

La Medicina del Trabajo en la España del siglo XXI ¿Cambiar para progresar?

María Castellano Arroyo

INTRODUCCIÓN

La historia de la Medicina del Trabajo en España es larga, sus avatares se han recogido en diversas publicaciones^{1, 2 y 3} y se analiza extensamente en este número monográfico.

Repasar la historia de algo o de alguien sirve para analizar los momentos cruciales o críticos de los que emergieron los cambios y conocer así, a posteriori, la efectividad de estos cambios o lo erróneo de los mismos.

Son frecuentes los eslogan como “cambiar para mejorar”, “cambiar para progresar”, pero tam-

bién hay dichos como “aquellas lluvias trajeron estos lodos”, circunstancia que habría que evitar en cualquier cambio.

En los últimos años se ha materializado en España un cambio substancial en la Salud Laboral y, consecuentemente, un cambio en la Medicina del Trabajo.

Como suele ser habitual el cambio vino de la mano de una reforma legislativa y normativa, derivada de la necesidad por parte de España de hacer suya la Directiva 89/391 de la CEE y del Convenio 155 de la OIT sobre Seguridad y Salud de los trabajadores y medio ambiente; todo ello dio lugar a la Ley

1 De Francisco López, Rafael. *Reflexiones alrededor de la construcción de la Medicina del Trabajo en España*.

2 Castellano Arroyo, M^a. Salud Laboral y Unión Europea. En *España y Europa, hacia un ideal sanitario común*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid 2002.

3 A. Canga. *La Medicina del Trabajo en el siglo XXI*. Discurso de ingreso como Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Oviedo, 2004.

31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales⁴ y al posterior Reglamento de los Servicios de Prevención⁵.

Esta normativa nació con vocación de disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y en general, de mejorar la salud de los trabajadores y de aumentar su bienestar psicofísico y social, haciendo del trabajo un instrumento de progreso individual y colectivo.

Sin embargo, el profesor Durán en Informe emitido, a solicitud del Presidente del Gobierno, en abril de 2001 sobre los efectos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, reconoció la persistencia, e incluso el aumento en algunos sectores, de la siniestralidad laboral, por lo que incluyó entre sus propuestas de mejora la referida al *campo de la formación en seguridad y educación para la salud*, la cual incluía: Formación adecuada de los Especialistas en Medicina del Trabajo, de los Técnicos en Prevención, de los Técnicos en Seguridad e Higiene Industrial. Junto a esto, proponía formación y educación de los trabajadores en seguridad y salud laboral transmitiéndoles una cultura de prevención a través de la información sobre los riesgos/beneficios de las acciones preventivas.

Ante una situación, en la que seis años después de la Ley la siniestralidad laboral continúa siendo una lacra para muchas familias, y desde luego social y económica, debemos,

hacernos respecto a la Medicina del Trabajo una serie de preguntas –¿era necesario este cambio? ¿en que se ha materializado dicho cambio? ¿son visibles ya las consecuencias de dicho cambio?– a las que daremos nuestra respuesta particular.

¿ERA NECESARIO ESTE CAMBIO?

El cambio ha afectado fundamentalmente a dos aspectos: a) la formación del especialista en Medicina del Trabajo y b) la forma en que éste se integra en la organización sanitaria laboral, a través de las Mutuas como entidades aseguradoras y en los Servicios de Prevención Ajenos, entidades que en su organización tradicional ya absorbían a los médicos del trabajo⁶, pero que con sus últimas transformaciones⁷ exigen profesionales capaces de desempeñar con competencia y eficacia la promoción de la salud, la prevención, la vigilancia de la salud, la asistencia sanitaria y la actividad pericial, sin olvidar conocimientos en gestión y cultivo de la investigación. Nuestra respuesta a la cuestión es, sin duda, afirmativa.

La especialidad de Medicina del Trabajo, reconocida desde 1955⁸, apareció en el Real Decreto regulador de las Especialidades Médicas de 1984 en el apartado 3 del Anexo (especialidades que no requieren formación

4 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

5 Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con las condiciones de acreditación de las Entidades especializadas como servicios de prevención ajenos a las Empresas, de autorización de las personas o Entidades especializadas que pretendan desarrollar la actividad de auditoría del sistema de prevención de las Empresas y de autorización de las Entidades públicas o privadas para desarrollar y certificar actividades formativas en materia de prevención de riesgos laborales.

6 Orden de 22 de abril de 1997 por la que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de las actividades de prevención de riesgos laborales.

