



**CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

# FORMACIÓN EN SALUD LABORAL

**(30 Horas)**

***Director: Antonio J. Moreno Gómez***

## DAÑOS A LA SALUD

### PATOLOGIA LABORAL Y NO LABORAL

1 JULIO 1998 UNIVERSIDAD DE VERANO UNEX



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

## IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL EN ESPAÑA (2004)

RESPONSABLE: INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO, AMBIENTE Y SALUD (ISTAS)

### Las "contingencias profesionales"

Sin embargo, aunque existe obligación general de prevención, los daños o alteraciones de la salud que se producen en relación al trabajo, pueden llegar a ser calificados como "accidente de trabajo" o "enfermedad profesional", en cuyo caso tendrán la consideración de "**contingencia profesional**" de nuestro sistema de Seguridad Social<sup>1</sup>. En caso contrario, son consideradas "**contingencias comunes**".

La correcta calificación de los daños a la salud como accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales es muy importante por las diversas implicaciones para la persona afectada y para la prevención.

En el terreno **económico**,

- La correcta calificación impide que el sistema público de salud asuma costes externos de las empresas, que además están asegurados en el ámbito de la Seguridad Social.
- Afecta a las prestaciones que recibirán los trabajadores:
  - Tratamiento médico - farmacéutico: En la contingencia profesional es gratuito, en la común el enfermo/a paga el 40% de los medicamentos.
  - Porcentajes de la base reguladora en caso de baja: En la contingencia profesional, durante los primeros 20 días el trabajador/a cobra el 75% de la base reguladora. Estos porcentajes son más altos que en caso de contingencia común, en la que se calcula el 60% de la base reguladora.<sup>1</sup>
  - La forma de calcular la prestación o subsidio por I.T., como los demás derechos económicos, es más beneficiosa en las contingencias profesionales que en las comunes.
  - Si la contingencia es profesional, proporciona una buena base para solicitar indemnizaciones por posibles incumplimientos empresariales de la normativa de riesgos laborales. Por ejemplo, un recargo de prestaciones.

También tiene implicaciones **preventivas**: la identificación y notificación de una contingencia profesional debe desencadenar una serie de reacciones y acciones, que tienen como efecto:

- aportar información sobre las efectividad de la prevención en la empresa, indicando la necesidad de medidas preventivas;
- es la base de la información estadística que manejan las autoridades laborales y sanitarias, para sus programas de acción;

- abre la puerta a actuaciones de la autoridad laboral y/o sanitaria
- contribuye a la visibilidad social del riesgo laboral.

La Enfermedad Profesional viene definida en el Art. 116 de la Ley General de Seguridad Social como

*"la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".*

- Que la persona haya enfermado debido a elementos o sustancias que en el Cuadro se indiquen como causa de enfermedad profesional.
  - Se trata de una lista indicativa y abierta de agentes que pueden ser causa de enfermedad en el entorno laboral y de las actividades más comunes dónde se encuentra. Al no tener una pretensión exhaustiva, la no inclusión de una actividad no debe suponer un problema para la calificación de una enfermedad como "profesional".
- La persona que haya enfermado debe tener la contingencia por Accidentes y Enfermedades profesionales cubierta (por ejemplo, los trabajadores del Régimen General de la SS, trabajador/a autónomo/a que hayan asegurado la contingencia, etc.)
- Cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra "e" de la LGSS).
- Cuando las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, se agraven como consecuencia de una lesión constitutiva del accidente, tendrán consideración de accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra "f" de la LGSS).

#### El "cuadro de enfermedades profesionales"

El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el

cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la SS y se establecen criterios para su notificación y registro vino a sustituir al anterior, de 1978, y toma como referencia a la lista europea de 2003.

Dicho cuadro no representa una lista cerrada: se identifican agentes causantes de enfermedades y las principales tareas/actividades capaces de producirlos, y por lo tanto, no excluye que puedan ser producidas por otras actividades.

Con todo, la lista de factores causales es mucho más acotada que la definición de "condiciones de trabajo" que se utiliza en la LPRL, a la que ya hemos hecho referencia.

Además, alguna parte del descenso en la notificación se puede achacar a disfuncionamientos del sistema de notificación telemática, que se implantó apresuradamente y sin período de transición.

Todavía no se dispone de los programas de formación para los médicos del Sistema Público de Salud para ayudarles a investigar las posibles causas laborales en las patologías de sus pacientes ni de las *guías de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para el diagnóstico* previstas en el RD 1299/2006, aunque ya se ha contratado la realización.<sup>4</sup>

Otro obstáculo para la declaración es que los trabajadores no demandan esta calificación, a veces por entender que no les conviene, por las consecuencias que ocasionalmente pueden derivarse en la realidad institucional actual. En ocasiones la declaración de enfermedad profesional puede derivar en empeoramiento de la situación laboral de los trabajadores, si se utiliza la "ineptitud sobrevenida" como causa de despido con indemnización mermada.

El Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>5</sup>, cuando habla de las funciones de los profesionales de nivel superior en materia sanitaria (artículo 37.3), menciona las funciones y actividades, todas ligadas a la vigilancia de salud y ninguna directamente destinada a colaborar con la notificación de la enfermedad profesional:

37.3.b

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

- d. El personal sanitario del servicio de prevención deberá conocer las enfermedades que se producen entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, e los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad y de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.
- e. En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud.
- f. El personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.
- g. El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a los trabajadores en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.
- h. El personal sanitario del servicio de prevención que, en su caso, exista en el centro de trabajo deberá proporcionar los primeros auxilios y la atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o alteraciones en el lugar de trabajo.

En esta línea, hay que observar que tampoco el Real Decreto 1299/2006, de Enfermedades Profesionales vino a otorgar ninguna función al personal médico de los Servicios de Prevención en la notificación de las enfermedades profesionales.

### La vigilancia de la salud y la LISOS

Realizar reconocimientos médicos inespecíficos, no utilizar los resultados para la prevención, y no registrar y archivar los datos, conlleva incurrir en infracción "grave", según el Artículo 12.2 de la LISOS<sup>19</sup>.

- (2) No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados.
- (3) ...no llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes
- (4) No registrar y archivar los datos obtenidos en las evaluaciones, controles, reconocimientos, investigaciones o informes a que se refieren el artículo 16, el artículo 22 y el artículo 23 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Existe una obligación empresarial de determinar la aptitud de un trabajador para un puesto antes de encomendárselo, y esta es mucho más amplia que la protección frente al riesgo de contraer enfermedad profesional. Se trata de una obligación general de concordancia entre la persona y las exigencias del trabajo. Esta obligación general de concordancia es la que se refleja en el artículo 13.4 de la LISOS, que define como infracción **muy grave**...

"La adscripción de los trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales conocidas o que se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo, así como la dedicación de aquéllos a la realización de tareas sin tomar en consideración sus capacidades profesionales en materia de seguridad y salud en el trabajo, cuando de ello se derive un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores".

### La magnitud del subregistro

Según estimaciones de un estudio reciente (García y Gadea)<sup>19</sup>, cada año se estarían produciendo en España cerca de 80.000 nuevos casos de enfermedades de origen laboral. Por orden de frecuencia, estas enfermedades laborales serían: osteomusculares (cerca de 28.000 casos nuevos al año), enfermedades de la piel (alrededor de 11.000 casos) y pérdidas auditivas (alrededor de 10.000 casos).

En cambio, en el mismo año 2004, nuestro sistema de oficial de registro de enfermedades profesionales, en España contabilizó unas 30.000 enfermedades profesionales, de las cuales el 99% fueron sin baja o leves, 152 casos se registraron como graves y sólo se registraron 2 muertes.

Si las estimaciones son correctas, indicarían un subregistro del 64% de las Enfermedades Profesionales. Por patologías, el mayor subregistro se daría para tumores malignos, hipoacusias por ruido y enfermedades respiratorias, con más del 90% de los casos de origen laboral estimados no reconocidos, y el 100% para enfermedades mentales.

<sup>19</sup> García, Ana M., Gadea, Rafael, Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España en Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (1): 3-8. Disponible en <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newssevents/files/enf-laborales.pdf>

### Enfermedades Laborales estimadas y Enfermedades Profesionales registradas

	Enfermedades laborales estimadas		Enfermedades profesionales registradas EEPP		Infracción %	Muertes por enfermedad laboral estimadas		Enfermedades mortales reg EEPP	Infracción %
	n	%	n	%		n	%		
Enfermedades mentales	7.423	9	0	0	100	430	3	0	100
Tumores malignos	5.199	7	9	0	99,8	8.402	54	2	99,8
Enfermedades cardiovasculares	1.090	1	13	0	98,8	3.662	24	0	100
Hipoacusia o sordera por ruido	10.184	13	490	2	95,2	--	0	0	100
Enfermedades respiratorias	8.281	10	488	2	94,1	1.600	10	0	100
Enfermedades infecciosas	2.090	3	329	1	84,3	217	1	0	100
Enfermedades de la piel	11.291	14	3.613	13	68	--	0	0	100
Enfermedades osteomusculares	27.826	35	20.320	71	27	--	0	0	100
Otras	0	0	0	0	--	1.197	8	0	100
<b>Total</b>	<b>79.484</b>	<b>100</b>	<b>28.728</b>	<b>100</b>	<b>63,9</b>	<b>15508</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>99,9</b>

Año de referencia 2004

Fuente: Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud ISTA-S-CCO

Tras una tendencia sostenida al incremento en el número de casos reconocidos, durante el año 2006 se produjo un pronunciado descenso. También en 2007 continúa una clara la tendencia a la baja.<sup>20</sup>

AÑOS	Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas, Mortales 2000-2006	
	Total	Mortales
2000	19.622	3
2001	22.844	-
2002	28.040	2
2003	26.887	-
2004	28.728	2
2005	30.030	2
2006	21.505	-

Fuente: elaboración propia con datos de sucesivas ediciones del Anuario de Estadísticas Laborales, publicado por NTAS, Tablas sobre Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), <http://www.antas.es/estadisticas/anuario.htm>

Así, en el año 2006 el descenso de enfermedades profesionales declaradas fue de aproximadamente el 21 %, y los datos hasta el momento indican que en el 2007 se ahonda el descenso, que llega aproximadamente al 45 %.



la prevalencia de enfermedades laborales sería de 537 por 10.000 trabajadores, lo que afecta a casi 800.000 personas, siendo las principales alteraciones las patologías osteomusculares y los problemas psíquicos. Según estos datos, el 83% de las enfermedades laborales no son reconocidas en los registros oficiales, en donde además la mortalidad por enfermedades laborales es prácticamente inexistente.

Tabla 2. Incidencia de enfermedades laborales según grupos principales de patologías. España, 1999.

Grupos de enfermedades	Tasa de incidencia por 10.000 trabajadores <sup>1</sup>	Casos incidentes de enfermedades laborales <sup>2</sup>	
		n	%
Enfermedades osteomusculares	15,34	22.347	24,2
Hipoacusia o sordera por ruido	9,98	14.539	15,7
Dermatitis	9,16	13.344	14,4
Síndrome del túnel carpiano	8,79	12.805	13,8
Tumores malignos	5,25	7.648	8,3
Enfermedades respiratorias crónicas	3,72	5.419	5,9
Intoxicaciones por sustancias y materiales	3,42	4.982	5,4
Asma	3,05	4.443	4,8
Enfermedades por radiaciones	2,61	3.802	4,1
Enfermedades infecciosas	1,38	2.010	2,2
Infarto de miocardio	0,56	816	0,9
Neumoconiosis	0,19	277	0,3
Alergias	0,07	102	0,1
Total	-	92.534	100

<sup>1</sup> Tasa de incidencia anual por 10.000 trabajadores calculada por Kratz para la población canadiense en 19910 (las tasas presentadas son los valores medios de las estimaciones mínima y máxima obtenida por este autor)

<sup>2</sup> Número de casos incidentes de enfermedades laborales calculada y porcentaje de cada grupo de patologías sobre el total de enfermedades laborales para población trabajadora en España en 1999 (n = 14.568.000).

Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (1): 3-8

## SOMOS LOS MEJORES

- AÑO 2003, SE DECLARAN 1,97 ENFERMEDADES POR CADA 1000 TRABAJADORES.
- AÑO 2003, SEGÚN LA V ENCUESTA NACIONAL SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO 30 DE CADA 1000 TRABAJADORES HAN SIDO DIAGNOSTICADOS O ESTÁN EN TRAMITES DE DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

## ENFERMEDADES PROFESIONALES COMUNIDADES AUTONOMAS 2003

Comunidad Autónoma	Tasa de incidencia por 1000
Navarra	12,5/1000
Asturias	4,7
La Rioja	4,7
Aragón	4,3
País Vasco	4,2
Cataluña	3,2
Castilla/León	2,8
Murcia	2,1
Cantabria	1,9
Castilla La Mancha	1,6
Baleares	1,1
Galicia	1,1
Andalucía	0,8
Extremadura	0,8
Madrid	0,7
Valencia	0,7
Canarias	0,4
Ceuta/Melilla	0,02

## COMPARATIVA V ENCUESTA Y ESTADÍSTICAS OFICIALES 2003

V Encuesta	Estadísticas	
8.8/100	7.7/100	Enf. Piel
8.8	1.4	Hipoacusias
3.7	1.4	Infecciosas
3.8	1.5	Pulmonares
1.5	1.6	Agentes Químicos
85.0	59.8	Enf. huesos, articulaciones y musculares

Según la V Encuesta el 59.4% de los trabajadores acudieron al médico .  
El 20% de las consultas se relacionaron con el trabajo  
El 79.3% señalaron tener molestias músculo/esqueléticas relacionadas con el trabajo

## 1. Causas de la subdeclaración de las enfermedades profesionales

- Consideración como enfermedades comunes de muchas de las profesionales
- Dificultad científica para catalogarlas como profesional una enfermedad.
- Desconocimiento de este tipo de enfermedades.
- Desinterés por la prevención en la asistencia sanitaria.
- Conflictos entre trabajadores y empresarios por reconocer que una enfermedad esta relacionada con el trabajo. Error en el enfoque de la inspección de trabajo.

## 2. Causas de la subdeclaración de las enfermedades profesionales

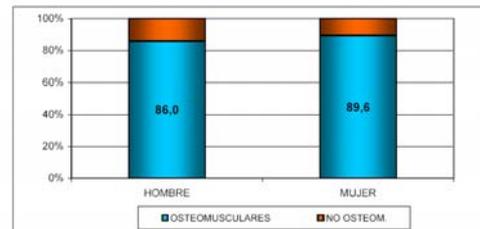
- Situación individual. En el caso de que un trabajador tenga una enfermedad profesional y para no seguir expuesto a un riesgo laboral se puede intervenir sobre el riesgo para eliminarlo o controlarlo, cambiar de puesto de trabajo o despedirlo por incapacidad sobrevenida. Ante la posibilidad del paro el propio trabajador hace lo posible por ocultar la declaración de su enfermedad.
- Dificultades para que la UBS Laboral cumplan las normas: Faltan especialistas en Medicina del Trabajo. Baja remuneración económica que la hace poco atractiva. Falta de protección de la labor independiente. Continuación del sistema de reconocimientos "generalistas" aunque ahora lo llamemos Vigilancia de la Salud ( Libro Blanco). Visión mercantilistas de la salud laboral.

## ENFERMEDADES PROFESIONALES

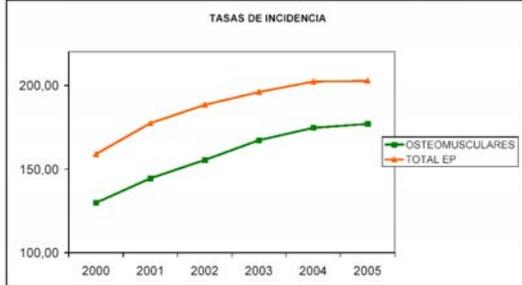
### ENFERMEDADES PROFESIONALES. AÑO 2005

Fuente: Fichero informatizado de los partes de enfermedades profesionales con y sin baja. Año 2005.

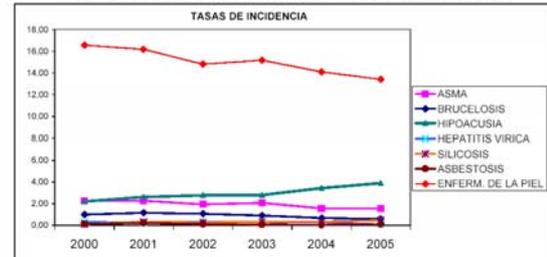
ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL AÑO 2005. DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE ENTRE OSTEOMUSCULARES Y NO OSTEOMUSCULARES POR SEXO.

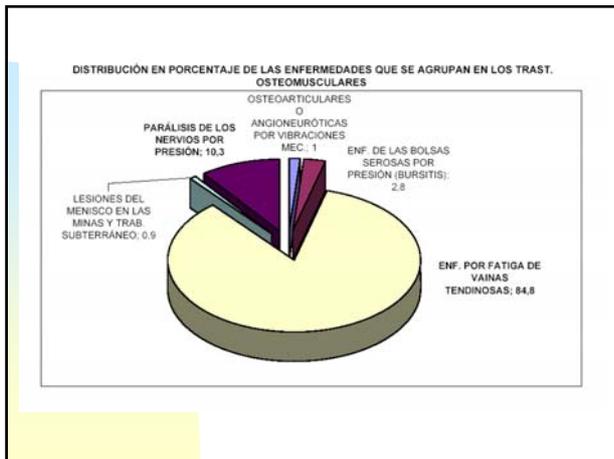


### EVOLUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES. AÑOS 2000-2005.



### EVOLUCIÓN DE OTROS TIPOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES. AÑOS 2000-2005.





## IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES LABORALES EN ESPAÑA

Informe elaborado por el  
**Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud**  
**ISTAS- Comisiones Obreras**

**Enfermedades laborales.** Se designan así todos los problemas de salud en cuya causa intervienen de forma sustancial las exposiciones y factores de riesgo presentes en el trabajo. Como términos equivalentes, se utilizan también en el informe "enfermedades de origen laboral", "enfermedades por exposiciones laborales" y "enfermedades relacionadas con el trabajo".

