

XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MEMORANDUM CONSOLIDADO

MESAS DE TRABAJO NACIONALES

• **COMPARTIENDO CONOCIMIENTO** •

www.aepsal.com



Índice

1. Prólogos	2
2. presentación AEPSAL	6
3. presentación ENSHPO	11
4. Agradecimientos	15
5. Mesas de trabajo.....	17
5.1. “Envejecimiento en el trabajo. Herramientas de adaptación”	20
5.2. “La mujer en el trabajo, Elementos de cambio”	36
5.3. “PRL y pymes, facilitar el cumplimiento”	53
5.4. “Formación en PRL”.....	66
5.5. “Vigilancia de la salud y medicina del trabajo”	76

Dirigen:

Sánchez-Herrera Bautista-Cámara, I. S. Presidente de AEPSAL.

Rifá Fabregat, M. Vicepresidenta de AEPSAL.

PRÓLOGOS

Este documento es el resultado final de un diálogo multidisciplinar impulsado por AEPSAL celebrado en abril de 2018. Este evento donde se reunió a profesionales con amplia experiencia en la seguridad y salud en el trabajo (SST), con el objeto de debatir y proponer nuevas ideas para la mejora de los niveles de seguridad y salud de la población trabajadora.

El documento recopila la esencia del dialogo llevado a cabo sobre temas cruciales que hoy ocupan la agenda investigadora y preventiva de instituciones públicas y privadas en este ámbito.

El punto de partida de las reflexiones de los participantes lo constituye el contenido de la Comunicación de la Comisión Europea denominado “Trabajo más seguro y saludable para todos - Modernización de la legislación y las políticas de la UE de salud y seguridad en el trabajo” del año 2017.

Los temas seleccionados por su trascendencia para el presente y futuro de la seguridad y salud en el trabajo son: el envejecimiento en el trabajo y sus herramientas de adaptación, los cambios necesarios para comprender y prevenir mejor los riesgos que afectan a las mujeres en el lugar de trabajo, las dificultades para gestión de la SST en las PYMES y cómo ayudar a un mejor cumplimiento de sus obligaciones preventivas, la formación como herramienta de cambio y, por último, el crucial papel de la Vigilancia de la Salud y la Medicina del Trabajo en la labor preventiva.

AEPSAL cumple con su compromiso con la prevención recopilando la visión de las voces expertas reunidas en ese evento, y las resume en el presente documento que se estructura de forma común a todos los temas ya señalados con un acertado criterio didáctico en: reflexiones, propuestas genéricas, reactivas y preventivas.

Este documento se nutre de las experiencias diversas de aquellos profesionales que día a día se enfrentan a la SST desde distintos ámbitos: el estudio, la práctica profesional o la docencia y que, a través del debate, la confrontación de pareceres y la reflexión compartida nos proponen vías para la mejora. Desde el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo no podemos más que felicitarnos y agradecer iniciativas de esta índole y, por supuesto apoyarlas pues coinciden con la tarea encomendada a este instituto de acrecentar el conocimiento y difundirlo a quienes necesitan de ellos en el marco de la empresa.

Javier Pinilla García

Director del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Bienvenida/o a esta lectura, si estas interesado en la salud laboral y su futuro, este texto te atraerá, pues aborda ambas cuestiones.

La visión internacional de AEPSAL, perteneciente desde sus inicios a ENSHPO (Red Europea de Asociaciones de Profesionales de la Seguridad y Salud Laboral) nos ayuda a ser puente entre las preocupaciones de Europa y las de España, es común en ambas; el envejecimiento de la sociedad y por ende de la población trabajadora, la evolución social entorno a la mujer es un paso que nuestra generación debe aprovechar en el avance de la humanidad, la necesidad de una mejora en la gestión de la PRL en PYMES y autónomos, la problemática entorno a la enfermedad laboral, dejando tras de sí miles de muertes y enfermedades, *“los costes directos de los cánceres profesionales en términos de asistencia sanitaria y pérdidas de productividad ascienden como mínimo a entre 4 000 y 7 000 millones EUR al año. Los costes indirectos podrían llegar a ser de unos 334 000 (entre 242 000 y 440 000) millones EUR al año”*¹. Todo ello bajo la creencia de que la formación es una herramienta transversal imprescindible en la evolución, esa es la temática que encontraras en esta lectura.

AEPSAL ha reunido a cerca de 100 expertos del sector de la Prevención de Riesgos Laborales (PRL), les ha presentado un estado de situación, bibliografía relacionada y les ha preguntado cuales son las cuestiones de interés a tratar, sobre las cinco temáticas concretadas. Después los ha reunido y han debatido durante toda una mañana. Fruto del encuentro se ha redactado un documento, consensuado por todos ellos. Ese trabajo es lo que tiene usted delante, unos 100 cerebros expertos en salud laboral trabajando por un objetivo, su mejora.

Compartir el conocimiento es uno de los grandes logros de la humanidad, su transferencia, comunicación, etcétera, conforman la evolución del hombre hasta nuestros días, pero, ocurre todo tan rápido, el desarrollo tecnológico es vertiginoso y la adaptación social no. El ajuste del ser humano al trabajo vive ese desasosiego, entre el avance desatado de la tecnología y su acomodación, en el camino, millones de personas mueren o enferman por dicho desajuste y AEPSAL quiere ayudar a solucionarlo.

La Comisión Europea, en el documento que ha sido base del presente texto, expresa que los “cánceres profesionales matan a 10 europeos cada hora”, que “1€ invertido en PRL genera al menos 2€ ingresados”. ¿Qué está ocurriendo?, ¿qué hacemos mal?, ¿qué podemos mejorar? Este texto presenta las luces y sombras de la PRL, evalúa la situación y dibuja el camino de la evolución de la Salud Laboral de una forma resumida, acompáñanos con tu lectura.

*Ismael Sánchez-Herrera Bautista-Cámara
Presidente de AEPSAL
Vicepresidente del CGPSST*

¹ “Work-related cancer in the European Union. Size, impact and options for further prevention. RIVM Letter report 2016-0010 W.P. Jongeneel et al.

“Juntarse es el comienzo. Mantenerse juntos es un progreso. Trabajar juntos es el éxito”. (Henry Ford)

Con motivo de la celebración del XXXIV ENSHPO Meeting, en España, AEPSAL aprovechó la ocasión para organizar paralelamente, y de forma que hubiera un intercambio profesional entre líderes europeos y españoles, un foro donde los profesionales de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de nuestro país, pudieran debatir, reflexionar y alcanzar propuestas de consenso y mejora, para el presente y futuro de la SST en España.

Con esta idea, nació, maduró y germinó el documento que hoy tiene en sus manos

Las temáticas escogidas fueron fruto de las inquietudes y distintas problemáticas que los profesionales encontramos cada día en nuestro trabajo, y que son óbices para el desarrollo de nuestra actividad de pleno, siendo nuestra meta final que la SST de los trabajadores sea efectiva y eficaz.

AEPSAL, tiene un carácter global, no solo europeísta por su pertenencia ENSHPO, sino internacional abierta a todas las fronteras de la mano de INSHPO, y este carácter global, implica que nuestra idiosincrasia como Asociación, es la participación y colaboración, por ello era nuestra premisa, que el documento que surgiera de este Foro debía ser el resultado de la colaboración y puesta en común, de un gran número de profesionales para que fuera nutrido y enriquecido con experiencia y conocimiento diverso y visto desde distintos tipos de ángulos.

Este documento debe hacernos reflexionar, a todas las Instituciones, Empresas, Asociaciones y Profesionales que son partícipes de la SST, del cual es el futuro que queremos, como debemos orientarlo, y como vamos a abordarlo.

Una primera decisión, previa al resto de acciones a evaluar, podría ser definir la nomenclatura de nuestra profesión. ¿Prevención de Riesgos Laborales (PRL)? ó ¿Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)? El uso de esta terminología de manera indistinta, crea no sólo confusión en nuestro país, sino también cuando cruzamos las fronteras esta doble dualidad de nomenclatura, que en otros países implica conceptos distintos entre PRL y SST, nos obliga a explicar este paralelismo de conceptos.

Tras la presentación de este documento llegamos a la fase intermedia de este proyecto en común, nuestros siguientes pasos deben seguir la senda de introducir aquellos cambios y mejoras que se desprenden del mismo, siempre con el mismo espíritu de colaboración y trabajo en equipo que AEPSAL agradece a todas las personas involucradas.

Seguimos trabajando por y para el futuro de la SST, no es un concepto etéreo, no es un término difuso, la SST habla de PERSONAS, y es por ellos que ha de ser uno de los pilares básicos de nuestra Sociedad.

Gracias por acompañarnos en este camino.

Mireya Rifá Fabregat

Vicepresidenta de AEPSAL

Miembro Junta Directiva y Tesorera ENSHPO

PRESENTACIÓN AEPSAL

AEPSAL

La Asociación de Especialistas en Prevención, Seguridad y Salud laboral nace en 2002 con el objetivo de estudiar, investigar y difundir la seguridad y salud laboral.

A lo largo de sus 15 años AEPSAL ha realizado 3 Congresos Nacionales, en Madrid, Cuenca y Barcelona y tres Meeting Internacionales en Bilbao, Barcelona y el último en 2018 en Madrid.

Fruto del estudio y la investigación, AEPSAL ha sido líder en varios ámbitos de la seguridad y salud laboral. En el ámbito del Peritaje Judicial, AEPSAL crea, organiza e imparte, los primeros cursos de formación en clave nacional, publicando en 2007 un manual de referencia denominado: "El Perito Judicial en la Prevención de Riesgos Laborales". Como consecuencia de ello se constituye el primer Cuerpo Nacional de Peritos Judiciales en Prevención de Riesgos Laborales.

AEPSAL ha colaborado en el estudio e investigación con muchas entidades a lo largo de estos años, como por ejemplo: con la Fundación Mapfre en distintos estudios y publicaciones, todos ellas referidas a la Seguridad Vial; con el INSHT en la realización de jornadas, artículos o documentos prologados por ellos; con Universidades como la Politécnica de Cataluña, etcétera.

En este sentido, es de destacar que entre los socios de AEPSAL se encuentran ilustres prevencionistas que han participado en muy distintas actividades, publicaciones e investigaciones a nivel nacional e internacional y que, gracias a estos asociados y su conocimiento, AEPSAL ha estado presente en multitud de publicaciones, congresos, jornadas, seminarios y un sinfín de eventos donde la Seguridad y Salud en el Trabajo siendo el eje principal.

Sus asociados están presentes en más de 27 ciudades españolas y en todas las Comunidades Autónomas. Presentan un perfil muy en sintonía con la profesión, pues en sus filas existen asociados tanto de las especialidades técnicas como las médicas, profesionales de entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, trabajadores por cuenta ajena y autónomos, Licenciados en Medicina, Enfermería, Psicología, Ingeniería, Química, Biología, Empresariales, Derecho, Relaciones Laborales, Sociología, etcétera, aportando un magnifico valor al conocimiento conjunto.

A lo largo de estos años AEPSAL ha ido adaptándose a los tiempos en sus trabajos y actividades, así como a todo aquello relativo a la Seguridad y Salud en el Trabajo de interés para la profesión, difundiendo a través de su página Web, que se ha consolidado como una de las Webs de referencia en el sector, siendo la segunda más visitada² (2017 y hasta la fecha) después de la del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El 1 de enero de 2009 AEPSAL publica su primera revista “Prevencionistas” que contiene artículos de investigación, opinión, noticias del sector y entrevistas, participando expertos relevantes de nuestro sector y representantes de entidades de referencia como la Organización Internacional del Trabajo, Comisión Europea, Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Universidades Españolas e Internacionales.

Uno de los últimos estudios en los que participa AEPSAL es en la 1ª Encuesta en España a Técnicos de Prevención Laboral, que recoge la opinión de más de 1000 profesionales, dicho estudio, prologado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta una realidad del sector y una base para la mejora de la profesión. El estudio ha obtenido varios premios nacionales.

A lo largo de estos años AEPSAL ha crecido en sus colaboraciones y en la actualidad es miembro a nivel Europeo de European Network of Safety and Health Professional Organisations (ENSHPO) y en España del Consejo General Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo (CGPSST). En ambos organismos ocupa la vicepresidencia.

El CGPSST es el órgano superior de representación de 21 Asociaciones Profesionales de Profesionales de la Seguridad y Salud en el trabajo integradas en el mismo, que tiene como objetivos fundamentales: Representar, promover, asistir y defender los derechos e intereses profesionales, económicos, asistenciales, sociales y cualquier otro legítimos de nuestros asociados. Fomentar cuantas actividades de todo

² Según Alexa Internet, Inc. empresa subsidiaria de Amazon, herramienta que mide el tráfico web facilitando datos y análisis.

tipo tiendan a promocionar y difundir los principios esenciales de la seguridad y salud en el trabajo y todas las materias relacionadas con esta área de conocimiento.

Con motivo de cumplir los objetivos de AEPSAL y los de ENSHPO, se afronta el reto de organizar el XXXIV Meeting ENSHPO, con el propósito de reunir a los líderes de opinión nacionales en seguridad y salud laboral para tratar temas de interés que puedan presentarse como mejoras. En búsqueda de la temática ideal y bajo una visión europeísta se fija el objetivo en contestar al documento: “Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones Trabajo más seguro y saludable para todos - Modernización de la legislación y las políticas de la UE de salud y seguridad en el trabajo” Publicado en Bruselas el 10 de enero de 2017. Este documento fue presentado a ENSHPO en su XXXIII Meeting, en la sede de la Comisión Europea, y AEPSAL decide presentar un estudio basado en la opinión de expertos en la materia.

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN EUROPEA

El documento resume los logros y mejoras en seguridad y salud a nivel europeo y define objetivos cuando aborda las “Tres acciones clave para la salud y seguridad de los trabajadores:

- 1) reforzar la lucha contra los cánceres profesionales mediante propuestas legislativas, acompañadas de una mayor orientación y sensibilización;
- 2) ayudar a las empresas, especialmente a las pymes y a las microempresas, a cumplir el marco legislativo de salud y seguridad en el trabajo;
- 3) cooperar con los Estados miembros y los interlocutores sociales para eliminar o actualizar las normas obsoletas y para reorientar los esfuerzos hacia una protección mejor y más amplia, el cumplimiento y la aplicación sobre el terreno.”

El documento presenta varios aspectos de mejora importantes, en su apartado 2, “Ayudar a las empresas, especialmente a las pymes y a las microempresas, a cumplir el marco legislativo de salud y seguridad en el trabajo.” Expone la necesidad de mejorar los sistemas de gestión de la PRL en Pymes y Micropymes al igual que aspectos más

concretos como son los riesgos psicosociales, ergonómicos y los relativos a la diversidad, como son los grupos especialmente sensibles.

Otra de las mejoras que expresa es la aplicación del marco normativo, lógicamente relacionado con el punto anterior, buscando una mejora en la aplicación y una disminución burocrática.

El comunicado también expresa su preocupación en las enfermedades laborales a lo largo del documento y el envejecimiento de la población laboral europea

En base al documento, AEPSAL extrae cinco asuntos con el objeto de generar un debate en torno a ella y extraer la opinión de expertos asistentes al XXXIV Meeting ENSHPO, las temáticas son:

- 1. Mujer en el trabajo, elementos de cambio.**
- 2. Envejecimiento en el trabajo, herramientas de adaptación.**
- 3. Prevención de riesgos laborales en la PYMES, facilitar el cumplimiento.**
- 4. Formación como herramienta de cambio.**
- 5. Vigilancia de la salud y la enfermedad en el trabajo.**

PRESENTACIÓN ENSHPO



ENSHPO: European Network of Safety and Health Professional Organizations

La Red Europea de Organizaciones Profesionales de la Seguridad y Salud fue constituida en el año 2001, con el propósito de ayudar y aunar a todas las organizaciones profesionales de la Seguridad y Salud en el ámbito europeo.

ENSHPO es una red profesional que representa a más de 65.000 profesionales de la Seguridad y Salud en toda Europa, donde están representados 19 países.

Es una plataforma europea que mantiene relaciones con otras plataformas europeas e internacionales, además de ser miembro de pleno derecho de otras instituciones a nivel mundial que tienen como objetivo principal la Seguridad y Salud.

ENSHPO es la voz líder de los profesionales de la Seguridad y Salud en Europa para la promoción de la prevención de riesgos laborales en el lugar de trabajo, además de tener la capacidad de abordar las mejoras y futuro de la profesión con los actores, tanto públicos como privados, que participan en la toma de decisiones.

La Misión de ENSHPO se basa en tres pilares:

1. Proporcionar una cualificada referencia y guía a los profesionales de la Seguridad y Salud en Europa para el desarrollo de la prevención de riesgos laborales a la par que un punto de encuentro para compartir buenas prácticas en materia preventiva.
2. Ser parte activa y de interés con los Reguladores Europeas, para la armonización de las competencias de los profesionales de la Seguridad y Salud.
3. Fomentar la cooperación entre las distintas organizaciones europeas de la Seguridad y Salud y el desarrollo de iniciativas para la mejora de la seguridad, salud y bienestar en cada uno de los países miembros de ENSHPO.

Los principales proyectos que ENSHPO, ha desarrollado y siguen desarrollando en la actualidad son:

- Intercambio de proyectos de buenas prácticas en materia preventiva.
- Las certificaciones EurOSHM y EurOSHT.
- EUSAFE Project.
- The European Safety card
- La creación de espacios colaborativos entre los distintos miembros.
- Búsqueda y participación activa con los principales actores del sector de la Seguridad y Salud a nivel europeo.
- La mejora de la integración y la cooperación entre los organismos de la Unión Europea y las Autoridades nacionales con respecto a los profesionales de la Seguridad y Salud.

Los miembros de ENSHPO se reúnen dos veces al año, en diferentes localizaciones, siendo en cada reunión uno de los países miembros el anfitrión.

Estas reuniones dan la oportunidad a los miembros de discutir asuntos de interés para la profesión y la planificación de las distintas acciones que ha de desarrollar ENSHPO.

En estas reuniones, de enorme calado, participan representantes de las distintas Autoridades Europeas en materia preventiva, representantes de Agencias a nivel Internacional, así como Autoridades del país anfitrión.

Ha de destacarse, el puesto relevante que ocupa ENSHPO en la feria A+A trade fair, en Dusseldorf (Alemania), el mayor evento a nivel mundial en materia de Seguridad y Salud que se celebra cada dos años, y que ENSHPO hace coincidir con una de sus reuniones anuales, teniendo reservado un espacio para sus ponencias y reuniones, en la edición del año 2017, contamos con la participación de la OIT, ISSA, American Society for Health and Safety, European Agency EU-OSHA, y AEPSAL participó con una ponencia titulada: “Promoción de la cultura preventiva, a través de las Redes Sociales; comparativa del uso de las Redes Sociales entre distintos países Mediterráneos”.

CERTIFICACIONES

Las organizaciones miembros de ENSHPO acordaron en el año 2008 crear dos nuevas certificaciones estandarizadas en toda Europa.

Permiten que los profesionales de salud y seguridad que reúnan los requisitos utilicen la designación EurOSHM (Gerente de seguridad y salud ocupacional europeo) y EurOSHT (Técnico europeo de seguridad y salud en el trabajo). Los criterios que deben cumplirse para lograr el registro como EurOSHM y EurOSHT se establecen en las normas ENSHPO EurOSHM y EurOSHT.

Este es un importante paso adelante para los profesionales de la salud y la seguridad en Europa. Su objetivo es lograr un estándar común de prácticas de salud y seguridad en toda Europa y conducir a un reconocimiento más fácil de calificaciones equivalentes en todos los estados miembros.

