



La Vigilancia de la Salud



Una Asignatura Pendiente

LA VIGILANCIA DE LA SALUD, UNA ASIGNATURA PENDIENTE



Edita: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT

Producción: CONSULDIS S.A.

Depósito legal: M- 2001

Este documento ha sido impreso en papel ecológico

INDICE

	<i>Pag.</i>
1. LA VIGILANCIA DE LA SALUD. ASIGNATURA PENDIENTE	5
2. UN NUEVO MODELO DE VIGILANCIA DE LA SALUD	9
3. LOS EQUIPOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LAS EMPRESAS .15	
3.1 Actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores 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)	17
3.2 Distribución de las actividades de vigilancia de la salud en los distintos momentos del proceso preventivo.	18
3.3 Criterios de ordenación de las actividades de vigilancia de la salud para la aplicación de los protocolos específicos en la empresa	18
4. INTEGRACIÓN DE LA VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)	21
5. AUTORIDAD LABORAL	27
6. PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	31
7. EL EQUIPO DE VIGILANCIA DE LA SALUD	35
8. MODIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO . .41	
8.1 Registro y listado de enfermedades profesionales	
8.2 Modificación de la lista de enfermedades profesionales. Sistema mixto	

8.3 Notificación accidentes de trabajo

8.4 Sanciones

9. MECANISMOS DE PROTECCIÓN AL TRABAJADOR61

10. PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES67

1

LA VIGILANCIA DE LA SALUD
UNA ASIGNATURA PENDIENTE





La vigilancia de la salud de los trabajadores podría constituir uno de los instrumentos fundamentales en materia de prevención de riesgos. Sin embargo, una ordenación normativa obsoleta y deficiente, junto con la inexistencia de una organización y coordinación sanitaria adecuada para integrar la vigilancia de la salud de forma específica, hace que podamos afirmar que la situación actual de este campo preventivo es desalentadora. Como todos sabemos, la vigilancia de la salud en nuestro país se quiere reiteradamente limitar a la realización, exclusiva, de reconocimientos médicos. **La vigilancia de la salud debe configurarse, y así viene defendiéndose por la UGT, como un aspecto global, multidisciplinar y que afecta a muchos estadios y aspectos de la vida del trabajador o la trabajadora.** La realidad demuestra, además, que no sólo no se realizan siquiera ese mínimo de la vigilancia que son los reconocimientos sino que cuando éstos tienen lugar son inespecíficos en relación con los riesgos a que está expuesto el trabajador o las condiciones en que desarrolla su trabajo.

La vigilancia de la salud debe instrumentalizarse, por lo tanto, como un verdadero medio de prevención y no como un mecanismo de actuación reactivo que, en el caso de existir, sólo se emplea para constatar el menoscabo de la salud del trabajador o para duplicar una asistencia sanitaria que el mismo tiene cubierta por el Sistema Público.

De igual forma, desearíamos **alertar y denunciar** la distorsión y utilización abusiva como elemento persecutorio, sancionador o modificador de la relación laboral, que se puede y se realiza por parte del empresario en aras al desarrollo de este derecho. Si bien la vigilancia de la salud se sustenta en el respeto a la dignidad e intimidad del trabajador, lo cierto es que en muchos casos esto no se produce. **El empresario instrumentaliza un conocimiento prohibido de los estados biológicos de los trabajadores para adoptar directa o indirectamente medidas perjudiciales para éste.** La dificultad de probar la relación de causalidad entre el cono-



cimiento del estado de salud del trabajador y las acciones adoptadas junto con la utilización generalizada de mecanismos indirectos de represión, colocan al trabajador en una clara situación de indefensión frente a la vulneración de sus derechos.

Luchar frente a estas prácticas y potenciar el desarrollo real de la vigilancia de la salud en los términos aquí expuestos es el objetivo que perseguimos desde la Unión General de Trabajadores, además de exigir a los Poderes Públicos una clara voluntad política en la solución de estos problemas.



2

UN NUEVO MODELO DE VIGILANCIA DE LA SALUD





Conviene comenzar recordando que la vigilancia de la salud es una técnica preventiva que opera en el nivel Secundario. Es preciso insistir en que la prioridad son las técnicas primarias que buscan la desaparición o minimización de los riesgos. A pesar de ello, resulta fundamental redefinir la perspectiva otorgada a la vigilancia de la salud en nuestro país.

Podemos ampliar la descripción adelantada en nuestra introducción sobre la desalentadora situación en que se encuentra actualmente la vigilancia de la salud en España, señalando los siguientes aspectos igualmente negativos que la caracterizan:

Nuestro sistema de Seguridad Social, considera solo parte del daño para la salud como hecho generador de la prestación económico-sanitario y por lo tanto generador de un gasto sanitario.

De la misma manera, la información epidemiológica parcial que tenemos no se utiliza para desarrollar políticas preventivas.

La práctica generalizada se limita a la realización de reconocimientos generales e inespecíficos.

No existen mecanismos de comunicación y conexión entre la esfera laboral y sanitaria.

Los actuales mecanismos de notificación no son suficientes para la vigilancia epidemiológica y la investigación de causas, por lo tanto no tienen repercusión en la intervención preventiva.

La vigilancia de la salud inseparable de la promoción de la misma no está configurada en sí como concepto en ninguna norma. Solamente se establece que:



- a) Se hará una evaluación inicial.
- b) Se hará una evaluación tras la asignación de tareas con nuevos riesgos.
- c) Se hará una evaluación tras baja prolongada.
- d) Se hará una evaluación periódica.

De igual manera, se establece que estará sometida a Protocolos Específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador.

Son estos otros medios los que han de desarrollarse para no hacer depender la vigilancia de la salud exclusivamente de las consecuencias individuales de los riesgos (el daño) y establecer medidas antes de que aquellos aparezcan. Sin embargo, en la actualidad esto no sucede.

Defender prioritariamente el derecho de los trabajadores a que su salud esté promocionada y controlada, ha sido una de las grandes reivindicaciones de nuestro Sindicato. Pero, junto con esta demanda prioritaria, reivindicamos y defendemos una determinada manera de organización de la misma que haga frente a todas las carencias que en la actualidad presenta y que acabamos de relacionar.

Este nuevo modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras de nuestro país, defendido por la Unión General de Trabajadores, se fundamenta en la introducción de importantes cambios que permitan:

- Aportar datos descriptivos sobre la magnitud real de las enfermedades, accidentes y daños de origen profesional, que sirvan para la elaboración y seguimiento de las políticas de prevención de riesgos laborales.
- Permitir llevar a cabo las actividades de vigilancia epidemiológica de las enfermedades y daños para la salud derivadas del trabajo conocidos y la identificación de enfermedades y daños nuevos o emergentes, de cara a la adopción de respuestas preventivas rápidas y eficaces.



