticas de Salud).
- El cumplimiento de la normativa es insuficiente.
- En ámbito europeo, se ha aprobado bajo Presidencia Española, una Resolución del Consejo sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006), en la que se dice que han de reforzarse, por medio de una estrecha cooperación, los vínculos entre la nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad y la estrategia en materia de salud pública. En este sentido, es muy importante la participación en los foros europeos de salud laboral y la posterior cooperación entre las administraciones con estas competencias.
- Las relaciones con el Ministerio de Trabajo deben estrecharse aún más en estos temas.
- La coordinación de las políticas y actuaciones en materia de salud entre el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud, a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del CISNS parecen adecuadas.
- Para el diseño de políticas de Salud Laboral eficaces es necesario conseguir más información fiable en determinados campos, como son los relativos a los factores de riesgo a que están expuestos los trabajadores y las enfermedades derivadas de ellos.

Tabla 3. Resumen de las actividades relacionadas con la VST que realiza la Administración

	Quien	¿Qué hace?	¿Cómo?	¿Con que?
Administración Estatal	LABORAL ▪ Inspección de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Inspección de la organización de la prevención en las empresas, incluyendo la VST, en sus aspectos no confidenciales. Inspección de las condiciones de acreditación de los Servicios de Prevención Ajenos 	Con líneas de actuación/planes a nivel nacional y autonómico. <i>(Propone sanción a las empresas que no tengan propia o contratada la VST, SPRL que no cumplen las condiciones de acreditación,...).</i>	Cuerpo de Inspección. Órgano de estructura provincial del Ministerio de Trabajo y A. Sociales
	▪ Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Asesoramiento, formación; unidad de referencia para enfermedades respiratorias y alérgicas. Instrucciones técnicas con importantes repercusiones en la VST	Criterios, guías y notas técnicas, cursos, etc	Centros Nacionales de Madrid, Barcelona Bilbao y Sevilla.
	SANITARIA Ministerio de Sanidad y Consumo			
	▪ Área de Salud Laboral	Coordinación de las actividades de S. Laboral Representación Formación e información	Criterios Protocolos Publicaciones,...	Grupo de Trabajo de Salud Laboral del CISNS
	▪ Escuela Nacional de Medicina del Trabajo	Formación e información	Publicaciones Cursos enfermería de Empresa/ Especialidad de Medicina del Trabajo	Escuelas de Medicina del Trabajo/ de Salud, etc..

	Quien	¿Qué hace?	¿Cómo?	¿Con que?
Administración Autónoma	LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acredita los SPA (<i>Solicitando a la A.Sanitaria informe sobre la Medicina de Trabajo</i>) ▪ Solicita informe a la A. Sanitaria sobre cambios en las condiciones de acreditación por apertura o traslado de centros que realizan VST 	<p>Realiza visitas de asesoramiento de la Inspección de las tres especialidades (Higiene, Seguridad y Ergonomía)</p> <p>Elabora y envía los informes favorables/desfavorables de la acreditación de los SPA</p>	Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo o los nuevos Centros de Seguridad y Salud Laboral
	SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsar la extensión de la disciplina preventiva de Medicina del Trabajo ▪ Vigilar y controlar las condiciones de las instalaciones y las actividades sanitarias de VST ▪ Autorizar los centros que van a realizar la VST como SPP ▪ Informar sobre los centros que van a realizar la Vigilancia de la salud como SPA. ▪ Vigilar que los sanitarios de los SME se integren en SP ▪ Informar/Formar a los sanitarios de los SP. Colaboración en actividades formativas dirigidas a la capacitación de ATS de empresa y Técnicos en prevención de Riesgos Laborales ▪ Establecer grupos de trabajo con los sanitarios de los SPRL ▪ Registrar los SP que realizan vigilancia de la salud y los centros que poseen ▪ Estudiar y elaborar programas específicos de Vigilancia de la salud en colaboración con los sanitarios de los servicios de prevención 	<p>Proponiendo normativa autonómica (criterios de autorización de centros /acuerdo de criterios de los SPRL, prestación farmacéutica,...)</p> <p>Haciendo requerimientos a las empresas (Escrito de requerimiento, análisis de la información recibida,..)</p> <p>Atendiendo las demandas de información</p> <p>Comprobando el cumplimiento de la normativa y protocolos de VS mediante visitas de Inspección</p> <p>Organizando actividades formativas dirigidas a los profesionales de los SP</p> <p>Elaborando informes de la visita con observaciones realizadas y medidas a adoptar</p> <p>Participando en la elaboración, publicando y distribuyendo los Protocolos de Vigilancia de la Salud</p> <p>Creando y manteniendo Webs de Salud Laboral</p> <p>Participando en organismos relacionados con Salud Laboral</p>	Institutos/Servicios Unidades de Salud Laboral, en la mayoría de los casos integrados en la Dirección General de Salud Pública correspondiente. En otros como organismos autónomo

