

Jornada técnico-sindical

**“73 PROPUESTAS PARA MEJORAR
LA PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES EN ESPAÑA”**

Madrid, 26 de octubre de 2016

*Salón de Actos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
Calle Torrelaguna 73 - 28027 - Madrid*

Documentación

Con la financiación de:

Cod. Acción DI-0006/2015



El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de ISTAS y no refleja necesariamente la opinión de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales

Contenido

Presentación	4
Eje 1: Sistema de información, investigación y creación de conocimiento necesario para la acción pública, que dé visibilidad a las condiciones de trabajo y los daños a la salud que provocan: una visión desde los determinantes de la salud y el conflicto social.	7
Situación de partida	7
Mirando hacia el futuro.....	8
Medidas	9
Eje 2 Formación de los actores que intervienen en la prevención.....	11
Situación de partida	11
Una formación eficaz, adaptada a las necesidades.....	11
Plan nacional de formación en prl. Un punto de partida.....	13
Medidas	14
Eje 3: Vigilancia de la salud, detección precoz de daños derivados del trabajo y acción protectora de la Seguridad Social	16
Vigilancia de la salud.....	16
Acción protectora de la Seguridad Social	23
Eje 4: Participación de lxs delegadxs de prevención y de lxs trabajadorxs.....	27
Situación de partida.....	27
Hacia dónde:.....	28
Medidas:	29
Eje 5 - Asistencia técnica para el cumplimiento de la obligación empresarial de protección de la salud, y medidas para que la actividad preventiva sea efectiva	30
Situación de partida	30
Iniciativas de cambio, sin impacto real	33
Hacia dónde:.....	33
Ideas clave:	34
Medidas que se podrían tomar	35
Eje 6: Control y sanción del incumplimiento empresarial	37
Primer grupo: La sanción administrativa	37
Segundo grupo: La censura penal	39
Tercer grupo: La responsabilidad indemnizatoria. La compensación	40
Cuarto grupo: Conflictos colectivos y demandas declarativas de derechos.....	41

Eje 7: Papel de las administraciones públicas, participación institucional y fomento de su mejora..... 42

 Diagnóstico di situación..... 42

Las 73 propuestas y su grado de prioridad según la encuesta. 44

Presentación

Las 73 propuestas para mejorar la prevención de riesgos laborales en España que presentamos en este documento son el resultado de un largo, complejo y fructífero proceso de reflexión que hemos empezado desde CC.OO.-ISTAS, pero en el que hemos implicado a otros agentes significativos públicos y privados.

Hemos emprendido este proceso de formulación de propuestas para darnos la oportunidad de organizar un debate colectivo acerca de cuáles deberían ser las actuaciones públicas fundamentales para mejorar la prevención de riesgos laborales y así, las condiciones de trabajo que afectan a la salud y seguridad de los y las trabajadores/as, desde una óptica propositiva. .

Aunque este evento se enmarca formalmente en la conmemoración de los 20 años de la LPRL, hemos querido ir más allá de establecer necesidades puntuales de cambios en la normativa. Creemos que arrastramos demasiadas inercias derivadas de las opciones que se han ido tomando durante estos 20 años y que, además, la realidad social no se corresponde con la que inspiró a estas opciones. Creemos que un enfoque renovado debe responder a la realidad actual, marcada por, esquemáticamente,

- la proliferación de pequeñas o micro empresas (y/o autónomos, verdaderos o falsos) que forman parte de cadenas de subcontratación para el suministro de servicios o productos a grandes empresas, que tienen la capacidad de imponer sus precios dejándoles escaso margen de ganancia, revierten esas presiones sobre los y las trabajadores;
- un entorno institucional de actuación pública minimizada que apenas regula mínimamente el “mercado de la prevención”;
- la proliferación, en este contexto, de contratos precarios con salarios bajos con condiciones, inseguras, peligrosas, penosas....; y en los que los trabajadores y trabajadoras tienen escasa capacidad para hacer oír su voz respecto a las condiciones de salud y seguridad; un entorno, en el que los y las trabajadores no ven clara la protección de sus derechos a la prevención de riesgos laborales, en el que las instituciones no se han dotado de los medios necesarios para escuchar el malestar e intervenir para la mejora de las condiciones de trabajo que afectan a su salud y seguridad,

Necesitamos unas políticas renovadas, decididas, y dotadas de recursos suficientes, que permitan reforzar el ejercicio de las propias autoridades públicas respecto a la prevención en las empresas (y en el mercado de productos, aspecto que hemos desarrollado aquí mucho menos), y desarrollar las condiciones necesarias para influir en la actividad preventiva en las empresas.

Con el fin de debatir estas políticas, hemos buscado un formato que nos ha permitido desarrollar un diálogo fructífero no sólo en el ámbito sindical sino también con nuestro entorno, implicando a expertos, profesionales y cargos públicos que se han mostrado preocupados por la deriva actual de “la prevención” y el limitado impacto que ésta parece tener en la salud y seguridad de los trabajadores.

Hemos agrupado los problemas en un número limitado de “ejes” temáticos. Entendemos los ejes como “funciones” o áreas que deben ser atendidas mediante políticas públicas, para la protección de la salud de los trabajadores en el trabajo. El título de cada eje, justamente, pretende desprenderse de la forma concreta con la que se le ha dado respuesta institucional en nuestro entorno, para apuntar a la función que se pretende atender.

Los 7 ejes sobre los que hemos trabajado, sin pretender darles un orden de importancia, son:

1. Sistema de información, investigación y creación de conocimientos necesarios para la acción pública, que dé visibilidad a las condiciones de trabajo y los daños a la salud que provocan: una visión desde los determinantes de la salud y el conflicto social.
2. Formación de los actores que intervienen en la prevención
3. Vigilancia de la salud, detección precoz de daños derivados del trabajo y acción protectora de la Seguridad Social
4. Participación de lxs delegadxs de prevención y de lxs trabajadorxs
5. Asistencia técnica para el cumplimiento de la obligación empresarial de protección de la salud, y medidas para que la actividad preventiva sea eficaz
6. Control y sanción de los incumplimientos empresariales (y de la normativa de seguridad del producto)
7. Papel de las administraciones públicas, participación institucional y fomento de su mejora.



Para cada eje, hemos desarrollado los textos que se presentan a continuación. Cada uno de ellos pretende aportar varios elementos: (a) **la caracterización de la situación de partida, señalando los problemas que limitan la eficacia de las respuestas actuales**, (b) trazar **hacia dónde habría que avanzar**, (c) **presentar propuestas de medidas concretas**.

Esperamos que el resultado que presentamos aquí sirva para apuntar, como en un buen análisis de las causas de un accidente, al conjunto de factores que estuvieron detrás.

Hemos querido soñar que se nos va a hacer caso, y estar preparados para aportar visión estratégica, diagnósticos de problemas y propuestas de soluciones a un debate para un programa amplio de reformas para "lo antes posible".

Mediante una serie de actividades preliminares hemos recibido, de muchas personas, aportaciones y comentarios que nos han servido para revisar los textos preliminares. En concreto, hemos trabajado con gente del sindicato y de fuera en un formato de "panel de expertos", en el que hemos debatido unos textos breves y esquemáticos, cuyo fin era enfocar el debate. También hemos realizado una encuesta a través de internet, en las que además del voto sobre las 73 propuestas que presentamos, hemos recibido más de 1000 comentarios cualitativos que nos han sido de gran ayuda.

En esta jornada, hará la presentación de los resultados de estas actividades preparatorias Pedro Linares, Secretario Confederal de Salud Laboral. Seguidamente, trabajaremos en tres mesas, y no en los 7 ejes con los que hemos venido trabajando, con el objeto de dar expresión a muchas de vuestras voces.

A todas y todos los participantes en esta actividad y en las anteriores os agradecemos enormemente vuestro interés y vuestra colaboración.

Eje 1: Sistema de información, investigación y creación de conocimiento necesario para la acción pública, que dé visibilidad a las condiciones de trabajo y los daños a la salud que provocan: una visión desde los determinantes de la salud y el conflicto social.

Situación de partida.

La visión tradicional de la salud laboral contempla los problemas de salud relacionados con el trabajo como la consecuencia de la exposición “ambiental” a “factores de riesgo” (de seguridad, químicos, físicos, ergonómicos, biológicos y psicosociales) que pueden dañar la salud. Bajo este prisma, la observación de (algunos) daños que estas exposiciones pueden provocar en la población trabajadora se plantea como la forma de conocer los problemas y su evolución.

Sin embargo, esta visión ignora lo más importante para la salud, como son sus determinantes sociales y laborales (la organización del trabajo, las relaciones de empleo y las prácticas de gestión de la mano de obra que de ellas se derivan¹); y relega la resolución de los problemas de salud laboral a una cuestión “técnica” que debe resolverse a través de sistemas de “gestión de riesgos ambientales” (y personales) que funcionan en base a criterios determinados por “expertos”. Bajo esta visión, no existe conflicto social.

En términos generales, en un momento histórico, y dado un consenso de lo que se considera o no un estado aceptable de salud, la población en edad de trabajar (estén en esos momentos ocupados, parados o inactivos), dada una estructura productiva (tamaño de empresa, estrategias empresariales predominantes, capitalización de los procesos productivos, especialización productiva en la división internacional del trabajo...), un modelo de relaciones laborales, y unas prácticas de gestión de la mano de obra, estará expuesta de forma más o menos intensa a una serie de factores de riesgo (de seguridad, higiénicos, ergonómicos y psicosociales) que, en función de la fortaleza y eficacia del sistema preventivo y del propio desarrollo del Estado del Bienestar (sanidad, protección social,...), conllevará unos niveles determinados de deterioro, registrado o no, de la salud de la clase trabajadora (lesiones, enfermedades, accidentes,...).

Desde esta perspectiva, un sistema de información debe no sólo mostrar los resultados del proceso laboral, el daño a la salud, sino también, y de forma más importante, sus determinantes, las condiciones de empleo y de trabajo y las prácticas de gestión de la mano de obra, causas últimas de la exposición a riesgos para la salud. Un sistema integrado debería recoger ambos parámetros de forma relacionada (condiciones de trabajo y daños a la salud).

Hemos cometido el error estratégico, a pesar de ser claramente deficiente, de convertir la estadística de accidentes de trabajo y enfermedad profesional en una fuente de

¹ Las prácticas de gestión de la mano de obra en las empresas (donde se incluyen aspectos como contratación, horarios, participación, prevención de riesgos,...) están delimitadas, principalmente, por la dinámica del modelo de relaciones laborales imperante (marco institucional, papel de los actores del modelo, Estado, sindicatos y patronales, estructura productiva...). El modelo de relaciones laborales nos determina la mayor o menor importancia del marco normativo, las formas en que los trabajadores están representados en la empresa, las dinámicas de gestión del conflicto y el consenso, la estructura y el papel de la negociación colectiva, etc. El sistema de seguridad y salud en el trabajo es una parte de este marco institucional específico, que no independiente, encargado de dinamizar, vigilar y asegurar que el proceso laboral no conlleva un deterioro de la salud de los trabajadores, y que si lo hace, este daño es asumible, o está compensado económica y asistencialmente, sancionando, por supuesto, los comportamientos punibles.

información de referencia que guía las políticas en materia preventiva. Se ha llegado a concluir en algunos estudios que una reducción de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales registrados, es sinónimo del buen funcionamiento de nuestro sistema de seguridad y salud en el trabajo. En cambio, estaremos de acuerdo en que no nos atreveríamos a decir que esa reducción es consecuencia de una mejora en las condiciones de trabajo. Es obvio que esto no es así, y que la precarización del mercado laboral ha continuado aumentando. Algo, por lo tanto, falla en esta sentencia: si la salud de los trabajadores es consecuencia última de las condiciones de trabajo, y éstas han empeorado, ¿por qué no se observa un deterioro en la salud de los trabajadores en estas fuentes estadísticas?. Básicamente, el error consiste en considerar el registro como una fuente neutral de información, como un dato exógeno o una variable independiente cuando es precisamente lo contrario, una consecuencia del propio proceso sociolaboral.

Esta forma de visibilización del daño tiene un claro hándicap: las dificultades del reconocimiento del daño, no digamos ya su gravedad. El registro se convierte así, no en un acto voluntario², sino en uno de los frutos del propio conflicto social: el proceso de determinación del daño no es neutral. Qué se considera o no enfermedad profesional es fruto de decisiones políticas, no científicas (las enfermedades cardiovasculares, mentales... están infravaloradas); los intereses económicos relacionados con la gestión del propio sistema incentivan el no reconocimiento del daño; la propia nota registral, el parte de accidente o enfermedad, presentan serios problemas de validez y fiabilidad; las dificultades en el ejercicio de los derechos por parte de los trabajadores, junto con la falta de información y formación, pone trabas al proceso de reconocimiento del daño. Estos elementos hacen que las estadísticas sobre daños a la salud sean imperfectas por definición, consecuencia lógica de un proceso conflictivo en el que la lucha de intereses es evidente. De hecho, nos atreveríamos a decir que el registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, muestra, en cualquier escenario, solamente los daños explícitos consensuados (en el sentido de procesos normativizados) socialmente y "permitidos" por un sistema que desincentiva precisamente su detección y registro. Incluso, siguiendo esta lógica, podríamos concluir que un aumento del registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en cierta forma, nos muestra un cierto éxito de visibilización (por ejemplo como consecuencia de la acción sindical en las empresas en salud laboral). En conclusión, un registro "no neutral" no puede ser nunca la fuente principal de información y conocimiento de los daños a la salud.

Por otro lado, otras fuentes de información, como la investigación científica en salud laboral, o la información que se desprende de las actividades de instituciones esenciales en el sistema de salud y seguridad en el trabajo, como el INSHT, la Fundación de Prevención de Riesgos Laborales o la Inspección de Trabajo, adolecen no sólo de un marco estable y suficiente de recursos³, sino de una visión clara de su objetivo en términos de productores de información esencial para la mejora del sistema de seguridad y salud, y de las condiciones de trabajo en último extremo.

Mirando hacia el futuro.

Tanto la OMS (Organización Mundial de la Salud), como la Ley General de Salud Pública, o la propia Estrategia Española de Salud Laboral, señalan la importancia de desarrollar sistemas de información e investigación que nos acerquen a la relación entre daño a la salud y sus causas últimas, sus determinantes, las condiciones de trabajo. Nuestra tesis es que si las condiciones de trabajo mejoran (contrato, tiempo de trabajo, salario,

² Como puede ser la inscripción en las oficinas de empleo por parte de la población asalariada desocupada.

³ España, por ejemplo, destina escasos recursos a la investigación en salud laboral dado su PIB y su población.

formación, exposición al riesgo, autonomía, participación...), la salud y el bienestar de los trabajadores también lo hace. Una mejora de condiciones que, obviamente, depende, no sólo, ni principalmente, de los sistemas de seguridad y salud, sino de otros factores sociolaborales que vienen determinados por el propio modelo de relaciones laborales y dialéctica capital-trabajo que tiene lugar en las empresas. La democratización de las relaciones laborales aparece en este contexto como un elemento básico de la salud de los trabajadores.

Necesitamos un sistema de información e investigación que responda a las necesidades que aparecen en distintos niveles del sistema de seguridad y salud en el trabajo: mejora de las prácticas de todos los agentes implicados en la prevención de riesgos laborales, funcionamiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, reducción de los riesgos, sobre todo, en los colectivos más vulnerables, aparición de nuevos riesgos,... y la relación entre condiciones de trabajo y salud.