- Servir para la gestión de las prestaciones económicas y sanitarias del Sistema de Seguridad Social.

En este sentido se plantean como medidas útiles para la consecución de esta nueva orientación de la vigilancia y promoción de la salud las siguientes:

- Actualizar la normativa vigente de Seguridad Social y adaptarla al concepto más amplio de daño derivado del trabajo establecido en la LPRL.
- Ampliación de la población trabajadora a cubrir según la LPRL, no solo a la población cubierta por la seguridad social ni solo la población activa.
- Integración que debe realizarse del área de la vigilancia y promoción de la salud dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Modificación de los sistemas de notificación. Debe suministrar información a los distintos sistemas implicados en la gestión global del daño laboral. (Sistema de prestaciones económico/sanitarios y Sistema de prevención de riesgo).Garantizando la protección del trabajador como individuo y como colectivo y permitir al mismo tiempo el desarrollo de políticas preventivas de seguridad social.
- Incorporar la vigilancia de los daños derivados del trabajo a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Redefinición de los protocolos e instrumentos de evaluación.
- Coordinación y cooperación entre el Sistema Nacional de Salud, Trabajo y las empresas.
- Sistema de protección al trabajador.
- Sistema de protección del puesto de trabajo.
- Definición del papel de las distintas formas de organizar la prevención en la vigilancia de la salud.
- Participación de los agentes sociales.



Con carácter previo explicaremos brevemente el esqueleto sobre el que se sustenta y gracias al cual se consigue el modelo de vigilancia de la salud defendido por UGT.

La consecución de los objetivos que hemos señalado requiere de la participación activa, coordinada y de forma cooperativa de tres sujetos: los equipos de vigilancia de la salud de las empresas, el Sistema Nacional de salud y, por último, la autoridad laboral. Cada uno de estos sujetos tiene en este nuevo modelo unas funciones claramente definidas. Sin embargo, para que el citado modelo tenga efectividad se requiere la estrecha colaboración entre todos. El intercambio de información y la complementariedad de las labores entre unos y otros es lo que determinará una adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras de nuestro país.

Junto con la definición clara de los sujetos participantes en este modelo desarrollado por nuestra organización, resulta igualmente necesario definir, quiénes han de realizar esta vigilancia, es decir, qué profesionales deben integrar los equipos de vigilancia de la salud. En segundo lugar debe desarrollarse cómo ha de realizarse esta vigilancia, esto es, qué instrumentos de evaluación deben emplearse, y, por último, cómo debe recogerse la información de esta vigilancia para utilizarla con carácter preventivo, es decir, cómo deben ser los sistemas de notificación y registro de los daños para la salud derivados del trabajo.

Finalmente, y cerrando el modelo aquí propuesto se abordará la necesaria protección del trabajador y la participación de los agentes sociales en todo este proceso.

El concreto desarrollo de todas estas medidas va a exponerse a continuación. Pretendemos con ello explicar y definir claramente las líneas y medidas que estas propuestas requieren.



3

LOS EQUIPOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LAS EMPRESAS

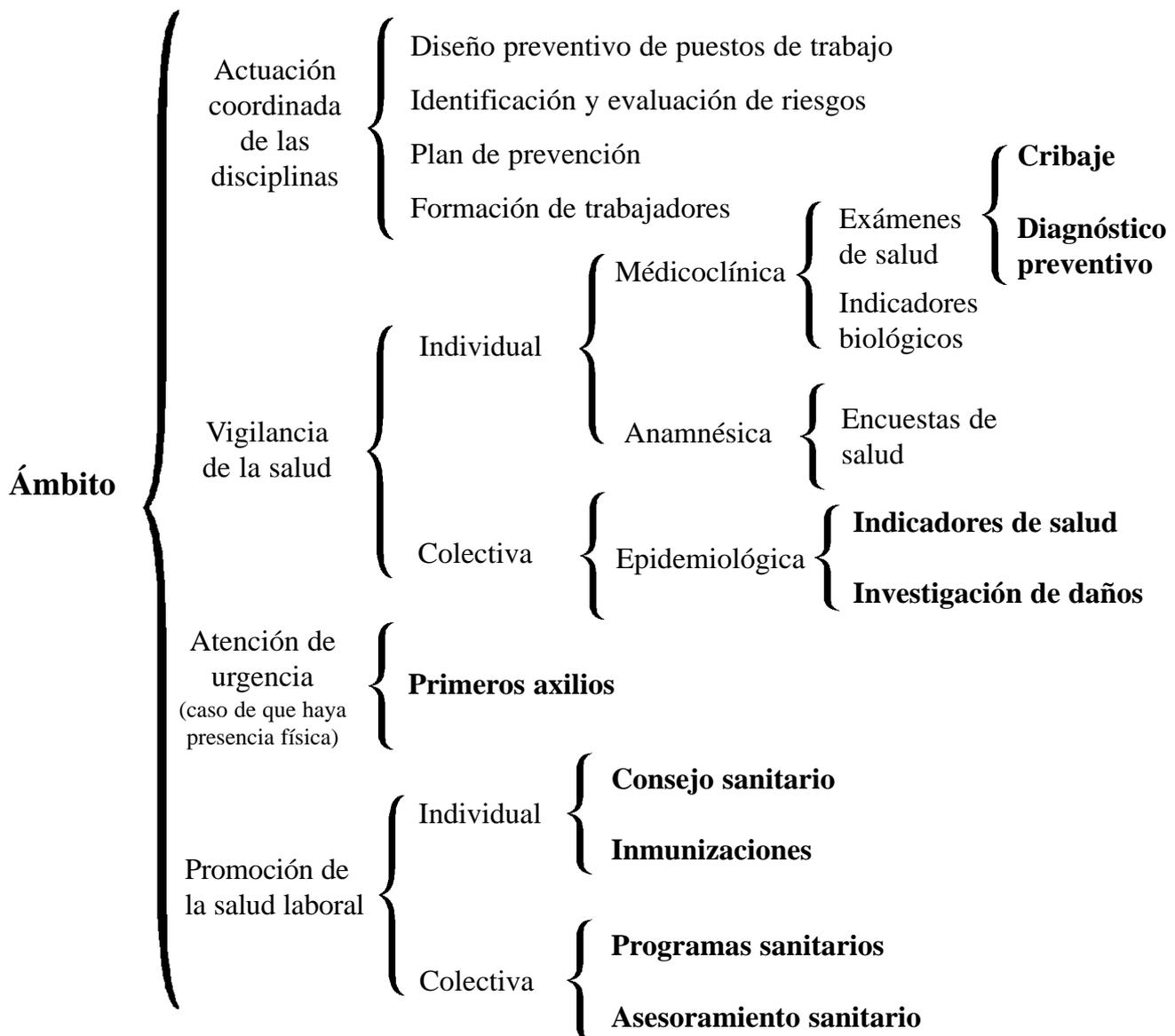




Como sabemos corresponde al empresario asegurar la adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados del trabajo. Esta obligación se realiza a través de las distintas formas de organización de la prevención que pueden establecerse en la empresa.