Resumiendo este apartado, la vigilancia de la salud que se viene haciendo es aún claramente mejorable. Las insuficiencias se achacan a motivos tales como:

- Falta de “cultura preventiva” de la sociedad, reflejada en este terreno en forma de no dar suficiente importancia a estas actividades, considerándolas en muchas ocasiones como una carga y no un medio para mejorar la empresa.
- Confusión entre vigilancia, reconocimientos, actividades de las mutuas, SPRL, actividades asistenciales y preventivas, etc. En definitiva, falta información sobre la vigilancia de la salud, en trabajadores y empresarios.
- Falta de profesionales o insuficientemente preparados en algunas áreas, especialmente las preventivas.

Destaca la necesidad de poner mayor énfasis en los aspectos cuantitativos, y paralelamente en los aspectos cualitativos del proceso de la vigilancia de la salud, tales como la aplicación de protocolos y diseño y cumplimentación de historias clínico-laborales adecuadas. Ello exigiría una mayor capacidad inspectora y, en su caso, sancionadora, de la autoridad sanitaria o, en su defecto, una aún más estrecha coordinación entre ésta y la autoridad laboral.

III. PROPUESTA DE PLAN PARA LA MEJORA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL

3.1. Objetivos

- 1 Conseguir la cobertura en la especialidad de Medicina del Trabajo para todos los trabajadores.
- 2 Mejorar la calidad de la práctica de la vigilancia específica de la salud de los trabajadores.
- 3 Adquirir, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, el compromiso para la mejora de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- 4 Organizar un Programa Integral de Vigilancia de la Salud Postocupacional.

3.2. Actividades

Para conseguir el objetivo 1

- 1.1 Difundir en los diversos ámbitos (administraciones públicas, trabajadores y sindicatos, empresarios y sus asociaciones, ...) la importancia y los contenidos de la Medicina del Trabajo sobre la seguridad y salud laboral. Recaltar que la vigilancia de la salud de los trabajadores es la pieza fundamental, pero no la única, de dicha especialidad y además debe utilizar diversas técnicas.
- 1.2 Conocer la situación real de partida que permita recoger en una base de datos la situación de las empresas según las distintas modalidades organizativas de la prevención y la cobertura de las diferentes especialidades y disciplinas preventivas, en especial la Medicina del Trabajo.
- 1.3 Establecer un orden de prioridad, según factores de riesgo potenciales de cada actividad económica y población expuesta, para instar a las empresas que no han organizado la práctica de la Medicina del Trabajo (distribución de empresas en un periodo máximo de 5 años).

- 1.4 Realizar campañas informativas dirigidas a las empresas sobre la obligación de llevar a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al trabajo y exigir su inicio. Incluir los beneficios sociales y económicos que puede reportar a las mismas la puesta en marcha de una buena Medicina del Trabajo.
- 1.5 Realizar campañas informativas dirigidas a los trabajadores sobre lo que es la vigilancia de la salud y sus beneficios y sobre lo que pueden exigir.
- 1.6 Potenciar que en los convenios colectivos y acuerdos de empresa se contemplen referencias expresas a la vigilancia específica de la salud de los trabajadores.
- 1.7 Adoptar las medidas necesarias para poner a disposición y, en su caso, formar más profesionales capacitados (Médicos del Trabajo y Diplomados en Enfermería de Empresa) suficientes para atender una cobertura plena en vigilancia de la salud. Potenciar la colaboración complementaria de otros profesionales sanitarios en el ámbito exclusivo de sus competencias (otros médicos especialistas, técnicos sanitarios de Formación Profesional, ...).
- 1.8 Potenciar el número y funciones de los profesionales de la Enfermería de Empresa y poner en marcha la especialidad correspondiente.
- 1.9 Coordinar las actuaciones entre las administraciones sanitarias competentes en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y actualizar los Criterios Básicos sobre la organización de los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
- 1.10 Adaptar la vigilancia de la salud a las características peculiares de ciertos sectores y actividades económicas con características especiales (construcción, sector agropecuario, empresas de trabajo temporal, ...).
- 1.11 Fomentar que la vigilancia de la salud sea efectiva para la generalidad de los trabajadores