7 Real Decreto 688/2005 de 10 de junio por el que se regula el funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como Servicios de Prevención Ajenos.

8 Ley de 20 de julio de 1955 por la que se reconoce la Especialidad Médica de Medicina del Trabajo.

hospitalaria)⁹ y ¹⁰. Aunque esto funcionó bien durante varios años, no podía seguir manteniéndose en el siglo XXI un sistema formativo diferente del seguido por el resto de las especialidades médicas, ni por su duración (tres años, frente a los 4 de las no quirúrgicas), ni por la metodología de armonización de los contenidos teórico/prácticos, ni menos aún, por la discriminación económica que suponía la falta de remuneración del trabajo realizado por el médico en fase de especialización.

Al futuro especialista en Medicina del Trabajo ya se le seleccionaba, desde 1989 a través del examen nacional para acceder a plazas especializadas (sistema MIR); por tanto, se sometía a la difícil prueba de selección, sin recibir después el mismo trato que el resto de los médicos residentes, al no incorporarse a la organización asistencial del sistema público de salud; estos médicos se formaban en las Escuelas Profesionales de Medicina del Trabajo, de vinculación exclusivamente universitaria, aunque desde éstas se promovieran contactos con las Mutuas y sus medios asistenciales.

La situación descrita se acompañaba de ausencia de remuneración económica para el médico por su trabajo formativo e, item más, del abono de una cantidad en concepto de matrícula a la Universidad a la que estuviera adscrita la Escuela Profesional de la Especialidad en la que eligiera plaza.

Por todo ello, los profesores que nos habíamos dedicado a la formación de especialistas en Medicina del Trabajo en las Escuelas de Granada, Madrid, Barcelona, Alicante y Zaragoza, a las que se incorporaron en el año

2004, las del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (Universidad de Alcalá de Henares) y la de Barcelona II vinculada a la Universidad Pompeu Fabra, insistíamos en la necesidad de la equiparación; idea que también apoyaron las Asociaciones Científicas de Especialistas, el Grupo de Trabajo sobre las competencias profesionales de los Médicos del Trabajo (patrocinado por Mutual Cyclops) y, de forma especial, la Comisión Nacional de la Especialidad.

A lo largo de varios años y, sobre todo, a partir del año 2000 los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo asumieron la necesidad del cambio y encargaron a la Comisión Nacional de la Especialidad la elaboración del nuevo programa formativo que debía incluir un sistema de formación práctica rotatorio por Centros de Salud, Servicios hospitalarios de especialidades emparentadas con la Medicina del Trabajo y por los servicios médicos acreditados de Mutuas y Servicios de Prevención. Junto a esta innovación, había que mantener el sistema de formación teórica, necesario en esta especialidad, ya que sus contenidos no forman parte de los programas de la licenciatura en Medicina que se imparten en la gran mayoría de las facultades españolas.

Esta tarea se ha realizado en el periodo transcurrido entre el año 2001 y 2003. El programa definitivo ha visto la luz oficial en mayo de 2005¹¹.

En cuanto a la nueva forma en que el médico del Trabajo se integra en la asistencia sanitaria laboral, confiamos en que también el tiempo pueda corroborar lo conveniente del cambio,

9 Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

10 Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 4 de junio de 1987 por la que se desarrolla lo establecido en el artículo 18 y disposición transitoria tercera del Real Decreto 127/1984 de 11 de enero.

11 Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo 1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba el programa formativo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.

aunque en esta primera etapa podamos observar algunas disfunciones o, encontremos nostálgicos de la figura del Médico de Empresa próximo al trabajador, aunque con formación menos específica y con menos recursos.

Ya hemos referido que ha sido en el mes de junio de 2005 cuando por un Decreto se ha vuelto a modificar la organización de las entidades que llevan sobre sus espaldas la salud laboral y la seguridad de los trabajadores; de esta forma, en las Mutuas se ha separado la función aseguradora de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, de la función de vigilancia de la salud que realizaban como Servicios de Prevención propios, pasando a ser de carácter ajeno. Estas nuevas normas están todavía generando cambios organizativos en estas entidades. Por tanto, la integración del médico que se está especializando en Medicina del Trabajo, así como la del ya especialista en estas entidades mantiene en el momento actual algunas incógnitas que esperamos se vayan resolviendo de forma favorable.

¿EN QUE SE HA MATERIALIZADO DICHO CAMBIO?