Los principios y actividades que caracterizan y deben integrar esta labor empresarial de vigilancia de la salud, se resumen en los siguientes esquemas:

3.1 Actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores 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)



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

Fases del proceso preventivo	Vigilancia de la salud		Observación
	Actividad principal	Otras actividades	
Identificación y evaluación	<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

3.3 Criterios de ordenación de las actividades de vigilancia de la salud para la aplicación de los protocolos específicos en la empresa

1. Planificación: 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. Previamente a su realización se requiere una planificación concreta y determinar los criterios de normalidad diagnóstica. Los protocolos deberían incluir una guía o checklist que facilite estas tareas.



- 2. Escalonamiento:** las diversas técnicas de vigilancia de la salud deben utilizarse de forma gradual según el nivel de exposición y la complejidad del problema objeto de estudio, con preferencia por las más sencillas o de más fácil aplicación. Los protocolos deberían fijar criterios para definir la población expuesta y dar indicaciones mediante diagramas de flujo que faciliten la toma de decisiones incluyendo la interrupción del proceso ante determinados resultados negativos.

- 3. Dimensión colectiva:** toda actividad de vigilancia de la salud debe tener una proyección colectiva por lo que la información producida debe incorporarse siempre a archivos o bases de datos generales que permitan su agregación. Los profesionales sanitarios del servicio de prevención deben proveer indicaciones para el almacenamiento y el tratamiento epidemiológico de los datos sanitarios individuales (por ejemplo, indicadores a utilizar o criterios para la recogida, análisis e interpretación de los datos)

- 4. Calidad:** las actividades de vigilancia de la salud deben ser realizadas e interpretadas con el máximo rigor por lo que los protocolos debieran dar indicaciones sobre la eficacia de las pruebas (precisión y fiabilidad) y la efectividad de la detección precoz (indicaciones para que los resultados puedan producir beneficios preventivos individuales o colectivos).

- 5. Ética:** los protocolos deberían recoger en cada caso indicaciones precisas tanto de carácter genérico como específicas sobre los criterios deontológicos para su aplicación con el fin de asegurar una práctica profesional coherente con los principios del respeto a la intimidad y la no discriminación laboral por motivos de salud. Así mismo se debería concretar en cada caso los supuestos de anulación de la voluntariedad del trabajador así como los criterios generales de aptitud.



- 6. Participación de los trabajadores:** los extremos relativos a la consulta y participación de los trabajadores o de sus representantes establecidos en los artículos 22, 33 y 34 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales debieran conformar indicaciones concretas en los protocolos de vigilancia de la salud.
- 7. Información individual a los trabajadores:** los objetivos y métodos de la vigilancia de la salud deben ser explicados de forma suficiente y comprensible a los trabajadores. La información de los resultados se trasladará por escrito a los trabajadores, igualmente de forma suficiente y comprensible. En el caso en el que los resultados de las pruebas realizadas pongan en evidencia algún compromiso para la salud, el trabajador será informado verbalmente, además de por escrito, del alcance de dichas alteraciones así como de la necesidad de una confirmación diagnóstica y de las medidas médicas a seguir y preventivas a adoptar en el puesto de trabajo.



4

INTEGRACION DE LA VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)





Junto con las empresas, a quienes corresponde articular la vigilancia de la salud de sus trabajadores en relación con los riesgos directamente relacionados con su trabajo, resulta fundamental integrar en este modelo de vigilancia y promoción de la salud al Sistema Nacional de Salud. El Sistema Nacional de Salud tiene un papel muy importante en este proceso. Y ello, no porque deba desarrollar la vigilancia en sentido estricto sino porque puede detectar las necesidades de vigilancia de trabajadores que acuden al sistema público por daños derivados del trabajo y reconducirlos así a la vigilancia en las empresas. En segundo lugar, porque permite una vigilancia epidemiológica de los daños derivados del ámbito laboral. En tercer lugar porque ofrece el tratamiento especializado que necesiten los daños del trabajador y puede ayudar a los equipos de vigilancia de las empresas en el diagnóstico especializado de patologías concretas, etc.

Por lo tanto, en nuestra opinión, resulta fundamental, la creación dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), de una organización específica basada en la coordinación y cooperación entre los distintos niveles asistenciales y territoriales, para asegurar la vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

De igual forma, este nuevo sistema debe contemplar la coordinación entre el Sistema Público Sanitario y las restantes Administraciones, así como establecer el mecanismo que asegure el adecuado control público de la vigilancia de la salud que se realiza por parte de las empresas.

Aparece como igualmente necesario, con el fin de asegurar la efectividad de este proceso, el dimensionamiento adecuado de los recursos humanos y materiales y la formación de los profesionales del SNS y de las restantes Administraciones implicadas.

Por lo tanto, para aumentar la eficacia del Sistema Nacional de Salud, facilitando la vinculación de las enfermedades con las exposiciones laborales de



los trabajadores atendidos y su correcta gestión administrativa, se considera necesario desde UGT, adoptar las siguientes medidas:

- Crear Unidades de salud laboral en las áreas de salud del SNS, en consonancia con lo establecido en el capítulo IV del Título primero de la Ley General de Sanidad y art. 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención. Estas unidades serán las encargadas de recepcionar toda la información que se produzca en los distintos niveles asistenciales y se configurará como el vínculo de unión con la autoridad laboral y los equipos de vigilancia de la salud de las empresas.
- Establecer procedimientos de trabajo (historia clínica, protocolos específicos de actuación o programas sanitarios) en los niveles de Atención Primaria y Especializada que favorezca la unión de enfermedades con la historia laboral del trabajador.

En este sentido resulta fundamental para canalizar adecuadamente toda la información, la creación de una Historia Clínica específica para los casos de AT y EP. Esta Historia se cumplimentará en los servicios de urgencia, de atención primaria o de atención especializada y se utilizará para el seguimiento médico de todo el proceso patológico derivado del accidente o la Enfermedad.