Medidas

1. Sobre el registro de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Debemos exigir la mejora de todos sus componentes (detección, notificación, registro... y su posterior análisis y seguimiento), pero dándoles el valor que tienen⁴. Algunas líneas de trabajo en este sentido serían, entre otras,:
 - a. Recogida, seguimiento y estudio de las investigaciones de las causas de accidentes realizadas por las propias empresas para la mejora de su calidad.
 - b. Estudios de validación empírica del uso de los parámetros utilizados para la calificación de la gravedad del parte de accidentes de trabajo, así como de la validez del resto de códigos utilizados.
 - c. Visibilización de las investigaciones de accidentes de trabajo graves y mortales realizadas por todos los organismos oficiales bajo supervisión del INSHT (desarrollo del BINVAC que reúne algunas investigaciones).
2. Buscar una mayor integración con otras fuentes de información⁵ (registros de enfermedades, como algunos tumores, de altas hospitalarias, encuestas de salud...).
 - a. Una Encuesta de condiciones de trabajo y salud, de periodicidad anual, donde se integrasen las condiciones de trabajo (temporalidad, jornadas, horarios, salarios,...), relaciones laborales (convenio colectivo, representación legal de los trabajadores,...), prevención de riesgos laborales, y efectos en la salud⁶ (accidentes laborales, percepción de la salud, enfermedades...).
 - b. Exigir la introducción de la variable ocupacional⁷ en los registros sanitarios (altas hospitalarias, registros de tumores,...)⁸.

⁴ Según un estudio realizado por la Universidad de Málaga, sólo el 1% de las investigaciones identifica todos los niveles causales del accidente y apenas el 27% cumple los criterios de calidad. Por otra parte, todo indica que debería hacerse un esfuerzo, entre otros, para calificar de forma más certera, la mayor o menor gravedad del accidente.

⁵ Nuestra apuesta política tiene como objetivo la integración de información en dos niveles. Por un lado a nivel de encuesta, y por otro, en lo que respecta a los registros sanitarios (de todos los ámbitos) en los que también se de visibilidad a la variable ocupacional, para con ello poder monitorizar, analizar, investigar, las relaciones entre salud y condiciones de trabajo.

⁶ Las encuestas no son una buena herramienta para la obtención de información sobre incidencias de enfermedades, también las de origen laboral.

⁷ No hablamos de la variable sectorial porque ésta, realmente, no define las condiciones de trabajo. Lo importante no es dónde trabajas, sino cómo trabajas. Además, la realidad productiva hace que los el concepto sectorial varíe a lo largo del tiempo, y que incluso, las empresas integren actividades que pertenecen a varias ramas de actividad.

⁸ En estos momentos, existen registros de tumores en algunas provincias (con denominador poblacional, básico para obtener incidencias), hospitales, o CCAA (Navarra, por ejemplo). Estos registros deberían contar con la variable ocupacional para

3. Desarrollo del Observatorio de enfermedades del Trabajo (no sólo las contingencias reconocidas, sino en sentido amplio) como forma de institucionalizar la vigilancia en la salud y la investigación.
4. Creación de una línea de I+D+i directamente orientada a la investigación de los efectos de las condiciones de trabajo en la salud de los trabajadores y trabajadoras, y otros estudios:
 - a. Estudios anuales de seguimiento analítico de los resultados de la actividad judicial, de la actividad de la Inspección de Trabajo,...
 - b. Estudio de validación de evaluaciones de riesgos y extracción de conclusiones (control y sanción, formación, divulgación,...).

El resultado deber ser la construcción de un sistema de información útil para la salud laboral que no pivote alrededor del daño registrado sino que contemple indicadores clave de condiciones de empleo y de trabajo como su eje central (registros de desempleo, encuestas de condiciones de trabajo, de calidad de vida, ...).

con ello poder monitorizar, analizar, o investigar, las relaciones de ciertos cánceres con la ocupación. Ocurre lo mismo con otras enfermedades (que podríamos analizar), el problema reside en la inexistencia de vínculo entre la enfermedad y la ocupación.

Eje 2 Formación de los actores que intervienen en la prevención..

Situación de partida

La promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 3/1995 de 8 de noviembre, BOE de 10 de noviembre) supuso una revolución en los temas referentes a la seguridad e higiene en el trabajo de etapas anteriores, activando un nuevo modelo de prevención de riesgos laborales, e impulsando a su vez, la aparición de un nuevo sector profesional como el de los técnicos en prevención de riesgos laborales.

Este nuevo modelo tuvo una serie de retos importantes a cumplir, y uno de estos retos tenía que ver con la formación a todos los niveles que la propia Ley refleja: la formación de los trabajadores y sus representantes, de los empresarios, y muy en concreto la de ese equipo de profesionales, entre los que se encuentran los técnicos de prevención, necesarios para asesorar a ambas partes y para llevar a cabo la gestión de los programas y las acciones preventivas que han de ser aplicables en las empresas, dependiendo de los resultados de la evaluación que se haya realizado y de las características que presenten las mismas. Además se pretendía que con la formación, la sociedad española en su conjunto, fuera adquiriendo una “cultura preventiva” que favoreciese la acción preventiva en la práctica, de tal manera que ésta terminara por integrarse en todos los órdenes de la vida.

Es en este momento cuando se plantea de una forma un tanto precipitada, un modelo de formación que se vio reflejado en el posterior Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997 de 17 de enero, BOE de 31 de enero) en el que se establece tres grados de cualificación en sus anexos IV, V y VI: nivel básico, nivel intermedio y nivel superior, siendo la formación de los niveles intermedio y superior la que se considera propia de los profesionales de la prevención (técnicos).

La Ley recoge en sus arts. 14 y 19 el derecho a la formación de los trabajadores, como parte de un derecho fundamental, en materia preventiva que es la protección frente a los riesgos laborales, y no solo esto, sino que es una de las actividades más importantes, puesto que es imprescindible para que pueda llevarse a cabo una prevención de riesgos real y eficaz dentro de la empresa.

Como en un primer momento de la promulgación de la norma no existía una oferta formativa estructurada que tuviera su reflejo en el catálogo nacional de titulaciones, salvo la especialidad de Medicina del Trabajo, se estableció que esta formación podría adquirirse a través de entidades tanto públicas como privadas con capacidad de desarrollarla, previa autorización de la autoridad laboral competente, lo que supuso la proliferación de cursos y másteres de calidad muy diversa, que dio lugar a una gran cantidad de profesionales titulados con distintas especialidades, pero no a especialistas.

Sin embargo, y a pesar de la importancia que tiene la formación, ésta con frecuencia, no se ha ajustado a la obligación legal y, o bien no se imparte formación o se hace de forma meramente formal y documental para justificar la realización de la actividad formativa, en la que se detectan graves deficiencias.

Una formación eficaz, adaptada a las necesidades.

La formación que se imparte suele ser de contenido muy general, corta de duración y muchas veces en modalidad “on line” o a distancia, por lo que no sólo se incumple con las características marcadas en la Ley (teórica y práctica, suficiente y adecuada) sino que no se obtiene el objetivo que se busca con esta formación: desempeño de la actividad de forma segura. Esto por lo que respecta a los trabajadores.

En cuanto a la formación de Delegados de Prevención, los incumplimientos reiterados son aún mayores. Si bien esta formación viene recogida en el art.37.2. del RSP en el que se obliga a las empresas a darles la formación que resulte necesaria para el ejercicio de sus funciones, no

especifica la duración y las características de esta formación. Sólo se indica que ha de ser superior al del conjunto de los trabajadores. Vemos que con frecuencia, la formación que se imparte es de nivel básico con los contenidos y la duración mínima establecida en el Reglamento: 30 ó 50 horas en función del sector de actividad. Suele ser en modalidad “on line” y sin contenidos prácticos. Además, frecuentemente ésta no se va a dar de forma periódica, ni con relación a temas específicos relacionados con las tareas que desempeñan, como hemos podido comprobar en múltiples ocasiones (“el curso realizado es interesante, pero no puedo aplicarlo a la realidad de mi empresa”).

Para que esta formación fuera eficaz debería consultarse a los trabajadores los contenidos, la planificación del curso, etc... ya que son ellos los que conocen las necesidades que detectan en los puestos de trabajo, sus capacitaciones, las necesidades formativas que tienen, etc.. para poder enfrentar la actividad preventiva.

Pero centrándonos en la formación de los técnicos (según la norma, los acreditados para ejercer esta competencia) vemos que presentan algunas deficiencias que sería necesario abordar, máxime cuando debemos enfrentar en breve una serie de cambios que se nos van a plantear.

En qué consiste, o deberá consistir la preparación técnica/ pedagógica de un Técnico en prevención de riesgos laborales? Qué competencias debe tener? Cómo se desarrolla su formación? Qué cambios en la misma deberían darse?

Esta situación se ha venido arrastrando hasta el año 2010 en el que con la promulgación del RD 337/2010 la formación de los técnicos de prevención de riesgos laborales de nivel superior sufre un cambio (ya que el sistema formativo vigente hasta ese momento está basado en una titulación oficial universitaria con un contenido especificado en el anexo VI), y se pasó a la creación de un título acreditativo partiendo de una titulación en el marco del proceso de Bolonia, como forma exclusiva de capacitar a profesionales para el desempeño de funciones de nivel superior.

Los profesionales que han estudiado una carrera al amparo de lo contenido en el Anexo VI del RSP cursan un nivel superior de la FP definido formalmente, y que les acredita para la impartición de la formación e información, realizar actividades de formación básica para los trabajadores. Otra cuestión sería la competencia “práctica” de estos técnicos, que tienen una formación excesivamente teórica.

El hecho de que la formación de estos técnicos haya pasado de centros reconocidos por la autoridad laboral a centros de FP, ha garantizado, en parte, la calidad de estos profesionales; pero la norma les atribuye unas competencias limitadas, de tal manera que en la práctica se han convertido en “ayudantes”, con poco margen de actuación, ya que muchos de los espacios laborales son ocupados por los técnicos superiores (universitarios), por lo que entendemos que estos estudios y sus correspondientes titulaciones deben ser replanteados.

Los técnicos superiores(universitarios), por su parte son los acreditados para ejercer funciones de nivel superior (sin embargo, su titulación es irregular en el diseño universitario español).

No obstante y **a pesar de estos cambios**, la realidad es que, al margen de las entidades de formación, **no se han realizado modificaciones de calado en la oferta formativa**, ni en su tiempo de dedicación al desarrollo de la misma, ni a los contenidos. Podemos comprobar que los contenidos contemplados en el Anexo VI del RSP siguen siendo los mismos, quedando algunos de ellos obsoletos, según la opinión de los propios profesionales de la prevención.

Qué tenemos? Existen hoy 42 universidades españolas que imparten máster en Prevención de Riesgos Laborales. La mayoría en forma de máster oficial, aunque la tendencia es la formación de una titulación propia.

Qué tipo de formación reciben los graduados? La legislación actual no especifica la duración en términos de créditos del máster, lo que implica que según la universidad, la preparación académica

puede ser de 60,90, o 120 créditos, con lo que las universidades son libres de actuar la aplicación del Anexo VI como lo consideren.

Por otro lado, existen tres especialidades, ello supone que:

- En la misma duración posible, los estudiantes pueden profesionalizarse en todo.
- No existe una troncalidad común clara y potente. Aunque queda determinada por módulos en el Decreto, el mismo, no señala el currículo de las especialidades.
- No se determina la carrera de procedencia para acceder a las mismas (podría existir la posibilidad de un curso puente?).

Para finalizar, la normativa establece que la formación será **“acreditada”** no **“impartida”** (cuestión esta que no carece de importancia), lo que nos puede llevar a concluir que la formación **“superior”** no está aportando las competencias oportunas al profesional de la prevención para desarrollar con éxito su labor (no todas las universidades funcionan igual)

Por lo tanto, habría que replantearse la necesidad de una titulación con la aplicación de unos nuevos parámetros que exigieran más de la enseñanza impartida: redefiniendo los objetivos, las competencias, metodologías de los formadores..(para aplicar a los que luego serán técnicos en prevención).

Asimismo se ha constatado a lo largo de este tiempo, que la oferta formativa que se ha venido ofreciendo, ha sido condicionada por distintos factores, uno de ellos y fundamental, ha sido el beneficio económico de muchas de las entidades que impartían esta formación, basada en un formalismo excesivo, lejos de lo que en realidad debería ser una auténtica actividad formativa (Boix, 2000).

En este mismo sentido, como ha sido señalado por diferentes expertos (Cobos, 2006, entre otros), la calidad de la oferta ha venido cayendo; así como los estándares de calidad tampoco parece que se cumplan en un buen número de casos (Alonso Arenal, INSHT).

Así el panorama, se ha venido demandando desde distintas instancias la evaluación de la calidad de los servicios de prevención en España, ya que según distintos estudios realizados muestran que éstos adolecen de deficiencias que pueden estar en relación con el sistema de formación de que nos hemos dotado; y teniendo en cuenta que estos servicios de prevención son en su gran mayoría protagonistas de la acción preventiva en los lugares de trabajo, pensamos que hay que reflexionar acerca de cómo abordar esta cuestión.

Plan nacional de formación en prl. Un punto de partida.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud (2007-2012) 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 los servicios de prevención. El objetivo 6 planteó también **“potenciar la formación en materia de prevención de riesgos laborales”** y como colofón del objetivo 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”** .Asimismo se creó un Grupo de Trabajo sobre formación en materia de prevención de riesgos laborales con el objeto de mejorar la **coordinación institucional y el diseño de las políticas públicas en esta materia.**

Como resultado de lo anterior se ha elaborado, con una serie de propuestas a desarrollar, el Plan Nacional de Formación en PRL. En el mismo se contemplan una serie de medidas que abarcan la integración de la prevención desde la Educación Primaria y Secundaria, también en la FP y en la Formación universitaria **“perfeccionando la integración de los contenidos preventivos en los currícula**

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 podría ser un buen punto de partida para la reflexión.

Por otro lado, constatar que las nuevas realidades económicas y laborales, y los avances tecnológicos tan cambiantes, han dado como resultado el que haya una relación diferente y creciente de factores de riesgo laboral que está incrementándose, y ello supone, de igual manera, el cambio del papel del técnico de prevención.

¿Cómo afrontar este nuevo reto? La situación es cada vez más compleja y por tanto, el técnico tendrá que adecuar sus conocimientos y su experiencia a la misma.

¿Qué tipo de formación necesita para adecuarse?

Una formación continua?. Una certificación periódica?. Una evaluación que certifique que tiene los conocimientos adecuados para enfrentar los nuevos retos?

Cómo lo articulamos? Son cuestiones abiertas para el debate.

Hacia dónde? Deberíamos tender hacia un modelo de Formación Continua promovida desde el ámbito de la Administración/Ministerio de Educación, con la colaboración de entidades reconocidas, como el propio INSHT, en el que se tuvieran en cuenta la formación recibida, así como la actividad desarrollada, lo que supone el reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral.

Esto en relación con la formación de los técnicos de nivel intermedio, viene recogido en el RD 1224/2009, por el que se establece el procedimiento para la evaluación y acreditación de competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral y vías no formales de formación. Esta norma (aún sin desarrollar) permitiría a las personas con experiencia en materia de prevención, acreditar sus competencias profesionales para, complementándolas con la formación adicional que se requiera, obtener la acreditación necesaria para el ejercicio profesional. Es un aspecto que entendemos se debería abordar.

En el Plan Nacional de Formación en Prevención de Riesgos Laborales, ya se plantean una serie de propuestas y medidas para el desarrollo de la EESST, en materia de formación en PRL, pero la cuestión es: se han llevado a cabo estas medidas. Cuáles son los resultados de la implantación de las mismas? En que cuestiones es necesario insistir para mejorar? Creemos que muchas de las medidas que se propusieron se han quedado enunciadas y que deberán retomarse en la EESST de 2015-20120.

Uno de los temas que debería acometerse en el Plan Nacional de Formación en Prevención de Riesgos Laborales sería el de la **armonización de los contenidos troncales de las distintas titulaciones**, lo que permitiría una mayor integración de los contenidos en las titulaciones, cuestión esta que evitaría muchos desajustes cuando se pretende una acreditación de las competencias profesionales.

Medidas

Para enfocar el desarrollo de la EESST de 2015-2020 proponemos una serie de medidas:

1.- Reconocer el derecho a la formación de los delegados, lo que incluye:

* Derecho a la formación, no solo en materia preventiva, sino también en lo que supone su función representativa y el ejercicio de sus competencias.

2.- Promocionar la formación en PRL y la gestión preventiva e integral de la empresa, con la participación tanto de los equipos directivos, como de las estructuras de mando intermedio.