En lo que se refiere al cambio en la formación de los especialistas, la Comisión Nacional de la Especialidad, ha elaborado un Programa que contempla:

1. Una completa formación teórica, apoyada sobre los conocimientos médicos que ya poseen los licenciados, a los que se agregan los contenidos propios de la Medicina del Trabajo. Esta se concreta en un Programa que se imparte en el Centro Formativo (antiguas Escuelas Profesionales), al que se ha denominado “*Curso Superior de Medicina del Trabajo*”. Está compuesto por 80 créditos teóricos que se pueden complementar con seminarios específicos o actividades

similares (búsqueda de bibliografía, exposición por parte de los alumnos, etc.). El programa consta de Formación básica (130 h), Área Clínica (300 h), Área de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud en el Trabajo (75 h), Área Pericial (75 h), Área de Prevención de Riesgos laborales (150 h), Área de Derecho Sanitario, Bioética y Deontología (20 h) y Área de Gestión, Organización y Conocimientos empresariales (50 h).

2. El Programa práctico incluye: Rotaciones por especialidades médicas (Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Neurología y Alergología), (5 meses); Rotaciones por especialidades quirúrgicas relacionadas con la Traumatología y Rehabilitación (Cirugía general y del aparato digestivo, Cirugía ortopédica y Traumatología y Medicina física y Rehabilitación), (6 meses); Rotaciones por especialidades médico-quirúrgicas (Dermatología médico-quirúrgica y Venereología, Oftalmología y Otorrinolaringología), (3 meses); Rotaciones por especialidades sanitarias específicamente relacionadas con la salud mental (Psiquiatría y Psicología médica), (2 meses); Rotaciones por Atención Primaria (Centros de Salud acreditados para la docencia en Medicina Familiar y Comunitaria) (3 meses); Rotación por Servicios de Medicina Preventiva Hospitalaria/ Servicios de Prevención de Riesgos Laborales Hospitalarios (1 mes); Rotación por Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (22 meses).
3. A lo largo de los cuatro años el especialista aprenderá el método científico, se iniciará en la tarea investigadora y se promoverá su participación en reuniones científicas y congresos con aportaciones personales o de grupo. Sus cuatro años de formación los culminará con un trabajo propio

dirigido desde la Unidad Docente por el tutor que se le asigne.

Este modelo de organización, coincide ya con las llamadas, para el resto de las especialidades médicas, *Unidades Docentes*, que son los centros acreditados para la docencia de la formación especializada, y dependientes de las Consejerías de Sanidad o Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Esto ha llevado a que al aplicarse, en el año 2005 este cambio, las siete Escuelas Profesionales de Medicina del Trabajo, antes mencionadas, se han transformado en Unidades Docentes, con esta dependencia de los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma y adscritas a la correspondiente Universidad; a éstas se ha agregado la de Valencia, estando otras en ciernes como son Baleares o Asturias. Los criterios para la acreditación de las Unidades Docentes pueden concretarse en: a) Convenio de Colaboración Docente suscrito por el Rector de la Universidad a la que se adscribe la Unidad, por el representante de la Consejería de Sanidad y por el representante de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), las tres partes comprometidas en la formación de estos especialistas. b) Cronograma de aplicación del Programa Oficial de la especialidad. c) Memoria de Recursos humanos, y materiales para cumplir con el Programa; esto incluye la relación de los profesores con los currícula correspondientes y materias a impartir, así como la relación de los centros asistenciales por los que pasará en médico residente, incluyendo los medios y dotación con que cuentan estos centros.

La Comisión Nacional de la Especialidad tiene la función de verificar el cumplimiento de los requisitos de acreditación y emitir Informe a los Ministerios que otorgan la acreditación.

Estas Unidades Docentes están obligadas a cumplir el Programa teórico/práctico, antes expuesto, de forma completa, aunque se ha

permitido que cada una de ellas ponga en práctica su propio esquema de funcionamiento. Por eso, en esta primera promoción de especialistas, la formación teórica se está dando conforme a dos modelos: a) Un periodo teórico inicial intensivo (de unos seis meses), a partir del cual el MIR sólo hará rotaciones asistenciales y b) Simultaneando, desde la incorporación del médico residente (a lo largo de uno o de los dos primeros años) las clases teóricas con las tareas asistenciales. El próximo mes de noviembre está prevista una reunión convocada por la Unidad Docente de Madrid I, adscrita al Instituto de Salud Carlos III, en la que todos los implicados en el proceso aportaremos las propias experiencias, con el fin de debatir y llegar al modelo que más favorezca la calidad de la formación de los especialistas

En algunos casos y para obtener rentabilidad de este *Curso Superior de Medicina del Trabajo*, se ha ofertado, también a otros profesionales ajenos a la especialidad, pero interesados en los contenidos de la Medicina del Trabajo; estos abonarían en concepto de matrícula una cantidad que facilitaría el coste del profesorado que imparte esta docencia.