- Mejorar la capacitación del personal facultativo del Sistema Sanitario Público para la detección de la relación enfermedad/trabajo.
- Incorporar información laboral a los registros sanitarios, base proporcional de interés desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales.
- Control Público de la vigilancia de la salud que se realiza por parte de la empresa.



- Creación del mecanismo de información desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la autoridad laboral de los casos de AT y EP y a la inversa. (Sistema Feed back de información)
- Notificadores centinela en el sistema sanitario (atención primaria, urgencias, atención especializada) que permita la inclusión en el sistema de AT no declarados o completar datos en determinados casos (p.e. secuelas o fallecimiento).
- Igualmente, en función de las diferentes características económicas, productivas y de morbilidad laboral de las CCAA, se recomienda establecer sistemas específicos de vigilancia epidemiológica y de control de daños derivados del trabajo, en el sentido establecido en el RD 2210/1995, de 28 de diciembre por el que se crea la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica**.

Este sistema debería diseñarse y desarrollarse por las autoridades sanitarias en colaboración con las autoridades laborales.





5

AUTORIDAD LABORAL





La autoridad laboral encargada, no sólo de la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones empresariales en esta materia sino también, del tratamiento y recepción de la información y registro de los daños, tiene un papel fundamental, además, como canalizador de la colaboración y coordinación entre el SNS y los equipos de vigilancia de las empresas.

Resulta imprescindible por lo tanto, establecer unidades específicas o determinar responsabilidades, que en paralelo al Sistema Nacional de salud, coordinen la información y cooperación entre Administraciones. Estas unidades servirán a su vez para trasladar la información necesaria a las empresas y realizar el seguimiento de las actuaciones de éstas.





6

PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN





En relación con los instrumentos de evaluación de la vigilancia de la salud, desde UGT consideramos que debe potenciarse una política real de desarrollo de nuevos protocolos de vigilancia de la salud y medios de investigación e información epidemiológicas.

Como señalábamos al inicio de este documento, nuestra normativa establece que junto a los Protocolos Específicos la vigilancia de la salud estará sometida, sin mayor concreción, a cuantos otros medios existan con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El desarrollo de estos otros mecanismos es lo que asegurará una vigilancia colectiva y activa de la prevención en materia de salud frente a la vigilancia individual desarrollada por los protocolos.

Resulta conveniente destacar, además, la necesidad de impulsar y adoptar medidas para una especial protección de los trabajadores especialmente sensibles, la maternidad y los trabajadores y trabajadoras menores. Trabajadores que no han visto hasta la fecha convenientemente desarrollada una vigilancia de la salud adaptada a su especial sensibilidad y respecto de los cuales se requiere un especial esfuerzo.

Como medidas para la consecución de estas mejoras, proponemos desde nuestra organización:

- Estudio de indicadores de exposición.
- Elaboración de listas de posibles síntomas de enfermedad en relación con riesgos.
- Activa participación de profesionales Diplomados en la explotación de estas encuestas.
- Determinación de poblaciones expuestas e individuos expuestos.
- Determinación de las condiciones para pasar de los niveles de investigación colectiva a otro más individual.



- Elaboración de un Protocolo Básico comprensivo como Documento primero de la Historia Clínica laboral, similar para todos los supuestos, y añadir al mismo cuantos Anexos sean necesarios para cubrir los riesgos a los que vaya a estar expuesto el trabajador.
- Homogeneización del diagnóstico para evitar discrepancias en la calificación de Enfermedad profesional.
- Presencia continuada de los agentes sociales desde el principio en la elaboración de los protocolos médicos.



7

EL EQUIPO DE VIGILANCIA DE LA SALUD





Los propios aspectos que caracterizan el campo de la vigilancia de la salud determinan la necesidad de que el equipo encargado de la misma tenga un carácter marcadamente multidisciplinar. Si bien el papel del médico resulta fundamental, lo cierto es que la Vigilancia y Promoción de la Salud son actividades en las que pueden participar profesionales Sanitarios no médicos (DVES) y no sanitarios (Psicólogos, Químicos, Sociólogos...).

El propio **Reglamento de los Servicios de Prevención**, que desarrolla la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, establece lo siguiente, en su artículo **37, apartado 3**:

- 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 este sentido resulta fundamental solventar el problema de la escasez de profesionales, determinar la concreta composición de los equipos y definir las tareas a desarrollar por cada especialista.

Desde la Unión general de Trabajadores consideramos que el Médico del Trabajo, como miembro del Servicio de Prevención, debe, en colaboración con el resto de los componentes del Servicio, participar en las siguientes funciones:

- a) identificar y evaluar los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores
- b) diseñar, aplicar y coordinar los planes y programas de actuación preventiva



- c) determinar las prioridades en la adopción de las medidas preventivas adecuadas y vigilar su eficacia
- d) informar y formar a los trabajadores

Dada la naturaleza específica de la actividad sanitaria y la confidencialidad de los datos médicos personales, el personal sanitario realiza en exclusiva la vigilancia de la salud de los trabajadores y proporciona, en el caso que esté en el centro de trabajo, los primeros auxilios y la atención de urgencia a las víctimas de accidentes o alteraciones en el lugar de trabajo.

Le corresponde, asimismo, estudiar las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores, promocionar la salud en el lugar de trabajo, y colaborar con el Sistema Nacional de Salud, con el Sistema de la Seguridad Social y con las Autoridades Sanitarias.

Le compete también investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos laborales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Es preciso tener presente que en el año 2000 la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobó las siguientes conclusiones:

- a) Los recursos de Profesionales Sanitarios existentes son insuficientes para hacer frente a las exigencias de la nueva normativa en prevención de riesgos laborales. Este hecho es especialmente importante en determinadas Comunidades Autónomas.
- b) La oferta formativa de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo debe aumentarse significativamente para hacer frente a la nueva demanda de dichos especialistas. A estos efectos, la creación de nuevas unidades docentes incidirá favorablemente en aquellas Comunidades Autónomas donde exista una mayor carencia de especialistas.



- c) Es preciso reconocer e incorporar plenamente el papel de la enfermería de empresa y del trabajo, que agrupa a profesionales capacitados para desempeñar sus funciones sanitarias en los servicios de prevención y crear la Especialidad de Enfermería del Trabajo como vía más adecuada para garantizar la formación de estos profesionales.





8

MODIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO





Resulta igualmente imprescindible en este nuevo modelo de vigilancia de la salud, una modificación de la actual configuración de las Enfermedades Profesionales y de los partes de notificación de AT y EP.

A continuación expondremos brevemente la situación actual y las reformas necesarias para conseguir transformar estos sistemas en instrumentos específicos de prevención y protección.