- 3.-** Potenciar la impartición a los trabajadores de módulos formativos que les capaciten para activar su autoprotección frente al riesgo y conocer el funcionamiento del sistema de gestión preventivo en la empresa –según la LPRL-, evitando así una formación generalista, abstracta, alejada de la realidad del trabajo (“a pie de obra”).
- 4.-** Diseñar un itinerario formativo que evite el desequilibrio existente entre los distintos niveles (RSP).
- 5.-** Reforzar el papel de la formación de nivel intermedio de tal manera que capacite para el desempeño en sus funciones en todos los sectores (mínimo 100 horas), lo que fomentará la integración de la gestión preventiva.
- 6.-** Revisar los programas formativos para el desempeño de las funciones de nivel superior, separando las especialidades formativas de Ergonomía y Psicología aplicada, cada una de ellas con entidad propia.
- 7.-** Establecer un curso para poder acceder a las especialidades que no vengan acreditadas por la formación previa.
- 8.-** Constituir la especialización de nivel superior con programas amplios y flexibles que supongan la actualización constante de los profesionales.
- 9.-** Planificar acciones de formación y sensibilización dirigidas a las diversas etapas de la formación reglada implicando en la misma, tanto al personal docente como a los agentes sociales.
- 10.-** Promover la formación en prevención de los profesionales sanitarios y de los especialistas en Medicina del Trabajo.
- 11.-** Asegurar la financiación de los programas de formación dirigidos a los trabajadores, Delegados de prevención, dirección y mandos intermedios; para que sea impartida por los agentes sociales con financiación pública.

Eje 3: Vigilancia de la salud, detección precoz de daños derivados del trabajo y acción protectora de la Seguridad Social

Vigilancia de la salud

La Constitución Española establece dentro de sus principios rectores que el Estado mantendrá un régimen público de Seguridad Social. En el artículo 43 de la Carta Magna se reconoce el derecho a la protección de la salud y se encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante **medidas** tanto de prevención como por medio de prestaciones y servicios.

Bien es cierto que es un *principio* que no tiene directa puesta en práctica, pero sí tiene la misión de inspirar el ordenamiento que el poder legislativo desarrolle sobre salud.

A su vez, el artículo 41 de la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social que igualmente garantice la asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad.

El fin está claro: ha de ser *garantista* por parte del Estado. En cuanto a los medios ya hay más dudas y más en los Estados actuales en los que las entidades privadas participan de los recursos públicos para la dispensa de servicios encomendados a las administraciones. Es decir, el Estado garantiza un sistema gratuito pero no establece que el mismo sólo se puede ejecutar por el sector público. Así, participan en el desarrollo de los aspectos que tienen que ver con el “derecho a la salud”, un sinnúmero de entidades privadas con los criterios economicistas de “negocio”, eficacia y eficiencia económica, más que con criterios orientados por indicadores de salud y calidad asistencial del servicio.

El modelo vigente de atención a la salud de las personas que trabajan, como tal, proviene de mediados de los 60 del siglo XX y ha ido asumiendo cambios a la par de los avatares sociopolíticos. En sanidad se mantiene un sistema dual de atención: uno financiado por impuestos, gestionado por las Administraciones sanitarias Autonómicas y dispensado por los sistemas públicos de salud y otro especializado en los daños del trabajo, financiado por cuotas de Seguridad Social, gestionado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y dispensado en su mayor parte por entidades privadas colaboradoras con la Seguridad Social (las Mutuas).

La opción política en las diversas legislaturas tras 1995 ha sido confiar a la iniciativa privada la **gestión** de las prestaciones públicas del sistema. El último acto ha sido en 2015 usando el instrumento de la Ley de Mutuas, Ley 35/2014, con la mercantilización plena de los servicios de prevención. Desprendiéndose Seguridad Social de todo activo en las sociedades de prevención y dejando que entidades totalmente privadas copien ese espacio. De hecho, lo que pensaba que se iba a disgregar en pequeños o medianos grupos de prevención, ha sido asumido por un gran grupo financiero del negocio hospitalario IDC SALUD QUIRÓN donde en verano de 2016 ha entrado en su accionariado con fuerza el principal grupo de salud privado alemán HELIOS.

Por tanto, las actividades de **vigilancia de la salud**, que son obligación expresa de las personas que emplean a terceros en su organización laboral, son realizadas por el personal sanitario de los servicios de prevención, ajeno al “empleo público”. Es decir, tanto la dirección como la ejecución de esta vigilancia de la salud se efectúan por entidades sanitarias privadas. Donde el control de la Administración se establece por la aportación de

los criterios de autorización y el control *a posteriori* y con escasa influencia en la gestión directa de estos servicios.

El empleador o empresario es quien opta por el servicio que le va a dispensar la actividad sanitaria preventiva, con la negociación si así lo ha comprometido o por decisión unilateral en la mayor parte de las ocasiones. También paga por este servicio, aparte de las aportaciones de cuota de Seguridad Social. Por tanto, elige anualmente quien le va a proveer este servicio en un mercado en el que existen servicios de prevención de distinto tamaño e implantación, donde la elección ni vincula por el tipo, tamaño o sector de la empresa, sino sólo por el criterio que el empleador vea más oportuno.

Al año se mueven ingentes recursos económicos en vigilancia de la salud y particularmente en la realización de los reconocimientos médicos. No obstante, los resultados preventivos derivados de estos recursos no siempre son útiles para anticiparse a los daños del trabajo.

En numerosas ocasiones los reconocimientos médicos son, en el mejor de los casos generalistas y no centrados en los riesgos de la actividad laboral. Por tanto, estas pruebas y actos médicos no están centrados en la concreta actividad laboral ni en la detección precoz de alteraciones de salud como consecuencia de las diversas exposiciones a las condiciones de trabajo. De ahí el escaso “afloramiento” de las enfermedades relacionadas con la actividad laboral y su entorno. Como consecuencia de ello la vigilancia de la salud no observa sistemáticamente la actividad laboral con el fin de identificar posibles daños y diseñar alternativas preventivas. Funciona en perspectiva “sidecar” (*acompañando a y no complementándose con*) con el resto de las actividades técnicas preventivas. En el peor de los casos, estos reconocimientos médicos son usados como criterio de estigmatización para la renovación de contratos o como herramienta para respaldar un despido objetivo por causas de salud. Herramienta que se ha visto favorecida por la legislación al respecto de la última reforma laboral que permite que una persona pueda ser objetivamente despedida por sus reiteradas faltas aún justificadas por necesidades de salud avaladas por los sistemas asistenciales al efecto (art. 52 Estatuto de los Trabajadores).

La vigilancia de la salud, por tanto, no se integra en el diseño interdisciplinar de los servicios de prevención que prevé la Ley de Prevención 31/1995 y su Reglamento de desarrollo. Se centra principalmente en el “negocio” de los reconocimientos médicos. Que se acentúa si éstos toman el carácter de anuales “obligatorios”, sin el fundamento en las exposiciones peligrosas en el trabajo, pero que pueden mover ingentes cantidades de dinero en pruebas y análisis.

Consecuencias:

- La vigilancia de la salud no ofrece una información detallada sobre la influencia de las condiciones de trabajo en los daños a la salud. Se pierde el potencial epidemiológico de unas actuaciones sanitarias sin una planificación, integración y fin preventivo eficaz.
- Los servicios de prevención no reportan a las autoridades competentes información veraz y efectiva para tener un marco claro de cómo y con qué enferman las personas expuestas en el trabajo.
- Aún siendo la acción preventiva el fin de la vigilancia de la salud, los protocolos que se aplican en los reconocimientos médicos persiguen más un criterio de “aptitud” que le sea útil al empleador para la selección y segregación de los empleados que tiene a su cargo. Por tanto, se impone un criterio de “selección de los más fuertes” más que una

alternativa preventiva que sea capaz de ofrecer **recomendaciones** si se detectan alteraciones de la salud por exposición laboral.

- La técnica de la vigilancia de la salud no ha pasado del paradigma reactivo frente a las “causas de los daños”, al paradigma proactivo frente a los “factores de riesgo” en el trabajo.
- De las conclusiones de la vigilancia de la salud se deriva a las personas que trabajan, para que reciban atención en los servicios públicos de salud o por medio de aseguradoras sanitarias privadas pertenecientes a los mismos grupos empresariales que los servicios de prevención, como si de los resultados de las exposiciones laborales sólo se derivasen enfermedades comunes y no alteraciones de salud debidas a las exposiciones laborales. Quedando lejos el objetivo de la *epidemiología laboral* que pretendía la Ley de Prevención, herencia que venía de la Ley General de Sanidad de 1986 y hoy se ha intentado insertar sin demasiado éxito en la Ley de Salud Pública.
- Los profesionales de los servicios de prevención, dirigidos por patronales que buscan el “negocio de la salud” más que la prevención de riesgos laborales, ven como su actividad se denigra, se empobrece y a la vez se deteriora en la percepción social que el trabajador o trabajadora tienen de quien debiera ser un experto imparcial para la mejor prevención de los riesgos en el trabajo.
- El ámbito competencial bicéfalo: sanidad/trabajo, administración central/autoridades autonómicas, público/privado permite múltiples vías de escape para tergiversar el objetivo último, que es garantizar centros de trabajo “saludables” que no alteren la salud de las personas que tienen que trabajar en ellos.

Dónde debemos ir:

La necesidad de recorrer el camino de lo privado a lo público:

El camino que se abrió en materia de prevención de riesgos laborales con el cambio de paradigma que supuso la aplicación del Real Decreto 39/1997 en desarrollo de la Ley de Prevención 31/1995 fue de “externalización” de la actividad preventiva. Lo cual supuso que empresas privadas tomaran el mayor protagonismo en la actividad preventiva. Incluso con el beneplácito de la inspección de trabajo y seguridad social. Es decir, es más fácil externalizar la actividad de prevención que asumir la misma con medios propios, aspecto que posteriormente hay que auditar “privadamente” (llevándose por delante el supuesto ahorro al realizar la actividad con medios internos a la empresa).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales autorizó a las mutuas para realizar actividad preventiva como servicio de prevención “ajeno” para sus empresas mutualistas. Al principio no hubo servicios de prevención ajenos privados que disputasen este espacio, pero con el tiempo surgieron y formaron asociaciones. Una de estas asociaciones (ASPA) inició una campaña de reclamación de “competencia desleal” frente a las mutuas con el resto de servicio de prevención ajeno, bajo el argumento de que las mutuas podían tener precios más competitivos al financiar parte de sus actividades preventivas con los recursos provenientes de cuotas de seguridad social que se debían destinar a la reparación de los daños.

Finalmente la interpretación del “Tribunal de la Competencia” dio en parte la razón a las asociaciones privadas de los servicios de prevención ajenos y ello trajo como consecuencia que el legislador publicase el Real Decreto 688/2005 que forzaba a la “segregación” o división total de lo que las mutuas destinaban a prevención de riesgos laborales del resto de sus actividades. De ahí surgieron las “Sociedades de Prevención”, adscritas a las mutuas por medio de su capital social, pero totalmente separadas en cuanto a medios humanos y recursos materiales. Dichas Sociedades de Prevención fueron los

servicios de prevención anexas a las mutuas que sin embargo operaban en el mercado sin el carácter de “colaboradora” con la Seguridad Social, sino en igualdad de condiciones que el resto de servicios de prevención ajenos privados.

El devenir del tiempo ha llevado a que parte del personal de las mutuas fuese transferido a estas sociedades de prevención y Seguridad Social reclamase que de la constitución de las mismas se desprendía una deuda con Seguridad Social de aproximadamente **40 millones de euros**, que debía ser a reembolsar para el Sistema.

La reclamación de la continuidad de “vasos comunicantes” entre partidas de cuotas y financiación de la actividad preventiva de las Sociedades de Prevención nunca cesó, más la presunción de Seguridad Social que por medio de las Sociedades de Prevención se estaba generando un agujero creciente de las mutuas con el Sistema provocan que finalmente, con la aprobación de la Ley de Mutuas en diciembre de 2014, se forzó por la Administración a que todas las mutuas debían deshacerse de sus activos en las sociedades de prevención. Lo cual era una apuesta clara de Seguridad Social por deshacer la sospecha de posible financiación con cuotas de actividad preventiva de empresas mutualizadas y además que Seguridad Social optaba definitivamente por dedicarse a la labor reparadora y no tener vínculos en la actividad preventiva (salvo residualmente en programas de alta siniestralidad).

Clara opción política del legislador que se desprende de la responsabilidad de la prevención de los daños, lanzando al mercado dicha actividad y cerrando cualquier cuadratura del círculo entre prevención y reparación de daños de origen laboral.

Por tanto, desde mediados de 2015 la actividad preventiva ha quedado en su totalidad mercantilizada, es decir, los activos de las Sociedades de Prevención han sido vendidos en el libre mercado y los han adquirido, como ya se ha comentado, principalmente el gran grupo de la sanidad privada IDC SALUD, Quirón, Capiro.

“**Quirónsalud**” es la compañía mayoritaria en España en la prestación de servicios sanitarios privados. En este grupo se integra IDCsalud y Quirón, uniendo una experiencia de 60 años en la atención asistencial privada. En el verano de 2014 el fondo de capital riesgo CVC se hizo con el control del grupo hospitalario Quirón, compuesto previamente por las entidades hospitalarias de la familia Cordón, IDC Capiro desde 2011.

Las Mutuas se han desprendido de sus activos en prevención de riesgos laborales. Hay quien ha denominado a este proceso como el mayor proyecto de privatización de recursos públicos de cuota vía Mutuas para el mercado privado.

Las Mutuas ya sólo destinan a prevención el 0.7 % de sus cuotas de Seguridad Social por contingencia profesional, para actividades para empresas que tienen alta siniestralidad y sin competir en el mercado con los servicios de prevención. Cantidad residual con respecto a toda la actividad preventiva que históricamente realizaron las Mutuas.

Por tanto, se ha producido la “mercantilización” de la actividad preventiva y una de las mayores privatizaciones de recursos de Seguridad Social que han pasado al mercado privado de las entidades que han adquirido las antiguas “Sociedades de Prevención”.

El resultado ha sido que se ha deteriorado la **calidad** en la prestación del servicio. Una de las situaciones que contribuyen al deterioro de la prestación del servicio ha sido que los empleados y empleadas en sociedades de prevención han perdido la cobertura de su Convenio Colectivo y la patronal se niega a la firma de un acuerdo que garantice las condiciones mínimas de partida que tenían los empleados y empleadas antes de la venta

de las sociedades de prevención. De ahí que las condiciones de trabajo han empeorado, dando como resultado un mayor ratio de empresas y trabajadores a los que debe atender un técnico o técnica de prevención o una unidad básica de salud. Las distancias de desplazamiento se han incrementado, no se pagan los kilometrajes y las muestras analíticas no se custodian con las garantías debidas, en muchas ocasiones, esas muestras se trasladan en los vehículos propios no acondicionados de los empleados que han dado el servicio. Hay una voraz competencia en el mercado por la captación de empresas y ello lleva a una bajada de precios, hasta tal límite, que las cantidades que se pagan no pueden garantizar una calidad mínima de atención, aun habiéndose, como se ha dicho, empeorado el precio de la hora de técnico e incrementado el ratio de dedicación.

Por eso **Comisiones Obreras**, en defensa de la necesidad de unas garantías en seguridad y salud de las personas que trabajan y en defensa de lo público, como modelo de neutralidad y profesionalidad, para evitar la presión económica de quien concierta el servicio y con el fin de obtener un criterio independiente **propone que exista:**

- Un **sistema público de vigilancia de la salud** integrado en los servicios públicos sanitarios. Dotado de especialistas en medicina del trabajo, con criterio y con capacidad de decisión en la calificación del origen de las enfermedades y las alteraciones de salud. De ahí que los diagnósticos de sospecha que se proponen en el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006 sean el punto de partida sobre el que elaborar el criterio del INSS a la hora de aflorar las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo.
- Un sistema público de información sanitaria laboral eficaz, alimentado con los datos de una vigilancia de la salud con criterio epidemiológico. Como colofón necesario de la Ley de Salud Pública. Aspecto ya previsto en la Ley General de Sanidad de 1986.