±

Para conseguir el objetivo 2

- 2.1 Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales Español y aprobar las normas complementarias necesarias (información, notificación, registro, calificación, ...).
- 2.2 Conseguir que las evaluaciones continuadas de riesgo contemplen todos los factores de riesgo de todos los puestos de trabajo y la identificación de

los trabajadores afectados, como punto básico para programar y lograr una adecuada vigilancia de la salud específica.

- 2.3 Continuar la elaboración de los protocolos pendientes de aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 2.4 Elaborar una Guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud.
- 2.5 Proponer la redacción de nuevos Protocolos, según las necesidades objetivadas, y encargar su primera elaboración a diversas Administraciones y entidades que trabajan en el área de vigilancia de la salud.
- 2.6 Favorecer la formación continuada de los profesionales sanitarios en el conocimiento y aplicación de los Protocolos aprobados y en el análisis epidemiológico, entre otros puntos.
- 2.7 Impulsar la aplicación de los protocolos como guía orientativa en el ámbito de cada empresa y su adaptabilidad a las condiciones particulares de la misma, así como para su realización en trabajadores multiexpuestos.
- 2.8 Valorar la utilización y eficacia de los Protocolos aprobados y su efectividad en la detección precoz de daños laborales y proceder, en su caso, a su revisión y actualización.
- 2.9 Realizar campañas informativas y divulgativas sobre los aspectos generales de la vigilancia de la salud y de los Protocolos dirigidos a profesionales, interlocutores sociales y empresarios en general.
- 2.10 Impulsar la realización de una vigilancia de la salud específica con otros medios en los casos de riesgos para los que aún no se ha aprobado un protocolo específico, garantizando un seguimiento diferenciado.
- 2.11 Fomentar la consideración, además de los riesgos del puesto de trabajo, de las condiciones particulares del trabajador (menores, embarazo y lactancia, especialmente sensibles, discapacitados, trabajadores de edad avanzada, patologías intercurrentes, ...) y, en su caso, de la solicitud u opinión del propio trabajador.
- 2.12 Promocionar las vertientes individual y colectiva de la vigilancia de la salud, promoviendo procedimientos que permitan el conocimiento del estado de la salud de los trabajadores y el despistaje de las alteraciones en grandes poblaciones.
- 2.13 Favorecer la necesaria multidisciplinariedad que permita la correcta vigilancia específica de salud laboral y mejorar los contenidos curriculares

de la formación de los profesionales de las distintas especialidades y disciplinas preventivas.

- 2.14 Integrar la Medicina del Trabajo con el resto de disciplinas preventivas existentes en la empresa, con medios propios o concertados, y lograr una actuación coordinada.
- 2.15 Incluir la especialidad de Medicina del Trabajo en los Servicios de Prevención Ajenos que hayan sido acreditados con sólo disciplinas técnicas y éstas en los que solamente lo hayan sido con aquella especialidad sanitaria, limitando las posibles exenciones al tipo de empresas en las que vayan a actuar y a los riesgos existentes en las mismas y no a los deseos de la entidad especializada, tal como establece el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- 2.16 Controlar y comprobar que tras la práctica de la vigilancia específica de la salud el trabajador sea informado por escrito de los resultados de la misma. El empresario y las personas u órganos con responsabilidades preventivas serán informados de las conclusiones relativas a la aptitud del trabajador para su puesto (respetando la confidencialidad y no discriminación), al objeto de realizar las oportunas adaptaciones e introducir o mejorar las medidas de prevención y protección.
- 2.17 Establecer los criterios normativos y éticos que impidan la discriminación laboral por los resultados de la vigilancia de la salud, descartando los reconocimientos selectivos y potenciando los preventivos (en este último caso los criterios de inaptitud deben orientarse con carácter general hacia los de adaptación de puestos de trabajo).
- 2.18 Establecer criterios para lograr una adecuada vigilancia de la salud en trabajadores con una gran rotación entre empresas, especialmente si son de la misma actividad económica y presentan riesgos similares.
- 2.19 Continuar e impulsar el diálogo, consulta y participación con las distintas organizaciones sindicales, asociaciones empresariales, sociedades científicas y otras entidades sobre los diversos aspectos relacionados con la vigilancia de la salud (criterios de autorización, protocolos, sistemas de información, ...).
- 2.20 Conseguir un adecuado desarrollo del capítulo VII del Reglamento de los Servicios de Prevención respecto a la colaboración con el Sistema Nacional de Salud.
- 2.21 Concluir y pilotar la aplicación informática que dará soporte al SISAL.