Crear un estándar acordado es importante porque todos trabajamos dentro de un marco legal común y enfrentamos desafíos similares que requieren competencias similares, como abordar la evaluación de riesgos, accidentes ocupacionales y mayores, errores humanos, medidas de control de riesgos, políticas y gestión de la seguridad, trastornos musculoesqueléticos y estrés y abordar las implicaciones para la salud y la seguridad de la migración, el terrorismo, el cambio climático y el envejecimiento de la población. Cada vez más, los profesionales pueden trabajar a través de las fronteras y los empleadores en diferentes países necesitarán una forma fácil de identificar los niveles de competencia de quienes ofrecen sus servicios.

Desde su creación, profesionales de la Seguridad y Salud han sido certificados por toda Europa, e incluso aquellos que han querido desarrollar su carrera profesional en Latinoamérica.

Actualmente, y como mejora al proyecto de las certificaciones ENSHPO, se han establecidos contactos de colaboración y participación con el proyecto Europeo ESCO (Clasificación Europea de Capacidades/Competencias, Cualificaciones y

Ocupaciones), para la definición y diseño del perfil de los Profesionales de la Seguridad y Salud a nivel Europeo.

AEPSAL es uno de los tres países miembros de ENSHPO, que posee la autorización de para poder Certificar, tanto EurOSHM como EurOSHT. El resto de los países miembros han de tramitar su solicitud a través del Comité Certificador de ENSHPO. Del cual AEPSAL forma parte también.

JUNTA DIRECTIVA

En Abril del año 2018, coincidiendo con el XXXIV ENSHPO Meeting, celebrado en Madrid, fueron realizadas las elecciones a la nueva Junta Directiva de ENSHPO.

AEPSAL, fue elegido, a través de su representante, como Vicepresidente ENSHPO, ocupando el cargo de las Relaciones Institucionales, y de la relación con los distintos miembros.

Así mismo en esta nueva Junta se encuentra, Italia, Portugal, Alemania, Bulgaria y Reino Unido.

Con esta nueva Junta Directiva, se ha acordado una remodelación de ENSHPO, para la mejora de la participación y colaboración con las distintas Organizaciones, tanto a nivel europeo como internacional, la difusión en las Redes Sociales, y la participación activa de los asociados.

AGRADECIMIENTOS

Desde **AEPSAL**, queremos agradecer a las personas y a las Instituciones que representan, su participación en *el XXXIV ENSHPO-AEPSAL Meeting*, por ello nuestro reconocimiento a :

- **D. Bruce Phillips**. Presidente de European Network of Safety and Health Professional Organisation (**ENSHPO**)
- **D. Juan Manuel Uriarte Ruiz**. Director de Seguridad para Europa y Turquía, **LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES**
- **D. Rafael Ruiz Calatrava**. Presidente del Consejo General Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo . (**CGPSST**)
- **Ilmo. Sr. D. Francisco Javier Maestro Acosta**. Director del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. (**INSSBT**)
- **Dña. Helena Morales de Labra en representación de D. Jordi García Viña**. Director del Dpto. de RRL de Confederación Española de Organizaciones Empresariales. (**CEOE**)
- **D. Dietmar Elsler**. Representante de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. (**EU-OSHA**)
- **D. Joaquín Revuelta Iglesias**. Presidente de la Asociación Nacional de Servicios de Prevención Ajenos. (**ASPREN**)
- **Dña. Angeliki Dedopoulou** – EU Affairs ADVISER to DG Employment, Social Affairs and Inclusion of the European Commission for **ESCO**
- **D. Richard Habgood**. Presidente de International Safety and Health Construction Coordinators Organization. (**ISHCCO**)
- **Ilmo. Sr. D. Jesús González Márquez**. Director General Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud. **Consejería de Empleo, Empresa y Comercio de la Junta de Andalucía**.
- **Ilmo. Sr. D. Ángel Jurado Segovia**, Director General de Trabajo y Gerente del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (**IRSST**). Comunidad de Madrid
- **D. Pedro R. Mondelo**. Universidad Politécnica de Catalunya (**UPC**)
- **D. Jose Maria García de Tomás**. Director de Recursos Humanos, **Real Madrid C.F.**
- **Dña. Concepción Martín de Bustamante Vega**. Presidenta de Asociación Española de Servicios de Prevención Laboral. (**AESPLA**)
- **D. Pedro Pablo Sanz Casado**. Director Gerente Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. (**AMAT**)
- **Dña. Cintia Maestre**. Country Manager **IBERIA EJENDALS**
- **Dña. Reyes González Jannon**. Global Safety Manager **HEINEKEN**

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las Instituciones, Asociaciones, Empresas y Profesionales, que han participado en la elaboración de este Memorándum.

El tiempo, esfuerzo e ilusión que han dedicado, muestra la calidad y profesionalidad de las personas que desde sus distintos ámbitos, trabajan cada día en la mejora e innovación de la Seguridad y Salud en el Trabajo en nuestro país.

Es por ello, que sólo podemos decir:

¡¡GRACIAS!!

MESAS DE TRABAJO



XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MESA DE TRABAJO:

**ENVEJECIMIENTO EN EL TRABAJO.
HERRAMIENTAS DE ADAPTACIÓN.**

• **COMPARTIENDO CONOCIMIENTO** •



www.aepsal.com



1. “Envejecimiento en el trabajo. Herramientas de adaptación”.

Ponentes:

Rafael Ceña Callejo. Jefe de Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales, Consejería de la Presidencia, Junta de Castilla y León. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)

Antonio Cirujano González. Director Técnico del Área de Prevención de FREMAP.

Luis Colmenero Ruiz. Jefe de Sección de Formación Preventiva en el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL) de la Junta de Andalucía

Antonio Moreno Villena. Coordinador Nacional de I+D+i - Medicina del Trabajo, en Quirónprevención, SLU.

Cintia Maestre Benítez. Country Manager Iberia en Ejendals AB.

Francisco Marqués Marqués. Director del Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT).

Juan Carlos Rueda Garrido. Responsable del Servicio Médico de SABIC ESPAÑA

Rafael Ruíz Calatrava. Director de Programas y Proyectos Corporativos de la Mutua de la Seguridad Social UMIVALE. Presidente del Consejo General de Profesionales para Seguridad y Salud en el Trabajo (CGPSST)

Mercedes Sanchís Almenara. Directora de la unidad de Bienestar y Salud Laboral del Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV).

Benilde Serrano Saiz. Presidenta de la Sociedad Española de Salud y Seguridad en el Trabajo (SESST). Presidenta de la Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo (SCMST)

Guillermo Soriano Tarín. Coordinador de área de Medicina del Trabajo y Wellness by Work en SGS Tecnos SAU.

Moderadores:

Francesc Fransí Fontanet. Jefe del Área de Prevención, Salud Laboral y Políticas Sociales, Generalitat de Catalunya.

Josep Orrit Virós. Técnico de PRL en un SPM de la Generalitat de Catalunya.

Javier Pérez Pérez. Coordinador Senior en prevención de riesgos laborales en ASEM PREVENCIÓN - GRUPO PREVING.

1. Definiciones

Persona mayor trabajadora.

Su definición no debe estar en relación con una edad concreta, sino con la pérdida de capacidades funcionales para el trabajo, que varía para cada edad y persona según su evolución biológica. Para ello se hace necesario evaluar el índice de capacidad de trabajo, si es posible con herramientas sencillas, que existen.³

Estos cuestionarios y herramientas se deberían emplear de forma periódica y especialmente después de la finalización de los programas específicos de reincorporación al trabajo después de una baja de larga duración, de secuelas físicas, anímicas o funcionales secundarias al padecimiento de una enfermedad (aguda o crónica), por cambio de tareas a desarrollar en el puesto de trabajo o cuando se sospeche pérdidas en las capacidades funcionales, cognitivas o ejecutivas de la persona para el desempeño de su trabajo.

Definición de Persona mayor trabajadora: Persona que ha perdido por causas naturales una parte de sus capacidades funcionales (físicas, psíquicas y/o cognitivas), para el desempeño de las tareas propias y específicas de su actividad laboral.

Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso heterogéneo (cada persona envejece de forma diferente) e irreversible. Se inicia en el momento en que el organismo alcanza su capacidad funcional máxima, es decir, en torno a los 18-22 años de edad.

De forma breve, podemos definir el envejecimiento como el proceso biológico por el cual la persona refleja a través del paso del tiempo un conjunto de modificaciones funcionales y orgánico - morfológicas, que disminuyen su capacidad de adaptación y relación con su entorno y que no están relacionados con el padecimiento de enfermedades o accidentes.

De forma más completa, el envejecimiento podemos definirlo como el conjunto de modificaciones a nivel morfológico, fisiológico y psicológico que aparecen en los individuos como consecuencia del paso del tiempo, que produce una involución de las capacidades físicas, que origina un deterioro del estado psicofísico y una reducción de la funcionalidad personal, y que está condicionado por distintos determinantes, tales

³ El cuestionario Work Ability Index (WAI), que ha validado y en breve publicará el INSSBT, en caso del análisis de riesgos musculoesqueléticos la herramienta HADA, de análisis y diseño asistido dirigida a técnicos de PRL, o la herramienta de evaluación psicofísica LINZE SYSTEM, presentada en diferentes foros científicos y de próxima aparición, o el sistema NedLabor/IBV que permite evaluar la capacidad de las personas para realizar tareas concretas de trabajo.

como la carga genética, los estilos y hábitos de vida, la exposición a factores del entorno, etc. (Carbonell A. 2009)

Envejecimiento activo

Conjunto de actuaciones que permiten a las personas reducir o ralentizar los efectos del envejecimiento con la finalidad de proteger y promover la salud de las personas mayores trabajadoras y de preservar sus capacidades laborales para la consecución de un objetivo común: mejorar su salud y contribuir a la creación de organizaciones saludables que permitan a las personas desarrollarse, alcanzar y poder utilizar plenamente todo su potencial.

Dichas actuaciones incluyen programas de salud para mejorar las capacidades psicofísicas de las personas mayores trabajadoras y actuaciones sobre las tareas y las condiciones de trabajo para equilibrar las demandas y exigencias de los puestos de trabajo a la capacidad de cada trabajador a lo largo de su ciclo vital.

Salud.

Recordamos la definición de salud del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada el 19 de junio al 22 de julio de 1946:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La definición se hace más compleja si abordamos el concepto de salud en el período del envejecimiento, puesto que implica especialmente, además de la salud física y mental, la capacidad para ejecutar las actividades normales cotidianas y los recursos sociales, económicos y ambientales necesarios para mantener en las personas mayores estilos de vida independientes y que promuevan la salud. ⁴

2. Situación actual. Sostenibilidad del sistema laboral.

2.1. Evolución de la población.

⁴ Enfoque basado en la propuesta de salud para todos en el 2020 de la OMS (1985) y en la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud (1986). Fuente: Ramos-Campos, F. Dialnet. [Salud y Calidad de vida en las personas mayores](#). 2001. Pág. 85.

La población española, al igual que la europea, está sufriendo un cambio demográfico. Los parámetros básicos que determinan el volumen y la estructura de la misma (la fecundidad, la mortalidad y la migración) nos van a situar en un nuevo reto social.

El incremento de la esperanza de vida ha crecido extraordinariamente. En 1900 se esperaba que una persona de 65 años viviese 9,2 años más, ahora se han convertido en 21,2 adicionales.⁵

Dichas circunstancias nos sitúan en el 2050 con el 32% de la población con más de 79 años. Las tendencias de la población activa en la UE-27 apuntan a que el grupo de edades de 55 a 64 años aumentará en un 16,2 % (9,9 millones) entre 2010 y 2030.

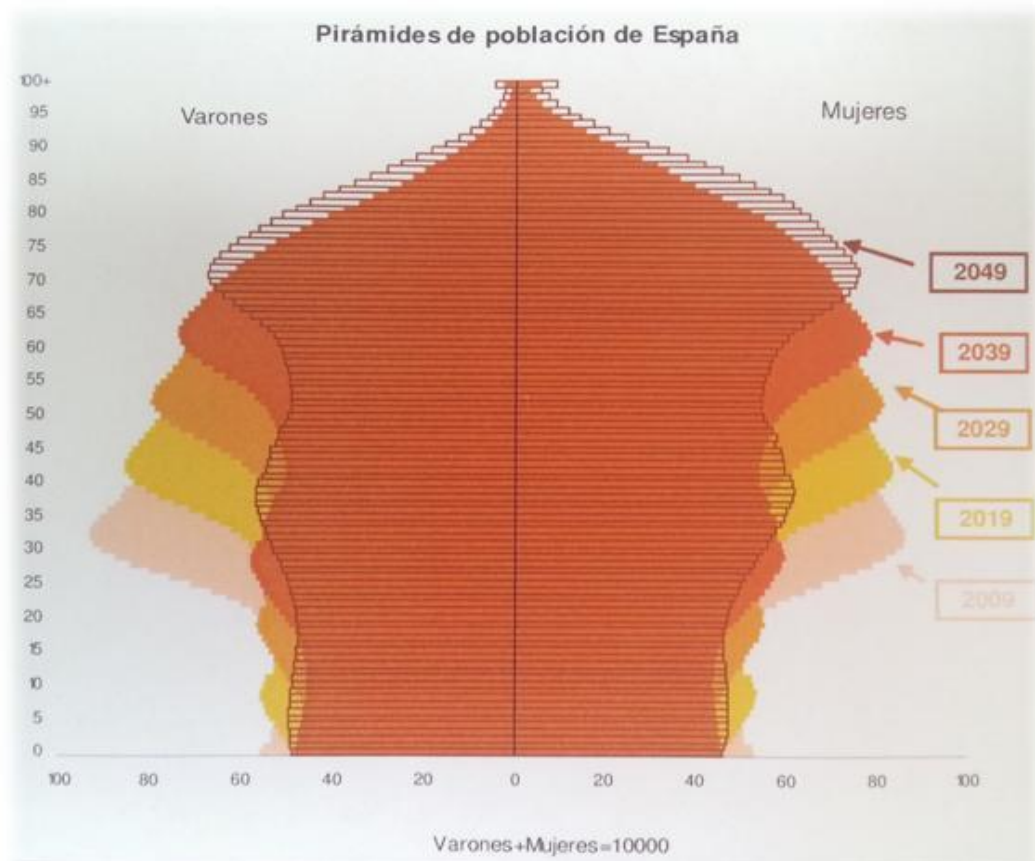
Todos los demás grupos de edades muestran una tendencia a la baja, que va del 5,4 % (40-54 años) al 14,9 % (25-39 años).

En este marco, es previsible una fuerte reducción de la población activa, que sólo en parte puede subsanarse retrasando la edad de jubilación o con la inmigración.

Los sistemas de sanidad pública y laboral deben velar para que este aumento de la esperanza de vida vaya acompasado de un aumento de la calidad de vida en los últimos años de las personas.

Además, debemos tener en cuenta que hoy en día se encuentran en el mercado laboral cuatro generaciones con expectativas y necesidades muy diversas, los baby boomers, la generación X, los milenials y la generación Z. La gestión del envejecimiento saludable debe tener en cuenta a todas estas personas trabajadoras, como parte de un programa de gestión de la diversidad por motivos de la edad.

⁵ Fuente: [Tablas de mortalidad del INE](#). Funciones biométricas - Año 2016. Últimas publicadas a día de hoy.



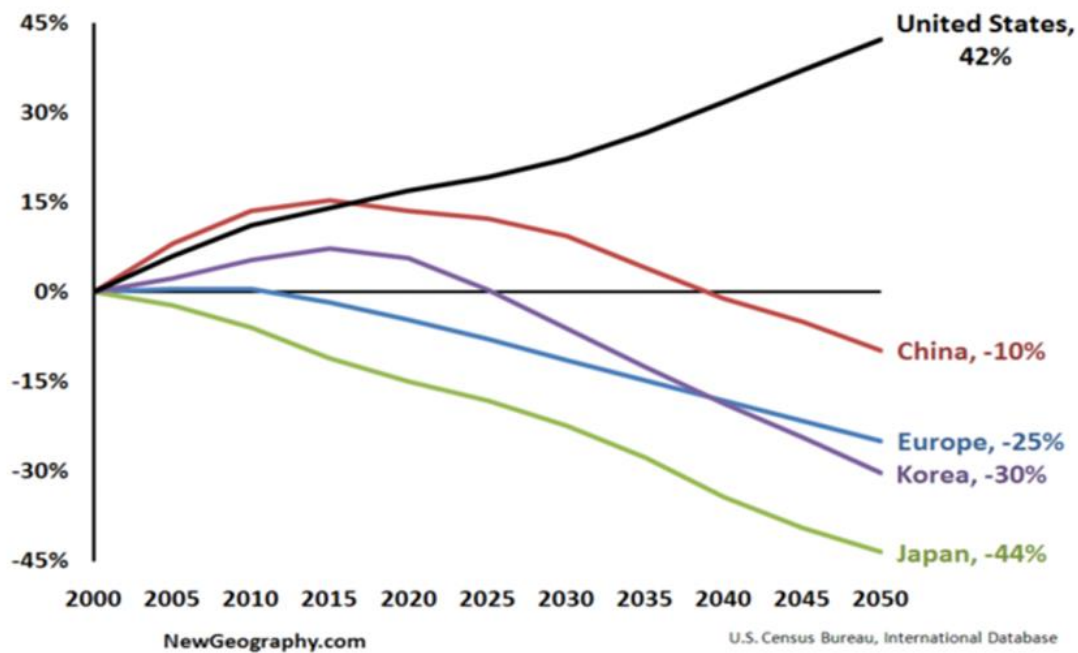
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

2.2. Evolución de la edad de la población ocupada.

Las bajas tasas de natalidad actuales conllevan la necesidad de aumentar la vida productiva de las personas y con ello, retrasar la edad de jubilación. Pero no sólo para mantener el sistema de pensiones, sino sobre todo para mantener el capital humano en activo.

Ello hace de los trabajadores mayores una parte muy importante de la población activa de las sociedades modernas. Su cifra está aumentando y aumentará en los próximos decenios, y conlleva una potencial pérdida de capacidades funcionales en mayor o menor grado.

El siguiente gráfico muestra las previsiones de la evolución a largo plazo de la fuerza laboral, recogidas en el libro *“The Next Hundred Million: American in 2050”*.

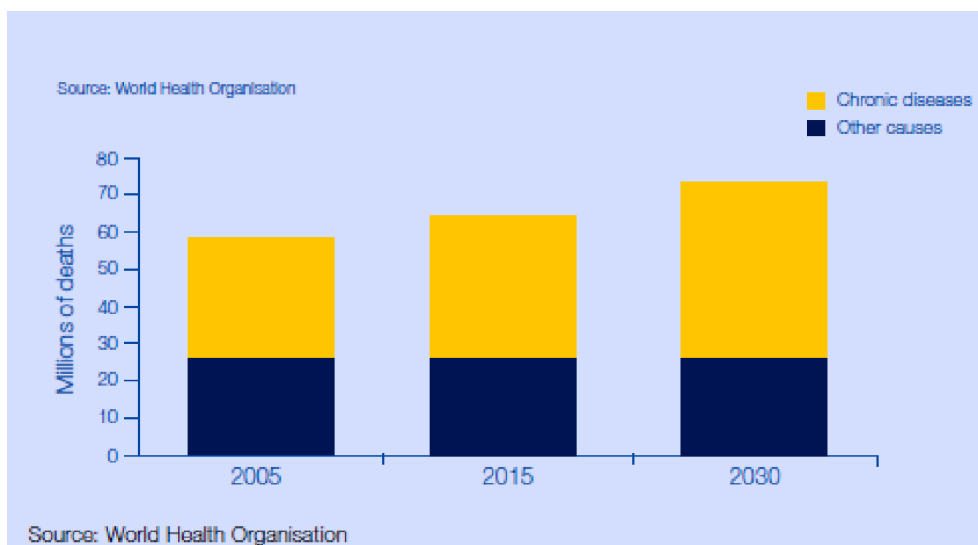


2.3. Influencia del envejecimiento en la población ocupada.

Según los datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, uno de cada tres trabajadores (34,7%) no podrá realizar el mismo trabajo a los 60 años.