Además se tiene que dar un uso eficaz y eficiente de los recursos económicos que las empresas destinan a reconocimientos médicos:

- Un uso eficaz de los actos médicos, sustentados en la necesidad de observar los efectos en la salud de las condiciones de trabajo. Las pruebas e intervenciones sanitarias se tienen que sustentar en la necesidad de actuar frente a un riesgo o factor de riesgo previamente claramente establecido y definido en la evaluación de riesgos laborales.
- Una finalidad preventiva absoluta de las conclusiones de las intervenciones en la salud de la población trabajadora. El derecho a la vigilancia de la salud tiene el correlato deber del empresario de ofrecer las garantías a las personas a su cargo que la exposición en el trabajo no va a suponer un menoscabo en la salud. Por tanto, toda actuación tiene que tener un resultado preventivo, bajo el modelo de unas conclusiones que mejoren la planificación de la actividad preventiva.

Con unos medios para su ejecución que tengan en cuenta:

- Un modelo donde siempre que de la actividad preventiva se desprenda la necesidad de intervenir sobre el ámbito de la intimidad de las personas (pruebas médicas concretas), se ha de justificar convenientemente que esa medida se toma por tener que supeditar el derecho a la intimidad personal y corporal a un mejor derecho que proteger, como puede ser la vida e integridad de la propia persona o terceros. Todo ello consultado con las personas que trabajan por medio de su representación legal especializada.
- Un sistema de “coeficientes reductores” para la edad de jubilación que proporcione una respuesta garantista eficaz a las personas que deben dejar su “actividad laboral

habitual” debido al desgaste prematuro o a la imposibilidad física derivado de los requerimientos psíquicos y físicos, objetivos y contrastados, de la misma.

- Una coordinación expresa de la “ineptitud laboral” con el sistema de prestaciones públicas de la Seguridad Social y los recargos a las empresas si éstas han sido agentes determinantes en el deterioro de la salud de las personas que trabajan. Prevención y reparación ha de ir de la mano, ya que quien tiene la responsabilidad de reparar los daños, no puede eludir su participación en la prevención de los factores que pueden desencadenar esos daños. En cuanto a la actividad preventiva, siempre ha de ir encaminada a mejorar las condiciones de trabajo y adaptar los procesos a las personas inmersas en los mismos. De ninguna manera, un derecho a la salud o una actividad preventiva puede usarse en detrimento de la persona que ha ejercido ese derecho o se ha sometido a una intervención sanitaria. En todo caso han de promoverse las recomendaciones preventivas antes que los resultados de “aptitud”. En las situaciones en las que estos últimos sean obligados, si la persona sufre una “ineptitud sobrevenida”, la misma ha de coordinarse necesariamente con el inmediato paso a una incapacidad permanente del sistema de protección de la Seguridad Social, para que el afectado o afectada tenga una protección imprescindible del sistema garantista de la Seguridad Social.
- Un código ético deontológico de los profesionales junto a una independencia salarial, que les permita un ejercicio experto sin presiones económicas ni de continuidad en el empleo.
- Hay una preocupación por la especialidad de medicina del trabajo. El origen de la medicina del trabajo es la “medicina de empresa” que tras la Ley de Prevención se ha integrado en los servicios de prevención.

El Instituto Nacional de Previsión (INP) puso en marcha a principios de los años 40 un centro de referencia en atención médica para la valoración de secuelas derivadas del trabajo. Ampliado en 1944 con el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo y en 1948 con la creación de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo que impartía el título de “Medicina de Empresa”.

En 1956 comenzó a funcionar la OSME (Organización de los Servicios Médicos de Empresa). En 1959, en España, se publicó el Reglamento de los “Servicios Médicos de Empresa” que regulaba el funcionamiento y fines de estos servicios en España. El Reglamento fue la respuesta a la Recomendación nº 112 sobre los Servicios de Medicina del Trabajo “integrales” acorde al concepto de Salud emitido en 1946 por la Organización Mundial de la Salud. Un problema de dicho Reglamento es que sólo era aplicable en empresas “privadas”, primero con 1.000 ó más trabajadores y que después de 1959 se fijó en 100 ó más trabajadores.

En principio la práctica institucional de la Medicina de Empresa iba muy unida a cuestiones economicistas y seguía las instrucciones de las élites financieras del momento y al control empresarial de la productividad.

El Plan Nacional de 1971 permitió a la OSME que asumiera las competencias de inspección y asesoramiento de los Servicios Médicos de Empresa, encuadrado en el Instituto Nacional de Previsión.

A su vez el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo realizaba funciones de control de la salud, con **medios y recursos públicos**, para empresas donde no llegaba la OSME. En 1970 sólo el 20 % de los trabajadores se encontraban bajo la atención de los Servicios Médicos de Empresa. El Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 1971 abrió a los gabinetes provinciales servicios técnicos y médicos para llegar a las empresas que no tenían obligación de Servicio Médico de Empresa (menos de 100 trabajadores y empleados públicos).

La labor inspectora de los Servicios Médicos de Empresa duró hasta 1986, cuando las competencias se trasladan al INSALUD, pasando de Trabajo a Sanidad, como así regulaba la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986.

Tras la entrada en vigor del Reglamento de los Servicios de Prevención en 1997, los Servicios Médicos de Empresa se integraron en el mejor de los casos en los servicios de prevención. Otros han quedado como servicios médicos para el control y vigilancia del absentismo aún por causa médica justificada por el sistema público de salud.

Esta situación fue un paso de la medicina pública de empresa a la total privatización a través de los servicios de prevención ajenos.

La especialidad de medicina del trabajo se impartió en los primeros años a través de la Escuela de Medicina del Trabajo y después por instituciones privadas hasta que ha tomado competencias la Universidad con el MIR correspondiente.

A su vez, existe la especialidad de “medicina ocupacional” con el objeto de la prevención colectiva.

A la par ha ido la propia evolución de los estudios de enfermería (unificación de la profesión como Ayudante Técnico Sanitario (ATS), titulación De Diplomado Universitario de Enfermería, desarrollo de las especialidades y la reciente modificación dentro del Espacio Europeo, como Grado y acceso a Máster y Doctorado). Todos ellos han sido los elementos de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

- Para la “Medicina del Trabajo” el objeto de estudio es la siniestralidad, es decir, la pérdida de salud o enfermedad. Desde la enfermedad se parte a quien la padece, la persona que trabaja. Por tanto, el cambio de paradigma por el que el centro de atención **son las “condiciones de trabajo”, los factores de riesgo**, es un cambio que se propuso con la Ley de Prevención, pero que aún hoy no se ha culminado plenamente y sigue siendo el objeto de atención el enfermo o accidentado y no la causa o condición que dio ese resultado. Lo que dificulta aún más el paso a los “determinantes previos de las condiciones de vida y trabajo” como objeto de atención.
- Es importante la claridad conceptual. Para evitar la confusión entre los dos términos:
 - Medicina del trabajo, que se centra en la reparación de los daños derivados del trabajo.
 - Medicina del trabajo en su vertiente preventiva, ocupacional o para evitar las consecuencias de la exposición en el trabajo.
 - De aquí: ¿qué es vigilancia de la salud?
 - También hay que distinguir que detección precoz con fin preventivo NO ES la realización de certificados de aptitud.
 - Cuándo se puede plantear un reconocimiento médico como obligatorio, para qué y las consecuencias no pueden derivar en una situación que perjudique a la persona que se lo realiza.
 - VIGILANCIA DE LA SALUD POSTOCUPACIONAL.
- Un tema a tener en cuenta es que se ha “vampirizado” la medicina del trabajo: tiene demasiadas exigencias y se aprovechan poco los recursos económicos para reconocimientos médicos y los resultados de los mismos.
- De ahí que el cambio a la “salud ocupacional”, que considera la salud en su entorno amplio como un fenómeno colectivo, dentro de la salud pública es un camino lento. Pero es donde mejor se puede poner en marcha la actividad preventiva.
- Se suscita la duda de la conciliación entre la confidencialidad e intimidad del “secreto médico” con la seguridad de terceros.

Acción protectora de la Seguridad Social

Como hemos mencionado, los diversos legisladores y más acentuado en los últimos cuatro años, han optado por la colaboración privada en la ejecución de la acción protectora de la Seguridad Social. Se ha hecho una interpretación marginal del contenido de la Constitución Española donde desde el ámbito público se debe garantizar la seguridad y salud y se ha optado por la colaboración en la ejecución del ámbito privado en lugar de poner los medios públicos para la dispensa de estos servicios.

La realidad española tiene varias variables que se entrecruzan. El sistema asistencial tiene una doble financiación según los receptores del servicio:

* Existe un sistema público de salud financiado por impuestos y ejecutado por las comunidades autónomas, por estar las competencias en sanidad transferidas. En paralelo,

* Existe un sistema asistencial financiado por cuotas de Seguridad Social y ejecutado principalmente por las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social con medios asistenciales propios y subcontratados principalmente de la oferta de la sanidad privada.

En el ámbito de Seguridad Social rige el principio de “Caja Única”. Es decir, la recaudación de los recursos y su gestión se realiza por medio de la Tesorería General de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Seguridad Social ambos dependientes de la Secretaría de Estado de Seguridad Social. Es decir, del Ministerio de Empleo, antes de Trabajo. Es curioso que la Administración sanitaria (siendo un tema de salud) sólo tiene competencias en la autorización y control de la ejecución asistencial de los centros médicos; pero el grueso de la normativa que regula la actividad emana del Ministerio de Empleo.

Al no tener medios físicos con los que realizar la actividad prestacional, la Administración ha recurrido a los servicios de las entidades colaboradoras o mutuas.

Históricamente el **mutualismo empresarial** es fruto de la Ley de Accidentes de Trabajo del año 1900 donde la patronal se ve forzada legalmente a asumir la indemnización **objetiva** por los daños que ocasiona la administración y ejecución del trabajo en los centros y empresas. Es decir, las empresas debían responder al pago de las compensaciones tras un accidente de trabajo, sin que el trabajador hubiese de demostrar la responsabilidad empresarial en la ocurrencia del accidente. El mutualismo empresarial, con precedentes en las Hermandades de Socorro Mutuo y los Montepíos, fue una opción de aseguramiento concurrente y conviviente con los seguros privados.

Cuando en los años 60 del siglo XX se regulan las bases del sistema público de Seguridad Social, se integran y permiten a las mutuas participar en la colaboración con la Seguridad Social. Quedando las Mutuas como entidades privadas, asociaciones de empresarios, que gestionan **recursos públicos** de cuotas de la Seguridad Social (que recauda la Tesorería) con el fin de colaborar en el reconocimiento y gestión de prestaciones públicas y en la asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Tras la última legislación que ha desarrollado el régimen jurídico de las Mutuas, con la entrada en vigor de la Ley 35/2014, se ha consolidado el carácter privado de estas asociaciones de empresarios que colaboran con Seguridad Social en el amplio ámbito de competencias de la entidad pública. Prestan asistencia sanitaria con medios propios y concertados en contingencia profesional y gestionan un amplio abanico de prestaciones económicas públicas como la incapacidad temporal por contingencia común, la mejora de prestaciones del sistema para autónomos, el cese de actividad para trabajadores por cuenta propia, la reducción de jornada por cuidado de hijo enfermo por cáncer o

enfermedad muy grave. Además, tienen un papel relevante en el informe-propuesta que permite a las empresas que invierten más allá de las obligaciones formales en prevención de riesgos laborales, obtener un retorno desde la Tesorería General de la Seguridad Social de las cuotas de contingencia profesional del 5 % al 10 % de lo pagado y que se haya podido demostrar que ha sido invertido en seguridad y salud.

La normativa hoy vigente, donde se ha trasladado el contenido de la Ley 35/2014 a la Ley General de la Seguridad Social, RDL 8/2015, ha reservando a lo público, es decir a la entidad gestora y a la intervención general de la Seguridad Social, sólo para una segunda “vuelta” en caso de reclamación, y en la en muchas ocasiones escasa presencia en la supervisión y control a posteriori de las acciones de las Mutuas.

Además no está estableciendo un sistema expreso de sanción e indemnización por daños y perjuicios que grave a los prestadores privados en beneficio de los usuarios damnificados de este sistema. Teniendo en cuenta que el modelo le es impuesto al usuario final, el trabajador o trabajadora, únicamente por la decisión unilateral empresarial.

En el esquema “cuota-Seguridad Social-Mutua”, las entidades colaboradoras gobiernan sus actuaciones principalmente por criterios **economicistas**, que en muchas ocasiones son sólo los que les exige la Administración que controla.

Las Mutuas, por ello, se centran principalmente en establecer quién debe pagar la reparación del daño. Sin comprometerse en establecer el origen de ese accidente o enfermedad y su relación con la exposición laboral. La entidad mutual que recibe los recursos públicos de cuota, pretende demostrar su eficacia y eficiencia, eludiendo atender los daños que no se demuestren que tienen “causa exclusiva” en el trabajo. Derivando así gran parte de las dolencias con origen multicausal para su atención en los sistemas públicos de salud y perdiéndose así su atención desde la perspectiva de daño laboral y también desperdiándose la oportunidad de prevenir ante las causas que llevan a ese daño. Ya que lo que no se conoce ni se previene ni se repara.

Por tanto, la situación pasa por eludir la responsabilidad de las asociaciones empresariales para el pago de las prestaciones por una ineficaz actividad preventiva. Se derivan todos los daños a la consideración de “patología común” y así se “camufla” la que debería ser una adecuada y completa atención a la salud que se deriva de la exposición en el trabajo.

Por tanto, faltan datos de cómo enferma la población trabajadora y de ahí se producen carencias en las actuaciones preventivas y reparadoras.

Dónde debemos de ir:

- A un sistema de reconocimiento, registro y compensación de los daños derivados del trabajo, que huya del criterio identificativo sólo con fines de responsabilidad que marca la definición estrecha de “contingencia profesional”.

El argumento para ello es que la *responsabilidad* de quien asume el daño le atribuye el pago de la prestación.

Como hemos mencionado antes, existen dos sistemas (público de salud y cuotas de Seguridad Social) que conviven en paralelo y atienden en ocasiones a las mismas personas, pero cargando el gasto a distinto sistema, sea el público o el de cuotas que ejecutan las mutuas, según el “origen” del daño sea común o profesional, respectivamente.

Esta situación provoca un estado de “competencia”, ya que el sistema de mutualismo empresarial, de gestión privada de recursos públicos, tiene como objetivo poner en valor

que la gestión privada de los recursos es más eficiente que la pública. De ahí que cuanto menos casos sean atendidos por el sistema mutualista, más resultado económico positivo se deriva.

Lo que el sistema mutualista no atiende es derivado al sistema público como contingencia común. Dándose la paradoja que el sistema público tiene déficit de recursos y atención, y el sistema mutualista todos los años obtiene “excedentes”.

Lo cual pone en valor además de que la gestión mutualista es eficiente, que estamos en un sistema asegurador donde siempre se paga más de lo que se gasta. Lo que aboca necesariamente o a un reparto de esos resultados económicos positivos a fin de año o a una solicitud de ajuste / rebaja de cuotas, de tal modo que se aproxime lo que se ingresa con lo que se gasta.

Estos son los criterios “economicistas” que llevan a derivar casos de origen laboral en lugar de darles un tratamiento adecuado y promover estudios de cómo y por qué las personas pierden la salud por la exposición en el trabajo.

- A un modelo coordinado y coherente entre prevención y reparación del daño. Donde ha de estar integrada la Seguridad Social, las Autoridades Sanitarias, las Autoridades Laborales y los agentes sociales por la representación que tienen atribuida de las personas que trabajan. El modelo actual en el que Seguridad Social se ha retirado de toda participación en la prevención para centrarse sólo en la reparación y rehabilitación tras los daños no tiene sentido. Es decir, el responsable de la compensación por los daños es el máximo interesado en la actuación preventiva o a priori.
- A establecer una entidad pública independiente y objetiva para calificar el origen del daño y la responsabilidad en su reparación. Con criterios técnico-preventivos alejados de los prejuicios y perjuicios económicos. La independencia de la medicina del trabajo respecto a las empresas propiciaría un modelo más libre, objetivo y profesionalizado. También motivaría que se elevaran más declaraciones de sospecha, además de las provenientes de los sistemas públicos de salud, a través de los servicios de prevención.
- A una clara definición de: si se desea, es útil, para qué se pretende, con qué medios se dota y cómo se ha de gestionar un modelo de “**mutualismo empresarial**”.