- 2.22 Impulsar los cambios normativos necesarios y desarrollar las acciones informativas y formativas precisas para la implantación del SISAL en las Comunidades Autónomas y el Estado.
- 2.23 Fomentar la investigación en el campo de la Medicina del Trabajo

Para conseguir el objetivo 3:

- 3.1 Establecer el Plan de Mejora de la Vigilancia Específica de Salud Laboral en su territorio, por parte de las administraciones públicas competentes y el órgano de participación tripartito que cada Comunidad Autónoma considere y de las administraciones públicas competentes.
- 3.2 Intensificar la coordinación de las actuaciones de las administraciones sanitaria y laboral en prevención de riesgos laborales.
- 3.3 Realizar anualmente el control y evaluación de la actividad sanitaria que se está llevando a cabo en las empresas de cada Comunidad Autónoma, en las distintas modalidades organizativas de la prevención y detectar las que carecen de dicha actividad.
- 3.4 Delimitar y ejercer las competencias propias de las Autoridades Laborales y Sanitarias relativas a la inspección y control de infracciones y sanciones por incumplimiento o mala práctica en materia de vigilancia de salud laboral.
- 3.5 Establecer en los Servicios Públicos de Salud, con carácter complementario, sistemas centinela de notificación de patología laboral que permitan la alerta ante casos que pueden escapar a la vigilancia específica de salud laboral y formar a sus profesionales sanitarios en esta materia.
- 3.6 Fomentar la creación, en función de las características propias de la organización de la actividad sanitaria de cada administración, unidades especializadas en Medicina del Trabajo, como órganos de colaboración y apoyo de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención y del Sistema Nacional de Salud, así como de desarrollo de las funciones específicas de dicha administración.
- 3.7 Promover acciones de formación continuada de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención y del Sistema Nacional de Salud.
- 3.8 Fomentar el diálogo, consulta y participación con las distintas organizaciones sindicales, asociaciones empresariales, sociedades científicas y otras entidades sobre los diversos aspectos relacionados con la vigilancia de la salud (en su ámbito geográfico).

Para conseguir el objetivo 4:

- 4.1. Aprobar e implantar el Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto.
- 4.2. Determinar las poblaciones expuestas a riesgo susceptibles de vigilancia post-ocupacional, por largos periodos de latencia o por posible progresión de la patología tras la interrupción de la exposición (cancerígenos, ciertos químicos, radiaciones ionizantes, ciertos biológicos, ...) y, en su caso, elaborar los correspondientes programas.
- 4.3. Organizar los recursos necesarios en cada territorio para el inicio de los Programas de vigilancia post-ocupacional, incluyendo el sistema de financiación diferenciado.

3.3. Indicadores

- % de empresas y de trabajadores con alguna modalidad organizativa de la prevención (diferenciar, incluyendo sistemas mixtos).
- % de empresas y trabajadores con cobertura de las distintas especialidades y disciplinas preventivas (diferenciar, señalando especialmente la Medicina del Trabajo e incluyendo la modalidad organizativa).
- Elaboración de la clasificación de empresas en virtud de los riesgos potenciales por actividad económica y población expuesta.
- Número y población incluida en las acciones informativas y formativas (trabajadores, empresarios, profesionales, ...).
- % de convenios colectivos y acuerdos con referencias expresas a la vigilancia de la salud
- Número de profesionales sanitarios especializados formados o autorizados, en formación y disponibles en el mercado laboral.
- Aprobación del nuevo cuadro de enfermedades profesionales y de las normas complementarias.