**Enfermedades profesionales.** Siempre que se utiliza esta denominación, se hace referencia exclusivamente al concepto legal de la misma, es decir, al conjunto de enfermedades recogidas en el Cuadro Enfermedad de Enfermedades vigente en España en 2004.

**Sistemas centinela de notificación de enfermedades laborales.** Con diferentes objetivos, cobertura y participación, los sistemas centinela de notificación de enfermedades laborales consisten en sistemas estructurados para la identificación, la declaración y el registro de *enfermedades laborales* (ver) a partir de la participación de profesionales sanitarios (generalmente de manera voluntaria) de distintos ámbitos (médicos generalistas, especialistas, etc.). De manera equivalente, estos sistemas se denominan también "Sistemas centinela de declaración de enfermedades laborales", "Sistemas de vigilancia activa de enfermedades laborales" o "Sistemas de vigilancia centinela de enfermedades laborales".

Tabla 4. Incidencias estimadas para los principales grupos de enfermedades laborales incluidos en el esquema de declaración de sucesos centinela en salud laboral del Instituto Navarro de Salud Laboral para el año 2004.

Enfermedad	Incidencia (100.000 trabajadores/año)
Tendinitis manguito superior (codo y muñeca)	201,8
Dermatitis	75,3
Síndrome del túnel carpiano	56,2
Asma	14,4

Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral, 2006.

Tabla 3. Incidencias estimadas para los principales grupos de enfermedades laborales incluidos en el esquema de declaración de sucesos centinela en salud laboral OPRA (*Occupational Physicians Reporting Activity*) para el periodo 1996-2001, Reino Unido.

Enfermedad	Incidencia (100.000 trabajadores/año)		
	Hombres	Mujeres	Total
Osteomusculares	173,1	152,4	163,0
Mentales	80,3	85,5	82,8
Dérmicas	69,0	50,7	60,0
Respiratorias	30,2	15,7	23,1
Audiológicas	26,4	1,4	14,2

Fuente: Cherry y McDonald, 2002.

### ¿Qué son los trastornos músculo-esqueléticos?

Son lesiones que afectan a los músculos, nervios y articulaciones que se localizan con más frecuencia en cuello, espalda, hombros, codos y muñecas.



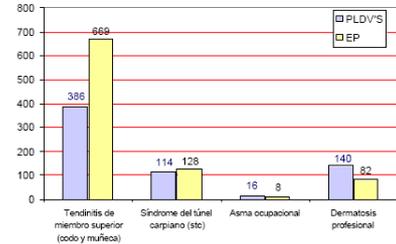
Reciben nombres como: *contracturas, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, lumbalgias, cervicalgias, etc.*

El síntoma predominante es el **dolor** asociado a limitaciones funcionales

En general los trastornos músculo-esqueléticos provocan incapacidad laboral como accidentes de trabajo por sobreesfuerzos y como enfermedades profesionales de los grupos E 05 y E 06.

### Casos notificados según diagnóstico, Enero a Diciembre 2005

Comparación Programa de Vigilancia Epidemiológica y Registro de Enfermedades Profesionales de



Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica de Salud Laboral en Atención Primaria y

Tabla 9. Incidencia de enfermedades laborales en Finlandia, 2002.

Grupo y denominación según CIE-10	Incidencia (por 1000 trabajadores)		
	Finlandia	Países Bajos	Países Bajos
<b>Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	2,21	19,28	1,28
Tuberculosis	0,22	1,28	0,28
Sífilis	0,08	1,04	0,43
Escarlatina	0,28	7,14	2,14
Tuberculosis	0,24	1,03	0,42
Otros	0,43	0,71	0,88
<b>Neoplasias</b>	18,18	8,24	8,48
Cáncer broncopulmonar	8,87	0,28	3,48
Leucemia	2,08	0,71	0,58
Otros	0,22	0,28	0,21
<b>Alteraciones mentales y del comportamiento</b>	6,48	6,48	6,53
<b>Enfermedades del sistema nervioso</b>	2,87	3,18	3,08
Esclerosis múltiple	1,53	2,84	2,24
Esclerósia múltiple	0,22	0,24	0,24
Otros	0,12	0,1	0,28
<b>Enfermedades de los ojos</b>	0,58	0,58	0,28
Cataratas	0,58	0,58	0,71
Otros	0,02	0,02	0,02
<b>Enfermedades del oído</b>	0,08	4,82	2,24
Pérdida de audición por ruido	0,08	4,12	23,78
Otros	0,28	0,71	0,22
<b>Enfermedades del sistema circulatorio</b>	8,88	8,88	8,38
Insuficiencia coronaria coronaria	0,88	0,88	0,88
<b>Enfermedades respiratorias</b>	27,43	27,43	47,84
Asma	12,84	14,83	12,78
Asma alérgica	4,82	6,22	6,42
Asma no alérgica	7,88	8,61	6,38
Insuficiencia respiratoria crónica	0,24	0,43	0,22
Asma	27,11	0,42	14,38
Otros	1,48	6	2,88
<b>Otros trastornos circulatorios y de la respiración</b>	1,23	7,21	4,23
Otros	2,21	2,21	2,24
<b>Enfermedades gastrointestinales</b>	0,28	0	0,24
<b>Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo*</b>	28,18	48,28	28,78
<b>Enfermedades del sistema musculo-esquelético</b>	22,13	22,18	22,18
Artritis	12,21	12,8	12,8
Artritis	1,01	0,28	0,27
Otros	10,92	17,04	19,78
<b>Lesiones y traumatismos</b>	2,83	8,43	1,41
Envenenamientos	1,24	0,22	0,24
Otros	1,59	8,21	1,17
<b>Otros</b>	4,75	4,42	5,82
<b>Total</b>	202,62	228,78	208,78

Tabla 14. Algunos indicadores del estado de la salud laboral en Finlandia y España

	Finlandia	España
<b>Tasa de accidentes de trabajo con baja, 2003<sup>a</sup></b>		
Industria	3,3	8,8
Construcción	5,9	13,7
Transporte, almacen., comunicación	3,5	6,5
<b>Tasa de accidentes de trabajo mortales, 2003<sup>b</sup></b>	1,9	3,7
<b>Horas de trabajo a la semana, 2005</b> (trabajadores a tiempo completo)	40,5	42,4
<b>Tasa de desempleo, 2005</b>	8,4	9,2

Fuente: Eurostat, 2006.

<sup>a</sup> Tasa por 1000 trabajadores. Accidentes con más de tres días de baja.

<sup>b</sup> Tasa por 100.000 trabajadores. Accidentes de trabajo mortales, excluyendo *in itinere* y por causas médicas. Tasa estandarizada por sector económico.

Tabla 22. Relación entre la incidencia por accidentes de trabajo y la incidencia por enfermedades laborales, total nacional y por comunidades autónomas, 2004.

	Muertes por accidente de trabajo <sup>a</sup>	Muertes por enfermedad laboral <sup>b</sup>	Mortalidad total de origen laboral	% debido a enfermedades
España	1.459	16.125	8	92
Andalucía	208	2.755	7	93
Aragón	62	549	10	90
Asturias	33	546	6	94
Baleares	28	302	8	92
Canarias	41	569	7	93
Cantabria	28	228	11	89
Castilla León	68	1.114	6	94
Castilla-La Mancha	102	709	13	87
Castilla	213	2.517	8	92
Comunidad Valenciana	107	1.690	6	94
Extremadura	27	446	6	94
Galicia	111	1.220	8	92
Madrid	266	1.735	13	87
Murcia	50	409	11	89
Navarra	21	212	9	91
País Vasco	84	852	9	91
La Rioja	10	109	8	92

<sup>a</sup> Muertes totales por accidente de trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

<sup>b</sup> Muertes totales por enfermedades laborales según suma de las estimaciones de mortalidad para hombres y mujeres (tablas 19 y 20)

Tabla 25. Enfermedades profesionales registradas (selección) y enfermedades laborales estimadas en España en 2004.

	Enfermedades profesionales	Enfermedades laborales <sup>a</sup>	Infradeclaración <sup>b</sup>
Enfermedades osteomusculares	20.320 <sup>c</sup>	27.826	27,0
Enfermedades de la piel	3.613 <sup>b</sup>	11.291	68,0
Hipoacusia o sordera por ruido	490 <sup>d</sup>	10.184	95,2
Enfermedades respiratorias	488 <sup>b</sup>	8.281	94,1
Tumores malignos	9 <sup>b</sup>	5.199	99,8
Enfermedades infecciosas	329 <sup>b</sup>	2.090	84,3
Enfermedades cardiovasculares	13 <sup>b</sup>	1.090	98,8
<b>Total<sup>d</sup></b>	<b>28.728</b>	<b>79.484</b>	<b>63,9</b>

<sup>a</sup> Estimaciones medias (ver Tabla 23)

<sup>b</sup> García y Castañeda, 2006

<sup>c</sup> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004

<sup>d</sup> No corresponde a la suma de filas sino al total de las fuentes en cada columna

**Años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP).** Años de actividad laboral perdidos por *incapacidad permanente (ver)* o por *mortalidad prematura (ver)* obtenidos a partir del recuento de años entre la edad media en la que sucede la incapacidad permanente o la muerte debidas a una determinada *enfermedad laboral (ver)* y la edad media de jubilación en España en 2004 (65 años).

**Años potenciales de vida perdidos (APVP).** Años de vida perdidos por *mortalidad prematura (ver)* obtenidos a partir del recuento de años entre la edad media en la que sucede la muerte debida a una determinada *enfermedad laboral (ver)* y la esperanza de vida media en España en 2004 (79 años).

Tabla 35. Años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP) por incapacidad permanente en los casos incidentes de enfermedad laboral. España, 2004.

Enfermedades	APVLP	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	4595,5	19
Enfermedades de la piel	3660,1	15
Alteraciones mentales	3855,3	16
Enfermedades respiratorias	1233,7	5
Tumores malignos	5100,9	21
Enfermedades del sistema nervioso	5147,7	21
Enfermedades infecciosas	249,8	1
Enfermedades cardiovasculares	466,2	2
Enfermedades de los ojos	127,6	1
Enfermedades gastrointestinales	1,0	0
<b>Total</b>	<b>24.437,8</b>	<b>100</b>

Tabla 42. Años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP) por incapacidad permanente causada por las enfermedades laborales prevalentes. España, 2004.

Enfermedades	APVLP	
	n	%
Enfermedades osteomusculares	145.828	36,81
Estrés, depresión o ansiedad	147.409	37,21
Enfermedades pulmonares	10.236	2,58
Enfermedades cardiovasculares	60.288	15,22
Enfermedades infecciosas	12.276	3,10
Enfermedades de la piel	20.166	5,09
<b>Total</b>	<b>396.202</b>	<b>100,00</b>

Tabla 38. Costes totales (euros) de las enfermedades laborales incidentes en España, 2004.

Costes	Estimación inferior	Estimación superior	Media
<b>Indirectos</b>	371.159.957	947.190.390	659.175.174
Incapacidad temporal	96.542.229	388.630.488	242.586.359
Incapacidad permanente	274.617.728	558.559.902	416.588.815
<b>Total</b>	<b>1.107.727.926</b>	<b>3.090.430.268</b>	<b>2.099.079.098</b>

Tabla 39. Costes generados por la incapacidad temporal de los casos prevalentes de enfermedades laborales en España, 2004.

	Estimación inferior	Estimación superior	Media
Estrés, depresión o ansiedad	851.397.793	2.501.639.878	1.676.518.835
Enfermedades pulmonares	57.171.977	70.337.878	63.754.927
Enfermedades cardiovasculares	177.532.426	556.068.653	366.800.539
Dolor de cabeza, fatiga visual	30.449.898	452.650.796	241.550.347
Hipoacusia o sordera por ruido	41.094.634	96.099.455	68.597.045
Enfermedades infecciosas	25.775.004	236.036.172	130.905.588
Enfermedades de la piel	39.171.219	202.131.536	120.651.377
Otras	18.017.349	46.065.654	32.041.501
<b>Total</b>	<b>2.069.664.105</b>	<b>6.783.242.331</b>	<b>4.426.453.218</b>

Tabla 45. Costes totales (euros) de las enfermedades laborales prevalentes. España, 2004.

Costes	Estimación inferior	Estimación superior	Media
<b>Indirectos</b>	6.612.247.158	15.750.320.663	11.181.283.911
Incapacidad temporal	2.069.664.105	6.783.242.331	4.426.453.218
Incapacidad permanente	4.542.583.053	8.967.078.332	6.754.830.693
<b>Total</b>	<b>20.996.247.158</b>	<b>57.790.320.663</b>	<b>39.393.283.911</b>

Tabla 11a. Estimación del número de muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas. Total. Extremadura, 2004.

	CIE-10 <sup>a</sup>	Total muertes <sup>b</sup>	RA (%) <sup>c</sup>	Muertes por exposiciones laborales <sup>d</sup>	n	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	41	8,8	4	0,9	
Tumores	009-041	2750	8,4	231	54,2	
Trastornos mentales	046-049	239	3,5	8	1,9	
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	321	3,1	10	2,3	
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	869	12,4	108	25,4	
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	1121	4,1	46	10,8	
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	78	2,1	2	0,5	
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	210	8,2 <sup>e</sup>	17	4,0	
<b>TOTAL</b>				<b>426</b>	<b>100</b>	

Tabla 11. Costes generados por la incapacidad temporal de los casos incidentes por enfermedades de origen laboral en Extremadura para distintos grupos de enfermedades.

	Estimación		Media
	inferior	superior	
Enfermedades osteomusculares	383.611	1.849.939	1.116.775
Hipoacusia o sordera por ruido	95.087	668.286	381.686
Enfermedades de la piel	247.631	651.811	449.721
Alteraciones mentales	6.501	1.794.347	900.424
Enfermedades respiratorias	78.648	236.965	157.806
Tumores malignos	158.394	1.458.889	808.641
Enfermedades del sistema nervioso	533.912	533.912	533.912
Enfermedades infecciosas	44.898	64.541	54.719
Enfermedades cardiovasculares	9.556	107.025	58.290
Enfermedades de los ojos	13.686	13.686	13.686
Enfermedades gastrointestinales	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.982.648</b>	<b>7.981.106</b>	<b>4.981.877</b>

Tabla 11. Estimación de los años potenciales de vida perdidos (APVP) a causa de la mortalidad originada por enfermedades laborales. Extremadura, 2004.

Enfermedades	APVP	
	n	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	137	3,26
Tumores	2.128	50,75
Trastornos mentales	16	0,39
Enfermedades del sistema nervioso	42	0,99
Enfermedades del aparato circulatorio	1.625	38,75
Enfermedades del aparato respiratorio	145	3,47
Enfermedades del aparato digestivo	53	1,27
Enfermedades del sistema genitourinario	47	1,13
<b>Total</b>	<b>4.194</b>	<b>100</b>

## ESTIMACIONES DE CANCER LABORAL EN EXTREMADURA SEGÚN DOLL Y PETO AÑO 2003

<b>MUERTES TOTAL</b>	<b>2703</b>
<b>POR CANCER LABORAL</b>	<b>108</b>
<b>MUERTES DECLARADAS COMO ENF. PROFESIONAL ( 1996 A 2003)</b>	<b>0</b>

FUENTES: PLAN INTEGRAL CANCER EXTREMADURA, JUNTA EXTREMADURA CONSERJERIA ECONOMIA Y TRABAJO, SINIESTRALIDAD DECLARADAS 1996-2003

## La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión

Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández

Documento de trabajo 85/2006

Tabla 2. Porcentaje de trabajadores (ponderados por edad) con baja laboral<sup>a</sup> en UE-15, 2000

País	N <sup>o</sup>	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
Grecia	496	6,7	De 4,8 a 9,3	8,9	De 6,1 a 12,8	3,5	De 1,7 a 7,1
Irlanda	1.078	8,3	De 6,8 a 10,1	9,2	De 7,1 a 12,0	7,3	De 5,4 a 9,9
Portugal	1.011	8,4	De 6,9 a 10,3	10,1	De 7,7 a 13,1	6,8	De 5,0 a 9,3
India	1.025	8,5	De 6,9 a 10,4	9,9	De 7,8 a 12,5	6,4	De 4,4 a 9,2
Reino Unido	1.212	11,7	De 10,0 a 13,7	13,3	De 10,9 a 16,2	10,0	De 7,8 a 12,7
España	1.032	11,8	De 10,0 a 13,9	13,5	De 11,1 a 16,2	8,6	De 6,1 a 12,1
Dinamarca	1.221	12,4	De 10,7 a 14,4	12,9	De 10,4 a 15,8	12,0	De 9,7 a 14,8
Francia	1.212	14,3	De 12,4 a 16,4	15,4	De 12,8 a 18,3	12,9	De 10,4 a 16,0
Bélgica	1.201	15,6	De 13,6 a 17,7	15,4	De 12,9 a 18,3	15,8	De 12,9 a 19,3
Austria	1.236	16,0	De 14,1 a 18,2	20,4	De 17,3 a 23,8	12,1	De 9,8 a 14,8
Suecia	1.223	17,0	De 15,0 a 19,1	14,9	De 12,3 a 17,9	18,8	De 16,1 a 21,9
Luxemburgo	425	17,4	De 14,1 a 21,3	21,4	De 16,8 a 26,7	11,1	De 7,1 a 16,9
Alemania	1.265	18,3	De 16,3 a 20,5	21,1	De 18,2 a 24,4	15,0	De 12,3 a 18,2
Holanda	1.367	20,3	De 18,3 a 22,6	21,8	De 18,9 a 25,1	18,9	De 16,2 a 22,0
Finlandia	1.153	24,0	De 21,6 a 26,6	22,0	De 18,7 a 25,7	25,7	De 22,4 a 29,3
<b>Total</b>	<b>16.257</b>	<b>14,5</b>	<b>De 13,9 a 15</b>	<b>15,5</b>	<b>De 14,7 a 16,3</b>	<b>13,3</b>	<b>De 12,6 a 14,1</b>

<sup>a</sup> Ausencia de al menos un día en los últimos 12 meses por accidente laboral, enfermedad laboral u otro tipo de enfermedad.