Las enfermedades crónicas representan el 57 % de todas las muertes anuales y representarán, aproximadamente, el 65 % de todas las muertes en 2030 (más de 47 millones de defunciones anuales). Se prevé un aumento del 23 % de las muertes por enfermedades crónicas en los próximos 20-25 años, mientras tanto, las muertes por otras causas se espera que permanezcan estables hasta 2030.⁶ Esta evolución se reproduce en el siguiente gráfico.

⁶ Fuente: Working Towards Wellness initiative of the World Economic Forum. World Economic Forum. Cologny/Geneva (Switzerland). www.weforum.org . © 2008 World Economic Forum. Disponible en https://www.pwc.pl/en/publikacje/business_rationale.pdf



España es el segundo Estado por esperanza de vida (83,0 años) entre los países de la OCDE después de Japón. Este valor es casi tres años más que la media de los 35 países miembros de dicha organización (80,6 años).⁷

Sin embargo, tal y como advierte el estudio, este indicador no significa que estos años se vivan en condiciones de salud óptimas.

España ocupa el 25º lugar en calidad de vida en sus últimos años, y ha perdido cuatro puestos con respecto al anterior informe, por lo que las personas mayores españolas han perdido calidad de vida en estos últimos años.⁸

Ello supone un coste de gran importancia para la sanidad, que debe cubrir parte o la totalidad de las necesidades médicas de una población mayor con alto grado de dependencia. Más aún cuando el gasto sanitario en España se sitúa por debajo de la media de la OCDE, según el estudio anterior, con una media de alrededor de 2.800€ por habitante al año, mientras que el valor medio de los 35 países de la OCDE sobrepasa los 3.400€.

Sobre las situaciones de incapacidad temporal de las personas ocupadas, actualmente se registran menos procesos a partir de los 49 años, pero con una duración mayor, hasta el punto que los trabajadores de más de 49 años, con 1.912 días de baja al año por cada 100 trabajadores, superan en un 79% a la media de días de baja al año de los trabajadores de menor edad.⁹ La conclusión es que la edad es un factor clave en el tiempo que tardan los procesos en curar.

⁷ Informe [Preventing Ageing Unequally](#) de la OCDE de noviembre de 2017 (En inglés y francés). [Noticia del informe en la web de la OCDE](#) (en castellano).

⁸ [Índice Global de Envejecimiento AgeWatch 2015](#).

⁹ Fuente: [Estudio de los procesos de incapacidad temporal respecto a la edad del trabajador](#). Elaboración FREMAP.

En el metaanálisis realizado para el diseño de un Protocolo de Prevención de Pérdidas de Reserva Funcional, dentro de un proyecto del EIT Health europeo (Proyecto FACET)¹⁰, se han establecido una serie de patologías que por su morbimortalidad y su incidencia en un potencial estado de fragilidad, permiten identificar situaciones de riesgo para la salud y establecer estrategias y acciones preventivas, basadas en la prevención de dichas patologías, que disminuyan el potencial riesgo de pérdidas de capacidades y reservas funcionales y de los daños que de éstas se podrían derivar.

Dichos sistemas o áreas de salud y las patologías de mayor relevancia, se corresponden con:

1. Enfermedad Cardiovascular: HTA e IAM (añadiríamos el ICTUS por su emergente relevancia epidemiológica)
2. Alimentación y hábitos nocivos: Sobrepeso y malnutrición
3. Sedentarismo y Baja Actividad Física
4. Enfermedades Respiratorias: EPOC y Asma
5. Enfermedades Metabólicas: Diabetes y Dislipemias
6. Alteraciones Cognitivas, mentales y de memoria: Alzheimer y Parkinson
7. Alteraciones del ánimo: Ansiedad y Depresión
8. Alteraciones musculoesqueléticas: Sarcopenia y disfunción muscular
9. Patologías osteoarticulares: Artrosis y Artritis
10. Síndromes complejos (varios componentes): Síndrome Metabólico (Amplificador del riesgo vascular)

Con este protocolo, se cubre más del 90% de las causas de morbimortalidad y de prefragilidad y fragilidad en la población de edad avanzada, estableciendo estudios preventivos y de vigilancia de la salud desde los 45 años.

Finalmente, también debemos mencionar que al ser una cuestión que preocupa en todo el Mundo, en los últimos años ya se han tomado medidas para la mejora del envejecimiento saludable. Por citar dos ejemplos, la campaña de la EU-OSHA de 2016-2017 que llevó por título “Trabajos saludables en cada edad”¹¹, y en España la publicación del Real Decreto-ley 5/2013, de 15 de marzo, de medidas para favorecer la

¹⁰ Moreno-Villena, A. Protocolo de Prevención de Pérdidas de Reserva Funcional. Proyecto FACET. EIT Health. (European Institute of Innovations & Technology). KICs (Knowledge and Innovation Communities). Proyecto FACET (FrAilty Care and wEll funcTion). KIC-EIT HEALTH – Call 2015 – INNOVATIUN (by DESIGN AND by IDEAS). Período 2016-2018.

Indicadores de fragilidad para la OMS, revisados en: Cervera, MC, Sáiz J. Actualización en geriatría y gerontología. Jaén: Editorial Formación. Alcalá 2001.

¹¹ [2016-2017:Trabajos saludables en cada edad.](#)

continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo ¹².

En sentido contrario y como muestra de las dificultades para implantar las medidas que propone la Mesa de Trabajo, la encuesta realizada por AEDIPE en 2013 *“Juventud frente a ‘seniority’: situación actual en las organizaciones”* ¹³ sobre la opinión anónima a 2.000 empresas, cuyos resultados alarmaron a la misma AEDIPE ¹⁴ por contener conclusiones como las siguientes:

“Estamos sustituyendo gente con bases de cotización altas... por jóvenes con bases muy bajas, ya que manda el abaratamiento de los costes”, a pesar de que los mayores de 45 años “destacan una alta tolerancia a los cambios (74%) y compromiso con la organización (76%)” aspectos que se perciben en menor medida en las personas jóvenes “... menos resistentes al cambio (50%) y se sienten menos comprometidas con la empresa (49%)”

La encuesta también refleja un cierto consenso en las empresas (más del 60%) sobre cómo deberían encarar el futuro los mayores de 45 años: *“... las personas seniors deberían de trabajar como autónomas para las empresas, pues difícilmente volverán a ser contratadas por ellas”*.

3. Propuestas genéricas de mejora.

Estas propuestas genéricas tienen incidencia directa en la mejora de la gestión del envejecimiento, y también en la mejora de otros aspectos de la seguridad, la salud y el bienestar laborales.

- Concienciar a toda la sociedad de que el envejecimiento y la muerte son aspectos que forman parte intrínseca e inseparable de la vida, ya que la percepción actual mayoritaria tiende a no considerar o a considerar negativamente esas dos realidades.
- Impulsar una visión positiva de las personas mayores, fomentando que sean vistas por su aporte social. Concienciar a la sociedad de que alcanzar una determinada

¹² [Real Decreto-ley 5/2013, de 15 de marzo](#), versión consolidada.

¹³ No se encuentra disponible en la web de AEDIPE. Se puede consultar unos comentarios en [este enlace](#) y un resumen detallado en el capítulo 2 de la publicación de Mutua Montañesa *“Gestión de la edad en la empresa. Reto y oportunidad”*.

¹⁴ [Artículo sobre la presentación de la encuesta](#) en la web de la *Fundació Factor Humà*.

edad no se puede considerar un hecho incapacitante en sí mismo, ya que el talento no se deteriora con la edad.

- Concienciar a todos los actores implicados de que el cambio cultural y social que se está produciendo en nuestros días hace necesario adoptar nuevas medidas para gestionar, ya en el presente, tanto el envejecimiento como todos los aspectos de las relaciones laborales.
- Concienciar a todos los actores implicados de que la salud laboral y la salud en la vida privada son las dos caras de la misma moneda, y que el envejecimiento afecta por igual a ambas.
- Concienciar a todos los actores implicados de la importancia para las empresas de la retención del talento propio de las personas de mayor edad, ya que son depositarios de una parte importante del conocimiento de la organización, obtenido principalmente de los años de experiencia.
- Implicar a los directivos en la mejora de la salud de los trabajadores, sin cuya colaboración ninguna mejora es posible. Uno de los pilares de la gestión de la edad es mantener la participación, el aprendizaje y la formación de la población trabajadora.
- Elaborar herramientas de trabajo conjunto entre la Dirección, RRHH, los TPRL y la vigilancia de la salud, que permitan y faciliten la comunicación entre ellos y la participación de todos los actores.
- Considerar la perspectiva de género en el envejecimiento, ya que mujeres y hombres no envejecen de la misma forma.
- Transferencia de la mejora del envejecimiento activo a las políticas públicas. En las políticas públicas aprovechar que el proceso de envejecimiento genera nuevas demandas que son una fuente de generación de empleo.
- Sin menoscabar el indudable retorno económico de la inversión (ROI) que supone tanto para las empresas como para el sistema público de salud la inversión en medidas de envejecimiento activo y saludable, éstas se deberían tomar sin tenerlo en cuenta, ya que está en juego la sostenibilidad del sistema laboral.
- La importancia de que se estudie la posibilidad de que el sistema público de salud contribuya a ayudar a las empresas a implantar medidas que contribuyan al envejecimiento saludable, por dos motivos:
 - Las inversiones de las empresas en envejecimiento saludable contribuyen a la mejora de la salud de las personas y a reducir los gastos del sistema público de salud.

- Las PYMES dan trabajo a más del 90% de la población ocupada de España y les resulta más difícil aplicar por sí solas medidas de fomento del envejecimiento activo y saludable.
- Está en juego la sostenibilidad del sistema laboral, y también del modelo de sociedad que conocemos.

4. Propuestas concretas de mejora.

La Mesa de Trabajo considera que las actuaciones se deben realizar en tres ámbitos temporales distintos, en función de las necesidades concretas de cada uno de ellos.

1. De forma inmediata se propone tomar una serie de medidas, que se incluyen en el apartado “Propuestas reactivas” con dos objetivos:
 - Revertir aquellos hábitos perjudiciales de la población mayor de 40 años que influyen negativamente en el envejecimiento saludable, promocionando las actividades relacionadas con hábitos saludables dentro de las empresas.
 - Adoptar medidas normativas que favorezcan un envejecimiento saludable en aquellas situaciones en que la ciencia presenta datos objetivos.
 - No estigmatizar a las personas por motivo de su edad.
2. A medio plazo se propone tomar una serie de medidas, que se incluyen en el apartado “Propuestas preventivas” y que se deberían adoptar desde la incorporación de las personas a la empresa.
3. A largo plazo se propone la inclusión de programas formativos, desde la **infancia**, sobre la necesidad de seguir hábitos de vida saludable desde la educación primaria, con el objetivo final de llegar a la edad de jubilación con la mejor salud física y mental posibles.

Estos programas formativos están íntimamente relacionados con la cultura preventiva, que también debe estar incluida en los mismos.

Además, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se deben adoptar en dos ámbitos distintos:

1. De forma genérica para toda la población trabajadora.
2. De forma focalizada, tanto en los mayores de 40 años como en colectivos (CNAE) en que se puede prever mayores índices de enfermedades crónicas.

4.1. Propuestas reactivas

1. Adaptar el puesto de trabajo en los casos en que una persona ha perdido de forma natural una parte significativa de su capacidad de trabajo o debido a que está una cantidad de años considerable en el mismo puesto. En especial en los siguientes casos.
 - Tener en cuenta el factor edad en la distribución de los turnos de trabajo y eliminar en la medida de lo posible, el trabajo nocturno a partir de los 50 años, ya que está demostrado que es causa de envejecimiento prematuro.¹⁵
 - Establecimiento de programas para favorecer la reincorporación de los trabajadores después de una prolongada ausencia por enfermedad. Mencionar que el 68% de las empresas en Europa ya dispone de ellos, según la encuesta Essener-2.
 - Fomentar que las empresas incorporen e integren la perspectiva de la edad en su actividad, para que impulsen medidas tendentes a la adaptación y flexibilización de los puestos de trabajo de las personas de manera que puedan seguir trabajando sin riesgos psicosociales a medida que envejecen.
2. Realización de campañas de promoción de la salud, integradas dentro de un plan de acción global, preferiblemente incluidas en el Plan de Prevención de las empresas. Con las siguientes características.
 - Orientadas a los cuatro principios básicos del envejecimiento saludable: buenos hábitos alimentarios, actividad física regular, prevención del tabaquismo y otras dependencias y bienestar emocional.
 - Que incluyan incentivos concretos para los trabajadores que adopten de forma voluntaria las medidas propuestas.
 - Favorecer hábitos saludables desde la infancia para que se desarrollen durante la vida laboral.

¹⁵ NTP 260. Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos. Dicha Nota cita un estudio clásico de CAZAMIAN R y CARPENTIER J de 1977 donde se estableció esa evidencia. No hay una edad preestablecida. Se debería recomendar dejar de hacer turnos nocturnos cuando un trabajador sufra trastornos derivados de la cronodisrupción o desajuste de su ciclo circadiano.

3. Flexibilizar el tiempo y lugar de trabajo si no se requiere durante toda la jornada laboral de la presencia física en el centro de trabajo. En las mismas circunstancias, potenciar el teletrabajo.
4. La importancia de que se estudie la posibilidad de que se establezca un sistema de jubilaciones anticipadas vinculado a la pérdida de capacidad para el trabajo, que podría incluir coeficientes reductores de la pensión de jubilación.
5. Realización de campañas por parte de las Administraciones Públicas, patronales y sindicatos, de mejora de la gestión del envejecimiento. Para que tengan efecto en las PYMES, que representan más del 90% de las empresas de España, se sugiere que tengan enfoque sectorial, considerando a las PYMES como centros de trabajo de una misma empresa y sector.
6. Realización de campañas por parte de las Administraciones Públicas de mejora de las capacidades de las todas las personas, sean mayores o no.
7. Realizar campañas de concienciación sobre el valor que supone contar con una plantilla de edades mixtas, haciendo hincapié en los trabajadores de mayor edad, ya que ellos frecuentemente son depositarios de una parte importante del conocimiento de la organización. Ayudaría a aumentar la competitividad a través de la gestión del conocimiento de las personas de más edad.
8. Estudiar la posibilidad de establecer mecanismos de compensación económica para las empresas que inviertan en políticas activas de gestión del envejecimiento saludable.

4.2. Propuestas preventivas

1. Mejorar la capacitación de los profesionales de la SST con perspectivas actuales de la realidad laboral, que deben contemplar las diferencias de género, de culturas, etc.
2. En las evaluaciones de riesgos laborales evaluar, además de máquinas y puestos de trabajo, las tareas que tienen asignadas las personas trabajadoras, con inclusión del factor de la edad y especial indicación de aquellas tareas que puedan verse influidas por cambios en el índice de capacidad de trabajo.

3. En las evaluaciones de riesgos laborales, utilizar herramientas ¹⁶ para determinar los cambios en el índice de capacidad de trabajo.
4. En las evaluaciones de riesgos laborales, reflejar los riesgos específicos para personas mayores de 55 años.
5. Integración del trabajo de los TPRL con el trabajo de los médicos del trabajo, tanto dentro de un mismo Servicio de Prevención como entre los Servicios de Prevención y las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, y de estos con los médicos de atención primaria.

En concreto, establecer métodos de cruce de datos de los historiales clínicos de las personas trabajadoras existentes en la sanidad pública, en las mutuas colaboradoras de la SS y en los servicios de prevención, dentro de las funciones de cada profesional y con la debida salvaguarda de la confidencialidad médica. El concepto de “Big Data” puede ser muy útil en la gestión del envejecimiento activo. Esta propuesta debe tener en cuenta dos aspectos importantes:

- Las personas trabajadoras son las propietarias de sus historiales médicos y pueden ser las primeras interesadas en recibir una atención sanitaria integral.
 - Para mantener los datos sanitarios en la más estricta confidencialidad, la tecnología actual permite establecer sistemas de trazabilidad de la información consultada y de acceso temporal a la misma.
6. Renovación de los protocolos de vigilancia de la salud para que incluyan los siguientes aspectos:
 - La detección precoz de las enfermedades más habituales (hipertensión arterial –HTA-, trastornos de ansiedad y/o depresión, pérdida visual y auditiva y cáncer de colon, cáncer de cérvix y cáncer de mama, según los protocolos médicos vigentes en cada momento)
 - El tratamiento del tabaquismo, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol y/u otras sustancias o medicamentos.
 - Estudiar la posible vinculación de la aparición de enfermedades comunes con la existencia de accidentes laborales previos.
 7. Potenciar, tanto a nivel de Administraciones públicas como de empresas privadas, la I+D+i para la elaboración de nuevos dispositivos externos aplicados al cuerpo para

¹⁶ Como WAI, HADA, LINZE SYSTEM o NedLabor/IBV

modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético (órtesis).

Se citan dos ejemplos de diferente sentido de dos nuevas órtesis:

- El uso de exoesqueletos en empresas de fabricación de automóviles, que mejoran la actividad de la zona lumbar, pero de los que no se han investigados sus efectos en otras zonas del cuerpo.
- Existen sistemas automatizados de valoración de la estática y puntos de presión a nivel plantar para diseñar y proporcionar las plantillas ortopédicas más adecuadas a cada trabajador y actividad, que previenen lesiones en los pies y minimizan el uso futuro de plantillas ortopédicas, y que han obtenido certificaciones de Organismos oficiales.

**Integrantes de la Mesa “Envejecimiento en el trabajo. Herramientas de adaptación”.
(Ponentes y Moderadores)**





XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MESA DE TRABAJO:

MUJER EN EL TRABAJO,
ELEMENTOS DE CAMBIO.

• COMPARTIENDO CONOCIMIENTO •



www.aepsal.com



2. “La mujer en el trabajo, elementos de cambio”

Ponentes:

Águeda Giráldez Fernández. Médica Especialista en Medicina del trabajo en GSMEP. Propulsora de la Iniciativa 11f.

Ana García Oliver. Técnica en Prevención de Riesgos Laborales en la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid.

Corpus Gómez Calderón. Licenciada Ciencias del Trabajo. Directora RRHH, Comunicación, RSC Hospital Marina Salud. Profesora e Investigadora Estudios Ciencias de la Salud UOC.

M^a Teófila Vicente Herrero. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Neurología-Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo AEEMT

Bárbara Fernández Robles. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Presidenta Comisión Salud y Deporte Confederación Nacional de Mujeres e Igualdad.

Lourdes Tomás Rubio. Médico del Trabajo. Médico Mentor.

María Elena Lobillo Chacón Funcionaria de la Junta de Andalucía. Cuerpo Superior Facultativo. Ciencias Sociales y del Trabajo

Encarna Abascal Pérez CSIF Secretaría Técnica

Blanca Lesta Castelo CGPSST. Abogado Ejerciente, Colegiada Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña Graduado Social Ejerciente Libre. Miembro del CGPSST.

Renée Marie Scott Directora General Alianza Preventiva.

Moderadores:

Ana Serrano. Coordinador de Prevención de Riesgos Laborales en Aragonesa de Servicios Telemáticos. Coordinador territorial y miembro de la Junta directiva de AESPSAL.

Susana Romero. Consultor EHS. Responsable del área I+D para proyectos EHS en Grupo CTAIMA. Miembro asociación YoNoRenuncio. Vocal Junta directiva AEPSAL.