- % de empresas con evaluaciones de riesgos realizadas, porcentaje de puestos y riesgos (por tipos) contemplados y % de trabajadores incluidos.
- Relación de protocolos previstos, aprobados, en elaboración y revisados (incluida la Guía de orientación).
- Aplicación de los protocolos (% de empresas y de trabajadores en general y con riesgo). Considerar aparte otros medios diferenciados utilizados cuando no existen protocolos específicos.
- % de cumplimentación de la Historia clínico laboral (por empresas, por trabajadores y por los distintos apartados de la misma).
- % de empresas con coordinación e integración de la medicina del trabajo con el resto de disciplinas preventivas.
- % de trabajadores informados por escrito sobre los resultados de la vigilancia de su salud.
- % de reconocimientos selectivos realizados.
- Número y % de empresas y trabajadores incluidos en el SISAL, así como % de datos cumplimentados.
- Normas promulgadas para la implantación del SISAL.
- Nº de Comunidades Autónomas que han asumido el Plan de Mejora de la Vigilancia Específica de Salud Laboral.
- % de servicios sanitarios de vigilancia de la salud laboral controlados y evaluados en cada Comunidad Autónoma. Incluir resultados diferenciados.
- Número y cuantía de las sanciones impuestas en cada territorio por infracciones relacionadas con la vigilancia de la salud.
- Número de sistemas centinelas de notificación de patología laboral implantados en los Servicios Públicos de Salud. Incluir además número de centros y profesionales implicados, así como de los procesos objeto de vigilancia.
- % de trabajadores anteriormente expuestos objeto de vigilancia de la salud postocupacional por riesgo de amianto.

- % de trabajadores anteriormente expuestos objeto de vigilancia de la salud postocupacional por otros riesgos (diferenciar).

En todos los casos posibles hacer diferenciaciones geográficas, por sectores o actividades económicas, etc.

Deben adaptarse a las condiciones de cada ámbito territorial y utilizar, en la medida de lo posible, fuentes y sistemas de información ya existentes. Es básico para ésto el pleno desarrollo e implantación del SISAL.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdos sobre Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales [Madrid, 28 de septiembre de 2001]. www.msc.es/salud/ambiental/home.htm
2. Baker, EL, JM Mellius, JD Millar. 1988, Surveillance of occupational illness and injury in the United States: Current perspectives and future directions. J. Publ Health Policy 9: 198-221
3. Baker, El 1986. Comprehensive Plan for Surveillance of Occupational Illness and Injury in the United States. Washington, DC; NIOSH.
4. Markowitz SB. Sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades profesionales. En: Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. 4 ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.p. 32.2-32.8.
5. Organización Internacional del Trabajo. Technical and ethical guidelines for workers health surveillance. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1997.
6. Gochfeld M. Medical surveillance and screening in the workplace: complementary preventive strategies. Envir research, 1992; 59:67-80.
7. Rempel D. Medical surveillance in the workplace: overview. State Art Rev Occup Med, 1990; 5: 435-439.

8 COM(2002) 118 final de 11.03.2002

9 Comisión de Enlace entre AMAT y los sindicatos CC.OO. y U.G.T. Borrador de acuerdo sobre vigilancia de la salud. Febrero 2002.

i. Baker, EL, JM Mellius, JD Millar. 1988, Surveillance of occupational illness and injury in the United States: Current perspectives and future directions. J. Publ Health Policy 9: 198-221

ii. Baker, El 1986. Comprehensive Plan for Surveillance of Occupational Illness and Injury in the United States. Washington, DC; NIOSH.

iii. Markowitz SB. Sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades profesionales. En: Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. 4 ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.p. 32.2-32.8.

iv. Organización Internacional del Trabajo. Technical and ethical guidelines for workers health surveillance. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1997.

v. Gochfeld M. Medical surveillance and screening in the workplace: complementary preventive strategies. Envir research, 1992; 59:67-80.

vi. Rempel D. Medical surveillance in the workplace: overview. State Art Rev Occup Med, 1990; 5: 435-439.

vii. COM(2002) 118 final de 11.03.2002

viii. Comisión de Enlace entre AMAT y los sindicatos CC.OO. y U.G.T. Borrador de acuerdo sobre vigilancia de la salud. Febrero 2002.