Qué pasa si se mantiene con la gestión de las cuotas públicas de Seguridad Social, quién controla el sistema y qué control previo y permanente de la Intervención General de la Seguridad Social en los órganos decisorios se puede pedir. Además de la participación de los agentes sociales, como establece la Constitución Española en sus artículos 43 y 129.

Como ya se ha comentado, el “mutualismo empresarial” toma valor en 1900 con la Ley de Accidentes de Trabajo y la responsabilidad objetiva de los empleadores y crece y se desarrolla junto con las inquietudes sociales y las regulaciones protectoras de los daños derivados del trabajo.

En la Dictadura de Franco y con las bases del sistema público de la Seguridad Social, el legislador por un lado y el asociacionismo por otro, pudieron optar por hacer desaparecer el modelo del mutualismo empresarial o por integrarse en el sistema proteccionista de la Seguridad Social. Finalmente prosperó esta última opción. Así, las mutuas permanecieron en colaboración con la Seguridad Social, conservando el carácter de asociaciones privadas de empresarios que gestionan recursos públicos de cuotas de Seguridad Social y por ello están dotadas de atribuciones públicas para el reconocimiento y pago de prestaciones, a la vez que para su control, suspensión y extinción.

Hoy en día caben dos opciones:

- Mantener las mutuas con un carácter más público, ya que sus recursos provienen en su mayoría de cuotas de Seguridad Social, integrando en los órganos de decisión tanto a la Intervención General de la Seguridad Social como a personal de

la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Definiendo espacios de participación para los trabajadores y trabajadoras por medio de sus representantes.

- Eliminar las mutuas. Mediante la integración paulatina de sus recursos a la Seguridad Social, tanto humanos como materiales. Pasando a prestar sus servicios plenamente desde el ámbito público y por personal adscrito al empleo público. Teniendo en este caso que aclarar si la asistencia sanitaria se presta con medios de Seguridad Social o por medio de los servicios públicos de salud mediante la transferencia de recursos desde Tesorería General de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas competentes en sanidad.

Si se opta por mantener las Mutuas y se decide que no pueden seguir como hasta ahora, en su nueva definición se puede optar por:

- Reelaborar el mutualismo empresarial tomando como modelo, por ejemplo, el mutualismo alemán.
- Adoptar el criterio del mutualismo de la Administración (MUFACE y MUGEJU). Entidad gestora pública y prestación de servicios por el acuerdo con entidades privadas o los servicios públicos de salud. Donde es la persona que trabaja quien opta y puede variar anualmente su decisión, si le presta la asistencia sanitaria una entidad privada con la que existe un convenio o acuerdo de la entidad gestora para el pago de estos servicios. O por medio de los recursos sanitarios asistenciales de los sistemas públicos de salud a los que también se les transfieren las cantidades económicas por la dispensa de tales actuaciones. También tendría que ser objeto de debate si hay que apoyar la pervivencia o no de este modelo de prestación del servicio asistencial del mutualismo de la Administración.

Siguiendo con **dónde debemos de ir:**

- Al establecimiento de un conjunto de indicadores objetivos para evaluar la eficacia, eficiencia y percepción de los prestadores de prestaciones públicas de la Seguridad Social.
- A un uso coordinado y ordenado de todos los elementos que integran el Sistema Nacional de Salud. El uso eficiente de todos los recursos asistenciales que se sostienen con recursos públicos sean de impuestos o de cuotas de Seguridad Social.
- A un retorno pensado, ordenado, dialogado, acordado, equilibrado e inequívoco de las prestaciones públicas que se han derivado a la gestión privada. De tal modo que la dotación necesaria de los recursos humanos y económicos sea un requisito imprescindible antes de modificar la ejecución de una prestación tal cual se hace en la actualidad.
- A establecer un conjunto de garantías de empleo, códigos deontológicos, derechos y deberes, criterios para la evaluación de la objetividad de la práctica profesional y responsabilidad para todas las personas físicas y jurídicas que atienden y toman decisiones en lo relacionado a la salud de las personas que trabajan.

Eje 4: Participación de lxs delegadxs de prevención y de lxs trabajadorxs.

Situación de partida.

Nuestro modelo de relaciones laborales establece un doble canal de representación de los trabajadores en la empresa: la representación unitaria (el Estatuto de los Trabajadores define los tramos de representación y los derechos de información y consulta) y la representación sindical (delegados sindicales, secciones sindicales, a partir de la LOLS). La figura del delegado de prevención viene recogida en la LPRL (número, derechos de información, consulta y negativa motivada en materia de prevención), y viene a suponer una especialización de funciones, en este caso en términos de prevención, dentro del marco general de la representación unitaria de los trabajadores. Existe evidencia científica que determina que el ejercicio de derechos, y particularmente, la dinamización en materia preventiva, se activan principalmente con la existencia de órganos reconocidos de participación de los trabajadores en la empresa. Más allá de la participación individualizada, parcial y limitada a los objetivos de estrategia empresarial, que puedan realizar algunas empresas, parece evidente, que la participación de los trabajadores y trabajadoras en, entre otras, las materias preventivas necesitan de un marco de participación estructurado, reconocido por ambas partes y permanente. Así, los estudios existentes nos muestran que donde existe representación de los trabajadores, la salud y seguridad en el trabajo tiene mejores indicadores. La participación de representantes de los trabajadores en salud laboral está asociada a niveles más altos de gestión de la prevención, mayor cumplimiento de la normativa y mayores niveles de información en salud y seguridad y de concienciación entre los trabajadores. Las intervenciones en las que participan los representantes de los trabajadores concluyen con medidas dirigidas a reducir la exposición en origen y tienen mejores indicadores de salud física y mental. Los datos de la ENGE 2009 así lo confirmaban para España.

Por lo tanto, sin representación legal de los trabajadores la prevención de riesgos laborales se convierte, en la mayor parte de casos, en un proceso administrativo, mercantilizado y tecnocrático, cuyo fin, como también marca la estadística, es el cumplimiento formalista de la ley y la reducción de costes.

En 2011, la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo (INSHT) señala algunos datos de interés. Sólo el 61% de los encuestados dicen tener/conocer el delegado de prevención. Este porcentaje es todavía menor:

- a. En ramas como administración pública (58%), el comercio (55.8%) o la hostelería (41%) o las actividades culturales, deporte... (45%).
- b. Entre los menores de 25 años (45%), o incluso entre esa edad y hasta los 35 años (58%).
- c. Los extranjeros (49%).
- d. Las empresas de menos de 10 trabajadores (40%), y también entre los 10 y 50 trabajadores (56%).
- e. Entre los temporales (50.9%).
- f. Entre las mujeres (56.7%).

Esto muestra un panorama nada alentador por lo que se refiere a la actividad colectiva en materia preventiva. Con todo, este dato de 2011 es sensiblemente mejor que el dato anterior (2004) donde sólo el 54,5% de los encuestados decía tener conocimiento del delegado de prevención. Pero, este aumento no puede llevarnos a error. En ese período de crisis ha habido una fuerte destrucción de empleo (sobre todo temporal, precisamente el

que menor conocimiento tiene de la existencia de delegados), y, sobre todo, de empresas de menor tamaño (que presentan también valores superiores en cuanto a la inexistencia de órgano de representación en prevención de riesgos).

No cabe duda que una mejora de la representación colectiva si atendemos a las dificultades de representación en la pyme y para algunos colectivos de trabajadores (temporales, tiempo parcial), debería pasar por la puesta en marcha de los **delegados territoriales de prevención**, una figura sindical que tendría las competencias y garantías del delegado de prevención pero que no estaría adscrito a una empresa concreta.

Debemos unir a este dato que sólo el 35% de los encuestados dicen que se han evaluado los riesgos en el puesto de trabajo, y de estos sólo el 50% señala que se han implementado medidas preventivas. Comprobamos que ni las leyes ni el conocimiento científico relativo a la prevención de riesgos laborales bastan para crear mejores condiciones de trabajo. Conocimiento y leyes son condiciones necesarias, pero no suficientes. En la mayoría de empresas ubicadas en el Estado español los riesgos laborales no son evitados, pero tampoco se evalúan ni se planifica acción preventiva alguna. En la minoría de empresas en las que se han evaluado los riesgos (muchas veces con métodos de dudosa calidad) no hay intervención posterior. En los pocos casos en los que se interviene, podemos afirmar que no es habitual combatir los riesgos en origen, es decir, desarrollar medidas preventivas que impliquen cambios en la organización del trabajo.

Una de las posibles causas por las que no se desarrollan acciones preventivas es porque en el actual modelo de relaciones laborales, la competitividad basada en la reducción de costes laborales y el aumento de beneficios a corto plazo, se anteponen al bienestar y la salud integral de los trabajadores y trabajadoras. La prevención de riesgos laborales en origen entra en conflicto con las principales tendencias de las prácticas empresariales respecto a la organización del trabajo y la producción y el ejercicio de derechos por parte de trabajadores y trabajadoras es una quimera. La defensa de la salud en el trabajo, a partir de la participación organizada y con garantía, entendemos que es un potente elemento de cuestionamiento de este modelo socioeconómico que sitúa como agente racionalizador a los mercados financieros en busca del beneficio a corto plazo, lo que es insostenible socialmente.

Hacia dónde:

La normativa de salud laboral otorga a los delegados y delegadas de prevención numerosas funciones y competencias, en tanto que concibe el proceso preventivo como un proceso social y técnico, en el que el conocimiento técnico ha de complementarse con el conocimiento derivado de la experiencia de los protagonistas en la empresa, el conocimiento de los trabajadores y sus representantes y de la dirección y sus representantes.

Y no nos vale cualquier participación. Entendemos que la participación de los delegados y delegadas ha de ir más allá del seguimiento y control, ha de ser una participación propositiva y no reactiva, durante todo el proceso de intervención preventiva. Ello implicaría que cualquier acción en prevención debería incluir el vector participativo que garantiza la ley. Los delegados de prevención deberían poder acordar los pasos a realizar para prevenir los riesgos laborales y todos y cada uno de los aspectos de su implementación en la empresa. Codecidir la elección de las metodologías y desde el diseño de la obtención de la información hasta el diseño y seguimiento de la planificación de las medidas preventivas.

Con estos objetivos los delegados de prevención necesitan información, formación y asesoramiento para su actividad autónoma.

Es este sentido que, además del ejercicio efectivo del derecho a la información sobre todo lo que tenga a ver con la prevención en la empresa (derecho que, en ocasiones, todavía tenemos que defender en los tribunales), debemos reclamar para los y las DDPP una formación suficiente y adecuada para poder ejercer sus funciones, formación que necesariamente debe ser autónoma y no controlada por el empresario; y una asesoría igualmente autónoma, o sea del sindicato, sin menoscabo de la asistencia técnica que los servicios de prevención, propios o ajenos, deberían prestarles en las empresas, pues éstos fueron concebidos como asesores de las partes y no como ejecutores de la voluntad del empresario. En consecuencia, creemos que los DDPP deberían disponer de mecanismos efectivos de participación en el control y seguimiento de la actividad y, en el caso de SP ajenos, de contratación de los servicios de prevención.

Medidas:

Las líneas “maestras” serían las de reclamar:

1. La introducción de la figura de delegados de prevención territoriales /sectoriales, con competencias en todas aquellas empresas sin RLT.
2. Cambio normativo que obligue a la codecisión en las empresas sobre todas las fases del proceso preventivo; incluyendo el control de la actividad de los servicios de prevención y su contratación, si es el caso (servicio de prevención ajenos)
3. Acceso a los recursos informativos, formativos y de asesoramiento suficientes para garantizar la acción autónoma en la empresa.
 - a. Línea estable de financiación para la formación de los delegados de prevención.
 - b. Financiación de los equipos de apoyo técnico a la labor de los delegados de prevención.

Eje 5 - Asistencia técnica para el cumplimiento de la obligación empresarial de protección de la salud, y medidas para que la actividad preventiva sea efectiva

Situación de partida

La LPRL establece que su objeto es promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de **medidas** y el desarrollo de las **actividades** necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, de acuerdo a unos ...

“principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva, en los términos señalados en la presente disposición.” (LPRL, art. 2).

En este esquema, la definición de cuáles han de ser las medidas y las actividades concretas necesarias para cada centro de trabajo, espacio, etc., se debe hacer en cada empresa, de acuerdo a sus particularidades, incluyendo las características de sus trabajadores, y con la participación de los trabajadores.

Para que la definición de medidas y actividades sea apropiada desde el punto de vista “técnico”, la normativa determina que el empresario, en determinados casos (en función del tamaño de la empresa, su nivel de peligrosidad y la “capacidad” del empresario) ha de recabar el apoyo de “recursos preventivos.”

Si en una empresa no se cumplen las condiciones que obligan al empresario a contar con recursos preventivos internos (asunción personal, “trabajador designado” o “servicio de prevención propio”), el empresario puede recurrir a un Servicio de Prevención Ajeno (SPA).

La normativa asigna a la autoridad laboral la función de control de la **idoneidad** de la actividad preventiva. Sin embargo, el método que introdujo en la Ley para hacerlo, en lugar de controlar la actividad preventiva en las empresas, se enfocó a controlar a los servicios de prevención. Se ideó un control directo de los servicios de prevención, por parte de la autoridad laboral. En cambio, para el control de la idoneidad de la actividad preventiva de las empresas que no concertaran de los servicios de prevención ajenos, se ideó un sistema consistente en auditorías de carácter privado.

*“La **idoneidad** de la actividad preventiva que, como resultado de la **evaluación**, haya de adoptar el empresario, queda **garantizada** a través del doble mecanismo que en la presente disposición se regula: de una parte, **la acreditación por la autoridad laboral de los servicios de prevención externos**, como forma de garantizar la adecuación de sus medios a las actividades que vayan a desarrollar y, de otra, **la auditoría o evaluación externa del sistema de prevención**, cuando esta actividad es asumida por el empresario con sus propios medios.” RSP, Preámbulo*

En los hechos, el control de la idoneidad se centra en aspectos cuantitativos, de recursos humanos y materiales en relación al número de empresas clientes. No se exige que los recursos humanos estén especializados en determinados sectores y/o riesgos; por el

contrario, sólo se toman en cuenta la titulación académica y particularmente, las especialidades formativas de nivel superior definidas en el RSP. Tampoco se valoran los resultados de la actividad preventiva en la salud y seguridad, ni establece otros criterios de calidad para los servicios suministrados, resultando en ambos casos, en un control formalista.

Tras 20 años de funcionamiento, los SPA son entidades generalmente mal valoradas; y que suscitan todavía debates respecto a su carácter y función y en particular sobre el mejor modo de mejorar su actividad. Sin embargo, a día de hoy, la absoluta mayoría de las empresas que no están obligadas a tener un SP propio (SPP) han optado por contratar un SPA. En su conjunto, estos servicios cubren a la mayor parte de los trabajadores. Esta decidida preferencia empresarial por los SPA se puede explicar en relación a los siguientes aspectos:

(1) los SPA son entidades mercantiles que aunque operan con márgenes apretados ofrecen precios (muy) reducidos respecto a la actividad que deberían realizar, para intentar mantener cuota de mercado;

(2) la obligación que establece la normativa para las empresas que recurran a una modalidad diferente al SPA, de realizar auditorías externas, de carácter privado, resulta demasiado onerosa frente a la oferta de los SPA. Aunque la normativa fue modificada para excluir de esta obligación a ciertas empresas con menos de 50 trabajadores (art. 29 del RSP) no parece que haya habido cambios en esto.

(3) la incertidumbre que se crea en torno a las llamadas “actividades sanitarias” de los SP: el empresario tiene obligación de garantizar la vigilancia de la salud pero en ningún caso puede asumir personalmente esta actividad (RSP, art. 11.1). La contratación de un SPA incluye el “cumplimiento” de este aspecto. La oferta en este sentido se centra en reconocimientos médicos individuales e in-específicos que los SPA se empeñan, con la connivencia patronal, en presentar como obligatorios.