A este respecto, nos parece importante señalar que no sería legal dar una enseñanza idéntica, coincidiendo en lugar y horario a dos tipos de alumnos, unos para los que no sólo sería gratuita, sino que cobraría por ello (los residentes de Medicina del Trabajo), y otros abonando su coste. Esto podría salvarse, si para el segundo tipo de alumnos, el Curso Superior de Medicina del Trabajo forma parte de contenidos más amplios bajo la modalidad de Master, Experto, o los futuros post-gradados, etc.

La segunda cuestión, mencionada, pero no abordada hasta ahora, viene marcada por el tema de la financiación de la formación de los especialistas en Medicina del Trabajo.

Ya hemos dicho que esta era una cuestión claramente diferenciadora respecto a los MIR del resto de las especialidades médicas, en cuyo caso la financiación procede del Sistema Público de Salud de la Autonomía en la que está ubicado el hospital en el que realizan la especialización y prestan sus servicios, por lo que, en definitiva, recibe el beneficio de su trabajo; de hecho sabemos que los médicos en formación (MIR) son mano de obra bastante económica para la sanidad pública.

Encontrar la fuente para obtener los recursos que permitan a los MIR de Medicina del Trabajo percibir un salario durante su periodo formativo no ha sido tarea fácil, y de hecho, podemos ya adelantar que el tema no está definitivamente resuelto de cara a futuras convocatorias.

Como solución inicial, esta financiación se ha derivado hacia las Mutuas y los Servicios de Prevención, aunque algunas CC.AA. (Madrid y Valencia) han asumido la financiación de algunas plazas.

En este primer año, cada Unidad Docente ha debido buscar de manera personal y directa la financiación para cada una de las plazas, de forma que sólo se ha convocado el número de plazas que las Mutuas y Servicios de Prevención estaban dispuestos a financiar en cada Unidad Docente.

Este procedimiento, ha venido a condicionar el número de plazas convocadas, que de forma concreta han sido: 8 en Alicante, 9 en Andalucía, 3 en Aragón, 5 en Barcelona-Universidad Central, 9 en Barcelona-Pompeu Fabra, 27 en Madrid-Instituto de Salud Carlos III (Unidad Docente Madrid-1), 6 en Madrid-U. Complutense (Unidad Docente Madrid-2) y 3 en Valencia.

Respecto a esto merece la pena hacer algunas consideraciones.

En el año 1999 la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) planteó a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia la necesidad urgente de Especialistas en Medicina del Trabajo. Esta solicitud era razonable y se derivaba de la obligación que imponía la Ley 31/2005 y el Reglamento de los Servicios de Prevención, sobre la obligatoriedad de la condición de médicos Especialistas para los profesionales que realizaran la vigilancia de la salud y funciones específicas de esta especialidad en las Mutuas; el requisito era imprescindible para la acreditación de los Servicios de Prevención. En aquel momento existían numerosos médicos que poseían el Diploma de Médico de Empresa, al haber realizado el curso correspondiente, de una duración aproximada de seis meses; pero éstos no eran asimilables directamente a los especialistas; al mismo tiempo, también existían numerosos médicos generales o con otras especialidades con funciones de médicos del trabajo, pero sin título de especialista.

La solución a la situación de estos profesionales, estaba prevista; en el caso de los Diplomados por un procedimiento prácticamente directo, y en el caso de los del segundo grupo, había una vía de acceso al título de especialista a través del Decreto denominado MESTOS (médicos ejerciendo una especialidad sin título oficial)¹², lo cual hacía prever en un tiempo breve un aumento en el número de especialistas cifrado en casi 3.000; aunque la realidad es que muchos de estos profesionales ya estaban ocupando un puesto de médico del Trabajo y desempeñando estas funciones.