1.Introducción

Es evidente, que pese a la incorporación masiva de la Mujer al mundo laboral desde los años 80, el mercado laboral no ha sido capaz de absorber, interiorizar y asumir las características que cuentan las DIFERENCIAS ANATÓMICAS, FISIOLOGÍA, PSICOLOGÍA y la FUNCIÓN REPRODUCTIVA en relación a la Gestión de la Prevención y a las condiciones laborales y que suponen una discriminación, directa o indirecta por razón de sexo a la mujer. Un factor del que poco se habla y que puede reducir el bienestar de las mujeres en el trabajo es la falta de perspectivas de carrera en el lugar de trabajo, y una brecha entre los géneros en este sentido. Así lo recordaba la **Agencia Europea de la Seguridad y Salud en el Trabajo** con motivo del Día Internacional de la Mujer

Existen multitud de informes y análisis al respecto, pero pese a su conocimiento, se observa cierto grado de inacción, no ya por la ausencia de compromiso, sino por no saber quizás cómo afrontar esta situación.

2.Objetivo

A través de esta Mesa de Trabajo:“**Mujer en el trabajo, elemento de cambio**”, se pretende aportar elementos de análisis concretos y concisos, en base a las situaciones que se encuentran en el mundo empresarial a diario, especialmente en las PYMES, para posteriormente realizar estudios en profundidad que proporcionen a las Administraciones e Instituciones relacionadas, las bases para adoptar políticas y acciones que faciliten este proceso de cambio y mejora.

El objetivo principal que se trata es:

Analizar en su conjunto los aspectos que confluyen en la Mujer en cuanto a la aplicación de la Prevención de Riesgos Laborales

3.Situación de partida

La desigualdad y discriminación por género no solo es una problemática que presente el tejido empresarial nacional, sino como se desprende sobre el último informe de la Comisión Europea sobre las condiciones laborales y el empleo precario (2016/2221(INI)), y la opinión emitida por la **Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género** con fecha febrero 2017, esta realidad se extiende a todo el territorio que conforma la Unión Europea, y en donde se insta a que todos los Estados Miembros realicen acciones para afrontar esta situación de desigualdad y discriminación, afectando principalmente a la Salud laboral de las mujeres.

Por ende, y relacionado con este hecho, hay que tener en cuenta el envejecimiento de la población, **Europa envejece y España adolece de poseer uno de los mayores índices de envejecimiento de la población activa, con unas tasas de reposición mínimas**. Esto provoca la necesidad imperiosa de que tengamos que ser líderes en la promoción e implantación de medidas, que permitan a las mujeres el desarrollo de su vida profesional a la par que su papel de reproductoras, sin que una vaya en detrimento de la otra.

Para lo cual se han evaluado las propuestas en temas concretos:

1. Embarazo y Lactancia
2. Conciliación laboral / familiar / personal. Impacto psicosocial
3. Evaluación de riesgos psicosociales
4. Impacto de los riesgos químicos durante la vida laboral
5. Precariedad laboral, temporalidad y brecha salarial
6. Educación y Formación
7. Las nuevas tecnologías al servicio de la Salud.

4.Líneas de debate

4.1. Embarazo y lactancia

4.1.1. Reflexiones

Entre las facultades de la mujer que se deben potenciar, en contra de lo que hasta el momento sucede que se ve como una desventaja, es su papel en la reproducción y cuidado de los hijos. España posee uno de los mayores índices de envejecimiento de la población activa y menor tasa de reposición de entre los países europeos. Por tanto, se deben aunar fuerzas para apostar por el cuidado y promoción de la maternidad en todas sus fases.

En España se retrasa la maternidad, a la espera de una estabilidad económica-laboral. Por otra parte, cada vez hay más dificultades fisiológicas para tener hijos.

La evidencia científica se muestra bien documentada en cuanto a la protección de la mujer embarazada respecto a factores ergonómicos y al estrés, exposiciones a gases anestésicos, medicamentos antineoplásicos, metales pesados, solventes, trabajo físico pesado y horarios de trabajo irregulares. Para otros riesgos de trabajo, como la exposición a radiación no ionizante y a factores psicosociales, la evidencia es a menudo sugestiva pero no concluyente. Por ello, la investigación epidemiológica debe buscar mejoras metodológicas y proporcionar más información sobre la magnitud de las exposiciones responsables de los efectos perjudiciales.

La salud del neonato empieza antes de la concepción, algo que no se cuida a lo largo de la vida laboral. Por otra parte, el no adaptar el ritmo y carga de trabajo a los diversos cambios de biorritmos que sufre desde el embarazo (sueño, vigilia y alimentación) provoca riesgos en la vida del feto y malformaciones.

Merece la pena analizar los actuales permisos que provocan el abandono de la situación de empleabilidad y carrera profesional y el no acceso a promoción durante o tras el embarazo.

4.1.2. Propuestas genéricas de mejora:

1. **Sistemas que garanticen al 100% la protección de la mujer en el proceso de reproducción, esto supone:**

Ofrecer la protección eficaz de la salud de la trabajadora embarazada, en periodo de lactancia, y en tratamiento de reproducción asistida. Hoy en día un gran número de parejas están en tratamiento de fertilidad y desde las empresas y administraciones se debería ofrecer medidas para ambos progenitores. En este caso, sí se ha observado que factores de estrés influyen negativamente en el proceso de reproducción asistida, interviniendo en el éxito del mismo.

La comunicación del estado de embarazo no debe suponer en ningún caso el despido, la no renovación de contrato o incluso la no contratación. No debe penalizarse a la mujer por el hecho de embarazarse, ni a la empresa en la que trabaje, sino todo lo contrario, debería establecerse un sistema garantista, con bonificaciones, de cara a asegurar un nivel aceptable de la natalidad.

2. Proporcionar **mayores facilidades e información a la trabajadora embarazada** sobre los trámites relacionados con su situación de embarazo y lactancia (Incapacidad laboral por embarazo de riesgo, baja por riesgo para la mujer embarazada, riesgo durante la lactancia natural, baja maternidad/paternidad).

Facilitar la comunicación.

3. Formular **políticas adecuadas** que permitan equilibrar mejor las responsabilidades laborales y familiares, aumentando el permiso de maternidad e igualar las mismas condiciones al permiso de paternidad. La duración del permiso de maternidad es crucial para que la mujer se recupere del parto y regrese al trabajo, mientras presta los cuidados necesarios al recién nacido.

4. Formular políticas o medidas dentro de las empresas que respeten y favorezcan los ritmos circadianos de la mujer (sueño y alimentación).

5. **Campañas de sensibilización por los organismos públicos** en materia de seguridad y salud que favorezcan las medidas de protección y promoción de la maternidad y conciliación, promoviendo así un movimiento de cultura preventiva y favorecedora hacia la reproducción.

6. **En términos legales existe un vacío jurídico** relacionado con la comunicación del embarazo por parte de la trabajadora: Derecho enfrentado “derecho a la intimidad”, “derecho a la protección y prevención”. Abogar por conciliar ambos derechos.

7. Igualar los **derechos de la mujer con los del hombre** para que el periodo de embarazo y lactancia no sea una herramienta discriminatoria y el hombre tenga una participación activa en el proceso. *Esta medida no fue aprobada por la mayoría de la mesa pues constituye un mayor peso económico para la empresa.*

4.1.3. Propuestas concretas de mejora:

4.1.3.1. Propuestas reactivas:

1. **Promoción y mejora** de las medidas para la reincorporación de la trabajadora a su puesto de trabajo tras la baja de maternidad.
2. **Promover baja médica** semana 34 (mujeres llegan agotadas al parto) y una lactancia real con incorporación al trabajo a partir del 6 mes.
3. Liberar a la mujer embarazada, en periodo de lactancia y/o en tratamiento de reproducción de **trabajo a turnos y nocturno** desde el momento de su comunicación, desde el primer momento. Esto ha de establecerse de forma obligatoria.
4. Legislar la **limitación o adaptación de actividades/ cargas/ exposición a químicos en cada mes del embarazo** para facilitar la protección de la trabajadora embarazada y su adaptación en el desarrollo del embarazo.

4.1.3.2. Propuestas preventivas:

1. **Realizar estudios específicos de cada uno de los riesgos** (físicos, químicos, psicosociales, biológicos, etc.) desde una perspectiva de género e incluyendo los riesgos en estado de tratamiento de reproducción asistida.
2. Necesidad de incorporación de medidas que incluyan en las Evaluaciones de Riesgos con **informes médicos Ginecológicos y Obstetricias**, y no sólo los riesgos por embarazo y lactancia, sino también para la adopción de los puestos de trabajo desde una perspectiva de género.
3. **Ayudas específicas para la mujer embarazada** (información-formación adaptación puesto de trabajo a sus necesidades).
4. Agilizar los **trámites de adaptación y/o cambio de puestos de trabajo** por motivo de embarazo.

4.2. Conciliación laboral / familiar / personal. Impacto psicosocial

4.2.1. Reflexiones

Nuestro país solo gasta 1.1% del PIB en conciliación, EU : 2.2%

Las mujeres universitarias son mayoría, pero solo el 27% ocupan puestos de dirección, la falta de políticas sociales y conciliación laboral hace que sea el principal motivo por el que el 58% de las madres abandona sus carreras profesionales y un 51% de las que aún no tienen hijos asume que, si fueran madres, tendrían que dejar el trabajo Y esto es sólo la punta del iceberg, ya que a nivel de salud laboral e incidencia son pocos los datos que tenemos

La corresponsabilidad familiar es la pieza clave para el avance y empoderamiento personal, social, laboral y familiar de la mujer, por ello **la Administración General del Estado debe ser el referente de las medidas de racionalización de horarios** que plantea el Gobierno, dando ejemplo al conjunto de la sociedad con buenas prácticas, horarios flexibles y productivos. De igual forma se debería exigir el cumplimiento de la Ley de Igualdad.

Sin duda la forma más efectiva de conseguir la igualdad es su incorporación en los planes educativos. Es una realidad que el estado de salud de la mujer empeora conforme aumenta dependencia a éstas de su entorno (padres, hijos, hermanos...). La mujer asume el papel de cuidadora social, que debería ser asumido por profesionales pero que, ante la falta de ayudas económicas, le aboga muchas veces a la renuncia y abandono de su carrera, en consecuencia, empeoramiento de su salud física y psíquica.

4.2.2. Propuestas genéricas de mejora:

1. Mejorar la **flexibilidad en el trabajo**, potenciando la productividad y no el presentismo.
2. Desarrollar y en su caso ampliar el permiso por cuidado de hijo o hija menor afectado por cáncer o enfermedad grave.
3. Necesidad de facilitar el acceso en materia de **conciliación de la vida laboral y familiar**, pero no solo a las Mujeres, sino potenciar su acceso a los hombres, para de esta manera, se evitan y minoren las situaciones de doble presencia.

4. Promover ayudas sociales demográficas. Se debería invertir en el retorno de las mismas, seguimiento de resultados promoviendo y difundiendo los resultados y buenas prácticas. Se destaca desigualdad mujer medio rural.

4.2.3. Propuestas concretas de mejora:

4.2.3.1. Propuestas reactivas:

1. Creación de la “bolsa de horas”, es decir, **flexibilidad horaria** que permita a los trabajadores disminuir su jornada de trabajo, en determinados períodos y por motivos directamente relacionados con la conciliación y debidamente acreditados, recuperando el tiempo con posterioridad.
2. Se propone el **teletrabajo regulado**, siempre con un horario, como modelo complementario a la jornada presencial, y cumpliendo la Ley de Prevención de riesgos laborales.

4.2.3.2. Propuestas preventivas:

1. **Valorar la posibilidad de aplicar medidas o bonificaciones para la movilidad y cercanía del centro de trabajo al domicilio familiar.** Esto es un tema fundamental para conseguir la estabilidad personal, familiar y laboral. Fomentar políticas de Empresa Saludable.
2. Potenciar **estudios y dar visibilidad a datos** para denunciar:
 - Análisis de consecuencias de bajas maternales para mujeres con cargos de responsabilidad.
 - Análisis de actuales permisos que provocan el abandono de la situación de empleabilidad para mujeres y el NO acceso a promoción.

4.3. Evaluación de riesgos psicosociales

4.3.1. Reflexiones:

Según distintos estudios (Encuentro Anual de la Asociación Americana de Sociología (American Sociological Association, 2014) la mujer sufre mayor estrés por una doble carga de trabajo, la laboral y la doméstica.

4.3.2. Propuestas genéricas de mejora:

Para la mejora de las evaluaciones de riesgos psicosociales se proponen:

- Para el efectivo análisis en los riesgos psicosociales, es necesario ampliar las evaluaciones de riesgos e incorporar nuevos factores de riesgo y/o ítems que tengan en cuenta:
 - a) Elementos que detecten posibles situaciones de acoso sexual y laboral.

- b) Uso, abuso y consumo de sustancias (alcohol, café, fármacos, tabaco y otras sustancias) provocado por el ritmo y condiciones de trabajo (estrés, fatiga, etc.)
- Analizar origen bajas mujer y su medicalización, uso medicamentos. No se tratan desde la influencia laboral: No se incluye aspecto salud laboral vs ocupacional. El 50% fármacos inciden en trabajo y consumo (metabolización). Así adoptar medidas eficaces que promuevan la eliminación de situaciones tan traumáticas, como estrés, fatiga, insatisfacción laboral... que derivan en muchos casos en enfermedades psicosomáticas que no son tratadas como enfermedades profesionales:
 - a) Nivel de control de la gestión emocional en el trabajo.
 - b) Número de trabajadores del departamento que son hombres o mujeres.
 - c) Las circunstancias personales, queramos o no, influye en el trabajo, y a la hora de valorar la relación psicosocial entre los trabajadores se habrá de tener en cuenta.

4.3.3. Propuestas concretas de mejora:

4.3.3.1. Propuestas reactivas:

1. Ante los riesgos psicosociales hay que apostar por las **medidas preventivas dirigidas a promover espacios laborales de respeto**, fomentando el “sueldo emocional” mediante la calidad de las relaciones personales entre los profesionales premiando el buen comportamiento para su refuerzo, evitando el desgaste profesional y los conflictos.
2. Establecer dentro de los servicios de prevención el **puesto de trabajo de psicólogo** para ofrecer el asesoramiento psicológico necesario a los trabajadores.

4.3.3.2. Propuestas preventivas:

1. Realizar **estudios de los riesgos psicosociales derivados de los cambios en el mercado laboral** dirigidos hacia nuevos conceptos que influyen en la mujer y sus consecuencias en la salud para su posterior regulación.
2. Reforzar las **medidas preventivas y sancionadoras** ante los “trabajadores conflictivos”.
3. Se propone un **amplio desarrollo de las políticas y programas posteriores a seguir a la evaluación de riesgos psicosociales**, más específicas, eficaces y fácilmente aplicables.

4.4. Impacto de los riesgos químicos durante la vida laboral

4.4.1. Reflexiones:

Los límites de exposición profesional (VLA) a los agentes químicos, están en su mayoría determinados por las características tanto antropométricas como fisiológicas de los hombres, no estando siempre determinado si los VLA establecidos tienen igual incidencia sobre las Mujeres. No existen estudios relacionados con la influencia de indicadores disruptivos en la salud laboral de la mujer, no se hace diferencia de género. Ante esta situación, la falta de datos, es difícil evidenciar la necesidad de actuación.

4.4.2. Propuestas genéricas de mejora:

1. Necesidad de promocionar la investigación clínica, salud laboral en perspectiva de género.

4.4.3. Propuestas concretas de mejora:

4.4.3.1. Propuestas reactivas:

1. Necesidad de **incorporación de medidas que incluyan en las Evaluaciones de Riesgos**, no sólo los riesgos por embarazo y lactancia, sino la adopción de los puestos de trabajo desde una perspectiva de género.

4.4.3.2. Propuestas preventivas:

1. Necesidad de **concienciar a las empresas fabricantes de EPI's, de producir dichos equipos adaptados a la anatomía y fisonomía de las Mujeres.**

4.5. Precariedad laboral, temporalidad y brecha salarial

4.5.1. Reflexiones:

El **No acceso a los mismos derechos en el seno de una empresa frente a los hombres**, relacionado principalmente con los criterios de promoción laboral, igualdad salarial, la temporalidad de los contratos y el uso de la jornada parcial, como sustitutivo de la no existencia de acciones encaminadas a la conciliación laboral/familiar, hacen que las Mujeres se encuentren en una situación de precariedad y desigualdad frente a los hombres, con una incidencia perniciosa en el largo plazo, afectando cuando se llegue a la situación de jubilación, ya que dichas situaciones, antes mencionadas, menoscaban las retribuciones a percibir, no poniendo límite temporal a la situación de precariedad y riesgo de pobreza.

4.5.2. Propuestas genéricas de mejora:

1. Establecer y contemplar la obligación de exigir en las empresas la **figura del mediador para resolver determinadas incidencias.**

2. Campañas de los organismos públicos sobre **concienciación y sensibilización del acoso sexual y laboral a la mujer en las empresas**, especialmente dirigida a las PYMES donde es más complicado solucionar esta problemática.

4.5.3.Propuestas concretas de mejora:

4.5.3.1.Propuestas reactivas:

1. Llamamiento a sindicatos para, ante casos de moobing o acoso.
2. Establece protocolos claros de actuación e informar de estos a trabajadores.

4.5.3.2.Propuestas preventivas:

1. Invertir en personal especialista para tratar estos casos: abogados, psicólogos, mediadores.

4.6.Educación y formación.

4.6.1.Reflexiones:

El número de fallecidos por accidente de trabajo en España continúa siendo un problema de primer orden, ya que la cifra lejos de disminuir, presenta una clara tendencia ascendente.

Una de las premisas claras para obtener la disminución de estas cifras es mejorar la implantación de la cultura preventiva en toda la sociedad, y para ello, una de las medidas a llevar a cabo es la formación en Prevención de Riesgos Laborales en todos los niveles educativos, desde el comienzo del Ciclo de Educación Infantil, obteniendo con ello el desarrollo de una cultura preventiva como una de las normas de comportamiento en sociedad, como pudiera ser la alimentación saludable y/o el ejercicio físico. Tanto la Estrategia Europea como la Española de Seguridad y Salud en el Trabajo incluyen estas acciones.

Otro aspecto importante, a tener en cuenta, para la reducción de las cifras de siniestralidad, y para la consecución de una Prevención de Riesgos Laborales efectiva y eficaz, es la formación en materia preventiva.

En **formación**, la situación actual es que las personas que profesionalmente se dedican a la PRL, bien provengan de disciplinas como medicina, ingeniería, química, bioquímica, psicología o ciencias jurídicas, no siempre siendo habitual el recibir, durante su etapa formativa especializada, directrices que profundicen sobre la importancia del enfoque de género en los ámbitos que competen a cada disciplina.

4.6.2.Propuestas genéricas de mejora:

1. Educación y formación académica: incluir la perspectiva de género en los planes educativos (infantil-primaria-FP-universidad).
2. Promover la **formación como elemento nuclear** para fortalecer toda la gestión referida al ámbito laboral: Formación en habilidades de gestión de personas, del tiempo, de manejo del estrés, inteligencia emocional, etc. con perspectiva de género (factores psicosociales) y **modernización de materiales didácticos** desde el comienzo de la formación escolar (no solo en las disciplinas que afectan a la aplicación de riesgos laborales sino de manera generalizada), lo que ayudará a la comprensión social posterior de las diferencias de género.

4.6.3.Propuestas concretas de mejora:

4.6.3.1.Propuestas reactivas:

Acciones y opciones basados en el uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación y el desarrollo profesional en competencias digitales que contribuirán sobremanera a romper el techo de cristal.