8.1 Registro y listado de enfermedades profesionales

En España el Registro de Enfermedad Profesional, solo registra aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de notificación y posterior prestación económica como enfermedad profesional. No es, por lo tanto, un sistema de información y vigilancia, capaz de desencadenar actuaciones de prevención, inspección y control subsiguientes.

Resulta por lo tanto, fundamental contar con un Registro de Enfermedades Profesionales que contemple todos los daños para la salud de los trabajadores, como fuente de información necesaria para la elaboración de estrategias preventivas.

La actual normativa española sobre Enfermedades profesionales supuso en su momento una importante mejora, y ello porque:

- Libera al trabajador de “tener que probar” que su dolencia está causada por el trabajo.
- Reconoce y cataloga los daños originarios como consecuencia del trabajo.
- Existe uniformidad en las prestaciones correspondientes a cada caso.

Hoy en día, sin embargo, esta Lista supone una **interpretación restrictiva** de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud y no garan-



tiza **la adecuada vigilancia y prevención** consiguiente de las enfermedades derivadas del trabajo.

Nuestro actual catálogo de Enfermedades profesionales data del año 1978 y no tiene en cuenta los cambios que se dan en el mundo del trabajo y en la sociedad en general, entre estos destacamos:

- Envejecimiento de la población trabajadora
- Incremento de la pequeña y mediana empresa
- Incremento del trabajo autónomo
- Terciarización del trabajo (servicios)
- La cohesión de la empresa como grupo social, en lo que se refiere a la estabilidad de la relación laboral se diluye a favor de unas relaciones más difuminadas consecuentes al crecimiento del trabajo temporal y a tiempo parcial.
- Los trabajadores con contratos temporales tienen peores condiciones de trabajo y el empleo precario afecta a un número creciente de trabajadores.
- Existencia de los trabajadores inmigrantes en peores condiciones laborales.
- El modelo de organización empresarial ha cambiado, ha pasado de ser suficiente en si misma para cerrar los ciclos productivos a dejar paso a organizaciones empresariales complementarias lo que hace habitual el trabajo con ETTs y las subcontratas.

De igual manera, se han producido importantes cambios en los patrones de enfermar:

- Las alteraciones de la salud son cada vez más de tipo inespecífico.
- Actualmente se da una reducción de cuadros clínicos monofactoriales y un aumento progresivo de la patología de génesis multifactorial.



- La exposición a factores de riesgo de origen laboral tiene un significado más concausal que estrictamente causal.

Se debe por lo tanto, profundizar en la comprensión de los cuadros patológicos nuevos que surgen con relación al desarrollo tecnológico en la industria, a la introducción de nuevas sustancias, a problemas ergonómicos o psicosociales y ampliar, paralelamente, el concepto de enfermedad profesional a enfermedades relacionadas con el trabajo. (Concepto de lista anexa de la Comisión Europea).

8.1.1 Principales problemas del actual Sistema de notificación de enfermedades profesionales.

Falta de revisión y actualizaciones periódicas de la lista

- Cada vez es más frecuente encontrarse con patologías profesionales, cuyos agentes o causas no están en la lista.
- Se trata como enfermedad del trabajo o como accidente de trabajo, si se demuestra su origen laboral, pero no figuran en la lista oficial de enfermedades profesionales, lo que indica la necesidad de revisión de esta.

Existe redundancia entre procedimientos de información de la Enfermedad Profesional:

- **Un procedimiento de la Seguridad Social** desencadenado por el médico del Insalud;
- **Un procedimiento de la Autoridad laboral** desencadenado por la empresa, con tratamiento estadístico de la información generada realizado por entidades diferentes (INSS y Subdirección General de Estadísticas) **no existiendo procedimientos de intercambio entre ellos (feedback).**



- **No se aprovecha el sistema de información y las variables registradas** por los procedimientos de notificación existentes **no son suficientes para la vigilancia epidemiológica y la investigación de causas**, por lo tanto no tienen repercusión en la intervención preventiva.
- El sistema de Notificación basado en el “**Parte de Enfermedad profesional**” **no garantiza la protección del derecho a la confidencialidad de los datos de salud**, ya que requiere del empresario los datos relativos al diagnóstico, causas, síntomas y grado de enfermedad.

Resulta necesario, por lo tanto:

- Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales en vigor.
- Adoptar un nuevo sistema de notificación unificado.
- Coordinación entre la autoridad laboral y la seguridad social.
- Garantizar una adecuada protección de los derechos de los trabajadores.
- Reformar el Parte de Enfermedad Profesional.

Con ello, el **sistema de información y vigilancia del daño laboral debe permitir** cubrir las siguientes necesidades:

- Conocimiento de la magnitud del problema
- Universalidad con respecto a los problemas
- Universalidad con respecto a la población
- Capacidad de detección y adecuación a nuevos problemas
- Capacidad de adecuación a nuevos marcos legislativos.

Debe suministrar, en definitiva, información a los distintos sistemas implicados en la gestión global del daño laboral. (Sistema de prestaciones económico/sanitarios y Sistema de prevención de riesgo); garantizando la protección del trabajador como individuo y como colectivo y permitir al mismo



tiempo el desarrollo de políticas preventivas de seguridad social.

Desde la Unión General de Trabajadores se realiza la siguiente proposición de modificación del actual sistema de información:

- **Ambito de información:** toda la población trabajadora, tenga o no cubiertas las contingencias profesionales mediante prestaciones económicas específicas. (Ámbito de aplicación de la LPRL).
- **Sucesos a notificar:** Todas las enfermedades en cuya génesis se presume una presencia de factores de origen profesional. (Criterio de flexibilidad de las Recomendaciones de la Comisión Europea y definición de daños derivados del trabajo de la LPRL).
- **En este sentido actualizar** el Cuadro de Enfermedades profesionales en vigor y la definición de enfermedad profesional.
- **Sujetos obligados a notificar:** los médicos en ejercicio con independencia del marco sanitario en el que se encuentren, cuando sospechen que una enfermedad puede ser derivada o consecuencia del trabajo.
- **Circulación de la información:** necesidad de que exista un único flujo de notificación, con una parte dedicada exclusivamente a que lo rellene el médico y otra de datos administrativos con hojas autocopiables destinadas a los diferentes agentes implicados y conteniendo todos los datos derivados de las necesidades de información de cada agente y de los efectos que debe de surtir en cada organismo implicado.
- **El flujo de notificación que se propone es una modificación del existente para la tramitación de los partes médicos de IT en caso de enfermedad profesional.**
- En el caso de que el médico prescriba la baja en la actividad del trabajador por enfermedad profesional, **el parte médico de baja constituye el documento fundamental en la comunicación de la enfermedad profesional.**



- **Las entidades aseguradoras podrían ser las encargadas de procesar informáticamente los datos y facilitarlos a las Autoridades laboral y sanitaria territoriales y al Ministro de Trabajo y asuntos sociales.**
- Cuando no exista la figura del empresario, corresponderá al trabajador trasladar el parte medico
- En los casos en que no se produzca baja médica o cuando la baja afecte a un autónomo que no tiene cobertura por contingencias profesionales o cuando la enfermedad es diagnosticada tras el cese de la actividad laboral por jubilación o desempleo, en cuyo caso el parte de baja corresponde a las contingencias comunes, no existe ahora mismo un procedimiento mediante el cual pueda notificarse la enfermedad profesional al resto de agentes: empresarios, entidad aseguradora, autoridad laboral y sanitaria y ministro de trabajo y asuntos sociales.