Fuente: Gimeno D, Benavides F. G., Benach J, y Amick B. C. Distribution of sickness absence in the European Union countries. Occup Environ Med 2004;61:367-69

### GUIAS DURACION DE BAJAS

QUIEN TIENE LA MEJOR CAPACIDAD PRÓNOSTICA SOBRE LA DURACIÓN DE UNA BAJA ES EL PROPIO PACIENTE, MUY POR ENCIMA DE GUÍAS, DE PROFESIONALES Y EXPERTOS.  
LA BAJA LABORAL “SE TOMA”, NO “SE DA”.

FLETEN ET AL.2004

**EJEMPLO DE PROBLEMA LABORAL Y POLITICO. CASO DE LA ERTZANTZA, CON 7500 AGENTES, EN 2004 HUBO 417 CASOS DE BAJA POR CAUSA PSICOLOGICA, MAS 207 CASOS ACUMULADOS DEL 2003. COMO CAUSAS ESPECIFICAS CONSTABAN ANSIEDAD, DEPRESION, PSICOPATOLOGIA Y REACCION ADAPTATIVA. EN OCHO DE LAS VEINTICINCO COMISARIAS HUBO UNA TASA DE ABSENTISMO SUPERIOR AL 18%**  
(GUENAGA 2005)

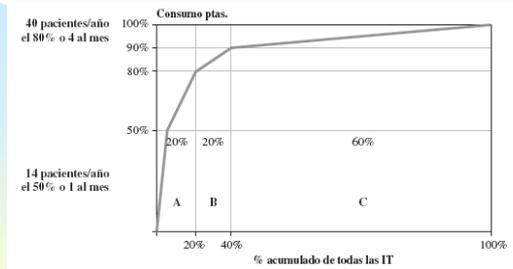
Tabla I. Gasto por IT anual

Año	Total en millones de euros	Incremento interanual
1989	2.074,24	18,64%
1990	2.487,07	19,90%
1991	3.017,02	21,31%
1992	3.396,58	12,58%
1993	3.349,07	-1,40%
1994	3.374,38	0,76%
1995	3.375,93	0,03%
1996	3.513,85	4,09%
1997	3.316,70	-5,61%
1998	3.163,26	-4,62%
1999	3.333,63	5,39%
2000	3.784,56	13,52%
2001	4.278,29	13,05%
2002	4.026,79	-5,88%
2003	4.622,75	14,80%
2004	5.312,46 <sup>9)</sup>	14,92%

<sup>9)</sup> Estimación de Presupuesto, a partir de datos del Ministerio de Trabajo.

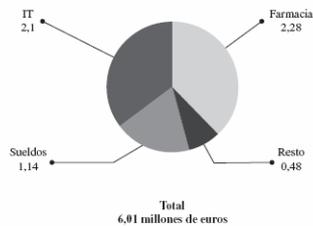
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Gráfico 1. Diagrama de Pareto en la incapacidad temporal (IT)



Fuente: Elaboración propia (Ruiz Téllez, 2005, Proyecto ISIS) (<http://www.cynap.es/Default.aspx?tabid=48>)

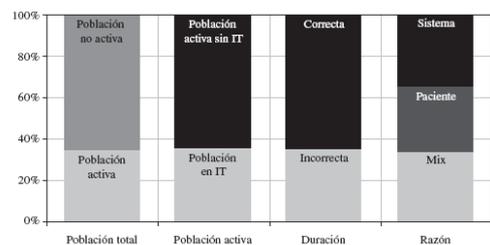
Gráfico 2. Gastos anuales de un centro de atención primaria de tamaño medio (18.000 habitantes)<sup>9)</sup>



<sup>9)</sup> En millones de euros.

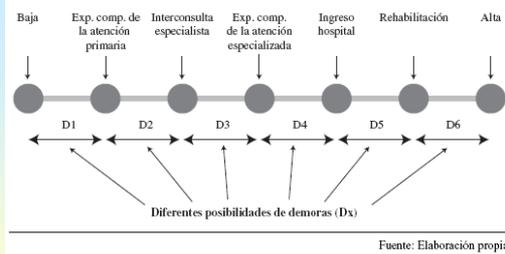
Fuente: Elaboración propia (Ruiz Téllez, 2005, Proyecto ISIS)

Gráfico 3. Ley de los Tercios



Fuente: Elaboración propia. Proyecto ISIS.

**Gráfico 4. Demora en curso**



**Tabla 3. Distribución de bajas y episodios atendidos en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005**

Código	Descripción	Episodios nuevos	Episodios total	Bajas	% Bajas
L	Aparato locomotor	41.293	144.044	441.108	38,75
P	Problemas psicológicos	12.292	113.001	159.318	14,00
R	Aparato respiratorio	90.882	161.223	100.628	8,84
D	Aparato digestivo	34.467	109.212	100.331	8,81
W	Embarazo, parto y planificación familiar	3.440	11.738	56.640	4,98
A	Problemas generales e inespecíficos	27.790	71.877	49.816	4,38
K	Aparato circulatorio	11.423	221.268	48.738	4,28
N	Sistema nervioso	8.476	40.125	45.249	3,97
S	Piel	38.337	72.102	32.726	2,87
X	Aparato genital femenino (incluye mama)	6.540	27.891	31.031	2,73
F	Ojo	14.891	42.082	18.259	1,60
U	Aparato urinario	7.919	21.487	16.808	1,48
H	Oído	17.527	29.220	11.289	0,99
B	Sangre, órganos hematopoyéticos, linfáticos y bazo	3.106	22.496	8.825	0,78
Y	Aparato genital masculino	2.935	18.773	7.759	0,68
T	Enf. endocrinas, metabólicas y nutricionales	8.942	121.909	7.680	0,67
Z	Problemas sociales	4.957	8.445	2.179	0,19
Total		335.217	1.236.913	1.138.384	100

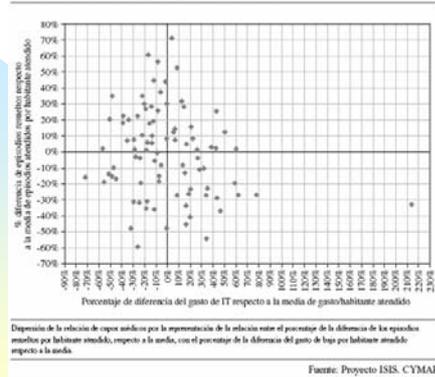
Fuente: Elaboración propia (Ruiz Tellez A, 2005, Proyecto ISIS)

**Tabla 4. Distribución de las rúbricas más utilizadas en los episodios atendidos con baja laboral en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005**

Código	Descripción	Episodios	% Bajas
P76	Trastornos depresivos	59.621	5,23
L03	Sig./Sin. lumbares	58.298	5,12
L86	Síndromes lumbares torácicos con irradiación de dolor	53.608	4,71
L99	Otras enfermedades del aparato locomotor	33.163	2,91
L15	Sig./Sin. rodilla	29.298	2,57
R74	Catamo de vías altas	26.871	2,36
P01	Sansación de ansiedad/tensión/nerviosismo	21.404	1,88
R80	Catpe	21.284	1,87
L01	Sig./Sin. cuello	20.988	1,84
P74	Estado de ansiedad	20.737	1,82
Total		1.138.912	100

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 6. El Gráfico X para episodios resueltos**



## SENTENCIAS

- Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, de 25 de Mayo de 2005: Enfermedad profesional: tendinitis derivada de microtraumatismo acumulativo en trabajadora de laboratorio (JUR 2005 / 137632).
- Comentario por: M. Elena Torres Cambra, Abogada. La actora, con la categoría profesional de técnico de laboratorio del Servicio Cantábrego de Salud, interpone demanda reclamando que la situación de incapacidad temporal en la que se halla deriva de enfermedad profesional. Dicha demanda es estimada en primera instancia y el mencionado Servicio interpone recurso de suplicación, el cual es desestimado por la Sala.
- Según el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de dicho organismo, la actora, que trabaja en el laboratorio de anatomía patológica, padece dolor en hombro derecho desde hace unos 18 meses, debido a una sobrecarga de trabajo y a una mayor exposición laboral a movimientos repetitivos de la extremidad superior, microtraumatismo acumulativo, durante la tarea de corte con microcortero. Dicho corte exige movimientos de flexión y de rotación continuos del hombro derecho con inclinación cervical dada la elevada exigencia visual de la tarea. Por ello, se le diagnostica de "tendinitis de supraespinoso".
- La presente "litis" se centra en determinar si la mencionada "tendinitis" que padece la actora debe ser calificada como derivada de enfermedad común o, en su caso, como accidente de trabajo, o por el contrario, debe ser calificada como de enfermedad profesional, entendiendo que se haya incluida en el punto 6.B.e) del Real Decreto de 1995 / 1978, de 12 de mayo, modificado por el Real Decreto 2821 / 1981, de 27 de noviembre, donde dice "enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos periendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas".
- La enfermedad profesional está definida en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social que establece que es "la contraída a consecuencia del trabajo efectuado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".
- Por tanto, si la enfermedad deriva del trabajo desempeñado pero no se halla incluido en el listado del Real Decreto 1995 / 1978, nos hallaremos ante un accidente de trabajo (artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social). En este sentido, las Sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia del País Vasco de 13.Noviembre.1992, de Valencia de 24.02.1994, y de Galicia de 25.10.1994.
- En el presente caso, la Sala, por una parte, confirma la relación causa-efecto entre la realización del trabajo de la actora y la aparición de la lesión y, por otra parte, entiende que la "tendinitis" que afecta a la actora se halla incluida en el punto 6.B.e) del Real Decreto, ya que dicha dolencia es un término general que engloba todas las dolencias que afectan a los tendones.

## TENDINITIS SUPRAESPINOSO

**Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 25 de Septiembre de 2006: Enfermedad Profesional: sistema osteo-articular: síndrome del túnel carpiano y pulgar en resorte (AS 2006 / 2371).**

Comentada por M. Elena Torres Cambra. Abogada la actora ha venido prestando sus servicios profesionales por cuenta de la empresa demandada "Manufacturas Teñi, S.L.", con la categoría profesional de Obrero P. Especificada B, desde el 20 de Julio de 1977 hasta el 31 de Agosto de 2005, en que se extinguió su contrato de trabajo en virtud de expediente de regulación de empleo. La trabajadora, el 14 de Diciembre de 2004, inició un periodo de Incapacidad Temporal, derivada de enfermedad común, por padecer el "síndrome del túnel carpiano", siendo intervenida quirúrgicamente el día siguiente de "síndrome del túnel carpiano y pulgar en resorte mano izquierda", el día 27 de Mayo del 2005, de "síndrome del túnel carpiano y pulgar en resorte mano derecha". Iniciado expediente de determinación de contingencia, el Instituto Nacional de la Seguridad Social declara que la incapacidad temporal deriva de enfermedad común. Contra dicha Resolución, la trabajadora interpone demanda solicitando se declare que la incapacidad temporal deriva de enfermedad profesional.

Conseja acreditado que el demandante, en los cinco años anteriores al cese en su empresa, trabajaba en el almacén realizando tres tipos de tareas: a) llenar cajas de ropa, según pedidos; b) hacer cajas de cartón en serie y c) etiquetar las cajas de envío. En relación a la primera tarea, la actora recibía una hoja de pedido con las especificaciones del número y tipo de paquetes a enviar, copia de los estanterías los paquetes indicados en la hoja de pedido; paquetes que no alcanzaban los 3 kgs. de peso, llevaba los paquetes a una mesa y, después de comprobar que estaba todo correcto, los introducía en una caja y, por último, transportaba la caja hasta la zona de embalado, teniendo a su disposición cartón para el transporte.

La Sentencia dictada en Primera Instancia desestima la demanda, entendiendo que la incapacidad temporal deriva de enfermedad común; Sentencia que es revocada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

La cuestión se centra en determinar si la profesión de la actora ha de clasificarse entre las que habitualmente exigen esfuerzos repetitivos, sostenidos en el tiempo y sujetos a un ritmo de trabajo que impliquen la extensión de la muñeca. El trabajo de las personas que deben realizar manipulaciones manuales de pequeños objetos, como puede ser doblar cartones, colocar etiquetas, doblar y colocar tejidos, etc. conllevan este tipo de esfuerzos si se desempeñan repetidamente durante un tiempo significativo y con un ritmo de trabajo elevado. Y, en el trabajo industrial textil, tales tareas son habituales.

A pesar de que en el presente caso no se ha acreditado el ritmo de trabajo, la Sala declara que los demandados están obligados a realizar estudios e investigaciones ante la aparición de la enfermedad de la trabajadora: 1) La empresa, ya que debe realizar una identificación y evaluación de riesgos laborales así como una vigilancia de la salud; 2) La Mutua, ya que está obligada a exigir a la empresa la realización de reconocimientos médicos iniciales y periódicos ante el riesgo de enfermedad profesional; 3) La Administración, a través de las autoridades sanitarias y laborales, tiene facultades legales de inspección y control para sancionar incumplimientos empresariales y evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Por tanto, ante la falta total de pruebas de las condiciones de trabajo de la actora y siendo propio de las actividades industriales textiles la sujeción de la actividad a ritmos y sistemas de medición de tiempo y métodos, "no puede llevarse a la reflexión al trabajador, al cargarle completamente con la prueba respecto a los ritmos de trabajo a los que estuvo sometido, sino al contrario, habría de exigirse de la empresa, de su aseguradora y de la Administración la constatación de que los ritmos de trabajo habían sido objeto de estudio, descartando, por técnicos en ergonomía, estudios y agudando pruebas y estándares aceptados conforme al artículo 5 del Real Decreto 38/1997, que tales ritmos eran nocivos para el desarrollo de lesiones musculoesqueléticas, como es obligado conforme a los artículos 14.2 de la Ley 31 / 1995 y 36.45 del Estatuto de los Trabajadores".

Por ello, la Sala aplica la presunción del Real Decreto 1985 / 1978, en el sentido de que el síndrome del túnel carpiano "apareció en trabajadores que desempeñan profesiones en las que sea habitual la realización de trabajos repetitivos que conlleven la extensión de la muñeca ha de ser calificado como enfermedad profesional, sin que pueda dudarse a falta de otra prueba, que las tareas de doblado y empaquetado, equipado manual y doblado manual de cartón para la confección de cajas están incluidas en el ámbito de la presunción, por exigir tales esfuerzos".

Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 23-7-1999 relativa a la calificación como accidente de trabajo de la angina de pecho sufrida por el trabajador en el lugar de trabajo.

Comentada por: Ferrán Carnas Roda, Doctor en Derecho por la Universidad de Girona, Profesor de la Universidad de Girona, Isabel Arís Coderech, Licenciada en Derecho, Profesora Adjunta de la Fundació Politécnica de Catalunya.

Esta semana comenzamos una Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo dictada en Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina que se centra en los arts. 115 a 117 de la Ley General de la Seguridad Social.

El supuesto de hecho responde al de un trabajador que sufrió una angina de pecho mientras realizaba su trabajo habitual. Trabajaba como Médico especialista y Jefe de Sección en el Departamento de Cirugía Plástica y Quemados de un conocido hospital.

A consecuencia de ello la entidad empleadora entendió producido un accidente de trabajo y emitió el correspondiente parte. No obstante, en el ulterior expediente de Invalidez Permanente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social declaró la existencia de una Invalidez Permanente Parcial con origen en enfermedad común.

El afectado interpuso demanda ante el Juzgado Social interesando la declaración de accidente de trabajo lo que le proporcionaría una mayor cobertura social que la mera declaración de enfermedad común. La demanda del trabajador fue desestimada y recurrida en Suplicación ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía que confirmó la Sentencia del Juzgado.

A la vista de ello el trabajador presentó el correspondiente Recurso de Casación ante el Tribunal Supremo alegando infracción del ordenamiento jurídico y de la jurisprudencia aplicable al caso.

El núcleo de la controversia consiste en determinar si la angina de pecho sufrida por el trabajador debe catalogarse como enfermedad común, como definió el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o como accidente de trabajo, como pretende el trabajador, pues ello tiene importantes repercusiones económicas.

Para negar que se tratara de un accidente laboral el Tribunal había argumentado que la dolencia sufrida por el trabajador y los síntomas que la acompañan se manifestaban indistintamente tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, por no tener su origen en el esfuerzo, stress, o cualquiera otra circunstancia derivada del trabajo, sino que su desencadenamiento respondía a causas naturales ajenas a toda actividad laboral.

El Tribunal Supremo, para emitir su pronunciamiento, tuvo especialmente en cuenta:

- El episodio de la angina de pecho tuvo lugar en el tiempo y en el lugar de trabajo.
- El trabajador estaba sometido a factores de riesgo extralaborales (tabaquismo, hipertensión e isquemia de la arteria cubital izquierda).
- El trabajador había concurrido con anteriores episodios de presión arterial elevada.

El art 115.3 establece una presunción de laboralidad en favor de los accidentes producidos en y durante el trabajo. Para excluir esa presunción se requiere prueba en contrario que evidencie de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad.