4.6.3.2.Propuestas preventivas:

Acciones puntuales que pueden ayudar a las empresas a cumplir marcó, especialmente en momentos de crisis económica o con poca capacidad, como las pymes y las microempresas como el uso de eLearning, comunidades virtuales, MOOCs y otras herramientas de aprendizaje no formal.

4.7.Las nuevas tecnologías al servicio de la Salud.

4.7.1. Reflexiones:

La revolución digital y el uso de estas nuevas tecnologías aplicadas a la Salud, van promover un cambio de la gestión de la sanidad que se tiene concebida en la actualidad. Un ejemplo se podrá comprobar con el uso del Big Data, ya que los avances en las comunicaciones y los sistemas de almacenamiento de datos se convertirán en un aliado esencial en la vida cotidiana.

Así mismo la relación médico-paciente también notará una mejoría, con la implementación de la tecnología en el área de salud, se podrán resolver trámites y hacer la vida más fácil cuando tengamos que interactuar con el sistema de salud.

4.7.2. Propuestas genéricas de mejora:

1. Dedicar **recursos a la investigación en salud laboral**, como herramienta imprescindible en el avance y actuación continuada.
2. Se propone una **legislación para el uso de las TIC**, se use Big Data cribado y seleccionado para obtener una información rica, actualizada y real y sirva como herramienta cuantitativa con todos sus sesgos.

4.7.3. Propuestas concretas de mejora:

4.7.3.1. Propuestas reactivas:

1. Conseguir una **historia clínica laboral común**.

4.7.3.2. Propuestas preventivas:

1. Promover el **uso de las TIC** para avanzar en conciliación y concienciar a la sociedad.
2. Promover **foros de conocimiento**. Crear criterios de evaluación que permitan aprender de manera formal.

5. Bibliografía

- **Bibliografía española:**

Informe de la Comisión Europea sobre las condiciones laborales y el empleo precario (2016/2221(INI))

Vicente, F. "(1996) "El derecho a la protección de la salud del trabajador: la prevención del acoso sexual en el lugar de trabajo". VII Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Valladolid.

Pérez del Río, T. y Ballester Pastor, A. (1999) "Mujer y Salud Laboral". La Ley, 1ª Edición.

Acale Sánchez, M.; "Género y siniestralidad laboral: causa y efecto"; "Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención", N°69, 2010, pags.26-33

Pons Peregrort, O., Tura Solvas, M.; "La igualdad de oportunidades de género y la conciliación de la vida personal, familiar y laboral en las organizaciones"; XI Congreso de Ingeniería de Organización. International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management, 2007.

Ramírez Fernández, R. "Desigualdades de género en la salud. Enfoque desde la Salud Pública". 2010

Solé, M.D Unidad de Medicina del Trabajo “Avance sobre las Directrices para la evaluación de riesgos protección de la maternidad en el trabajo” 27 de abril 2011

Zimmermann Verdejo, M. Departamento de Investigación e Información INSHT “ INDICADORES DE DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO.” 27 abril 2011

Dirección General Seguridad Social. Subdirección General de Condiciones de Unidades Médicas. “Mujeres, Trabajo y salud” 27 de abril 2011, Madrid

Rial González, E.; “Las prioridades de investigación sobre seguridad y salud en el trabajo: el desafío para una Europa de 27”.

Romero Coronado, M. A. Nuevos retos en la salud laboral de la mujer, Atelier, libros jurídicos

Sánchez, N; Trinidad, A; Recio, C; Torns T. “La Brecha salarial y las desigualdades de género en el mercado de trabajo español. Congreso Español de Sociología “Grandes Transformaciones Sociales, nuevos desafíos para la Sociología” [Internet]. 2016.” Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/163730>

Durán MÁ. El futuro del cuidado. “El envejecimiento de la población y sus consecuencias”. PasajRevPensamContemp. 2016

ISTAS 2012 “Guía Sindical Mujeres, trabajos y salud”

- **Bibliografía europea:**

Buffet, MA., Priha, E.; “Workforce diversity and risk assessment Ensuring everyone is covered”.

Fagan-Burchel; “Gender, Jobs and working conditions in the European Union”.

FECVT; “Working in Europe: Gender differences”.

Widanarko, B. et al.; “Gender differences in work-related risk factors associated with low back symptoms”;Ergonomics, 55-3/2012, págs. 327-342.

Crawford, J.O, Davis.A, Cowie. H. Dixon.K. (Institute of Occupational Medicine). Women and the ageing workforce: implications for Occupational Safety and Health – A review OSHA 2017

Artazcoz, L, Borrell, C, Benach J. “Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands”. J Epidemiol Community Heal. 2001

Campos-Serna J. “Gender inequalities in occupational health: a systematic literature review and the influence of the welfare state regime and the occupational social class throughout the Spanish and the European working conditions surveys”. Universitat Pompeu Fabra; 2014. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129744/tjc.pdf?sequence=1>

- **Bibliografía y Webgrafía**

Página web del Instituto Nacional de Seguridad Salud y Bienestar en el Trabajo. Entradas sobre la mujer.

Página web del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Entradas sobre salud laboral y mujer

Página web de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Entradas relacionadas con la mujer.

Página web de la Obra Social La Caixa. Entradas relacionadas con la mujer.

International Women's Day 2018: Ensuring safety and health of women at work. EU-OSHA.

Iniciativa 11 de febrero apartado Mujer y Ciencia: Barreras y Abandono de la carrera <https://11defebrero.org/mujer-y-ciencia/diferencias-en-el-trato/>

- **Material Jornadas**

Seminario: "Mujer, Trabajo y Salud: Nuevos Retos de la Prevención de riesgos laborales" 13 de mayo 2010 Centro Nacional de Medios de Protección. Sevilla

Seminario "Mujeres, condiciones de trabajo y salud" 27 abril 2011 Ministerio de Trabajo e Inmigración

Jornada: Protección de la maternidad en el trabajo respecto de los factores de riesgo de higiene industrial. 27 de noviembre, Zaragoza, Facultad de Ciencias del Trabajo.

- **Material técnico**

NTP 657: Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales. Sonia Vega Martínez. INSHT 2000

6ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (European Working Conditions Survey). 2017. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

- **Legislación (Versiones consolidadas)**

Constitución Española de 1978.

Estatuto de Autonomía de Andalucía.

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley 27/2003 de 31 de julio reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de violencia doméstica.

Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Ley 12/2007, de 26 de noviembre, de la Junta de Andalucía, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de la Junta de Andalucía, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

OIT (Organización Internacional del Trabajo):

- . *Convenio núm. 100 sobre igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor, de 1951*
- . *Convenio núm. 111 sobre la discriminación en el empleo y ocupación, de 1958*
- . *Convenio núm. 122 sobre la política de empleo, de 1964.*
- . *Convenio núm. 183 sobre protección de la maternidad, de 2000.*
- . *Convenio núm. 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares de 1981.*
- . *Convenio núm. 171 sobre el trabajo nocturno de 1990.*

**Integrantes de la Mesa “La mujer en el trabajo, elementos de cambio”
(Ponentes y Moderadores)**





XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MESA DE TRABAJO:

PRL Y PYMES, FACILITAR EL CUMPLIMIENTO.

• **COMPARTIENDO CONOCIMIENTO** •



www.aepsal.com



3. “PRL y Pymes, facilitar el cumplimiento”.

Ponentes:

Antonio Díaz Ruiz. Director de Operaciones de APA (Asociación para la Prevención de Accidentes) y Vicepresidente de AESPLA (Asociación Española de Servicios de Prevención Laboral).

Beatriz Diego Segura. Coordinadora del Área de Asesoramiento público. INSSBT (Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo).

José Luis Perea Blanquer. Vicepresidente de ATA (Asociación de Trabajadores Autónomos). Director del Área Prevención

Gabriel Rodríguez Del Río. Subdirector Área Desarrollo Técnico de Quirón Prevención.

María José Rodríguez Largacha. Directora Master Universitario en Ingeniería de Caminos, canales y puertos en la Universidad Europea. Profesora Módulo de Seguridad en el Master PRL de la Universidad Europea. Administradora en Incope Consultores.

Carlos García Mate. Tesorero en CGPTSS (Consejo General Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo de España). Jefe U. Informática, Director Técnico SPA en Diputación de Segovia, SPA.

Daniel Carballo Pérez. Jefe del Servicio de Estudios e Investigación. Dirección General de Trabajo y Bienestar Laboral. Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo. Junta de Andalucía.

Ramón Luis Torres. Secretario General en CGPTSS (Consejo General Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo de España). Tco. Servicio Prevención Propio ETOSA

Gema Villalba González. Jefa de formación y entidades especializadas en IRSST (Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de Madrid).

Moderadores:

M^a Dolores Rico García. Junta Directiva de Aepsal (Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral). Consultora, formadora y Auditora en PRL.

Javier Calvo Romaguera. Junta Directiva de Aepsal (Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral). JCR Ingenieros. Auditor PRL.

Luis Louro López. Delegado Territorial en Galicia de AEPSAL (Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral). Director H&S Consult, S.L.

1. Introducción

El Comunicado que sirve de base en el XXXIV Meeting ENSHPO *“Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico Y Social Europeo Y Al Comité De Las Regiones Trabajo más seguro y saludable para todos - Modernización de la legislación y las políticas de la UE de salud y seguridad en el trabajo”*, expone claramente la problemática, *“1 de cada 3 microempresas no evalúan los riesgos en el lugar de trabajo”*, al igual señala la dificultad de la PYMES para la integración del sistema de gestión de PRL en el de la empresa. Es por todo ello necesario debatir y analizar que acciones pueden mejorarse.

2. Objetivos

El objetivo de esta Mesa de Trabajo es tener un acercamiento y puntos de encuentro entre los distintos actores implicados en la gestión de la PRL en las Pymes y trabajadores autónomos y así facilitar la disponibilidad de marcos de reflexión e intervención.

Generar fórmulas para que la Gestión Preventiva en las PYMES y negocios regidos por trabajadores autónomos (principalmente en aquellas del rango de 1 a 50 trabajadores) forme parte de su gestión diaria.

Favorecer un cambio de concepto en este colectivo empresarial: *“de gasto a inversión”*, *“de pérdida de recursos a aumento de la productividad”*, lo que implicaría un cambio de gestión y la instauración de una cultura preventiva real y efectiva.

3. Situación de Partida

Aún hoy a más de 22 años de la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales muchas pequeñas empresas (especialmente las micropymes, pequeñas empresas y autónomos con asalariados) desconocen las obligaciones empresariales en materia de seguridad y salud contempladas en la normativa. Es habitual que el contacto de estas empresas con entidades especializadas (Servicios de Prevención Ajeno) llegue a través de sus correspondientes asesorías laborales, fiscales y contables y ello contribuye a que los empresarios de este colectivo empresarial conciban los conciertos con las entidades especializadas como un *“seguro”*, y no como una obligación normativa y una forma de gestionar sus empresas.

Se puede decir que los empresarios, en muchas situaciones desconocen la normativa que según su sector de actividad tienen que cumplir, más allá de la entrega de EPI's o firma de documentación, lo que conlleva una falta de incumplimiento y posibles sanciones.

Es patente una falta de implicación de los empresarios de las Pymes y microempresas en parte justificada, ya que no se encuentra una razón a la aplicación de la normativa de PRL por su parte, más allá de evitar sanciones. Esto nos demuestra que el valor aportado por la PRL no sólo en el mundo empresarial, sino en la sociedad en general, no está asimilado, convirtiéndose en un factor social al que hay que aportar soluciones de

cambio, no sólo para la población trabajadora actual, también para las generaciones venideras.

¿Qué lleva al empresario a hacer prevención? Con frecuencia la motivación que tienen las Pymes es el cumplimiento legal, prevenir sanciones... una motivación extrínseca.

Relacionado con la motivación para hacer prevención, la falta de creencia en el valor de la PRL... resulta del todo necesario que tanto la propia Administración (a través de los organismos técnicos de referencia en materia de Seguridad y Salud, Ministerio de Trabajo, etc.), como las organizaciones empresariales, sindicales, Servicios de Prevención Ajeno y los propios profesionales de la Seguridad y Salud en el Trabajo realicemos un ejercicio de crítica; ¿Somos capaces de transmitir a las Pymes, micropymes y autónomos los beneficios que reportan las acciones de prevención? ¿Somos capaces de hablar en su mismo idioma, sin tantos tecnicismos, referencias legales...? ¿Hemos preguntado a los empresarios? ¿Conocemos sus inquietudes? ¿Hemos escuchado su concepto de PRL?

En general todos los actores (servicios de prevención, administración, profesionales de la seguridad y salud...) tenemos que realizar un ejercicio de reflexión sobre lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. En gran parte, somos responsables de la imagen poco valorada que tiene la Seguridad y Salud Laboral. Hoy las campañas tanto públicas como privadas todavía lanzan el mensaje de que la PRL está asociada a trabajos de riesgo, a elementos como equipos de protección individual...

Inclusive nosotros mismos debemos preguntarnos si creemos en modalidades preventivas previstas en la propia legislación como la asunción por empresario, de escasa incidencia en nuestro tejido empresarial y de la que poco o nada se sabe sobre su efectividad.

La situación en el mercado de los operadores de prevención (Servicios de Prevención Ajeno) ha llevado a ofertar los conciertos de prevención a precios con los que difícilmente pueden ofrecer un servicio de calidad y que condicionan también las actividades preventivas a realizar. En este sentido también se hace necesario personalizar la PRL para las Pymes y micropymes, y eso sólo es posible si se mejora la calidad de prestación del servicio que ofrecen las entidades especializadas, a la par que se mejoran los niveles de cultura preventiva de nuestras empresas mediante la información, sensibilización y concienciación en el valor intrínseco que tiene la PRL, para las organizaciones y los trabajadores, ya que una mejora de la calidad sin aumento del compromiso y aceptación de la PRL como parte de la gestión empresarial, de poco serviría. Así mismo, la gestión documental debe tener un tratamiento adecuado, más sencillo tanto en lenguaje como en manejo, que permita a los empresarios poder hacer una gestión de los documentos.

Esta situación hace que no sea posible una integración real y efectiva en esta tipología de empresas, ya que no existe coordinación entre el Servicio de Prevención y la Pyme, cuestión que se acusa especialmente en las Micropymes y autónomos con asalariados.

La Administración tiene que ser referencia en asesoramiento y acompañamiento a la Pyme y micropymes y autónomos, especialmente respecto a estos últimos por sus carencias, dificultades y por reforzar sus actuaciones que establece el art. 8 de la Ley del Estatuto del Trabajo Autónomo (LETA) a las administraciones públicas como garantes de las condiciones de seguridad y salud.

La situación de coyuntura económica desfavorable también ha tenido mucha incidencia en la propia Administración con reducción de presupuestos, reducción de personal...(organismos técnicos, Inspección de Trabajo y Seguridad Social...)

Pese a esta situación, se encuentran infrautilizados por parte de las organizaciones los organismos técnicos especializados en Seguridad y Salud Laboral y conviene examinar porqué (falta de conocimiento sobre los servicios que pueden ofrecer a las Pymes, medios o canales de difusión no adaptados a los tiempos actuales...).

El Instituto Nacional de Seguridad, Salud en el Trabajo ha realizado un importante esfuerzo en cambiar el lenguaje de la Plataforma Prevención10, haciéndolo más atractivo y cercano, pero sin perder rigor. Así mismo, se han cambiado los requerimientos para acceder a la plataforma, simplificando las condiciones de ingreso y el acceso a toda la información y documentación de la plataforma (a un clic y por cualquier usuario). El resultado no ha tardado en llegar, ya que han aumentado considerablemente el número de usuarios.

La difusión que se ha hecho de la renovada Plataforma Prevención10 ha llevado a que haya un 40% más de usuarios invitados; difusión que se ha realizado a través de diferentes webs, a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales...

También merece especial atención por parte de la Administración la detección y difusión de las buenas prácticas en PRL en las Pymes, una actividad poco explotada y de la que apenas se hace difusión.

Otra cuestión de especial interés son las licitaciones de contratos y con especial incidencia en los públicos donde ha primado y priman las condiciones económicas frente a cuestiones tan relevantes como las propias condiciones de trabajo, de seguridad y salud...

Una realidad que no podemos obviar es la situación de la PRL en las Administraciones Locales, que en definitiva son una pequeña empresa. Existe también un desconocimiento de las obligaciones en materia de Seguridad y Salud y preocupa además que muchas de estas corporaciones locales realizan sus propias obras de construcción, sector de especial peligrosidad y con las singularidades que le son propias, donde además prolifera la subcontratación de obras y servicios y en donde se debería centralizar el foco, no sólo en la oferta económica más favorable, sino también en aquellas que ofrecen mayor garantías a sus trabajadores y demás empresas que concurran en dichas obras y/o servicios.

Además, habría de hacerse hincapié en la formación en materia Seguridad y Salud Laboral en estas entidades.

El mercado ha cambiado y hemos pasado de una empresa paternalista (con frecuencia la empresa realizaba y asumía todas sus actividades) a un modelo de producción, que subcontrata y externaliza todas aquellas actividades que no forman parte de su proceso productivo central.

Hay que tener en cuenta que todavía muchos autónomos, Micropymes y Pymes de sectores como el de la construcción no disponen de centros de trabajo o estructura organizativa e inclusive ni facilitan a los trabajadores los más elementales medios de trabajo personales (ropa de trabajo, herramienta...) o equipos de protección individual (a veces de dudosa procedencia).

Resulta también necesario separar Pymes de Autónomos ya que son realidades muy diferentes.

A destacar también es el capítulo de ayudas y subvenciones en materia de prevención de riesgos laborales. ¿Existe un feedback cualitativo sobre su impacto, resultados o eficacia?

4. Líneas de debate

4.1. La incorporación de la cultura de prevención en el ámbito educativo

4.1.1. Reflexiones

La necesidad de incorporar al ámbito educativo la cultura de prevención (desde edades tempranas como Educación Primaria, Secundaria, FP, Universidad...) como medida a largo plazo que redunde en la mejora de los niveles de cultura preventiva. Sin embargo, como esta medida, efectiva a largo plazo, tardará demasiado en llegar al mercado laboral.

Existen estudios en los que se ha observado que sólo 20 ingenierías de las 75 analizadas refieren en su temario cuestiones relacionadas con la Seguridad y Salud Laboral, al igual ocurre en muchas otras carreras universitarias, donde nada aparece referido a la seguridad y salud. Esta cuestión debe preocupar y ocupar ya que son nuestros futuros empresarios, futuros trabajadores, futuros técnicos de prevención...

Se están desarrollando diversas acciones por parte de institutos técnicos autonómicos como el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales o el Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Galicia, pero son iniciativas muy localizadas cuya repercusión, incidencia y eficacia no son suficientes. Es conveniente, por tanto, que la Administración tanto central como autonómica coordinen esfuerzos en esta materia, para un mejor aprovechamiento de los recursos y mayor eficacia de las acciones.

4.1.2. Propuestas genéricas.

La incorporación de la cultura de prevención en el ámbito educativo resulta del todo necesaria si queremos una sociedad que tenga como valor la seguridad y salud de los trabajadores, en definitiva, de las personas. Sin embargo, ya se ha señalado que esta medida es una medida que tendrá frutos a largo plazo y los datos e información que manejamos (estadísticas siniestralidad, encuestas de seguridad y salud, etc.) hacen necesaria la adopción de medidas a corto plazo que mejoren los niveles de cultura preventiva en las organizaciones, de forma que se asimile el concepto de valor intrínseco de la prevención, un valor que necesario para construir organizaciones productivas, competitivas y sostenibles, erradicando el concepto de prevención como gasto para concebirlo como inversión en términos de rentabilidad no sólo económica para la organización sino en términos de rentabilidad para las personas y para la sociedad.