8.1.2 Vehículo notificador.

El procedimiento que se propone conllevaría la **modificación del parte de baja**, debiendo el documento de notificación resultante satisfacer las siguientes necesidades:

- De información de las distintas autoridades laborales y sanitarias
- De información de las entidades aseguradoras de las prestaciones por enfermedad profesional.
- De protección de la intimidad del trabajador
- De tratamiento informatizado de los datos.

8.1.3 Ese parte recogería.

- Datos del enfermo
- Datos de identificación de la empresa



- Datos médicos
- Datos sobre exposición a agentes causantes de la enfermedad profesional.
- Datos para el calculo de la prestación por Incapacidad Temporal.
- Datos a cumplimentar para trabajadores del Régimen Especial de la Minería del Carbón.

Cada uno de los agentes que intervienen, Servicios médicos, Empresa y Entidad gestora de la Seguridad Social, deben cumplimentar la parte que les corresponde y en ningún caso el mismo dato será responsabilidad de dos agentes diferentes.

8.1.4 Intervención preventiva.

Las autoridades laborales y sanitarias territoriales, en el desarrollo de sus competencias, **investigarán las enfermedades profesionales** con el fin de determinar sus causas, las medidas preventivas a adoptar y en su caso las responsabilidades legales a las que hubiera lugar.

8.1.5 Apoyo al diagnóstico.

1ª medida se considera necesario, para **evitar discrepancias en la calificación de Enfermedad profesional, elaborar Normas Médicas y Protocolos de ayuda al diagnóstico y calificación de enfermedades profesionales que sustituyan a las publicadas en 1963 y 1965.**

2ª medida, se considera necesario la creación de Unidades de Referencia Especializada en los Centros de Atención Especializada de cada Area de Salud.

8.1.6 Situaciones epidémicas y brotes.

La mejora del sistema de notificación e información sobre enfermedades profesionales debe contemplar la Vigilancia e Investigación de las



situaciones epidémicas o brotes de naturaleza laboral, causados por enfermedades conocidas o emergentes, que puedan afectar a una empresa sector.

Deberían establecerse los procedimientos necesarios de cara a la vigilancia y control de estas situaciones.

8.2 Modificación de la lista de enfermedades profesionales. Sistema mixto

Siguiendo el camino iniciado por la Comisión europea defendemos un proyecto de sistema mixto en relación con la catalogación y reconocimiento de enfermedades profesionales. En este sentido los pasos dados por la Comisión y los principios en los que los fundamenta son los siguientes:

8.2.1 Lista europea y recomendaciones de la Comisión

La actual lista europea se propone en la Recomendación 90/326/CEE (AnexoVI).

En realidad se trata de cuatro listas interconectadas, de las cuales la última tiene una característica específica que la diferencia de las restantes al dirigirse exclusivamente al personal facultativo y técnico. Estas cuatro listas serían las siguientes:

Lista Europea de Enfermedades profesionales. Incluida en la Recomendación de 23-07-1962, constituye el punto de referencia de todas las demás. Tienen efectos médicos (prevención y estadística) y jurídicos (presunción legal “iuris et de iure” (no admite prueba en contrario) de enfermedad profesional.

Lista anexa indicativa de enfermedades que hay que someter a declaración con vistas a su eventual inscripción en la lista europea.

Incluida en la Recomendación 23-07-1962, tiene únicamente efectos médicos.



Lista de excepciones que enumera los agentes nocivos y enfermedades profesionales para los cuales pueden establecerse las condiciones limitativas indicadas. Figura en la Recomendación de 20-VII-1966, tiene efectos médicos y jurídicos y enumera *condiciones restrictivas admisibles*.

Las Reseñas de Información Médica. Tiene únicamente naturaleza médica y meramente indicativa. No se publican en el Diario Oficial de las Comunidades, sino en separatas específicas. Se basan en los informes que obligatoriamente cada dos años envían los países miembros y en los informes de los expertos de la Comisión de la CEE, de la CECA y del EURATOM. Es específicamente para médicos y técnicos laborales y de la Administración social.

El complejo sistema propuesto por la CEE para la determinación y catalogación de la Enfermedades Profesionales se apoya en la combinación armónica de los siguientes criterios, deducidos todos ellos de las Recomendaciones de la Comisión de 23-VII-62 (DOCE de 31/8) y de 20-VII-66 (DOCE de 9/8).

Los principales criterios de este nuevo sistema europeo son:

Criterio mixto.

- Consiste en la yuxtaposición de dos métodos: de una parte el sistema de lista (supuestos de presunción) y de otra el sistema clásico de la prueba, (relación de causalidad entre la actividad profesional y la enfermedad) cuando la citada presunción no puede ser invocada.

Criterio de unicidad.

- La CEE recomienda la fusión en una lista única de las enfermedades profesionales.



- Para la Comisión la evolución técnica ha hecho que los riesgos sean cada vez más similares en los diferentes sectores, en cualquiera de los cuales un mismo agente nocivo, químico por ejemplo, puede estar presente.

Criterio de flexibilidad.

- Instauración de una declaración obligatoria por parte de todos los médicos que se hallen en presencia de una enfermedad que presuman tiene un origen profesional. Esta declaración obligatoria tiene como fin la prevención y la ulterior inscripción de tales afecciones en la lista nacional indicativa de Enfermedad Profesional. Logrando así su contante actualización

Criterio de generalidad.

- La CEE propone la supresión de las condiciones limitativas sistemáticas si bien permite la subsistencia de tales condiciones para ciertas afecciones que enumera la Recomendación de 20-VII-1966.