En concordancia con esto, el número de especialistas parecía no ser suficiente, por lo que AMAT argumentó la urgencia de ampliar el

¹² Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre. Procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista.

número de plazas en la inmediata convocatoria MIR para cumplir la necesidad de especialistas impuesta por la Ley. Esto supuso para las cinco Escuelas Profesionales que entonces funcionaban en España el esfuerzo de pasar de 100 plazas a 300 en la convocatoria del año 1999 que se repartieron según los recursos disponibles como sigue: 80 en Alicante y Barcelona, 50 en Zaragoza y Granada y 40 en Madrid. Aunque AMAT se comprometió a apoyar económicamente el aumento de trabajo y la necesidad de profesorado que esto suponía para las Escuelas, la realidad es que se han formado cinco promociones de 300 especialistas, sin que esa ayuda se haya producido, desde aquí manifestamos el reconocimiento a este esfuerzo del que sólo se ha hecho eco en diversas ocasiones la Comisión Nacional de Medicina del Trabajo a través de su presidente.

Mientras tanto, a lo largo de los años 2002-2004, se ha llevado a cabo la regularización de los Médicos de Empresa y de los MESTOS. En el primer caso se ha tratado de una homologación directa, con el único requisito de estar en posesión del Diploma de Médico de Empresa y haber trabajado cinco años como tal. Por este procedimiento se ha otorgado una cifra estimada de 959 títulos de Especialista en Medicina del Trabajo. En el caso de los médicos que desempeñaban funciones de Médicos del Trabajo pero no poseían título de especialista han debido pasar el examen teórico/práctico correspondiente para obtener, por esta vía dicho título; el número de solicitudes se elevó a 2.746, aunque aproximadamente un 5% quedaron excluidos al no aportar la documentación solicitada, obteniendo el título la gran mayoría. Este ha sido el proceso general aplicado en España para regularizar, la situación del importante colectivo de médicos que ocupaba, desde antiguo, plazas de especialistas sin poseer el título correspondiente.

En Medicina del Trabajo los mencionados procesos de regularización han venido a aumentar el número de especialistas, como se ha dicho en casi 3.000. No obstante, y teniendo en cuenta las jubilaciones y la progresiva implantación de las exigencias de la Ley 31/1995 y del Reglamento de los Servicios de Prevención, la necesidad de especialistas en Medicina del Trabajo sigue siendo evidente, por lo que el cambio del plan de formación que venimos comentando, lejos de resolver este problema, lo ha acrecentado.

Esto es así, porque este cambio de plan, ha llevado a pasar de las 300 plazas MIR que se convocaron en el año 2004, a una drástica reducción a 70 plazas en esta primera promoción, como hemos expuesto anteriormente. El motivo, también se ha comentado, el hecho de tener cada Unidad Docente que buscar la financiación de cada plaza de especialista por parte de una Mutua o un Servicio de Prevención, y el alto coste que esta formación supone para esa entidad.

En el momento actual, con respecto a la convocatoria ya publicada en BOE para el próximo 2006, nos encontramos con que aparece Medicina del Trabajo sin que figure el número de plazas que en su día se ofrecerán a los aspirantes a especialistas; esto se corresponde con la mencionada incertidumbre sobre la financiación, ya que se concretarán las plazas cuando se conozca la financiación conseguida, y todo ello, a través de los mencionados contactos directos de las Unidades Docentes con las Mutuas y los Servicios de Prevención que estén dispuestos a invertir en formación de especialistas, con la esperanza de que después de finalizar la especialidad, estos profesionales se queden trabajando en la entidad que generosamente ha hecho posible su especialización. Esta circunstancia, lógicamente no está garantizada, ya que el especialista, en uso de su libertad, optará en su día por la

oferta que más le convenga personal y profesionalmente.

Acorde con esto, la entidad financiadora pretende legítimamente obtener parte del rendimiento laboral del futuro especialista, mientras lo está financiando, pero también, poniéndonos en su lugar comprendemos que se pregunten: ¿por qué no participar en su formación y favorecer una vinculación afectiva, de forma que cuando finalice su especialidad, se muestre proclive a vincularse laboralmente a la Mutua o el Servicio de Prevención que ha participado en la financiación de su periodo formativo?. No olvidemos que, en el momento actual, hay déficit de médicos especialistas en Medicina del Trabajo, por lo que, con absoluto respeto a la libertad individual de elegir la empresa o el lugar en el que trabajar, parece razonable favorecer el compromiso ético de la fidelidad a quién puso el dinero para que durante cuatro años se realizaran actividades formativas especializadas, no siempre rentables para la entidad.