4.1.3. Propuestas reactivas.

Las administraciones competentes deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la incorporación de esta materia a los planes educativos tanto de Educación Primaria y Secundaria como en Formación Profesional, Universidades... Será una medida que tardará en llegar al mercado laboral pero que sin duda supondrá los pilares para que la PRL se integre en los valores de la sociedad. Haciendo especial hincapié en que los emprendedores de hoy serán los empresarios del mañana.

4.2. La cultura preventiva y el papel de la administración.

4.2.1. Reflexiones.

Existe la necesidad de adoptar medidas a corto plazo que mejoren los niveles de cultura preventiva en las organizaciones, de forma que se asimile el concepto de valor intrínseco de la prevención, un elemento imprescindible para construir organizaciones productivas, competitivas y sostenibles. Es conveniente erradicar el concepto de prevención como gasto, para concebirlo como inversión en términos de rentabilidad, no sólo económica para la organización sino en términos de rentabilidad para las personas y para la sociedad. Es aquí donde deben centrarse esfuerzos y dirigirse acciones concretas tales como; estudios de cultura preventiva (indispensable conocer dónde estamos exactamente, el punto de partida), formación a empresarios y mandos intermedios sobre los factores que influyen en la cultura preventiva (comunicación, liderazgo preventivo...) y sobre el análisis coste-beneficio de la actividad preventiva, incentivos o bonificaciones basados en los niveles de cultura preventiva...

La Administración tiene que jugar un papel más activo en el fomento, promoción y difusión de la cultura preventiva sin abandonar su papel de agente sancionador. Hay que focalizar las acciones en la sensibilización y concienciación, luchando por la erradicación del concepto gasto cuando se hable de la Seguridad y Salud de los Trabajadores.

Es fundamental que la Administración ejerza el liderazgo en materia de Seguridad y Salud y que se constituya como un ejemplo (con sus propios actos; licitaciones,

contratos, aplicación...). La Estrategia Española de Seguridad y Salud proporciona un documento a largo plazo, donde permite desarrollar estrategias y planes de acción, por ello, la base de toda actuación en materia preventiva debe fundamentarse en la Estrategia planteada para los distintos periodos.

4.2.2. Propuestas genéricas.

Es aquí donde deben centrarse esfuerzos por parte de todos los actores (Administración, Institutos Técnicos Autonómicos, Servicios de Prevención, Organizaciones Empresariales y Sindicales...) y dirigir acciones concretas como; estudios de cultura preventiva (necesario conocer dónde estamos exactamente, el punto de partida), formación a empresarios y mandos intermedios sobre los factores que influyen en la cultura preventiva (comunicación, liderazgo preventivo...) y sobre el análisis coste-beneficio de la actividad preventiva, incentivos o bonificaciones basados en los niveles de cultura preventiva...

Los canales de difusión deben adecuarse a la realidad actual (digitalización) para poder llegar a los usuarios finales y ello incluye también la colaboración con partners, asociaciones y agrupaciones, etc. para que hagan de altavoz y lleguen a las organizaciones. Hay que ser conocedores de la realidad y del resultado, efectividad e impacto de las diversas acciones de divulgación, formación, materiales como guías, etc. que llevan a cabo las administraciones tanto a nivel estatal como autonómico y esta cuestión se hace extensiva a las subvenciones y ayudas que en materia de prevención se están llevando a cabo. Desconocemos el impacto y su eficacia, su transferencia... y esto hace que se desconozca si los recursos públicos se están empleando correctamente, si son realmente útiles y consiguen el objetivo propuesto.

Con respecto a las campañas de divulgación y fomento de la PRL conviene replicar modelos como el de la DGT (Dirección General de Tráfico) y buscar la colaboración y apoyo de los grandes medios de comunicación que ya trabajan en la promoción de hábitos saludables, cardioprotección... y cuyas campañas están teniendo un notable éxito entre la ciudadanía y que bien podría exportarse al ámbito que nos ocupa.

4.2.3. Propuestas reactivas.

Desde la Administración se debe actuar y ser un referente en el asesoramiento y acompañamiento de las Pymes, micropymes y trabajo autónomo, centrar sus actuaciones en el 85% de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y que además se dan en el 15% de las empresas.

Es necesario que las investigaciones de accidentes se utilicen como herramienta preventiva y además herramienta de divulgación. Pero para eso deben comprender aspectos tan elementales como las causas y las medidas de prevención a adoptar. Su divulgación puede actuar como herramienta de sensibilización, concienciación y formación por ello es importante que la Administración dedique recursos a esta actividad de investigación, seguimiento y difusión.

4.2.4. Propuestas preventivas.

La Administración ha de ganar mayor relevancia, un papel de liderazgo, no sólo en la aplicación de la normativa en toda su extensión (incluyendo la sanción) sino también en todos sus actos (por ejemplo, licitaciones que contemplen otros criterios además del económico con independencia del tipo de contrato, cláusulas que excluyan de la licitación a aquellas empresas que no demuestren su compromiso con la PRL, con el cumplimiento de la legislación de orden social...).

4.3. Aplicación del sistema de gestión de PRL en Pymes y Micropymes

4.3.1. Reflexiones.

Es necesario realizar un mapa a nivel preventivo en la Pyme, micropyme y trabajo autónomo tanto a nivel cuantitativo como a nivel cualitativo, un mapa que permita analizar la situación real, las carencias y fortalezas de este colectivo empresarial, las formas de llegar, las necesidades en materia de prevención y cultura preventiva.

Es posible que para favorecer una verdadera integración de la PRL en las Pymes debamos ir hacia modelos mixtos de organización preventiva, donde la externalización no suponga un todo, sino aquellos aspectos puramente técnicos.

Existe una carencia importante generalizada en las Pymes y micropymes, es la falta de un “Trabajador Designado” (entendido no como modalidad organizativa) o figura del responsable interno de la PRL, una figura que lidere internamente en la empresa, que actúe como elemento de control y sea capaz de llevar el día a día, que no es capaz de asumir la modalidad organizativa por excelencia en este colectivo empresarial (el concierto con un Servicio de Prevención Ajeno).

Es cierto que conviene estudiar con detenimiento si este modelo mixto debe ser regulado y en su caso en qué términos para este colectivo empresarial ya que deberán tenerse en cuenta el sector y actividad, nº de trabajadores, estructura... y lo que debe concebirse como una modalidad que redunde en una mejora de la integración no se convierta en un lastre para las organizaciones que tenga el efecto contrario al buscado.

4.3.2. Propuestas genéricas.

El análisis de la situación actual en las Pymes, micropymes y trabajo autónomo sobre la integración de la PRL hace pensar que un modelo mixto de organización preventiva sea una solución no sólo posible y viable para integrar de forma real y efectiva sino también deseable. Difícilmente podrá incorporarse a las organizaciones la prevención, el valor de la seguridad si no se lidera internamente, un modelo mixto de modalidad preventiva, sin duda será capaz de integrar la prevención de forma efectiva en el día a día de este colectivo empresarial.

Con respecto a la normativa de aplicación en PRL y en el caso concreto de las Pymes se requiere de una simplificación normativa que facilite su cumplimiento en este colectivo de empresas. La normativa está concebida para todo tipo de empresas

independientemente de su sector, estructura, nº de trabajadores... La normativa en PRL debe concebirse necesariamente considerando también estos aspectos si buscamos una integración y real y una aplicación efectiva de la legislación en esta materia.

4.3.3. Propuestas reactivas.

Favorecer más ayudas, subvenciones o incentivos a Pymes micropymes y trabajo autónomo (bonus o similar) que incorporen este modelo mixto de organización preventiva.

Potenciar el papel del mando intermedio como figura tractora de la excelencia empresarial pivotando sobre la PRL. Para ello es necesario dotarle de herramientas básicas (cuadros de mando sencillos para las Pymes) que hagan que a través de la PRL lleven a la Pyme a otro nivel de excelencia empresarial.

Debe replantearse el lenguaje de los instrumentos, herramientas, materiales, etc. a disposición de las Pymes, de forma que sea entendible, atractivo y claro.

4.3.4. Propuestas preventivas.

Especial atención a la detección y difusión de las buenas prácticas en Pymes micropymes y trabajo autónomo para que puedan replicarse y transferirse de forma efectiva.

4.4. El autónomo y la PRL

4.4.1. Reflexiones.

Los Autónomos tienen un encuadre poco claro en la normativa laboral, de Seguridad y Salud en el trabajo... lo que lleva a que no exista un presupuesto definido para destinar a este colectivo, además de una carencia en la aplicación del Estatuto del Trabajador Autónomo. A ello se une la falta de presupuestos específicos para desarrollar programas preventivos entre el colectivo.

4.4.2. Propuestas genéricas.

Ha de definirse a nivel europeo una definición clara y concisa de lo que es Autónomo, ya sea como profesional independiente ó como Autónomo con trabajadores a su cargo, ya que difiere mucho de la perspectiva de una Micropyme. Las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y las Asociaciones de Autónomos son un vehículo muy potente para recoger información, comunicar, trasladar buenas prácticas... Con el volumen de trabajadores y empresas al que llegan es necesario explotar más estas entidades como forma de llegar a las Pymes micropymes y trabajo autónomo.

4.4.3. Propuestas reactivas.

Es necesario fomentar y favorecer la cotización de los autónomos Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales como primera medida preventiva ya que actualmente solo el 19% de colectivo cotizan por este concepto.

4.4.4. Propuestas preventivas.

4.5. Otras agentes implicados, propuestas.

En relación con las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social una alternativa a estudiar sería incluir en los Planes Generales de Actividades Preventivas formación en prevención de riesgos laborales gratuita para las microempresas. Sería una forma de aliviar económicamente a este colectivo que acusa especial dificultad para integrar la PRL, formar a sus trabajadores...

Con respecto a los Servicios de Prevención se proponen las siguientes actuaciones:

- Reforzar sus actuaciones, centrándose en aquellas empresas, es decir, las pymes y micropymes y autónomos, donde les resulta de mayor complejidad ejecutar las acciones preventivas
- Realizar la valoración de la efectividad de la integración de la PRL en las empresas concertadas.
- Reducir la documentación de prevención que facilitan a las empresas concertadas.
- Incluir un resumen ejecutivo que facilite al pequeño empresario el conocimiento de su situación en materia preventiva y de las medidas o actividades que debe realizar.
- Personalizar la documentación preventiva a las empresas concertadas; adecuada a su sector, actividad, equipos de trabajo, etc.

Resulta necesario que para mejorar la calidad de actuaciones de las entidades especializadas se realice un mayor seguimiento y control de estas entidades y para ello es necesario destinar recursos no sólo técnicos sino económicos que permitan llevar a cabo esta actuación.

Bibliografía y Herramientas de trabajo

MÉTODO PREVENCIÓN 10 . INSHT <https://www.prevencion10.es/>

Colección de Aplicaciones Informáticas para la Prevención (AIP). INSHT

Directrices para la gestión preventiva en pymes. INSSBT 2017

Estudio sobre la siniestralidad en PYMES para identificar sectores y actividades prioritarias de actuación. Análisis desagregado por sexo. INSSBT 2016

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Guía Técnica para la integración de Prevención de Riesgos Laborales en el Sistema General de Gestión de la Empresa. Madrid. 2008.

Guía Técnica para la Integración de la Prevención de Riesgos Laborales en el Sistema General de Gestión de la Empresa. INSHT. 2015

Informe ENGE 2009. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas. INSHT.

Encuesta Nacional de Gestión de RRL en las empresas ESENER-2 España.

“SIMPLIFICACIÓN DOCUMENTAL”. Con orientaciones para la elaboración de un documento único que contenga el plan de prevención de riesgos laborales, la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva. INSSBT. Febrero 2012.

Claves para integrar la Vigilancia de la Salud en las empresas. 2011. Foment

Vigilar la Salud, Prevenir el riesgo, II Foro ISTAS de Salud Laboral. Pere BOIX (Compilador)

Prevención de Riesgos laborales. Memento Práctico Francis Lefebvre. 2016-2017

Informe sobre la PYME 2016. Dirección General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa.

Retrato de la PYME. DIRCE a 1 de enero 2017. Dirección General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa.

Cifras PYME. Cifras a 1 de enero de 2018. Dirección General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa.

1ª Encuesta en España a Técnicos de Prevención de riesgos Laborales. AEPSAL.2017

European Union. “Health and Safety at Work is Everybody's Business – A practical guidance for employers”. 2016

Pyme e Inspección de Trabajo en la Prevención de Riesgos Laborales. CEOE.2016

Auditorías legales en Prevención de Riesgos laborales. 2015. Javier Calvo Romaguera. ISBN 978-84-617-1869-6.

Legislación. (Versiones consolidadas del BOE)

Constitución Española de 1978.

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Integrantes de la Mesa “PRL y Pymes, facilitar el cumplimiento”

(Ponentes y Moderadores)





XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MESA DE TRABAJO:

FORMACION EN PRL.

• COMPARTIENDO CONOCIMIENTO •



www.aepsal.com



4. “Formación en PRL”.

Ponentes:

Oriol Bracons Clapés. Director General Risk XXI.

Manuel Primo Prieto: Director Máster universitario en PRL de la Universidad Europea de Madrid.

Raquel Jaén Bas: Territory Manager en Ejendals AB.

Ramón Pérez Merlos: Director del Servicio Mancomunado de PRL Grupo ETOSA, Vicepresidente del Consejo General de Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo

Sonia Martínez Arranz: Responsable del Servicios de Divulgación. Unidad Técnica de Divulgación y Difusión .Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad de Madrid.(IRSST)

David Sáez Chicharro: Director del Área de Seguridad y Salud de la Fundación Laboral de la Construcción.

Gabriel César Jiménez: CEO Gamificación del Aprendizaje y Consultoría (GAConsultores).

Luis Vicente Martín Martín: Jefe de la Unidad Técnica de Formación desde 2007 (Servicios Centrales del INSSBT). Miembro del Grupo de Trabajo de Educación y Formación de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo,

Fernando García Ruiz: Técnico de prevención en la Junta de Andalucía. Formador en PRL.

Víctor Miras Nieto: Responsable técnico formación externa LOXAM-HUNE.

Maria Luisa Valle Robles: Directora Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Moderadores:

Carlos Martín Miguel: Junta Directiva AEPSAL, Coordinador formación LOXAM-HUNE y Profesor Master PRL Universidad Europea de Madrid.

Arsenio Valbuena Ruiz: Junta Directiva AEPSAL, Director de ELINOR formación y Consulting.

Santiago González Pérez: Junta Directiva AEPSAL, Técnico PRL Renault, SA y Consultor Freelance en Método GONGALL.

1. Introducción

La formación en Prevención de Riesgos Laborales (PRL) viene definida en el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y se constituye como herramienta trascendental en la integración de la PRL. Por ello, como herramienta transversal y necesaria en todo proceso de implantación creemos conveniente analizar la situación actual que vive dicha herramienta en España.

2. Objetivo.

Conseguir una unificación de criterios en la formación de PRL, para la consecución de una actividad didáctica efectiva y eficaz para los trabajadores, como herramienta de una Gestión Preventiva real y práctica.

3. Situación de partida.

La realidad actual es que tras casi 23 años que salió a la luz la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y a pesar de los criterios legales y preventivos, todavía nos encontramos con trabajadores que han sufrido accidentes laborales, por falta de formación o bien por una incompleta formación para evitar, reducir o prevenir el riesgo. Para poder cumplir con el mandato legal de integrar la prevención de riesgos laborales en la empresa, además de establecer condiciones de trabajo que sirvan de medio para conseguir evitar accidentes, debemos de formar a los trabajadores tratando de inculcar una verdadera cultura de seguridad laboral. Es por esta causa necesario e imprescindible que todos los actores implicados en la Formación en PRL, ya sea trabajadores y/o directivos, entiendan la formación como una medida preventiva efectiva, que tiene como objetivo principal informar, adiestrar y sensibilizar de cómo evitar, reducir o prevenir los riesgos a los que están expuestos los trabajadores en cualquier tipo de empresa y puesto de trabajo más allá de evitar responsabilidades administrativas, civiles o penales.

Acciones que se consideran para el análisis del estado de situación son:

- **Creación de la Estrategia Española de Seguridad y Salud.**

Una de las acciones propuestas a nivel Institucional que tenía como propósito la unificación y mejora de criterios, se encuentra en La Estrategia Española de Seguridad y Salud (2007-2012) que planteó en su objetivo 2: *“la mejora de la eficacia y la calidad del sistema de prevención, poniendo especial énfasis en las entidades especializadas en prevención”*, lo que conllevaría el establecimiento de ciertos criterios de calidad en las prácticas formativas de los servicios de prevención, responsables de la actividad por norma.

El objetivo 6 planteó *“potenciar la formación en materia de prevención de riesgos laborales”* y como meta se propuso la elaboración de un Plan Nacional de Formación en Prevención de Riesgos Laborales para *“ordenar de manera racional las distintas actuaciones que prevé la Estrategia en este campo”*.

- **Grupo de trabajo sobre formación en PRL.**

Así mismo, se creó un Grupo de Trabajo sobre formación en materia de PRL con el objeto de mejorar la coordinación institucional y el diseño de las políticas públicas en esta materia. Como resultado de lo anterior se han elaborado, una serie de propuestas a desarrollar, en el Plan Nacional de Formación en PRL.

En el mismo, se contemplan una relación de medidas que abarcan la integración de la PRL desde la Educación Infantil, Primaria y Secundaria, también en la Formación Profesional, Formación para el Empleo y en la Formación universitaria “perfeccionando la integración de los contenidos preventivos en los currículos de las titulaciones universitarias directamente relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo”; así como la formación de los recursos preventivos para los niveles básico, intermedio y superior, etc..

Este ha sido un punto de partida para la reflexión de la mesa de trabajo. La acción se encuentra en un estado inicial, la continuidad se vincula en la nueva Estrategia Española de Seguridad y Salud 2015-2020, en su objetivo 2.E: Educación y Formación.

Así pues, entre las actividades a desarrollar por este Grupo de Trabajo, en el marco de la actual EESST 2015-2020, se encuentra la realización de un seguimiento y evaluación del citado Plan Nacional de Formación.

- **La integración de la prevención**

La integración de la seguridad y salud en el trabajo en la educación es una necesidad prioritaria para consolidar una auténtica cultura preventiva. Es necesario tomar conciencia de que la prevención no comienza en el ámbito laboral, sino en las etapas anteriores, en particular en el sistema educativo. Los avances conseguidos en la Estrategia 2007-2012 en este aspecto, con la aprobación del Plan Nacional de Formación en Prevención de Riesgos Laborales, no deben constituir un final de trayecto, sino una etapa más del camino por recorrer.

- **Las competencias en educación**

Las competencias educativas residen en las Comunidades Autónomas y el desarrollo de algunas de las medidas de dicho Plan han venido mostrando disparidades, dependiendo de los territorios. Esta circunstancia debe ser objeto de un riguroso análisis, como paso previo al desarrollo de un plan de acción armonizado. La integración de la formación en seguridad y salud laboral en el sistema educativo, en la formación infantil, primaria, secundaria, profesional reglada y la formación universitaria, requiere un apoyo y una asistencia especial, a fin de conseguir profesionales cuya formación, además de garantizar la calidad de su trabajo, les permita realizarlo con las máximas garantías de seguridad hacia su salud.

Así mismo, para garantizar una adecuada aplicación de la PRL en las empresas, es importante avanzar en la mejora de la calidad de la formación, fomentando la

disponibilidad y uso de herramientas y metodologías formativas a emplear en las distintas etapas.

Al igual, se debe considerar que la formación va dirigida a adultos, por lo que dicho aspecto debe considerarse en el modelo y planificación de la actividad formativa, las técnicas de andragogía más que pedagógicas, al igual que los distintos objetivos, métodos y evaluaciones claramente diferenciados.