Estas condiciones limitativas se refieren a:

- la descripción de los síntomas de la enfermedad
- las actividades profesionales declaradas como únicas susceptibles de provocar la enfermedad considerada
- los plazos de exposición al riesgo.
- los plazos referentes a la comprobación de la enfermedad después del cese de la exposición al riesgo equivalente al periodo de latencia.

Varios países imponen *condiciones limitativas*. De estas las más frecuentes son los *listados de actividades profesionales* susceptibles de provocar una enfermedad profesional y *el periodo de latencia*.

La Recomendación de la Comisión de la CEE de 20-VII-1966, elimina como causas limitativas la descripción de los síntomas de las enfermedades



y deja subsistir las otras tres condiciones limitativas sólo para determinados supuestos expresamente enumerados en una lista anexa a dicha Recomendación.

El 5º informe de la Comisión en materia de enfermedades profesionales advierten que carecen de sentido las condiciones restrictivas hoy en día.

8.3 Notificación accidentes de trabajo

Los principales problemas del actual sistema de notificación de accidentes de trabajo son los siguientes:

- Lentitud en la explotación de la información.
- Explotación prácticamente ineficaz por la ausencia de variables significativas sobre las circunstancias, causas y consecuencias de los accidentes.
- Parcialidad en la cobertura. No cubre a todos los trabajadores.
- Fuente de información cuestionable (el empresario es quien rellena el parte).
- Falta de homogeneidad en la valoración de la gravedad

Ante esta situación las propuestas que desde UGT se realizan para la mejora del sistema se centran no sólo en el contenido de los partes, sino en el tratamiento, gestión y explotación que se realiza. De igual forma, la redefinición de la participación de los agentes sociales en el proceso se presenta como fundamental. A continuación exponemos con mayor detalle alguna de estas propuestas.

8.3.1 Cuestiones relativas a la notificación de los Accidentes de Trabajo.

8.3.1.1 Parte de Accidentes de Trabajo (PAT)

- **Variables a incorporar en el soporte de notificación:**

- **Calificación de gravedad.** Homogeneización de criterios.



Debe recordarse que la escala de gravedad a efectos preventivos no tiene que corresponder estrictamente con la escala médica de valoración clínica ya que los criterios de valoración que se emplean en cada campo, si bien coinciden en la mayoría de los casos, también resultan divergentes en muchos de ellos por partir de elementos de valoración diferentes.

Nuestra propuesta parte de la base de que todos los accidentes que deban notificarse mediante el PAT tienen la consideración automática de graves. Los accidentes que no causen baja, por lo tanto, y que no serán otros que los relacionados en la Relación de accidentes de trabajo sin baja médica (RATSB) serán los que recibirán la consideración de leves. Con esta orientación corresponderá entonces ya a un criterio coincidente con la valoración médica de gravedad la diferenciación entre accidentes graves y muy graves.

Junto con estos criterios de gravedad, resulta necesario igualmente, incorporar las siguientes variables dentro de un campo que podría denominarse, por ejemplo, “**asistencia requerida**”:

- Precisa asistencia sanitaria.
- Precisa asistencia sanitaria especializada.
- Precisa ingreso sanitario.
- Precisa intervención quirúrgica.
- Precisa rehabilitación.
- Precisa tratamiento médico continuado.

Junto con las variables: Tipo de lesión (incorporando todos los conceptos de la clasificación de la OIT), parte del cuerpo afectada y la inclusión del **Diagnóstico normalizado de lesión** podemos obtener una información adecuada sobre la gravedad de la lesión.



- **Calificación de gravedad.** Soluciones para una eventual calificación de la “gravedad potencial” del accidente con independencia de la “gravedad de las lesiones”.

Ejemplo:

- 00 **Ninguna gravedad potencial.** (Cuando no pueda afectar a ningún trabajador distinto del accidentado o causar menoscabo alguno en la salud de al menos un trabajador).
- 01 **Gravedad potencial baja.** (Cuando pudiera afectar a un trabajador distinto del accidentado o cuando hubiera podido tener consecuencias leves para la salud de al menos un trabajador).
- 02 **Gravedad potencial alta.** (Cuando pudiera afectar a un número de trabajadores igual o mayor de dos e inferior a cuatro, o cuando hubiera podido tener consecuencias graves para la salud de al menos un trabajador).
- 03 **Gravedad potencial muy alta.** (Cuando pudiera afectar a un número de trabajadores igual o mayor de cuatro, o cuando hubiera podido tener consecuencias muy graves para la salud de al menos un trabajador).
- 04 **Gravedad potencial mortal.** (Cuando hubiera podido tener consecuencias mortales).

Siempre primará la gravedad del menoscabo a la salud del trabajador sobre el número de trabajadores afectados.

- Casilla que identifique el **Servicio de Prevención o la modalidad de Servicio de Prevención contratado.**

Ejemplo:



- 00 Ninguna organización de la prevención.
- 01 Asumido por el empresario.
- 02 Trabajadores designados.
- 03 Servicio de Prevención propio.
- 04 Servicio de Prevención mancomunado.
- 05 Servicio de Prevención ajeno contratado con mutua.
- 06 Servicio de Prevención ajeno contratado con empresa especializada.

- Incorporar en el campo “Tipo de Lesión” todas las variables contenidas en la calificación de la OIT.

- El parte de accidente debe ser ‘visado’ por los Delegados de Prevención.
- Incluir además los trabajadores autónomos encuadrados por actividades específicas, ramas de actividad superando el encuadramiento genérico de actividad.

8.3.1.2 Relación de Accidentes de Trabajo ocurridos sin baja médica (RATSB)

- Estudiar la posibilidad de sistemas centinela para la notificación y análisis de incidentes, sucesos peligrosos o “quasi-accidentes”.
- Calificación de gravedad: estudiar soluciones para una eventual calificación de la “gravedad potencial” del accidente con independencia de la “gravedad de las lesiones”

01 Gravedad potencial baja. (Cuando pudiera afectar a un trabajador o cuando hubiera podido tener consecuencias leves para la salud de al menos un trabajador).



- 02 **Gravedad potencial alta.** (Cuando pudiera afectar a un número de trabajadores igual o mayor de dos, o cuando hubiera podido tener consecuencias graves para la salud de al menos un trabajador).
- 03 **Gravedad potencial muy alta.** (Cuando pudiera afectar a un número de trabajadores igual o mayor de cuatro, o cuando hubiera podido tener consecuencias muy graves para la salud de al menos un trabajador).
- 04 **Gravedad potencial mortal.** (Cuando hubiera podido tener consecuencias mortales).

Siempre primará la gravedad del menoscabo a la salud del trabajador sobre el número de trabajadores afectados.