Por todo lo expuesto, podemos comprender que desde nuestro punto de vista, la auténtica equiparación de esta especialidad médica a las demás, debía incluir idéntica financiación. Se argumenta, por parte de las Consejerías de Salud y los correspondientes Servicios de Salud que se trata de unos especialistas que después de finalizar su formación, no desarrollan su trabajo asistencial en los Hospitales públicos. A esto objetamos que la Medicina del Trabajo es una especialidad de eminente trascendencia y beneficio social, además de que las Mutuas son entidades de amplia participación pública a través del Ministerio de Trabajo. Por otra parte, son varias las especialidades médicas cuyos servicios se canalizan fundamentalmente a la medicina privada, como sucede con la Cirugía plástica y reparadora y, sin embargo, su formación es de financiación pública.

Continuando con el aspecto formativo, que hay que personalizar en cada residente dependiendo de la entidad que lo financie, de su lugar geográfico de formación, los centros, los servicios, etc., puede intuirse, que la organización del tema es compleja. Es preciso atender a todos los intereses y conciliarlos, teniendo en cuenta que lo fundamental es que se respete escrupulosamente un adecuado nivel de exigencia de calidad en la formación del especialista respetando el cumplimiento completo del programa teórico-práctico, lo que conlleva seleccionar los centros y los servicios por los que rota, entendiendo que, en igualdad de condiciones, entre dos Servicios uno público y otro de una Mutua, si es ésta la que financia, la rotación debería hacerse en su centro.

Este conflicto de intereses entre las Mutuas/ Servicios de Prevención financiadores y la Consejería de Sanidad (Servicio de Salud), acerca del lugar por el que debe rotar el residente puede producirse en las CC.AA. que no han asumido financiación de plazas MIR, por lo que, reforzando la opinión ya expuesta resumiríamos:

1. La entidad financiadora (Mutua, Servicio de Prevención, Servicio de Salud autonómico...) por el desembolso que realiza, debe obtener beneficio a través del trabajo que el residente realice en su propia organización asistencial.
2. El requisito sería que el centro y el Servicio por el que rote el MIR goce de la calidad, prestigio y volumen asistencial suficientes que permita asegurar y cumplir el compromiso contraído respecto a la bondad de su formación especializada.
3. La participación de los Servicios de Salud autonómicos, en la formación especializada de los médicos del trabajo, aunque no presten financiación específica, siempre estaría garantizada a través de guardias hospitalarias y la rotación por los Centros

de Salud y por los Servicios que no existan en los hospitales y centros de las Mutuas y los Servicios de Prevención.

4. En la medida en que sea posible, el residente desempeñará su periodo formativo en el lugar y mediante las tareas más directamente relacionadas con la Medicina del Trabajo, lo que va ligado a centros y servicios específicamente dedicados a la salud laboral, a la atención del accidente de trabajo, a la prevención de las enfermedades profesionales y a la detección de los riesgos para la salud del trabajador y a su prevención.

El tema de la organización de la formación del médico especialista, que en nuestra especialidad resulta tan complejo, está resuelto en el resto de las especialidades médicas ya que la adscripción la hace el futuro especialista a un Servicio de un determinado hospital, y en éste permanecerá todo su periodo formativo, aunque realice guardias en Urgencias o participe en interconsultas, etc., esto lo hace conforme al programa formativo que ese determinado Servicio y Hospital tienen previsto para sus MIR.

La Medicina Familiar y Comunitaria y la Medicina Preventiva son las más parecidas a la Medicina del Trabajo, ya que su rotación es también muy extensa y variada y, en el caso de la Medicina Preventiva, también realizan un periodo de formación teórica en Salud Pública. Sin embargo, tienen resuelta la financiación ya que el Sistema Público de Salud no pone en cuestión que el trabajo de estos profesionales se dirige a la sanidad pública y las rotaciones en Centros de Salud y hospitalarias las realizan, a lo largo de su formación, en centros públicos.

En el caso de la Medicina del Trabajo, coordinar una buena formación, garantizada por un cumplimiento completo y adecuado del programa es bastante complejo como ya se ha dicho. No obstante, los que nos dedicamos a

este campo, hemos optado por el cambio, y lo aceptamos con sus ventajas e inconvenientes, en la certeza de que el cambio era necesario y de que progresivamente nos adaptaremos a una situación estable, sólida y científicamente más acorde con la categoría y el prestigio que la Medicina del Trabajo merece.