La Sentencia profundiza en el alcance que hay que dar a dicha presunción de laboralidad y argumenta:

"... Pensemos la posibilidad de que el esfuerzo ordinario o la tensión normal de la actividad de jefatura médica en cirugía desencadenen el episodio cardiovascular, o de que influyan en el desarrollo del mismo, si existe alguna predisposición en el afectado."

concluyendo:

"... Y cabalmente esta posibilidad es la que se beneficia de la presunción legal, cuya destrucción, como ya dijimos antes, exige la presencia de unos hechos que a todas luces evidencian la carencia de relación entre trabajo y lesión. Y claro es, en el caso, que ni el Juez de instancia manifestó convicción en tal sentido, ni la Sala parte de un dato de esa clase".

Por ello el Tribunal Supremo cassa y anula la Sentencia anterior dictando nueva Sentencia por la que declara la angina de pecho sufrida por el trabajador como accidente laboral a todos los efectos legales oportunos.

**ANGINA DE PECHO**

**RECONOCEN COMO ACCIDENTE LABORAL LA DEPRESION POR MOBBING DE UNA TRABAJADORA**

- El INSS rechaza la reclamación de la Mutua Asepeyo
- CCOO considera necesario lograr el derecho de los empleados a decidir la Mutua que se contrata para combatir las actitudes anti-democráticas de estas entidades

Bilbao, 6 de Septiembre de 2006 (CC.OO.)

M.C.S.V. de 60 años y trabajadora de Servicios Contenedores Sanitarios (Serconten), con 18 años de antigüedad en la empresa, causaba baja el pasado 13 de marzo motivada por el acoso psicológico al que se veía sometida por la dirección de la empresa. Realizado el cambio de contingencia y la correspondiente denuncia, el INSS reconocía a finales del mes de junio la baja derivada de accidente de trabajo. Estos fallos, fruto de los riesgos psico-sociales en el trabajo se dan cada vez con más frecuencia, aunque las resoluciones suelen venir de instancias superiores, de los tribunales de Justicia y no de primera instancia como en esta ocasión.

La Mutua Asepeyo, no conforme con la resolución del INSS, en un "alarde de defensa patronal" procedió a darle a la trabajadora inmediatamente el alta médica, a la par que realizaba reclamación contra la resolución del INSS, rechazando la contingencia de accidente de trabajo, exponiendo como argumento que "no existía parte de accidente y rechazando que el síndrome ansioso depresivo lo sea por mobbing, que la enferma no acredita y debe contrastarse con la opinión de la empresa".

La acción sindical de CCOO ha logrado nuevamente que el INSS rechace los argumentos de Asepeyo y se ratifique la resolución sobre que la ansiedad depresiva de la trabajadora es derivada de accidente de trabajo.

El responsable de Salud Laboral de CCOO, Jesús Uztuolun, denuncia la "descarada actitud de la Mutua Asepeyo, por proteger la violencia y el acoso empresarial" y reclama para los trabajadores y trabajadoras "el derecho a decidir con qué Mutua se contrata, ya que si pagamos las cuotas, debemos exigir el papel de clientes y que se nos trate como tales".

CCOO se encuentra a la espera de la resolución de la Inspección de Trabajo, pues en el supuesto de sanción grave, esta empresa debe quedar vetada para ser contratada por la Administración Pública.

AL MARGEN DE EPISODIOS FRAUDULENTOS, LO CIERTO ES QUE LA INCAPACIDAD TEMPORAL CONSTITUYE UNA ESPECIE DE "REFUGIO PROTEGIDO" PARA LOS TRABAJADORES, AL QUE ACUDEN PARA DAR RESPUESTA A UN SIN FIN DE PROBLEMAS QUE CARECEN DE CAUCES ADECUADOS EN LA ORDENACIÓN DE LA RELACION LABORAL.

José Luis TORTUERO PLAZA  
Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

EL INCREMENTO CONSTANTE Y ALARMANTE DEL GASTO EN INCAPACIDAD TEMPORAL HA PROPICIADO QUE LAS PRINCIPALES REFORMAS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HAYAN CENTRADO CASI EN EXCLUSIVIDAD SOBRE LA ORDENACIÓN DE LOS MECANISMOS DE CONTROL, BAJO LA HIPÓTESIS DE QUE UN MAYOR CONTROL CONDUCTIRÁ A UNA REDUCCIÓN DEL GASTO

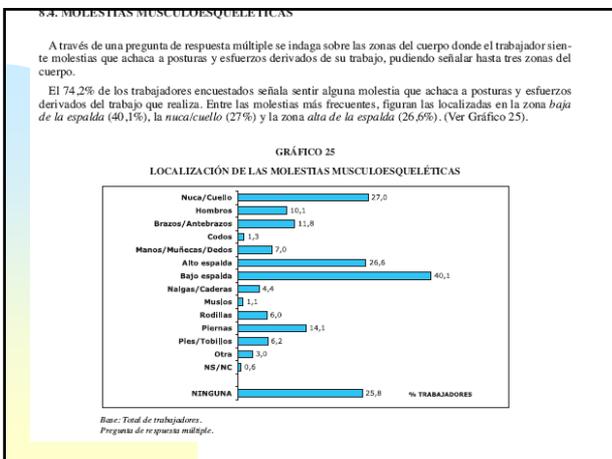
LA TIENE UNA ORDENACION SUMAMENTE COMPLEJA, CAOTICA Y DESORDENADA, QUE DIFICULTA SU COMPRENSION Y APLICACION, SITUÁNDONOS A TODOS -TRABAJADORES, EMPRESARIOS, FACULTATIVOS, ENTIDADES COLABORADORAS, REPRESENTANTES DE TRABAJADORES Y EMPRESARIOS, ORGANOS DE LA JURISDICCION SOCIAL, ASESORES Y PROFESIONALES DEL DERECHO LABORAL Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN UN ESPACIO DE INSEGURIDAD JURIDICA DIFICILMENTE JUSTIFICABLE

LA CONSTRUCCIÓN DEL BINOMIO CONTROL-GASTO HACE REFERENCIA A UNA PROBLEMÁTICA EXTENSA Y VARIADA, EN EFECTO, CUANDO PARA REDUCIR EL GASTO APOSTAMOS POR UN MAYOR CONTROL, ESTAMOS PONIENDO DE MANIFIESTO VARIAS CUESTIONES, POR UN LADO, QUE EL CONTROLADOR NO EJERCE SATISFACTORIAMENTE SU FUNCIÓN Y, POR OTRO, QUE EL CONTROLADO UTILIZA EL INSTITUTO DE FORMA NO SIEMPRE CORRECTA

Así mismo, falta investigación exhaustiva acerca de la presencia en la consulta del médico general de enfermedades que disminuyan la capacidad para trabajar y/o que sean consecuencia del trabajo, pero se puede concluir que los problemas de salud de este estilo son frecuentes, y destacan en estos dos campos las alteraciones del aparato locomotor y del respiratorio y las psiquiátricas (Castejón, 2002; Benavides, 2005; Benavides *et al.*, 2005; Weevers *et al.*, 2005). Se ha estimado que hasta el 16% de las bajas por enfermedad y/o accidente "no laboral" en atención primaria tienen un probable origen laboral, aunque no se declaren en este sentido (Castejón, 2002; Benavides *et al.*, 2005).

## VI ENCUESTA SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO

2007



### MOLESTIAS MUSCULOESQUELÉTICAS MÁS FRECUENTES POR RAMA DE ACTIVIDAD

Datos en %	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Ind. Manufacturera y extractiva	Ind. Química	Metall	Otras Industrias	Construcción	Comercio, hostelería	Transporte y Comunicaciones	Actividades inmobiliarias, ser. empresariales y de alquiler	Administración pública y Educación	Actividades profesionales, científicas y técnicas	Otras actividades sociales y personales
Bajo espalda	54,4	41,1	29,1	38,0	38,9	46,3	35,9	47,5	38,7	37,3	49,6	38,4
Nuca/Cuello	31,8	27,2	28,4	24,8	18,7	23,8	22,7	36,4	31,9	32,0	34,4	24,8
Alto espalda	27,1	28,3	18,2	27,2	24,1	27,1	22,3	31,3	30,7	27,6	32,4	28,7
Brazos/ antebrazos	19,5	15,7	17,0	20,0	9,8	18,9	10,3	8,8	7,5	5,7	12,2	13,2
Hombros	10,9	11,3	13,8	11,5	9,2	11,4	8,8	11,8	9,4	10,7	12,5	9,3
Piernas	15,5	14,0	17,3	10,4	5,7	12,0	25,5	11,9	7,6	9,8	12,6	13,4
NINGUNA	18,4	21,9	20,6	23,6	33,8	23,1	26,5	22,2	30,8	32,6	20,1	28,3

*Base: Total de trabajadores. Pregunta de respuesta múltiple.*

Considerando la ocupación (ver Tabla 64), es el Personal sanitario, los Agricultores, ganaderos, pescadores y marineros, y los Camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores quienes mayores porcentajes de molestias manifiestan (80,7%, 80,4% y 80%, respectivamente).

Destacan las molestias localizadas en la zona *baja de la espalda* en Agricultores, ganaderos, pescadores y marineros, y en Camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores (53,4% y 52,3%); así como las de *nuca/cuello* entre los Empleados administrativos (42,1%).

Los que trabajan en Otras ocupaciones propias de estudios medios o superiores y los Empleados administrativos son los que más quejas refieren de la zona *alta de la espalda* (38,4% y 35,3%, respectivamente).

Los que más señalan molestias en *brazos/antebrazos* son los Trabajadores de la construcción y la minería; y en *piernas*, los Vendedores, agentes comerciales y dependientes y los del Servicio doméstico, limpieza, cocineros, camareros y barenaderos (21,8% y 21,1%, respectivamente).

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LOS FACTORES DE MAYOR RIESGO

Datos en %	Nivel de atención alto y repetitividad		Nivel de atención alto y complejidad	
	Trabajadores con altas exigencias <sup>1</sup>	Trabajadores sin altas exigencias <sup>2</sup>	Trabajadores con altas exigencias <sup>3</sup>	Trabajadores sin altas exigencias <sup>4</sup>
Le cuesta dormirse o duerme mal	18,7	11,0	20,9	11,3
Tiene sensación continua de cansancio	18,6	11,4	17,2	11,9
Sufre dolores de cabeza	16,2	9,5	17,0	9,9
Sufre mareos	4,7	2,1	4,7	2,2
Le cuesta concentrarse, mantener la atención	6,0	2,6	6,6	2,8
Le cuesta acordarse de las cosas	5,6	3,9	7,8	3,8
Se nota irritable, tenso	15,8	7,6	17,5	8,0
Tiene la sensación de estar emocionalmente agotado	13,1	6,2	11,8	6,8
No consigue olvidarse de los problemas del trabajo	9,2	5,1	14,3	5,0
Sufre alteraciones del apetito o digestivas	3,5	1,3	3,4	1,5
Bajo estado de ánimo	6,5	3,9	6,9	4,0

(1) Base: Trabajadores con exigencias elevadas de atención y repetitividad.  
 (2) Base: Trabajadores sin exigencias elevadas de atención y repetitividad.  
 (3) Base: Trabajadores con exigencias elevadas de atención y complejidad.  
 (4) Base: Trabajadores sin exigencias elevadas de atención y complejidad.  
 Pregunta de respuesta múltiple.  
 Las celdas sombreadas indican diferencias estadísticamente significativas.

SITUACIÓN LABORAL DE LOS ENCUESTADOS

Datos en %		Estoy trabajando	Estoy de baja por enfermedad común	Estoy de baja por accidentes de trabajo	Estoy de baja por enfermedad profesional	Estoy de baja por maternidad/paternidad	Estoy de vacaciones
Sector de actividad	AGRARIO	96,1	1,6	0,5	0,4	0,4	0,7
	INDUSTRIA	93,6	2,6	0,9	0,7	0,5	1,3
	CONSTRUCCIÓN	93,2	2,7	1,9	0,4	0,0	1,6
Sexo	SERVICIOS	94,4	2,1	0,6	0,4	0,7	1,5
	Hombre	94,7	2,3	1,1	0,5	0,0	1,3
Nacionalidad	Mujer	93,5	2,2	0,5	0,3	1,4	1,7
	Española	94,1	2,4	0,8	0,4	0,5	1,4
	Otra	94,8	1,2	1,0	0,3	0,8	1,9
<b>TOTAL</b>		<b>94,2</b>	<b>2,3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>1,4</b>

Base: Total de trabajadores.  
 Las celdas sombreadas indican diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados de la Tabla 88 permiten identificar los sectores de actividad en los que la situación de baja por contingencias profesionales es más frecuente, diferenciando el sector de la Construcción con una mayor frecuencia de baja laboral por accidentes de trabajo.

MOLESTIAS QUE, EN OPINIÓN DEL TRABAJADOR, CREEN SER RELACIONADAS AL TRABAJO

	Nº de casos	% (1)	% (2)
Dolor de cuello/nuca	700	28,1	6,3
Dolor de espalda	1436	57,6	13,0
Hernia de disco	146	5,9	1,3
Dolor en miembro superior	408	16,4	3,7
Dolor en muñeca, mano o dedos	226	9,1	2,1
Dolor en miembro inferior	380	15,2	3,4
Esguince, luxación, fractura o les. muscular	87	3,5	0,8
Quemaduras	78	3,1	0,7
Heridas por cortes, pinchazos, golpes y proyecciones	173	7,0	1,6
Enfermedades del corazón	29	1,2	0,3
Tensión arterial alta	56	2,3	0,5
Enfermedades de las venas	72	2,9	0,6
Dolor de estómago, alteraciones gastrointestinales	86	3,4	0,8
Dificultades o enfermedades respiratorias	97	3,9	0,9
Asma	26	1,0	0,2
Enfermedades o problemas de la piel	45	1,8	0,4
Alergias	70	2,8	0,6
Intoxicación aguda	27	1,1	0,2
Disminución de la audición	84	3,4	0,8
Dolor de cabeza	212	8,5	1,9
Vértigos o mareos	56	2,2	0,5
Alteraciones de la visión o fatiga visual	177	7,1	1,6
Estrés	696	27,9	6,3
Depresión	135	5,4	1,2
Cansancio crónico	179	7,2	1,6
Problemas de insomnio o alteraciones del sueño en general	155	6,2	1,4
Problemas de la voz	53	2,1	0,5
Enfermedades del riñón y sus vías biliares	4	0,2	0,0
Enfermedades del riñón y vías urinarias	10	0,4	0,1

(1) Base: porcentaje sobre total de trabajadores que consideran que el trabajo afecta a su salud (n=2493).  
 (2) Base: porcentaje sobre total de trabajadores (n=1054).  
 Pregunta de respuesta múltiple.

El análisis centrado en las MOLESTIAS MUSCULOESQUELÉTICAS ha puesto en evidencia que el 74,2% de los trabajadores señala sentir molestias en distintas zonas de su cuerpo que achaca a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizan. Entre las molestias más frecuentes figuran las localizadas en la zona baja de la espalda (40%), la muñeca/cuello (27%) y la zona alta de la espalda (26,6%).

Considerando la ocupación, es el Personal sanitario, los Agricultores, ganaderos, pescadores y marineros y los Camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores quienes mayores porcentajes de molestias manifiestan (80,7%, 80,4% y 80%, respectivamente).

Los trabajadores expuestos a elevadas exigencias de atención y repetitividad o de atención y complejidad tienen porcentajes de respuesta significativamente mayores que los no expuestos, en un conjunto de síntomas psicósomáticos (cansancio, alteraciones del sueño, dolores de cabeza, alteraciones del apetito o digestivas, etc.).

Las amenazas de violencia, la violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo y la discriminación por la nacionalidad son los problemas más frecuentes relacionados con las conductas violentas o de discriminación en el trabajo.

Los trabajadores que con más frecuencia señalan estar expuestos a conductas de acoso psicológico son mujeres, trabajadores de menos de 45 años y trabajadores de empresas con plantillas grandes. Quienes manifiestan ser objeto de comportamientos de acoso presentan una sintomatología de corte psicósomático significativamente mayor que los trabajadores que no están expuestos a comportamientos de este tipo.

El 22,5% de los trabajadores considera que el trabajo está afectando a su salud; siendo los colectivos que Conductores, Artesanos, Mecánicos y Personal sanitario, los que con mayor frecuencia tienen esta percepción.

Las dolencias que con más frecuencia atribuyen los encuestados al trabajo son: el dolor de espalda, el dolor de cuello y el estrés.

En relación con la presencia de otros síntomas, el cansancio, las alteraciones del sueño y las cefaleas inciden de forma importante sobre la población trabajadora, afectando al 12,3%, 12% y 10,4%, respectivamente.

Por otra parte, más de la mitad de los trabajadores pasaron un reconocimiento médico el pasado año; otro 8% tuvo la opción de pasarlo pero no la ejerció. Y a casi cuatro de cada diez trabajadores no se les ofreció esta posibilidad por parte de su empresa; en particular, entre este colectivo se encuentran en mayor medida trabajadores del sector agrario, de microempresas, contratados temporales, mujeres, menores de 25 años y trabajadores que tienen una nacionalidad distinta a la española.

**PLAN INTEGRAL DE SALUD  
LABORAL DE  
EXTREMADURA**

**PLISALAB**

**SALUD LABORAL**

**2007-2011**

- RESUMEN PLISALAB**
- VIGILANCIA DE LA SALUD
  - DAÑOS A LA SALUD
    - ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO
    - INCAPACIDAD TEMPORAL
  - SISTEMAS DE INFORMACIÓN
  - COORDINACIÓN
    - SANITARIA/LABORAL
    - INSPECCION
  - PROMOCION DE LA SALUD
    - CARDIOVASCULAR
    - CANCER
    - DROGAS
  - FORMACION E INVESTIGACION

# **PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO**

**Ponente: Pedro M. Romero Berraquero**  
Enfermero del Trabajo Dpto. Prevención de Riesgos Laborales Excma. Diputación de Cáceres

**CURSO DE VERANO INTERNACIONAL UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**  
Cáceres a 1 de julio de 2.008

## ÍNDICE

<u>APARTADO</u>	<u>PÁGINA</u>
1.- INTRODUCCIÓN	2
2.- DEFINICIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	4
3.- PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA EMPRESA	5
4.- JUSTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO	7
5.- ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO	8
6.- FORMACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	15
7.- CONCLUSIONES	17



### 1.- INTRODUCCIÓN.-

La definición de **salud** según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

El término *bienestar* puede considerarse equivalente a la expresión *protección y promoción de la salud*, cada vez más utilizado en los dos últimos decenios, que resume la definición positiva de salud adoptada por la O.M.S.

La propia O.M.S. en su 30ª Asamblea Mundial de 1.977, reformuló este ideal de salud, planteando como meta para el año 2.000 que “todos los ciudadanos” alcanzaran un

grado de salud que les permitiera llevar una “vida social y económicamente” productiva. Por tanto se introduce el concepto de “igualdad”: la salud debe ser disfrutada por todas las personas.

En España, el derecho a la salud está recogido en el artículo 43.1 de la Constitución Española de 1.978, donde se reconoce “el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud”.

La Ley 31/1.995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, hace muy poca referencia a la promoción de la salud y no dice textualmente que sea una obligación del empresario:

- El artículo 8 encomienda al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, la misión del “análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como la promoción y apoyo a la mejora de las mismas”. Para ello cooperará con los órganos de las Comunidades Autónomas competentes en esta materia.
- El artículo 10 establece para las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria “la supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal actuante en los servicios de prevención”.

El R.D. 39/1.997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, establece en su artículo 38 la colaboración de estos Servicios con el Sistema Nacional de Salud en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones públicas competentes en esta materia.

De todas maneras, la Ley 31/95 y las disposiciones reglamentarias que de ella derivan, tienen el carácter de “derecho mínimo y necesario”, pudiendo ser mejorada por la vía de los convenios colectivos.

La promoción de la salud en los lugares de trabajo es un avance social y contribuye, a través del objetivo salud de sus trabajadores, a mejorar los resultados económicos y el clima social de la empresa, a la vez que favorece el ideal de salud y el concepto de igualdad preconizados por la O.M.S.

## **2.- DEFINICION DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.-**

Para algunos autores, promoción de la salud es cualquier proceso usado para motivar, educar o proveer recursos que aumenten la salud individual y social, reduciendo los riesgos para la salud y aumentando las oportunidades para satisfacer las necesidades personales, sociales y ambientales.

Según esta definición, la práctica totalidad de las acciones que se pueden emprender en el ámbito de la Salud Laboral, pueden considerarse de promoción de la salud. En E.E.U.U. predomina este concepto y abarca actividades preventivas y asistenciales, motivado además porque en dicho país no existe un sistema nacional de salud que cubra la asistencia sanitaria que es gestionada desde las empresas.

Otros autores la definen como un proceso de capacitación del individuo para que éste mejore y controle su salud.

Para la O.M.S., la promoción de la salud está ligada a la capacidad de las personas para actuar sobre su propio estado de salud.

Por tanto, la promoción de la salud es un **proceso** que busca cambios en el estilo de vida a partir de una modificación de las conductas. Al promocionar la salud se ayuda a las personas y colectividades a aprender y aceptar la *responsabilidad* de su propio bienestar.

La promoción de la salud debe ser diferenciada de la Educación para la salud. Ésta es uno de los instrumentos que emplea la promoción de la salud y la acción preventiva y que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles para alcanzar el objetivo salud. La O.M.S. la define como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

Ambos conceptos son pues diferentes, pero con una cierta área de intersección a consecuencia del papel instrumental que la educación para la salud desempeña en la mayoría de los programas de promoción de la salud.

### **3.- PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA EMPRESA.-**

En un primer momento fueron enunciados por Ashton, los principios de la promoción de la salud con carácter general, aplicables a la comunidad. Posteriormente Wynne, los adaptó al contexto laboral del siguiente modo:

1. Dirigirse a todos los trabajadores.
2. Dirigirse a las causas fundamentales de la salud y de las enfermedades.
3. Combinar diversos métodos de enfoque.
4. Buscar la participación efectiva de los trabajadores.
5. Formar parte de la organización laboral, no exclusivamente médica.

- ❑ **1.- Dirigirse a todos los trabajadores.** Los destinatarios de la promoción de la salud son los trabajadores. Es necesario orientar las actuaciones de estos programas a todos los trabajadores de la empresa, tratando evitar que determinados colectivos queden excluidos.

Sin embargo, pueden desarrollarse programas dirigidos a colectivos específicos e incluso minoritarios dentro de la empresa. Ejemplos de ellos pueden ser:

- Campañas para dejar de fumar: dirigidas a fumadores.
- Programas dirigidos a enfermos de una determinada patología (hipertensos, diabéticos, etc.).
- Programas destinados a mujeres.

Teniendo en cuenta que con la promoción de la salud se trata de fomentar el cambio de hábitos y actitudes, la participación en los programas que se llevan a cabo, suele ser casi siempre de carácter voluntario. Esto puede

suponer en muchas ocasiones que la evaluación de los resultados del programa no sea la esperada, debido a que los individuos más sanos y los más preocupados por su salud, son los que con mayor frecuencia participan. Ejemplo de ello es que cuando la empresa proporciona facilidades para la práctica deportiva a sus trabajadores, los que ya practican deporte son los que más participan. En cierto modo el programa puede haber fracasado si los sedentarios, a los que el deporte puede reportar mayor beneficio, no participan en dichas actividades.

- ❑ ***Dirigirse a las causas fundamentales de la salud y de las enfermedades.*** Este principio establece la necesidad de diseñar actividades que actúen principalmente sobre las causas de las enfermedades (una campaña contra el tabaco actúa directamente sobre una causa reconocida de enfermedades respiratorias) o sobre los factores que las previenen que son los llamados factores protectores (un programa para incrementar el ejercicio físico, pretende implantar un hábito que actúe como factor protector frente a enfermedades cardiovasculares y osteoarticulares).
- ❑ ***3. Combinar diversos métodos de enfoque.*** La combinación de diversos métodos de enfoque es necesaria para lograr los cambios actitudinales que se pretenden conseguir con la promoción de la salud. Es casi obligado recurrir a la creatividad y variedad de recursos pedagógicos para que un programa educativo tenga éxito. Pero no debemos olvidar que la innovación y la originalidad, no constituyen por sí mismas una garantía de éxito.
- ❑ ***4. Buscar la participación efectiva de los trabajadores.*** Los trabajadores como participantes de estos programas, han de ser los auténticos protagonistas de la actividad y no ser meros receptores pasivos de conocimientos, si se quiere conseguir un cambio en las actitudes. Las actividades de promoción de la salud utilizan diferentes herramientas más en la línea de los talleres participativos que en la de los cursos tipo conferencia. Incluso busca lograr la integración del aprendizaje de conductas en la vida

cotidiana, por ejemplo, introduciendo menús equilibrados en los comedores de empresa.

Se trata de permitir probar un estilo de vida, puesto de manifiesto por métodos más clásicos (conferencias, trípticos, cursos, carteles) y favorecer el cambio, dando todas las facilidades posibles para ello.

Los trabajadores deben participar también en la selección de los temas, en el diseño de la actividad, en el desarrollo y en la evaluación de la misma. Sin estos requisitos sería dudoso el éxito de los programas de promoción de la salud en la empresa.

- ❑ **5. Formar parte de la organización laboral, no exclusivamente médica.**  
Hay que integrar la promoción de la salud en la política de la empresa. Para lograr un incremento de salud, no es imprescindible aumentar los recursos sanitarios, ya que la acción de otros sectores y equipos multidisciplinares dentro de la empresa, puede resultar tanto o más eficaz para alcanzar mejores resultados de salud.

#### **4.- JUSTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO.-**

El tema de la justificación de este tipo de programas en la empresa, tiene distintas vertientes según las distintas visiones: unas centradas en la propia empresa y en sus beneficios económicos; otras centradas en los trabajadores y en un planteamiento sanitario y por último las centradas en el Estado a través de los servicios comunitarios de atención primaria. A este respecto existe abundante información sobre los beneficios económicos y sanitarios que se generan, a veces de tipo contradictorio y que no vamos a entrar en ella.

A continuación se exponen una serie de argumentos justificativos de los programas de promoción de la salud en el trabajo:

- Reducen la prevalencia de algunas enfermedades, la duración media de las incapacidades temporales y el absentismo en general.

- Disminuyen el número total de accidentes y específicamente los relacionados con patología cardiovascular y derivados del consumo de alcohol.
- Mejoran el clima de la organización, lo que favorece la calidad y la productividad.
- Disminuyen el gasto sanitario.
- Permiten llegar a sectores de la población poco accesibles a los servicios de atención primaria. A través de la población laboral se puede incluso llegar a sectores extralaborales, como la familia y los jubilados.
- Actúan sobre factores de riesgo sinérgicos de naturaleza laboral y extralaboral.
- La población diana puede encontrar soporte en los compañeros de trabajo y en la organización.
- Los estudios parecen indicar una mayor eficacia que en los programas comunitarios.

## **5.- ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO.-**

### **5. 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTOS PROGRAMAS**

La puesta en marcha de un programa de promoción de la salud en la empresa, no es una tarea sencilla. Un programa debe ser fruto de una reflexión profunda que ponga de manifiesto los recursos con los que se cuenta tanto humanos como materiales, las experiencias previas, los objetivos ajustados a la realidad, el tipo de población al que va dirigido, la motivación, la evaluación, etc.

A continuación se recogen aquellos factores a tener en cuenta, que pueden influir positiva o negativamente en dichos programas.

***a) Factores favorecedores de los programas de promoción de la salud.***

- Motivación positiva de directivos y trabajadores.
- Cooperación entre los agentes laborales.
- Formación sobre la promoción de la salud.
- Asignación de recursos adecuados.
- Participación de todos los trabajadores.
- Facilidades de acceso a los programas.
- Comunicación.
- Control del programa por los más afectados por él.
- Uso de programas apropiados.
- Programas sensibles al contexto.
- Capacitación y promoción de la legislación.

***b) Factores que dificultan los programas de promoción de la salud.***

- Ausencia de los factores favorecedores.
- Mal clima laboral.
- Trabajadores, grupos o colectivos opuestos al programa.
- Tamaño de la empresa: muy grande o muy pequeño.
- Experiencias previas: fracasos anteriores.
- Ausencia de análisis previo de los problemas.
- Existencia de otras prioridades en la empresa.
- Confusión en la asignación de tareas y responsabilidades.
- Inseguridad laboral.

## **5. 2. ORIENTACIÓN METODOLÓGICA**

Para confeccionar un programa, se deben tener en cuenta una serie de requisitos metodológicos que, de una forma breve y sencilla, se agrupan en cinco etapas:

1. Favorecer la participación.
2. Identificar las necesidades.
3. Elaborar un plan.
4. Ponerlo en marcha.
5. Realizar el seguimiento y la evaluación.

### ▪ ***1.- Favorecer la participación.***

Es uno de los requisitos fundamentales y a su vez un principio básico de la promoción de la salud. Se debe dar participación a todos los trabajadores, comenzando por la implicación directa de la dirección de la empresa.

La participación de todos los trabajadores y por tanto de todas las partes implicadas, debe hacerse efectiva en todas las fases de planificación, ejecución y evaluación de los planes y programas de promoción de la salud.

### ▪ ***2. Identificar las necesidades.***

Señala la necesidad de desarrollar proyectos que integren aquellos elementos que los destinatarios consideran importantes.

Para conocer las necesidades pueden utilizarse diversos métodos: encuestas a trabajadores, reuniones informales, análisis global de los datos de salud de la empresa, casos nuevos aparecidos de una determinada enfermedad que genera miedo al contagio, las estadísticas de accidentalidad y las de absentismo por enfermedad común, etc.

La elección del método variará en función de: la urgencia por obtener resultados, el tiempo disponible, las variaciones culturales entre la plantilla, la capacidad para asegurar la confidencialidad de las opiniones, etc.

▪ **3. *Elaborar un plan.***

La elaboración de un plan exige fijar unos objetivos a corto plazo (de 6 meses a 1 año) y a largo plazo (de 1 a 3 años).

Los objetivos se habrán de fijar de acuerdo con las preferencias expresadas por los trabajadores, las recomendaciones de expertos y la valoración de los recursos disponibles, intentando encontrar un equilibrio entre lo que se quiere, lo que se puede y lo que se debe hacer.

La asignación de recursos humanos y materiales, la definición de responsabilidades y la estrategia de evaluación, también forman parte del plan.

▪ **4. *Puesta en marcha del plan.***

En esta etapa, de desarrollo material del plan, la información tiene un papel importante para que el curso del mismo siga las previsiones establecidas.

▪ **5. *Seguimiento y evaluación del plan.***

Etapa muy importante que pretende realizar un seguimiento y evaluación continua de la estructura del plan (evaluación inicial derivada del análisis de la realidad como punto de partida), del proceso seguido (evaluación continuada a lo largo del mismo para mejorar deficiencias observadas durante el desarrollo) y de los resultados obtenidos (evaluación final y a largo plazo indicadora de consecución o no de objetivos previstos), ya que servirán de retroalimentación como base de las mejoras que se puedan incorporar al plan.

### **5. 3. ELEMENTOS DE UN PROGRAMA**

Un programa global de promoción de la salud comprende los siguientes elementos:

1. Promoción del programa.
2. Evaluación de la salud.
3. Actividades.
4. Mecanismos.

▪ ***1. Promoción del programa.***

Para atraer la atención sobre la conveniencia de participar en el programa, se pueden utilizar diversos instrumentos promocionales: carteles, folletos, artículos en la revista de la empresa, éxitos alcanzados con anterioridad, premios conseguidos, etc.

▪ ***2. Evaluación de la salud.***

En los casos en que sea posible, debe evaluarse la salud de cada trabajador al inicio del programa que servirá de base para prescribir objetivos individualizados y pautar las actividades específicas para ello, y periódicamente, para valorar su evolución y cambios provisionales.

▪ ***3. Actividades.***

Hay muchas y variadas que pueden realizarse, de forma continua o periódica y aplicables al total de la plantilla o a determinados grupos de trabajadores. Entre ellas se encuentran:

- *Asistencia sanitaria.* Reconocimientos médicos, procedimientos diagnósticos, consejo médico y modificación del comportamiento en lo que se refiere a hábitos y formas de vida.
- *Educación para la salud.* Necesaria para fomentar la sensibilización frente a posibles enfermedades, el control de los factores de riesgo y el mantenimiento de formas de vida sanas.

- *Orientación para la gestión de la asistencia médica.* Ofrecer asesoramiento sobre relaciones y consecución de la asistencia sanitaria adecuada en cada caso, tratamientos de problemas crónicos, rehabilitación, retorno al trabajo tras enfermedad o accidente, tratamiento de las drogodependencias, etc.
- *Capacidad de afrontar problemas personales.* Gestión del estrés, planificación de la jubilación, planificación familiar, cuidados prenatales, atención de personas a cargo, etc.
- *Servicios y políticas en el lugar de trabajo en materia de seguridad y salud.* Instalaciones para el aseo personal, taquillas, lavandería restauración con asesoramiento nutricional y alimentos saludables, garantía de un lugar de trabajo con prohibición del consumo de tabaco y drogas, etc.

▪ **4. Mecanismos.**

Los mecanismos empleados dependerán de muchos factores: tamaño, localización y centralización de la plantilla de la empresa, horarios de trabajo, recursos, niveles socioeducativos de la plantilla y del ingenio del director del programa. Son los siguientes:

- *Recogida de información:* encuestas a trabajadores; grupos diana.
- *Materiales impresos:* libros, folletos, artículos en la revista de la empresa, etc.
- *Material audiovisual:* cintas de vídeo, mensajes grabados en el teléfono, proyección de películas, etc.
- *Asistencia sanitaria:* reconocimientos médicos, pruebas diagnósticas y de laboratorio, vacunaciones, asesoramiento individual.
- *Formación:* primeros auxilios, compra y cocina sanas.
- *Reuniones:* conferencias, cursos, seminarios.

- *Acontecimientos especiales*: ferias de salud, concursos, semana de seguridad y salud, día sin tabaco, etc.
- *Grupos de autoayuda y apoyo*: Drogodependencias, cáncer de mama, cuidado de ancianos, paternidad.
- *Comités*: grupo interno para coordinar los programas de salud entre distintos departamentos, comité paritario para orientar el programa y ocasionalmente comités especiales para ciertas actividades, suelen ser de gran utilidad.
- *Programas de deportes*: campeonatos internos, equipos deportivos de la empresa, patrocinio de participación individual en programas comunitarios.
- *Programas informáticos*: programas, juegos orientados a promocionar la salud en los ordenadores personales o a través de la red de la organización, utilización de CD interactivos.
- *Información y consulta*: programas de asistencia, asesoramiento personal por teléfono.
- *Actividades continuas*: capacidad física para el trabajo, selección de alimentos sanos en los restaurantes y máquinas expendedoras del lugar de trabajo.
- *Prestaciones especiales*: tiempo libre para este tipo de actividades, reembolso de los gastos de formación, horarios flexibles, permisos especiales por cuestiones personales y familiares.
- *Incentivos*: premios a la participación y consecución de objetivos, reconocimientos en publicaciones y tabloneros de anuncios de la empresa, concursos y premios.

## 6.- LA FORMACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.-

En relación con la formación en promoción de salud el objetivo 18 de Salud 21 dirigido a desarrollar los recursos humanos para la salud declara que para el año 2010, todos los estados miembros deberán garantizar que los profesionales sanitarios y de otros sectores han adquirido los conocimientos, las actitudes, y las cualificaciones necesarios para proteger y promover la salud.

En esta línea se sitúa el informe técnico presentado en la Conferencia de México de promoción de salud 11 que afirma que una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de salud es “fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud”.

Según Springett los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de salud son: disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad en la organización promotora de la iniciativa. Evans y Speller han identificado seis funciones del trabajo de promoción para la salud: planificación estratégica, gestión del programa, seguimiento y evaluación, educación y formación, recursos e información, ayuda y orientación metodológica. Uno de los principios de buena práctica considerados para desarrollar una iniciativa de calidad es disponer de un equipo de trabajo competente y motivado.

La formación es un elemento esencial para el desempeño, correcto y eficaz, de un ejercicio profesional de calidad; sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad.

De la misma manera, para el desarrollo de la promoción de salud y la práctica de la educación para la salud, es imprescindible, incluso un condicionante, disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales.

El desarrollo profesional de la educación y promoción de salud, exige la adquisición de conocimientos, habilidades y prácticas por parte de todos los titulados universitarios del ámbito de las Ciencias Sociales, especialmente aquellos más relacionados con la salud y la educación, con un enfoque global biopsicosocial.

Hemos de tener en cuenta que la formación es un requisito básico para la consecución de cualquier objetivo, por lo que la capacitación profesional se convierte en un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud.

El momento y las circunstancias en las que se adquiere la formación vienen a determinar los contenidos de la misma (currícula formativo), así como las instituciones responsables de su desarrollo. Así, se pueden diferenciar 3 niveles de formación:

- La formación inicial o pregrado es aquella que se establece para la obtención del correspondiente título (licenciatura, diplomatura o grado) y legítima para el ejercicio profesional. En cuyo caso, los currícula universitarios e itinerarios formativos se han de corresponder con el desarrollo del papel profesional ulterior. La formación de pregrado es competencia de la Universidad.
- La formación de postgrado se corresponde con los estudios posteriores a la licenciatura, diplomatura o grado inicial, y su finalidad es adquirir un cierto grado de especialización en una determinada materia o área de trabajo. La formación de postgrado es de carácter académico orientada a la consecución de una titulación y es competencia de la Universidad y Escuelas de Salud Pública.
- La formación continuada es aquella formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica y/o especializada y que no tiene como finalidad la obtención de un título o diploma sino mantener o aumentar su competencia profesional. La formación continuada es una parte de la política de recursos humanos de los servicios públicos. Habitualmente las actividades de formación continuada recaen en las estructuras de docencia de las instituciones públicas, así como en sociedades científicas y colegios profesionales entre otros.

## 7.- CONCLUSIÓN.-

El éxito de los programas de promoción de la salud en la empresa depende de su adaptación a la cultura empresarial, de las oportunidades de promoción de la salud y de las limitaciones organizativas de cada uno de los lugares de trabajo.

Pese a las dificultades y esfuerzos necesarios, creemos que todos los esfuerzos en promoción de la salud son rentables, desde el punto de vista de la mejora individual y colectiva de la salud, y de la mejora en la productividad, reducción de costes, mejor ambiente empresarial, etc.; por lo que animamos a todos los que trabajan o están interesados en el campo de la salud laboral a desarrollar programas de promoción de la salud, como por ejemplo: Programas de promoción de la salud destinados a disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares, hábitos de vida saludables, vida sin tabaco, mejora de la capacidad física o aumento del ejercicio físico, prevención y control de la obesidad, promoción de la salud en relación al consumo de alcohol y otras drogas, prevención y control de enfermedades crónicas, programas de prevención de accidentes de tráfico, programas de preparación para la jubilación, programas de prevención de cáncer, programas de salud bucodental, programas de prevención del estrés, escuelas de espalda, etc.

**EL CONTROL DE LA SALUD  
DE LOS  
TRABAJADORES**

## **INTRODUCCION**

## **CONTENIDOS**

1. DEFINICION.
2. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL MARCO DE LA LEY DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES.
3. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD.
4. TECNICAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD.
5. INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES.

## **RESUMEN**

## 1. -DEFINICION:

La vigilancia de la salud puede definirse como la utilización de una serie de técnicas y de otros datos de salud (encuestas, exploraciones, visitas etc.) de manera sistemática, con el objetivo de conocer ó detectar cambios de un individuo ó de un colectivo.

### PRINCIPIOS GENERALES DE LA ACCION PREVENTIVA.

1. Evitar los riesgos.
2. Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
3. Combatir los riesgos en su origen.
4. Adaptar el trabajo a la persona.
5. Tener en cuenta la evolución de la técnica.
6. Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco ó ningún peligro.
7. Planificar la prevención.
8. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
9. Dar las instrucciones debidas a los trabajadores.

## 2. -LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL MARCO DE LA LEY DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. (LPRL)

La LPRL regula en su artículo 22, la vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa.

Las características de la misma son:

- **Garantizada por el empresario:** el empresario garantiza a sus trabajadores la vigilancia periódica de su salud.
- **Específica:** esa vigilancia se realizará en función del ó de los riesgos a los que está sometido el trabajador en el lugar del trabajo.
- **Voluntaria:** se contará con el consentimiento del trabajador salvo en algunas circunstancias:
  - a) Reconocimientos indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
  - b) Que el estado de salud del trabajador pueda constituir un peligro para él mismo ó para terceros.
  - c) Que exista una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad, que obligue a realizar el reconocimiento.

### NORMATIVA LABORAL ESPECIFICA SEGÚN EL RIESGO DE LA ACTIVIDAD:

- Orden 14-09-59. Fabricación y empleo de productos que contengan benceno. Actualizada 15-02-77. (BOE 11-03-77)
- Orden 31-10-84 (BOE 7-11-84). Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto.  
Rectificada orden 7-11-84 (BOE 22-11-84)  
Modificada orden 31-03-86 (BOE 22-04-86)  
Completada orden 22-12-87 (BOE 29-12-87)
- Orden 9-04-86 (BOE 29-04-86) rectificada 3-06-86. Reglamento para la prevención de riesgos y protección de la salud de los trabajadores por la presencia de plomo metálico y sus compuestos iónicos en el ambiente del trabajo.
- Orden 9-04-86 (BOE 6-05-86). Reglamento para la prevención de riesgos y protección de la salud por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo.
- Decreto 1316 /89 de 27-10-89 (BOE 14-03-89) rectificado 9-12-89 y 26-05-90). Protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo.
- Decreto 53/92 de 24-01-92 (BOE 12-02-92) rectificado 15-04-92. Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

- **Confidencial**

La información médica derivada de la vigilancia de la salud de cada trabajador, estará disponible para el propio trabajador, los servicios médicos responsables de su salud y la autoridad sanitaria.

Ningún empresario, podrá tener conocimiento del contenido de las pruebas médicas ó de sus resultados, sin el consentimiento del trabajador.

Al empresario se le deben facilitar las conclusiones de la vigilancia de la salud realizada en sus trabajadores en términos de:

- Aptitud para desempeñar las tareas correspondientes a su trabajo.
- La necesidad de introducir ó mejorar las medidas de protección ó de prevención.

- **Prolongada**

La vigilancia de la salud del trabajador debe ser prolongada más allá de la finalización de la relación laboral, en aquellos casos en los que los efectos sobre los trabajadores así lo aconsejen.

Ejemplo: trabajadores expuestos a agentes químicos cancerígenos, deberán tener un seguimiento varios años después.

- **Documentada**

Se deberá elaborar y conservar la documentación sobre los resultados y las conclusiones de los controles del estado de salud de los trabajadores.

### **3. - OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD.**

Existen dos tipos:

#### **OBJETIVOS INDIVIDUALES**

- Detección precoz de las alteraciones de la salud.
- Identificación de los trabajadores especialmente sensibles en ciertos riesgos.

#### **OBJETIVOS COLECTIVOS**

- Valoración del estado de salud de los trabajadores.
- Alertar sobre posibles situaciones de riesgo.
- Evaluar la eficacia del plan de prevención.

La valoración del estado de salud en la empresa nos permitirá saber:

- Quién presenta alteraciones en la empresa.
- En que puesto de trabajo.
- Cuando aparecen ó aparecieron.

Los resultados de la vigilancia de la salud nos serán útiles para saber si las acciones preventivas que se están llevando a cabo son eficaces ó no en los trabajadores, y la evolución del estado de salud de los trabajadores.

### **4.- LAS TECNICAS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD**

La vigilancia de la salud se vale de distintas técnicas que son:

- **Control biológico:** la finalidad última es la evolución de la exposición ó de los efectos de los contaminantes químicos sobre el colectivo de trabajadores.  
La utilización de esta técnica vendrá dada por la existencia de un individuo que sea valorable (Ej. cantidad de contaminante en sangre) que puede ser comparado con valores de referencia para ese indicador que sea generalmente aceptado.
- **Detección precoz:** se hará mediante pruebas específicas que nos permitan poner de manifiesto lesiones, en principio reversibles, derivadas de la exposición laboral. Las pruebas dependerán del tipo de daño.

La Vigilancia de la Salud estará sometida a protocolos específicos existentes con respecto a los factores de riesgo a los que está expuesto el trabajador.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las Sociedades Científicas competentes y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos en cada caso.

Los protocolos informados favorablemente por el consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud son:

- Plomo
- Pantallas de Visualización de datos
- Manipulación manual de cargas
- Posturas forzadas
- Plaguicidas
- Cloruro de Vinilo Monómero
- Movimientos repetitivos
- Neuropatías por presión
- Ruido
- Amianto
- Agentes anestésicos
- Alveolitis alérgicas extrínsecas
- Silicosis
- Agentes citostáticos
- Dermatitis
- Radiaciones ionizantes
- Agentes biológicos
- Asma laboral
- Oxido de etileno

#### **5. - INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES.**

La vigilancia de la salud debe considerarse como un instrumento de los programas de prevención de la empresa. La aportación de la misma a dichos programas se realizará a todos los niveles desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de la eficacia del programa global.

## **RESUMEN**

1. La vigilancia Médica periódica es un instrumento de la medicina del trabajo para vigilar la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
2. La L.P.R.L. contempla la vigilancia de la salud como una obligación del empresario en su artículo 22.
3. El trabajador no está obligado a pasar reconocimientos médicos a no ser que:
  - sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
  - el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo ó para terceros.
  - existe una disposición legal
4. Las conclusiones de los reconocimientos deben ser comunicadas al empresario en términos de APTITUD y de MEJORA de las medidas de protección.
5. Los objetivos de la vigilancia de la salud son colectivos e individuales
6. Los instrumentos con los que cuenta la vigilancia de la salud son:  
Control biológico y Detección precoz.

**La vigilancia de la salud no tiene sentido como instrumento aislado de prevención: ha de integrarse en un plan de prevención global de la empresa.**

# **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO**

*GLORIA M<sup>a</sup> GRAJALES UBIERNA  
ENFERMERA DEL TRABAJO  
SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA UEX*

## **INDICE:**

1.- Introducción

2.- Objetivos

3.- Definiciones

4.- Funciones y Actividades

4.1.- Vigilancia de la Salud

4.2.- Asistencia Sanitaria

4.3.- Prevención de Riesgos para la Salud

4.4.- Promoción de la Salud

4.5.- Gestión y Planificación

4.6.- Formación y docencia

4.7.- Investigación

5.- Conclusiones

6.- Bibliografía

## 1.- Introducción.

**El trabajo**, es una actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de naturaleza diferente, como trabajadores, materiales, energía, tecnología, organización etc. Permite alcanzar unos objetivos y satisfacer unas necesidades.

La Organización Mundial de la **Salud** define la salud: “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño o enfermedad”.

**El trabajo y la salud** están interrelacionados. A través del trabajo, buscamos satisfacer una serie de necesidades desde la supervivencia hasta las de desarrollo profesional, personal y social. El mundo del trabajo, está en proceso de cambio permanente. Sin embargo, en ese proceso podemos ver agredida nuestra salud, por ejemplo: si el trabajo no se realiza en las condiciones adecuadas.

Se entiende por **prevención**, el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

**La Organización Internacional del Trabajo en su recomendación 171, de 1985** ya nos habla de las recomendaciones de los Servicios de Salud en el Trabajo:

*La función de los servicios de salud en el trabajo debería ser esencialmente preventiva.*

*Los servicios de salud en el trabajo deberían establecer un programa de actividades adaptado a la empresa o a las empresas a las que sirven, principalmente en función de los riesgos profesionales que se presentan en los lugares de trabajo y de los problemas específicos que se plantean en las respectivas ramas de actividad económica.*

- *Vigilancia del Medio Ambiente de Trabajo*
- *Vigilancia de la Salud de los Trabajadores*
- *Información, Educación, Formación, Asesoramiento*
- *Otras Funciones:*
  - *analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y del medio ambiente de trabajo y los resultados de la vigilancia biológica y de la vigilancia continua individual de la exposición de los trabajadores a determinados riesgos profesionales, cuando éstos existan, a fin de evaluar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud, y de proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo.*
- *Organización: Los servicios de salud en el trabajo pueden organizarse, según los casos, como servicios para una sola empresa o como servicios comunes a varias empresas.*
- *Condiciones de Funcionamiento:*
  - *los servicios de salud en el trabajo deberían estar formados por equipos multidisciplinario constituidos en función de la índole de las tareas que deban ejecutarse.*
  - *Los servicios de salud en el trabajo deberían disponer de personal técnico en número suficiente, con formación especializada y experiencia en esferas*

*tales como la medicina del trabajo, la higiene del trabajo, la ergonomía, los cuidados de enfermería del trabajo y otras cuestiones conexas.*

- *los servicios de salud en el trabajo deberían colaborar con los servicios que se ocupan de la seguridad de los trabajadores en la empresa; los distintos servicios o unidades de producción, para ayudarlos a formular y a aplicar programas preventivos convenientes.*
- *los servicios de salud en el trabajo deberían mantener contactos ,cuando sea necesario, con los servicios y organismos exteriores a la empresa que se ocupan de cuestiones relativas a la salud.*

Tanto la Ley de Prevención como el Reglamento de los Servicios de Prevención, entienden la prevención y la protección de la salud del trabajador con una mentalidad integradora. Se contempla la prevención como actividad integrada que ha de contar con asesoramiento y asistencia técnica multidisciplinar desde los servicios de prevención con la aportación de las distintas disciplinas como, Medicina del Trabajo, Seguridad, Higiene, Ergonomía y Psicosociología aplicada.

En el Reglamento de los Servicios de Prevención, la Enfermería del Trabajo se define como una especialidad con entidad propia dentro de la Medicina del Trabajo, en base a sus competencias profesionales.

En 1959 se inicia el programa de formación de la Enfermería especialista en trabajo. A partir del RD 1978/17866 de 3 de julio, en el cual se regulan los títulos de enfermería especialista, se pone de manifiesto la iniciativa para crear el título de especialista de Enfermería del Trabajo, que se consigue con el RD 450/2005 aprobado el 22 de abril de 2005 y publicado en BOE el día 6 de mayo de 2005.

Por todo ello se requiere un profesional de enfermería capaz de trabajar con otros profesionales, teniendo un perfil específico dentro del servicio de prevención. Para ello es necesario acreditar unas competencias que regulen la actividad profesional y que respondan a las exigencias sociales tanto por parte de los trabajadores, empresas y de la administración.

La derogación del Reglamento del 59 y la ausencia de legislación específica han creado un vacío legal con respecto a las funciones a desarrollar por los profesionales de enfermería, ya que únicamente el Art. 37 del R D 39/1997 del Reglamento de los Servicios de Prevención contempla los requisitos y algunas actividades que los sanitarios debemos realizar. Es verdad que el Acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria del Ministerio de Sanidad indica las funciones sanitarias que se han de realizar, pero sin concretar el profesional que ha de asumir dichas funciones.

Por ello el grupo de trabajo de Enfermería de la SEMST elaboró un documento sobre funciones y competencias con el objetivo de colaborar con la Comisión Nacional de la Especialidad en la elaboración del contenido curricular que esta especialidad deberá incluir, de tal forma que una vez aprobado dicho contenido sirva de documento legal en el desarrollo reglamentario previsto.

## 2.- Objetivos

Llevar a la práctica los conocimientos, habilidades y actitudes propios de la profesión de enfermería al servicio de la resolución y prevención de un problema de salud independientemente del ámbito donde desarrolle su actividad profesional (servicio de prevención, propio o ajeno, administración, unidad de salud laboral, universidad etc.) y de la función que desarrolle (vigilancia de la salud, asistencia, prevención, promoción gestión y formación).

Persuadir, convencer, tener iniciativa y desarrollar un pensamiento analítico con un alto grado de auto confianza y capacidad de comprensión interpersonal para cooperar y trabajar en equipo.

## 3.- Definiciones

**Competencias:** Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias. Se estructura en tres grandes dimensiones:

- Conceptuales o pensamiento crítico (conocimiento, toma de decisiones etc.)
- Interpersonales (actitud, valores, etc.)
- Técnicas (destreza, habilidades, etc.)

**Funciones:** Conjunto de actividades que realiza la enfermería del trabajo formando parte de un equipo multidisciplinar, colaborando con el resto del equipo para evitar o disminuir los riesgos que afectan a la salud de los trabajadores cuyo origen sea por causa del trabajo. Para ello, dentro del equipo la enfermería desarrolla un conjunto de actividades que tienen como funciones principales:

- La vigilancia de la salud.
- La asistencia sanitaria
- La prevención
- La promoción de la salud
- La gestión
- La formación
- La investigación

## 4.- Funciones y Actividades de la Enfermería del Trabajo

La actividad sanitaria dentro de los servicios de prevención debe ser desarrollada por profesionales sanitarios que formen parte de un equipo de trabajo conjunto y coordinado desde las diferentes disciplinas, por lo tanto las funciones de los profesionales sanitarios se realizarán conjuntamente y de forma coordinada con los profesionales de los servicios de prevención.

### 4.-1 Vigilancia de la salud

Los especialistas en enfermería del trabajo realizarán actividades dirigidas tanto a los individuos como a la colectividad para la detección de problemas de salud, ocasionados como consecuencia del trabajo, a través de la recogida sistemática y continua de datos relacionados con la salud y las condiciones de trabajo, su análisis e interpretación tanto a nivel individual como colectivo para contribuir a orientar y elaborar las actividades y estrategias preventivas.

La realización de todas estas actividades implica capacidad para:

- ✓ Realizar los exámenes de salud
- ✓ Conocer los puestos de trabajo y su entorno
- ✓ Colaborar en los estudios para determinar la aptitud de los trabajadores
- ✓ Elaborar y administrar cuestionarios y encuestas de salud
- ✓ Realizar consultas de salud a iniciativa de los trabajadores
- ✓ Participar en el registro y análisis de ausencias de trabajo por problemas de salud
- ✓ Dar recomendaciones preventivas en relación a los datos obtenidos en los exámenes de salud y en otras actividades relacionadas con la vigilancia de la salud.
- ✓ Realizar propuestas de medidas preventivas a los órganos de responsabilidad en materia de prevención.
- ✓ Obtener, registrar y analizar datos sobre salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo (consultas, asistencias de salud, etc.)

Las tareas principales que hacen posible el desarrollo de estas actividades son:

- Realizar la entrevista clínica
- Realizar exploraciones instrumentales
- Complimentar la parte de historia clínico-laboral correspondiente
- Comunicar los resultados
- Diferenciar entre resultados normales y patológicos
- Visitar los puestos de trabajo
- Analizar de forma colectiva y epidemiológica los datos y resultados de la vigilancia de la salud

#### **4.-2 Asistencia Sanitaria**

Los especialistas de enfermería del trabajo darán respuesta a los trabajadores con problemas de salud, relacionados con el trabajo, con todas las actividades asistenciales que requiera su proceso y que estén incluidas en las competencias de enfermería.

- Realizar curas y asistencias de enfermería individualizadas mediante un método sistemático y organizado.
- Seguimiento y evaluación de la efectividad asistencial.
- Asistencia en primeros auxilios y situaciones de emergencia.
- Atención de consultas a demanda.
- Dar cuidados de enfermería.
- Administración de medicación por vía parenteral, enteral, tópica u otras vías.
- Derivación al médico de la UBS o al especialista.
- Registrar la actividad asistencial.

#### **4.-3 Prevención de riesgos para la salud**

Los especialistas de enfermería del trabajo realizarán todas las actividades necesarias para reducir o eliminar los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en su actividad laboral. Se realiza de forma conjunta y coordinada con el resto de profesionales de los servicios de prevención.

La realización de todas estas actividades implica capacidad para:

- Participar en la evaluación de riesgos.
- Participar en la investigación de accidentes de trabajo y otros daños para la salud.
- Verificar y controlar la implantación de medidas preventivas en relación a factores de riesgo.
- Asesorar a la organización en materia de prevención de riesgos.
- Participar en programas formativos e informativos en materia de prevención.
- Participar y colaborar en la elaboración del plan de emergencias, especialmente en la organización de primeros auxilios y su implantación.
- Participar en el análisis de las condiciones higiénico-sanitarias de los puestos de trabajo e instalaciones.
- Elaborar propuestas de adaptación de los puestos de trabajo a los trabajadores especialmente sensibles.
- Participar en el seguimiento y control de la actividad preventiva.
- Participar en la indicación de los EPI's, así como su adaptación individual a los trabajadores, la formación sobre su uso y mantenimiento, la verificación de su uso correcto.

Las Tareas principales que hacen posible el desarrollo de estas actividades son:

- Impartir cursos de prevención de riesgos para la salud.
- Realizar campañas de vacunación de patología laboral.
- Colaborar en el control de los riesgos laborales.
- Dar consejos preventivos.
- Valoración Sanitaria de los puestos de trabajo.
- Investigar daños a la salud derivados del trabajo
- Visitar los puestos de trabajo
- Participar en la evaluación de riesgos.
- Interpretación de la evaluación de riesgos.
- Seleccionar y proporcionar los EPI's, verificar su adaptación individual a los trabajadores, formar a los trabajadores sobre su uso y mantenimiento correcto, verificar el uso correcto de los mismos.

#### **4.-4 Promoción de la salud**

Los especialistas en enfermería del trabajo, potenciarán el estado de salud de los trabajadores mediante intervenciones personalizadas o colectivas dirigidas al conocimiento de hábitos saludables.

El objetivo es contribuir a que se adquieran hábitos y actitudes preventivas y positivas que deriven en comportamientos sanos tanto relacionados con el trabajo como extralaborales.

- Fomentar una cultura de salud en la organización.
- Elaborar e implantar programas en relación a conductas de riesgo y vida saludable.
- Informar y formar a los trabajadores en conductas de riesgo y malos hábitos para la salud.
- Desarrollar actividades específicas de promoción de la salud.
- Realizar educación sanitaria tanto individual como colectiva.
- Analizar los datos de salud de los trabajadores para determinar las necesidades de promoción de la salud.
- Impartir cursos en relación a conductas de riesgo laboral y extralaboral (hábitos saludables).
- Realizar campañas informativas sobre patologías prevalentes: diseño, implantación y medición de resultados.
- Elaborar el material informativo y formativo.
- Aconsejar sobre conductas y hábitos saludables
- Realizar campañas de vacunación.

#### **4.-5 Gestión y planificación**

Para gestionar y organizar la actividad preventiva, los especialistas en enfermería del trabajo realizarán todas las actividades de planificación, programación, control y logística necesarias para llevarla a término.

- Participar en la planificación consensuada de las actividades del servicio de prevención y de la UBS
- Participar en la planificación específica en riesgos laborales.
- Custodia de datos y documentación recogidos en la UBS.
- Participar en la organización y ejecución de actividades planificadas en la UBS.
- Gestionar los recursos materiales e instalaciones de la UBS.
- Participar en la elaboración, adaptación y revisión de procedimientos y protocolos específicos.
- Participar en la elaboración de la memoria de actividades del servicio de prevención.
- Asesorar al comité de seguridad y salud.
- Gestionar los residuos sanitarios.
- Programar los exámenes de salud
- Programar la atención de consultas y asistencia.
- Procesar los datos de la vigilancia de la salud e incapacidad temporal.
- Elaborar la memoria de actividades.
- Comunicar los resultados y conclusiones de las actividades
- Gestionar el material sanitario.
- Mantenimiento y calibrado periódico de los equipos sanitarios.

#### **4.-6 Formación y docencia**

- Realizar formación continuada para el desarrollo de su actividad profesional
- Impartir docencia
- Participar en el diseño y ejecución de programas formativos, así como en la elaboración de materiales docentes, organización logística de los cursos y evaluación de resultados.
- Participar en cursos de formación de prevención de riesgos
- Impartir cursos de formación en prevención y promoción de la salud.
- Participar en jornadas y congresos.
- Impartir cursos teóricos y supervisar las prácticas a los alumnos que realicen la especialidad de Enfermería del Trabajo.

#### **4.-7 Investigación**

Los especialistas en enfermería del trabajo realizarán investigación dentro de su propia disciplina de salud laboral.

- Investigar sobre temas relacionados con la salud laboral.
- Publicar artículos de interés profesional.
- Realizar o colaborar en la elaboración de estudios epidemiológicos.
- Realizar búsquedas bibliográficas entre las publicaciones científicas de salud laboral.
- Desarrollar correctamente una publicación.
- Colaborar en trabajos de investigación.

### **5.- CONCLUSIONES**

1.- Debe ser objetivo prioritario de todas las Organizaciones que representan a la Enfermería del Trabajo, (sindicatos, asociaciones científicas, etc) conseguir de los Poderes Públicos, que nuestra Profesión sea una DISCIPLINA PREVENTIVA más dentro de la estructura de los Servicios de Prevención de acuerdo a la OIT, a la futura estructura de las enseñanzas universitarias, a la LOPS y a la formación de la propia especialidad, mediante la modificación del Artículo 34 del R D 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

2.- Para que la Enfermería del Trabajo encuentre el lugar que le corresponde, es urgente un desarrollo normativo que regule las actividades de los profesionales que integran los Servicios de Prevención y que deberá posibilitar una igualdad real de la Enfermería del Trabajo con el resto de los profesionales que integran los Servicios de Prevención.

3.- En definitiva, una legislación real y justa y un elevado nivel de conocimientos, no solo científicos sino también técnicos y de gestión, son las herramientas necesarias para

que la Enfermería del Trabajo alcance los retos laborales y profesionales que se han descrito:

- A).- Nueva disciplina preventiva
- B).- Legislación de las funciones y competencias.
- C).- Gestionar y dirigir los SP
- D).- Ocupar los cargos previstos para las Unidades Docentes.
- E).- Formar parte de los Equipos Auditores.
- F).- Integrar los Equipos de Inspección de las Unidades Sanitarias

**Lograr que estas funciones se incluyan en la actividad laboral de la enfermería del trabajo y cumplimentarlas con eficacia y calidad es uno de los principales retos que la enfermería del trabajo ha de llevar a cabo si pretende ocupar el espacio profesional que realmente le corresponde.**

## **6.- BIBLIOGRAFIA**

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre de 1995.
- Reglamento de los Servicios de Prevención RD. 39/1997 de 17 de enero de 1997.
- Grupo de trabajo sobre Enfermería del Trabajo. Funciones, actividades y tareas de los diplomados universitarios en enfermería especialistas en enfermería del trabajo. Arch Prev Riesgos Laborales 2002; 5:30-1.
- Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Document de competències de professionals sanitàries. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut 2001.
  
- La Organización Internacional del Trabajo en su recomendación 171, de 1985

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. IX CURSOS DE VERANO  
INTERNACIONALES**

**FORMACIÓN EN SALUD LABORAL**

**TALLER MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO**

**Introducción.-**

El medio ambiente de trabajo es el espacio físico que rodea al trabajador durante el desempeño de su tarea.

Este entorno puede generar riesgos para la seguridad y la salud del mismo y dado que pasamos un alto tanto por ciento de nuestra vida en el trabajo, estamos expuestos a estos riesgos durante gran parte de nuestra existencia.

Para garantizar la seguridad y salud debemos conocer cuales son los riesgos a los que nos enfrentamos, eliminarlos y, si no es posible, minimizarlos.

Para poder desarrollar lo expuesto anteriormente tenemos una herramienta eficaz: la evaluación de riesgos.

**Evaluación de Riesgos.-**

La evaluación de riesgos constituye la base del proceso de gestión de riesgos y por lo tanto, la base para una gestión eficaz de la seguridad y la salud, así como la clave para reducir la siniestralidad laboral y las enfermedades profesionales.

**¿En qué consiste la evaluación de riesgos?**

Según la **Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo(OSHA)**<sup>1</sup>, se entiende por evaluación de riesgos el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse. La evaluación consiste en un examen sistemático de todos los aspectos del trabajo para determinar:

- qué puede causar daño o lesión
- si los riesgos pueden eliminarse y, si no es el caso,
- qué medidas preventivas o de protección se han adoptado o deben adoptarse para controlar los riesgos.

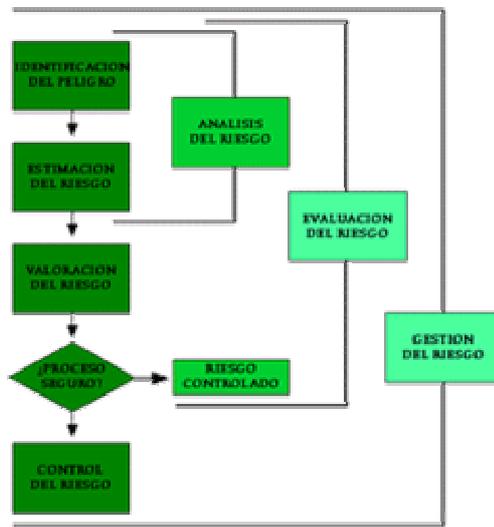
Así mismo, el **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)**<sup>2</sup> considera que la evaluación de los riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la

---

<sup>1</sup> “Trabajos Saludables. Bueno para ti. Buen Negocio para todos” Campaña Europea sobre Evaluación de Riesgos

<sup>2</sup> “Evaluación de riesgos laborales”. Documento divulgativo del INSHT

necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.



### Obligación Legal.-

Según queda recogido en el artículo 14.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>3</sup> los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

Por ello, el empresario deberá realizar una evaluación inicial de riesgos(art.16.2) que tenga en cuenta la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo y de los trabajadores que deban desempeñarlos, el acondicionamiento de los lugares de trabajo, los equipos y sustancias utilizadas...etc.

Esta obligación también queda recogida en el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>4</sup> en el capítulo II, artículos 3 al 7 donde se explicitan el contenido, el procedimiento, la revisión y la documentación que debe tener la misma.

<sup>3</sup> LEY 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre.

<sup>4</sup> REAL DECRETO 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31 enero

## **Metodología.-**

Los riesgos a evaluar son los que no se puedan evitar. Por ello tendremos que analizar:

- a- las condiciones materiales: Los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo: Estos aspectos los analizan los profesionales de la prevención que se encargan de la seguridad en el trabajo.
- b- Las condiciones ambientales, es decir, la naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y los procedimientos para su utilización. Analizados por los profesionales de la prevención que se encargan de la higiene industrial
- c- La carga de trabajo y la gestión y organización de la prevención, así como todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador y que son analizadas por los profesionales de la prevención dedicados a la ergonomía y Psicología aplicada.

## **I- Estructura.-**

La evaluación general debe contener:

- 1) evaluación por secciones.
- 2) evaluación por puestos de trabajo.
- 3) evaluación de la organización de la prevención en la empresa.

## **II- Etapas.-**

El proceso de evaluación de riesgos se compone de las siguientes etapas:

- Identificar
- Estimar
- Valorar

### **1- Identificación.-**

**1.1.-** Por una parte hay que identificar la **condición a evaluar** y por ello dentro de las condiciones materiales evaluaremos:

- Pasillos y superficies de tránsito
- Espacios de trabajo
- Escaleras
- Máquinas
- Herramientas
- Objetos . Manipulación manual.
- Objetos . Almacenamiento.
- Instalación eléctrica.
- Aparatos a presión
- Instalaciones de gases
- Aparatos y equipos de elevación
- Vehículos de transporte
- Incendios
- Sustancias Químicas
- Otros.

Dentro de las condiciones ambientales evaluaremos.

- Exposición a contaminantes químicos
- Exposición a contaminantes biológicos
- Ventilación industrial
- Ventilación climatización
- Ruido
- Vibraciones
- Calor y frío
- Radiaciones ionizantes
- Radiaciones no ionizantes
- Iluminación
- Otros

Dentro de la carga de trabajo evaluaremos:

- Carga física
- Posición de trabajo
- Manipulación de cargas
- Micro traumatismo repetitivos
- Carga mental
- Factores organizacionales
- Factores psicosociales
- Diseño

Dentro de la Organización de la gestión de la prevención analizaremos:

- Política y programa de prevención
- Organización de la prevención
- Manual de seguridad
- Análisis de accidentes
- Formación entrenamiento y participación
- Inspección de riesgos
- Planificación de emergencias
- Vigilancia de la salud
- Contratas, subcontratas y E.T.T.

**1.2.-Por otra parte hay que identificar el factor de riesgo:**

La lista de los factores de riesgos, viene determinada por la lista oficial existente en la Seguridad Social, que se utiliza para las causas de los accidentes y enfermedades profesionales en los denominados partes de accidentes y enfermedades profesionales que cumplimenta la empresa, y son:

- Caída de personas a distinto nivel
- Caída de personas al mismo nivel
- Caída de objetos por desplome
- Caída de objetos por manipulación
- Caída de objetos desprendidos
- Pisadas sobre objetos
- Golpes contra objetos inmóviles

- Golpes y contactos contra objetos móviles de las máquinas
- Golpes por objeto o herramientas
- Proyección de fragmentos o partículas
- Atrapamientos por y entre objetos
- Atrapamientos por vuelco de máquinas
- Sobreesfuerzos
- Exposición a temperaturas extremas
- Contactos térmicos
- Contactos eléctricos
- Inhalación o ing. de sustancias nocivas
- Contactos con sustancias cáusticas y/o corrosivas
- Exposición a radiaciones
- Explosiones
- Incendios
- Causados por seres vivos
- Atropellos, golpes con y contra vehículos
- Accidente de tránsito
- Causas naturales
- Otros
- EE.PP. causadas por agentes químicos
- EE.PP. causadas por agentes físicos
- EE.PP. causadas por agentes biológicos
- EE.PP. causadas por otras circunstancias

## **2.- Estimación.-**

Se estima el riesgo, valorando conjuntamente la probabilidad y las consecuencias de que se materialice el peligro.

Para cada peligro detectado debe estimarse el riesgo, determinando la potencial severidad del daño (consecuencias) y la probabilidad de que ocurra el hecho.

### **2.1.- Severidad del daño**

Para determinar la potencial severidad del daño, debe considerarse:

- a. partes del cuerpo que se verán afectadas
- b. naturaleza del daño, graduándolo desde ligeramente dañino a extremadamente dañino.

Ejemplos de ligeramente dañino:

- Daños superficiales: cortes y magulladuras pequeñas, irritación de los ojos por polvo.
- Molestias e irritación, por ejemplo: dolor de cabeza, discomfort.