- Incorporar un campo que podría denominarse, por ejemplo, “**asistencia requerida**”:

Asistencia sanitaria requerida: SI NO

- Introducir en el TC2 junto al de “identificación del empresario” otra casilla que identifique el Servicio de Prevención o la modalidad de Servicio de Prevención contratado.

Ej.

- 00 Ninguna organización de la prevención.
- 01 Asumido por el empresario.
- 02 Trabajadores designados.
- 03 Servicio de Prevención propio.
- 04 Servicio de Prevención mancomunado.
- 05 Servicio de Prevención ajeno contratado con mutua.
- 06 Servicio de Prevención ajeno contratado con empresa especializada.



- **Tratamiento de la información obtenida de los PAT.**

- Separación de accidentes traumáticos y no-traumáticos.
- Introducir el análisis de “años potenciales de vida perdidos”.
- Comparaciones territoriales: introducir índices ajustados por estructura productiva (sectores económicos)
- Mejorar las estimaciones de los denominadores sobre todo en relación con las horas efectivamente trabajadas para el cálculo de índices de frecuencia (estudiar a este respecto cómo abordar la cuestión de las horas externalizadas)
- Población expuesta.

- Definir las **utilidades del sistema** al menos en los siguientes ámbitos:

- Evolución temporal del riesgo de accidentes.
- Identificación de grupos de riesgo.
- Evaluación de programas de seguridad.
- Estudiar las necesidades de información de los distintos usuarios para una actuación inmediata y las formas de transmitirla de manera ágil y rápida.
- Estudiar las necesidades de información para un análisis epidemiológico- preventivo y los instrumentos para conseguirla (bien a partir del parte de accidente o de forma combinada con otros instrumentos puntuales de información).

- **Control de la exhaustividad de la cumplimentación de partes.**

- Cruzar bases de datos para detectar errores o completar la información (p.e. altas por fallecimiento).
- Requerir desde la administración a los notificadores la correcta cumplimentación de los partes.



- **Notificadores centinela en el sistema sanitario** (atención primaria, urgencias) que permita la inclusión en el sistema de AT no declarados o completar datos en determinados casos (p.e. secuelas o fallecimiento).
- **Intervención individual.** Se debe hacer incidencia igualmente en las mejoras que la modificación de la notificación u otras medidas generales pueden operar desde el punto de vista individual del trabajador accidentado o su familia. Compensación, sanciones, intervención inmediata (aquí la rapidez es una de las exigencias fundamentales).
- **Notificación on line (soporte electrónico). Proyecto Delta.**

La notificación on line produciría una importante mejora en la solución de alguno de los principales problemas que presenta nuestro actual sistema de notificación. Si se articulara adecuadamente se permitiría una información en tiempo real de los datos sobre siniestralidad en nuestro país. De igual forma, si como viene defendiendo la Unión General de Trabajadores, se permitiera el acceso a la información del mismo a los agentes sociales, tendríamos la oportunidad de poder intervenir inmediatamente en el conocimiento de los accidentes, y se posibilitaría igualmente la intervención de la autoridad pública y, en definitiva una investigación real de las causas de los mismos.

Mientras no se acabe de perfilar la notificación on line como sistema único, deben desarrollarse adecuadamente por la Administración los siguientes aspectos de su puesta en práctica inicial:

- Validez del parte on line.
- Convivencia con el sistema tradicional de soporte en papel.
- Acceso a la información no personal del parte de accidentes por parte de los agentes sociales.



8.4 Sanciones

Las sanciones por el incumplimiento de las responsabilidades que en materia de notificación atribuye la Ley a los distintos agentes que participan en el proceso, apenas ha sido desarrolladas y aplicadas por la autoridad competente. El desarrollo efectivo de la exigencia de responsabilidades por incumplimiento de las obligaciones existentes debe recibir igualmente, un impulso adecuado.



9

MECANISMOS DE PROTECCIÓN AL TRABAJADOR





Los Principios Generales que rigen la Vigilancia de la Salud como derechos individuales de los trabajadores están regulados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El artículo 22, de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, sobre la Vigilancia de la Salud de los trabajadores, dice lo siguiente:

1. 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.

Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

2. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.



3. Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados.
4. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.

No obstante lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

5. En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral, en los términos que reglamentariamente se determinen.
6. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevará a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

A la luz de este precepto y con el fin de proteger los derechos de los trabajadores y evitar situaciones discriminatorias se deberían adoptar las



medidas necesarias para garantizar:

- El acceso del trabajador afectado, a toda la información médico-diagnóstica.
- La estricta confidencialidad de la información sanitaria.
- La protección del derecho a un puesto de trabajo adaptado a sus capacidades.
- Protección del puesto de trabajo.
- Protección frente al abuso.





10

PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES





Como hemos manifestado a lo largo de este documento la participación de los agentes sociales se configura para la UGT como uno de los elementos determinantes en la efectividad del nuevo sistema. De la misma manera que hemos pretendido asegurar la participación y coordinación de todas las administraciones públicas implicadas, resulta necesaria la participación y consideración de los agentes sociales. Como representantes de las partes de la relación laboral su contribución se presenta como básica. En este sentido, consideramos que esta participación debe articularse en las siguientes actividades y niveles:

- **La participación de los agentes sociales debe articularse en los distintos niveles que lo componen, empresa, CCAA o confederación, según la competencia que en cada caso corresponda.**

Con ello se pretende asegurar un sistema participativo, que implique a todas las partes, negociado. Asegurando así su adaptación a cada uno de los niveles existentes y la proximidad en la detección de problemas o necesidades.

- Los agentes sociales deben **participar desde el inicio en la elaboración de las técnicas de evaluación.** En especial en la elaboración de protocolos específicos.
- De igual forma deben **conocer toda la información que se obtiene del sistema** con el fin de:
 - Mejorar el conocimiento de los problemas de salud y de exposición a riesgos de la población trabajadora.
 - Identificar los cambios en las tendencias de los problemas de salud y de riesgo de las trabajadoras y trabajadores.
 - Aportar información operativa para la planificación sanitaria eficaz y eficiente en materia de Salud Laboral.



- Difundir la información a los niveles operativos competentes.
- Deben participar, igualmente, en la **evaluación de su efectividad y control**.

Con el fin de analizar el cumplimiento de los objetivos propuestos con el nuevo sistema. Detectando los problemas que han podido surgir al respecto, sus causas y posibles soluciones.

- Deben **participar activamente en su mejora e implementación**.

Evaluando junto con el grado de cumplimiento por las partes y su efectividad, la adaptación que pudiera resultar necesaria, o las mejoras que precise una vez conseguidos los objetivos iniciales.