(4) los empresarios que contratan un SPA quedan eximidos de la designación de trabajadores para realizar tareas preventivas (artículo 12. 2 del RSP).⁹

(5) una causa “histórica”: durante los primeros años de la vigencia de la LPRL las empresas contaron con los servicios de asesoramiento proporcionados por la Mutuas de AT y EP, que venían ofertando a sus asociados “actividades preventivas” (sin coste, con cargo a cuotas). Luego estos servicios pasaron a darse a través de las Sociedades de Prevención de las Mutuas. Y finalmente dichos servicios fueron luego suprimidos por sucesivas reformas normativas orientadas a garantizar la existencia de un verdadero

9 *“En abierta contradicción con lo dispuesto en el artículo 7.1 de la Directiva Marco cuyo texto establecía que “Sin perjuicio de las obligaciones contempladas en los artículos 5 y 6, el empresario designará uno o varios trabajadores para ocuparse de actividades de protección y de actividades de prevención de los riesgos profesionales de la empresa y/o del establecimiento”. La obligación de “designar trabajadores”, como es obvio, era absoluta, sin admitir exención alguna en ningún caso, lo cual no impidió que el RSP las estableciera propiciando así fuertemente que los empresarios contratasen un SPA. Para los empresarios se trataba de una exención importante, pues los trabajadores designados tienen la misma protección frente al despido que los delegados sindicales y, por tanto, eran un personal potencialmente “incómodo”.” Ver E. Castejón en <http://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/entre-sin-llamar/2016/07/17/servicios-prevencion-ajenos-polvos-que-originaron-estos-lodos>*

mercado para este tipo de servicios (con la idea de que asegurarles márgenes comerciales redundaría en la mejora del servicio). Esta evolución ha dejado a estos servicios, denominados “mercantiles”, como únicos actores de este mercado, cuyos beneficios a día de hoy siguen sin estar asegurados (aunque, sin embargo ya han atraído a inversores extranjeros, que han pasado a controlar al menos a un 40% del sector).

(6) El marketing de estos servicios oferta soluciones integrales al “problema” de la prevención, con lo que la empresa tendría todo cubierto. En realidad, en los hechos, es práctica habitual que los SP “se ocupen de todo”, desde la determinación de necesidades, ejecución, y seguimiento de la efectividad de las medidas y actividades preventivas. La autoridad suele aceptar los papeles proporcionados por el SPA como prueba de gestión preventiva.

Frente a esta realidad, la modificación de 2010 del RSP (art 2.4, nuevo) pretendía que

«Las empresas de hasta 50 trabajadores que no desarrollen actividades del anexo I podrán reflejar en un único documento el plan de prevención de riesgos laborales, la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva. Este documento será de extensión reducida y fácil comprensión, deberá estar plenamente adaptado a la actividad y tamaño de la empresa y establecerá las medidas operativas pertinentes para realizar la integración de la prevención en la actividad de la empresa, los puestos de trabajo con riesgo y las medidas concretas para evitarlos o reducirlos, jerarquizadas en función del nivel de riesgos, así como el plazo para su ejecución.»

A día de hoy no tenemos constancia de que esta modificación haya ayudado a la “internalización”. Tampoco contamos con estudios del uso e impacto de las aplicaciones diseñadas para ayudar a los empresarios a asumir la prevención (Prevencion10 y Prevención25).

(7) Hay que mencionar también el argumento del escaso interés que muestran los empresarios que contratan SPA respecto a la integración de la prevención y por tanto la frecuente despreocupación respecto a la calidad del servicio que adquieren.

En resumen, la calidad de los servicios suministrados es baja. Este calificativo se aplica especialmente a las evaluaciones de riesgos, actividad que sostiene la calidad del resto de actividades preventivas. Estas deficiencias se agravan en función de (1) la sobrecarga de trabajo que tengan los técnicos, derivada de la competencia feroz y (2) en función de la (generalmente nula) independencia profesional de los mismos (situación muy estresante, pues pueden ser investigados y/o encausados por lo penal).

Otra consecuencia es que en sus actividades cotidianas, los SP, propios y ajenos, no se suelen ceñir a la definición de la función del servicio de prevención del art. 31.2 de la LPRL: **asesorar y asistir al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados**. Por una parte, no cumplen con la función de asesorar también a la parte de los trabajadores, lo que **afecta a la capacidad de una participación genuina de los trabajadores y sus representantes**. Por otra, en muchos casos asumen ante los trabajadores la representación de la parte patronal, incluso en las reuniones del CSS. Esto implica que los trabajadores y sus representantes se ve abocados a realizar su interlocución en salud laboral con los técnicos de los SP, más que con el empresario.

Este conjunto de aspectos abona el terreno para que muchas de las actividades que se realizan en las empresas estén orientadas meramente al cumplimiento formalista de la normativa, no integradas en la actividad cotidiana.

Iniciativas de cambio, sin impacto real

Ya se han mencionado algunas de las reformas de la normativa durante estos veinte años que han estado orientadas a “internalizar la prevención”, o a promover la “implicación” del empresario¹⁰, sin éxito.¹¹ También ha habido reformas orientadas a mejorar los resultados de los operadores privados de la prevención, a los que se les “protegió” frente a la competencia de los servicios que ofertaban las mutuas.¹²

También se introdujeron criterios técnicos exigibles para mejorar la calidad de la actividad sanitaria (RD 843/2011 y la Orden TIN 2504/2010), sin efectos evidentes. Por el contrario, la calidad de las actividades sanitarias se sigue deteriorando; en los últimos años además de que se siguen ofertando reconocimientos in-específicos se incrementan los reconocimientos médicos pretendidamente obligatorios. Esto responde en parte a que los SP cobran a los empresarios por cada reconocimiento médicos y no por trabajador protegido, y en parte, por los efectos disciplinarios que algunos empresarios pretenden obtener (con pruebas orientadas al consumo de sustancias, o a la salud general, etc., orientadas a buscar casos ineptitud). Además, los SPA no realizan actividades de vigilancia de la salud colectiva.

La reciente introducción de la acreditación única redujo aún más la transparencia respecto a los medios con los que cuenta cada SPA en cada territorio. Otras intervenciones normativas han dado lugar a la venta obligatoria de los SPA de las mutuas, a la reciente concentración de las empresas del sector, de la que todavía no se conocen efectos, y más recientemente, la venta del grupo más grande del sector a un grupo extranjero.

Hacia dónde:

Necesitamos un entorno que facilite la gestión preventiva interna y participativa, transparente y dialogada, y con elevado nivel técnico, en el que asuman el protagonismo efectivo el empresario y los representantes de los trabajadores, basado en el funcionamiento efectivo del diálogo y el fomento de los CSS. El asesoramiento técnico sería aportado por entidades especializadas o por profesionales libres que darían servicios ad hoc, en particular para la evaluación de riesgos de nivel superior, en la investigación de

10 Nos referimos a la *modificación* del artículo 30.5 de la LPRL, del artículo 2.4 del RSP ([RD 337/2010](#)), el modelo de simplificación documental (junto a su soporte informático, [Prevención10.es](#)). Sin embargo, tenemos también el párrafo que la [Ley 25/2009](#) introdujo en el artículo 31.3 de la LPRL que al extender la definición de las funciones de los “servicios de prevención” ajenos, podría estar promoviendo aún más la externalización—: *Si la empresa no llevara a cabo las actividades preventivas con recursos propios, la asunción de las funciones respecto de las materias descritas en este apartado sólo podrá hacerse por un servicio de prevención ajeno. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de cualquiera otra atribución legal o reglamentaria de competencia a otras entidades u organismos respecto de las materias indicadas.*

11 Referencias: LPRL, RSP, [Guía técnica para la integración de la prevención de riesgos laborales \(pdf, 441 Kbytes\)](#); [Simplificación Documental](#); [Criterios de Calidad del Servicio de los Servicios de Prevención Ajenos](#)

12 Ver un buen resumen de la evolución de las sociedades de prevención en E. Castejón, citado.

accidentes, o para atender a problemas que surjan puntualmente, con independencia de criterios económicos y con independencia profesional (en lugar de aportar la documentación estandarizada, orientada fundamentalmente a acreditar el cumplimiento de las obligaciones empresariales (situación consentida por las autoridades).

En esta perspectiva, las medidas deberían orientarse a:

- Erradicar la disyuntiva entre “asunción personal de la actividad preventiva”, “designación de trabajadores” y el recurso a servicios externos. Para ello, sería necesario modificar el carácter de la relación que se establezca entre las empresas y las entidades con las que se vincula. Se debería eliminar cualquier confusión de funciones: debe quedar claro la que responsabilidad empresarial sobre la gestión preventiva se traduce en las actividades preventivas y no en papeles. Y que el asesoramiento técnico prestado por entidades externas tiene carácter técnico, y que estas son responsables de este carácter.
- Promover (¿fiscalmente?) el recurso a servicios de asesoramiento técnico aportados por servicios de consultoría especializada, acreditados respecto a su especialización respecto a determinadas áreas técnicas, para realizar evaluaciones “de nivel superior” y diseñar intervenciones especializadas; por ejemplo, ante riesgos complejos como ruido, nanotecnologías, químicos, etc.
- Las autoridades realizarán el seguimiento tanto de la calidad de las actividades preventivas como de sus resultados en términos de salud, seguridad y bienestar de los y las trabajadoras.

Ideas clave:

- Asesoramiento técnico público: la asistencia técnica a micro empresas y a trabajadores/as y sus representantes, ha de ser aportada por no sólo por agentes privados sino también por gabinetes / institutos territoriales con competencias en seguridad y salud en el trabajo, de carácter público, que supervisen la pertinencia de las actividades preventivas realizadas en la empresas (especialmente la identificación de riesgos y al control de la eficacia de las medidas adoptadas), y no a desarrollar documentación. ¹³
- Apoyo público al asesoramiento técnico-sindical desde gabinetes y a través de delegados sindicales territoriales con capacidad de entrar en las empresas en las que no exista representación unitaria de los trabajadores, para fortalecer la labor de los delegados/as de prevención. De este modo se facilita el ejercicio del papel de los delegados en la propuesta y control de la actividad preventiva en la empresa por los representantes de los trabajadores, con autonomía frente a la parte empresarial. Los gabinetes técnico-sindicales han probado su eficacia en la elevación de los estándares preventivos, orientado a trabajadores, delegados y miembros de CSS no sólo acerca de sus derechos sino también respecto a soluciones prácticas.

13 Habría que contar con estudios específicos de impacto para terminar si es razonable recomendar el desarrollo de servicios como Prevención10 y Prevención25, o se han de crear servicios completamente nuevos.

Medidas que se podrían tomar

- La supervisión del cumplimiento de la normativa debe ser pública y apoyada en la transparencia. Para ello, se necesita reformar el modelo para el control externo de la idoneidad de la actividad preventiva de las empresas que hayan elegido la modalidad de trabajador@s designad@s y/o Servicios de Prevención propio; Eliminar el fallido sistema de obligación de auditoría de carácter privado para las empresas que recurran a modalidades diferentes al SPA, como la asunción personal o los SP Propios, pues ha resultado disfuncional. El control de la idoneidad de la actividad preventiva debe realizarse por la autoridad laboral, en cualquiera de sus dos brazos: bien sea por su brazo “asesor” (gabinetes o institutos territoriales) o bien sea por su brazo coercitivo y sancionador (Inspección de Trabajo).
 - Reforzar el control interno de la actividad preventiva a través de los mecanismos de participación de los trabajadores/as (delegado/as de prevención y CSS). Promoción pública del funcionamiento de los CSS. CSS obligatorios para empresas desde 25, con asistencia sindical. En las empresas más pequeñas, los delegados de prevención podrían ser asistidos por asesores de gabinetes sindicales, delegados territoriales o visitas bipartitas, basadas en estándares técnicos.
 - Fomento de la calidad, de la especialización técnica y de la transparencia de las capacidades de las entidades especializadas que ofrezcan servicios de consultoría.¹⁴ Creación de un registro público que permita consultar los recursos técnicos y humanos, la especialización y la experiencia de los que dispone cada SPA para dar servicio a las empresas cliente.
 - Promoción de la mejora técnica a través de documentos de mejores prácticas preventivas, para abordar soluciones técnicas interdisciplinarias para determinados sectores o actividades, elaborados bajo la tutela del INSHT / organismos territoriales con competencias y con la participación de patronales y sindicatos, en las que se abordarían soluciones técnicas en el origen (ajustadas a las mejores prácticas en países de referencia), que sirvan para abordar determinados riesgos en determinadas actividades (por ejemplo: químicos en peluquerías, químicos en talleres mecánicos, o en la sanidad; estrés térmico en cocinas industriales o estrés térmico para instaladores; fabricación o aplicación de materiales “nano”), con arreglo a los avances técnicos, respecto a los cuales las empresas podrían realizar “benchmarking” (análisis, comparación y mejora) y a las autoridades usarían como referencia para el control técnico, evitando el lastre de soluciones caducas o no ajustadas a la jerarquía del artículo 15 de la LPRL.
- En el plano normativo:
 - Delimitar claramente la responsabilidad legal de los servicios técnicos ajenos, con respecto al empresario al que asesoran.
 - Modificar cualquier texto que pueda dar lugar a entender que los “servicios de prevención”, propios o ajenos, tienen responsabilidad en el cumplimiento de las

14 Para ilustrar esta necesidad, se puede observar la dificultad para responder a la pregunta: ¿A qué SPA ha de recurrir un empresario que pretenda introducir o desarrollar procesos con nanotecnologías, biotecnologías, etc.? ¿A cualquiera?

obligaciones empresariales. Los servicios externos deberían tener plena responsabilidad sobre la idoneidad de sus servicios, informes, propuestas, etc. Debe quedar claro que la mera contratación de servicios de asesoramiento no reduce la responsabilidad empresarial.

- Obligar a los expertos externos a informar de las deficiencias en la prevención que perciban, con ocasión de su intervención, por escrito, y perseguir los casos de encubrimiento de estas.
- Reelaborar el concepto de servicios interdisciplinares, que está en la normativa pero no ha tenido suficiente reflejo práctico.
- Acción pública:
 - Refuerzo de las labores de asistencia técnica de los organismos territoriales especializados en seguridad y salud, para asesorar y controlar la efectividad de la actividad preventiva, incluidos los efectos en la salud, especialmente a micro-Pymes, con capacidad para supervisar tanto el proceso de identificación y gestión de riesgos como la eficacia de las medidas adoptadas (desarrollando sus competencias de salud pública).
 - Promoción pública del papel de seguimiento y control de la calidad de la prevención y de la capacidad propositiva de los delegados de prevención (en su defecto, por parte de delegados/as sindicales sectoriales y territoriales), mediante la asignación de recursos públicos para apoyar a los servicios de asesoramiento técnico-sindical y de recursos para la formación de los delegados de prevención para la labor de representación.
 - Supervisión de la calidad del mercado de servicios de asesoramiento técnico y de los recursos que operan en él, reforzando la capacidad de aplicar medidas de control y sanción de acuerdo a los resultados y no sólo respecto a los recursos.

Eje 6: Control y sanción del incumplimiento empresarial

En este eje o sección de nuestro análisis, hemos querido fijar la atención sobre lo que ocurre cuando las cosas no suceden como debería ser, cuando se desatienden las prescripciones legales, en definitiva cómo reacciona el ordenamiento jurídico ante los incumplimientos empresariales. Y hablamos sólo de incumplimientos empresariales, por la sencilla razón que la sanción de posibles incumplimientos de trabajadorxs no plantea ningún problema aplicativo ni interpretativo: es facultad de la empresa, en ejercicio de su poder disciplinario, como expresamente recuerda el art. 29.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Eventuales discrepancias se ventilarán ante los Juzgados de lo Social, empleando la pertinente modalidad procesal.

La complejidad de la represión de los incumplimientos empresariales deriva de la pluralidad de órdenes jurisdiccionales que involucra, que a su vez es un reflejo de la pluralidad de bienes jurídicos, públicos y privados, individuales y colectivos, que tutela la normativa de prevención de riesgos laborales.

Por ello, vamos a articular el diagnóstico y las propuestas atendiendo a las diferentes responsabilidades empresariales, a los diferentes intereses que se ven injustamente vulnerados cuando se producen incumplimientos.