Se deben mejorar y ampliar las metodologías usadas, en muchas de las actividades formativas se buscan cambios de hábitos, por lo que las técnicas deben ir acompañadas de herramientas psicológicas que refuercen los cambios.

4. Línea de debate.

La formación, tal y como se ha expuesto, en los epígrafes anteriores, es un problema global, a diferencia de las otras Mesas de Trabajo, que se han dividido en diversas líneas de debate, la Mesa de Formación sigue manteniendo la estructura de Propuestas, pero como un todo.

4.1. Propuesta de mejoras genéricas:

1. Consolidar la integración de la formación en PRL en las diferentes etapas del sistema educativo.
2. Diseñar y potenciar la formación de colectivos específicos.
3. Adecuar la normativa relativa a la formación en PRL, a los cambios producidos desde su aprobación.
4. Cambiar los modelos formativos adaptados a los objetivos y sus usuarios.
5. Introducir más práctica en la formación de PRL.

4.2. Propuestas de mejora específicas:

1. Igualar la disponibilidad formativa entre PYMES y grandes empresas. La formación tiene que ser la misma en ambos casos, formación de calidad. Para micro empresas, si el empresario asume la organización del sistema de gestión de PRL, la administración debería definir la formación en PRL y, a ser posible, la imparta la propia administración, servicios de prevención o formadores externos. Estos formadores o entidades externas, serán expertos en la utilización, manejo, mantenimiento, etcétera, de estos equipos de trabajo, procedimientos de trabajo, etcétera. Asegurando que la formación es impartida por expertos en la materia, que acreditan idoneidad y experiencia.

Independientemente del tamaño de la empresa, todos los trabajadores necesitan una formación continua, con periodicidad definida, siendo quizá

necesarios una formación más transversal en el caso de los trabajadores de las PYMES, en tanto que su perfil profesional puede ser más polivalente.

2. Los temarios de las distintas áreas formativas deben ser consensuados, transversales y específicos a los puestos de trabajo y acordes con la evaluación de riesgos de cada puesto. La administración debe marcar un número de horas mínimo que cumplir para cada formación. Los contenidos deberán ser eminentemente prácticos y de calidad. Con una parte para trasladar conocimientos teóricos, pero la gran parte del tiempo debe ser práctica, ocupando esta la mayor parte del tiempo, siendo punta de lanza para la integración de la PRL en el trabajo y base de la cultura empresarial. Entre otros aspectos, promoviendo las nuevas tecnologías y metodologías, como puede ser la gamificación, realidad virtual, simuladores, etc. Este tipo de formación no debe entrar en conflicto o incluso no ser válidas, ante una auditoría o una inspección de trabajo si la misma cumple con las obligaciones definidas.

Enlazado con el punto anterior, es necesario detallar la necesidad de una formación especializada en nuevas tecnologías y herramientas, para que todos los perfiles docentes que intervengan en el proceso formativo conozcan perfectamente dichas herramientas y sus posibilidades. Este tipo de tecnologías necesita formadores experimentados en cada campo, expertos en seguridad y salud en la materia que se está realizando.

Tanto los servicios de prevención, empresas o profesionales deben estar acreditados, así como la formación deberían estar certificadas bajo la figura de la administración o un centro de certificación a nivel nacional.

Se presenta necesario un espacio donde esté incluida toda la formación del trabajador, para evitar duplicidades o volver a realizarla por pérdida de los certificados. Con el objetivo de evitar duplicidades, se debe diferenciar la formación del art. 19 LPRL, de la formación de capacitación regulada por el R.D. 1215/1997, otros R.D. de aplicación, formaciones reguladas por los diferentes Convenios Colectivos, etcetera, pues puede que con estas formaciones ya se esté dando cumplimiento al art. 19 LPRL en todo o en parte. Se considera que aprovechando las tecnologías, se puede crear un carnet personal, profesional, que recoja todas las actividades formativas, creando un curriculum vitae del trabajador.

Debe realizarse una evaluación y desarrollo de necesidades formativas en relación, no solo a horas, también a contenidos específicos, siendo aquí donde corresponde hacer un itinerario de las nuevas necesidades que cubran los riesgos emergentes de nuevas generaciones y nuevas formas de trabajar.

3. Es imprescindible un trabajo conjunto y colaborativo por parte de los Ministerios de Empleo y Seguridad Social y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Del mismo modo, resulta esencial que exista total coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, ya que existen tantas competencias transferidas que, en muchas ocasiones, se terminan desarrollando 17 modelos de actuación distintos (muchas veces la forma de operar en una determinada Comunidad Autónoma poco tiene que ver con lo que se considera adecuado en otra). En este sentido, es necesario desarrollar, un verdadero modelo de Formación Profesional Dual, equivalente, similar en todas las CCAA y con validez europea.

Es de vital importancia para la adaptación a los nuevos cambios que trae la cuarta revolución industrial, que se sigan desarrollando nuevas Cualificaciones Profesionales y actualizando las ya existentes; teniendo siempre en cuenta el tejido empresarial de nuestro país y su evolución (resulta fundamental atender a las necesidades empresariales reales), por lo que se debe fomentar lazos de colaboración entre los ámbitos académicos y empresariales.

Debemos trabajar desde la educación infantil y en toda la carrera curricular en promover prácticas, tanto en la escuela, como en el hogar de una cultura saludable, considerando la seguridad y salud un pilar de la sociedad. De esta manera a la llegada al mundo laboral el nuevo trabajador tendrá unos valores en PRL que ayudaran a que la empresa sea segura y saludable.

Es necesario destacar que todos los docentes, formadores, tutores o tele formadores que impartan contenidos en materia preventiva, tendrán que poseer también la formación necesaria que les habilite para ello.

4. Los técnicos en PRL (TPRL) en la actualidad tienen una formación generalista en infinidad de materias transversales, que en muchos casos ni siquiera está avalada por su formación base. Para suplir estas carencias, se deben generar soluciones para la formación continuada en los temas que al técnico le sean necesarios para la práctica de su profesión y desarrollo, tanto para impartir formaciones como para el resto de su trabajo, como se desarrollan en otras profesiones. Cabe especial importancia la autoformación, que no está regulada, pero imprescindible para los técnicos que quieran estar actualizados en la materia que imparten, así como poner en valor la experiencia del formador.

En la formación base del TPRL es necesario un itinerario de «formador de formadores», para buscar la adaptación de estas formaciones al alumno adulto, y el desarrollo de técnicas que ayuden a los objetivos de la formación, como el cambio de conducta en los puestos de trabajo, la integración de la cultura preventiva, etcétera. Se debe preparar al técnico para poder expresar la importancia de la prevención a un público que en muchas ocasiones ha dejado los estudios hace 20 o 30 años y ve en «volver» a las aulas algo negativo, lo que lastra el buen discurrir de la formación y errar en su objetivo final, la implantación de conductas.

La mayoría de las formaciones de innovación en PRL hacen referencia al cambio cultural necesario en las empresas y trabajadores, para que asuman e interioricen un conjunto de valores, creencias, hábitos, normas y actitudes, que den identidad y sentido a una organización segura y saludable. Por ello, los contenidos de estas formaciones deben facilitar la interiorización de los valores estratégicos, que tenga cada organización, conseguir generar procesos de cambios excelentes y sostenibles de cultura preventiva. La formación en PRL debe ser el motor de cambio en sí.

Una problemática a destacar, en la actualidad existe déficit en el número de médicos del trabajo. La razón de ello es el trasvase de lo público a lo privado. Una vez terminado el MIR y la especialidad, estos médicos terminan por diversas razones en la empresa privada, que demandan un mayor número de profesionales dadas las coberturas sociales a abordar. Resulta necesario buscar soluciones conjuntas y alternativas entre todos los implicados, siendo una de las medidas la elaboración de un diagnóstico de la situación que permitiese la elaboración de un DAFO, con objeto de promover después diversas acciones, tales como la difusión de estas especialidades de medicina del trabajo.

Ante una sociedad actual inmersa en continuas transformaciones sociológicas, tecnológicas, económicas y profesionales, debería diseñarse un nuevo catálogo de competencias para los profesionales en PRL, que fuera más allá del intento de especializarles en función de su formación académica de origen, para prepararlos hacia un futuro inminente, donde la transformación sea el eje vertebral de todos los ámbitos del ser humano. Se trata de un proyecto formativo dirigido a contribuir a la generación de competencias basadas en la influencia personal que estos profesionales van a tener sobre las organizaciones, el punto de partida sería la formación como líder transformacional, un neuro-líder creativo que otorgase a su equipo las herramientas adecuadas para atender a las necesidades de seguridad, salud y bienestar de las sociedades futuras. La formación requiere confluir con los nuevos objetivos perseguidos por las empresas.

5. El programa «prevención 10» debe tener en consideración algunas cuestiones que lo puede dejar en cierta manera inoperativo en relación con la formación, como ya se citó en el apartado 1. Este aspecto, que genera debate, enriquece el documento al plantear distintas visiones que se presentan a estudio y que forman parte de la situación actual de la prevención de riesgos laborales en España, buscando soluciones en los anteriores 4 puntos.

5. Bibliografía

Evidencias científicas bibliográficas sobre formación de trabajadores en prevención de riesgos laborales
David Cobos Sanchiz (Coord.) Sevilla, noviembre de 2010. INSSBT.

Guardia, J., Pero, M. (2011) "Estudio de las necesidades formativas en PRL, ante el nuevo marco docente y los cambios reglamentarios derivados del denominado proceso de Bolonia. Barcelona. Universidad de Barcelona (GTEAAP), INSHT.

Estrategia Española de Seguridad y Salud 2015-2020. INSSBT, aprobada en Consejo de Ministros con fecha 24 de abril, a propuesta de la ministra de Empleo y Seguridad Social.

Comité Internacional de la AISS "Educación y Formación en Prevención" (1991): Proposición a la C.E. para un proyecto de Directiva sobre la Educación y la Formación en Prevención de los Riesgos Profesionales. (Mimeo).

Comité Económico y Social (1993): Dictamen sobre la salud y seguridad en el lugar de trabajo - Formación (93/C 249/07). DOCE de 13.9.93.

Florentino Alonso Arenal .: "La formación como variable estratégica para la Prevención de Riesgos Laborales: Un enfoque global", Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, ISSN 1575-1392, Nº 2, 1999 , pags. 29-36.

Francisco Javier González Márquez, Silvia María Casado Baeza .: "Formación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales" PW magazine: Prevention world magazine : prevención de riesgos, seguridad y salud laboral, ISSN 1695-9191, Nº. 7, 2005 , pags. 52-55.

"Modelo de un Plan de Formación para la Prevención de Riesgos Laborales" Trabajo: Revista andaluza de relaciones laborales, ISSN 1136-3819, Nº 7, 1999 , pags. 103-124. Yolanda Pelayo Díaz, María Jesús Moreno Domínguez

Necesidades de formación profesional en salud ocupacional: La percepción de los profesores de Madrid, España. Salud de los Trabajadores, dic. 2007, vol.15, no.2, p.99-106. ISSN 1315-0138 . COBOS SANCHIZ, David y GARI PEREZ, Aitana

Plan de formación en materia de prevención de riesgos laborales en la Diputación de Barcelona. Francisco Ramos Andreu.

"Análisis sobre la formación en PRL en España. Luces y Sombras". Ramón Pérez Merlos. Editorial Activa. Año 2017

"Estudio de las necesidades formativas en PRL, ante el nuevo marco docente y los cambios reglamentarios derivados del denominado proceso de Bolonia". Este informe ha sido elaborado por los miembros del Grupo de Investigación Consolidado por la Generalitat de Catalunya SGR/388 "Grup de Tècniques Estadístiques Avançades Aplicades a la Psicologia". Año 2011

Legislación (versiones consolidadas)

Constitución Española de 1978.

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Integrantes de la Mesa “Formación en PRL”.

(Ponentes y Moderadores)





XXXIV ENSHPO MEETING AEPSAL

MESA DE TRABAJO:

VIGILANCIA DE LA SALUD Y
MEDICINA DEL TRABAJO.

• COMPARTIENDO CONOCIMIENTO •



www.aepsal.com



5. “Vigilancia de la salud y medicina del trabajo”.

Ponentes:

Jorge Cordero García: Responsable de Prevención, Salud y Medio Ambiente (EHS Manager) de la Universidad Europea de Madrid.

Alberto Cueto Somohano: Director del Servicio Mancomunado de Prevención de EDP (Energías de Portugal). España.

María Teresa Del Campo Balsa: Jefe del Servicio de Salud Laboral y Prevención del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Quirón Salud.

Clara Guillén Subirán: Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales Ibermutuamur, en representación de AMAT

Concepción Martín De Bustamante Vega: Presidenta de AESPLA (Asociación Española de Servicios de Prevención Laboral)

Carlos Mojón Roper: CGPTSS (Consejo General de Profesionales de Seguridad y Salud en el Trabajo)

Ernesto Rubio García: Gerente y Secretario General de ASPREN (Asociación Nacional de Servicios de Prevención Ajenos)

Carmen Serrano Estrada: Vicepresidenta de AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo). Coordinadora sanitaria en ASPY Prevención.

Moderadores:

María Jesús Chorén Freire: Vocal de AEPSAL (Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral)

Noelia Martínez Sánchez: Secretaria General de AEPSAL (Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral)

1. INTRODUCCIÓN.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales se articula en torno a la integración de la prevención en el conjunto de actividades de la empresa, y en todos los niveles jerárquicos de la misma, y a su planificación a partir de una evaluación inicial de los riesgos en el trabajo, con la consiguiente adopción de las medidas adecuadas a la naturaleza de los riesgos detectados.

El capítulo III de la Ley regula el conjunto de derechos y obligaciones derivados del derecho básico de los trabajadores a su protección, entre los que se garantiza la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (artículo 22) así como las medidas particulares a adoptar en colectivos especialmente sensibles, la protección de la maternidad y los menores.

La vigilancia de la salud es, por lo tanto, una actividad dentro de la actuación preventiva que el empresario debe poner a disposición del trabajador y que es desarrollada a través de profesionales sanitarios integrados en los servicios de prevención.

La protección efectiva de la salud de los trabajadores y la garantía de la preservación de su derecho a la intimidad sólo es alcanzable a través del desarrollo de un sistema integrado por todos los profesionales involucrados en la protección efectiva de los trabajadores.

2. OBJETIVO PRINCIPAL

La detección, prevención y el análisis de las pautas de mejora para eliminar el riesgo o disminuir las enfermedades laborales.

La Integración de la Vigilancia de la Salud en las Empresas.

Facilitar al médico de familia la formación en enfermedades profesionales así como el protocolo a seguir para su comunicación (Criterios para la notificación y registro de las enfermedades profesionales) y la relación con el especialista en Medicina de trabajo o de IT/EP

3. SITUACIÓN DE PARTIDA.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales hace más dos décadas, la Vigilancia de la Salud es uno de los asuntos que mayor problemática plantea a los empresarios, principalmente por dos cuestiones básicas, la distinción entre Vigilancia de la Salud Colectiva e Individual, y la obligatoriedad de los reconocimientos médicos junto con su periodicidad y su requerimiento previo.

Pero no sólo los empresarios como empleadores se encuentran inmersos en esta diatriba, los profesionales sanitarios especialistas en Salud Laboral se enfrentan un a una carga burocrática ,ingente normativa y protocolos que no hacen más que dificultar el objetivo final de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores; controlar y hacer el seguimiento de la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de la

población trabajadora ¿Se ha apoderado la burocracia de la finalidad de la medicina del trabajo?

En la actualidad, la vigilancia de la salud, se limita básicamente a realizar reconocimientos médicos generales e inespecíficos, sin tener en cuenta los demás ámbitos, como la epidemiología, los programas sanitarios, y el análisis en profundidad de los puestos de trabajo. Así mismo existe un poca relación/comunicación entre los especialistas en higiene industrial, que trabajan en entornos muy limitados y se mueven entre los VLA y los protocolos de vigilancia de la salud.

Existen diferentes actores gestores de la vigilancia de la salud, - Sistema Nacional de Salud, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, servicios de prevención y empresas -, que no se disponen de mecanismos de comunicación eficaces, dificultando el progreso de las condiciones de trabajo.

La vigilancia de la salud debe ser inseparable de la promoción de la salud, cuestión que en la teoría resulta fácil de aplicar pero que en la práctica no se lleva a cabo.

De la definición de Enfermedad Profesional y su alcance usamos como referencia la “Guía de Ayuda para la Valoración de Enfermedades Profesionales” del INSS y sus grupos definidos:

GRUPO 1: Enfermedades Profesionales causadas por agentes químicos.

GRUPO 2: Enfermedades Profesionales causadas por agentes físicos.

GRUPO 3: Enfermedades Profesionales causadas por agentes biológicos.

GRUPO 4: Enfermedades Profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

GRUPO 5: Enfermedades Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

GRUPO 6: Enfermedades Profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Estos grupos, junto a la normativa legal aplicable y la experiencia personal de los asistentes a la mesa del trabajo, nos ayudarán a situarnos en el escenario real para poder debatir las líneas que consideramos base y avanzar en el desarrollo de la Vigilancia de la salud y la Medicina de Trabajo

4. Líneas de debate

4.1. La gestión de la medicina del trabajo y la vigilancia de la salud

4.1.1. Reflexiones

En aras de comprobar como dice la Comisión Europea la pertinencia, eficacia, eficiencia, coherencia y valor añadido de la evaluación ex post, se parte de la premisa de una vigilancia de la salud colectiva, ya que está proporciona un conocimiento del puesto, una herramienta para valorar al trabajador, y unas conclusiones adecuadas para revertir en la valoración del daño. Realizando visitas al puesto del trabajo preferiblemente con los profesionales que atienden al trabajador (al igual que ya ocurre en otros países de la UE), se realiza vigilancia de la salud colectiva.

La mesa expone la necesidad de una vigilancia colectiva para dar cumplimiento a la afirmación de la Comisión Europea en relación a que las medidas de salud y seguridad en el trabajo deben llegar al máximo número de trabajadores. Así como la necesidad de proteger a todos los trabajadores con independencia del tipo de la empresa y del tipo de trabajo o contrato.

Se deben considerar además las características del individuo, las tareas y condiciones de los puestos de trabajo, para que en función de éstos se establezca la obligatoriedad de los reconocimientos médicos, ya que la no comunicación con los especialistas en Salud Laboral, permite que el individuo realice tareas que no son aconsejables para su salud, por sus características o patologías subyacentes.

La mesa afirma que no existen criterios suficientes, para el establecimiento de la afirmación, que la exposición a distintos factores de riesgo crea enfermedad, nos encontramos ante una complejidad técnica y falta de comunicación con los distintos sistemas que soportan todo ello a la hora de reconocer el daño vinculado con el trabajo.

Tal como expone la Comisión Europea, la mesa segunda que dichas medidas deberán perseguir resultados concretos y minimizar la burocracia.

Se exponen diferentes alternativas para solucionarlos y/o minimizarlos, como el aumento de la oferta de plazas para profesionales de la salud existen acreditadas, una adecuación de la financiación de las CA para aportar a las unidades docentes, la modificación de aspectos como la vía de acceso, las condiciones laborales.

4.1.2. Propuestas genéricas de mejora

Se propone una educación interprofesional, para mejorar la colaboración entre distintos tipos de profesionales de la salud y de la atención social.

Es necesaria la unificación de la legislación de las historias clínicas en cuanto a conservación, contenido mínimo y soporte.

Es fundamental la anamnesis y la entrevista clínica que comprenda las tres preguntas hipocráticas ¿qué le pasa?, ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuye? Para ello se insta a la creación de un cuestionario validado.