Por ello, y a modo de conclusión, respecto a esta cuestión, consideramos que en el momento actual es imprescindible que se promueva un acuerdo entre los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Educación y Ciencia (Subdirecciones de Formación de Ciencias de la Salud), el de Trabajo, AMAT y Servicios de Prevención, de forma que se tomen acuerdos sobre:

- Número de plazas necesarias de Especialistas en Medicina del Trabajo
- Modelo de financiación que sea estable, con sentido de permanencia y continuidad para las convocatorias venideras.
- Financiación suficiente para todas las plazas que se consideren necesarias.
- Compromiso de calidad de formación garantizado por las Unidades Docentes

Esto necesita:

- Contraprestaciones para las entidades financiadoras (que los médicos que se forman en ellas, sean considerados como especialistas a los efectos de validez de firma de los exámenes médicos, etc., modificación en las distribuciones territoriales, acorde con la rapidez que hoy tiene la movilidad de un profesional a la hora de atender desplazamientos, ratio trabajadores/especialistas, etc.); cuestiones que se negocian entre Mutuas, Servicios de Prevención y Ministerio de Trabajo.
- También será preciso que se establezca un control de calidad en la formación de los especialistas, función que corresponde a la Comisión Nacional de la Especialidad. Es imprescindible que se cuide y homologue la formación que se imparte en las diferen-

tes Unidades Docentes, el programa teórico debe ser el mismo y también deben ser idénticos los periodos de rotación, los Servicios/Centros por los que rote el residente, con la unanimidad de fondo sobre las habilidades y capacidades que debe adquirir en cada una de las parcelas médicas a las que dedique su tiempo de formación.

¿SON VISIBLES YA LAS CONSECUENCIAS DE DICHO CAMBIO?

En el momento actual el interés general por la Medicina del Trabajo ha crecido de forma evidente, ha pasado de ser una actividad cuya existencia se conocía, pero discurría sin estridencias, y venía a complementar la asistencia sanitaria general. El médico de Empresa venía a ser un médico de cabecera en el lugar del trabajo, éste seguía la salud general del trabajador, conocía sus incidencias sociales y familiares e intervenía en una promoción general de la salud, aunque en relación, siempre con el trabajo que desarrollara la persona. En las empresas grandes estaba, a diario, en el servicio médico de la empresa, fácil a la consulta y a la petición de consejo. En empresas más pequeñas y de riesgos menores, aunque el contacto no fuera diario, al médico de empresa se le sentía próximo y de fácil acceso. Podemos decir que era una Medicina del Trabajo más próxima, aunque con menos medios y seguramente, de menor calidad científica y falta de coordinación interdisciplinar con otros profesionales de la prevención y la seguridad.

La actual organización de la Medicina del Trabajo en las Mutuas y de la vigilancia de la salud en los Servicios de Prevención, promueve una actividad profesional altamente especializada, con gran exigencia de medios y con actuaciones sistemáticas en todos los campos

de la salud laboral que supone, sin duda mayores garantías para una salud integral del trabajador, al tiempo que exige un mayor compromiso por parte de los trabajadores y mayor responsabilidad legal y social de los empresarios. La identificación y valoración integral de los posibles riesgos, vinculados a un puesto de trabajo o a una actividad, la protocolización de actuaciones en los diferentes grupos de trabajadores, atendiendo a los riesgos específicos, el progresivo avance hacia sistemas de registro más precisos y ágiles de las diferentes patologías, entre otras cosas, nos coloca en situación de homologación con los más avanzados países del entorno.

Todo ello “a priori” es positivo y por tanto podemos decir que desde la parcela de formación que a nosotros nos corresponde estamos cumpliendo nuestra parte del compromiso de todos de mejorar la salud de los trabajadores y prevenir los riesgos de accidentes o enfermedades.

Sin embargo, respecto a la cuestión que nos planteamos en este apartado, sobre si los cambios producidos en la Medicina del Trabajo son ya visibles o no, podemos adelantar una respuesta negativa. Y ello por los siguientes motivos: El cambio socio-económico europeo ha convertido a España en un país de servicios por lo que la población trabajadora española se va concentrando en la construcción, la hostelería, la agricultura de invernadero, la industria alimentaria, el comercio, etc. Respecto a la población trabajadora también ha cambiado en su perfil por dos factores fundamentales, la incorporación de las mujeres al mercado laboral en las más diversas tareas, y la incorporación de numerosos inmigrantes que se integran, a diario, en tareas de alto riesgo, a veces, sin estar legalmente contratados y en pésimas condiciones de seguridad. Muchos de ellos acceden a empresas pequeñas de subcontratación y, a menudo con contratos temporales. Este panorama apunta a una

importante población trabajadora de salud precaria, a lo que se suma la ausencia de exámenes previos a la contratación y los posteriores de vigilancia de la salud, en general, carecen de adecuada atención sanitaria en su vida familiar, laboral y social.