Primer grupo: La sanción administrativa

Una de las misiones fundamentales de la autoridad laboral es evitar los incumplimientos empresariales de la normativa de prevención de riesgos laborales. Para lograrlo, debe ejercer el control y aplicar en su caso la sanción.

La efectividad del control depende de una buena planificación de las actuaciones programadas y de oficio, de una respuesta rápida y eficiente a las denuncias que se reciben, pero también del establecimiento de medidas que aseguren que efectivamente hay canales adecuados y seguros para que la gente denuncie sin miedo a posibles represalias. Desde el año 2013 se ha habilitado un “buzón de lucha contra el fraude” que permite las denuncias anónimas, pero que parece muy enfocado a detectar los fraudes en la contratación, quedando los incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en segundo o tercer plano.

Desde el ámbito sindical muchas voces reclaman que la Inspección de Trabajo desarrolle más la función de promover una aplicación real y no formal de la LPRL, y la duda es si ello se debe o puede hacer con los instrumentos al alcance de la inspección, o debe abordarse desde otros ámbitos.

Finalmente, siendo la sanción administrativa (junto con la penal para casos extremos) la que “castiga” a la empresa por sus incumplimientos, certificando que existen e impulsando su cese, resulta necesario destacar la inaceptable situación que se produce en relación con las empresas públicas, y la igualmente inaceptable indefensión de las personas que allí trabajan.

Desde:

- Debilidad de los mecanismos y recursos de la autoridad laboral para atender al control de las condiciones de trabajo que afectan a la salud laboral

- Insuficiencia de recursos como para ejercer un control real; desigual distribución territorial, falta de técnicos especializados, falta de especialización en prl, no se cubren las bajas...
- Atención preferente al fraude en la contratación y desatención a las condiciones de trabajo
- Atención preferente a los accidentes, relegando la protección de la salud
- Escaso impacto de la actuación inspectora en la motivación empresarial para la adhesión real al modelo de gestión preventiva impulsado por la LPRL.
 - Actitud laxa, permisiva
 - Interpretación “minimalista” de la legislación en salud laboral, en relación con los amplios márgenes que deja la normativa para la definición del nivel de cumplimiento exigible.
 - Insuficiente respaldo al modelo de gestión preventiva participativa
 - Acento en la represión de incumplimientos puntuales y concretos
 - Confusión y falta de deslinde claro entre sanción administrativa y sanción penal
 - Falta de seguimiento del cumplimiento de los requerimientos.
 - Investigación de las causas de los AT y las EP poco rigurosa y poco explotada.
- Escasa confianza de lxs trabajadorxs en los resultados de las denuncias. Diversidad de criterios, impredecibilidad de resultados, excesiva judicialización de casos que podría resolver la IT
 - Falta de inmediatez
 - Diversidad de criterios, impredecibilidad de resultados; a veces, contradicción en la respuesta
 - Temor por parte de lxs trabajadorxs a resultar represaliados
- Escaso respaldo al modelo participativo
 - No está claro cómo se actúa en empresas en las que no hay representación sindical
 - Insuficiente colaboración con l@s DP: no se requiere su presencia, no se le pasa la documentación, no se les informa
- Ineficacia del procedimiento sancionador ante las administraciones públicas como empleadoras
 - Lentitud y farragosidad
 - Escasísimo efecto disuasorio de la sanción prevista

Hacia...

- Un sistema de control y sanción con recursos suficientes como para que su impacto en las condiciones de trabajo que afectan a la salud y seguridad sea efectivo
- Visibilidad e inmediatez de la Inspección, tanto para las empresas como para lxs trabajadorxs, incluso antes de que se produzcan denuncias, lesiones o enfermedades.
- La extensión real del control y la sanción a las administraciones públicas como empleadoras

Medidas

- Incrementar los efectivos de la inspección de trabajo y su especialización, con la finalidad de lograr un tiempo razonable de respuesta a las denuncias presentadas

- Fortalecer las funciones de arbitraje inmediato realizado por la inspección para la resolución de las controversias sobre cumplimiento de la LPRL (sin merma de sus otras competencias)
- Impulsar a las empresas hacia la adhesión real al modelo de gestión preventiva de la LPRL a través de requerimientos orientados a tal fin y/o modificando la tipificación de infracciones si se considera necesario
- Establecer en los protocolos de actuación mecanismos que favorezcan la colaboración y el intercambio de información entre Delegadxs de Prevención e Inspección de Trabajo
- Seguir potenciando los planes integrados de actuación de la Inspección, y su establecimiento previa consulta con los agentes sociales
- Implementar la coordinación administrativa necesaria para asegurar la vigilancia y sanción de incumplimientos en materias que inciden en la PRL pero que son fiscalizables por otras autoridades (Industria: control de conformidad de equipos de trabajo, dotación antiincendios y algunos aspectos de seguridad estructural de los locales; Sanidad control de la homologación y registro de sustancias tóxicas)
- Establecer un sistema efectivo de represión y sanción de los incumplimientos en materia de PRL de las administraciones públicas como empleadoras
- Realizar un seguimiento estricto de los procedimientos de propuesta de imposición de sanciones hasta su terminación, proporcionando información completa al respecto a los agentes sociales
- Visibilizar los importes recaudados en conceptos de sanciones de prl, vinculándolos a la realización de actividades de prevención

Segundo grupo: La censura penal

El derecho penal en general tiene una doble vertiente, preventiva y punitiva. Por un lado pretende ejercer un efecto disuasorio de las conductas que más reprobación social suscitan, a través de la amenaza de la imposición de penas de privación de libertad. Por otro, imponiendo el castigo cuando la infracción se ha producido, restaura la paz social alterada por la conducta prohibida. Quienes cometan un delito, además de saldar su deuda con la sociedad a través del cumplimiento de la pena, están obligados a compensar a las víctimas por el daño moral y material que les han ocasionado.

Estas son las coordenadas en las que se debe dar la intervención del derecho penal en la protección de la salud laboral.

Desde...

- Deficiente tipificación del delito de riesgo
- Excesiva dilatación, coste y complejidad de los procedimientos
- Falta de sentencias ejemplarizantes
- Dilución de las responsabilidades, hasta el extremo de haber enjuiciado a delegadxs de prevención

- Creciente tendencia a la intervención del Ministerio Fiscal
- En ocasiones abuso del derecho penal (implicando sujetos cuya conducta no merece censura penal o enjuiciando hechos que no producen alarma social con la mera finalidad de asegurar la indemnización de las víctimas).

Hacia...

Una intervención penal más rápida, más sencilla y limitada a casos en los que hay verdadera alarma social

Medidas

- Mejorar la configuración del delito de riesgo para que permita castigar la resistencia activa, culpable y peligrosa a implementar el modelo de gestión preventiva auspiciado por la LPRL
- Prever penas efectivas de privación de libertad para las conductas que pongan de manifiesto un evidente abuso del estado de necesidad de lxs trabajadorxs y el desprecio por la prudencia y protección más elementales
- Excluir expresamente de responsabilidades penales a delegadxs de prevención siempre, aclarando que no puede haber censura penal a sujetos que no tienen obligación de proteger o de asesorar para proteger
- Mantener la actividad de impulso del Ministerio Fiscal, que es quien mejor puede mantenerse en procedimientos tan dilatados como los procesos para dilucidar responsabilidades penales en materia de PRL
- Estudiar fórmulas para reducir la duración de estos procesos
- Concentrar la sanción penal sólo en las conductas verdaderamente ofensivas (no para cualquier incumplimiento de la “obligación de resultado” del art. 14 de la LPRL), dando solución por otros cauces a las demandas indemnizatorias
-

Tercer grupo: La responsabilidad indemnizatoria. La compensación

No entramos en la forma más básica de compensación, la que proporciona el sistema de seguridad social y cubre la responsabilidad objetiva de las empresas, poniendo a su cargo el coste de las prestaciones (básicas, pero mejoradas) de seguridad social (las detallará Jaime en su eje).

La responsabilidad indemnizatoria, obviamente, converge con la administrativa y la penal en la búsqueda de un efecto preventivo, a través de la imposición de consecuencias no deseadas a las conductas no conformes. En este caso el acento no está en “castigar” “reñir” y se centra en “pagar” para compensar los efectos de una conducta no apropiada.

Existen dos vías para pedir indemnización, previa demostración de culpa del empresario (conducta negligente)

- Recargo de prestaciones: del 30 al 50% a cargo directo de la empresa. Efecto prevención-sanción- compensación. Compatible con todas las otras responsabilidades.
- Demanda de daños por responsabilidad contractual. Se sustancia en la jurisdicción social. Probablemente en este ámbito la exigencia de culpa es más atenuada que respecto del supuesto anterior, por la plena efectividad, en el ámbito indemnizatorio civil, de la obligación de seguridad como una obligación “de resultado”

El sistema es bueno, pero se aplica poco. La protección indemnizatoria puede que esté por encima de las expectativas de las propias víctimas, que en los casos de daños menos graves no hacen uso de ella.

Desde...

- Un buen sistema de reconocimiento de compensaciones, pero quizás poco utilizado

Hacia...

- Una mejora en el conocimiento y uso de las posibilidades existentes.

Cuarto grupo: Conflictos colectivos y demandas declarativas de derechos

Es el camino a recorrer cuando se quiere que la empresa haga algo distinto de lo que está haciendo. El acento no está en el castigo o la indemnización, sino en la consecución de unas condiciones de trabajo o de unos derechos adecuados a lo que prescribe la normativa de prevención. Son las más "preventivas" de las acciones judiciales que se pueden emprender

Desde...

Falta de uso por la dificultad técnica de este tipo de juicios y por la difícil ejecución de sentencias que contienen obligaciones de hacer

Hacia...

Normalizar el uso de este camino. No sé si se trata de que los trabajadorxs empiecen a utilizarlas (y antes sus abogadx a sugerírselas) o de que se arbitren mecanismos procesales que las hagan más viables (carácter de urgencia, peritaje gratuito a cargo de personal técnico de la administración).

Eje 7: Papel de las administraciones públicas, participación institucional y fomento de su mejora.

En este eje ponemos el foco sobre las entidades públicas que se dedican a la salud y seguridad en el trabajo o tienen competencias en la materia, aunque no sean exclusivas. El objetivo es discutir las mejoras que nos parecen convenientes en sus recursos, organigramas, planes de trabajo y formas de funcionamiento, para lograr que desarrollen con eficacia creciente las actividades típicas de este tipo de sujetos públicos:

- Estudio
- Promoción
- Asesoramiento
- Vigilancia y control

Es evidente que el análisis se entrelaza con el que se desarrolla en otros ejes respecto de cómo potenciar el sistema de información e investigación en prevención de riesgos laborales (eje 1), o los sistemas de asesoramiento (eje 5), o la vigilancia y el control (eje 6).

La diferencia estriba en que aquí pretendemos centrarnos más en los mecanismos de definición de las políticas públicas y en la operatividad de las entidades públicas encargadas del impulso y materialización de esas políticas.

En un primer resumen podríamos destacar que los 20 años de vigencia de la LPRL se han caracterizado por una gran actividad de los gobiernos de turno, acompañada de la construcción de un sistema difuso de participación institucional y de diálogo tripartito sostenido sobre todos los temas en agenda. Fruto de este trabajo, más de 50 reglamentos de desarrollo de la LPRL aprobados previo debate en la CNSST, planes de acción contra la siniestralidad y dos Estrategias Españolas de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobadas y que cubren los años de 2008 a 2020.

Frente al dinamismo de este ámbito de actuación de las administraciones, la impresión es que entidades como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, sus homólogos en las CCAA y los departamentos de salud pública de la autoridad sanitaria no han sabido asumir el protagonismo que les demandaban los tiempos.

Diagnóstico de situación

- En INSHT no consigue asumir el liderazgo técnico que le corresponde y que le otorga la LPRL, ni desde el punto de vista de la investigación, ni de la difusión del conocimiento.
- El Ministerio de Sanidad no logra visibilizar sus competencias en el mundo del trabajo y hace auténtica dejación de sus funciones de orientación, control e impulso de las actuaciones sanitarias ligadas a la prevención de riesgos.
- La Inspección de Trabajo ha dado muestras de un dinamismo mayor, pero necesita dotarse de especialización técnica, celeridad de respuesta y criterios de actuación adecuados a la filosofía de la LPRL.
- La eficacia de la CNSST y del diálogo social tripartito depende en buena medida del impulso que le dé el Gobierno de turno. El impulso político es capaz de contrarrestar la tendencia patronal a sentirse cómoda con acuerdos globales, poco definidos. Además, el impulso político es definitivo para revertir la voluntad patronal de vetar incluso propuestas que tienen un aval técnico irrefutable.

- Escaso peso de la administración sanitaria en las políticas de protección de la salud de los trabajadores en el trabajo, y de ahí, su escasa aportación al diálogo en la CNSST. Este diálogo no ha podido abordar la nula integración de la salud de los trabajadores en las políticas públicas sanitarias, para la protección de la salud en el trabajo, lo que sin duda es un problema grave. Tras 20 años de ley, la visibilización de los efectos del trabajo en la salud y el funcionamiento del sistema de compensación por EEPP de la Seguridad Social siguen siendo grandes retos. Además este problema se reproduce también a nivel de CCAA. Entre estas, con todo, se observan diferencias que responden al impulso político, que también es desigual.
- La Fundación de Prevención de Riesgos Laborales (FPRL) se diseñó de forma consensuada con la finalidad de contribuir a llevar la prevención a aquellos centros de trabajo que tienen más dificultades para la prevención, es decir las PYMEs. Sin embargo, los cambios legislativos que han afectado a la FPRL interrumpen una forma de trabajar que estaba funcionando bien, desdibujan sus objetivos y rebajan el protagonismo de los agentes sociales, que son los que están presentes en el mundo del trabajo, lo que obliga a todas las partes a reflexionar.

Hacia dónde:

- Impulso político claro a la salud laboral. Diseño de políticas decididas, mejoradas en el diálogo en la CNSST y en el dialogo social entre Gobierno del Estado, CCAA, Sindicatos y Empresarios.
- Mayor coordinación entre la administración sanitaria y la laboral. Reclamamos una estrategia sanitaria integrada en la laboral, que nos permita tener una verdadera política pública en salud laboral en el más amplio sentido del concepto salud.
- Replantear el modelo de FPRL, volviendo al objetivo buscado: la prevención en las pequeñas empresas y la protección de sus trabajadores. En particular, hay que fortalecer el papel de los agentes sociales. Para ello, se deben buscar las fórmulas legales necesarias que lo permitan, bien mediante un nuevo modelo de Fundación o con subvenciones específicas para estas tareas. Las formulas pueden una u otras, pero cualquier caso, deben tener en cuenta el por qué y para qué se constituyó la FPRL.
- La reforma del INSHT resulta imprescindible para conseguir que el resto de las instituciones de prevención de riesgos laborales, puedan hacer tu tarea. No hace falta buscar nuevas competencias para el INSHT, bastaría que aquellas que están fijadas en la propia LPRL se pusieran en marcha. Para ello hace falta voluntad política y tomarse muy en serio la situación de la plantilla, que está sufriendo una reducción continua y se encuentra en mínimos.
- Finalizar el rediseño de la Inspección de Trabajo, delimitando que parte de la institución debe tener dependencia estatal y cual dependencia de las CCAA

Las 73 propuestas y su grado de prioridad según la encuesta¹⁵.