Debido al actual planteamiento de la Ley de Protección de Datos resulta harto imposible la comunicación y puesta en común, entre distintos entes, de la información relativa a la Salud de los trabajadores, se propone la puesta en marcha de un sistema que permita el acceso a dicha información, de alguna manera legislada y teniendo en cuenta los derechos del trabajador; por ejemplo en "la nube" con acceso desde el propio trabajador.

Se manifiesta la necesidad de una interlocución inexistente con el sistema nacional de salud y los médicos de familia y otros como la Inspección Médica, con la cual no existe un canal de comunicación con los médicos del trabajo. Se deberían crear grupos específicos, a través de herramientas informáticas y App, para tratar las bajas laborales de los colectivos que afectan a una empresa, proponiendo revisiones de las IT de más de 60 días entre los diferentes actores. Podrían compartir un apartado en la historia clínica, ya que existe una falta de formación específica en el médico de familia, a la par que es importante la participación del médico de trabajo para la valoración de secuelas.

En consonancia con lo dispuesto por la Comisión Europea, la creación de nuevas herramientas informáticas y bases de datos para luchar contra el riesgo mantenido, una vez ha sido reconocido el daño, así como la comunicación y unificación del lenguaje por parte de los agentes implicados.

La unificación a nivel europeo de la obligatoriedad o no del reconocimiento médico es una premisa a establecer. No tiene lógica ni validez alguna, considerar que un trabajador es apto para realizar una tarea, sin antes haberlo evaluado.

Es indispensable consensuar las aptitudes, así como su confidencialidad, y sobre todo en las limitaciones y el papel del médico que las certifica, teniendo en cuenta la posibilidad de perjudicar o beneficiar al trabajador por purista o buenismo.

Hay que tener cuidado con las limitaciones en el personal que está trabajando y con la edad de los mismos pues, normalmente, no hay puestos compatibles y la adaptación de los puestos cada vez es más complicada en las empresas con la problemática que ello supone para la obtención de la Invalidez Permanente.

4.1.3. Propuestas concretas de mejora

4.1.3.1. Propuestas reactivas

Se consensua la falta de profesionales sanitarios especialistas en Salud Laboral , con la premisa de que en un plazo corto esta falta se verá incrementada ante la jubilación de los actuales especialistas.

Se exponen diferentes alternativas para solucionarlos y/o minimizarlos, como el aumento de la oferta de plazas que sí existen acreditadas, una adecuación de la financiación de las CA para aportar a las unidades docentes, la modificación de aspectos como la vía de acceso, las condiciones laborales.

Ante la sospecha clínica de una posible patología, la comunicación debería unificarse, así como el papel que juega la mutua y la empresa a la hora de la recepción del informe y la responsabilidad de ambas entidades.

Incluido en el examen de salud debería llevarse a cabo un estudio de las enfermedades producidas entre los trabajadores y sus ausencias al trabajo por motivos de salud con el fin de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.

4.1.3.2. Propuestas preventivas

Registrar las consultas realizadas por los trabajadores, así como la asistencia recibida, podría servir para una vigilancia colectiva.

Se aboga unánimemente por unos reconocimientos específicos, pertinentes, más completos, adaptados al puesto y la exposición del trabajador y capaces de cuantificar el riesgo, eliminando los indicadores de obligado cumplimiento.

Sería importante establecer una adecuada periodicidad, en función del nivel de riesgo.

Se propone una revisión exhaustiva del Cuadro de enfermedades profesionales, los criterios de inclusión y su valoración, según el RD 1299/2006.

Los factores a tener en cuenta a la hora del diagnóstico de las enfermedades profesionales:

- Variabilidad biológica
- Multicausalidad
- Inespecificidad clínica
- Condiciones de exposición
- Agente
- Exposición

- Enfermedad
- Relación de causalidad

Es ineludible puesta en común de la opinión de los especialistas en medicina del trabajo, de los clínicos hospitalarios y de las consultas primarias.

4.2. Plan de actuación preventiva en relación con la vigilancia de la salud. Tipos de Prevención: el bienestar como nuevo paradigma de salud laboral.

4.3. Reflexiones

La Comisión Europea plantea la importancia de incidir en los factores determinantes de la salud en el lugar de trabajo para fomentar el bienestar de los trabajadores.

Se exponen conceptos de la persona teniendo en cuenta su lugar de trabajo para abordar y tratar temas como: la salud integral del trabajador, el cuidado de salud total (Total HealthCare), el bienestar y la felicidad en el trabajo, el bienestar emocional. Parece que, últimamente, es lo que más está de moda incluso ya se habla del “Teal Evolutivo” de felicidad de los trabajadores y es algo que se ha hecho siempre desde la creación de la antigua OSME en los finales 50’s (Organización de los Servicios Médicos de Empresa)

4.3.1. Propuestas genéricas de mejora

En cuanto a prevención, se debería tener en cuenta la pérdida de la capacidad que existe en los trabajadores debido únicamente al envejecimiento, y las actuaciones de mejora de la salud integral del trabajador en el lugar de trabajo.

4.3.2. Propuestas concretas de mejora

4.3.2.1. Propuestas reactivas

La prevención no es únicamente previa a la patología, por ello es necesario el reconocimiento tras la reincorporación al trabajo procedente de una incapacidad transitoria.

4.3.2.2. Propuestas preventivas

1. Prevención primaria: Educación sanitaria y promoción de hábitos saludables.
Desinfección periódica del lugar de trabajo.

2. Prevención secundaria: Reconocimientos médico – laborales o estudios de control biológico de la exposición cuando se detecta algún problema de salud en sus fases iniciales. Se requiere la periodicidad continúa de los reconocimientos médicos para detectar problemas de salud en sus fases previas. En el caso de los SPP lo tienen más fácil por el conocimiento del trabajador y el acceso al mismo; no así en el caso de los SPA que dependen de otros criterios para poder llegar a ese trabajador al que no tienen en sus propias instalaciones.

3. Prevención terciaria: Recuperar la capacidad laboral del trabajador con técnicas rehabilitadoras, es otro aspecto relevante que se ejecuta en mayor valía desde los SPP, debido a las propias circunstancias que rodean a los mismos y el acceso y facilidad que se tiene para manejar estos problemas. Además, si la empresa es auto aseguradora para AT y EP se incrementa esta mejora.

4.4. Trabajadores especialmente sensibles

4.4.1. Reflexiones

La Comisión Europea aborda la obligación legal de evaluar caso por caso los riesgos para la salud y seguridad en el trabajo, y que los grupos de riesgo especialmente sensibles deben ser protegidos contra los peligros que les afecten de manera específica.

Existen situaciones que se regulan con bonificaciones a la empresa y prestación al trabajador, pero no se soluciona la adaptación.

4.4.2. Propuestas genéricas de mejora

La mesa expone la necesidad de evaluar estos riesgos en las personas especialmente sensibles, para eliminar esta acepción.

4.4.3. Propuestas concretas de mejora

4.4.3.1. Propuestas reactivas

Adaptación de los puestos de trabajo, se ha de analizar el problema existente. Se plantea la problemática de poco margen de adaptación y poca capacidad por parte de la empresa. Si la empresa decide la adaptación, su ineficiencia de no adaptar adecuadamente repercute en el resto de trabajadores.

4.4.3.2. Propuestas preventivas

1. Pertenencia a colectivos especialmente sensibles como trabajadores no declarados oficialmente como discapacitados, con patología crónica, etc.
2. Adaptación de la lista de enfermedades y el estado biológico a las posibilidades de especial sensibilidad.
3. Periodicidad del examen de salud y propuesta de medidas adaptativas / restrictivas.
4. Alteración del estado de salud dada la especial sensibilidad a determinados riesgos existentes en su lugar de trabajo.

4.5. Patologías y aptitudes sobreeséidas

4.5.1. Reflexiones

La Comisión Europea plantea la creación de una base de datos sobre exposición profesional a determinados productos como medida importante para mejorar la disponibilidad y el intercambio de datos relativos a los efectos sobre la salud.

Existe un vacío legal entre los reconocimientos de aptitud y la incapacidad, entre otros factores porque dependen de diferentes regulaciones, social y laboral.

El envejecimiento, los estadios fisiológicos y patologías habrían de valorarse, previamente a las actuaciones que conlleva el sobreesimiento.

Hay una carencia en el Sistema Judicial de profesionales especialistas en Salud Laboral. Se constata el vacío existente de una interlocución oficial entre los distintos profesionales del Sistema Nacional de Salud, ya que en ocasiones, por falta de experiencia se toman en consideración patologías comunes como profesionales, no siendo estas acordes con la realidad laboral del trabajador. Se requiere el establecimiento de profesiogramas como documento de consulta para la evaluación real del puesto de trabajo que se ocupa. ¿Cuál es el papel y actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, el INSS y el empresario en la incoación de procedimiento administrativo de declaración de incapacidad permanente?

4.5.2. Propuestas genéricas de mejora

La mesa expone la necesidad del registro de toda la exposición del trabajador durante la totalidad de su vida laboral.

4.5.3. Propuestas concretas de mejora

Aptitud laboral

1. Aptitud laboral e incapacidad permanente. Una no aptitud no necesariamente es una opción a una Incapacidad Temporal (IT) o a una Incapacidad Permanente (IP).
 - No apto temporal \neq IT
 - No apto definitivo \neq IP
 - Denegación de IP \neq Aptitud
2. Actuaciones ante una no aptitud: capacidad para desempeñar el **puesto de trabajo** sin riesgos para la salud del trabajador ni de terceras personas.
3. En vigilancia de la salud es necesaria la valoración médica de la aptitud. Hay que seguir trabajando en unos criterios de aptitud: claros, homogéneos, consensuados y coordinados.
4. Escasa actividad preventiva derivada de la vigilancia de la salud: cada vez hay más actividad en VS, más coste por VS y menos relevancia en prevención, promovida a partir de los casos que se diagnostican. Se producen pocos cambios en las condiciones de trabajo para adaptarlas a las condiciones de salud.
 - Seguimiento de trabajadores expuestos siempre y, sobre todo, en situaciones especiales: amianto, enfermedades con latencias muy largas.

4.5.4. Propuestas reactivas

1. Disponer de informe detallado de riesgos como ayuda a la hora de los procesos de incapacidad transitoria.
2. Realización de un informe al INSS en la emisión de un informe de no aptitud.

4.6. Notificación y registro de las enfermedades profesionales

4.6.1. Reflexiones

En línea con la Comisión Europea se debe reforzar la lucha contra las enfermedades profesionales eliminando o actualizando las normas, reglamentos, disposiciones específicas de Directivas, obsoletas o anticuadas. Utilizando una normativa más clara, coherente y adecuada, simplificando y reduciendo siempre que sea posible la carga administrativa de las empresas y los organismos de control, pero manteniendo o mejorando la protección de los trabajadores. Es decir, un aumento de la protección sin añadir una carga administrativa innecesaria a las empresas.

La Comisión Europea expone la necesidad de datos de calidad y comparables para poder seguir trabajando y avanzando en diseños de políticas fácticas, en este sentido la mesa plantea la dificultad de generar estadísticas comparables en relación a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales debido a las diferencias de registro y variables de estudio.

La mayoría de enfermedades profesionales no poseen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado. Muchas de las enfermedades profesionales se presentan como enfermedades comunes o como síntomas inespecíficos, ¿será la etiología lo que hará sospechar que se trate de enfermedades laborales o no?, ¿será conveniente valorar si existen indicios de que la enfermedad pueda haber sido causada por el trabajo, así como si durante su desarrollo, ha podido sufrir exposición a agentes o sustancias peligrosas, o capaces de producirla? En este apartado es bastante peligroso el emitir diagnósticos de sospecha antes de tener certezas del mismo ya que, de una manera subliminal, se hace creer a un paciente una situación en la que no hay seguridad, pero una vez puesto en marcha es muy difícil que se cambie de opinión (por la parte del paciente). Esto da lugar a muchos malentendidos que producen problemas de todo tipo comenzando por la pérdida de confianza entre médico y paciente y la judaización de todo ello lo que comporta un trastorno enorme para todos.

4.6.2. Propuestas genéricas de mejora

La mesa expone la necesidad de actualizar protocolos utilizando la evidencia más reciente y permitiendo una disminución de la burocracia.

El reconocimiento de una enfermedad profesional es una oportunidad para mejorar en prevención

- Establecer la **relación (daño-exposición)** no siempre es fácil pero es CLAVE para demostrar que un daño se debe a unas condiciones de trabajo.
- Reconocer y, por tanto, **vincular un daño con la exposición** es vincular ese daño con la prevención. El reconocimiento de una enfermedad profesional refuerza las disposiciones de vigilancia de la salud y sensibiliza acerca de las medidas de prevención.

- **Existen numerosos agentes implicados en el reconocimiento de una enfermedad profesional. Necesidad de hablar de lo mismo, de coordinarse.** Una de las novedades del sistema de declaración de las enfermedades profesionales, introducida por el Real Decreto 1299/2006, es el papel que se asignó a los **facultativos del Sistema Público de Salud** y a los **facultativos de los servicios de prevención de riesgos laborales**, estableciendo la obligación de comunicar aquellas enfermedades de las que se sospeche un origen laboral. Esta comunicación se realiza a la entidad que asuma las contingencias profesionales, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o Mutua Colaboradora con la Seguridad Social , a través del organismo intermedio que establezca cada comunidad autónoma.
- **Complejidad técnica:** el reconocimiento del carácter profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas, una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo, otra al conocimiento clínico-biológico y otra al marco legislativo y médico-legal que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y las comunes. Esto hace necesaria una **formación específica de los médicos** implicados en la detección. Para mejorar el reconocimiento y, así mejorar la prevención es necesario dotar a los médicos de herramientas que aporten criterios diagnósticos y pautas de actuación homogéneas, mejorando así la calificación de las enfermedades profesionales.
- La formación **de los médicos del trabajo**, que los convierte en un activo de primer orden en la gestión de esta contingencia, debería ser aprovechado por los trabajadores que padecen una enfermedad pero también por la sociedad en general. Es importante destacar la omisión que la normativa vigente en esta materia hace del papel del especialista en medicina del trabajo. Es ineludible la presencia de los médicos del trabajo en todas las fases de un daño a la salud del trabajador: en la prevención, en la detección y el diagnóstico, en el seguimiento clínico de una enfermedad, en su tratamiento y en la valoración de las secuelas, si es que éstas se produjesen. La colaboración de los médicos de trabajo con los médicos de atención primaria y de los servicios de prevención sobre los que se ha descargado parte de la detección de la enfermedad profesional repercutirá de manera muy provechosa.
- Mejorar la detección de las enfermedades profesionales, permitirá mejorar el pronóstico, la prevención y también los costes derivados, tanto en prestaciones sanitarias como económicas.

Información necesidad de registrar mejor: cuando recopilamos datos de interés y conocemos mejor los riesgos, tenemos una buena base para formular estrategias de prevención más eficaces.

- Para planificar adecuadamente las actividades de prevención, asistencia y rehabilitación destinadas a los trabajadores en riesgo o afectados de una enfermedad profesional, es imprescindible conocer bien la magnitud de estas patologías, siendo imprescindible afrontar el reto de conseguir una notificación fiable y motivación para que se notifique. El desconocimiento de la realidad de las enfermedades laborales supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales. Una adecuada evaluación epidemiológica y reconocimiento epidemiológico es clave para afrontar la prevención de la enfermedad y hacer una Vigilancia de la Salud más adecuada.
- Actualmente, disponemos como bases de datos de CEPROSS y PANOTRATSS y del sistema de alerta. Una utilidad de CEPROSS, muy relevante desde el punto de vista preventivo, ya que, realiza una detección en tiempo real de posibles focos de siniestralidad de enfermedad profesional, entendiendo como tales las repeticiones de una misma enfermedad en un centro de trabajo.
- Además, en muchas Comunidades Autónomas se han desarrollado sistemas de detección de sospechas de enfermedad profesional. Cada Comunidad Autónoma está desarrollando su propio sistema hace que para las Mutuas se generen importantes dificultades de adaptación a semejante variedad. Se constatan grandes desigualdades territoriales y de género en su reconocimiento, que plantean múltiples interrogantes. No está funcionando con equidad, lo que genera desigualdad, falta de cohesión y supone un reto para la definición de políticas de prevención eficaces. La derivación se está produciendo sin que los procesos de sospecha de enfermedad profesional reúnan criterios diagnósticos y criterios de relación laboral.

Vigilancia epidemiológica: es una herramienta que convierte a la prevención de riesgos laborales en un proceso dinámico y de mejora continua. Recoger sistemáticamente y analizar información sobre factores de riesgo (exposición) y efectos para la salud (enfermedades, accidentes). Observación de la distribución y de la tendencia de los fenómenos de interés, para identificar los problemas y evaluar o dirigir las intervenciones preventivas.

4.6.3. Propuestas concretas de mejora

4.6.3.1. Propuestas reactivas

1. Se requiere la existencia de parámetros concretos, con el objeto de unificar los criterios que servirán para calificar un accidente o enfermedad profesional, facilitando la libre circulación del trabajador en Europa. Para ello se deberá tener en cuenta las diferentes normas legislativas, así como el sistema de seguridad social, aspectos que dificultan su viabilidad.
2. La creación de una tarjeta sanitaria laboral con periodicidad de renovación y seguimiento.
3. Los trabajadores con enfermedades laborales reconocidas deberán informar en reconocimiento previo a la incorporación.

4.6.3.2. Propuestas preventivas

1. Realizar un seguimiento a los trabajadores expuestos, hacer un uso racional de biomarcadores y un control exhaustivo de las exposiciones.
2. Registro de ocupaciones que puedan generar enfermedades profesionales, así como un registro de enfermedades y muertes relacionadas con determinados agentes.
3. Se propone la necesidad de la figura de un "consultor en salud laboral" para consultas concretas, así como la creación de unidades tanto en la atención primaria como en la especializada que atiendan interconsultas. Se podría paliar el desconocimiento de las enfermedades profesionales por parte de los médicos de familia y serviría de ayuda en consultas concretas.

4.7. Otros aspectos relevantes a considerar

1. La mejora de la visibilidad de las enfermedades profesionales no implica automáticamente un avance en su prevención. Actualmente, las prácticas preventivas siguen centradas en el trabajador. Sigue vigente el **concepto indemnizatorio versus el concepto preventivo**. Muchas veces, la indemnización se relaciona con la banalización del riesgo, ocasionando situaciones mantenidas de riesgo.
2. **Reincorporación del trabajador al trabajo:** uno de los desafíos de los regímenes de Seguridad Social es apoyar, cuando sea posible, el retorno al trabajo de las personas que perciben prestaciones de incapacidad. Con frecuencia, los trabajadores que perciben una prestación de este tipo no se reincorporan principalmente por la falta de una intervención precoz.

Gestión de la edad: La población trabajadora europea está envejeciendo: la edad de jubilación está aumentando en muchos Estados miembros, y es probable que muchas personas se enfrenten a una vida laboral más larga. Esto también significa que más personas trabajadoras caerán enfermas, por lo que será importante que existan buenas políticas de reincorporación al trabajo para mantener la sostenibilidad de los lugares de trabajo.

Bibliografía y legislación

Constitución Española de 1978.

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. (Nueva incursión, no valorado en la mesa)

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Guía de Ayuda para la Valoración de Enfermedades Profesionales” del Instituto Nacional de de Seguridad Social NIPO: 271-17-029-9

Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE no 404-01-2007

Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención

Reglas y consejos sobre investigación científica: (los tónicos de la voluntad). Santiago Ramón y Cajal.

Reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de diciembre de 2006 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH).

Integrantes de la Mesa “Vigilancia de la salud y medicina del trabajo”.

(Ponentes y Moderadores)





Socio Organizador:



Socios Institucionales:



Partners:



Equipo AEPSAL:



Equipo de ENSHPO:



