

EL RD 843/2011 ¿NUEVA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD...?

CARLES SALAS OLLÉ

csalas@tugsal.es

TRANSPORTES URBANOS Y SERVICIOS GENERALES, S.A.L. (TUGSAL)

TRAS BASTANTE TIEMPO ESPERANDO LA NORMATIVA REGULADORA SOBRE LA GESTIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD, POR FIN DISPONEMOS DE ELLA Y, COMO ES BASTANTE FRECUENTE EN ESTOS CASOS, ESTE REAL DECRETO ES SUSCEPTIBLE DE DIFERENTES INTERPRETACIONES QUE EN ESTE ARTÍCULO INTENTAMOS ABORDAR.

ANTECEDENTES

La publicación del RD 843/2011 responde a la necesidad de determinar con carácter básico las garantías mínimas de seguridad y salud que deben exigirse (por parte de las comunidades autónomas) para la apertura de centros o servicios sanitarios; asimismo, la ley 31/1995 establece en el artículo 31.5 que la administración laboral acreditará, previa aprobación de la administración sanitaria, a las entidades especializadas para poder actuar como servicios de prevención en los aspectos de carácter sanitario. También respon-

de como eje principal a lo especificado en la disposición final primera del RD 337/2010 (modificación del Reglamento de los Servicios de Prevención), donde se concedía un plazo de 4 meses (desde marzo 2010) para publicar un real decreto que contuviera el marco jurídico del Acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Hay que decir que en el RD 39/1997 (Reglamento de los Servicios de Prevención), en la disposición adicional octava se decía acerca de los criterios de acreditación y autorización que *“La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo conocerá los criterios adoptados por las Administraciones laboral y sanitaria en relación con la acreditación de las entidades especializadas para poder actuar como servicios de prevención y...”, “... con el fin de poder informar y formular propuestas dirigidas a una adecuada coordinación entre las Administraciones.”*; redactado que invitaba a esperar que se produjesen nuevas disposiciones para especificar estos criterios, de manera que se publicó el Acuerdo de criterios básicos aprobado en febrero de 1998, actualizado en varias ocasiones, la primera en abril de 2000, y la última (3ª edición) en el año 2007.

En junio de 2010 se disponía ya de un borrador del RD, bastante similar al definitivo, aunque con algunas diferencias remarcables en desarrollos





puntuales. Sin embargo, hasta junio de 2011 no se publicó.

Tal publicación canaliza de forma definitiva los requisitos que deben exigirse a los servicios de prevención para el desarrollo de su actividad sanitaria, no pudiendo eludirse las cuestiones que el RD especifica, como hasta este momento podía ocurrir (y ocurría) a juicio de algunos, aludiendo a que los criterios del Acuerdo no eran exigibles, y que se estaba a la espera de legislación al respecto; aunque también deja algunas cuestiones sin resolver o con indefiniciones e incluso lagunas en su aplicación, como comentaremos en el presente artículo.

COMENTARIOS

Parece no haber grandes diferencias entre lo que se había publicado a través del Acuerdo, lo que aparece en el borrador, y el texto de la normativa, de manera que la autorización sanitaria, actividades sanitarias de los SP o recursos materiales requeridos son prácticamente los especificados en su día en los años 1998-2000-2007. Sí, evidentemente, se constata que ahora son exigibles legalmente sin ningún tipo de discusión.

Sin embargo, en lo referente a recursos humanos destacan importantes cambios.

Al abordar el contenido del RD se observa que plasma en su contenido aspectos concretos de la gestión habitual de la actividad sanitaria, que hacen referencia a problemáticas recogidas a lo largo de los años. Por lo tanto, parece que pretende ser una herramienta que facilite tal gestión.

Por ejemplo, hace mención acerca de la posibilidad de realizar programas preventivos no relacionados directamente con

riesgos laborales si han sido acordados en la negociación colectiva, pero sin que la dedicación temporal a tales programas se compute como tiempo dedicado al desarrollo de la especialidad.

También se aprecia un articulado referente a la subcontratación de actividades por parte de los SPP y de acuerdos de colaboración entre SPA. Es importante reseñar que estos artículos (que van del nº 6 al nº 10) no aparecían en el borrador, el cual integraba en el artº 3 aptdo. 4 lo que ya mencionaba el Acuerdo de criterios básicos, que establecía la posibilidad de subcontratación siempre que no se tratase de actividad sanitaria básica (p. ej. los reconocimientos médicos), pero refiriendo a una ulterior normativa que en los artículos mencionados ya ha sido definida. El RD deja claro que, con motivos de dispersión geográfica o lejanía de centros de trabajo, se pueden subcontratar estas actividades siempre y cuando el programa de vigilancia sanitaria sea competencia del servicio de prevención titular de la empresa. Además, ofrece mecanismos de control de las ratios de recursos humanos en el caso de tales subcontrataciones, y, finalmente, remite a la LOPD de cara a la protección de datos de carácter personal en estos casos.

Muy importante resulta el artº 11 que hace referencia al seguimiento, control y calidad de las actuaciones, ya que obvia en todo momento la palabra "auditoría" (aspecto que el Acuerdo incluye y concreta) empleando la de "evaluación" y bajo un contexto escrito que indica que la misma corresponde a la autoridad sanitaria, tal redactado ya aparecía en el borrador. Es también reseñable la mención hacia la mejora periódica de la capacitación profesional incluida en el mismo artº.

Asimismo, se concreta que el servicio sanitario del SP debe contar con un director técnico que sea especialista en Medicina



del Trabajo, dejando aparte de esta dirección a los médicos diplomados en medicina de empresa, los cuales quedan integrados en la categoría de personal sanitario al igual que otros médicos del trabajo que no sean directores técnicos. Para los enfermeros del trabajo o diplomados en enfermería de empresa no se destacan apreciaciones distintas a las ya existentes, y para el resto de personal sanitario no especialista tampoco.

La definición de UBS (Unidad Básica de Salud) no ofrece cambios con la que ya existía, pero sí en lo referente a la asignación de trabajadores para cada UBS, que hasta la aparición del RD era de 1000 trabajadores por cada UBS, y el RD cifra en 2000 por UBS. Además para nº de trabajadores inferior a 2000 se aceptan horarios que oscilen entre media y una jornada laboral de la UBS (lo mismo se indicaba en el Acuerdo).

Este es quizás uno de los puntos más discutibles de la ley.

A partir de 2000 trabajadores, se aplica una ratio de horas/trabajador/año que no diferencia entre empresas con más riesgos (actividades descritas en el anexo I del RSP) y empresas con menos (no relacionadas dicho anexo), como sí lo hacía el Acuerdo. Este es otro aspecto discutible, en el cual la ley dispone de ratios que van desde 34 a 48 minutos/trabajadores/año unificados escalonando en función del nº de trabajadores de la empresa, y que se sitúan entre las cifras del Acuerdo para empresas anexo I (68 min./trab./año) y empresas no anexo I (34 min./trab./año), pero por debajo de ellas en términos generales. Sí es necesario mencionar que en el Acuerdo se permitía que hubiera un aumento del nº de trabajadores por encima de la ratio marcada para una UBS, dado que no se debía aplicar el aumento si tal aumento no implicaba un mínimo de un tercio de la jornada, mientras que en el RD la aplicación de la ratio es directa.

Otro aspecto novedoso y que no aparecía en el Acuerdo, es la corrección al alza del número horas/trabajador/año si el SP atiende empresas de diferentes sectores y con estructuras diversas, refiriéndose pues a los SPA o a los mancomunados.

CONCLUSIONES

Parece claro que este RD tiene como objetivos el asegurar, mejorar y homogeneizar la calidad de la actividad sanitaria en las empresas independientemente de su ubicación geográfica.

Ello no se puede conseguir sin corregir prácticas incorrectas, sin realizar actividades de promoción de la salud y vigilancia epidemiológica o sin desarrollar programas de formación, información e investigación en las UBS, entre otras cosas.

Pero... ¿Realmente esta normativa servirá para ello teniendo en cuenta que, por ejemplo, las UBS pasan de la ratio de hasta 1000 trabajadores a 2000?

Por otro lado, se define la figura de director técnico del servicio sanitario del servicio de prevención y éste debe ser especialista en medicina del trabajo. Por lo tanto los médicos diplomados en medicina de empresa no pueden ostentar este cargo, marcándose una clara diferencia. ¿Habrá suficientes especialistas en medicina del trabajo para todos los servicios de prevención, o los servicios de prevención optarán por no desarrollar la disciplina de vigilancia de la salud sobredimensionándose los que sí la desarrollen? ¿Este cargo ayudará a desarrollar las actividades de vigilancia de la salud con mayor eficiencia?

El RD sí parece cumplir algunos objetivos al abordar problemas como los de la dispersión geográfica o lejanía de centros de trabajo dependientes de una UBS, dando pautas de gestión para tales situaciones.

Otro asunto interesante: al desaparecer la palabra "auditoría" del texto ¿La evaluación de la eficacia y eficiencia de las UBS tiene otras connotaciones?

En definitiva nos encontramos ante una nueva normativa que ya está en vigor, aunque en la aplicación de los

requerimientos de recursos humanos y materiales se concede un plazo de 6 meses para su adaptación en aquellos servicios que ya estuvieran en funcionamiento. Además, el RD prevé que el nº de especialistas no sea suficiente, para lo que amplía hasta final del año 2014 los requerimientos en recursos humanos establecidos dejándolo en manos de la autoridad sanitaria autonómica.

¿A principios de 2015 habrá suficientes UBS para dar servicio a los trabajadores de nuestras empresas de forma efectiva? ¿Cómo actuará cada una de las comunidades autónomas?

Finalmente, ante este escenario que deja dudas a resolver en el futuro pero también ofrece previsiones razonables del mismo, ¿Habrá instituciones, administraciones o colectivos que impugnen la normativa o parte de ella? ...

Que la vigilancia de la salud de nuestros trabajadores debe mejorarse y homogeneizarse parece muy obvio, así como que las "indefiniciones" originadas por las diferentes normativas (p. ej. ley 31/95 artº 22) no ayudan a trabajar en pro de esta tarea. Sería hora de que todos aquellos que somos vigilantes de la salud de los trabajadores (personal sanitario y no sanitario de disciplinas complementarias y entorno laboral en general) actuáramos de forma contundente y coherente, para resolver situaciones que se eternizan e impiden el trabajo de aquellos que desean actuar con ilusión y pragmatismo, así como de aquellos que aun habiendo perdido tales facultades atrapados en las telarañas de estas "indefiniciones", están deseando desarrollar su trabajo en favor de una prevención de riesgos laborales mejor y, por qué no decirlo, más digna.