Todas estas circunstancias influyen en la siniestralidad laboral, tanto en su permanencia como en su gravedad. Como ejemplo, los accidentes *in itinere* tan presentes en los accidentes laborales se corresponden, a menudo, con traslados incontrolados de grupos de trabajadores en situación ilegal, o con trabajadores afectados por conflictos laborales o personales, o bajo los efectos de medicaciones mal aconsejadas y mal controladas, lo que acaba suponiendo un serio riesgo para la seguridad de esas personas¹³.

La realidad es que la siniestralidad sigue presente y el mejor indicador de una buena Medicina del Trabajo junto a una buena Seguridad y Prevención sería el control y la disminución de esta siniestralidad, junto a resultados visibles en programas de promoción de la salud y hábitos saludables.

El mencionado Informe Durán emitido en abril de 2001 refería, entre los factores a tener en cuenta como predisponentes de accidentes, la carga de trabajo, la inexperiencia —ya que se accidentan más las personas que llevan menos tiempo en el puesto de trabajo—, la temporalidad o el aumento del crecimiento económico. Algunos de estos aspectos como la carga de trabajo debe ser evaluado desde la Medicina del Trabajo, con especial atención a la carga mental, muy presente en algunos accidentes de trabajo y de objetivación más difícil.

Es cierto que otros factores mencionados se escapan al médico del Trabajo, pero cada vez

existe más presión social hacia la responsabilidad social del empresario y de las empresas, vista como un compromiso de facilitar todos los medios que contribuyan a la disminución de los riesgos laborales y el mayor bienestar de los trabajadores. Entendemos que el médico del Trabajo puede ejercer una influencia muy positiva exponiendo con rigor las ventajas que se derivan de estas políticas empresariales.

Del mismo modo, la sensibilización de los trabajadores por su propia seguridad y la educación de éstos en la adquisición de hábitos saludables y seguros, se verá muy reforzada desde la Medicina del Trabajo, y tendrá también consecuencias positivas inmediatas.

La concentración del riesgo en algunas actividades y ocupaciones exigen estrategias individualizadas para reducirlo, aunque a veces estas actividades afecten a colectivos poco numerosos, pero de alta siniestralidad. Desde el principio ético de justicia, los recursos se deben distribuir teniendo en cuenta “el mayor beneficio para el mayor número de personas”, pero cumplido esto, colectivos poco numerosos pero de alta siniestralidad tienen derecho a recibir especial atención, aunque esta tenga costes más altos que otras políticas preventivas de las que se beneficien mayor número de trabajadores.

Para finalizar, podemos decir que en la siniestralidad laboral influyen numerosos factores que deben ser prevenidos desde políticas organizativas estatales y de coordinación con las CC.AA. Como hemos dicho, muchas de estas medidas se escapan de la Medicina del Trabajo, pero sí estamos seguros de que una formación más completa y específica de los Médicos del Trabajo, tendrá como consecuen-

13 *Accidentes laborales de tráfico: entre la carretera y las condiciones de trabajo*. La Mutua. Revista Técnica de Salud Laboral y Prevención. N° 13 Segunda época. Año 2005.

cia una colaboración más eficaz con los técnicos en seguridad y en prevención, una mejor disposición hacia tareas de educación preventiva de los empresarios y trabajadores, en hábitos específicos de la medicina (alimentación, hábitos tóxicos, medicaciones, manejo del estrés, ejercicio del deporte, etc.) que sin duda repercutirán en un mejor estado psicofísico a la hora de enfrentarse al trabajo y a todo

lo que este lleva implícito. Exámenes periódicos completos y rigurosos, detección precoz de anomalías o enfermedades, decisiones acertadas sobre medidas a tomar, tratamientos, etc., son, sin duda, estrategias que en un futuro próximo esperamos que compensen todos los esfuerzos que tantas personas estamos haciendo en el ámbito de la Medicina del Trabajo y de la Salud Laboral.



"Accidente de Trabajo".
Aurelio Arteta y Erraste (1879-1940).
Diputación Foral de Vizcaya.