Ejemplos de dañino:

- Laceraciones, quemaduras, conmociones, torceduras importantes, fracturas menores.
- Sordera, dermatitis, asma, trastornos músculo-esqueléticos, enfermedad que conduce a una incapacidad menor.

Ejemplos de extremadamente dañino:

- Amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, lesiones múltiples, lesiones fatales.
- Cáncer y otras enfermedades crónicas que acorten severamente la vida.

## 2.2- Probabilidad de que ocurra el daño.

La probabilidad de que ocurra el daño se puede graduar, desde baja hasta alta, con el siguiente criterio:

- Probabilidad alta: El daño ocurrirá siempre o casi siempre
- Probabilidad media: El daño ocurrirá en algunas ocasiones
- Probabilidad baja: El daño ocurrirá raras veces

A la hora de establecer la probabilidad de daño, se debe considerar si las medidas de control ya implantadas son adecuadas. Los requisitos legales y los códigos de buena práctica para medidas específicas de control, también juegan un papel importante. Además de la información sobre las actividades de trabajo, se debe considerar lo siguiente:

- a. Trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (características personales o estado biológico).
- b. Frecuencia de exposición al peligro.
- c. Fallos en el servicio. Por ejemplo: electricidad y agua.
- d. Fallos en los componentes de las instalaciones y de las máquinas, así como en los dispositivos de protección.
- e. Exposición a los elementos.
- f. Protección suministrada por los EPI y tiempo de utilización de estos equipos.
- g. Actos inseguros de las personas (errores no intencionados y violaciones intencionadas de los procedimientos)

En el cuadro siguiente observamos un método simple para estimar los niveles de riesgo de acuerdo a su probabilidad estimada y a sus consecuencias esperadas.

		CONSECUENCIAS		
		Ligeramente dañino	Dañino	Extremadamente dañino
PROBABILIDAD	BAJA	Riesgo trivial	Riesgo tolerable	Riesgo moderado
	MEDIA	Riesgo tolerable	Riesgo moderado	Riesgo importante
	ALTA	Riesgo moderado	Riesgo importante	Riesgo intolerable

**3- Valoración del riesgo:** con el valor del riesgo obtenido, y comparándolo con el valor del riesgo tolerable(según normativa), se emite un juicio sobre la tolerabilidad del riesgo en cuestión

Si de la evaluación de riesgos se deduce la necesidad de adoptar medidas preventivas, se deberá:

- Eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual o de formación e información a los trabajadores.
- Controlar periódicamente las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores

Los niveles de riesgos indicados en el cuadro anterior, forman la base para decidir si se requiere mejorar los controles existentes o implantar unos nuevos, así como la temporización de las acciones. Con objeto de contribuir a una mejor planificación de las medidas propuestas, se califica la magnitud de los riesgos contemplados en cada factor de riesgo identificado. La calificación se efectúa como resultado de la comparación del criterio de evaluación empleado (normativa técnico / legal de referencia o criterio general de evaluación)

En la siguiente tabla se muestra un criterio sugerido como punto de partida para la toma de decisión. La tabla también indica que los esfuerzos precisos para el control de los riesgos y la urgencia con la que deben adoptarse las medidas de control, deben ser proporcionales al riesgo.

Riesgo	Calificación	Acción y temporización
Trivial (T)	BIEN	No se requiere acción específica. La condición de trabajo analizada cumple con los requisitos esenciales contemplados en el criterio de referencia utilizado
Tolerable (TO)	ACEPTABLE	No se necesita mejorar la acción preventiva, se cumple con los requisitos esenciales contemplados en el criterio de referencia utilizado. Sin embargo, cabe analizar la influencia de estas medidas en la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado (M)	DEFICIENTE	El factor de riesgo identificado no cumple con los requisitos esenciales que contempla el criterio de referencia utilizado. En nivel de riesgo que se observa establece la necesidad de adoptar las medidas propuestas indicadas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un período determinado. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.
Importante (I)	MUY DEFICIENTE	El factor de riesgo identificado no cumple con los requisitos esenciales que contempla el criterio de referencia utilizado. El nivel de riesgo que se observa establece la necesidad de adoptar las medidas propuestas indicadas con la máxima prioridad. No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Intolerable (IN)	MUY DEFICIENTE	De preverse consecuencias extremadamente dañinas hasta la implantación de las medidas propuestas se deberá establecer un plan de control acorde con lo indicado en el Art. 21 de la LPRL Si no es posible reducir el riesgo, debe prohibirse el trabajo

Las medidas preventivas deben consignarse con una prioridad para que el empresario sepa por cuales empezar, estas prioridades están basadas en el valor que le hemos dado al riesgo

PRIORIDAD	VALOR DEL RIESGO
MUY ALTA	MUY DEFICIENTE
ALTA	MUY DEFICIENTE Y DEFICIENTE
MEDIA	DEFICIENTE Y ACEPTABLES
BAJA	ACEPTABLES

La planificación preventiva debe contener:

- Identificación de la acción a desarrollar.
- Número de trabajadores afectados.
- Prioridad de medida correctora.
- Fecha prevista de finalización.
- Valoración económica.
- Responsable.

La acción preventiva supone, que una vez establecidas las medidas y el plan de actuación se debe comprobar la eficacia de las medidas tomadas.

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## ESTRATEGIAS DE DISEÑO DE PLANES DE ESTUDIO

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## Marco legal

- Estatal
  - L.O. 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, modificada por L.O. 4/2007, de 12 de abril.
  - R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
- Autonómico
  - Líneas generales para la implantación de estudios de Grado y Posgrado en el marco del EEES (*aprobado en Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura en sesión de 7 de marzo de 2008*).
- Universitario
  - Directrices para el diseño de titulaciones de la UEx en el marco del EEES (*aprobado en Consejo de Gobierno de 31 de marzo de 2008*).

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## Perfil del Egresado

- Organización del Programa Formativo desde el punto de vista del estudiante.
- Se tiene que enseñar lo que el alumno necesita aprender.
- Han de establecerse precisos perfiles de egreso que garanticen una eficaz incorporación al mercado de trabajo:
  - Qué debe saber el futuro titulado.
  - Qué debe saber hacer.
  - Cómo debe saber hacerlo.
- Objetivo: adquisición de COMPETENCIAS por parte de los estudiantes.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## Competencias

- **Competencia:** "Capacidad o habilidad para comprender y utilizar el conocimiento en diversos contextos de actuación". (J. Prieto, 2002)
- **Competencias transversales:** conjunto de competencias comunes a todas las titulaciones.
- **Competencias específicas:** conjunto de competencias relacionadas con el conocimiento concreto de un área temática y rama de conocimiento.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## Jerarquía de Competencias

- Competencias transversales: establecidas por la universidad.
- Competencias generales del título: establecidas en los RD de Directrices Generales Propias.
- Competencias específicas del título: propuestas por el Centro.
- Competencias específicas de módulo: propuestas para cada uno de los módulos correspondientes. Relacionadas con las competencias del título.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OPORTUNIDAD DE CONFERENCIAS DE PROFESORES

## Competencias transversales

- Todas las titulaciones de la UEx, al menos asegurarán:
  - El dominio de las TIC por parte de los estudiantes.
  - El desarrollo del perfil para el ejercicio profesional al que da acceso la titulación.
  - El dominio mínimo de un idioma extranjero, preferentemente el inglés.
  - Las marcadas por el art. 3.5 del R.D. 1393/2007.
- El Plan de Estudios debe indicar cómo se va a evaluar y a acreditar la obtención de estas competencias.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Competencias específicas

- Directrices específicas de profesiones reguladas.
- Consultas a colectivos o entidades no universitarias que tengan relación con la titulación: colegios profesionales, empresas, etc.
- Documentos elaborados por entidades españolas, europeas o internacionales: Libros blancos, ANECA, QAA, EUA...

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Módulo I

- Unidad académica que incluye una o varias materias creando con ello una *unidad organizativa* dentro de un plan de estudios.
- Será la unidad básica de programación de los Planes de Estudios para el programa VERIFICA.
- Pueden crearse atendiendo a criterios temporales, disciplinares o según el tipo de materias que lo integran (teóricas, metodológicas, profesionales...):
  - Respetar módulos de directrices.
- Favorecen la coordinación del estudio de títulos diferentes.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Módulo II

- Se diseñarán especificando:
  - Denominación.
  - Competencias que se adquieren con dicho módulo.
  - Breve descripción de sus contenidos.
  - Articulación en materias y asignaturas (por materias).
  - Actividades formativas, metodología y su relación con las competencias del título.
  - Sistema de evaluación y calificaciones.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Materia

- Agrupación de una o varias asignaturas unidas entre sí por coherencia disciplinar.
- Comprende asignaturas directamente implicadas en la consecución de competencias similares.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Asignatura

- Unidad disciplinar y de organización académica básica.
- Articulan el contenido y las actividades necesarias para alcanzar las competencias de una materia.
- Su planificación y secuencia temporal deben permitir la coordinación entre materias y módulos, y la adecuación del trabajo real del estudiante al tiempo previsto en los créditos.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS DE BACHILLERATO

## Tipos de asignatura

- De Formación Básica (sólo en el caso de los títulos de grado).
- Obligatorias.
- Optativas.
- Prácticas externas (optativas u obligatorias).
- Trabajos fin de titulación.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Excepciones a las Directrices

- De manera general, cuando haya una normativa de verificación específica establecida por el Consejo de Universidades para títulos que habiliten el ejercicio de profesiones reguladas, tendrá prioridad esta normativa sobre las Directrices.
- De manera específica:
  - En convenios con otras universidades podrá proponerse la flexibilidad de aquellos aspectos que impidan el convenio.
  - Ante regulaciones profesionales o académicas establecidas para favorecer el ejercicio profesional podrá proponerse la flexibilidad.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Asignaturas de Formación Básica

- Base para adquirir los conocimientos y metodologías necesarios para continuar con éxito los estudios en cursos sucesivos.
- 60 créditos en el primer curso que constituyen el módulo de formación básica.
  - 36 créditos de la rama de conocimiento.
    - Iguales en el mismo centro.
  - 24 créditos preferentemente de la rama de conocimiento del título.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Ordenación académica del Módulo de Formación Básica

- Cada Centro aprobará en Junta de Centro una oferta de 9 asignaturas iguales para cada rama de conocimiento.
  - Asegurará que pertenecen, al menos, a 4 materias distintas del Anexo II del R.D. 1393/2007.
- Cada título de la rama elegirá 6 de las 9 asignaturas aprobadas.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Asignaturas Obligatorias

- Han de orientarse a la consecución de las competencias propias del título.
- Títulos de grado:
  - Al menos 120 créditos (sin contar los 60 créditos de formación básica).
  - Estructura piramidal: Mayor presencia en segundo curso que en tercero y cuarto.
- Títulos de Máster:
  - Al menos el 50 % del título.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Asignaturas Optativas I

- Deben servir para lograr una intensificación en ciertos perfiles de la titulación.
- Títulos de grado:
  - Un estudiante puede cursar un máximo de 30 créditos.
  - Sólo a partir del tercer curso.
  - Pueden agruparse en itinerarios de intensificación de 18 créditos, que podrán dar lugar a títulos propios de la UEX.
- Títulos de Máster:
  - Un estudiante puede cursar un máximo del 20% de los créditos.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

OFICINA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

## Asignaturas Optativas II

- Serán de obligada oferta anual, por lo que la presencia máxima de optativas en una titulación será del doble de créditos que deba realizar el estudiante.
- Podrán cursarse como optativas asignaturas obligatorias de otras titulaciones.
- Podrán computarse 30 créditos de optativas comunes para alcanzar los 120 créditos de los programas formativos conjuntos.
- Se podrán reconocer hasta 6 créditos por la participación en actividades universitarias culturales, deportivas, de representación estudiantil, solidarias y de cooperación.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Prácticas Externas

- Orientadas a la formación profesional del estudiante.
- Sólo se incluirán en aquellos títulos cuyo perfil profesional lo exija.
- Extensión entre 6 y 18 créditos.
- Podrán ser obligatorias u optativas.
- Se recomienda agrupación en un módulo junto al trabajo fin de titulación en el último semestre del plan de estudios.
- En el caso de Másteres de orientación profesional serán obligatorias según ANECA.

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Trabajo fin de titulación

- Defensa pública de un trabajo escrito, dirigido por un profesor y presentado ante un tribunal de tres miembros (no director).
- Extensión: 12 o 6 créditos.
- Títulos de grado:
  - Será la última asignatura cursada por el estudiante, una vez superados íntegramente los tres primeros cursos.
- Títulos de máster:
  - Podrán matricularse desde el inicio.
- Ha de determinarse el tipo de trabajo, el sistema de elección del tribunal, de elección del director y de elección de tema en el Plan de Estudios.

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Distribución de las asignaturas

	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO
Asignaturas de formación básica	60 créditos			
Asignaturas obligatorias		60 créditos	Un mínimo de 60 créditos más los créditos de 3º y 4º no cubiertos con asignaturas optativas, prácticas externas o trabajo fin de Grado	
Asignaturas optativas			Hasta 30 créditos de los que 6 créditos son reconocibles por actividades universitarias	
Prácticas externas				Hasta 18 créditos
Trabajo fin de Grado				De 6 a 12 créditos

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Programas Formativos

- Tipos
  - Programa formativo único.
  - Programa formativo coordinado.
    - De 60 a 120 créditos comunes.
  - Programa formativo conjunto.
    - De 120 créditos comunes en adelante.

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Programa formativo único

- Organización aislada de un título sin relación estructural con otros.

```

    graph TD
      A[Primero] --- B[Segundo]
      B --- C[Tercero]
      C --- D[Cuarto (GRADO I)]
  
```

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

## Programa formativo coordinado

```

    graph TD
      A[Primero] --- B[Segundo (30 créditos)]
      B --- C1[Segundo (GRADO I) (30 créditos)]
      B --- C2[Segundo (GRADO II) (30 créditos)]
      C1 --- D1[Tercero (GRADOS I)]
      C2 --- D2[Tercero (GRADOS II)]
      D1 --- E1[Cuarto (GRADO I)]
      D2 --- E2[Cuarto (GRADO II)]
  
```

VICERECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo coordinado**

- Organización de diversos títulos con un conjunto de créditos comunes a todos ellos.
- Créditos comunes: entre 60 y 120, preferentemente en los dos primeros cursos.
- La entrada de cada título se computa de forma independiente.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo conjunto**  
**Grado**

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo conjunto**  
**Máster**

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo conjunto**

- Grado: 120 créditos comunes, preferentemente en 1º y 2º.
  - 120 créditos comunes obligatorios.
  - 90 créditos obligatorios + 30 créditos de optativas comunes.
- Máster: 50% créditos comunes.
- Entrada de suma común para cada una de las titulaciones.
- Matrícula y salida diferente para cada titulación.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo conjunto**

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

**Programa formativo conjunto**

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Programa formativo conjunto

**OPTATIVAS ESPECÍFICAS**

1 2 3 4 5  
(30 créditos) GRADO A

**OPTATIVAS ESPECÍFICAS**

I II III IV V  
(30 créditos) GRADO B

**OPTATIVAS COMUNES**

6 7 8 9 10  
(30 créditos)

El estudiante elige las 5 optativas que quiera entre las 5 específicas de su Grado y las 5 comunes.



Memoria para la solicitud de títulos oficiales

- RD 1393/2007. Anexo I.
- Proyecto que deben presentar las universidades para la solicitud de títulos oficiales.
- La ANECA establece los protocolos de verificación y acreditación necesarios.
- Evaluación cada 6 años desde la fecha de su registro en el RUCT, para mantener su acreditación.



Memoria para la solicitud de títulos oficiales

- 1. Descripción del título:** denominación, rama a la que se adscribe, universidad y centros solicitantes, créditos, plazas de nuevo ingreso...
- 2. Justificación:** relevancia del título conforme a las experiencias formativas o investigadoras, adecuación al ámbito académico referido y consonancia con estudios similares.



Memoria para la solicitud de títulos oficiales

- 3. Objetivos y competencias:** que debe adquirir el estudiante al finalizar sus estudios.
- 4. Acceso y admisión:** requisitos de acceso, sistemas de información, procedimientos de acogida y orientación, pruebas de acceso y reconocimiento y transferencia de créditos.



Memoria para la solicitud de títulos oficiales

- 5. Planificación de las enseñanzas:** diseño del plan de estudios, estructura, contenidos, actividades formativas, sistemas de evaluación, requisitos previos, planificación y secuenciación temporal de los módulos y materias...
- 6. Personal académico:** disponible y necesario para poner en marcha la titulación.



Memoria para la solicitud de títulos oficiales

- 7. Recursos materiales y servicios:** para poner en marcha la titulación, y en caso de que no se dispongan, indicar la previsión para su adquisición.
- 8. Resultados previstos:** indicadores relacionados con los resultados previstos y el procedimiento general de la universidad para valorar el progreso y los resultados de aprendizaje de los estudiantes.



Universidad de Extremadura

## Memoria para la solicitud de títulos oficiales

9. **Sistema garantía de calidad:** responsables, procedimientos para la evaluación y mejora del título, mecanismos para publicar la información del plan de estudios y criterios para suspender el título.

10. **Calendario de implantación:** cronograma de implantación del título y adaptación de los estudiantes al nuevo plan de estudios.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA

Universidad de Extremadura

## Documentos exigidos por la UEx

11. **Memoria económica de los medios personales y materiales de la titulación (sólo para títulos de nueva creación), señalando:**

- Recursos materiales e instalaciones.
- Ingresos de financiación.
- Gastos previstos:
  - Gastos de inicio.
  - Gastos corrientes de funcionamiento.
- **Anexo:** Fichas de programación de asignaturas.

VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN ACADÉMICA