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
Eje1. Sistema de información, investigación y creación de conocimientos necesarios para la acción pública, que dé visibilidad a los daños a la salud y a las condiciones de trabajo que los causan.					
1. Presentar de forma sistemática los indicadores clave referentes al mercado de trabajo, condiciones de empleo y de trabajo y relaciones laborales.	4,02	3,99	4,27	3,72	3,98
2. Realizar la Encuesta de condiciones de trabajo y salud, con periodicidad anual, enriqueciéndola con información sobre las condiciones de empleo y de trabajo (contratación, jornada, salario...), relaciones laborales (convenio colectivo, representación legal de los trabajadores...) y actividades preventivas.	4,28	4,27	4,31	4,04	4,31
3. Sistematizar la recogida, seguimiento y estudio de las investigaciones de las causas de accidentes realizadas por las propias empresas para la mejora de su calidad.	4,45	4,51	4,34	4,42	4,49
4. Adoptar sistemas validados para los datos codificados en los partes de accidente, y especialmente para la calificación de la gravedad de los mismos..	4,22	4,18	4,30	4,04	4,25
5. Mejorar el registro de enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo integrándolo con otras fuentes de información (registros de algunos tumores, altas hospitalarias, encuestas de salud).	4,58	4,58	4,70	4,45	4,54
6. Introducir la variable ocupación en los registros sanitarios (altas hospitalarias, registro de tumores, defunciones).	4,06	4,21	4,31	3,76	3,92
7. Visibilizar la evolución de las desigualdades sociales y de género, y la salud, realizando una producción sistemática de información que relacione los distintos indicadores de determinantes sociales (condiciones de trabajo y empleo, igualdad social y de género, participación...) y de sus efectos en salud (enfermedad profesional y relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones por accidentes...) tanto a nivel territorial como sectorial.	4,21	4,23	4,45	3,84	4,17
8. Investigar las necesidades de los agentes sociales para la mejora de sus actividades relacionadas con la prevención	4,10	4,00	4,26	3,78	4,12
9. Estudiar el impacto sobre la salud de las desigualdades sociales y de género, edad y etnia.	3,97	4,08	4,27	3,45	3,91
10. Investigar la eficacia de las distintas metodologías de evaluación de riesgos e intervención preventiva	4,17	4,19	4,14	3,96	4,21
11. Desarrollar metodologías participativas de evaluación de riesgos e intervención preventiva.	4,26	4,19	4,36	3,87	4,33
12. Analizar sistemáticamente el diseño, la implementación y la evaluación de políticas e intervenciones preventivas de las administraciones públicas.	4,00	4,28	4,04	3,73	3,92

¹⁵ Las celdas con fondo rojo son los diez mejores resultados de cada columna.

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
Eje 2. Formación de los actores que intervienen en la prevención.					
13. Reforzar el derecho a la formación de lxs delegadxs, reconociendo que abarca también lo que supone su función representativa y el ejercicio de sus competencias.	4,52	4,44	4,60	3,93	4,67
14. Regular la formación en PRL y en la gestión preventiva tanto de los equipos directivos de las empresas, como de las estructuras de mando intermedio.	4,40	4,39	4,34	4,33	4,45
15. Requerir la impartición a los trabajadores tanto de módulos formativos que les capaciten para activar su autoprotección frente al riesgo, conociendo sus derechos individuales y colectivos, como de auténtica formación “a pie de obra”, estrechamente vinculada a la realidad de cada puesto de trabajo.	4,55	4,53	4,58	4,40	4,58
16. Aumentar la formación (solo para nivel básico) y las competencias de las personas a las que se encomiendan funciones de nivel básico e intermedio en prevención de riesgos laborales, para que puedan asumir mayor protagonismo dentro de las empresas.	4,22	4,14	4,14	3,98	4,37
17. Aprobar el certificado de profesionalidad en prevención de riesgos laborales que permita el desempeño de funciones de nivel intermedio.	3,94	3,82	3,83	3,80	4,08
18. Revisar los programas formativos para el desempeño de las funciones de nivel superior de tal modo que tengan conexión con las formaciones de grado y aseguren la efectiva especialización del personal técnico de nivel superior.	4,07	4,13	4,04	4,00	4,07
19. Separación de las especialidades formativas de Ergonomía y Psicología aplicada, cada una de ellas con entidad propia.	3,76	3,60	3,77	3,61	3,84
20. Planificar acciones de formación y sensibilización dirigidas a las diversas etapas de la formación reglada (infantil, primaria, secundaria) implicando en la misma tanto al personal docente como a los agentes sociales.	4,16	4,13	4,27	4,19	4,10
21. Regular la formación en prevención de los profesionales sanitarios y de los especialistas en Medicina del Trabajo.	4,19	4,11	4,24	4,07	4,21
22. Asegurar financiación pública y participación de los agentes sociales en los programas de formación en PRL dirigidos a lxs trabajadorxs y sus representantes.	4,30	4,19	4,52	3,85	4,32
3. Vigilancia de la salud, detección precoz de daños derivados del trabajo y acción protectora de la Seguridad Social					
23. Dotarnos de un sistema público de vigilancia de la salud ocupacional y postocupacional, sostenido con una equilibrada contribución empresarial.	4,20	4,18	4,37	3,78	4,22
24. Regular la jubilación anticipada para profesiones que producen especial desgaste.	4,59	4,48	4,53	4,38	4,71
25. Impulsar un cambio de paradigma para la “Medicina del Trabajo” que pase del enfoque en la siniestralidad, es decir, la pérdida de salud o enfermedad; al enfoque en las “condiciones de trabajo”, los factores de riesgo y sus condicionantes.	4,44	4,36	4,51	4,18	4,49

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
26. Publicar una Guía de vigilancia de la salud, con la participación, entre otros, del Ministerio de Sanidad, con el fin de que todas las personas intervinientes en esta parcela preventiva usen los mismos conceptos, para los mismos fines y con criterios homogéneos de aplicación	4,14	4,19	4,14	4,04	4,13
27. Establecer que la evaluación de riesgos es el eje sobre el que pivota la vigilancia de la salud. Es decir, los actos de intervención sanitaria habrán de soportarse en factores de riesgos de los que hay que evaluar sus consecuencias	4,26	4,29	4,34	4,15	4,21
28. Reforzar que el objetivo de la vigilancia de la salud es la planificación y corrección de la actividad preventiva y que el fin de la intervención son los requerimientos de mejora en las condiciones de trabajo y no los certificados de aptitud	4,31	4,32	4,35	4,22	4,30
29. Regular un consentimiento informado por escrito para que cualquiera que se someta a un reconocimiento médico conozca qué tipo de pruebas y con qué objetivo o fin se realizan y las consecuencias de los resultados que se deriven.	4,15	4,23	4,19	3,75	4,20
30. Establecer un correlato directo entre una "ineptitud sobrevenida" y el reconocimiento de una prestación pública por incapacidad permanente del sistema de la Seguridad Social.	4,22	4,06	4,39	3,96	4,25
31. Aprobar un código ético deontológico para los profesionales de la vigilancia de la salud que sea consensuado, público y objetivo.	4,12	4,15	4,21	3,87	4,11
32. Garantizar por convenio colectivo a los profesionales de la vigilancia de la salud la tutela de su imparcialidad y código deontológico.	4,23	4,27	4,27	3,91	4,27
33. Devolver al INSS la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común, la prestación por reducción de jornada por cuidado de hijo enfermo de cáncer o enfermedad muy grave, la prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos, la gestión del acceso al retorno de cuotas de Seguridad Social por inversiones con éxito en prevención de riesgos laborales	4,62	4,56	4,78	4,15	4,67
34. Racionalizar el control y supervisión de la incapacidad temporal, restableciendo el principio de confianza en los profesionales del sistema público de salud.	4,32	4,41	4,53	3,70	4,33
35. Debatir el sentido de la permanencia del sistema de Mutuas en España, así como de una diferente gestión y financiación de las contingencias profesionales y comunes	4,31	4,37	4,49	3,87	4,31
36. Elaborar indicadores objetivos para evaluar la calidad de la prestación del servicio de las mutuas, otras entidades colaboradoras y las entidades gestoras.	4,28	4,34	4,38	4,04	4,27
37. Recuperar competencias en materia de PRL para las Mutuas de la Seguridad Social, para que quien ostenta la actuación en la reparación de los daños, tenga a su vez un papel activo en la prevención de los mismos.	3,99	3,92	3,88	3,89	4,09

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	adm pub	sindicato	empresa	repr trab
38. Destinar un porcentaje determinado de cuota de contingencia profesional finalista a financiar actividad preventiva pública para micro y pequeñas empresas y autónomos.	3,95	4,03	4,06	3,69	3,93
39. Desvincular el reconocimiento y registro de los daños derivados del trabajo del sistema de compensación.	3,74	3,87	3,89	3,32	3,70
4. Participación de lxs delegadxs de prevención y de lxs trabajadorxs					
40. Establecer por ley la figura de delegados de prevención territoriales /sectoriales, con competencias en todas aquellas empresas sin representación legal de los trabajadores.	4,47	4,38	4,71	3,82	4,53
41. Implantar la codecisión en las empresas sobre todas las fases del proceso preventivo; incluyendo el control de la actividad de los servicios de prevención, su contratación si es el caso y la elección de la propia mutua.	4,16	4,16	4,47	3,35	4,18
42. Aprobar una línea estable de financiación, procedente de los fondos de formación para el empleo, para la formación de los delegados y delegadas de prevención.	4,20	4,11	4,41	3,49	4,29
43. Aprobar una línea estable de financiación de los equipos de apoyo técnico a la labor de los delegados y delegadas de prevención.	4,06	3,94	4,33	3,44	4,12
44. Potenciar la figura del trabajador designado como forma de promover la internalización de la prevención.	3,89	3,79	3,84	3,73	3,98
45. Garantizar la independencia de los técnicos del servicio de prevención (propio o ajeno) para cumplir su papel de asesores técnicos no sólo de los empresarios, sino también de la representación legal de los trabajadores.	4,48	4,48	4,52	4,25	4,51
5. Asistencia técnica para el cumplimiento de la obligación empresarial de protección de la salud, y medidas para que la actividad preventiva sea efectiva					
46. Reforzar las labores de asistencia técnica de los organismos territoriales especializados en seguridad y salud, para atender especialmente a micro-Pymes, con capacidad para supervisar tanto el proceso de identificación y gestión de riesgos como la eficacia de las medidas adoptadas	4,08	4,11	4,22	3,78	4,07
47. Aclarar en el marco normativo que contratar un “servicio de prevención”, propio o ajeno, no supone el cumplimiento de las obligaciones empresariales.	4,14	4,11	4,17	4,00	4,16
48. Obligar a todas las empresas a tener designada a la persona responsable de las actividades preventivas, promoviendo el recurso a servicios de asesoramiento externos para necesidades complementarias concretas.	4,17	4,14	4,04	3,95	4,31
49. Los “servicios de prevención propios” deberán contar con las cuatro especialidades .	4,03	4,06	4,00	3,33	4,21

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
50. Eliminar la obligación de recurrir a una auditoría privada para las empresas que adopten la modalidad de asunción personal, trabajador@ designad@ y/o Servicios de Prevención propio, siempre que desarrollen los mecanismos para la participación de los trabajadores/as y se desarrollen los recursos públicos de asistencia técnica.	3,60	3,58	3,66	3,07	3,73
51. Facilitar la contratación de servicios acreditados de consultoría especializada para dar respuesta a problemas técnicos o para realizar evaluaciones e intervenciones especializadas (por ejemplo, ante riesgos complejos como ruido, nanotecnologías, químicos, etc.).	3,92	3,94	3,80	3,64	4,04
52. Mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento técnico y de los recursos que operan en él, reforzando la capacidad de las administraciones públicas para aplicar medidas de supervisión, control y sanción.	4,12	4,19	4,29	3,80	4,08
53. Promover la profesionalidad de los técnicos prevencionistas, a través de la formación continua y la validación de las capacidades técnicas especializadas por colegios o asociaciones profesionales .	4,03	4,09	4,03	4,00	4,02
6 Control y sanción del incumplimiento empresarial					
54. Incrementar los efectivos de la inspección de trabajo y su especialización, con la finalidad de lograr un tiempo razonable de respuesta a las denuncias presentadas	4,63	4,52	4,72	4,24	4,72
55. Fortalecer las funciones de arbitraje inmediato realizado por la inspección para la resolución de las controversias sobre cumplimiento de la LPRL (sin merma de sus otras competencias).	4,39	4,40	4,43	4,05	4,45
56. Impulsar a las empresas hacia la adhesión real al modelo de gestión preventiva de la LPRL a través de requerimientos orientados a tal fin y/o modificando la tipificación de infracciones si se considera necesario	4,17	4,22	4,22	3,91	4,18
57. Establecer en los protocolos de actuación mecanismos que favorezcan la colaboración y el intercambio de información entre Delegadxs de Prevención e Inspección de Trabajo.	4,38	4,33	4,52	3,91	4,45
58. Seguir potenciando los planes integrados de actuación de la Inspección, y su establecimiento previa consulta con los agentes sociales.	4,20	4,08	4,31	4,02	4,22
59. Implementar la coordinación administrativa necesaria para asegurar la vigilancia y sanción de incumplimientos en materias que inciden en la PRL pero que son fiscalizables por otras autoridades (Industria: control de conformidad de equipos de trabajo, dotación antiincendios y algunos aspectos de seguridad estructural de los locales; Sanidad control de la homologación y registro de sustancias tóxicas).	4,25	4,16	4,38	4,04	4,25
60. Establecer un sistema efectivo de represión y sanción de los incumplimientos en materia de PRL de las administraciones públicas como empleadoras.	4,47	4,61	4,59	4,15	4,42

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
61. Realizar un seguimiento estricto de los procedimientos de propuesta de imposición de sanciones hasta su terminación, proporcionando información completa al respecto a los agentes sociales.	4,27	4,35	4,46	3,76	4,26
62. Visibilizar los importes recaudados en conceptos de sanciones de prl, vinculándolos a la realización de actividades de prevención.	4,17	4,14	4,26	4,08	4,16
63. Mejorar la configuración del delito de riesgo para que permita castigar la resistencia activa, culpable y peligrosa a implementar el modelo de gestión preventiva auspiciado por la LPRL.	4,32	4,34	4,45	3,93	4,32
64. Prever penas efectivas de privación de libertad para las conductas que pongan de manifiesto un evidente abuso del estado de necesidad de lxs trabajadorxs y el desprecio por la prudencia y protección más elementales	4,37	4,38	4,53	3,91	4,40
65. Excluir expresamente de responsabilidades penales a delegadxs de prevención siempre, aclarando que no puede haber censura penal a sujetos que no tienen obligación de proteger o de asesorar para proteger.	4,21	4,27	4,40	3,44	4,28
66. Mantener la actividad de impulso del Ministerio Fiscal, que es quien mejor puede mantenerse en procedimientos tan dilatados como los procesos para dilucidar responsabilidades penales en materia de PRL.	4,11	4,15	4,32	3,73	4,06
67. Estudiar fórmulas para reducir la duración de estos procesos	4,21	4,28	4,27	3,93	4,23
68. Concentrar la sanción penal sólo en las conductas verdaderamente ofensivas (no para cualquier incumplimiento de la "obligación de resultado" del art. 14 de la LPRL), dando solución por otros cauces a las demandas indemnizatorias	3,98	4,06	4,04	3,76	3,96
7. Papel de las administraciones públicas, participación institucional y fomento de su mejora					
69. Garantizar el impulso político a la PRL, mediante la adopción de políticas proactivas, consensuadas a través del diálogo en la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (CNSST) y en el dialogo social entre Gobierno del Estado, CCAA, Sindicatos y Empresarios.	4,26	4,28	4,43	3,91	4,23
70. Exigir mayor coordinación entre la administración sanitaria y la laboral, para elaborar un plan estratégico de salud pública y salud laboral diseñado de forma conjunta por el Mº de Sanidad, CCAA y Agentes Sociales.	4,39	4,43	4,54	4,00	4,37
71. Buscar las fórmulas legales que permitan a la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales continuar promoviendo la prevención en las pequeñas empresas y la protección de sus trabajadores, reforzando el papel de los agentes sociales en la misma.	4,27	4,11	4,51	3,85	4,30

PROPUESTAS	Promedio puntuación (grado de prioridad)				
	todos	admn pub	sindicato	empresa	repr trab
72. Impulsar la adecuación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) a los cometidos que le marca la LPRL, como motor de las actuaciones públicas en materia de PRL, dotándole de los recursos económicos, técnicos y humanos necesarios.	4,37	4,31	4,50	4,27	4,33
73. Finalizar el rediseño de la Inspección de Trabajo, delimitando que parte de la institución debe tener dependencia estatal y cual dependencia de las CCAA.	4,13	4,18	4,22	3,82	4,13
TOTAL	4,21	4,20	4,30	3,90	4,23